

Revista Científica do IAMSPE

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”

SUPLEMENTO ESPECIAL PSIQUIATRIA

- Editorial
- Opinião do Especialista - Inovações de Carol Sonenreich para a Psiquiatria
- A metamorfose conceitual da parafrenia
- Delírio sensitivo de referência: um diagnóstico esquecido pelos manuais diagnósticos
- Eletroconvulsoterapia em São Paulo
- Sobre psiquiatria e psicanálise – Há intersecção possível?
- Transtorno do uso do álcool
- Estresse ocupacional e esgotamento profissional: uma realidade na área do ensino básico brasileiro
- Dor crônica e psiquiatria
- Revisão sobre o conceito de paranoia na nosologia psiquiátrica
- Utilização de fitocannabinóides em pacientes portadores de transtornos do espectro autista
- Fatores associados à retomada de eletroconvulsoterapia após tratamento prévio eficaz: utilização de grupos diagnósticos como preditores
- As possibilidades diagnósticas em psiquiatria
- Eletroconvulsoterapia e autismo
- Eletroconvulsoterapia na atualidade – relato de caso de um episódio maníaco com remissão após terapêutica
- A importância do acompanhamento longitudinal em psiquiatria: de esquizofrenia a transtorno borderline
- Orientação aos Autores

Expediente

Governador do Estado

João Doria

Secretário de Governo

Rodrigo Garcia

Superintendente Iamspe

Wilson Pollara

Chefe de Gabinete Iamspe

Fabiano Marques de Paula

Diretoria Iamspe

HSPE - “FMO” - Katia Antunes

Administração - Fabiano Marques de Paula

Decam - Antônio Jayme Paiva Ribeiro

Cedep - Maria Angela de Souza

Prevenir - Ana Maria Sanches



REVISTA CIENTÍFICA DO IAMSPE

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”

Cedep: Centro de Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa

Diretora: Maria Angela de Souza

Editor responsável: Umberto Gazi Lippi

Editores associados: Osiris de Oliveira Camponês do Brasil

José Augusto Barreto

Editora técnica: Cleuza de Mello Rangel

Editor convidado: Lauro Vicente de Oliveira Aventurato

CORPO EDITORIAL

André Tadeu Sugawara (Medicina Física)
Carlos N. Lehn (Cirurgia de Cabeça e Pescoço)
Eduardo Sérgio Fonseca (UFPB)
Evandro de Souza Portes (Endocrinologia)
Fabiano R. Ribeiro (Ortopedia e Traumatologia)
Fabio Akira Suzuki (Otorrinolaringologia)
Flavia de S. Gehrke (Biologia Molecular/FMABC)
Gilmara Silva Aguiar Yamaguchi (CEDEP)
Gizelda M. da Silva (HCOR)
Helenilce de Paula Fiod Costa (Neonatologia)
Hudson Ferraz e Silva (Ginecologia e Obstetrícia)

Jaques Waisberg (Gastroclínica/FMABC)
José Alexandre de S. Sittart (Dermatologia)
Jose Marcus Rotta (Neurocirurgia)
Kioko Takei (Laboratório Clínico)
Leonardo Piovesan Mendonça (Geriatria)
Luiz Augusto Freire Lopes (Mastologia/HU-UFGD)
Luis Augusto Seabra Rios (Urologia)
Luiz Henrique de Souza Fontes (Endoscopia)
Maria Angela de Souza (Nutrologia)
Maria Goretti Sales Maciel (Cuidados Paliativos)
Maria Lucia Baltazar (Psiquiatria)

Mariana Silva Lima (Pneumologia)
Mauricio de Miranda Ventura (Geriatria)
Mônica Paschoal Nogueira (Ortop. Traumatologia)
Quirino C. Meneses (Cirurgia Pediátrica)
Reginaldo G. C. Lopes (Ginecologia e Obstetrícia)
Ricardo Vieira Botelho (Neurocirurgia)
Rui Manoel Povia (Cardiologia/UNIFESP)
Sergio Kreimer (Hemodinâmica)
Silvio Martinelli (Clínica Obstétrica/FMUSP)
Ula Lindoso Passos (Radiologia)
Thais Guimarães (Moléstias Infecciosas)
Xenofonte Paulo Rizzardi Mazini (UNITAU)

REVISORES

Adriana Bortolai (Laboratório Clínico)
Alexandre Inacio C. de Paula (Laboratório Clínico)
An Wan Ching (Cirurgia Plástica e Queimados)
Audrey Cristina Fioretti (Enfermagem)
Benedito Jorge Pereira (Nefrologia)
Carlos N. Lehn (Cirurgia de Cabeça e Pescoço)
Fábio Papa Taniguchi (Cirurgia Cardíaca)
Hélio Begliomini (Urologia)

Jose Marcus Rotta (Neurocirurgia)
Maria Luiza Toledo L.F. Rocha (Gin. e Obstetrícia)
Maria Raquel Soares (Pneumologia)
Maria Vera Cruz de O. Castellano (Pneumologia)
Marisa T. Patriarca (Ginecologia e Obstetrícia)
Mary Carla Estevez Diz (Nefrologia)
Mauro Sergio Martins Marrocos (Nefrologia)

Raquel Arruda Martins (Ginecologia e Obstetrícia)
Regina Célia Carlos Tibana (Pneumologia)
Reginaldo G. C. Lopes (Ginecologia e Obstetrícia)
Roberto Bernd (Clínica Médica)
Sérgio Roberto Nacif (Pneumologia)
Simone Ferro Pátaro (Serviço Social)
Ula Lindoso Passos (Radiologia)
Thais Guimarães (Moléstias Infecciosas)

Instituto de Assistência Médica ao Servidor
Público Estadual (Iamspe)
Av. Ibirapuera, 981 – V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04029-000
www.iamspe.sp.gov.br

Hospital do Servidor Público Estadual -
Francisco Morato de Oliveira (HSPE - FMO)
Rua Pedro de Toledo, 1800 - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04039-901

Núcleo de Pesquisa e Reciclagem Profissional -
Cedep (Centro de Desenvolvimento de Ensino
e Pesquisa)
Av. Ibirapuera, 981 – 2º andar - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil - CEP: 04029-000
Secretária: Vanessa Dias
Email: ccientifica@iamspe.sp.gov.br

Diagramação: Vanessa Dias
Periodicidade: quadrimestral

A responsabilidade por conceitos emitidos é exclusiva de seus autores.
Permitida a reprodução total ou parcial desde que mencionada a fonte.

SUMÁRIO

Editorial	V
 Opinião do Especialista	
• Inovações de Carol Sonenreich para a Psiquiatria	6
<i>Carol Sonenreich's innovations for Psychiatry</i>	
Giordano Estevão, Maria Lucia Baltazar	
 Artigo Original	
• A metamorfose conceitual da parafrenia	16
<i>The conceptual metamorphosis of parafrenia</i>	
Lais Monteiro Vazami, José Eduardo Sant'Anna Porto	
• Delírio sensível de referência: um diagnóstico esquecido pelos manuais diagnósticos	20
<i>Sensitive delusion of reference: a forgotten diagnosis by the diagnostic manuals</i>	
Gabriel Wagner Sales Cavalcante, Maria Júlia Francischetto Ribeiro Soares, Daniel Fortunato Burgese	
• Eletroconvulsoterapia em São Paulo	24
<i>Electroconvulsive therapy in São Paulo</i>	
Sérgio Cabral Filho, José Eduardo Sant'Anna Porto	
• Sobre psiquiatria e psicanálise – Há intersecção possível?	33
<i>About psychiatry and psychoanalysis – Is there any possible intersection?</i>	
Ana Carolina Barcelos Cavalcante Vieira, Flavio Carvalho Ferraz	
• Transtorno do uso do álcool	39
<i>Alcohol abuse disorder</i>	
Maria Julia Francischetto Ribeiro Soares, Marina de Assis Delmonte, Giovanna de Oliveira Alvim	
 Revisão de Literatura	
• Estresse ocupacional e esgotamento profissional: uma realidade na área do ensino básico brasileiro	45
<i>Occupational stress and professional burnout: a reality in the area of Brazilian basic education</i>	
Ana Thereza Mazzi, Laiana de Lima Lopes Leite, Stefany Ribeiro Cirota, Daniel Fortunato Burgese	
• Dor crônica e psiquiatria	57
<i>Chronic pain and psychiatry</i>	
Ayodele Sant'Anna Cajuela, Bruno de Domenico Maso, Rafael Akira Tzanno Murayama, Miguel Siqueira Campos Junior	
• Revisão sobre o conceito de paranoia na nosologia psiquiátrica	63
<i>Review of the concept of paranoia in psychiatric nosology</i>	
Lucas Huhn Firmino, Daniel Fortunato Burgese	
• Utilização de fitocanabinóides em pacientes portadores de transtornos do espectro autista	73
<i>Use of phytocannabinoids in patients with autistic spectrum disorders</i>	
Mariana Muniz, José Eduardo Sant'Anna Porto	
• Fatores associados à retomada de eletroconvulsoterapia após tratamento prévio eficaz: utilização de grupos diagnósticos como preditores	81
<i>Factors associated with resumption of electroconvulsive therapy after previous effective treatment: use of diagnostic groups as predictors</i>	
Sérgio Cabral Filho, José Eduardo Sant'Anna Porto, Getúlio Vargas, Giordano Estevão	
 Relato de Caso	
• As possibilidades diagnósticas em psiquiatria	89
<i>Diagnostic possibilities in psychiatry</i>	
João Cronemberger Sá Ribeiro, Durval Mazzei Nogueira Filho	
• Eletroconvulsoterapia e autismo	97
<i>Electroconvulsive therapy and autism</i>	
Gabriel Garcia Okuda, Lúcia Campanário Braga, Pablo Henrique Cardoso Silva, Marcio Falcão Simone	
• Eletroconvulsoterapia na atualidade – relato de caso de um episódio maniaco com remissão após terapêutica	103
<i>Current electroconvulsive therapy - case report of a manic episode with remission after therapy</i>	
Hugo Raizzaro, Edna Maria Miello Hernandez, Maria Julia Francischetto Ribeiro Soares	
 Relato de Caso e Revisão de Literatura	
• A importância do acompanhamento longitudinal em psiquiatria: de esquizofrenia a transtorno borderline	107
<i>The importance of longitudinal monitoring in psychiatry: from schizophrenia to borderline disorder</i>	
Flávia Zuccolotto dos Reis Requena, Roberta Catanzaro Perosa	
 Orientação aos Autores	119

A Revista Científica do IAMSPE e o CEDEP têm a grande satisfação de lançar o primeiro suplemento especial desta nova fase da publicação. Foi escolhida a Psiquiatria como tema desta edição tendo em vista o grande número de trabalhos relacionados ao tema que esta Editoria tem recebido. Nossa idéia é propiciar edições semelhantes sobre outros temas. Para isto dependemos da disposição dos colegas, internos ou não ao hospital, de nos mandarem suas pesquisas. Nossas páginas estão abertas para divulgar seus estudos.

Umberto Gazi Lippi
Núcleo de Apoio à Pesquisa

Inovações de Carol Sonenreich para a Psiquiatria



Giordano Estevão*

Maria Lucia Baltazar**

Sentimo-nos honrados pelo convite do editorial desta revista para constituir, pela primeira vez, um suplemento inteiramente dedicado à Psiquiatria e por isto mesmo organizar este artigo com aquilo que julgamos nossas principais contribuições a esta especialidade médica.

Carol Sonenreich sucedeu a Clóvis Martins na Chefia do Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil, e está sendo sucedido por um de seus primeiros discípulos (colaborador, como se referia aos que continuavam na mesma senda teórico-prática e de pesquisa que ele inaugurou), Giordano Estevão. Este Serviço em sua produção teórica e institucional é conhecido entre seus pares como o “Grupo do Servidor”.

Nascido na Romênia em 1 de janeiro 1923, formou-se na Faculdade de Medicina de Bucareste e lá exerceu a Psiquiatria desde 1941. Iniciou no Hospital Servidor em dezembro de 1963, tornando-se seu diretor de 1968 a 2008.

* Diretor do Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil. Doutor em Psiquiatria.

** Encarregada da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil. Mestre e Doutora em Psiquiatria. Supervisora da Residência de Psiquiatria do HSPE-FMO.

Principais fundamentos psicopatológicos que norteiam as suas inovações

Princípio Unicista: “Não separo cérebro de mente, são duas maneiras de ver uma realidade. Postulo que existe uma realidade independente da minha, mas a minha abordagem pode mudar”. “Quando me refiro ao cérebro, não falo dele do ponto de vista da matéria, falo como um processo, inserido em uma cultura e em uma língua. A mente é um produto da inserção e da interação do cérebro dentro da cultura”¹.

Conceito de Ciência: “É o que fazem os cientistas quando trabalham, desde que participem de um sistema social e uma ética definidos” (Bernal, 1969)². Daí o título de seu último livro publicado *O que os Psiquiatras Fazem*: ensaios, escrito em sua oitava década, em co-autoria com Giordano Estevão. Ensaio no título, provável referência a Montaigne que, sendo filósofo (existencialista *avant la lettre*), não se inseriu e nem organizou sistemas. Incluía o particular da experiência do autor articulada à sua reflexão filosófica. Os Ensaios carolinos contêm uma súpula epistêmica e heurística de sua experiência, reflexão e teoria, daí serem retomados aqui diversas vezes como referência.

“Encaramos a ciência como uma maneira de abordar o que chamamos real. É uma construção da mente humana. E, a Medicina, por mais científica que seja é organizada e comunicada pela narrativa”¹.

Modelo de Ciência: Física quântica, por implicar várias lógicas e por incluir o experimentador no experimento, que modifica e é modificado por ele.

Doença: “É um construto médico, é um conceito usado no pensamento e atividade médica. Doenças são abstrações feitas pelo homem, justificadas somente pela sua conveniência e aptas a serem ajustadas e descartadas”. “Quero que meu interlocutor saiba o que eu digo que tenha elementos para fazer a sua escolha. O discurso psiquiátrico deve ser compartilhado, exposto a avaliação”¹.

“Doença é um conceito, conceito não é apenas palavra é uma denominação que pretende dar sentido à experiência.

E, lembrando Popper e seus três mundos diz: “Reais” não são somente os objetos; são também as entidades capazes de influenciar, de interagir com

os objetos. “Também são realidades os instrumentos, o saber que opera com elas”. E conclui: A nomeação modifica a realidade³.

“Não vou fazer diagnóstico com base em fundamentos pré-formulados, vou fazê-lo **porque serve**, o diagnóstico é, pois, sempre operacional. Devem ser pensado e tratado como estruturas, sistemas e configurações, conjuntos em relação”¹.

A Proposta caroliana debruça-se sobre a psicopatologia: “Fazer psicopatologia é estudar os fatos clínicos na existência humana, analisar o modo do doente de estar no mundo, de vivenciar a situação no tempo e no espaço. Uma reflexão no tempo e no espaço. Uma reflexão sobre a consciência do estar no mundo”¹.

Novas formulações psicopatológicas são de valor heurístico, nosológico, nosográfico e clínico, demonstrando-se como ferramentas potentes, tanto do ponto de vista diagnóstico como do terapêutico, mantendo-se a teoria articulada e indissociável de sua prática.

Doença e ruptura: O “*desenvolvimento*” jaspersiano não é compatível com a descontinuidade, ruptura que postulamos em casos de doenças. A doença é sempre um “processo”, de modo que nem podemos intuir comparar com nossas vivências, as de alguém cujas condições estão basicamente diversas das nossas⁴.

A Psiquiatria é postulada como ciência, mas não empírica “baseada em evidências”, mas um corpo de saber (compartilhado entre os psiquiatras) que se propõe a investigar, diagnosticar e tratar as alterações do relacionamento interpessoal, das interpretações dadas às situações vividas, a organização das condutas, comunicações e percepções, formuladas em estruturas, sistemas e configurações.

“A Psiquiatria é, pois, a visão médica das alterações de conduta e relacionamento das pessoas.” É o corpo de saber sobre a patologia das relações entre as pessoas, das condutas humanas; o homem a que se dirige é um participante, um formador do mundo. Separar elementos isolados, para depois somá-los, parece impróprio.

Na Psiquiatria, as alterações do relacionamento interpessoal, das interpretações dadas às si-

tuações vividas, da organização de condutas e das comunicações, das percepções, podem ser muito mais adequadamente estudadas e tratadas, pensando estruturas, configurações de conjuntos em relação¹.

Não é idêntica à situação humana estudada. Como ciência persiste a exigência de ser formulada em termos comunicáveis que possam ser avaliados, criticados, pela coletividade profissional. “Ser científico é poder ser contestado”. “O pensamento qualitativo é também científico”¹.

A ciência, a fenomenologia e o existencialismo

“É científico usar a linguagem fenomenológica, pois expressa o fenômeno, o “dado” que se remete ao sujeito (nem objetivo nem intersubjetivo). É do domínio do não hipotético, descreve apenas o verificável”.

“A vivência é uma manifestação que se estrutura num determinado jogo de linguagem. Entre a realidade e o discurso científico há o sistema conceitual, o saber, a linguagem, o quadro de referência com o qual o médico relaciona os fatos. “O que se formula são sentenças sobre nossas percepções, elas mesmas interpretações do que nossas sensações representam”. “Os conceitos afetam a realidade com que trabalhamos. “Na psiquiatria o objetivo é o tratamento das doenças mentais”¹.

A fenomenologia define-se pela abordagem de dados da experiência, olhando com reserva o *escondido (atenta ao fenômeno, verificável)*. Retoma a experiência para verificação última. “A interpretação faz parte da experiência.” “Os físicos postulam que não existe observação sem a participação do observador”. Tem, portanto, dois traços fundamentais: expressa o fenômeno, o “dado” e descreve apenas o verificável, evita qualquer elemento hipotético¹.

O existencialismo procura o individual, o modo de estar aqui, o tempo e o espaço vivido, a angústia. O homem é sua existência, nunca é sempre se cria se torna.

Caracteriza-se pela liberdade de escolha e responsabilidade pessoal. Sua essência é a própria existência, particular, única, transcendente.

É congruente com este modo de formular ver as alterações mentais como uma estrutura, um sistema.

Estruturas são sistemas de transformação que comportam leis próprias enquanto sistemas, leis diferentes daquelas que regem os elementos separados. A estrutura é caracterizada pela totalidade, transformação, auto-regulação. Os elementos estão ligados entre eles e qualquer mudança de um, repercute no sistema inteiro. A relação entre os elementos é essencial, o estudo das partes não nos permite entender o conjunto³.

No estudo usa-se o modo indutivo (do particular ao universal) e o dedutivo para incluí-lo num quadro diagnóstico, necessário para a decisão terapêutica.

A Doença Mental é definida por Sonenreich como *“Perda da capacidade de fazer escolhas, e de viver conforme elas, de vivenciar sua existência, que encaramos como produto de sua história, de suas circunstâncias e de suas escolhas”*¹.

Carol concebe a subjetividade modo como o indivíduo particular assimila seu mundo, ambiente e entorno à sua experiência singular vivida¹.

“Encaramos o ser humano como único, e não como um exemplar de sua espécie. A escolha nos parece mais significativa que as contingências.

Para o ser humano é essencial sua relação com os outros, com o mundo e as significações de que participa. O sofrimento torna-se menos insuportável quando se mantém o sentido de sua existência.

“Humano é alguém que vivencia sua existência, que é capaz de escolher, assume a correspondente responsabilidade, existindo sob os vetores de sua circunstância, escolha e sua história em contínua mutação em relação com outros”¹.

Sonenreich tem uma maneira particular de conceber as doenças mentais. Tendo contribuições em praticamente todas as entidades clínicas, publicaram livros a respeito, além de uma centena de capítulos em livros, entrevistas, artigos em diversas revistas da especialidade. Na tabela abaixo elenca-se os livros publicados, fornecendo um panorama da extensão e variedade dos capítulos tratados¹.

Quadro 1: Livros publicados

1. Sonenreich C. Problemas de Psiquiatria. Capítulos Abertos. São Paulo: Tipografia Edance; 1964. 162p.
2. Sonenreich C. Instrumentos para Psicoterapia Grupal. São Paulo: HSPE-IAMSPE, 1969. 95p.
3. Sonenreich C. Contribuição para o estudo da Etiologia do Alcoolismo [Tese]. São Paulo: USP / Faculdade de Medicina; 1971. 168p.
4. Sonenreich C. Esquizofrenia: a literatura e a clínica dos casos assim chamados. São Paulo: Manole; 1977. 125p.
5. Sonenreich C, Bassitt W. O conceito de psicopatologia, distúrbio psíquico doença, anormalidade. São Paulo: Editora Manole; 1979. 128p.
6. Sonenreich C, Bassitt W. Sexualidade e repressão sexual. São Paulo: Manole; 1980. 136p.
7. Sonenreich C. Maconha na clínica psiquiátrica. São Paulo: Manole; 1982. 179p.
8. Sonenreich C, Kerr-Corrêa F. Escolhas do psiquiatra: Saber e carisma. São Paulo: Editora Manole, 1985. 182p.
9. Sonenreich C, Kerr-Corrêa F, Estevão G. Debates sobre o conceito de doenças afetivas. São Paulo: Manole, 1991. 147p.
10. Sonenreich C, Estevão G, Silva Filho LM. Psiquiatria: propostas, notas, comentários. São Paulo: Lemos Editorial; 1999. 199p.
11. Sonenreich C, Estevão G. O que os psiquiatras fazem: ensaios. São Paulo: Casa Editorial Lemos; 2007. 368p.

As inovações sobre formas institucionais

O Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil, foi fundado em 1961 pelo governo do Estado de São Paulo, ano em que contava com dois psiquiatras junto ao Serviço de Neurologia.

A Unidade Psiquiátrica foi fundada em 1964, primeiramente como Hospital-Dia e Ambulatório e desde seu início com um caráter multidisciplinar.

Foi historicamente, no Brasil, senão o primeiro, um dos primeiros a adotar o sistema de hospital-dia (1964) e Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral.

Mantém convênio com hospitais psiquiátricos para os casos necessários.

O serviço ambulatorial oferece tratamentos biológicos e psicoterápicos. Não está dividido por tipos de patologia e nem por tipo de substâncias (nas dependências químicas).

Em seus tratamentos conta com eletroconvulsoterapia quando indicada.

A Lei 10.216 de abril 2001 Reforma Psiquiátrica e os Direitos das Pessoas com Transtornos Mentais no Brasil, reza em seu parágrafo primeiro: “*o doente mental deve ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades*”. Isto não vem sendo cumprida dentro das políticas equivocadas de saúde mental, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial e política de diminuição de leitos psiquiátricos, fechamento de hospitais e quase proibição da eletroconvulsoterapia⁵.

O princípio que norteou o **Grupo do Servidor** tem sido nem capscêntrico nem hospitalcêntrico. O centro é o paciente, segundo suas necessidades. Portanto, contra a extinção dos hospitais psiquiátricos e a redução de leitos e contra o adensamento populacional das prisões por doentes mentais ou seu abandono às ruas. A favor da extensão da rede ambulatorial, sempre precária; acesso às psicoterapias e medicamentos, hospitais-dia, oficinas abrigadas, residências terapêuticas, ressocialização e reinserção profissional do doente mental.

Da enfermaria psiquiátrica nomeada Carol Sonenreich em sua homenagem

Depois de mais de 20 anos de luta e insistência, Carol conseguiu que a Unidade Psiquiátrica fosse admitida ao corpo do HSPE, afirmando dois princípios: a doença mental como especialidade médica junto a outras e o direito dos doentes psiquiátricos serem cuidados entre os demais, longe dos preconceitos e exclusões (tínhamos mais leitos, mas estava excluída do prédio central em que funcionam todas as clínicas).

Mantém as características da **Unidade Psiquiátrica** em Hospital Geral, ou seja, interface com as demais clínicas em dupla mão e preferencialmente para casos agudos ou reagudizados.

Permite que a internação seja breve, pois o paciente pode ter alta, melhorado e dar seguimento no Hospital-Dia. Há casos de internação em que o paciente passa às vezes o dia no trabalho. Poderá ser mais longa nos casos graves com complicações clínicas, de doença psiquiátrica de difícil controle ou refratários.

É interdisciplinar, conta com enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, médicos assistentes, residentes e Serviço Social.

É integrada ao Hospital-Dia, Ambulatório, Grupos de Psicoterapia, Terapia Ocupacional, e Oficina.

Críticas e inovações psicopatológicas para a clínica psiquiátrica

Esquizofrenia, entidade clínica criticada como construto inconsistente por albergar tão diversos pacientes sob este rótulo que não serve nem para diagnosticar e tampouco para tratá-los, pois carece da mínima precisão. Inconsistência confirmada de constantes divergências no trabalho clínico e de pesquisa sob este diagnóstico, impróprio para abarcar o vasto território da realidade clínica, que pretende sem êxito cobrir.

Contrariando seu mau prognóstico, da chamada demência precoce, o próprio Kraepelin já observara ser curável em muitos casos, dado confirmado por Bleuler, autor do conceito das esquizofrenias⁶⁻⁷.

Ao procurar justificar as divergências, os autores recorrem a justificativas pouco convincentes, seja do número de casos da amostra ou imprecisões dos instrumentos de avaliação.

Tendo em conta a precariedade deste rótulo diagnóstico, o preconceito e o mau prognóstico a ele associado, Carol propõe o conceito de delírio visando o melhor eficácia clínica.

Assim, define **delírio** como a perda da capacidade de comunicação lógica, entendendo por lógica um instrumento de comunicação, um modo apto a ser entendido, avaliado pelo interlocutor. Como não é a única maneira de formular o pensamento nem espontânea, custosa e tardia para ser adquirida, é vulnerável e pode ser abolida em casos patológicos. Atribui esta perda a experiências fracassadas que privam a pessoa da habilidade de distinguir entre bom e mau, adequado e inadequado para o relacionamento e para alcançar seus objetivos, perde sua subjetividade, enquadra-se em fórmulas alienadas, não decorrentes da própria experiência, particularidade e historicidade.

Orientar o tratamento é o que o paciente faz com seu delírio. Além dos tratamentos biológicos pode ser necessária a psicoterapia para o restabelecimento da comunicação e da vivência da participação pessoal.

Este questionamento encontra eco em outros autores: Van Os e Kapur advertem que a visão de que a psicose como doença cerebral biomédica na esquizofrenia é cientificamente incorreta e contribui para expectativas negativas. Relatam que 75-90% das experiências psicóticas durante o desenvolvimento são transitórias (prevalência 5% e incidência de 3%). Atinge 15% dos adolescentes e adultos jovens. Apenas 20% das pessoas afetadas têm um prognóstico desfavorável⁸.

São indispensáveis os cuidados de um especialista, psicoterapia e cuidados socioambientais. A privação deste tratamento faz com que durem um quinto a menos que a população holandesa.

Van Os, propõe mudança do termo esquizofrenia pela conotação de doença crônica, sem espe-

rança de cura por “síndrome do espectro psicótico”, mais ampla e própria de um diagnóstico particularizado. Sua proposta, em 2015, na Holanda, teve repercussão social apoiada por professores, paciente e familiar. Japão e Coréia do Sul já abandonaram este termo⁹.

Conclui que o preconceito e a falta de perspectiva em relação ao diagnóstico impedem o bom tratamento.

Moncrieff, Middleton¹⁰, na mesma linha, alertam que a esquizofrenia é um termo que implica a presença de uma doença biológica, mas nenhum distúrbio corporal específico pode ser demonstrado. Não delinea um grupo de pessoas com padrões similares de comportamento e trajetórias de evoluções. Isso não é negar que pessoas mostram fala e comportamento desordenados e com sofrimento mental associado; termos mais genéricos, como “psicose” ou apenas “loucura”, seria preferível, pois são menos fortemente associados a esta concepção de doença, e permitem que a singularidade da situação de cada indivíduo seja reconhecida. O modelo de doença implícito nas concepções atuais de esquizofrenia obscurece as funções do sistema de saúde mental. O abandono desse diagnóstico pode favorecer seu tratamento e tornar as práticas de saúde mental mais transparente.

Dependências Químicas: *“As vivências flutuantes correspondem a verdades flutuantes e se estabelecem como resultado de experiências flutuantes”.*

Em 1971, publicou sua tese de doutorado, “Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo” em que estabelece o alcoolismo como doença primária e não secundária como vista pela maioria dos autores à época que, inclusive, questionavam se alcoolismo era doença.

Define alcoolismo como **doença** que se instala com o **uso excessivo** de bebida alcoólica, por **tempo prolongado** e sob as influências da família, sociedade e cultura. Propõe o conceito de **“mentira do alcoólico”** como resultado da vivência da consciência alterada pelo uso continuado e

repetido do álcool e depois estendido para o uso de qualquer substância. Representa a repercussão psicopatológica da vivência do uso da substância diluindo a consistência da realidade, não permitindo nem importando mais distinguir o verdadeiro do falso. Possibilita ao toxicômano negar sua doença, sendo a intensidade da negação um indicativo da gravidade da doença.

A vivência da descontinuidade, da perda do conceito da realidade, da identidade, pode provocar quadros de desagregação, delirantes, mesmo em pessoas que não estejam mais sob o efeito direto da droga. Não há comorbidades psiquiátricas nas toxicomanias e sim quadros decorrentes destas vivências alteradas.

Não é somente a **mentira** que decorre desta mudança da visão do mundo. É o próprio **sentimento de identidade** do paciente, e isto *pode levar a quadros idênticos ao que se chama “esquizofrenia”.*

O que importa é a psicopatogenia provocada pela vivência do uso das drogas e não a especificidade dos efeitos farmacológicos. “A sintomatologia das toxicomanias é inespecífica. Interessa a experiência vivida pelos toxicômanos, às bases da maneira de seu relacionamento com o mundo, e a verdade mais como característica da atividade, da interação com os outros”.

Define **toxicomanias** como “Doenças provocado pelo uso constante ou repetido de substâncias psicoativas, com perda das possibilidades de controlar as quantidades e as circunstâncias nas quais são consumidas e consequente prejuízo para o comportamento do paciente”¹¹.

“A análise da vivência do tempo é elemento crucial para compreender e tratar os dependentes”. A temporalidade e a vivência são algoritmos fundamentais desta psicopatologia e consequentemente de sua terapêutica, havendo entrelaçamento de ambas. Sua temporalidade transforma-se em instantes do presente que não se articulam nem ao passado e nem ao futuro, um ser cristalizado na sua incongruência, alijado da comunicação, já que a realidade perdeu para ele a consistência. Tais alterações tor-

nam a psicoterapia indispensável, pois seria talvez o único instrumento terapêutico capaz de alterar os efeitos desta qualidade de vivência.

Tirando-se a consequência da vivência do tempo nos alcoólicos deduz-se a necessidade nesta psicoterapia da retirada do alcoólico de sua anomia, da reconstrução de sua história, subjetivação deste ser, reconstrução de seus laços sociais. Portanto a cura não se esgota e nem se restringe à abstinência.

Seria sem sentido procurar distinguir métodos de intervenção psicoterapêutica especiais para a dependência dos vários **tipos** de substâncias.

A avaliação da negação (ou denegação) da doença é um instrumento de medição da gravidade da doença do aspecto evolutivo da cura. Foram, para isso, formuladas escalas que medem a negação¹¹.

Doze anos depois de publicado o livro sobre alcoolismo (1971), apareceu uma capa da revista Time Magazine com a seguinte chamada: "Revolução no campo do alcoolismo". O autor era Vaillant, que publicou os resultados de suas pesquisas com metodologia quantitativa e estudos prospectivos que ponto a ponto confirmaram os conceitos carolianos. Face a estes estudos, nos anos 80, o surgimento no DSM-III, do conceito de Vaillant de alcoolismo como doença provocada pelo uso do álcool abriu perspectivas de tratamento, resultando em dotações de verbas¹².

Doenças Afetivas, Transtornos de Humor

Tomados os afetos / humor não como funções, mas como *qualidades* da vivência, uma maneira conveniente de falar sobre certos aspectos da atividade psíquica.

As definições dadas à emoção, humor, afeto, sentimento seriam divergentes, dependeriam do valor, significado a que atribuímos à situação, aos fatos, acontecimentos. "Isto em conta, os afetos/humor não podem constituir a base de construção de conceitos nosológicos"¹

A sua proposta toma como paradigma o ***campo vivencial em relação à velocidade dos processos psíquicos***. Estes parâmetros tomados

não como sintomas, mas como fatores de estrutura devem ser considerados em relação ao próprio paciente, não a uma "média".

A lentidão associada à idéia de peso. A aceleração não é idêntica à hiperatividade, podendo estar associada a esta ou não.

O conceito de campo vivencial foi inspirado em Lewin que o definia como a totalidade de coexistência de fatos que são concebidos como mutuamente interdependentes. E de ***campo vivenciado***, em Jaspers, Schneider, Minkowski, dito espaço de vida, rede de sistemas interconectados.

Vivência não é sinônimo de consciência. É a atividade global da pessoa, síntese da análise das informações provenientes do corpo, do ambiente, da intercomunicação com os outros, com os significados dados pela memória das experiências passadas, pelos valores, pelos projetos, com ressonância afetiva e sugestões para respostas³.

A aplicação diagnóstica distingue:

- Depressão: em casos com lentificação dos processos em espaço estreitado;
- Ansiedade: aceleração dos processos psíquicos em espaço estreitado;
- Mania: aceleração dos processos psíquicos em espaço alargado.

Thimsit-Berthier¹³ pesquisadora em Liège, constatou, tais diferenças desenhadas por estes critérios diagnósticos. Widlocher¹⁴ propôs diferenciação semelhante entre quadros depressivos e ansiosos.

Demências¹⁵: "*O aspecto mais notável da memória é o esquecimento*" (Harlow¹⁶)

Diagnostica-se demência como rebaixamento global do psiquismo, evidenciado no relacionamento com os outros, no desempenho das atividades, na conduta; perda da capacidade de categorizar informações, de operar com elas de modo adequado. O visado é a estrutura geral da experiência vivida. As falhas de memória podem ser entendidas como inabilidade para dar sentido às informações, identificar os rumos que se percorre e que nos caracterizam.

“É a mim mesmo que não reconheço, não consigo percorrer os caminhos que antes percorria nas eventuais falhas de memória em busca de minhas lembranças. A memória funciona como uma vivência: processo que liga certas experiências com a identidade daquele que as vive”¹.

Portanto, trata-se não de um problema de memória ou comportamento, mas de integração. As condutas do paciente tornam-se incongruentes consigo mesmo, antes do evento.

Encefalopatia

É um conceito que foi abandonado pelo próprio autor, por concluir que todas as doenças mentais são de alguma forma também encefalopáticas. A generalidade faria perder o valor do conceito. Apesar das ressalvas, julgamos de alto valor clínico na medida em que muda o prognóstico das síndromes que afetam estes pacientes.

Haveria nestes casos um suposto foco inerte que resultaria em:

- Incapacidade de levar os processos psíquicos ou fisiológicos até o final, até sua solução. Incapacidade de concluir;
- Perda da distinção entre bom e mau, mais e menos, de fazer escolhas, de se responsabilizar, de resolver problemas, de satisfazer desejos. Os indivíduos parecem não distinguir as condutas que os levam à satisfação;
- Incapacidade de aprender com as experiências vividas;
- Pouca ou nenhuma percepção do outro.

Mecanismo Fisio e Psicopatológicos: irritação cerebral inerte com ou sem expressão num foco eletroencefalográfico. Fracassam nas tentativas de eliminar os estímulos que provocam mal-estar, déficit de *feed-back*, não podem chegar ao fim, o que determina um modelo de vivência que é base de diversas alterações. Há polimorfismo sindrômico.

Podem apresentar irritabilidade excessiva, agressividade, impulsividade, viscosidade, excesso de libido ou frigidez, levados à exaustão psíquica.

O tratamento proposto, além da terapêutica biológica de acordo com o quadro apresentado, torna indispensável psicoterapia que permita uma mudança na sua relação consigo próprio e com o outro, favorecendo melhor acesso à capacidade escolher e à satisfação.

Em relação a outros autores Sonenreich, durante muito tempo, sustentou suas formulações quase que solitariamente. Vimos que ao longo dos anos foram surgindo autores que delas se aproximavam como já mencionou acima. Seguimos apresentando a confirmação na literatura de conceitos fundamentais carolianos.

Hacking¹⁷ é filósofo da ciência, partidário do nominalismo dinâmico (ou realismo dialético). Chama a atenção sobre a mutabilidade histórica dos transtornos psiquiátricos, questiona a doença como tipo natural, postula que ao invés de tipos naturais, os transtornos mentais seriam tipos humanos, pois o conceito de doença como tipo natural tornou-se tão variada que perdeu a razão de ser. Doença é um conceito. E que a nomeação dos indivíduos como resultado da investigação científica “tem efeitos reais sobre as pessoas, que interagem sobre as classificações subsequentes, criam pessoas, pois, conceitos que geram conceitos”.

Tekin,¹⁸ dedica-se à filosofia da ciência, medicina, ciências cognitivas, mentais e bioética, tematiza as formulações de Hacking ressaltando que não apenas humanos modificam-se pela nomeação, também bactérias ao ser nomeadas como resistentes, bem como outros fenômenos ditos naturais, sempre quando levam a intervenções; o que os distingue é a complexidade dos seres humanos.

Não são necessárias que os humanos tenham consciência da nomeação para sofrer efeitos, mulheres refugiadas sofrem os efeitos desta nomeação mesmo sem saberem que assim são adjetivadas.

Os especialistas influenciam seus objetos de estudo.

Os auto-conceitos são moldados pelo conhecimento popular e científico disponível ao sujeito sobre sua doença.

Tekin¹⁹ diz que um diagnóstico pode forçar a pessoa a entender sua condição divorciada de outros elementos em sua vida que possam afetar sua saúde mental. Moldar sua experiência apenas como um desequilíbrio irreversível. Essa forma de auto-compreensão pode estabelecer limites para as esperanças de recuperação do sujeito e pode criar impedimentos para sua cura.

Tekin²⁰ afirma: “a investigação científica dos transtornos mentais tem os objetivos pragmáticos de identificar as causas dos transtornos mentais e desenvolver estratégias para tratá-los com eficácia.”

Com a finalidade de explanação, predição e intervenção propõem, ao invés das anteriores metodologias, relatos em primeira pessoa, narrativas sobre a própria doença, com vistas a mudanças em seu auto-conceito e alívio de seus sintomas. Isto não é mais que devolver ao doente sua historicidade, sua capacidade de reinterpretando-se, reinventar-se, oferecendo-se novas condições de vivência e por fim novas vivências, readquirir a capacidade de escolher e responsabilizar-se por suas escolhas.

Carol considera que uma de suas maiores contribuições para a psicopatologia foi em relação ao tempo e suas principais referências que aponta afora a literatura psiquiátrica em que se inclui Binswanger, Heidegger com o *Ser e o Tempo* e Sartre com o *Ser e o Nada*. É heideggeriano quando faz a crítica a Dilthey via Jaspers, da compreensão fenomenológica atendo-se à idéia de explicação; se

escuta, se lê o outro não se o compreende. Este é também o modo da ciência, e aponta a psiquiatria como ciência, em um tempo em que era vigente ligá-la ao carisma²¹⁻²².

Embora não ignore a arte na psiquiatria, reitera a ciência no centro, tal qual Heidegger. Calcula, formula não pensa, no entanto sem pretensões a deduzir essências, sem pretensões ontológicas, atendo-se à existência.

É sartreano ao dar menor importância às contingências que às escolhas e sua consequente responsabilidade.

Se tomar seus escritos com uma lupa sobre o tempo constataremos que o tempo no delírio é coagulado, fragmentado; nas toxicomanias é o imediato, sem passado sem futuro, sem história; na depressão é lentificado, sem futuro; na mania acelerado sucessão de presentes e nas encefalopatias o que não finda.

A atenção à temporalidade pode ser decisiva para um diagnóstico diferencial.

Sonenreich valeu-se da fenomenologia e do existencialismo, mas acompanhando à risca o estado da arte em cada momento para confirmar ou infirmar suas formulações. Não ignorava a dita ciência baseada em evidências, apenas não a achava profícua para a psiquiatria, seja na pesquisa, diagnóstico ou no tratamento. Seu pioneirismo inventivo viu-se comprovado por outras metodologias, o que confirma seu valor heurístico e clínico.

REFERÊNCIAS

1. Sonenreich C, Estevão G. O que os psiquiatras fazem? Ensaios. São Paulo: Casa Editorial Lemos; 2007.
2. Bernal JD. Ciência na história. Lisboa: Livros Horizonte; 1969. v. VII.
3. Sonenreich C, Kerr-Correa F, Estevão G. Debates sobre o conceito de doenças afetivas. São Paulo: Manole; 1991.
4. Sonenreich C., Bassitt W. O conceito de psicopatologia distúrbio psíquico doença, anormalidade. São Paulo: Manole; 1979.
5. Brasil. Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 6 de abril de 2001.

6. Kraepelin E. La demência precoz. Buenos Aires: Polemos Editorial; 1996.
7. Bleuler E. Demencia precoz: El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Paidós; 1911.
8. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009; 374(9690):635-45.
9. Van Os J. Schizophrenia does not exist. *BMJ*. 2016; 352:i375.
10. Moncrieff J, Middleton H. Schizophrenia: a critical psychiatry perspective. *Curr Opin Psychiatry*. 2015; 28(3):264-68.
11. Goldsmith RJ, Green BL. A rating scale for alcoholic Denial. *J Nerv Ment Dis*. 1988; 176(10):614-20.
12. Vaillant GE. The natural history of alcoholism. Cambridge: Harvard University Press; 1983.
13. Timsit-Berthier M. Approche neurophysiologique des états dépressifs. *Psychol Med*. 1990; 22(8):757-63.
14. Widlocher D. Anxiété ET programme d'action. *Psychiatr Psychobiol*. 1988; 3:155s-9.
15. Sonenreich C, Estevão G. O que os psiquiatras fazem: ensaios. São Paulo: Casa Editorial Lemos; 2007. P.181-204.
16. Harlow H, McGaugh JL, Thomson RF. *Psychology*. San Francisco: Albion; 1971.
17. Hacking I. The looping effects of human kinds. In: Sperber D, Premack D, Premack AJ, (Ed's). *Symposia of the Fyssen Foundation. Causal cognition: a multidisciplinary debate*. Oxford: Clarendon Press / Oxford University Press; 1995. p.351-94.
18. Tekin S. The missing self in Hacking's looping effects. In: Kincaid H, Sullivan JÁ, (Ed's). *Classifying psychopathology: mental kinds and natural kinds (Philosophical psychopathology)*. Cambridge, MA, US: MIT Press; 2014. P.227-56.
19. Tekin S. Self-concept through the diagnostic looking glass: narratives and mental disorder. *Philos Psychol*. 2011; 24(3):357-80.
20. Tekin S. Are mental disorders natural kinds? A plea for a new approach to intervention in psychiatry. *Philos Psychiatry Psychol*. 2016; 23(2):147-63.
21. Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1995.
22. Sartre JP. *Ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica*. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.

Lais Monteiro Vazami¹, José Eduardo Sant'Anna Porto¹

A metamorfose conceitual da parafrenia

The conceptual metamorphosis of parafrenia

Artigo Original

RESUMO

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

O estudo expõe um panorama da evolução do conceito de parafrenia, partindo da psiquiatria germânica, os modelos de Kahlbaum e de Kraepelin, este último consagrado à tradição nosográfica psiquiátrica, dita clássica, na primeira metade do século XX. Descreve-se, em seguida, o processo de desinflação dessa entidade nosográfica, de modo inversamente proporcional à ascensão do conceito bleuleriano de esquizofrenia. Por fim, a partir da oficialização das classificações nosográficas contemporâneas, menciona-se como o conceito de parafrenia foi legado ao desuso e ao esquecimento, em um movimento cujas consequências não têm atendido à melhor necessidade da clínica e da pesquisa em Psiquiatria na atualidade.

Descritores: Transtorno depressivo; Esquizofrenia

ABSTRACT

The current paper consists in a panorama about evolution of the concept of paraphrenia, departing from the Germanic psychiatry - the Kahlbaum and Kraepelin models, the latter consecrated to the classical tradition of psychiatric nosography in the first half of the 20th century. The process of disinflation of this nosographic entity is thus described, in an inversely proportional manner to the rise of the Bleulerian concept of schizophrenia. Finally, from the formalisation of contemporary nosographic classifications, we mention how the concept of paraphrenia was bequeathed to disuse and forgetfulness, in a movement with consequences have not met the best need of clinical and research in contemporary psychiatry.

Keywords: Depressive disorder; Schizophrenia

Data de submissão: 03/10/2019

Data de aceite: 09/01/2020

Correspondência:

Lais Monteiro Vazami

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: laisvazami@hotmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

“Um conceito é definido pelo seu autor;
Ele é o que o autor postula”
Sonnenreich (1977)¹

A classificação internacional das doenças, 10ª revisão – CID-10² – agrupa as manifestações delirantes nas categorias diagnósticas que vão de F20 a F29, incluindo esquizofrenia (F20) e os assim chamados transtornos delirantes persistentes (F22). A essa última categoria foram incorporadas duas entidades nosográficas anteriormente consideradas passíveis de distinção clínica. Trata-se dos diagnósticos de parafrenia e de paranoia, delimitados por Emil Kraepelin (1856-1926) a partir da presença, ou da ausência, de vivências alucinatórias. Isso pode implicar não apenas em diferenciação prognóstica, mas, também em terapêuticas distintas, o que não se contemplaria com o procedimento diagnóstico aglutinador. Diversos autores têm manifestado reservas quanto ao expediente das classificações nosográficas contemporâneas; em nosso meio, deve-se fazer referência aos estudos e revisões publicados por Sonnenreich e Estevão³.

A parafrenia de Kahlbaum

O conceito de parafrenia apareceu pela primeira vez nos trabalhos de Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), autor cuja influência sobre a obra kraepeliniana é bem conhecida⁴. Esse autor elaborou, em 1863, uma classificação baseada em uma apreensão empírica da natureza, tendência observada pelas ciências naturais em seu tempo, inclusive as ciências médicas⁵. Na classificação de Kahlbaum a parafrenia aparecia entre as demências, consideradas estados de déficit mental secundários, em oposição a outras formas de enfraquecimento psíquico, entendidas pelo autor como primárias. Classificadas ao lado das neofrenias - demências originadas na infância, as parafrenias foram subdivididas em parafrenia hebetica, que se desenvolvia na puberdade, e em parafrenia senilis, a forma que incidia sobre os adultos⁶. De forma sintética, é possível afirmar que a parafrenia na acepção de Kahlbaum tendia a se verificar em fases de transição da vida⁷.

Conceitos afinados à parafrenia na escola psiquiátrica francesa.

Entre diversas propostas psicopatológicas, com nuances de continuidade e descontinuidade altamente complexas, a escola francesa desenvolveu conceitos afinados com o que mais tarde viria a ser delimitado como parafrenia, por Kraepelin⁸. Entre essas propostas encontram-se o conceito de delírio crônico de evolução sistemática, descrito por Magnan (1835-1916), e o de psicose alucinatória

crônica, cunhado por Gilbert Ballet (1853-1916), cuja principal característica seria o predomínio de vivências alucinatórias, entendidas pelo autor como os “motores” da formação do delírio⁴. Não obstante as semelhanças, os conceitos clínicos de psicose alucinatória crônica, de Ballet, e de parafrenia, sobretudo conforme as propostas de Kraepelin, descritas na próxima seção, não são completamente superponíveis, como se poderia esperar.

A parafrenia de Kraepelin

Emil Kraepelin, inicialmente em Heidelberg, e depois em Munique, partiu de anotações clínicas altamente detalhadas, recortou conjuntos de sintomas significativos, levou em consideração as evoluções clínicas e os prognósticos, para elaborar entidades clínicas precisas. O autor conduziu o que se poderia qualificar de estudos longitudinais *avant la lettre*. Realizou inclusive expedições internacionais com o objetivo de estabelecer investigações clínicas comparativas, de maneira a aumentar aquilo que nos dias de hoje, poder-se-ia considerar critérios de validade e confiabilidade dos quadros nosográficos por ele delimitados⁴. Kraepelin visava identificar o núcleo mórbido médico-biológico das entidades isoladas, a partir da descrição clínica precisa. Nesse sentido, o autor adotou um formato que viria a ser chamado de categorial, e até hoje tem grande influência em psiquiatria, de certa maneira mantido no modelo classificatório nosográfico contemporâneo.

O conceito de parafrenia aparece na oitava edição do célebre tratado de Kraepelin (1908-1915)⁹. Até então, os casos correspondentes à doença, que mais tarde se individualizaria conceitualmente, ficavam incluídos nas concepções de demência precoce ou de paranoia¹⁰. As descrições detalhadas kraepelinianas fazem referência a “um grupo relativamente pequeno de casos, com vários pontos em comum com a demência precoce, mas que, devido a um desenvolvimento mais ligeiro das perturbações da emoção e volição, a harmonia interna da vida psíquica fica consideravelmente menos afetada ou, pelo menos, limitada a certas faculdades intelectuais^{8,9}.” Kraepelin dividiu o grupo da parafrenia em 4 subgrupos: parafrenia sistemática, parafrenia expansiva, parafrenia confabulatória e parafrenia fantástica. O primeiro subgrupo corresponde ao que ficou tradicionalmente conhecido como “parafrenia”⁶.

Ao longo dos anos e das edições de seu tratado, a obra de Kraepelin foi tomando corpo e legitimidade no cenário psiquiátrico europeu de sua época. Não seria exagero dizer que, até hoje, carrega o mérito de uma proposta objetiva, empírica, que desenhou um sistema nosográfico capaz de lançar luz ao campo até então considerado obscuro da clínica das psicoses.

Bleuler e a esquizofrenia

Eugen Bleuler (1857-1939) rompeu com a perspectiva de Kraepelin, ao abandonar a centralização do critério evolutivo da demência precoce kraepeliniana, substituindo-o por uma apreciação sintomática hierarquizada para assim compor o seu conceito de esquizofrenia. Nas palavras de Bleuler, “incluímos [no grupo das esquizofrenias] pacientes que não chamaríamos de dementes, nem vítimas de uma deterioração precoce, exclusivamente”¹¹. Dessa maneira, temos os assim chamados sintomas fundamentais para o diagnóstico do que Bleuler chamou de “grupo das esquizofrenias”. Vale dizer que, nesse caso, o plural não é acaso: ao contrário, é uma maneira clara de o autor destacar a heterogeneidade do conceito de esquizofrenia.

Nesse sentido, é importante enfatizar que o conceito de esquizofrenia estava longe da unidade, constituindo outrossim um conceito alargado, de difícil delimitação. Como admitiu o próprio Bleuler “não são claros os limites desta doença com a alucinação alcoólica, a psicose maníaco-depressiva, as psicoses da motilidade e a paranóia”¹¹. Diversos autores, ao longo das últimas décadas, apresentaram críticas significativas ao conceito de esquizofrenia^{1,12}. A despeito de variadas críticas, é possível dizer que houve uma pulverização do conceito de parafrenia, e que parte dos casos assim diagnosticados, com a popularização do conceito hiperinclusivo de esquizofrenia, terminou sendo incorporado a esse grupo nosográfico pouco coeso.

Outros autores

Nos anos 20, Mayer estudou 78 pacientes diagnosticados com parafrenia. Nesse estudo, mais da metade dos indivíduos teria apresentado uma “evolução para esquizofrenia” e, diante desses resultados, o autor concluiu que se tratava, na verdade, de casos esquizofrênicos de início tardio¹³. Dessa maneira, segundo o autor, os pacientes antes diagnosticados com parafrenia, seriam melhor classificados como portadores de esquizofrenia de início tardio¹³. Por outro lado, não fica claro como nomear o restante dos pacientes que, por sua vez, permaneceram com o diagnóstico de parafrenia. Além disso, o resultado observado não pareceria surpreendente para os estudiosos da parafrenia kraepeliniana, uma vez que o próprio Kraepelin tinha admitido que, em alguns casos, a evolução poderia ser a deterioração, ou demência¹⁴.

Alguns anos mais tarde, Manfred Bleuler, o filho de Eugen Bleuler, cunhou o termo “esquizofrenia tardia” para as psicoses que se iniciam depois dos 40 anos de idade, com sintomatologia próxima das outras esquizofrenias e em que tenham sido

excluídos fatores sintomáticos de organicidade, embora reconhecesse que os mais idosos tinham um embotamento afetivo menos acentuado e menos alterações formais do pensamento¹⁴.

Apesar de a linguagem da Psiquiatria durante todo o século XX ter parecido se encaminhar para uma dissolução completa do conceito de parafrenia, o sentido inverso não foi completamente abandonado, e alguns autores sustentaram propostas de manutenção do termo. Entre eles figurou Alistair Munro que pode ser considerado um sistematizador e defensor do conceito de parafrenia. O autor estabeleceu os chamados critérios de Munro, em 1991.

“Critérios de A. Munro para Parafrenia (tradução portuguesa):

O quadro clínico, com pelo menos seis meses de duração, é caracterizado por (1-5):

1. Preocupação com uma ou mais ideias delirantes semisistemizadas frequentemente acompanhadas de alucinações auditivas. Estas ideias delirantes não estão encapsuladas do resto da personalidade.
2. Os afetos mantêm-se notoriamente bem preservados e relativamente adequados. Mesmo em episódio agudo, o doente mostra uma capacidade de relação com os outros e uma proximidade afetiva que não é típica de qualquer forma de esquizofrenia.
3. Nenhum dos seguintes: deterioração intelectual, alucinações visuais, incoerência, perda marcada das associações, afetos aplanados ou marcadamente desadequados e comportamento grosseiramente desorganizado.
4. Compreensibilidade das alterações do comportamento em relação ao conteúdo delirante e alucinatório.
5. “Ausência de perturbações orgânicas cerebrais e, quando muito, concordância parcial com o critério A para esquizofrenia da DSM-IV.”

Santos, Trancas e Oliveira, (2010)¹⁵

Finalmente, apesar de muitos pacientes antes diagnosticados como portadores de parafrenia, pela presença de alucinações, serem atualmente facilmente classificados entre as diversas formas de esquizofrenia, a classificação oficial da OMS - CID-10 - inclui a parafrenia entre os transtornos delirantes persistentes, na entrada F22.0 - transtorno delirante. No entanto, essa é justamente a entrada diagnóstica em que “alucinações auditivas (vozes) claras e persistentes [...] são incompatíveis com esse diagnóstico”². Tal situação, como se pode inferir, seria no mínimo passível de críticas, merecendo um tratamento mais bem fundamentado na clínica, em classificações vindouras.

DISCUSSÃO

Ao expor, ainda que brevemente, a história conceitual da parafrenia, foi possível notar que o processo de definição de uma doença psiquiátrica é

um processo histórico, de escolhas e renúncias, pausado pela sistematização clínica das manifestações sintomáticas observadas nos pacientes em um contexto determinado. Nesse sentido, seria impossível compreender a parafrenia deixando de lado os seus autores, os pacientes e seus contextos específicos, tendência essa defendida por uma abordagem histórico-epistemológica da psiquiatria, como sugerem estudiosos de renome, como Berrios, da Universidade de Cambridge¹⁶.

Grande parte dos casos outrora classificáveis entre as parafrenias atualmente são incluídos dentro do grande e heterogêneo grupo das esquizofrenias, apesar de a recomendação das classificações oficiais serem a de sua inclusão entre os assim chamados transtornos delirantes persistentes, o que na prática não tem ocorrido. Tal inconsistência se deve ao fato de que, entre os critérios diagnósticos para os transtornos delirantes, a recomendação da CID-10 é a de que a presença de alucinações seja considerada, se não um critério de exclusão, ao menos um critério de exceção. De maneira que a presença de alucinações, tão classicamente associada à parafrenia, na prática clínica, faça com que o diagnóstico contemporâneo recaia quase que automaticamente sobre o cada vez mais inflacionado grupo das esquizofrenias.

Os diagnósticos de esquizofrenia (F20 conforme a CID-10), por um lado, e de transtorno delirante (F22 na mesma classificação), por outro, não favorecem o cuidado aos pacientes, uma vez que ambos os grupos comportam casos por demais heterogêneos. Com marcada imprecisão e limites por demais abrangentes, tais diagnósticos se tornam, portanto, insuficientes tanto para clínica quanto para a pesquisa, uma vez que encampam casos com apresentação inicial, prognóstico e resposta terapêutica, por sua vez, por demais distintos. Dessa forma, é possível concluir que o atual estado de coisas, no tocante à classificação das assim chamadas psicoses, parafrenia incluída, não parece satisfatório, sugerindo a necessidade de elaboração de novos modelos conceituais em psicopatologia.

A contribuição de uma apreciação histórica e epistemológica, nesse sentido, figura como importante instrumento de esclarecimento e contextualização dessas insuficiências, legitimando a busca por conceitos mais adequados para a atividade psiquiátrica. Longe de preciosismo teórico, tal exercício, ao questionar historicamente a manutenção e a retificação de modelos imprecisos, ao mesmo tempo em que procura recuperar, e eventualmente reciclar, dos anais da história da psiquiatria, modelos diagnósticos mais acurados, e eventualmente mais promissores, configura, a nosso ver, muito menos a atualização de uma voca-

ção barroca do que a realização do trabalho classificatório característico dos procedimentos científicos de seu mister. Melhor classificar, para melhor operar.

REFERÊNCIAS

1. Sonenreich C. Esquizofrenia: a literatura e a clínica dos casos assim chamados. São Paulo: Manole; 1977.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Sonenreich C, Estevão G. O que os psiquiatras fazem. São Paulo: Casa Editorial Lemos; 2007.
4. Berrios GE, Hauser R. O desenvolvimento inicial das ideias de Kraepelin sobre classificação: uma história conceitual*. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2013; 16(1): 126-46.
5. Garrabé J. História da esquizofrenia. Lisboa: Climepsi; 2004.
6. Santos NB. O conceito de Parafrenia e sua actualidade. Lisboa: Lidel; 2006.
7. Berrios GE. The insanities of the third age: a conceptual history of paraphrenia. J Nutr Health Aging. 2003;7(6):394-99.
8. Pereira ME. Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2009; 12(1):161-66.
9. Kraepelin E. A Demencia precoce: 2 Parte - parafrenias. Lisboa: Climepsi; 2005.
10. Kraepelin E. Psychiatry: a textbook for students and physicians. Cambridge: Science History Publication; 1990.
11. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. Madison: International University Press; 1950.
12. Os JV. "Schizophrenia" does not exist. BMJ. 2016; 352:i375.
13. Howard R. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis. In: Jacoby R, Oppenheimer C, (Eds). Psychiatry in the elderly. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 744-61.
14. Bleuler E, Bleuler M. Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan; 1983.
15. Santos NB, Trancas B, Oliverira N. Tradução para português dos critérios de Alistair Munro para parafrenia. Acta Med Port. 2010; 23(3):465-68.
16. Berrios GE. Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria. São Paulo: Escuta - Pulsional; 2015.

Gabriel Wagner Sales Cavalcante¹,
Maria Júlia Francischetto Ribeiro
Soares¹, Daniel Fortunato Burgesse¹

Delírio sensitivo de referência: um diagnóstico esquecido pelos manuais diagnósticos

Sensitive delusion of reference: a forgotten diagnosis by the diagnostic manuals

Artigo Original

RESUMO

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Em 1980 foi publicada a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais e mudou a forma de atuação na Psiquiatria. O estudo baseado em grandes estruturas psicopatológicas perdeu força, dando vez a uma abordagem atórica e operacionalizada. As instituições de ensino passaram a usar o manual como guia, influenciando a formação de psiquiatras de gerações futuras. O resultado disso é o desconhecimento de conceitos que não estão presentes no manual. O diagnóstico de delírio sensitivo paranoide, descrito por Kretschmer em 1918, é um desses conceitos pouco familiares à geração atual. É um subgrupo dos transtornos delirantes, do tipo alusivo-referencial, concêntrico, de curso benigno, cede com o tratamento, eclode a partir da interação de uma tríade: caráter sensitivo, vivência humilhante e ambiente repressor. Demonstra-se a atualidade e relevância desse diagnóstico, com o objetivo de familiarizar a geração atual a esse conceito.

Descritores: Psiquiatria; Transtornos das sensações; Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais; Psicopatologia

ABSTRACT

In 1980 the third edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders was published and changed the practice in psychiatry. The study based on great psychopathological structures lost strength, giving way to an atheoric and operationalized approach. The teaching institutions started using the manual as a guide, influencing the formation of psychiatrists from future generations. This resulted in unawareness relating to concepts not present in the manual. The diagnose of sensitive delusion of reference, described by Kretschmer in 1918, is one of these concepts unfamiliar to the current generation. It's a subgroup from the delusional disorders, of an allusive-referential type, concentric, of benign course, that give in to treatment, hatching through the interaction of a triad: sensitive character, humiliating experience and repressive environment. Demonstrated the actuality and relevance of this diagnosis, in order to familiarize the current generation with this concept.

Keywords: Psychiatry; Sensation disorders; Diagnostic and statistical Manual of mental disorders; Psychopathology

Data de submissão: 03/10/2019

Data de aceite: 21/01/2020

Correspondência:

Gabriel Wagner Sales Cavalcante

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: gabrielwag@hotmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-III), publicado em 1980, foi um marco na Psiquiatria¹. Instituiu uma nova fase, marcada pela busca da confiabilidade no diagnóstico psiquiátrico, considerada antes baixa, nas outras edições do manual. Aproximou de maneira marcante a especialidade da prática médica e assim trouxe uma linguagem comum entre todos os clínicos e pesquisadores, proporcionando uma elaboração diagnóstica por meio de psicopatologia operacional¹⁻³.

Esse novo método funciona através de soma de critérios sintomatológicos específicos, que confirmam o diagnóstico a partir de um resultado maior ou igual ao previamente determinado. O resultado disso, infelizmente, é controverso. Se por um lado criou os precedentes para uma epidemiologia de bases fortes, por outro abandonou a visão holística do paciente, que questionava sobre a natureza das doenças mentais, seus fundamentos filosóficos e suas bases antropológicas. Sobrepujou ao estudo da psique como uma estrutura coesa, em que o total representava mais do que a soma das partes. Os diagnósticos se tornaram fracionados, e, portanto, empobrecidos. Houve forte impacto na formação de psiquiatras das gerações posteriores, moldando uma filosofia de atuação em que a psicopatologia se rendeu a segundo plano³.

Sobre esse movimento dos paradigmas da Psiquiatria ao longo da história discorre Lantéri-Laura em seu livro *Ensaio sobre os paradigmas da psiquiatria moderna* (2000). Ele delimita os três paradigmas que vingaram na psiquiatria até o surgimento do DSM-III. O primeiro deles é o paradigma da alienação mental, marcada pela obra de Philippe Pinel, que via a doença mental como uma única morbidade. Em seguida, veio o paradigma das Enfermidades Médicas, cujo marco foi o Tratado de Psiquiatria de Kraepelin, que criou uma nosologia guiada pela semiologia, clínica e prognóstico. O terceiro foi o das grandes estruturas psicopatológicas, marcada por grandes autores, iniciada com a publicação da *Demência Precoce* e o Grupo das Esquizofrenias de Bleuler, e tendo fim no ano da morte do último dos estruturalistas, Ey, em 1977⁴⁻⁸.

Nesse momento, a obra jasperiana, já frisava a totalidade do homem e a sua personalidade individual, acreditando que a base da psicopatologia é feita de descrição de casos. Contemporâneo desse autor, Kretschmer, acreditava que um sujeito com uma base estrutural, individual, se relaciona com o meio. Na ocorrência da ruptura da harmonia desse sistema indivíduo - ambiente aconteceriam às doenças mentais⁸⁻¹⁰.

Delírio sensitivo paranoide

Em 1918, Kretschmer na primeira edição de sua obra intitulada “Delírio Sensitivo Paranoide”, define o que para ele seria um delírio de base identificável a partir da interação de determinantes bem delimitados, de causa psicológica e reacional. Sua obra tentou dar compreensibilidade aos delírios, sendo o seu campo epistemológico a hermenêutica, a diferir da corrente Kraepeliniana vigente. Considerava pouco produtivo classificar os paranoicos em qualquer sistema usual. Só podiam ser compreendidos como pessoas em sua totalidade^{9,11}.

Tal descrição não era algo inusitado em seu tempo. Outros trabalhos já haviam procurado compreensibilidade nos delírios, porém à Kretschmer coube o pioneirismo de ter encontrado as estreitas relações entre o delírio de referência e um modo de ser no mundo. A essas pessoas, que encontrou essa relação, denominou de sensitivos¹¹.

Em um número grande de casos clínicos cuidadosamente analisados, Kretschmer descreveu o desenvolvimento dessa psicose paranoica, por exemplo, em idosas solteiras que apesar dos escrúpulos morais, se apaixonavam por homens casados, ou em homens jovens que sucumbiam à tentação da masturbação. O conteúdo persecutório envolvia alusões mal-intencionadas de familiares, superiores hierárquicos ou colegas de trabalho^{9,12}.

Postulou que em um indivíduo de certo caráter específico, que experimentasse uma vivência humilhante dentro de um meio social propício poderia expressar essa sintomatologia⁹. Antes de detalhar essas características, é prudente a delimitação de três terminologias usadas pelo autor: constituição, caráter e vivência.

Constituição segundo Kretschmer seria “o conjunto de todas as qualidades individuais baseadas na herança, isto é, de um raizame genético (...) nunca se poderá separar rigorosamente do conceito de constituição as modificações de predisposição hereditária ocasionada pelos estímulos externos (...) pois, tudo quanto vive concretamente se nos dá como produto da relação entre a predisposição e o ambiente.” Kretschmer sempre defendeu uma base biológica para sua teoria, e foi através da interação desse conceito com o de caráter que o conseguiu^{9,11}.

Enquanto a constituição seria uma confluência entre o que é somático com o que é psíquico, o caráter foi definido como puramente psicológico, um produto da constituição com o meio. “Entendemos por caráter a totalidade das possibilidades afetivo-volitivas de reação de uma pessoa, surgidas ao longo do curso de sua evolução vital, ou seja, a partir da predisposição hereditária e de todos os fatores exógenos”¹¹.

Quanto à vivência, definiu como a união de sensações e representações que pudessem produzir um afeto, seria uma elaboração individual sobre os acontecimentos. A experiência humana é acoplada a uma carga afetiva, algo que na psicanálise é referido como complexo¹¹.

O caráter sensitivo remete a pessoas profundamente receptivas e sensíveis às vivências, elaborando-as interiormente, em silêncio. São pessoas de brandura afetiva, escrupulosas, hesitantes, de percepção fina, introvertidas, com sentimentos éticos profundos, tensões emotivas ocultas e muito duradouras. São cordiais e permitem ser abordados facilmente. Não assimilam sentimentos fortes nem os expressam livremente. Faltam a eles espontaneidade e liberdade em suas ações. Apesar de tudo mostram certa ambição consciente, tenacidade e inteligência. Sua auto-observação e autocrítica são finíssimas. A constituição sexual mostra ao tempo que há uma dificuldade de contato com o sexo oposto, uma inibição extremamente forte das pulsões e uma carência de instinto erótico⁹.

A descrição de Pierre Janet de psicastenia em 1903 lembra o sensitivo descrito por Kretschmer. O próprio reconhece que os sensitivos seriam mais compatíveis com comportamentos astênicos do que estênicos^{11,13}.

Kretschmer difere os obsessivos dos sensitivos o fato de no último a mesquinhez e pedantismo não estarem presentes. Considerava também que quanto mais sensitivo a disposição, mais típicas as manifestações do delírio⁹.

O que se desprende muito claramente dessa descrição é que o caráter sensitivo não pode ser considerado uma disposição constitucional ou afetiva simples, se não que representa uma personalidade em toda sua complexidade¹³.

A vivência que atua nesse tipo de caráter é vivida de maneira humilhante, seja por fracassos concretizados ou possíveis, demonstrando com clareza a insuficiência do paciente. Podem vir de atitudes afetivo-eróticas sentidas e não assumidas de onde emergiria o sentimento de culpa. A vivência geradora de tensão é acumulativa, até que irrompe o delírio. Os conflitos éticos-sexuais são, em primeiro lugar, quem possui uma força patológica^{9,11}.

A reação sensitiva vem então de um defeito de condução, há uma dificuldade de mobilização dessa energia afetiva das vivências, que acumula experiências negativas de forma torturante. Esse é o mesmo mecanismo de funcionamento da neurose obsessiva. O surgimento do delírio mostra-se como uma ruptura estênica para que se mantenha a autoestima¹¹.

O ambiente, Kretschmer admite não ser imprescindível, mas coadjuvante. Amplia a tensão da própria estima em uma circunstância humilhante como uma situação que gere isolamento, que haja um forte controle social e julgamento ou necessidade de provações pequenas de moral convencional. A vivência é da violação da vontade individual pela vontade coletiva. A rigidez do meio em consonância com a do próprio paciente o torna fragilizado¹¹.

Seria a partir da confluência desses três fatores que assim descreve Ey "(...) sobre esse "terreno", sobre este fundo de sensibilidade impressionável e vulnerável que a acumulação de circunstâncias penosas, a soma dos fracassos ou de conflitos, a tensão provocada pela exasperação, pelas decepções ou pelo desespero desencadeiam a psicose"¹⁴.

Tellenbach¹⁵ usou a tipologia constitucional de Kretschmer⁹ para caracterizar uma personalidade anormal. Assim descrevia a obra delírio sensitivo referente:

"Nesta notabilíssima obra, Kretschmer liberou-se por completo de toda predestinação tipológica-constitucional em favor do princípio de uma reatividade caracterológica, especialmente sensitiva, que em suas respostas a vivências típicas, ou seja, a vivências de insuficiência vergonhosa e humilhante e a determinados fatos de um ambiente rigoroso, pode produzir e tematizar um delírio.

A diferença da tipologia constitucional, que como momento patogenético conhece no auge um "auto desenvolvimento" (por exemplo, personalidades com predisposição ciclóide), Kretschmer vê em seu delírio sensitivo-paranóide a "única possibilidade de compreensão" de tais gêneses do delírio em um mútuo "condicionar-se de dinâmicas endógenas e psico-reativas". Com isso, descobriu um plano que nasce exatamente entre as premissas etiológicas alternantes, até agora tão estéreis, de uma endogenidade e de uma compreensão psicológica puras"¹⁵.

Com essa base bem delineada, Kretschmer conseguiu separar do grande grupo da paranoia, um delírio de relativo bom prognóstico, reversível, que não tinha como história natural a cronificação. Muitas vezes esses pacientes são atendidos em ambulatório e não em meio hospitalar. Tratados por um tempo oportuno, os sintomas tendem a desaparecer completamente. Quanto mais abrupto e precoce é o começo do delírio, mais favorável é o prognóstico. Apesar disso, a estrutura se mantém mesmo com a remissão, tornando o paciente suscetível a um novo episódio¹³.

Como foi de se esperar, o diagnóstico proposto pelo autor não foi isento de críticas nem de objeções por outros autores de seu tempo.

CONCLUSÃO

O conceito de delírio sensitivo de referência não recebe o merecido destaque no atual paradigma da prática psiquiátrica. Mais do que um simples instrumento taxativo, demonstra ser uma forma de compreender, de dar significado à experiência do paciente, entendê-lo como um ser interagindo com uma cultura.

Essa visão não é contemplada no DSM, e por ser um modelo tão amplamente difundido acaba contribuindo para a desumanização na psiquiatria, porque o manual prioriza mais a sintomatologia do que o paciente. Os próprios colaboradores do manual reconheceram que o DSM é apenas um melhor “esforço”, que não era uma verdade absoluta e que a busca por simplicidade e clareza poderia levar a abusos¹⁶.

Desde a publicação do DSM-III há uma queda linear no ensino baseado em uma avaliação cuidadosa, que se debruça nas particularidades

de cada indivíduo para produzir um tratamento personalizado. O ensino se resumiu a decorar critérios ao invés de uma discussão epistemológica sobre o que é o diagnóstico em psiquiatria, como chegou até esse estágio e como contribuíram os grandes psicopatologistas do passado para essa construção. Diagnósticos dependentes dessa visão mais ampla são ignorados e por não estarem descritos nas últimas edições do manual passam pelo desconhecimento de muitos psiquiatras que adquirem uma linguagem limitada e simplista.

No entanto, não se deve aqui ignorar por completo a utilidade do DSM. Ele é uma boa ferramenta, mas como toda ferramenta, é adequada em certos trabalhos e ineficiente em outros. Cabe ao psiquiatra ser sábio a ponto de fazer essa distinção, entender suas limitações, ter crítica para saber em qual trabalho usá-lo e em qual deixá-lo guardado.

O melhor caminho para adquirir essa sensibilidade parece ser pelo aprofundamento na psicopatologia estruturalista e consequentemente autoral. A formação nas instituições de ensino precisa ser repensada, de forma não a substituir o que é presente, mas acrescentar-lhe perspectivas diferentes.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III. 3 ed. Washington: APA; 1980.
2. Russo J, Venâncio AT. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2006; 19(3): 460-83.
3. Rocha Neto HG, Messas GP. O diagnóstico psiquiátrico pelo modelo operacional e pela psicopatologia fenomenológicas: um paralelo entre os modelos, através de um estudo de caso. *Rev Psicopatol Fenomenol Contemp*. 2016; 5(1):22-40.
4. Lantéri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de La psiquiatria moderna. Madrid: Editorial Triacastela; 2000.
5. Pinel P, Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Traduzido por Galli JÁ. Porto Alegre: UFRGS; 2007.
6. Pereira ME. Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2009; 12(1):161-66.
7. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. Madison: International University Press; 1950.
8. Tonus AE. Estudo de caso individual: uma perspectiva para o diagnóstico em psiquiatria. *Rev Psicopatol Fenomenol Contemp*. 2012; 1(1):158-72.
9. Kretschmer E. Delirio sensitivo paranoide: aportación al problema de la paranoia y a la caracterología psiquiátrica. Traduzido por Sagarra JS. Barcelona: Editorial Labor; 1959.
10. Souza DS. Considerações sobre o diagnóstico e prognóstico em psiquiatria. *Arq Rio Grandenses Med*. 1933; 1(1):31-33.
11. Diez Patricio A. La psicogénesis del delirio en la obra y en la época de E. Kretschmer. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2001; 21(80):73-97.
12. Rasmussen S. Sensitive delusion of reference, 'sensitiver Beziehungswahn': some reflections on diagnostic practice. *Acta Psychiatr Scand*. 1978; 58(5):442-48.
13. Fernández MP. La Paranoia benigna. Recordando a los clásicos. *Rev Clín Méd Fam*. 2011; 4(2):132-39.
14. Ey H, Bernard P, Brisset C. As psicoses delirantes crônicas. In: Ey H, Bernard P, Brisset C, Manual de psiquiatria. São Paulo: Masson; 1995. p.513.
15. Tellenbach H. A endogenidade como origem da melancolia e tipo melancólico. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 1999; 2(4):164-75.
16. Andreasen NC. DSM and the Death of Phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull*. 2007; 33(1):108-112.

Sérgio Cabral Filho¹, José Eduardo Sant' Anna Porto¹

Eletroconvulsoterapia em São Paulo

Electroconvulsive therapy in São Paulo

Artigo Original

RESUMO

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

A eletroconvulsoterapia é um tratamento de grande auxílio à prática psiquiátrica. Desde a sua primeira aplicação, em 1938, vários avanços foram realizados com o intuito de aumentar sua eficácia e segurança. Ainda hoje o tratamento é estigmatizado, e os principais motivos são a desinformação, ou a má informação. **Objetivos:** Expor o perfil de pacientes que realizaram e finalizou a aplicação do método no período de três anos, no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", São Paulo, SP, Brasil, levando em consideração características demográficas, clínicas, diagnósticas, e também aspectos de continuação, manutenção, e necessidade de retomada do tratamento. **Métodos:** Foram extraídos dados de 142 pacientes que iniciaram e concluíram curso de eletroconvulsoterapia, colhidos no período de 18/06/2015 a 18/06/2018. Foi considerado apenas o primeiro curso do período, para evitar sobreposição de dados. **Resultados:** Eram do sexo feminino, 94 dos 142, o que representa 66,20% dos pacientes. A faixa de idade prevalente foi de 50 a 59 anos. Os transtornos de humor foram os mais comuns, com o grupo dos transtornos depressivos unipolares ocupando a maior taxa de realização. Esses dados concordam com estudos realizados na Europa, Oceania e América do Norte, mas discordam dos dados da América do Sul, África e Ásia. A maioria dos pacientes realizaram entre 5 e 12 sessões de ECT, assim como receberam medicação concomitante ao procedimento. As taxas de continuação, manutenção e retomada, tiveram valores baixos, provavelmente devido ao curto intervalo de tempo de coleta de dados. **Conclusão:** Apesar dos relatos de realização da eletroconvulsoterapia no HSPE desde 1967, falta a pesquisa de dados sobre o perfil dos pacientes e particularidades do serviço. O serviço de Psiquiatria é referência em tratamento com eletroconvulsoterapia. É um dos poucos no país a realizar o procedimento de forma sistemática e, dessa forma, tal análise se faz importante. Observou-se que se assemelha muito aos serviços mais importantes na área, como os americanos, australianos, britânicos e outros.

Descritores: Eletroconvulsoterapia; Epidemiologia

ABSTRACT

Electroconvulsive therapy is a very useful treatment for psychiatric practice. Since its first application in 1938, several advances have been made in order to increase its effectiveness and safety. Even today the treatment is stigmatized, and the main reasons are misinformation or lack of information. **Objectives:** To present the profile of patients who did and completed ECT over a three-year period, at the Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", São Paulo, SP, Brazil, taking into account demographic, clinical and diagnostic characteristics, as well as ECT for continuation, maintenance, and the need to resume treatment; to compare with data from other services from various countries and continents. **Methods:** Data were extracted from 142 patients who started and concluded a course of ECT, from 06/18/2015 to 06/18/2018. It was considered only the first course of the period, to avoid data overlap. Results: 94 of the 142 patients were female, representing 66.20% of the patients. The most prevalent age range was 50-59 years. Mood disorders were the most prevalent, with the group of unipolar depressive disorders occupying the highest rate of achievement. These data agree with studies conducted in Europe, Oceania and North America, but disagree with data from South America, Africa and Asia. Most patients performed between 5 and 12 ECT sessions, as well as receiving concomitant medication. The rates of continuation, maintenance and resumption were low, probably due to the short data collection time interval. **Conclusion:** Despite the reports of realization of electroconvulsive therapy in the HSPE since 1967, there is no habit of collecting data on patient profile and service particularities. We understand that the psychiatric service is a reference in treatment with electroconvulsive therapy, being one of the few in the country to perform the procedure in a systematic way and, therefore, such an analysis becomes important. It has been observed that the service in question closely resembles the most important services in the area, such as American, Australian, British and others.

Keywords: Electroconvulsive therapy; Epidemiology

Data de submissão: 16/01/2019

Data de aceite: 07/01/2020

Correspondência:

Sérgio Cabral Filho

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: sergio.kbral@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A eletroconvulsoterapia (ECT) consiste na aplicação de uma corrente elétrica no crânio com a finalidade de induzir uma crise convulsiva no paciente. O tratamento convulsivo é uma variante das terapias somáticas de choque utilizadas em psiquiatria, como a malarioterapia e a insulino-terapia. As crises convulsivas inicialmente eram provocadas através de utilização de cânfora, substituída pelo cardiazol (1934, Meduna) e em seguida pelo estímulo elétrico. Em 1938, Bini e Cerletti utilizaram, pela primeira vez, corrente elétrica para indução de uma convulsão. Nos EUA, a ECT teria sido utilizada pela primeira vez em 1939, enquanto no Brasil as primeiras sessões de ECT foram realizadas em 1941 por Pacheco e Silva. Sabe-se que inicialmente eram comuns acidentes como fraturas e luxações durante o procedimento e, visando à redução de tais complicações, foi introduzido o uso de miorrelaxantes sob anestesia geral. Tais medidas geraram redução significativa no número de fraturas, diminuindo também o desconforto dos pacientes submetidos ao tratamento. Posteriormente foram feitas alterações na corrente elétrica utilizada, inicialmente para ondas de pulso breve e posteriormente ondas de pulso ultra-breve, o que proporcionou redução bastante significativa dos efeitos colaterais sobre a cognição, antes bastante mais frequentes. Segundo Rosa¹, o uso da ECT teve declínio considerável nas décadas de 1960 e 1970, devido à introdução das medicações psicotrópicas (“novos” antipsicóticos e antidepressivos). Ainda de acordo com o autor, com o passar dos anos, tais medicações mostraram-se limitadas em casos refratários, além da intolerância a efeitos colaterais importantes, o que contribuiu para o “retorno” da ECT. Um dos marcos mais importantes para o “retorno” da ECT foram os estudos apresentados pela *American Psychiatric Association (APA)*², que fundamentaram as bases científicas do uso do procedimento e padronizaram a técnica nos EUA, terminando por influenciar a retomada de sua utilização no restante do mundo. Atualmente existem protocolos para aplicação do método na maior parte dos países onde este é realizado, com padronização dos procedimentos, considerando os *guidelines* da *American Psychiatric Association (APA)* e do *Royal*

College of Psychiatrists, da Inglaterra. Como decorrência dos referidos *guidelines* e do paradigma da Medicina Baseada em Evidências, tem-se como prática comum o desenvolvimento de bancos de dados contemplando informações epidemiológicas dos pacientes submetidos ao tratamento, com o objetivo de facilitar e estimular o desenvolvimento de pesquisas científicas sobre sua aplicação¹⁻².

Ao contrário do declínio descrito em outros centros, publicações científica oriundas do Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, São Paulo, SP, Brasil, em 1965 comprovam que naquela época a ECT era realizada rotineiramente no referido serviço, portanto desde sua inauguração, inclusive com dados estatísticos acerca de sua utilização. Mantendo a ECT como método terapêutico corrente ao longo de mais de 50 anos, esse serviço destaca-se também por produzir reflexões acerca de seu mecanismo de ação que, a exemplo dos demais tratamentos utilizados em Psiquiatria, não são considerados como suficientemente elucidados. A esse respeito, tais estudos partem do princípio de que seria por demais impreciso, e pouco aplicável à experiência clínica, as analogias correntes entre os modos de ação da ECT e aqueles dos psicofármacos, considerados por sua ação em diferentes componentes do sistema nervoso central, incluindo sistemas de neuro-hormônios, neuropeptídeos, fatores neurotróficos e da neurotransmissão em geral³⁻⁷.

A observação de que a ECT encontra amplas indicações clínicas, com comprovada eficácia entre as doenças psiquiátricas, muitas vezes clinicamente distintas, e mesmo opostas, como depressão, mania, delírios agudos e crônicos, entre outros, sugere a existência de uma inespecificidade em sua ação sobre o sistema psicobiológico. Isso exigiria modelos distintos daqueles propostos para a ação dos psicofármacos, que se tornam por isso mesmo demasiadamente específicos para abarcar todos os efeitos da ECT. Ainda quanto aos mecanismos de ação, a consideração da referida inespecificidade, que leva a uma reavaliação dos modelos propostos já no início da utilização dos chamados “tratamentos de choque”, permite que mecanismos mais abrangentes, interessando reações orgânicas globais, a exemplo das teorias do estresse biológico, propostas por Selye, possam ser levados em consideração na tentativa de explicar com mais acurácia os efeitos observáveis da ECT sobre as doenças mentais, e de fazer indicações mais precisas, e eficazes, do método em questão.

As propostas elaboradas pelos psiquiatras do Serviço de Psiquiatria do HSPE, oriundas e dirigidas à clínica das doenças mentais, apesar de terem sido consideravelmente divulgadas como teoria coerente, não foram até o momento consideradas diante de um referencial estatístico e quantitativo, característico dos modelos de estudo atualmente validados em medicina, a não ser no estudo de, Burges e Bassitt, 2015, realizado com amostra de pacientes em tratamento eletroconvulsivo no HSPE, e que procura relacionar os níveis de cortisol à resposta ao tratamento, portanto contemplando a abrangência das teorias gerais do estresse biológico nesse contexto. Nesse sentido, entende-se que uma análise estatística e epidemiológica, quantitativa, dos casos tratados com ECT no Serviço de Psiquiatria do HSPE poderia servir como material adicional para reflexões e estudos vindouros, na tentativa de cotejar os dados numéricos às teorias clínicas adotadas e desenvolvidas pelos médicos do serviço, que visam mormente a elaboração de um instrumental clínico mais adequado para a atividade psiquiátrica⁸.

Nesse sentido, cumpre dizer que as indicações da ECT, a exemplo de qualquer tratamento médico, são uma decorrência de uma elaboração diagnóstica, ou seja, do estabelecimento de um diagnóstico psiquiátrico. Entretanto, se tomarmos tal assertiva de forma literal, ao considerarmos o amplo espectro de indicações diagnósticas possíveis para o tratamento com ECT, teremos que considerar que a indicação diagnóstica – nosográfica – não pode ser considerada como um parâmetro suficiente para a sua realização, uma vez que os principais fatores que concorrem para a sua aplicação, conforme os *guidelines* oficiais, baseiam-se em parâmetros não necessariamente diagnósticos, tais como refratariedade aos psicofármacos, gravidade da sintomatologia e agudez ou cronicidade do quadro clínico.

De forma que a indicação da ECT, segundo os protocolos oficiais, obedeceria a critérios bastante gerais, que se por um lado seriam oriundos de um corpo de saber psiquiátrico mais amplo, por outro quase sempre escapam, como apontam Sonenreich e Estevão⁹ das formulações diagnósticas das classificações oficiais, como a CID (Classificação Internacional das Doenças), atualmente em sua 11ª Revisão - 2018, instrumento proposto pela (Organização Mundial de Saúde)¹⁰, e o DSM (Manual Estatístico e Diagnóstico, 2013). Além disso, e de maneira geral, a perspectiva de que uma indicação independente do diagnóstico seria a mais forte recomendação dos *guidelines* é reforçada pelas situações em que se recomenda o

emprego da ECT como primeira escolha terapêutica, evidentemente dentro de um amplo espectro diagnóstico. Tal se observa nas seguintes circunstâncias: 1. Quando há necessidade de resposta efetiva e rápida, como risco de suicídio e/ou recusa alimentar sistêmica, com distúrbios hidroeletrólíticos graves; 2. Nas situações em que a medicação é contraindicada, como por exemplo, de forma geral, no tratamento de pacientes idosos e de gestantes; 3. Nos casos em que se conhece a resposta prévia à ECT e 4. Diante do desejo manifesto pelo próprio paciente, consideradas as indicações e contraindicações do método, no sentido de sua preferência pelo tratamento eletroconvulsivo à terapêutica psicofarmacológica⁹⁻¹¹.

OBJETIVOS

Considerando o contexto exposto acima, com vistas a sua utilização em análises futuras, os dados levantados no presente estudo têm a intenção de expor o perfil de pacientes que realizaram e finalizaram tratamento com ECT em um período de três anos – iniciado em 18/06/2015 e finalizado no dia 18/06/2108. Contemplam pacientes em diversas modalidades de tratamento eletroconvulsivo, inclusive aqueles em ECT de continuação, de manutenção, e nos casos em que as recidivas determinaram a retomada do tratamento. Pretende-se ainda catalogar e avaliar os diagnósticos para os quais o tratamento foi indicado, comorbidades clínicas apresentadas pelos pacientes, bem como o perfil epidemiológico básico, considerando idade e gênero, bem como o número de sessões realizadas em cada ciclo de tratamento. Por fim, objetiva-se comparar os dados obtidos com aqueles resultantes de estudos produzidos em outros serviços, em diversos países e continentes.

MÉTODOS

Os dados foram coletados no período de 18/06/2015 a 18/06/2018. Em dois anos 142 pacientes iniciaram e terminaram o tratamento com ECT no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE). Não foram incluídos nos bancos de dados pacientes que retomaram o tratamento em menos de um ano, ou seja, entre 18/06/2014 e 18/06/2015. Também não foram incluídos pacientes que ainda permaneciam em tratamento de ECT devido a quadro agudo, em continuação ou manutenção além da data estipulada. Para os pacientes que retomaram ECT dentro do período avaliado, apenas o primeiro curso

foi incluído, para evitar sobreposição de dados. Com relação ao diagnóstico, foi utilizada a codificação da Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição (CID-10).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Gênero

Durante o período de coleta de dados, 94 pacientes eram do sexo feminino, o que representa 66,20% dos indivíduos, enquanto 48, ou seja, 33,80% eram do sexo masculino.

A percentagem de ECT no sexo feminino varia entre 60 a 80%¹²⁻¹⁶, exceto em alguns países da Ásia onde há um número maior de pacientes do sexo masculino em curso de ECT. Deve-se levar em consideração que tais países asiáticos ainda realizam o procedimento sem anestesia, e para tratamento principalmente de pacientes com esquizofrenia¹⁷⁻¹⁸, doença prevalente em homens. (Tabela 1)

Tabela 1: Sexo dos pacientes submetidos a eletroconvulsoterapia

	Masculino (%)	Feminino (%)
Escócia	40	60
Suécia	37	63
Austrália	29	71
Texas (EUA)	30	70
Ásia	62	38
Nova Zelândia	31	69

N: Frequência; %: Frequência percentual

Idade

No HSPE não há restrição para realização de ECT por faixa etária. No entanto, conforme demonstra na tabela abaixo, não é comum a prática em pacientes jovens, e não há relato de realização do procedimento em pacientes com menos de 19 anos. Da mesma forma, entre 30 e 39 anos, apenas dez pacientes, ou 7,04% deles, realizaram ECT. Entre 40 e 49 anos de idades, 28 pacientes foram submetidos ao tratamento, correspondendo a 19,72%. A faixa etária dos 50 aos 59 anos foi a que teve maior número de pacientes em ECT, correspondendo a 26,76% dos pacientes. Com três anos de seguimento, 32 pacientes (22,54%) se encontram nesta faixa. Vale ressaltar que o paciente mais velho a realizar o procedimento tinha 92 anos. (Tabela 2).

Tabela 2: Idade dos pacientes submetidos à eletroconvulsoterapia em outros países

Idade	n	(%)
15 a 29	10	7,04
30 a 39	10	7,04
40 a 49	28	19,72
50 a 59	38	26,76
60 a 69	32	22,54
70 a 79	17	11,97
Maior 80	7	4,93
Total	142	100,00

N: Frequência; %: Frequência percentual

Um número considerável de pacientes em ECT apresenta idade acima de 50 anos o que é comum em outras localidades onde estudos epidemiológicos são realizados sistematicamente. Nesta amostra eram 94, totalizando 66%. Na Escócia, 45% dos pacientes estão abrangidos entre 50 e 70 anos (15). Na Suécia, a maior parte dos pacientes apresenta idade superior a 55 anos (16). O mesmo ocorre na Austrália, Estados Unidos, Noruega e Japão^{12-14,19}.

Diagnósticos

De forma geral, pode-se notar que os transtornos de humor, segundo a CID-10, foram as afecções de maior indicação no decorrer de três anos, com os transtornos depressivos unipolares ocupando 35,2% e o transtorno afetivo bipolar com 31,7%. Logo atrás os transtornos esquizofreniformes e delirantes foram responsáveis por 22,5% das indicações. Não obstante, nota-se que diversos grupos diagnósticos receberam indicação para realização de ECT, apesar de os transtornos orgânicos e neuróticos ocuparem apenas os pouco mais de 10% restantes. (Tabela 3)

Tabela 3: Diagnósticos gerais dos pacientes do estudo

Diagnóstico (CID 10)	n	%
Orgânicos	12	8,5
Delirantes	32	22,5
TAB	45	31,7
Depressão	50	35,2
Neuróticos	3	2,1
Total	142	100

TAB: Transtorno depressivo bipolar; N: Número absoluto; %: Frequência percentual

Ao dispor os diagnósticos por suas subdivisões internas da CID-10, nota-se que a grande maio-

ria dos cursos de ECT foi aplicada para tratar 55 pacientes com diagnóstico de depressão (38,7%), seja ela unipolar ou bipolar. Individualmente, o transtorno afetivo bipolar em episódio maníaco com sintomas psicóticos foi o diagnóstico prevalente, em 36 pacientes (25,4%). O transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos ocupa a segunda maior prevalência e a esquizofrenia a terceira, com 21 (14,8%) e 18 (12,7%) pacientes, respectivamente. (Tabela 4)

Tabela 4: Diagnósticos específicos dos pacientes do estudo segundo o CID 10

Diagnóstico (CID 10)	n	%
F03	2	1,4
F06.2	2	1,4
F06.3	7	4,9
F06.8	1	0,7
F20	18	12,7
F22	12	8,5
F25.9	1	0,7
F29	1	0,7
F31.1	1	0,7
F31.2	36	25,4
F31.4	2	1,4
F31.5	3	2,1
F31.9	3	2,1
F32.2	13	9,2
F32.3	21	14,8
F33.1	1	0,7
F33.2	7	4,9
F33.3	8	5,6
F42	2	1,4
F44.2	1	0,7
Total	142	100,0

N: Número absoluto; %: Frequência percentual

Os dados de países da Europa, Oceania e América do Norte mostram que a maior parte da indicação para o procedimento são as variações dos transtornos depressivos. Países da Ásia, África e América do Sul têm como maior número de indicações os quadros de esquizofrenia. Observa-se que o HSPE tem números semelhantes aos de países onde a ECT é muito aplicada, em contradição a números relacionados à América Latina^{12-17,19-23}.

Número de sessões

A quantidade de sessões em um curso de ECT é sempre determinada clinicamente, com uma

média de 8 a 12 sessões sendo o parâmetro utilizado internacionalmente, inclusive referendado pelos *guidelines* específicos. Os pacientes são submetidos rotineiramente a aplicações duas vezes por semana e o quadro clínico é reavaliado diariamente. O curso de ECT é interrompido assim que haja melhora clínica adequada e sustentada. Em média, isso acontece entre 5 e 12 aplicações, e 65,67% dos cursos de ECT realizados no período de coleta dos dados varia nesta faixa de número de sessões. Um grupo de 21,13% dos pacientes realizou entre 5 e 6 aplicações de ECT; 16,90% entre 7 a 8; e 14,79% entre 9 e 10 aplicações. Apenas 2,11% dos pacientes fizeram entre 1 a 2 sessões de ECT, e a quantidade dos que necessitaram de cursos com mais de 14 aplicações também é reduzido. (Tabela 5)

Tabela 5: Número de sessões de eletroconvulsoterapia

Nº sessões	n	%
1 a 2	3	2,11
3 a 4 ¹	15	10,56
5 a 6	30	21,13
7 a 8 ²	24	16,90
9 a 10 ³	21	14,79
11 a 12	18	12,68
13 a 14	14	9,86
15 a 16	6	4,23
17 a 18	6	4,23
19 a 20	4	2,82
20+	1	0,70
Total	142	100,00

¹Três abandonos e uma suspensão por oclusão arterial aguda; ²Um abandono; ³Uma suspensão por rebaixamento de nível de consciência

Os números encontrados são semelhantes aos países onde esses dados são analisados, mesmo que em muitos deles os cursos de ECT geralmente sejam pré-estabelecidos em 12 aplicações. Na Austrália e Nova Zelândia a média é de 7 a 12 aplicações. Na África entre 1 e 10, nos EUA entre 5 e 12, sendo o maior número de pacientes submetidos a 7 ou 8 aplicações. Na Europa os números de sessões variam entre 5 e 11, exceto na Suécia onde a média é de 22 aplicações por curso de ECT^{12-14,16,21,24-26}.

Uso de medicações psiquiátricas

Como diretriz geral, o Serviço de Psiquiatria do HSPE desestimula o uso concomitante de psicofármacos durante o tratamento com ECT. No entanto, observa-se que em 70,42% dos casos, hou-

ve o uso de medicações concomitante à ECT. 26,06% dos pacientes fizeram uso regular de bromazepam e 25,35% de prometazina. Estas medicações geralmente são escolhidas por não interferirem de forma contundente no limiar convulsivo dos pacientes. Além disso, tenta-se não administrar tais medicações na véspera de uma aplicação de ECT. 19,01% dos pacientes estavam em uso de quetiapina; 13,38% estavam em uso de olanzapina; 10,56% em uso de haloperidol e 8,45% usavam midazolam durante o tratamento e apenas 29,58% dos pacientes analisados não utilizaram medicação. Vale ressaltar que a maior parte utiliza as medicações principalmente em casos de insônia ou agitação, ou então, quando há necessidade de introdução lenta do tratamento medicamentoso. Nestes casos o mesmo pode ser feito antes da suspensão do curso de ECT. Além disso, muitos dos pacientes iniciam o tratamento com ECT em uso de medicações e essas são descontinuadas de forma gradual durante o período. (Tabela 6)

Tabela 6: Medicações usadas pelos pacientes do grupo

Uso concomitante	Medicação	Total	%
		100	70,42
Sim	Bromazepam	37	26,06
	Clonazepam	5	3,52
	Clozapina	3	2,11
	Clorpromazina	2	1,41
	Donepezila	3	2,11
	Haloperidol	15	10,56
	Biperideno	5	3,52
	Fluvoxamina	1	0,70
	Tioridazina	1	0,70
	Lamotrigina	4	2,82
	Venlafaxina	1	0,70
	Topiramato	1	0,70
	Mirtazapina	1	0,70
	Midazolam	12	8,45
	Neozine	9	6,34
	Prometazina	36	25,35
	Amantadina	1	0,70
	Paroxetina	1	0,70
	Quetiapina	27	19,01
	Olanzapina	19	13,38
	Clomipramina	2	1,41
	Lorazepam	2	1,41
	Valdoxan	1	0,70
	Zolpidem	1	0,70
Não		42	29,58
Total		142	100,00

Comorbidades clínicas

Dentre os pacientes analisados no período, 74 deles (52,11%) apresentaram alguma doença clínica. As doenças prevalentes entre eles foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) que acomete 30,99% dos pacientes, diabetes mellitus (DM) em 15,49% deles, hipotireoidismo em 14,79% e dislipidemia em 5,63%.

Apesar de ser um dado relevante sobre o perfil dos pacientes submetidos a ECT, não foram encontrados levantamentos semelhantes, e a despeito dessas alterações somáticas, o tratamento com ECT se deu sem intercorrências. Vale ressaltar que 3,52% estavam em tratamento para quadro agudo de infecção do trato urinário (ITU) e tal diagnóstico não inviabilizou a realização da eletroconvulsoterapia. (Tabela 7)

Tabela 7: Comorbidades clínicas dos pacientes do estudo

Doença somática	Diagnóstico	Total	%
Sim		74	52,11
	HAS	44	30,99
	DM	22	15,49
	Hipotireoidismo	21	14,79
	IC	4	2,82
	Epilepsia	2	1,41
	DRC	2	1,41
	Colelitíase	1	0,70
	Hepatite C	1	0,70
	Dislipidemia	8	5,63
	AVE prévio	2	1,41
	IAM prévio	2	1,41
	ITU	5	3,52
	Deficiência vit. D	1	0,70
	DPOC	2	1,41
	Estenose esofágica	1	0,70
	Gastrostomia	1	0,70
	Hérnia de hiato	1	0,70
	Nefrolitíase	1	0,70
	Obesidade	1	0,70
	Surdez	1	0,70
	Doença de Parkinson	1	0,70
Não		68	47,89
Total		142	100,00

HAS: Hipertensão arterial sistêmica; **DM:** Diabetes Mellitus; **IAM:** Infarto agudo do miocárdio; **ITU:** Infecção urinária; **DPOC:** Doença pulmonar obstrutiva crônica; **IC:** Insuficiência cardíaca; **DRC:** Doença renal crônica

Outros dados: regime de tratamento, ect de continuação e manutenção, retomadas do tratamento

No IAMSPE realizam-se ECT em pacientes internados e em regime ambulatorial, em que o paciente comparece ao hospital, já em jejum, no dia da sessão de ECT, somente para realizar o procedimento. Apesar de ser uma opção, apenas 2,81% dos pacientes foram tratados inicialmente neste regime. Este número representa quatro pacientes no período, enquanto 97,18% que realizaram ECT, o fizeram internados na enfermaria de Psiquiatria do próprio serviço. É importante ressaltar que o serviço apresenta algumas dificuldades para realização de exames complementares e avaliação clínica prévia à ECT e, sendo assim, muitas vezes opta-se pela internação do paciente até a realização da primeira aplicação de ECT.

Alguns países como Bélgica, a ECT ambulatorial raramente é utilizada, e na Polônia sequer existe esta modalidade de tratamento. Na Noruega, realizam-se ECT ambulatorial em 15% dos pacientes, no País de Gales em 16%, Irlanda 18% e Reino Unido 19%^{24,26-28}.

Tabela 8: ECT de continuação, manutenção e retomada

Modalidade		n	%
ECT Continuação	Sim	22	15,49
	Não	112	78,87
ECT Manutenção	Sim	4	2,82
	Não	138	97,18
Retomada ECT	Sim	23	16,20
	Não	119	83,80

Quanto à realização de ECT de continuação esta se mostra muito eficaz em casos de difícil controle. Levou-se em consideração pacientes que realizaram e finalizaram ECT de continuação, dentro do período estudado. Dessa forma, encontrou-se que 15,49% dos pacientes realizaram ECT de continuação, e 78,87% não o fizeram.

Um estudo de um ano na Austrália encontrou uma taxa de 16% de cursos de ECT de continuação. Na Índia alguns estudos evidenciaram uma variação entre 1 e 10% de casos em continuação do tratamento^{4,12-13,19}.

O levantamento de dados mostrou uma taxa muito pequena de casos em ECT de manutenção, apenas 2,82% dos casos. Pelo fato do estudo levar em conta apenas o período de três anos, provavelmente esse seja o motivo de um valor baixo. Além disso,

considerar que a ECT de manutenção decorre após um período de seis meses da ECT de continuação e, desta forma, vários pacientes seguiam realizando ECT ao final da coleta de dados e não foram incluídos. Um estudo na Austrália mostrou que a ECT de manutenção é realizada em 16% dos casos¹³.

A retomada de ECT entre os pacientes incluídos na coleta de dados teve uma taxa de 16,20%, enquanto nos outros 83,80% não foi retomado o tratamento até o momento em que se cessou a coleta. Esse valor também pode sofrer aumento em um seguimento mais longo do que o realizado de três anos.

CONCLUSÃO

Como um centro de referência em Psiquiatria e na realização da eletroconvulsoterapia, aplicando regularmente o tratamento desde 1965, o Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” é um dos poucos no país a realizar o procedimento de forma sistemática. A atualização da análise epidemiológica do perfil dos pacientes e do tratamento realizado no serviço, publicada pela primeira vez em 1967, nos pareceu importante, tanto como registro da relevância da utilização deste método quanto para servir como objeto

de análises futuras, que possam considerar as reflexões teóricas e clínicas elaboradas no mesmo contexto pelos psiquiatras Sonenreich e Estevão. O objetivo final de colaborar com o delineamento de instrumentos conceituais mais adequados à prática de uma Psiquiatria científica e coerente com o seu objeto. De forma adicional, um trabalho que possa dar continuidade, longitudinalmente, ao levantamento que se iniciou aqui poderia colaborar ainda mais para um delineamento das características da população de usuários do serviço, bem como ampliar a capacidade de predição na indicação específica do procedimento eletroconvulsivo para esta população. Deve-se ressaltar que alguns dados acabam não representando a realidade do serviço, justamente pelo curto espaço de tempo de análise. Nesse sentido, espera-se que, com o decorrer dos anos, esses parâmetros possam ser mais precisos. Observou-se que o serviço em questão se assemelha muito aos centros mundialmente reconhecidos na área, como o americano, o australiano, o britânico, reafirmando a utilização da eletroconvulsoterapia, de forma a contribuir para redução do estigma associado ao método e, conseqüentemente, ao uso racional e igualitário deste recurso terapêutico, imprescindível à boa prática psiquiátrica, tanto neste país quanto no resto do mundo.

REFERÊNCIAS

1. Rosa MA, Rosa MO. Bases históricas. In: Rosa MA, Rosa MO. Fundamentos da eletroconvulsoterapia. Porto Alegre: Artmed; 2015. p.15-30.
2. American Psychiatric Association. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. Washington DC: American Psychiatric Association; 2001.
3. Sonenreich C, Marrone MJ, Martins C. O Hospital-Dia e o Hospital-Noite do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do HSPE. In: Martins C, (ed.). Estudos sobre Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral. São Paulo: Comissão Científica do HSPE e Associação Paulista de Medicina; 1967.
4. Enriquez S, Tighe S, Fitzgibbon N, Flaitheheartaigh SÓ. Five years of ECT: the relationship between consent status and treatment experiences. Ir J Psychol Med. 2010; 27(3):117-22.
5. Estevão G. A Respeito da Associação Sismoterapia e Neurolépticos. Temas 1979; 9(17):17-40.
6. Sonenreich C. Prefácio. In: Rigonatti SP, Rosa MA, Rosa MO. Eletroconvulsoterapia. São Paulo: Vetor; 2004. p. 7-10.
7. Estevão G, Porto JE. Modelo global aplicado aos mecanismos de ação da ECT. Temas. 2009; 36(70-71):66-76.
8. Burge D, Bassitt DP. Variação de cortisol plasmático em pacientes deprimidos após tratamento com eletroconvulsoterapia bilateral. Trends Psychiatry Psychother. 2015; 37(1):27-36.
9. Sonenreich C, Estevão G. O que os Psiquiatras Fazem: ensaios. São Paulo: Casa Editorial Lemos; 2007.
10. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças (CID 11); 2018
11. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
12. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
13. O'Dea JF, Mitchell PB, Hickie IB. Unilateral or bilateral electroconvulsive therapy for depression? A survey of practice and attitudes in Australia and New Zealand. Med J Aust. 1991; 155(1):9-11.
14. Teh SP, Xiao AJ, Helmes E, Drake DG. Electroconvulsive therapy practice in Western Australia. J ECT. 2005; 21(3):145-50.

15. Ministry of Health. Electroconvulsive therapy annual statistics: for the period 1 July 2003 to 30 June 2005. Wellington: Ministry of Health; 2006.
16. Rosenbach ML, Hermann RC, Dorwart RA. Use of electroconvulsive therapy in the Medicare population between 1987 and 1992. *Psychiatr Serv.* 1997; 48(12):1537-42.
17. Report on Electroconvulsive Therapy. Annual Report in years 2014, 2015 and 2016. Texas: Department of State Health Services; 2016.
18. Sylvester AP, Mulsant BH, Chengappa KN, Sandman AR, Haskett RF. Use of electroconvulsive therapy in a state hospital: a 10-year review. *J Clin Psychiatry.* 2000; 61(7):534-39.
19. Socialstyrelsen. ECT-treatment, a pilot study [Swedish]. Socialstyrelsen. 2010; 2010-4-3.
20. Mugisha RX, Ovuga EB. The use of electroconvulsive therapy in the treatment of psychiatric illness at Umzimkulu Hospital in Transkei. A retrospective study. *S Afr Med J.* 1991; 79(7):391-93.
21. Okagbue N, McIntosh A, Gardner M, Scott AI. The rate of usage of electroconvulsive therapy in the city of Edinburgh, 1993-2005. *J ECT.* 2008; 24(3):229-31.
22. Chanpattana W, Kojima K, Kramer BA, Intakorn A, Sasaki S, Kitphati R. ECT practice in Japan. *J ECT.* 2005; 21(3):139-44.
23. Naqvi H, Khan MM. Use of electroconvulsive therapy at a university hospital in Karachi, Pakistan: a 13-year naturalistic review. *J ECT.* 2005; 21(3):158-61.
24. Pastore DL, Bruno LM, Nardi AE, Dias AG. Use of electroconvulsive therapy at Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, from 2005 to 2007. *Rev Psiquiatr RS.* 2008; 30(3):175-81.
25. Selis MA, Kauye F, Leentjens AF. The practice of electroconvulsive therapy in Malawi. *J ECT.* 2008; 24(2):137-40.
26. Schweder LJ, Lydersen S, Wahlund B, Bergsholm P, Linaker OM. Electroconvulsive therapy in Norway: rates of use, clinical characteristics, diagnoses and attitude. *J ECT.* 2011; 27(4):292-295.
27. Eranti SV, Thirthalli J, Pattan P, Mogg A, Pluck G, Velayudhan L, et al. Comparison of electroconvulsive therapy practice between London and Bengaluru. *J ECT.* 2011; 27(4):275-80.
28. Duffett R, Siegert DR, Lelliott P. Electroconvulsive therapy in Wales. *Psychiatr Bull.* 1999; 23(10):597-601.

Ana Carolina Barcelos Cavalcante
Vieira¹, Flavio Carvalho Ferraz²

Sobre psiquiatria e psicanálise – Há intersecção possível?

About psychiatry and psychoanalysis – Is there any possible intersection?

Artigo Original

RESUMO

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

2. Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, SP, Brasil.

O presente texto relata as articulações entre a psicanálise e psiquiatria, sobretudo na prática clínica, conforme o percurso da autora de psiquiatra entre psicanalistas e psicanalistas entre psiquiatras. Após um breve histórico do que se convencionou chamar de Psiquiatria Biológica ou Contemporânea, expõe-se a definição de doença mental e, em seguida, como psiquiatras e psicanalistas lidam com o sintoma. Propõe-se a perspectiva de Gorayeb, que recomenda evitar a “armadilha nominativa” de se acreditar que toda prática psiquiátrica é necessariamente generalizante e a psicanálise, em contrapartida, sempre subjetivante. Conclui-se que a ponte entre as duas disciplinas pode não necessariamente ser teórica, mas prática, e, sobretudo, localizar-se no “como fazer” psicanálise ou psiquiatria ao invés de optar por uma matéria ou outra.

Descritores: Psicanálise; Psiquiatria; Prática clínica; Psiquiatria/história

ABSTRACT

The presente article tries to discuss the relations between Psychiatry and Psychoanalysis, especially in clinical settings, as I see them as a psychiatrist among psychoanalysts and a psychoanalyst among psychiatrists. After a brief historical summary about what nowadays is commonly called Biological or Contemporary Psychiatry, the definition of mental illness and the different approaches of psychiatry and psychoanalysis regarding the symptom are also reviewed. I align with Raul Gorayeb's perspective, which advises against the “trap” of concluding that all psychiatric practice is generalizing and all psychoanalytical practice is subjective. I conclude that the intersection between these two disciplines may not be theoretical but practical, and may lie in the “how to” practice them rather than in the disciplines themselves.

Keywords: Psychoanalysis; Psychiatry; Clinical Practice; Psychiatry/history

Data de submissão: 03/10/2019

Data de aceite: 17/01/2020

Correspondência:

Ana Carolina Barcelos Cavalcante Vieira

Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço: Rua Ministro Godói, 1484, Perdizes, CEP: 05015-900, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: anacarolinabcv@gmail.com

Trabalho realizado:

Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Sobre a Psiquiatria Biológica

Apesar de as referências às perturbações mentais poderem ser encontradas desde a antiguidade (há indícios de procedimentos de trepanação entre os Incas, os egípcios reconheciam a epilepsia e Hipócrates descreveu casos que chamou de mania e melancolia), a Psiquiatria como entendida neste trabalho tem origem muito mais recente. É a Psiquiatria como especialidade médica praticada no Ocidente a partir do século XX, sobretudo após a síntese da clorpromazina na década de 50 e da publicação da 3ª edição do DSM em 1980, a qual se convencionou chamar de Psiquiatria Contemporânea ou Psiquiatria Biológica¹.

A Psiquiatria de depois da síntese dos psicofármacos nasce um século depois da tentativa de aplicar às doenças da mente o modelo das doenças infecciosas. Pareceu, à época, que seria possível, diante do modelo da paralisia geral progressiva ou sífilis terciária, explicar a doença mental da mesma maneira que as doenças orgânicas, mas tal tentativa mostrou-se logo infrutífera. Até o final do século XIX e início do século XX, os recursos biológicos para tratamento dos casos graves não pareciam alterar significativamente o prognóstico. Eram banhos, exercícios vigorosos, contenções, choques, cataplasmas, sangrias e outros métodos diversos.

A atuação dos psiquiatras até então consistia na aplicação de tais “tratamentos”, na descrição dos distúrbios (psicopatologia), na nosologia e nosografia (pensar critérios para classificação dos distúrbios mentais, que poderiam diferir bastante, dependendo da linha teórica). Após Freud e até a década de 1960, sobretudo, uma atividade largamente exercida por psiquiatras era a psicoterapia, incluindo a psicanálise².

Diferente das drogas psicoativas sintetizadas até então, como a cocaína, anfetaminas, o LSD e a psilocibina, a clorpromazina (1950) ofereceu ação tranquilizante em pacientes psicóticos com a enorme vantagem de não alterar de maneira nítida o estado de vigília (ou seja, não induziam significativamente a sedação) ou os processos usuais de pensamento, percepção e vivência. Em 1958, no I Congresso de Neuropsicofarmacologia em Roma,

foi apresentada a imipramina como antidepressivo. A partir de então, a Psiquiatria pôde, finalmente, usar arsenal terapêutico farmacológico, tal qual as outras especialidades médicas, para tratamento³.

É nesse contexto que a noção moderna sobre o sofrimento e adoecimento psíquicos sofreu uma revolução, cuja lógica, pretensamente mais acurada por ser biologicamente verificável, é a de que “se há evidência de que a angústia se deve a algum desequilíbrio na função dos neurotransmissores, tudo o que foi dito antes sobre ela então precisa ser revisito” ou até mesmo descartado (Guthrie, Freedman, Sheehan apud Nogueira Filho)³. A tentação torna-se ainda mais ampla quanto mais eficaz se mostram as opções farmacológicas lançadas.

Em 1980 foi publicado o DSM III pela APA, em um esforço conjunto com a OMS para fazer uma nomenclatura consistente com o CID (Código Internacional de Doenças)¹ e uniformizar em diversos países os diagnósticos em Saúde Mental. Essa classificação, de maneira distinta das anteriores que privilegiavam os conflitos psicodinâmicos e, portanto, o fator etiológico, propôs critérios categoriais descritivos (sindrômicos), aproximando a Psiquiatria do modelo biomédico. Declarada “ateórica” por seus pensadores, foi considerado um ponto de transformação na Psiquiatria, a partir do qual as pesquisas clínicas puderam ser consideradas estatisticamente mais rigorosas e, por isso, científicas. Desde então, o DSM já sofreu quatro revisões, tendo sido lançados o DSM III-R¹, o DSM IV, DSM IV-TR, e, por último, o DSM V em 2013. A cada edição, o número de transtornos identificados aumenta, indo de 265 no DSM III, para 300 no DSM-V.

A partir desses dois marcos, o que se viu foi marcada tendência na pesquisa clínica de compreensão da doença mental como processo decorrente de disfunção do sistema nervoso central. Por exemplo, na década de 90, no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (JPB), 50% dos artigos publicados foram enquadrados nesse escopo. O espaço restante foi dividido entre psicofarmacologia, neuropsiquiatria, epidemiologia, psicoterapia e psicanálise. Muitos dados relevantes relacionados à gênese dos transtornos mentais foram desvelados em pesquisas dessa natureza. Seguindo essa lógica biologizante, hou-

ve aumento indiscriminado do uso dos psicofármacos em escala mundial. Por exemplo, em 2006, os fármacos benzodiazepínicos eram usados por mais de 50 milhões de pessoas diariamente (CPMS/SMS - Rio - Uso Racional de Psicofármacos, 2006, p. 01)⁴⁻⁵.

Doença mental e a prática da psiquiatria

A “doença” é um construto da Medicina, um conceito operacional usado no pensamento e atividades médicas. O mesmo problema humano pode ter aos olhos da filosofia, da religião, da antropologia e sociologia, visões diferentes. Convencionou-se chamar de doença mental, os fatos clínicos, em geral com sofrimento psíquico, que prejudicam marcadamente o funcionamento da pessoa e não podem ser melhor explicados por fatores orgânicos. Tais fatos, circunscritos em um diagnóstico, tornam-se então objetos de estudo e atuação médicas. “Contudo, a aparente naturalidade com que esse conceito é apresentado nas classificações atuais dissimula sua natureza construída e, portanto, social”⁶.

O conceito de doença mental estabelecido por Ey e defendido por Sonenreich é: o de doença mental como uma patologia da liberdade. Liberdade, nesse caso, consiste na capacidade de uma pessoa estabelecer norma própria para si mesma e para os outros.

*“O doente mental caracteriza-se pela falta de opções, restringindo-se a condições limitadas e definidas, ao mesmo tempo que é impedido de constituir normas, a não ser as impostas pela sintomatologia da doença. Ele não age, é agido. É o caso de alguém que julga delirantemente que é Deus e passa a agir em função dessa ideia determinante, ou de alguém que tem fobia de aviões, limitando, por isso, sua forma de transporte (...). Recusamos a visão romântica do ‘louco’ como um pessoa excêntrica criativa, contestadora da ordem vigente (...). Um poeta, usando da liberdade que a poesia lhe proporciona, pode romper com códigos gramaticais e expressar-se de forma não-lógica. Ele escolhe fazê-lo. Ao contrário, uma pessoa com um processo patológico denominado desagregação do pensamento não encontra outros meios para se expressar, estando obrigada a falar de modo ilógico por estar impossibilitada de o fazer de outro modo”*Grandino e Nogueira⁷.

É a partir desse conceito **que a prática psiquiátrica pode ser descrita como a atividade**

médica que visa a aproximar um sujeito em sofrimento psíquico de si mesmo. Para tanto, assim com em outras especialidades, é preciso identificar na queixa do paciente um conjunto de sintomas que sejam passíveis de tratamento (diagnosticar) e traçar um plano terapêutico.

O ato diagnóstico pode consistir em várias entrevistas com o paciente, exames complementares e entrevistas com outros membros da família. O plano terapêutico em psiquiatria abarca elementos diversos, sendo os mais frequentes a psicofarmacologia, a hospitalização quando necessária, a psicoterapia, a psicanálise, outros tratamentos biológicos (como a eletroconvulsoterapia ou estimulação magnética transcraniana) e encaminhamentos diversos (p. ex. nutricionista, terapeuta familiar, assistente social).

O objetivo do plano terapêutico é o **tratamento**, que consiste na melhora para condição mais tolerável ou, se possível, na remissão dos sintomas identificados no diagnóstico, tentando trazer o paciente novamente para seu funcionamento pré-mórbido. Convém dizer que, o tratamento psiquiátrico não colocará o sujeito, além disso. Caso ele deseje mudar as circunstâncias ao seu redor ou a si mesmo, precisará fazê-lo voluntariamente.

É nesse precioso momento, diante do paciente, que a prática clínica da psiquiatria adquire aspecto subjetivante. Isto é, apesar de a Psiquiatria como disciplina aproximar-se da doença mental com olhos generalizantes (querendo saber o que há de comum na doença de um sujeito com a de outros, tentando traçar nexos causais e tratamento específico), é diante de um ser humano que sofre ou se restringe de possibilidades, que o psiquiatra tem dificuldade de manter a pretensa objetividade científica e se depara com toda a complexidade da experiência humana⁸.

Apartir do relato singular do doente, é preciso fazer um diagnóstico acurado para traçar estratégias eficazes de tratamento e ajudá-lo. Diferentemente de outras especialidades médicas, cuja natureza da doença facilita o refúgio do profissional em um “rigor científico”, o psiquiatra precisa adicionar ao saber biológico muitas outras informações que precisam

advir de outros campos do saber, para fazer jus aos complexos fenômenos que vê diante de si. Sem dúvida, muitos irão procurar o dito refúgio, mas também há muitos que não acreditam no homem meramente sináptico, reduzido a seus circuitos cerebrais^{3,8}.

A ilusão da completude parece fazer parte da utopia humana e o homem parece ter buscado, desde os primórdios de sua história, substâncias que o auxiliassem nesse projeto de uma existência sem dor, sem angústia ou violência. Ela se insinua possível para o homem-sináptico, através do uso dos psicofármacos. Há um aceno midiático dessa existência com grande poder sedutor, tanto maior quanto mais alardeado como “verdade científica”. No entanto, obviamente, essa promessa de “paraíso biológico” não se cumpre³.

Primeiramente, consta em qualquer livro de farmacologia que o medicamento ideal é aquele que é eficaz durante o período de ação, tem ação biológica seletiva (age apenas no sítio final, sem efeitos sistêmicos), é isento de toxicidade e efeitos colaterais, é de fácil administração e tem sua ação completamente reversível. É fácil concluir que tal medicamento não existe.

Em seguida é preciso reconhecer que, embora cada vez mais numerosos e seguros, os psicofármacos atualmente comercializados não são dotados de propriedades que consigam manter o indivíduo afastado de suas angústias permanentemente. Na verdade, o que se constata é quase o oposto. Como têm sido muitas vezes inadequadamente prescritos, os psicofármacos parecem estar cada vez mais associados à eficiência limitada, efeitos adversos, resistência e dependência. Não parece, no entanto, que sejam absolutamente dispensáveis. O uso racional de psicofármacos contribuiu para a melhora significativa do prognóstico de inúmeros pacientes e sua reinserção social. Seu uso pode mesmo ser necessário para que alguns consigam frequentar a psicoterapia ou análise.

Não basta dar ao psicótico o antipsicótico, ao ansioso, o ansiolítico e ao deprimido, o antidepressivo. Seria simplório se fosse assim. Ainda que fosse, qual a melhor a opção dentre tantas para aquele sujeito que busca tratamento? E no caso de resposta insuficiente, como proceder? O desafio do psiquia-

tra é compor tratamentos sob medida para seus pacientes, em seu mundo.

O próprio ato diagnóstico é complexo frente às inúmeras classificações lançadas, comorbidades e determinantes situacionais. Muitas vezes, não há identidade entre a doença do paciente e a do livro texto. Convém tomar os manuais diagnósticos como um meio de classificar fatos e facilitá-los ao estudo, mas nunca como verdades incontestáveis. Levar o DSM V ao pé da letra seria o “equivalente a chamar de Psicanálise apenas aquela representada pela Sociedade Americana de Psicanálise”. Além do que, em relação às categorias diagnósticas muito rígidas, é bom lembrar que “não há como impor à experiência humana limites que ela não possa transpor”⁶.

Exercer psicanálise e psiquiatria

Psicanálise e Psiquiatria tratam de problemas semelhantes com enfoques muito distintos. As duas partem da universalidade do sofrimento psíquico manifesto pelo sintoma, mas o tratam de modo radicalmente diferente e quase oposto.

A Psiquiatria, como atividade médica que visa ao tratamento e cura, entende que a supressão do sintoma é o melhor, e, com essa finalidade, diagnostica e trata. Muitas vezes a tão desejada remissão sintomática acontece, e outras tantas vezes ela não é possível.

A Psicanálise parte do pressuposto que o sintoma fala do sujeito e põe-se a escutá-lo para tirar dele sentido, especialmente através do que o sujeito não diz. Dessa escuta particular, aparecem pistas sobre seu funcionamento inconsciente. O psicanalista interpreta a transferência e pode mesmo ajudar o indivíduo a construir uma rede de significados para sua história. Daí pode advir, ou não, a melhora do sintoma.

A Psicanálise pode usar estruturas ou categorias gerais para pensar o sintoma, ouvindo-o, desenrolando-o aproximando o sujeito ainda mais de sua singularidade, mas sem a necessidade fundamental de fazer diagnósticos ou propor soluções que se pretendam definitivas. Certo é que alguma transformação se produz em uma análise, a maioria das vezes, positiva.

Partindo da função da Psiquiatria, infere-se que há como trabalhar em consonância, desde que a atividade psiquiátrica respeite algumas particularidades. O psiquiatra que se dispõe a trabalhar em conjunto com a psicanálise deve entender essencialmente que há um movimento que ambiciona tornar a medicação o recurso primordial de tratamento e que “esse discurso faz par com a explicação biológica do sofrer”³. Ou seja, deve entender que há uma tendência, considerada científica e por isso alardeada, a reduzir a experiência humana a seus circuitos cerebrais. Tal tendência pode tranquilizar muitos pacientes e profissionais, pois coloca a gênese do sofrimento em um lugar controlável.

Ele deve também ouvir como o sujeito é afetado pelos seus sintomas e como eles podem se transformar ao longo do tempo. Deve ter muita cautela com o *furor sanandi* de tentar, a qualquer custo, a supressão rápida e definitiva destes. Em alguma dimensão, deve saber que todo sintoma conta com vários elementos (biológicos e psíquicos) a favor de sua manutenção⁴.

O psicanalista que se dispõe a trabalhar em conjunto com um psiquiatra também precisa levar em conta que há uma enorme variedade de dados experimentais que apontam de forma vigorosa para a existência de fatores genético-biológicos implicados na gênese de inúmeros transtornos psíquicos. É preciso não se esquivar do desafio de debater com as ciências biológicas, descartando dados a priori, “encerrando a psicanálise em posição de perigoso solipsismo, o que pode conduzir à estagnação de seus recurso teóricos e explicativos dos fatos mentais”⁸.

Em suma, é preciso considerar que o sujeito que sofre também não se limita ao seu mundo mental, mas está encarnado em um corpo que pode sim padecer de disfunções diversas.

Pode-se, então, pensar em uma congruência no fazer das duas disciplinas, quando os profissionais levam em conta a singularidade do sujeito de quem cuidam. Teoricamente não vejo faces de sobreposição, mas de semelhança por abordarem o mesmo campo, o do sofrimento psíquico. Deve admi-

tir que a Psiquiatria pode existir sem a Psicanálise e vice-versa, mas pode haver uma rica ponte entre as duas disciplinas quando os sujeitos que cuidam conseguem dialogar e agir de maneira congruente em prol do paciente.

CONCLUSÃO

Gorayeb propõe a avaliação mais do **como fazer** do que o que chama de “armadilha nominativa” de se pensar a Psiquiatria como uma prática necessariamente generalizante e na Psicanálise, como o oposto. Com isso quer dizer que nas duas disciplinas pode haver profissionais que suplantam o sujeito, tomando-o como objeto, e outros que operam mais em um pólo subjetivante, privilegiando a singularidade.

Há muitos psiquiatras atuando subjetivamente e psicanalistas atuando objetivamente. Pode haver psicanalistas, por exemplo, que:

“tomam a sexualidade humana como sinônimo de cópula genital e que acreditam poder prescrever receitas para se atingir a felicidade, além de traduzirem seu entendimento sobre a mente humana em intervenções concretas sobre a vida e as atividades daqueles que estão sob seus cuidados. Do mesmo modo, há psicanalistas que tentam articular seu pensamento com outros campos do saber e se mantêm abertos na formulação de suas ideias sem se acomodar em esquemas simplificados” Gorayeb In Violante⁸.

Por certo que há psiquiatras que adotam o paradigma do homem-sináptico, o que leva a uma redução mutilante da sua prática. Também é fato que, até o presente momento, não há nenhuma prova irrefutável que qualquer dos transtornos identificados na nosografia psiquiátrica seja de causa exclusivamente biológica e que seu tratamento com psicofármacos seja indispensável ou obrigatório para todos os sujeitos. Não há portanto motivo algum para que os praticantes da Psiquiatria Biológica acusem triunfantemente de desatualizados os colegas que não aderem aos seus *guidelines*.

Também há os psiquiatras que não se conformam com tal simplificação e insistem em ampliar sua visão para além outros campos do saber,

fazendo inclusive o trabalho nosográfico, tornando muito mais fecunda sua prática. Alguns exemplos históricos brasileiros são José Leme Lopes, Juliano Moreira, Nise da Silveira e Carol Sonenreich.

A Psiquiatria, a meu ver, se presta particularmente a esses intercâmbios, pois **seu objeto de estudo é o homem na fronteira de si mesmo, na borda de sua humanidade**, em várias instâncias: biológica, cultural, social e psíquica. Constitui, por excelência, uma **ciência das intersecções**.

Conclui-se que o mais fidedigno seria inclusive falar em Psiquiatrias e Psicanálises, e que por mais que as teorias possam se aproximar de modelos objetivantes ou respeitadores da subjetividade, cada fazer tem implicações éticas distintas, não sendo ilegítima a adesão a um ou outro modo de trabalho⁸.

Os autores acreditam no trabalho multiprofissional em consonância, de acordo com a prática subjetivante, e que o par psicanalista-psiquiatra pode ajudar a conduzir o sujeito de uma condição de alheamento de si para mais próximo de sua singularidade radical.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-III. 3 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
2. A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. Rev Bras Psiquiatr. 2001; 23(1):28-33.
3. Nogueira Filho DM. Psicanálise e medicina. São Paulo: Escuta; 2008.
4. Quinet A, (Org). Psicanálise e psiquiatria: contravérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
5. Carvalho L. Uso racional de psicofarmacológicos. 2006 O ano da promoção do Uso Racional de Benzodiazepínicos. CPSM / SMS, Uso Racional de Psicofarmacológicos. 2006; 1(1):1-6.
6. Sonenreich C, Estevão G. O que psiquiatras fazem. 2a Ed. São Paulo: Leitura Médica; 2012.
7. Grandino A, Nogueira D. Conceito de psiquiatria. São Paulo: Editora Ática; 1985.
8. Violante ML, (Org). Impossível diálogo psicanálise psiquiatria São Paulo: Editora Via Fapesp; 2002.

Maria Julia Francischetto Ribeiro Soares¹, Marina de Assis Delmonte¹, Giovanna de Oliveira Alvim¹

Transtorno do uso do álcool

Alcohol abuse disorder

Artigo Original

RESUMO

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

O trabalho tem como objetivo esclarecer as diferentes formas do consumo patológico do álcool, os principais critérios diagnósticos trazidos pela Classificação Internacional de Doenças décima edição (CID-10) e pela quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM-V) e as atualizações a respeito do tratamento do Transtorno do Uso do Álcool pela diretriz da Associação Americana de Psiquiatria (APA).

Descritores: Alcoolismo; Alcoolismo/patologia; Alcoolismo/diagnóstico; Alcoolismo/tratamento

ABSTRACT

This paper aims to clarify the different forms of pathological alcohol consumption, the diagnostic criteria provided by the International Classification of Diseases – tenth edition (ICD-10) and Statistical Manual of Mental Disease (DSM-V), besides the updates on the treatment of alcohol use disorder under guideline of the American Psychiatric Association (APA).

Keywords: Alcoholism; Alcoholism/pathology; Alcoholism/diagnosis; Alcoholism/therapy

Data de submissão: 03/10/2019

Data de aceite: 10/01/2020

Correspondência:

Maria Julia Francischetto Ribeiro Soares

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: majufers@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O consumo do álcool está relacionado a duzentas doenças na CID-10, das quais sessenta doenças não-psiquiátricas. Também é responsabilizado por problemas da esfera social, como acidentes automobilísticos e violência doméstica, visto que metade dos indivíduos envolvidos nessas situações pode ser diagnosticada com transtorno do uso do álcool, o que demonstra a necessidade de um diagnóstico precoce¹⁻³.

No Brasil, a prevalência do uso do álcool chega a 74,6%, e 48% da população é abstêmia. Da mesma forma, os dados de incidência do mau uso são preocupantes, visto

que 29% da população consome cinco ou mais doses por ocasião, 28% faz uso em *binge* e 25% dos indivíduos que consomem álcool têm problemas relacionados ao seu uso⁴.

Diagnóstico

O diagnóstico é realizado a partir de um contínuo na DSM-V. Pela soma de sintomas, divide-se o diagnóstico em três diferentes níveis de gravidade: transtorno leve, quando o paciente apresenta 2 ou 3 sintomas; moderado, 4 ou 5 sintomas e grave, 6 ou mais. Seguem abaixo os critérios descritos:^{2,5}

Critérios para identificar transtorno do uso do álcool – DSM 5

Uso recorrente de álcool resultando em falha em realizar todas as obrigações

Uso recorrente de álcool em situações de risco (ex. beber e dirigir)

Uso continuado de álcool apesar de problemas interpessoais ou sociais

Evidência de tolerância

Evidência de sintomas de abstinência alcoólica, ou uso de álcool para evitar sintomas

Beber mais ou por um período maior do que o intencionado

Desejo persistente ou tentativas sem sucesso de reduzir ou interromper o consumo

Grande perda de tempo obtendo, usando ou se recuperando do consumo de álcool

Redução ou desistência importante das atividades por causa do consumo

Continuar bebendo apesar do conhecimento dos problemas físicos e psicológicos causados pelo álcool

Fissura por álcool

[6]

Já o CID-10, divide as principais doenças relacionadas ao consumo de álcool em dois diferentes grupos: os dependentes da substância e os que fazem uso problemático da mesma².

No que tange aos pacientes dependentes, esses também são diagnosticados a partir de uma somatória de sintomas. Para isso, o paciente deve apresentar três ou mais sintomas dentre os seis listados abaixo, em um período de doze meses:²

Critérios para dependência – CID-10

Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância

Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo

Estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado pela síndrome de abstinência de uma substância específica, ou quando faz-se o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência

Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas

Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa. Aumento, também, da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância, assim como para se recuperar de seus efeitos

Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos, períodos de consumo excessivo da substância, comprometimento do funcionamento cognitivo etc. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano

[2]

Por outro lado, o uso problemático do álcool é caracterizado por um padrão de uso que causa prejuízo ou dano real, físico ou mental à saúde do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos⁶.

Tem-se também o uso nocivo, que é correspondente ao abuso de substâncias. Conceitualmente, é dividido em três grupos⁶.

O primeiro deles é o do uso não saudável que consiste no consumo capaz de acarretar consequências à saúde e que possui critérios para o diagnóstico de transtorno do uso do álcool. O segundo é o do uso arriscado, caracterizado pelo consumo que, apesar de não fechar critérios para o diagnóstico do transtorno, há consequências do uso em sua saúde. Por fim, o último é o grupo que consiste no consumo em *binge* ou uso compulsivo. *Binge* é conceituado como o uso que é capaz de aumentar o nível sérico

de álcool em 0,08 g/dl em duas horas. Nos homens são cerca de cinco doses em uma só ocasião e nas mulheres ou idosos são cerca de quatro doses por ocasião. Tais estimativas variam de acordo com o peso, a idade, a velocidade do consumo, a presença ou não de alimentos no estômago⁶.

Tratamento

O tratamento envolve três partes:

Primeiramente, a gravidade do transtorno deve ser avaliada e junto ao paciente, será feita a proposta terapêutica: redução de riscos ou abstinência, sempre explicitando os riscos do tratamento^{5,7-8}.

Em segundo, deve-se abordar as decisões farmacológicas. A diretriz da Associação Americana de Psiquiatria (APA) recomenda como primeira escolha o uso de naltrexona e acamprosato para os transtornos moderados ou graves⁹⁻¹⁰.

A naltrexona é um agonista de opióides utilizado para diminuição da sensação de prazer com o uso da substância. As principais contraindicações para o uso dessa medicação é o uso concomitante com opióides ou o uso em pacientes hepatopatas. O tratamento sugerido deve ser realizado por doze meses. Já o acamprosato, não é disponível no Brasil. Porém, é mais indicado em pacientes que objetivam a abstinência e contraindicado para pacientes com insuficiência renal aguda¹¹.

Como segunda linha de tratamento, sugere-se o uso do dissulfiram. Essa medicação provoca o efeito *antabuse* quando utilizado simultaneamente ao uso do álcool, caracterizado pelos seguintes sintomas: rubor facial, cefaleia, taquipneia, precordialgia, náuseas, vômitos, sudorese e cansaço. O objetivo de seu uso é o de gerar uma aversão ao álcool no paciente. A problemática é que o efeito *antabuse* quando grave pode provocar visão turva, vertigem, confusão mental, hipotensão, rebaixamento do nível de consciência, coma e morte. Assim, pela possibilidade de complicações graves, esse tratamento é indicado apenas para pacientes que consigam entender os riscos e que se responsabilizem pela abstinência. Também é necessário esclarecer ao paciente que se deve esperar sete dias após a ingesta da medicação, caso resolva voltar a consumir álcool^{8,11-12}.

Os três medicamentos descritos anteriormente, naltrexona, acamprosato e dissulfiram, são os únicos aceitos pela Food and Drug Association (FDA) para o tratamento

do transtorno do uso álcool. Em contrapartida, a APA também recomenda um tratamento farmacológico de terceira linha, com topiramato ou gabapentina¹⁰. O topiramato é uma medicação indicada para tentar conter os impulsos, sendo necessária cautela no uso com hepatopatas e pacientes com insuficiência cardíaca. Por outro lado, a gabapentina é segura para ser usada em hepatopatas, porém é sedativa e contraindicada em pacientes com insuficiência renal⁹.

Uma metanálise atual comparou a eficácia de naltrexona, nalmefeno (outro antagonista opióide que não está presente no Brasil), acamprosato, topiramato e baclofeno, e apesar das diretrizes, a conclusão foi que não há diferença entre as medicações¹⁰.

Além disso, duas outras medicações são indicadas no tratamento desse transtorno, a despeito de não serem recomendadas pela APA. A primeira delas é o baclofeno, indicado para uso em hepatopatas, mas com efeitos colaterais de sonolência e confusão mental. É necessário ajuste de dose nesses pacientes. A outra medicação é a ondansetrona, que tem efeitos dopaminérgicos e apresenta efeitos colaterais importantes como síndrome serotoninérgica e complicações cardiovasculares⁸.

Não há indicação do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos especificamente para esse transtorno. Porém, na vigência de algum outro transtorno associado que indique o uso desses fármacos, eles podem ser usados. No caso de lactantes ou grávidas é sugerido que se evite uso de qualquer medicação⁸.

A última parte do tratamento é a indicação da psicoterapia. A única comprovadamente contraindicada é a terapia de confronto, o que demonstra a importância de acolher o paciente. Terapia cognitiva comportamental, terapia de casal, entrevista motivacional, intervenções breves, já se mostraram eficazes⁹.

CONCLUSÃO

O transtorno do uso do álcool acarreta consequências individuais, sociais e econômicas de âmbito mundial. Seu quadro

clínico é bem estudado e possui critérios diagnósticos estabelecidos. Porém, ainda constitui um problema importante para a saúde pública, tanto pelo desafio na identificação dos casos iniciais, quanto pelo seu tratamento.

Dessa maneira, é importante que todo médico saiba reconhecer os distintos modos de consumo do álcool, bem como seus níveis de risco e de gravidade. Apenas dessa forma é possível, junto ao paciente, optar pelo tratamento mais indicado para cada caso.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization - WHO. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
2. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992
3. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009; 373(9682):2223-33.
4. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira, et al; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association; 2013.
6. Diehl A, Cordeiro D, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2018.
7. Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *Lancet*. 2016; 387(10022):988-98.
8. Carpenter JE, LaPrad D, Dayo Y, DeGrote S, Williamson K. An overview of pharmacotherapy options for alcohol use disorder. *Fed Pract*. 2018;35(10):48-58.
9. Gual A, Miquel L. New perspectives for the treatment of alcoholism. *Med Clin (Barc)*. 2015;144(1):24-25
10. Palpacuer C, Duprez R, Huneau A, Locher C, Boussageon R, Laviolle B, Naudet F. Pharmacologically controlled drinking in

the treatment of alcohol dependence or alcohol use disorders: a systematic review with direct and network meta-analyses on nalmefene, naltrexone, acamprosate, baclofen and topiramate. *Addiction*. 2018; 113(2): 220-37.

11. Stahl SM. Fundamentos de psicofarmacologia de Stahl: guia de prescrição. 6. ed. São Paulo: Artmed; 2018.

12. Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiatry*. 2018;175(1):86-90.

Ana Thereza Mazzi¹, Laiana de Lima
Lopes Leite¹, Stefany Ribeiro Ciota¹,
Daniel Fortunato Burgesse¹

Estresse ocupacional e esgotamento profissional: uma realidade na área do ensino básico brasileiro

Occupational stress and professional burnout: a reality in the area of Brazilian basic education

Revisão de Literatura

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

O trabalho tem como objetivo analisar os fatores relacionados ao estresse ocupacional dos profissionais da área de ensino, com vistas a descrever os seus mecanismos desencadeadores bem como os seus principais sintomas; demonstrar a relação entre a ocupação docente e o desencadeamento do estresse no local de trabalho; discutir as medidas necessárias para melhorar a produtividade e a qualidade de vida do trabalhador da área de ensino. A relevância desta pesquisa encontra-se na necessidade de se identificar os fatores de estresse a que estão submetidos os profissionais do ensino e analisar sua implicação na atividade docente, a fim de refletir sobre as mudanças necessárias para a qualidade de vida. A metodologia utilizada parte de pesquisa bibliográfica, em busca de uma análise e reflexão na literatura sobre o tema. Assim, realizou-se um estudo sobre o conceito de estresse e discutiram-se a relação do estresse ocupacional com a atividade docente, além de terem sido apresentadas as principais teorias a respeito das estratégias de enfrentamento deste fenômeno.

Descritores: Estresse ocupacional; Docentes/profissão; Adaptação psicológica; Qualidade de vida; Estratégias de enfrentamento

ABSTRACT

The study aims to analyze the factors related to occupational stress of teachers. The objective is to describe the mechanisms triggering stress and its main symptoms; to demonstrate the relationship between teacher occupation and the development of stress in the workplace; also discuss the measures needed to improve teacher productivity and quality of life. This research is relevant because it is necessary to identify the stressors that are submitted to the teachers and analyze their implication in the teaching activity, to reflect on the changes necessary for the quality of life. The methodology used was the bibliographical research. Therefore, a study on the concept of stress was carried out and the relation of occupational stress with the teaching activity was discussed, in addition to presenting the main theories regarding the coping strategies of this phenomenon.

Keywords: Occupational stress; Faculty/profession; Adaptation psychological; Quality of life; Coping strategies

Data de submissão: 17/01/2019

Data de aceite: 20/01/2020

Correspondência:

Laiana de Lima Lopes Leite

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: laianalleite@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O estresse ocupacional e o esgotamento profissional são fatores apontados na literatura como frequentemente presentes entre profissionais da educação. As suas consequências negativas podem afetar tanto a sua saúde quanto a qualidade dos serviços prestados.

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo analisar os fatores relacionados ao estresse ocupacional dos profissionais da área de ensino, com vistas a descrever os mecanismos desencadeadores do estresse, bem como os seus principais sintomas; demonstrar a relação entre a ocupação docente e o desencadeamento do estresse no local de trabalho; discutir as medidas necessárias para melhorar a produtividade e a qualidade de vida do trabalhador da área de ensino.

A relevância do tema parte da necessidade de se identificar os fatores de estresse a que estão submetidos esses profissionais e analisar sua implicação na atividade docente, a fim de refletir sobre as mudanças necessárias para a qualidade de vida. Metodologicamente, este estudo foi organizado a partir de pesquisa bibliográfica, para buscar uma análise e reflexão na literatura consultada com vistas à concepção do referencial teórico da pesquisa. Recorreu-se para tal às seguintes fontes: revistas eletrônicas, websites, revista Scielo, sendo mais utilizados os seguintes autores:¹⁻⁴

Para atingir os objetivos propostos, este texto está estruturado em seções, a saber: 1. Um breve histórico do conceito de estresse, onde se contextualiza o conceito de estresse ao longo do tempo; 2. Estresse ocupacional, estressores e a atividade docente, onde se discute a relação do estresse ocupacional com a atividade docente; 3. Prevenção e estratégias de enfrentamento; Uma alternativa para superar o estresse ocupacional na atividade docente, onde se apresentam as principais teorias a respeito das estratégias de enfrentamento do estresse.

No que tange aos preceitos éticos, o presente estudo não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que se trata de revisão

bibliográfica, como é previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). No entanto, todos os cuidados éticos estabelecidos foram respeitados no que concerne a garantir a legitimidade e o sigilo das informações, ao tornar os resultados públicos.

Um breve histórico do conceito de estresse

O estresse, desde os primórdios, sempre existiu na vida humana. “Desde a pré-história, há o reconhecimento de que o homem sofria exaustão após o trabalho, medo, exposição ao calor e frio, fome, sede, perda de sangue ou doença”⁴. Esses fatores desencadeavam uma série de reações biológicas e psicológicas, a que os gregos, como Heráclito, Empédocles e Hipócrates, denominavam como um desequilíbrio desarmonioso e sistemático dos elementos e qualidades da vida⁵.

O termo “estresse”, remontando à sua origem, pertence ao campo de estudo da Física. Nesse sentido, foi utilizado para denotar um conjunto de forças que, ao aplicar-se sobre um corpo, tende a desgastá-lo e rompê-lo. Apenas nos séculos XVIII e XIX, em meio a Revolução Industrial, foi que o conceito de estresse passou a ter relação com a idéia de força, esforço e tensão, conforme Silva, em seu texto “Evolução Histórica do Conceito de Estresse”⁴:

Nesse período, destaca-se a ocorrência da Revolução Industrial, caracterizada pelo notável desenvolvimento econômico e deslocamento dos indivíduos do meio rural para o urbano a fim de trabalhar nas fábricas, o que levou a modificações radicais nas condições de vida da sociedade. No entanto, a miséria, o trabalho estafante e prolongado, as péssimas condições de moradia e de alimentação persistiram. Assim, iniciam-se as discussões sobre a saúde do trabalhador no mundo e ampliam-se aquelas relacionadas ao *que conhecemos hoje por estresse*⁴.

Ainda no século XIX, Claude Bernard, fisiologista francês, destaca a capacidade dos seres vivos em manter a constância de bem-estar e equilíbrio do organismo a despeito das modificações externas. Os estudos desse fisiologista estabeleceram a existência de mecanismos específicos para a proteção contra a fome, sede, hemorragia e agentes que poderiam alterar os parâmetros normais de temperatura corpórea, pH sanguíneo, glicemia, proteínas, gorduras e cálcio.

Nó século XX, esse mecanismo, descoberto por Claude Bernard, foi denominado homeostase orgânica por Cannon. Tal conceito foi importante nos estudos desse período e, posteriormente, deu suporte ao fisiologista canadense Selye, em 1936, para descrever o modelo biológico do estresse³.

Selye foi pioneiro ao emprestar o conceito de estresse da Física e introduzi-lo no campo da saúde para designar a resposta geral e inespecífica do organismo a um quadro de alta tensão. O canadense passou a estudar as reações que cada organismo apresentava ao ser exposto a diferentes situações potencialmente danosas³.

Como resultado de seus estudos, ele demonstrou, experimentalmente, que todo organismo reage com o mesmo conjunto de sinais, ao ser exposto a qualquer tipo de situação estressante (a que ele chamou de “estressores”), e, assim, denominou esse conjunto de reações fisiológicas como Síndrome de Adaptação Geral ou Estresse Biológico e dividiu essas reações em três estágios: reação de alarme; período de resistência; e estágio de exaustão do organismo. De acordo com Silva⁴,

A primeira ocorre imediatamente após o confronto com o estressor e pode ser consciente ou não. Se houver a persistência do estressor, inicia-se a fase de resistência em que o corpo trabalha para a sobrevivência e adaptação. Se o estressor persistir ou não ocorrer o equilíbrio, inicia-se a fase de exaustão, em que a adaptação não ocorre e podem surgir doenças e até a morte⁴.

Dessa forma, a fase de alarme é concebida como um mecanismo comum de defesa do organismo, diante das ameaças à sua integridade. Os sintomas, nesse momento, apresentam-se como taquicardia, sudorese, cefaléia, alterações na pressão arterial, irritabilidade, fadiga, tensão muscular, sensação de esgotamento e alterações gastrintestinais. Já na reação de resistência, o corpo busca adaptar-se aos estressores, numa tentativa de restabelecer a homeostase, e apresenta sintomas como a ansiedade, o isolamento social, a impotência sexual, o nervosismo, a falta ou o excesso de apetite e o medo.

É na fase de exaustão, porém, que o organismo chega ao esgotamento, ante a cronicidade dos estressores. Nesse momento, os mecanismos de adaptação começam a falhar e

ocorre uma importante diminuição das reservas de energia. As alterações fisiológicas que aparecem nesta fase se assemelham as da fase de alarme, mas de forma mais intensa. É aqui que aparecem doenças gastrintestinais, cardíacas, respiratórias, depressão e outras que caracteriza o processo patológico. Na fase de exaustão, o organismo já não consegue retomar o equilíbrio, tendendo a uma falha na adaptação que pode levar à morte.

A teoria de Selye³, embora traga contribuições importantes para os estudos do estresse, não consegue sozinha abarcar o fenômeno. Isso porque o fisiologista canadense utilizou em seus experimentos apenas estressores físicos e, a essa altura, “era consensual na comunidade científica que a maioria dos estressores cotidianos era de natureza psicológica, uma vez que dependiam da interpretação do indivíduo em relação ao evento”³. Diante disso, os psicólogos Lazarus e Launier, em 1978⁶, definiram estresse como:

qualquer estímulo que demande do ambiente externo ou interno e que taxo ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social. Atualmente, tal conceito compõe o modelo interacionista do estresse, amplamente utilizado e assim chamado por considerar a interação entre o ambiente a pessoa ou o grupo, como responsáveis e atuantes no processo⁶.

Nessa mesma esteira, Lazarus e Folkman⁷ propuseram, segundo Silva, o Modelo Interacionista:

Lazarus e Folkman, em 1984⁷, entendem que as alterações orgânicas ligadas ao estresse têm uma etapa biológica e uma fase na qual participam algumas funções cognitivas, emocionais e comportamentais, que podem influenciar na intensidade dessas alterações. Destacam que, no modelo interacionista, acontece uma avaliação cognitiva, que é entendida como um processo mental de localizar o evento ou situação em uma série de categorias avaliativas que são relacionadas com o significado de bem-estar da pessoa⁶.

Nesse processo de categorização, são possíveis as avaliações primárias e secundárias que produzem respostas. Na primeira, o indivíduo identifica as demandas de determinada situação e define o significado do evento, que pode resultar em uma ação. Tal evento pode significar um desafio, uma ameaça ou ser irrelevante para o indivíduo. O resultado dessa primeira avaliação dependerá

de alguns fatores como: natureza do estímulo, sua intensidade, experiência prévia do indivíduo e de sua resposta à emoção vivenciada. Caso o estressor seja definido como uma ameaça ou como um desafio, acontece a reação de estresse e o indivíduo realizará a avaliação secundária, na qual serão verificadas as possibilidades e estratégias de enfrentamento ou adaptação ao estressor.

Em 1991, Monat e Lazarus⁸ descreveram três tipos distintos de estresse: sistêmico ou fisiológico, que corresponde a distúrbios dos sistemas e tecidos corporais; psicológico, que compreende o estresse relacionado a fatores de cognição; e social, destacando o comprometimento do sistema social no processo de estresse. Ainda, em 1992 Vasconcelos⁹ define o termo estresse como um processo psicofisiológico do organismo, e a reação de, estresse é o comportamento manifestado pelo organismo ante o processo desencadeado. Nesse contexto, sob influência dos recentes avanços nas pesquisas em neurociências, genética e biologia molecular, pesquisas têm sido desenvolvidas envolvendo de forma isolada ou associada os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da resposta ao estresse.

Segundo Silva⁴, na literatura brasileira, até a década de 70, não havia produção científica sobre estresse. Ao longo dos anos, observaram-se investigações cujo objeto de estudo abordava a relação entre estresse e trabalho. Dentre os públicos analisados, estão os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, que despertam interesse pela relação direta com outros seres humanos, o contato com a dor, sofrimento e morte. Somam-se a isso, as longas jornadas de trabalho, necessidade de estabelecimento de relações interpessoais com os demais profissionais da equipe de saúde, realização de atividades gerenciais, assistenciais e de ensino junto aos pacientes, entre outras⁴.

Em pesquisas dos autores, também foi possível verificar um aumento, embora tímido, da literatura no que concerne à área de docência tanto básica quanto superior, também relacionando-a ao estresse. Este trabalho, portanto, vem ampliar o arcabouço teórico nesse sentido, ao mesmo tempo em que pretende motivar a produção de pesquisas

acadêmicas a respeito do tema, sobretudo no que se refere à atividade docente.

Estresse ocupacional, estressores e a atividade docente

Enquanto o estresse, no seu sentido lato, refere-se à soma de respostas físicas e mentais causadas por estímulos estressores variados, o estresse ocupacional se restringe ao quadro de respostas pouco adequadas à estimulação física e emocional decorrente das exigências do ambiente de trabalho, das capacidades exigidas para realizá-lo e das condições do trabalhador.

Estressores, por sua vez, referem-se aos fatores que causam o estresse e podem, segundo Lipp¹⁰ ser de origem externa (situações a que a pessoa é exposta, como a esperada cerimônia de casamento ou uma demissão inesperada) ou interna (que diz respeito à percepção subjetiva diante das experiências da vida). Dessa forma, o estresse não se manifesta de forma semelhante e fixa em todos os indivíduos, antes, apresenta-se de forma variável, dependendo da capacidade subjetiva de adaptação do sujeito exposto aos estressores.

De acordo com Cooper, Sloan e Williams¹¹, os agentes estressores estão presentes em qualquer ambiente de trabalho, mas os tipos de agentes e a intensidade com que se manifestam estão relacionados ao contexto organizacional e à personalidade de cada indivíduo. Assim, aspectos como o ambiente laboral, a forma como o trabalho será executado e os seus objetivos podem, geralmente, influenciar a satisfação ou a insatisfação de um profissional em relação a seu trabalho. Nesse sentido, as pesquisadoras Witter e Paschoal afirmam que:

diferentes situações de trabalho podem produzir tensão, fadiga, medo e tristeza, além de outros efeitos psicológicos, no trabalhador. A partir daí, entendendo as diversas relações entre características das tarefas e tempo exigido para seu cumprimento, fica fácil compreender de onde surgem muitas das tensões e dos desgastes mentais em trabalhadores. Da mesma forma, estresse profissional decorre das contingências vivenciadas pela pessoa e que estão relacionadas com o seu ambiente de trabalho¹².

A atividade profissional, portanto, pode ser um poderoso gerador do estresse. Assim são as

jornadas de trabalho longas, iniciando-se muito cedo e que podem se estender até a noite; as dificuldades de locomoção até o local, as raras pausas de descanso; as refeições breves e, principalmente, a diminuição do tempo de lazer. O ritmo de trabalho costuma ser intenso e são exigidos níveis altos de atenção e concentração para a realização das tarefas. Sendo assim, o trabalho ocupa um lugar fundamental na vida das pessoas e pode figurar tanto como um investimento afetivo, quando ele é satisfatório e determina prazer, quanto como uma fonte de ameaças à integridade física e psíquica, quando é insatisfatório e acarreta sofrimento. É nesse sentido, que se analisará aqui o estresse ocupacional na atividade docente, que, apesar de apresentar fatores comuns a muitas ocupações, trata-se de uma área muito exposta a estressores negativos.

Para tanto, partir-se-á das categorias estabelecidas por Cooper, et al. (1988)¹¹, em um dos modelos de referência nessa área: o Modelo Dinâmico do Estresse Ocupacional. Este modelo considera que todas as ocupações profissionais possuem agentes estressores que podem ser classificados de acordo com as seguintes categorias: fatores intrínsecos ao trabalho – aspectos que caracterizam a natureza e o conteúdo da tarefa; papel gerencial – supervisão e controle do trabalho; inter-relacionamento – nível de apoio e disponibilidade das pessoas para conviverem entre si, dentro e fora do trabalho; desenvolvimentos na carreira/realização – oportunidades que a organização oferece visando a compensar, promover e valorizar o desempenho profissional; clima e estrutura organizacional – políticas e valores disseminados pela organização, a fim de propiciar um ambiente de trabalho saudável; e interface casa/trabalho – aspectos particulares da conciliação entre vida profissional e familiar do indivíduo.

De acordo com este modelo, a vulnerabilidade individual é determinante em relação ao grau em que os indivíduos são afetados pelos agentes estressores. Dessa forma, a percepção individual - que varia de acordo com a personalidade de cada um - sobre uma qualidade negativa pode resultar

em um mecanismo inadequado de superação das fontes de pressão, gerando o estresse ocupacional.

Aranha, em sua dissertação de mestrado de 2013, intitulada “O Estresse Ocupacional em Docentes de Medicina e Enfermagem de uma Instituição Pública”¹³, ao discutir sobre os elementos históricos, sociais e psicopatológicos relacionados ao trabalho docente, afirma que:

Podem-se observar, não só no trabalho de profissionais da área de saúde, mas também em professores que atuam em ambientes acadêmicos universitários, diferentes fontes de pressão e desgaste, como por exemplo, tempo curto para cumprir as tarefas, excesso de reuniões, papéis conflituosos e ambíguos com sobreposição de funções, dificuldades de relacionamento interpessoal, expectativas profissionais frustradas e poucas oportunidades de promoção na carreira, falta de reconhecimento, remuneração inadequada, falta de apoio financeiro para realizar pesquisas com qualidade e dificuldades para publicações, dentre outras¹³.

Essa realidade dos professores acadêmicos, apontada por Aranha, não difere muito da realidade dos docentes do ensino básico, e, não raro, estes últimos têm que lidar ainda com a: violência em sala de aula; o excesso de trabalho em sala e fora dela; diversificadas atribuições assumidas no interior da escola; instabilidade nas relações interpessoais com alunos; infraestrutura precária da instituição; falta de apoio institucional e familiar; e baixos salários. Esses estressores em conjunto, geram, no mínimo, grande insatisfação no trabalho.

O biólogo Benachio e a professora Rosi¹⁴, em estudo exploratório, de 2008, sobre o estresse docente no ensino médio da Rede Pública Estadual de Campo Grande-MS, afirmam que os professores são reféns de uma realidade desfavorável em função das expectativas extrapolarem o que é possível realizar nas atuais condições das escolas brasileiras. Assim, para esses autores:

os relacionamentos interpessoais, a afetividade e a saúde de alunos e professores representam uma categoria de baixa relevância para o Sistema Nacional de Educação, que está mais preocupado com o processo de ensino e aprendizagem descolado dos itens elencados acima. Essa falta de apoio institucional gera adoecimento do trabalhador¹⁴.

Com efeito, nessas condições de trabalho, a sobrecarga ocupacional contribui para o processo de estresse do docente e, em casos mais graves, evolui para a cronicidade sob a forma de síndrome de “*burnout*”. A respeito disso, Benachio e Rosi afirmam que:

os docentes formam uma categoria especialmente exposta aos riscos do burnout, pois eles defrontam-se com estressores próprios do ambiente de sala de aula, como motivação e interesse dos alunos, participação dos alunos nas atividades pedagógicas diárias, expectativas individuais dos alunos em relação ao docente, indisciplina e a desmotivação do professor no trabalho que acarretam uma diminuição dos recursos emocionais e esforços individuais dos docentes, levando-os ao deterioramento pessoal e profissional¹⁴.

No entanto, convém salientar que o estresse docente consiste em uma experiência muito pessoal e particular, podendo afetar apenas alguns professores mais sensíveis aos efeitos de fatores estressores. Além disso, também é importante ressaltar que a síndrome de “*burnout*” nos professores não aparece de forma brusca, mas constitui a fase final de um processo contínuo, caracterizando o estágio de exaustão, de que nos falava Selye.

Ademais, em pesquisa realizada, no início de 2017¹⁵, pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE), aponta-se que 71% dos 762 profissionais de educação da rede pública de vários estados entrevistados ficaram afastados da sala de aula após episódios que desencadearam problemas psicológicos e psiquiátricos nos últimos cinco anos. O estresse, muitas vezes provocado por situações de insegurança, tem a maior incidência, com 501 ocorrências (65,7%), seguido por depressão (53,7%), alergia a pó (47,2%), insônia (41,5%) e hipertensão arterial (41,3%). Há ainda aqueles que apresentaram apenas sintomas de mal-estar. Foram pelo menos 531 casos de ansiedade, 491 de cansaço ou fadiga e 480 referências a problemas de voz.

O texto traz, ainda, o relato de uma professora que demonstra um dos muitos estressores enfrentados pelos docentes na atualidade:

Já era a última aula do dia numa escola estadual no Centro de São Paulo. Mary, de 51 anos, que prefere não dar seu nome verdadeiro, dava orientações à turma de biologia quando o sinal tocou. Impacientes, os alunos do ensino médio tentaram sair da sala antes do aval da professora, que acabou agredida verbalmente — e quase fisicamente — por causa da demora em finalizar os trabalhos. Deprimida, depois de uma série de “incidentes” parecidos

na sala de aula, ela decidiu se afastar do trabalho. — Vieram para cima de mim tentando me empurrar. Se eu não tivesse saído da frente eles passariam de qualquer jeito. Fiquei com pânico de ir nessa escola e comecei a faltar. Estou de licença desde agosto — conta Mary, que leciona desde 1988 e há 16 anos apresenta históricos de depressão, segundo ela, em razão do crescente ambiente hostil da escola¹⁵.

Esse relato vem ao encontro do que Oliveira¹⁶ afirma sobre as consequências negativas do estresse ocupacional, que prejudicam não só o colaborador, como também a organização, uma vez que esta tem que lidar com prejuízos, tais como alto índice de ausências ou afastamentos, grande rotatividade de pessoal, aumento do número de doenças, elevação dos índices de acidentes, atrasos, erros oriundos de descuido e ausência de compromisso.

A ocupação docente possui características particulares, geradoras de estresse e de alterações do comportamento dos que nele trabalham. Antigamente, a profissão docente era valorizada no mercado, contudo, ocorre cada vez mais uma deterioração das condições da formação e desta prática profissional em nosso país¹⁰.

Perrenoud, referência para educadores em todo o mundo, caracteriza a profissão docente como uma “profissão impossível”, uma vez que está sempre entre aquelas que trabalham com pessoas. Por esse motivo, o sucesso dos objetivos educativos nunca estará assegurado, pois em tais profissões sempre há mudanças, ambiguidades, conflitos, opacidades e mecanismos de defesa¹⁷.

A própria organização do trabalho docente instaura vários entraves para que os objetivos educativos atinjam o sucesso. O aumento das responsabilidades e exigências que se refletem sobre os educadores têm se traduzido em uma modificação essencial do papel do professor, desencadeando todo tipo de conflito e incoerência. Não raras vezes, os professores precisam assumir, em sala de aula, várias funções que não são de sua atribuição: o papel de pais, ensinando conceitos básicos de educação e respeito que deveriam ser trazidos de casa; psicólogos, ao lidar com crises existenciais dos alunos ou até mesmo com situações de violência sofrida por eles; assistentes sociais,

ao mediar situações de abandono e violência. Nesse sentido, sua função primordial de ensinar o conteúdo curricular fica relegada a segundo plano.

De acordo com Zaragoza¹⁸, essas mudanças no papel dos professores estão ligadas a três fatores, a saber: a evolução e a transformação dos agentes tradicionais de socialização (família, ambiente cotidiano e grupos sociais organizados); o aparecimento de novos agentes de socialização (meios de comunicação), que se converteram em fontes paralelas de informação e cultura; e o conflito que se instaura nas instituições quando se pretende definir qual é a função do professor: que valores, dentre os vigentes em nossa sociedade, o professor deve transmitir e quais devem questionar. Conforme a psicóloga Paz:

O professor, neste processo, se depara com a necessidade de desempenhar vários papéis, muitas vezes contraditórios, que lhe exigem manter o equilíbrio em várias situações. Exige-se que sejam companheiro e amigo do aluno, proporcione-lhe apoio para o seu desenvolvimento pessoal, mas ao final do curso adote um papel de julgamento, contrário ao anterior. Deve estimular a autonomia do aluno, mas, ao mesmo tempo, deve se acomodar às regras do grupo e às da instituição. Algumas vezes é proposto que o professor atenda aos seus alunos individualmente e em outras ele tem que lidar com as políticas educacionais para as quais as necessidades sociais o direcionam, tornando professor e aluno submissos, a serviço das necessidades políticas e econômicas do momento¹⁹.

Além disso, atribuições impostas ao professor como, adicionais das próprias classes, os trabalhos administrativos, os planejamentos, investigações e atualizações, orientações a pais e alunos, as atividades extraescolares, reuniões de coordenação e de pais, que intensificam o fazer do docente, geram sobrecarga de trabalho e redução do tempo disponível para cuidar de si, para o lazer e até mesmo para a família.

O trabalho realizado, tanto na sala de aula como fora dela, sobrecarrega os professores. É quando surge espaço para a raiva e a frustração, sentimentos que interferem desfavoravelmente em sua saúde física e mental. As mais frequentes queixas dos docentes estão relacionadas à superlotação em sala de aula; à infra estrutura física inadequada das escolas; à ausência de recursos tecnológicos, ao

mesmo passo em que são incentivados a se abrirem às novas tecnologias; à desvalorização profissional; à violência; e ao uso de drogas pelos alunos, ação que faz aumentar a sensação de ameaça e perda de controle.

Desse modo, tornam-se estressores na atividade docente: os conteúdos curriculares dissociados da demanda, a falta de capacitação para lidar com questões pertinentes ao próprio trabalho, a necessidade de manutenção da disciplina entre os alunos, a sobrecarga de trabalho extraclasse, o trato e as relações interpessoais com os colegas também professores, o clima organizacional da escola, as condições impróprias ao exercício do magistério e o volume de carga cognitiva comumente identificado nas atividades típicas do posto de trabalho docente²⁰.

Segundo Paz (2009), a insatisfação com todas essas questões desestimula os professores, que passam a ver o ambiente educacional e suas atividades como um fardo pesado sem gratificações pessoais, ocasionando queda de desempenho, frustração, alteração do humor e outras consequências físicas e mentais¹⁹.

O conceito de carga cognitiva é apresentado por Nunes Sobrinho²⁰, como resultante das exigências que mobilizam os processos mentais do professor, dentre os quais se destacam: atenção difusa, memória, tomada de decisão, percepção apurada dos fatos, durante contato intenso e diário com muitos alunos.

O professor, a todo o momento, é pressionado a tomar decisões diversas em curto espaço de tempo. Por exemplo, surgem questionamentos a respeito do conteúdo das matérias, pedidos de alunos para se ausentarem da sala de aula, episódios de indisciplina, queixas e reclamações sobre os outros colegas, reivindicações por parte dos pais de alunos, cobranças por parte da direção da escola e horas dispensadas em casa e horas de folga, avaliando trabalhos escolares. Outra modalidade de carga ocupacional, a carga muscular é também observada no posto de trabalho docente, por exemplo, relatos de dores lombares e de dores cervicais decorrentes

de sobrecarga muscular associada ao transporte de livros e de materiais escolares, além de dores localizadas pelo uso repetitivo de certos músculos, como, por exemplo, no ato de escrever e apagar conteúdo na lousa.

Dessa forma, considerando as demandas e as pressões do meio, faz-se necessário trabalhar a prevenção ao estresse ocupacional, adequando a realidade dos professores, visando a melhoria das relações pessoais e profissionais.

Prevenção e estratégias de enfrentamento: uma alternativa para superar o estresse ocupacional na atividade docente

Como se viu até agora, o fenômeno do estresse ocupacional não é algo novo na sociedade, já que ocorre há muito tempo em diversas áreas de trabalho. Entre professores, também não é algo novo, mas seu reconhecimento como um problema sério, com várias implicações psicossociais, tem ficado mais claro nos últimos anos, a partir das modificações na organização da atividade docente.

As diversas pesquisas sobre as relações entre saúde e trabalho, bem como a busca por entender melhor o estresse como um processo, cujas etapas vão desde uma reação normal (e até mesmo saudável) do organismo até a reação patológica que caracteriza a exaustão frente aos desafios enfrentados, permitem considerar a existência de associações entre os problemas de saúde identificados na categoria de professores e as condições de trabalho. Ao mesmo tempo, torna-se possível idealizar as medidas que previnam e atenuem a ocorrência do estresse. De acordo com a psicóloga Paz¹⁹:

investigar as possíveis causas do estresse ocupacional dos professores, diagnosticando-o na fase inicial, possibilita melhoria significativa na qualidade de vida dos professores, conduzindo a relações mais saudáveis entre os sujeitos envolvidos no ambiente educacional¹⁹.

Sendo assim, embora os indivíduos estejam sujeitos aos agentes estressores, é possível combatê-los através do autoconhecimento e da consequente mudança de comportamento e estilo de vida. Mesmo que os agentes estressores imponham

ao professor uma alta demanda a ser enfrentada, se o indivíduo apresentar um repertório de enfrentamento bem elaborado será capaz de superar o estresse ocupacional.

De acordo com Carayon et al.²¹ é necessário buscar estratégias de intervenção, seja com o foco na organização ou no trabalhador. As intervenções na organização focariam na modificação dos estressores do ambiente de trabalho e que podem envolver mudanças na estrutura, nas condições de trabalho, treinamentos, e maior autonomia. Já aquelas que focam o indivíduo, poderiam buscar a redução do impacto de riscos existentes, através do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento individuais.

É nessa direção que surgem vários estudos sobre estratégias de enfrentamento, a que Folkman e Lazarus²² denominaram de *coping*. A partir de uma perspectiva cognitiva, Folkman e Lazarus (1980) criaram um modelo que apresenta o *coping* em duas categorias de funcionamento: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção²². Nesse sentido, *coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, que são utilizados pelos sujeitos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stress e sobrecarregam os recursos pessoais (Lazarus e Folkman²).

Para esses pesquisadores, as estratégias de *coping* são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas. Isto vai de encontro à ideia de que mecanismos de defesa inconscientes e não intencionais, como negação, deslocamento e regressão, podem ser considerados como estratégias de *coping* (processo transacional entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo e nos traços de personalidade). É a partir das habilidades desenvolvidas para o domínio das situações de estresse e para a adaptação, que os sujeitos mobilizam estratégias cognitivas e comportamentais para avaliar e gerenciar as demandas da relação pessoa/ambiente, e as emoções que elas geram, e, assim, adaptar-se aos estressores.

Ou seja, diante de uma ocorrência entendida como estressora, os sujeitos realizam uma ava-

liação daquela situação, e, a partir disso, de forma consciente, traçam estratégias cognitivas e comportamentais necessárias para que o organismo possa responder adequadamente ao estressor, amenizando-o ou tolerando-o. Nesse sentido, o objetivo é lidar com o estresse percebido e buscar formas de alívio.

Entenda-se, no entanto, que a função do *coping* é de administração da situação estressora, e não de seu completo controle ou domínio, assim como sua resposta não pode ser confundida com a resposta natural do estresse, pois a sua resposta é uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um estressor percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos Lazarus e Folkman, 1984, enquanto a resposta de estresse trata-se de qualquer resposta envolvendo uma reação emocional ou comportamental espontânea. Ambas podem promover, ou não, a adaptação do sujeito².

A partir do entendimento do conceito de *coping* e sua função, importa também estabelecer uma distinção entre estratégias e estilos de *coping*. Embora esta distinção não seja completamente consensual entre os pesquisadores da área, sua descrição faz-se necessária para a compreensão mais ampla do conceito. Em geral, os estilos têm sido mais relacionados a características de personalidade ou a resultados de *coping*, enquanto as estratégias se referem a ações cognitivas ou de comportamento tomadas no curso de um episódio particular de estresse.

Miller (1981) apresenta dois estilos de *coping* denominados monitorador e desatento, e que se referem ao estilo de atenção do indivíduo em situação de stress. O monitorador utiliza estratégias que envolvem estar alerta e sensibilizado a aspectos negativos de uma experiência, apresentando uma atenção vigilante, procurando informações e visualizando a situação para controlá-la. Já o desatento envolve distração e proteção cognitiva de fontes de perigo. Nesse caso, o sujeito apresenta um comportamento de desatenção, com tendência a se afastar da ameaça, distrair-se e evitar informações, postergando uma ação²³.

Na classe de professores, há a existência dos dois estilos de *coping*, com um aumento considerável do último, já que muitos professores, ao enfrentar situações estressoras em seu ambiente de trabalho, acabam por afastar-se do estressor, através de faltas e licenças médicas, postergando, assim, uma ação de enfrentamento direto que, mais cedo ou mais tarde deverá surgir.

Sobre o papel das estratégias de *coping*, Folkman e Lazarus²² afirmam que elas podem mudar de momento para momento, durante os estágios do estresse. Sendo assim, estes autores defendem a impossibilidade de se tentar prever respostas situacionais a partir do estilo típico de *coping* de uma pessoa, por isso o foco maior é colocado nas estratégias como ações, comportamentos ou pensamentos adotados para lidar com um estressor.

Segundo esses mesmos autores, estas estratégias podem ser classificadas em dois tipos, a depender de sua função. O *coping* focalizado na emoção, utilizado nas situações consideradas inalteráveis, é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao estresse, ou é o resultado de eventos estressantes. De acordo com Antoniazzi et al.¹,

Estes esforços de *coping* são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo. Por exemplo, fumar um cigarro, tomar um tranquilizante, assistir a uma comédia na TV, sair para correr, são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional. A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de stress¹.

Como essa estratégia é utilizada em situações que não podem ou custam a serem modificadas, o objetivo aqui é adotar ações e comportamentos que aliviem as sensações negativas que o estresse proporciona.

O *coping* focalizado no problema, por sua vez, trata-se de um esforço de atuação no elemento estressor, tentando mudar a situação estressora. O objetivo desta estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. É desta forma que Antoniazzi et al.¹ caracterizam as ações de *coping*, direcionadas interna ou externamente:

Quando o *coping* focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de stress, ele inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. Já o *coping* focalizado no problema, e dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor¹.

Aqui, trata-se da estratégia utilizada nas situações passíveis de modificação, com o objetivo de diminuir a ameaça, reduzindo, assim, a tensão emocional. Estudos indicam que ambas as estratégias de *coping* são usadas durante praticamente todos os episódios estressantes, e que o uso de uma ou de outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de estressores envolvidos.

A despeito das estratégias que possam ser adotadas para enfrentamento do estresse, é importante, no entanto, que se entenda que a prevenção e a erradicação do estresse ocupacional na classe de professores não se tratam de uma responsabilidade apenas do profissional; essa tarefa deve ser realizada numa ação conjunta entre professores, alunos, instituições de ensino e sociedade. Promover reflexões acerca de possíveis mudanças de comportamentos é atitudes fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do profissional docente e devem ser proporcionadas por todo o contexto no qual ele está inserido, incluindo mudanças na própria organização laboral.

CONCLUSÃO

O estresse sintetiza em si a confluência de vários agentes oriundos das dimensões somática, psíquica e sócio-cultural do existir humano e traduz um desequilíbrio na homeostase do organismo. Assim, alterações funcionais sem origem orgânica sinalizam a existência de desequilíbrio no corpo, que tem como origem as respostas ao que se estudou aqui como elementos estressores. Esses elementos, quando menosprezados, não geram modificações no modo de vida, e tornam-se crônicos devido sua ocorrência frequente, capaz de provocar desde reações mentais e psicológicas até reações fisiológicas e podem dar origem a doenças emocionais e físicas de toda ordem.

Como resposta complexa do organismo a qualquer evento que seja interpretado como ameaçador ou desafiante, o estresse provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno que, por sua vez, cria uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. Essa necessidade de adaptação exige a adoção de vários comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o stress, ou seja, suas estratégias de enfrentamento.

No sentido geral, os elementos estressores vão desde situações pequenas, como barulhos irritantes, a problemas do cotidiano e mudanças significativas na vida. Identifica-se nesse processo o sentimento de perda do controle como o aspecto psicológico comum a todos eles. O modo como se experimenta o estresse, no entanto, depende da maneira como se avaliam eventos estressores. Uma pessoa sozinha em casa, por exemplo, pode ignorar um barulho ouvido e não experimentar qualquer estresse; enquanto outra pode desconfiar da presença de um intruso e ficar alarmada. Uma pessoa pode encarar um novo emprego como um desafio bem-vindo; outra pode considerá-lo como um risco de fracasso.

No contexto do trabalho, pesquisas pessoais identificaram que o estresse ocupacional atinge várias profissões, ocupações e empregos, em todos os seus níveis hierárquicos, já que os agentes estressores estão presentes em qualquer ambiente laboral. Optou-se, no entanto, por focar nossa pesquisa na atividade docente, analisando os agentes estressores e o modo como eles se manifestam nesta área.

Com base nos resultados da pesquisa, considera-se que o cenário de atuação docente apresenta um conjunto de estressores psicossociais. Identificam-se como principais elementos estressores nesta atividade a sobreposição de funções; a baixa remuneração; a violência em sala de aula, bem como a instabilidade na relação interpessoal com o aluno; o excesso de trabalho em classe e extraclasse, que prejudica o tempo para cuidar de si; a infraestrutura precária das instituições de ensino; falta de apoio

institucional e familiar; expectativas frustradas e desvalorização profissional. Todos esses fatores se colocam como desafios a serem superados e, quando não, implicam sentimentos de impotência, frustrações e toda sorte de doenças.

Embora os professores estejam sujeitos a todos esses agentes estressores, é possível combatê-los, através do autoconhecimento e da consequente mudança de comportamento e estilo de vida. Como se viu neste texto, mesmo que os estressores imponham ao trabalhador uma alta demanda a ser enfrentada, se o sujeito apresentar um repertório de enfrentamento bem elaborado, ele poderá diminuir em muito o estresse ocupacional.

REFERÊNCIAS

1. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud Psicol.* 1998; 3(2):273-94.
2. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Personality Social Psychol.* 1984; 46(4):839-52.
3. Selye H. The syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature.* 1936; 138(3479):32-32.
4. Silva RM, Goulart CT, Guido LA. Evolução histórica do conceito de estresse. *Rev Cient. Sena Aires.* 2018; 7(2):148-56.
5. Santos AM, CastroJJ. Stress. *Anál Psicol.* 1998; 4 (XVI):675-690.
6. Lazarus RS, Launier S. Stress related transaction between person and environment. In: Dervin LA, Lewis M. *Perspectives in international psychology.* New York: Plenum; 1978. p.287-327.
7. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer Publishing Company; 1984.
8. Monat A, Lazarus RS. *Stress and coping: an anthology.* New York: Columbia University Press; 1991.
9. Vasconcelos EG. O modelo psiconeuroendócrino-lógico de stress. In: Sergel L. *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora.* 2. Ed. São Paulo: Santos; 1992. p.25-47.
10. Lipp M, (Org.). *O Stress no Brasil: pesquisas avançadas.* Campinas: Papyrus; 2004.
11. Cooper CL, Sloan SJ, Williams J. *Occupational stress indicator management guide.* Liverpool, UK: Windsor NFER-Nelson; 1988.
12. Witter P. Estresse profissional na base SciELO. *Braz J Health.* 2010; 1(3):171-185.
13. Aranha FC. *O estresse ocupacional em docents de medicina e enfermagem de uma instituição pública [Dissertação].* São Paulo: USP / Faculdade de Medicina; 2013.
14. Benachio MV, Rosi KR. O estresse docente no Ensino Médio da Rede Pública Estadual de Campo Grande-MS: estudo exploratório. *Multitemas.* 2008; 36:47-62.
15. Souto L. Transtornos emocionais são as principais causas de afastamento de professores. *O Globo.* 2017 Dez 06; Seção 05.13.
16. Oliveira FA. *Avaliação dos fatores de pressão no trabalho médico e sua relação com o estresse: um estudo comparativo de casos em clínicas de ultrasonografia da rede privada e pública de Minas Gerais [Dissertação].* Belo Horizonte: FEAD Minas - Centro de Gestão Empreendedora; 2005.
17. Perrenoud P. *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação: perspectivas sociológicas.* Lisboa: Dom Quixote; 1993.

18. Zaragoza JM, Cavicchia DC, Fonseca O. O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores. Bauru, SP: EDUSC; 1999.
19. Paz MP. O estresse no cotidiano de professores da Educação Superior. *Rev FSA*. 2009; 6(1):67-77.
20. Nunes Sobrinho FP. O stress do professor do Ensino Fundamental: o enfoque da ergonomia. In: Lipp ML, et al. O stress do professor. 6 ed. Campinas: Papirus; 2008. p.81-94.
21. Carayon P, Smith MJ, Haims MC. Work organization, job stress, and work-related musculoskeletal disorders. *Hum Factors*. 1999; 41(4):644-63.
22. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980; 21(3):219-239.
23. Miller SM. Predictability and human stress: toward clarification of evidence and theory. *Adv Exper Soc Psychol*. 1981; 14:203-55.

Ayodele Sant'Anna Cajuella¹, Bruno de Domenico Maso¹, Rafael Akira Tzanno Murayama¹, Miguel Siqueira Campos Junior¹

Dor crônica e psiquiatria

Chronic pain and psychiatry

Revisão de Literatura

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Neste trabalho, foram considerados os principais aspectos relacionados à dor crônica, depressão e suicídio, por meio de revisão breve da literatura. Além disso, foi realizado um estudo descritivo observacional, a respeito de um grupo de psicoterapia realizado no serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", São Paulo, SP, Brasil, entre março de 2017 e setembro de 2018, tendo em vista aspectos psicoeducacionais e modos de convivência do paciente com dor crônica.

Descritores: Dor crônica; Depressão; Suicídio; Psicoterapia

ABSTRACT

In this paper, the main aspects related to chronic pain, depression and suicide were considered, through a brief review of the literature. In addition, an observational descriptive study was carried out regarding a group of psychotherapy performed at the IAMSPE psychiatry service between march 2017 and september 2018, regarding psycho-educational features and the ways of living of patients with chronic pain.

Keywords: Chronic pain; Depression; Suicide; Psychotherapy

Data de submissão: 17/01/2019

Data de aceite: 07/01/2020

Correspondência:

Ayodele Sant'Anna Cajuella

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: ayodelesc@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Doenças mentais e dor crônica estão entre as principais causas de afastamento ou algum tipo de prejuízo no trabalho, em especial os transtornos do humor, por depressão e ansiedade¹, e dores em região lombar e cervical, com impacto importante na qualidade de vida dos indivíduos, além de evidentes prejuízos sócio econômico².

A intersecção entre ambas pode ser avaliada e entendida sob diversos aspectos. Há os estritamente científicos, por exemplo, genética e aspectos fisiopatológicos comuns, até os mais voltados a questões psicodinâmicas. No entanto, é fato que em algum momento, na prática diária, o psiquiatra irá se deparar com essa questão.

A dor crônica³ é considerada uma doença do sistema nervoso central, e abrange não apenas aspectos sensitivos, mas também cognitivos e afetivos, e deixa de ter papel biológico protetor. Acarreta prejuízos à saúde psíquica, e pode tomar-se parte de um aspecto vivencial do indivíduo⁴. Em geral, a diferenciação de fatores somáticos e psíquicos pode ser desafiadora, e a cronologia entre doença mental e dor crônica, não será clara, mas a identificação e tratamento adequado de ambas é mister para atingir resultados mais satisfatórios na conduta perante esses pacientes.

Levar em consideração as queixas somáticas dos pacientes psiquiátricos deve impulsionar o profissional ao raciocínio clínico, em que a dor pode fazer parte do escopo de queixas relacionadas aos quadros psiquiátricos. Por outro lado, pode ter origens somáticas bem estabelecidas, o que requer uma atenção multi e interdisciplinar. Muitas vezes caberá ao psiquiatra orientar o paciente nesse sentido. Permitir a cronificação da dor contribui para sua piora, e também dificulta o tratamento dos quadros psiquiátricos por vários motivos, como a incapacidade física e a sensação de incapacidade, sedentarismo etc. Nesse sentido, cabe lembrar, que o psiquiatra tem papel importante na conduta de casos complexos onde a dor crônica se associa a doenças

mentais. No entanto, isso ainda não está bem estabelecido na prática, conforme discutido recentemente em publicações que concernem ao ensino médico³.

OBJETIVO

Discutir brevemente a relação entre dor crônica não oncológica, depressão e suicídio, além de relatar a experiência da realização de um grupo de psicoterapia, com foco em psicoeducação, realizado no Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, São Paulo, SP, Brasil, entre os meses de março de 2017 a setembro de 2018.

MÉTODOS

A revisão foi fundamentada em artigos encontrados na base de dados da Pubmed, em inglês e espanhol, sendo excluídos artigos estritos de áreas básicas sem implicações clínicas, dor relacionada ao câncer, e populações de adolescentes ou crianças. Foram utilizados os unitermos *suicide*, *depressive disorders* e *pain*.

O estudo descritivo a respeito do grupo de terapia para pacientes psiquiátricos com dor crônica levou em consideração, em especial, os modos de convívio do paciente com a dor⁵, e principais distorções cognitivas⁶ identificadas durante as sessões realizadas semanalmente, de livre demanda, com duração aproximada de 50 minutos, conduzidas sempre por dois psiquiatras (um observador e o outro psicoterapeuta) entre março de 2017 e setembro de 2018.

RESULTADOS

Foram encontrados aproximadamente 96 artigos que relacionam depressão, dor crônica e suicídio cumprindo os critérios adotados neste trabalho. Foram considerados mais relevantes, os que envolviam aspectos clínicos como a avaliação do limiar da dor levando em conta aspectos emocionais dos pacientes, e não apenas aspectos sensoriais, a cronicidade e implicações

clínicas na resposta ao tratamento de quadros de depressão, e os principais sinais de alerta para maior risco de suicídio em indivíduos com dor. Além disso, verificou-se a importância do abuso de opioides e suas consequências, a fim de chamar a para a importância do psiquiatra na identificação de pacientes adictos em relação ao uso dessas substâncias.

Quanto ao estudo descritivo do grupo de psicoterapia, houve a participação, como membros fixos, entre 10-12 indivíduos adultos (40 a 75 anos), sendo dez mulheres e dois homens, com profissões variadas como professores, policial, do lar. Eram pacientes encaminhados por psiquiatras do serviço, com diagnósticos psiquiátricos variados, como depressão recorrente, transtornos de personalidade, transtornos de ansiedade, além de traços fóbicos e histriônicos.

Ainda, havia diagnóstico de fibromialgia em pelo menos cinco indivíduos, hérnias de disco em coluna cervical e ou lombar com repercussões funcionais, osteoartrite em joelho, síndrome dolorosa miofascial, dor torácica a esclarecer em um indivíduo, e dor em região inguinal também em um indivíduo.

Outros dados interessantes foram que, 2 mulheres tinham histórico de mortes trágicas dos filhos (1 overdose de drogas, 1 câncer de evolução rápida), 2 mulheres referiam ter filhos com doença mental, e um considerava ter sofrido abuso sexual por indivíduo do sexo ou gênero oposto. Pelo menos 4 tinham limitações físicas importantes.

DISCUSSÃO

A correlação dor e depressão é alvo de muitas discussões na literatura. Admite-se que ambas compartilhem de componentes neurofisiológicos comuns¹, que participam de ambos os processos no sistema nervoso central, como sistema límbico, córtex somatossensorial, além de neurotransmissores como serotonina e noradrenalina que atuam nas vias descendentes de dor assim como em doenças como a depressão. Reforça essa teoria, o fato de que medica-

ções como inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, têm ação benéfica para ambas. Componentes genéticos e sua relação com desordens mentais e neurológicas, também estão certamente envolvidos, mas ainda há necessidade de mais estudos para definir essa relação^{7,8}.

Diversos estudos revelam que indivíduos com depressão, referem mais dor crônica, quando comparados a indivíduos da população geral, podendo este índice chegar até 50%⁹, como demonstrado por estudo que avaliou pacientes deprimidos na atenção primária, até 70% se considerar ansiedade e depressão¹⁰.

Questiona-se se um histórico de doença psiquiátrica seria fator de risco para desenvolver dor crônica¹¹⁻¹². Por outro lado, considera-se que esta poderia ser um agravante da frequência e gravidade dos sintomas depressivos, como a falta de energia, perda de interesse, insônia, fadiga, problemas de concentração, agitação ou inibição psicomotora¹³. O processo algíco poderia também relacionar-se a mais episódios de recaída em pacientes com quadro de depressão recorrente, além de ser mais intensa¹⁴. Em um estudo longitudinal, que avaliou a melhora de pacientes com depressão durante um período de 03 anos, encontrou-se uma diferença significativa de melhora com o registro de 9% com dor, versus 47% sem dor, o que denota a importância dessa relação nesses pacientes¹¹⁻¹⁵.

É interessante notar, que a avaliação da dor em pacientes com depressão e vice versa, concentra-se, muitas vezes, apenas em componentes físicos ou puramente sensoriais que discriminam a intensidade da dor, sem levar em conta os componentes emocionais da mesma. Quando os componentes afetivos, que caracterizam o impacto emocional do estímulo são avaliados conjuntamente, tem-se demonstrado que pacientes com depressão, apresentam um componente afetivo, muitas vezes não compatível com o sensorial¹⁴, ou seja, muitas vezes, os pacientes com depressão, relatam uma sensação desagradável mesmo que o estímulo ainda não seja suficiente para causar uma sensação dolorosa. Isto difere dos achados em grupos contro-

le, quando o relato de uma sensação desagradável ocorria apenas quando o estímulo começava a causar dor¹⁶. Para esses autores, isso seria traduzido como uma resposta emocional negativa qualitativamente alterada a estímulo normalmente não aversivo^{14,16}.

Sabe-se também que pacientes com dor têm chance duas vezes maior de cometer suicídio, Tang e Crane¹⁷, em geral por ingesta excessiva de medicações Smith et al.,¹⁸. Considera-se que a dor crônica é um fator de risco independente para suicídio. Deve-se chamar a atenção dos profissionais que lidam com esses indivíduos, para que, além dos fatores comumente conhecidos como de risco para comportamentos suicidas, atentem para o histórico de depressão anterior ao surgimento da dor, sua intensidade, localização, duração, sensação de desamparo, histórico de abuso sexual ou físico, sentir-se um fardo para os outros, e a catastrofização¹⁷⁻¹⁸.

Em relação à catastrofização^{6,19}, é muito interessante salientar, o que se relata em diversos trabalhos na literatura, como a principal distorção cognitiva encontrada em pacientes com dor crônica. Nesse caso, o paciente acredita que o que aconteceu ou irá acontecer será algo insuportável, esperando o pior de uma situação, sem levar em conta a possibilidade de outros desfechos, Knapp²⁰. Isto contribuiria para o quadro depressivo e até mesmo para suicídio. Além disso, a ruminação caracterizada pela incapacidade de suprimir ou desviar a atenção de pensamentos relacionados à dor, e a desesperança que caracteriza uma orientação afetiva negativa em lidar com o estímulo nocivo, constituiriam uma tríade que resultaria em grande prejuízo para o paciente. Ainda, a catastrofização pode estar presente tanto na depressão quanto nos casos de dor crônica, com implicação importante no tratamento. A terapia cognitivo-comportamental tem demonstrado bons resultados como parte do tratamento de ambas as condições^{6,19-23}.

Cabe ressaltar que durante as sessões de terapia em grupo, que também foram objetos deste estudo, isso também foi constatado, e o

trabalho voltado com atenção para este fator, foi fundamental na melhora dos pacientes. Neste sentido, os pacientes eram avaliados de forma dinâmica, quanto ao seu modo de convívio com a dor, de acordo com a publicação de Loduca et al em 20015. Dessa forma, consideramos como modos de convívio com a dor: o modo caótico (identidade subjugada ao papel de sofredor), dependência (identidade fragilizada pela intensidade da dor), repulsa (identidade preservada, mas ameaçada pela repulsa a condição de sofrimento), e integração (dor é uma sensação desagradável dentro do corpo, que não ameaça a identidade). Nitidamente, os pacientes que chegavam à integração, eram mais funcionais e acabavam tornando-se exemplos para os demais. Neste caso, o paciente aprende de certa forma a lidar com a dor e a respeitar os seus próprios limites.

Ainda no contexto do grupo de psicoterapia, uma queixa muito comum era relacionada ao estigma da dor crônica, sofrido pelos pacientes. Frases como as que se seguem, eram muito comuns: “dizem que é frescura, eu fico mais irritado e angustiado”, “me mandam de um lado para o outro, mas ninguém me explica o que eu tenho”, “minha família não acredita em mim, eu sofro ainda mais com isso”, “quando falo que tenho dor já me olham torto”.

Notou-se que o estigma da dor crônica, ainda era pior quando o paciente dizia também ter depressão ou fazer tratamento na psiquiatria. É comum o estigma que esses pacientes sofrem, como constatado por Naushad, et al.²⁴ que verificou que pacientes com depressão são subestimados em relação a suas queixas, e em grau ainda maior, os com depressão e dor, ao contrário, dos pacientes apenas com dor.

Ainda, em relação ao grupo, era muito clara a necessidade do tratamento conjunto da psiquiatria com as demais especialidades, por tratar-se de pacientes com comorbidades psiquiátricas importantes. Não apenas o manejo medicamentoso, mas também a psicoeducação, foram fundamentais para melhora dos mesmos.

Cabe lembrar o papel do psiquiatra em equipes de dor, que parece ainda não estar bem

estabelecido, mas é de fundamental importância quando doenças mentais, abuso de substâncias e outras condições estão presentes^{3,11-12}.

CONCLUSÃO

A correlação entre dor crônica, depressão, e suicídio, é clara na literatura, sendo muitas vezes difícil a avaliação desses pacientes. Exige uma abordagem multidisciplinar, dada

a alta prevalência e sobreposição de sinais e sintomas entre ambas. O papel do psiquiatra dentro das equipes de dor é fundamental quando coexistem ambas as doenças. Grupos de psicoterapia, com foco em psicoeducação, podem ajudar no manejo e ajudam a identificar as principais queixas, distorções cognitivas e demais demandas desses indivíduos, com bons resultados e melhora da funcionalidade dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Arango-Dávila CA, Rincón-Hoyos HG. Depressive disorder, anxiety disorder and chronic pain: multiple manifestations of a common clinical and pathophysiological core. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018; 47(1): 46-55.
2. Theis KA, Roblin DW, Helmick CG, Luo R. Prevalence and causes of work disability among working-age U.S. adults, 2011-2013, NHIS. *Disabil Health J*. 2018; 11(1): 108-15.
3. Balon R, Morreale MK, Coverdales JH, Brenner A, Louie AK, Beresin EV, et al. The role of psychiatric education in pain management. *Acad Psychiatry*. 2018; 42(5): 587-91.
4. Terroni L, Silva GV. Manifestações psiquiátricas e dor crônica. *TEMAS*. 2000; 30(59): 199-211.
5. Loduca A. Psychodramatic strategies for the patient with chronic pain. In: *Anais 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor*. São Paulo: SIMBIDOR; 2001. P.172-75.
6. Sardá Junior J, Nicholas MK, Pereira IA, Pimenta CA, Asghari A, Cruz RM. Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. *Acta Fisiatrica*. 2008; 15(1): 31-36.
7. Crofford LJ. Chronic pain: where the body meets the brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2015; 126: 167-83.
8. Anttila V, Bulik-Sullivan B, Finucane HK, Walters RK, Bras J, Duncan L, et al. Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science*. 2018; 360(6395): eaap8757.
9. Jaracz J, Gattner K, Jaracz K, Górna K. Unexplained painful physical symptoms in patients with major depressive disorder: prevalence, pathophysiology and management. *CNS Drugs*. 2016; 30(4): 293-304.
10. Stahl S, Briley M. Understanding pain in depression. *Hum Psychopharmacol*. 2004; 19 Suppl 1:S9-S13.
11. Goesling J, Lin LA, Clauw DJ. Psychiatry and pain management: at the intersection of chronic pain and mental health. *Curr Psychiatry Rep*. 2018; 20(2):12.
12. Thase ME. Managing medical comorbidities in patients with depression to improve prognosis. *J Clin Psychiatry*. 2016; 77 Suppl 1:22-7.
13. Marsala SZ, Pistachi M, Tocco P, Giolis M, Fabris F, Brigo F, Tinazzi M, et al. Pain perception in major depressive disorder: a neurophysiological case-control study. *J Neurol Sci*. 2015; 357:19-21.
14. Geerlings SW, Twisk JW, Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg W. Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(1): 23-30.
15. Unhinsky A, Reinhardt LE, Simmons AN, Strigo IA. Further evidence of emotional allodynia in inmedicated Young adults with major depressive disorder. *PLoS ONE*. 2013; 8(11): e80507.
16. Ilgen MA, Zivin K, McCammon RJ, Valenstein M. Pain and suicidal thoughts, plans and attempts in the United States. *Gen Hosp Psychiatr*. 2008; 30(6): 521-27.
17. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors

- and psychological links. *Psychol Med.* 2006; 36: 575-86.
18. Smith MT; Edwards RR, Robinson RC, Dworking RH. Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk. *Pain.* 2004; 111(1-2): 201-08.
19. Cheattle MD. Assessing suicide risk in patients with chronic pain and depression. *J Fam Pract.* 2014; 63(6): 201-208.
20. Knapp P. *Terapia cognitiva – comportamento na prática psiquiátrica.* Porto Alegre: 2007.
21. Noyman-Veksler G, Lerman SF, Joiner TE, Brill S, Rudich Z, Shalev H, Shahar G. Role of pain-based catastrophizing in pain, disability, distress, and suicidal ideation. *Psychiatry.* 2017; 80(2): 155-70.
22. Edwards RR, Smith MT, Kudel I, Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain.* 2006; 126(1-3): 272-9.
23. Hassett AL, Cone JD, Patella SJ, Sigal LH. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 2000; 43(11): 2493-500.
24. Naushad N, Dunn LB, Munoz RF, Leykin Y. Depression increases subjective stigma of chronic pain. *J Affect Disord.* 2018; 229:456-62.

Lucas Huhn Firmino¹, Daniel Fortuna-
to Burgese¹

Revisão sobre o conceito de paranoia na nosologia psiquiátrica

Review of the concept of paranoia in psychiatric nosology

Revisão de Literatura

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do
Servidor Público Estadual "Francisco
Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São
Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Trata-se de uma revisão sobre o conceito de paranoia. Avalia-se a construção histórica da doença em distintas épocas, sendo possível compreender a influência temporal das ideias psiquiátricas e o modo de se diagnosticar. Analisa-se o tema até as concepções atuais de Transtorno Delirante. Conclui pela importância de uma análise não somente caracterológica, mas também descritiva, pela complexidade e dificuldades encontradas na concepção do conceito de paranoia.

Descritores: Paranoia; Delírio; Transtorno delirante; Psicose; Interpretações delirantes

ABSTRACT

This is a review of the concept of paranoia. The historical construction of the disease is evaluated at different times, and it is possible to understand the temporal influence of psychiatric ideas and how to diagnose them. The subject is analyzed up to the current conceptions of Delusional Disorder. It concludes the importance of an analysis not only about characters, but also descriptive, for the complexity and difficulties encountered in the conception of the concept of paranoia.

Keywords: Paranoia; Delirium; Delusional disorder; Psychosis; Delirious interpretations

Data de submissão: 14/01/2019

Data de aceite: 14/01/2020

Correspondência:

Lucas Huhn Firmino

Serviço de Psiquiatria do Hospital do
Servidor Público Estadual "Francisco
Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São
Paulo, SP, Brasil.

Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800,
2º andar - Vila Clementino - CEP:
04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: lucashuhn@hotmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta um apanhado sobre a paranoia, doença marcada pelo predomínio de um delírio sistematizado com preservação das funções mentais do paciente, que não tem relação com o delírio.

A paranoia é um diagnóstico que se modificou ao longo da história da Psiquiatria. É tema de importantes estudos e suas características somente foram possíveis após inúmeras e minuciosas observações psicopatológicas.

Sabe-se que nem sempre os pacientes paranoides chegam ao consultório psiquiátrico. Porém, o quadro sintomatológico da paranoia também se aproxima ao diagnóstico de outras patologias, de acordo com o contexto histórico de cada época. O diagnóstico é difícil, muitas vezes demorado, por isso a importância de uma anamnese e exame psíquico detalhados.

O conceito de paranoia na nosologia psiquiátrica

A palavra paranoia (“para” – ao lado de; “noia” – de si; “fora de si”) é um dos substantivos mais antigos usados em Psiquiatria¹. Era empregada tanto na linguagem comum, como na medicina hipocrática, na qual recebia o sentido genérico de alienação mental. Referia-se, antes de tudo, ao desvario extremo provocado pelas paixões, sem designar uma forma particular de loucura, mas a loucura em si, em suas dimensões de delírio e arrebatamento insensato¹⁻².

Permaneceu, assim, por séculos, em uso apenas descritivo e informal, em um construto confuso e heterogêneo, sob esta mesma rubrica, sendo corrente ouvir-se falar de vários tipos de paranoia (aguda, persecutória, religiosa, etc.).

Berrios³ diz que os fenômenos hoje discriminados como delírios, alucinações e ilusões eram considerados conjuntamente indícios de loucura até finais do século XVIII. Em sua análise, no decorrer do XIX, uma nova conformação do conceito de delírio se estruturou, graças a certas mudanças culturais. Em síntese; a separação

conceitual de conhecimento verdadeiro (o que era produzido cientificamente) e crença (algo subjetivo e do domínio do probabilístico); a emergência da noção de sintoma como unidade elementar da enfermidade mental, em consonância com o modelo anatomoclínico da doença; em termos filosóficos, o declínio do empirismo e do associacionismo e a ascensão da psicologia das faculdades mentais; e o desenvolvimento de teorias sobre a chamada constituição e sobre a personalidade, incluindo o pessoal e o biográfico na interpretação do delírio. Dessa forma, o delírio passou a significar crença mórbida ou equivocada, morbidez que seria largamente estudada em termos de organicidade, estruturação psicológica e constituição³⁻⁴.

No século XVIII, o termo incorporou-se a uma classificação médica, ligado à noção de *dementia* na Nosologia (1763), de François Boissier de Sauvages. Foi, depois, assimilado por William Cullen à *vesania* ou *morbus mentis*, termo que reunia estados caracterizados pela razão prejudicada, sem febre (citado em Lewis, 1970)⁴.

Vogel empregou o termo “paranoia” para referir-se aos delírios crônicos em geral. Desde então, a palavra manteve uma conotação bastante ampla para designar praticamente toda forma de loucura (1764), (citado por Silva, 2010)⁵.

Pinel (1800), citado por Oda, (2010)⁶⁻⁷, nos doentes de melancolia (ou delírio exclusivo), observava dois tipos de delírios, com comportamentos correspondentes: um ligado a ideias de morte, doença e culpa, e outro relacionado à ideias de grandeza e poder. Já na espécie mórbida chamada de mania (ou delírio geral), incluía casos da paradoxal mania sem delírio, em que os doentes pareciam tomados por um furor instintivo, sem outras alterações mentais⁶⁻⁷.

Heinroth deu início ao uso do termo paranoia, com o significado de uma forma particular de estado delirante (citado por Lewis, 1970)⁴. Heinroth considerava a falta duradoura da vontade e da razão a essência da perturbação psíquica (classe *vesania* – *Seelenstörung*), classificando na ordem das hiperestenias (exaltações psíquicas) o gênero

Verrücktheit ou paranoia, distúrbio caracterizado pela “falta de liberdade de espírito com exaltação da faculdade de pensar”^{4,8}.

Esquirol⁹, citado por Oda,⁷ construiu o conceito de monomanias, isto é, loucuras que afetavam parcialmente a mente, em um aspecto específico (a inteligência, o afeto ou à vontade), preservando as demais faculdades mentais.

Kahlbaum descreveu um quadro psicótico no qual a atividade delirante instalava-se desde o início, sem ser precedida por manifestações depressivas (afeto). Dá a essa condição a denominação de “paranóia”, primeira utilização desse termo para designar um transtorno mental específico. Tratava-se, portanto, de uma “loucura parcial”, com afecção principal da mente e do intelecto¹⁻².

Logo após, Snell propôs a existência de um estado delirante e alucinatório primário em que o tema da perseguição é mais freqüente que as idéias de grandeza e ao qual denominará de *primäre Wahnsinn* (1865), (citado por Postel e Quétel)¹⁰.

A partir de 1879, Kraft-Ebing passa a reservar o termo “paranóia” para designar os delírios sistematizados, admitindo também que esses poderiam ser primários².

No início do século XIX, a psiquiatria européia foi marcada por intensas discussões em torno da chamada “psicose única” (*Einheitspsychose*), conceito que teve em Griesinger seu principal defensor e propagador. Segundo seu ponto de vista, todas as psicoses clinicamente identificáveis constituiriam apenas diferentes etapas de um mesmo processo psicopatológico. O termo “paranóia”, em sua teoria, designava um delírio crônico, secundário a um episódio de melancolia ou de mania, que poderia estar associado ou não a fenômenos alucinatórios. Dessa forma, os fenômenos afetivos seriam os elementos fundamentais, enquanto o quadro delirante não teria consistência psicopatológica autônoma².

No contexto psiquiátrico francês, o termo “paranóia” – considerado excessivamente vago – teve uma implantação bem mais tardia, embora os

fatos clínicos aos quais se refere já tivessem sido amplamente estudados pela tradição psiquiátrica daquele país. Vide, entre outros, o trabalho decisivo de Lasègue sobre o delírio das perseguições (1852), os estudos de Morel sobre perturbações interpretativas observadas na loucura hereditária dos degenerados e a distinção estabelecida por Magnan (a partir de 1881) entre os “delírios dos degenerados” e o “delírio crônico de evolução sistemática”. Dispondo, portanto, de sua própria tradição nesse campo, foi somente a partir de 1895, com o emprego por Séglas do termo “paranóia” para designar as loucuras sistemáticas, que essa palavra passaria a fazer parte do vocabulário habitual da psicopatologia de seu país².

Séglas observava: “o melancólico entoava sempre sua monótona litania, ao passo que o delirante perseguido expunha animadamente seu excitante romance”. (citado por Claude e Montassut, 1926)¹¹.

Já os italianos usavam correntemente o termo no sentido muito abrangente de loucura em geral⁴.

Magnan, em suas *Leçons Cliniques* (1893, (citado por Bercherie)¹², descreve o quadro que chama de Delírio Crônico de Evolução Sistemática, em quatro fases típicas:

1. Fase inicial (inespecífica): uma fase de incubação com inquietação e nervosismo. Há busca de explicações para os sofrimentos próprios em causas externas, e é quando começam as alucinações auditivas;
2. Segunda fase: o delírio se coordena e se estrutura, as alucinações se intensificam, a personalidade se altera e se dissocia, e há luta mental do doente contra os seus sintomas persecutórios e disso decorre debilitação física;
3. Terceira fase (a megalomaníaca): há desagregação mental progressiva que propiciaria o aparecimento de ideias de grandeza. Depois de um tempo variável, os delírios se atenuam;
4. Quarta fase: a inteligência se enfraquece gradualmente até a demência, caracterizada pela indiferença afetiva e pela confusão mental.

Magnan considerava que esta estruturação geral do quadro mórbido no tempo seria definidora do diagnóstico, e não apenas os conteúdos persecutórios, que poderiam variar com a educação, o meio social e a época em que vivia o alienado¹³.

Na passagem do século XIX para o século XX, Kraepelin era a maior autoridade científica internacional no que se referia à nosografia psiquiátrica². Na sua obra principal, o Tratado de Psiquiatria, em sua quarta edição, publicada em 1893, introduziu o conceito de *demencia praecox*, expressão anteriormente utilizada por Morel para designar um quadro clínico de imobilização súbita das faculdades psíquicas que ocorreria durante a juventude².

A sexta e clássica edição do Tratado, publicada em 1899, estabeleceu uma definição bastante ampla da “demência precoce”, nela incluindo os delírios crônicos sistematizados, de caráter persecutório, dando a esse quadro específico o nome de “demência paranóide”. A *dementia paranoides* englobava, portanto, aquilo que viria, após Bleuler, a ser conhecido como esquizofrenia em sua forma paranóide, bem como a paranóia em geral e o delírio crônico de evolução sistemática, de Magnan. Além disso, o critério evolutivo empregado por Kraepelin indicava que o destino desses sujeitos era um estado terminal de desagregação mental, o que era contraditório com as concepções clássicas da escola francesa, que sustentavam a preservação da personalidade malgrado o curso crônico e incurável do transtorno².

Compreende-se, assim, que a inclusão por Kraepelin da paranóia, de maneira quase integral, na descrição da forma paranóide da demência precoce (*dementia paranoide*), tenha sido considerada pelos franceses um esvaziamento da especificidade clínica e nosológica desses quadros. Dessa forma, o ponto de vista kraepeliniano foi fortemente criticado na França, onde se insistia quanto ao caráter autônomo e primário da paranóia em relação aos quadros delirantes crônicos que conduziam à deterioração do funcionamento psíquico global².

A monografia de Sérieux e Capgras, de 1909, sobre o delírio de interpretação (*les folies raisonnan-*

tes) inscreve-se, pois, no cerne desse debate. Publicada entre a 6a e a 8a edições do Tratado de Kraepelin, trata-se de um esforço no sentido de ratificar a posição francesa no que se refere à autonomia psicopatológica do delírio sistemático baseado em interpretações delirantes. Seus autores constituem a última geração dos chamados “clássicos franceses”².

Sérieux foi aluno de Magnan e estabeleceu uma fecunda parceria científica com seu aluno Capgras, da qual resultariam importantes contribuições no campo da psicopatologia, entre elas o clássico estudo sobre as loucuras raciocinantes ou delírio de interpretação. Nesse estudo, os autores consideram que o delírio de interpretação constitui uma entidade psicopatológica autônoma. Trata-se, segundo eles, de uma psicose delirante crônica, sistematizada, de caráter não alucinatório, que se caracteriza por:

1. Multiplicidade e organização de interpretações delirantes;
2. Ausência ou penúria de alucinações (contingentes);
3. Persistência da lucidez e da atividade psíquica;
4. Evolução através da extensão progressiva das interpretações;
5. Incurabilidade, sem demência terminal¹³.

O elemento fundamental dessa condição psicopatológica é, pois, a multiplicidade das interpretações delirantes, ou seja, “um raciocínio falso que tem como ponto de partida uma sensação real, um fato exato, o qual em virtude de associações de idéias ligadas às tendências e à afetividade e através de induções ou deduções erradas, acaba por adquirir para o doente uma significação pessoal, pela qual tudo se coloca invencivelmente a ele relacionado”².

Os autores destacam, assim, as loucuras raciocinantes – estas resultantes da organização cada vez mais complexa do delírio de interpretação, elaborado a partir de interpretações delirantes – dos delírios agudos e secundários. Nesse mesmo texto,

o delírio de interpretação é separado do delírio de reivindicação (que tinham dois tipos – egocêntrico e altruísta), o qual corresponde ao *Querulanten Wahn* (delírio de querelância), dos alemães².

Kraepelin, na oitava edição de seu Tratado, termina por aderir às teses de Sérieux e Capgras, utilizando-as para dar a forma definitiva de sua separação entre os delírios crônicos primários e sistematizados (paranóia) e as formas paranóides da demência precoce. Concede, assim, à escola francesa, na sua delimitação da paranóia, a extensão progressiva das interpretações falsas e a raridade das alucinações. A derradeira formulação kraepeliniana sobre a paranóia funde-se, no essencial, com a loucura raciocinante de Sérieux e Capgras, distingue-a da demência precoce e termina por delimitar nossa maneira atual de conceber o campo dos fenômenos paranóicos e paranóides^{2,13}.

Spetch incluiu a paranoia dentro do quadro maníaco-depressivo, já que muitos sujeitos, segundo sua teoria, afetados pelo delírio paranoico, seriam hipomaníacos endógenos. A tendência de assimilar a paranoia a este transtorno do humor repete-se desde então, de modo intermitente, na história da paranoia¹⁴.

A mudança radical no estudo da paranoia começou em 1896, quando Freud publicou as descobertas da análise de um caso de paranóia, *O Caso Schreber*,¹⁵. Freud a explicou como uma defesa psíquica, em que as reprovações a si mesmo são projetadas como vindo de fora^{1,15}.

Meyer disse “Se uma pessoa apresenta um quadro paranoide no curso de uma psicose maníaco-depressiva, esquizofrenia, neurastenia, histeria ou alcoolismo, tem-se o direito de pensar que o ponto de rotura é devido a uma debilidade fundamental, e é dever estudar os mecanismos pelos quais essa rotura tomou lugar e o material pelo qual essa desordem se manifesta”, (citado por Gallegos)¹.

Moreira e Peixoto¹⁶ acreditam que a origem da paranoia se fundamenta nos seguintes mecanismos psicológicos, incluindo um período prodromico:

1. Primitiva e originária autofilia: sentimento inato e fundamental da personalidade - não corrigida e adaptada ao meio, antes incrementada pela educação defeituosa: egocentria resultante.

2. Inadaptabilidade correspondente entre o indivíduo e o meio: interpretação como hostilidade pessoal.

3. Reação contra o meio: início das perturbações aparentes. Perseguição ativa ou passiva, ou ativa-passiva, mais comumente.

Assim é na história de vida de cada doente que devem ser coletadas informações que corroborem essas hipotéticas fases da paranoia, doença constitucional que se inicia bem antes de os sintomas delirantes se manifestarem. Observaram os autores que, na idade adulta, os inevitáveis conflitos entre a personalidade e o meio social são as causas desencadeantes mais comuns. Sem causa ocasional que desencadeie o delírio – dizem eles –, muitos paranoicos passam despercebidos, tidos como gente normal ou apenas excêntrica, porque não se tornaram incompatíveis com o meio pela acuidade de suas concepções, ou porque sua orientação na vida tome rumo que evita isso. O fato é que com eles nos encontramos frequentemente, dos casos frustrados, aqueles ainda equilibrados, que são chamados de excêntricos, vaidosos, originais, etc...¹⁶.

Tal como Kraepelin, entende que as desilusões e dificuldades enfrentadas na vida são muito mais consequências do comportamento anormal do doente do que propriamente causas da paranoia⁷.

Moreira e Peixoto¹⁶ postulam como qualidade essencial da paranoia o fato de ela ser patologia ‘originária’ e adotam, para explicar sua gênese, a ideia de caráter ou temperamento paranoico. Esse conceito vinha sendo desenvolvido principalmente por autores franceses, mas também era estimado por alemães como Krafft-Ebing, que considerava a paranoia como patologia de fundo degenerativo, enraizada em anomalias do caráter, este basicamente marcado por excessos de desconfiança,

orgulho, tendências imaginativas, emotividade e rigidez¹².

Segundo Ballet, foi Ball quem primeiramente denominou autofilia um aspecto mental simultaneamente feito de desconfiança e vaidade, que caracterizaria a constituição paranoica¹².

Moreira e Peixoto escrevem em seu artigo: “o Eu paranoico, desequilibrado, se basta; vive numa ruminação contínua, é um longo diálogo em que há um interlocutor silencioso que opõe dúvidas e restrições débeis, e o doente propriamente fala às vezes alto, imperativamente, rebatendo com vantagens as dúvidas autossugeridas”¹⁶.

“O mundo não se adapta a nós, porque nós bem podemos ver que esta adaptação não é possível. Conformamo-nos e nos adaptamos a ele. O paranoico não pode ver assim: o mundo não se adapta a ele, porque o mundo está errado, e tenta corrigir, isto é, adaptar tudo à sua vontade porque jamais pode pensar em si para o mundo, mas no mundo para si”¹⁶.

“O momento tem importância capital, porque, sem ele, o anômalo atravessa a vida sem sobre si chamar a atenção do médico; o meio familiar, os seus íntimos, os que o conhecem ou têm relações, sofrem-lhe as imperfeições de caráter. O manicômio não o receberá porque não houve uma causa ocasional que lhe promovesse o desequilíbrio, o transvio, isto é, o delírio”¹⁶.

Jaspers¹⁷, (citado por Silva)⁵, definiu a paranóia como um “desenvolvimento da personalidade”, na qual haveria uma continuidade entre as características anteriores do sujeito e a construção gradual de um sistema delirante. Nos “processos”, por outro lado, haveria uma transformação ou mudança da personalidade; o sujeito não volta ao anterior e, se há um novo desenvolvimento da personalidade, o faz de outro ponto de partida. Haveria processos “orgânicos”, como demências ou “psíquicos”, como a esquizofrenia (de origem “endógena”).

Jaspers reconhece que os limites nem sempre são tão claros e que, em alguns casos de paranóia, pode-se suspeitar que sejam processos. O

delírio paranoico teria alguma “compreensão” em relação à biografia e à personalidade prévia (conceito de compreensibilidade empática, uma vez que não racional, considerando que o delírio é um tipo de experiência que se afasta muito das experiências normais). Seria um delírio sistematizado, com comportamento e afetividade concordante, que tem plausibilidade e geralmente é acreditado por outras pessoas¹⁷.

A obra de Schneider¹⁸, (citado por Silva)⁵ representou a conjugação e o desenvolvimento original das bases clínicas da psiquiatria estabelecida por Kraepelin e da fundamental construção metodológica da psicopatologia jasperiana. Schneider, por sua vez, discorda da compreensibilidade do delírio paranoico. Expressa: “Onde há um verdadeiro delírio, cessa o entendimento característico e, onde se pode compreender, não há delírio”.

Leonhard¹⁹, (citado por Silva)⁵ assimila a paranóia à parafrenia afetiva (parafrenia sistemática). Ele a define como “uma síndrome de idéias de referência que gradualmente se desenvolve em um quadro severo de ilusões sensoriais, erros na memória e idéias de grandeza”. As formas atenuadas corresponderiam à psicose de referência progressiva de Kleist. O afeto patológico, que Specht descreve na paranóia, é decisivo para a parafrenia afetiva. “Podemos falar de uma síndrome de referência irritada. Portanto, é provável que os casos chamados por Kraepelin de paranóia pertencem à parafrenia afetiva”.

E, mais adiante, ele aponta que alguns pacientes podem, quando se fala sobre suas idéias, ficar muito facilmente irritáveis, e outros, mais entusiasmados. Portanto, um ou outro pólo afetivo poderia predominar de acordo com o tipo de idéia. Ele acrescenta que se os litigantes paranóicos continuam a lutar com tanta intensidade é porque é um temperamento hipomaníaco. “Portanto, a combinação de psicopatía paranóide com temperamento hipomaníaco seria a causa da evolução para o delírio querelante”.

Ey²⁰ (citado por Silva, 2010)⁵, por sua vez, descreveu o paranóico da seguinte forma: “Esses

delirantes, perseguidos, megalomaníacos, místicos etc., cujo delírio manifesta uma profunda mudança e uma espécie de inversão dos valores da realidade, são ainda mais surpreendentes nesse sentido". Trata-se de personalidades, por outro lado, bem adaptadas à realidade. Esses delírios são chamados de sistematizados, pois estão ligados ao caráter e construção da própria personalidade e são desenvolvidos com ordem, coerência e clareza. "Eles são apresentados ao observador como relativamente plausíveis, daí seu poder de convicção ou contaminação (delírio de dois ou delírio coletivo)".

Bleuler²¹ (citado por Silva)⁵ aponta que na paranóia haveria um conflito interno cuja influência patológica e sua enorme carga afetiva seria determinante para a gênese do sistema delirante. O indivíduo que se torna paranóico possuiria a ambição de ser ou produzir algo excepcional. Mas ele não é capaz de conseguir isso, nem é capaz de confessar sua própria fraqueza e conformar-se, o que seria muito doloroso para ele, já que se opõe a esse elevado conceito de si mesmo. Seria então para cobrir a realidade desagradável e os meios escolhidos - dependendo do temperamento e outros fatores buscar a culpa fora de si mesmo, em circunstâncias e especialmente em outras pessoas (delírio de perseguição). "Você também pode recorrer a imaginar os desejos como se fossem feitos (delírio de grandeza). Em qualquer caso, para que essa transformação ocorra, deve haver algum elemento esquizóide, ou um processo esquizofrênico leve, que predisponha o sujeito ao funcionamento delirante".

Kretschmer²² (citado por Silva)⁵, por outro lado, desenvolveu a relação entre determinantes psicológicos e o delírio paranóico em maior profundidade. Este autor descreveu o chamado Delírio Sensitivo-Paranoide, que se caracterizaria por:

1. O delírio surgiria com base em uma carga hereditária em pessoas de grande labilidade reativa;

2. A constituição psicopática congênita seria caracterizada, em seu aspecto biológico geral, principalmente pela sua exaustibilidade, com excessivas inibições sexuais e falta de impulso erótico;

3. Com essas premissas endógenas, a gênese da condição seria psicologicamente reativa. Seria caracterizada pela tríade personagem, experiência e meio ambiente;

4. O Delírio Sensitivo-Paranoide seria condicionado pela disposição caracterológica. Quanto mais sensível ela é, mais tipicamente ela aparece. Ele descreve o curso do delírio: "A presença de uma reatividade psicológica viva em todos os estágios patológicos, sua tendência a curar em casos puros e mais brandos e a perfeita preservação de personalidade até mesmo em casos severos".

Algumas personalidades mais sensíveis, depressivas, pessimistas e narcisistas desenvolveriam sintomas paranoides em momentos críticos de vida. Porém, com prognóstico favorável.

A partir destas observações segue uma lei fundamental da caracterização psicopática: "Em um personagem com diversas possibilidades reativas, certa reação patológica é desencadeada de maneira específica pela experiência chave correspondente". Subsequentemente, muitos dos casos correspondentes ao Delírio Sensitivo-Paranoide foram incluídos dentro da esquizofrenia ou como distúrbios psicóticos não especificados.

Nota sobre o delírio, ainda que não tenha encontrado sua assertiva exclusiva em relação à paranoia, é impossível concluir esta síntese sem citar Carol Sonenreich (2007)²³. Em sua obra, aparecem postulados quanto ao delírio que, total e diretamente, se relacionam com o doente delirado. O doente, mesmo que dentro de um diagnóstico clínico diferente do paranoico, quando delira, possui elementos psicopatológicos em comum com o paranoico *per se*.

1. Delírio é a perda da comunicação lógica. Encara não como um sintoma, mas como um modo de organizar seu relacionamento com outros, em geral, e com o médico que o examina, em particular.

2. Encara a lógica como instrumento de comunicação. A comunicação lógica permite aos interlocutores compreenderem-se reciprocamente, julgar, avaliar, tratar o que lhe interessa. Baseia-se em Piaget, que postula que as crianças adquirem o

pensamento lógico somente em torno dos 10 anos.

3. Experiências fracassadas no plano corporal e no psíquico podem levar à perda da capacidade de distinguir entre as condutas que servem e as que não servem para atingir objetivos, realizar desejos, satisfazer necessidades. As atividades são realizações de decisões mentais, de aplicação de programas mais ou menos complexos, dirigidos a um objetivo. Pessoas que não conseguem satisfação sexual, orgasmo, estão entre aquelas que podem perder a capacidade de discernir entre o que leva e o que não leva ao clímax. A lógica - como modo de organizar a relação com os outros - pode perder sua função. Sendo um caráter adquirido mais recentemente, mais dificilmente elaborado, é mais exposta à deterioração, ao colapso. Sem lógica, o delirante não argumenta não procura convencer. Apenas enuncia, sem adequar-se ao entendimento do outro. Praticamente quebra a relação. Não porque se projeta fora ou acima da realidade, mas porque para de funcionar como sistema aberto.

4. As experiências anteriores, com conclusões diversas entre boas e ruins, com práticas que procuram adequação, adaptadas aos objetivos, não são mais incluídas na conduta atual do delirante. Os caminhos do pensamento ajustado, aos que lhe serviam antes, não são mais seguidos. Essas experiências que o constituíram como ser, como pessoa, não estão mais marcando seu estado atual. O delirante perdeu sua subjetividade.

5. A conduta terapêutica que adota depende das atividades do delirante. O que ele faz com o delírio orienta quanto ao tratamento.

6. Entende o psiquismo como expressão da atividade de um sistema que inclui cérebro e cultura - o doente adoece com sua cultura e sua relação com o mundo.

A paranoia nas classificações atuais

Nas classificações psiquiátricas atuais, não se considera a paranoia como uma entidade claramente delimitada. Pacientes paranoicos podem ser incluídos dentro da categoria geral do Transtorno Delirante. É essencialmente definida pelo conteúdo do delírio e exclusão de outros transtornos.

Os critérios diagnósticos para transtorno delirante da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais da Associação Americana Psiquiátrica (DSM-IV) (1995)²⁴ são os seguintes:

1. Presença de ideias delirantes não estranhas (a de serem seguidas, envenenado, infectado, amado à distância, enganado pelo cônjuge ou amante ou ter uma doença);

2. O critério A não é atendido para a esquizofrenia (alucinações, catatonia, desorganização, sintomas negativos);

3. Atividade psicossocial e comportamento não são prejudicados;

4. Se houver um episódio afetivo, foi breve;

5. Não é devido ao uso de substâncias ou doenças médicas;

Em relação aos temas do delírio, o DSM-V distingue: perseguição, grandeza, ciúmes, somáticos, erotomania, misturado e não especificado.

Já a classificação internacional de doenças (CID-10) (1997)²⁵ define o transtorno delirante de modo bastante semelhante.

CONCLUSÃO

A paranoia, hoje enquadrada dentro da classificação de Transtorno Delirante, foi tema importante na história da Psiquiatria, tendo suas características evoluídas conforme os diversos estudos e observações clínicas dos grandes mestres. O fato é que, o fenômeno principal, isto é, o delírio, é comum também a outros transtornos; logo, a dificuldade de se isolar a paranoia como uma doença, e não associá-la a outros diagnósticos, é perceptível conforme se faça a leitura do tema. Primeiramente, paranoico era quem delirava; depois, a paranoia foi associada ao delírio e perda de outras funções psíquicas, já em contrapartida com alguns estudiosos que perceberam a estruturação delirante sem perda de outras funções. Em vários momentos o delírio estruturado foi associado ao afeto e ao temperamento do pa-

ciente, ou seja, o delírio também não existiria sem outras alterações. Somente após extensa autoria foi possível definir a paranoia como uma doença estrutural, tendo como principal sintoma o delírio e preservação das outras funções mentais.

Optou-se, pois, não por discordar da classificação atual da paranoia, cujas principais características estão dentro dos critérios diagnósticos, mas por abordá-la, dentro de uma visão retrospectiva, como um diagnóstico clínico descritivo, ou seja, fica evidente a importância do entendimento de quem seria o doente paranoico e sua maneira de existir e se perceber no mundo e, com isso, analisar se o delírio é ou não estruturado e se conjuntamente ao delírio existem outras alterações das diversas fun-

ções mentais. Se, por séculos, a paranoia abrangeu diversos significados, sendo comum cada psiquiatra ter a sua noção sobre o tema, apenas a soma de sintomas, maneira atual de se diagnosticar em psiquiatria, talvez não seja a melhor forma de se elaborar um diagnóstico psiquiátrico de paranoia (e talvez das diversas outras doenças mentais).

O fato curioso é que todos os autores concordam com os achados de cronicidade, ou seja, evolução e sintomatologias duradouras, bem como não citam a cura e, ainda que seja possível o uso de psicotrópicos no tratamento desses doentes, a estrutura delirante é inalterada, persistente e sistematizada.

REFERÊNCIAS

1. Gallegos A. Paranoia y estados Paranoides. *Acta Méd Cost.* 1962; 5(1):53-59.
2. Pereira ME. As loucuras raciocinantes e a constituição do campo da paranoia na psicopatologia atual. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2007; 10(2):332-339.
3. Berrios GE. Delusions. In: Berrios GE. *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century.* Cambridge: Cambridge University Press; 1998. p.85-139.
4. Lewis A. Paranoia and paranoid: a historical perspective. *Psychol Med.* 1970; 1(1):2-12.
5. Silva H. El concepto de paranoia y la nosología psiquiátrica: a propósito de un caso clínico con delirio de invención. *Rev GPU.* 2010; 6(2):186-93.
6. Pinel P. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
7. Oda AM. Ordenando a babel psiquiátrica: Juliano Moreira, Afrânio Peixoto e a paranoia na nosografia de Kraepelin (Brasil, 1905). 2010; 17(Supl.2):495-514.
8. Moreira J. Classificações em medicina mental. *Arch Bras Psych Neurol Scienc Affins.* 1919; 1(1):93-115.
9. Esquirol JÉ. *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal.* Paris: Baillière; 1838.
10. Postel J, Quétel C, (Org's.). *Nouvelle histoire de la psychiatrie.* Toulouse: Privat; 1983.
11. Claude H, Montassut M. Délimitation de la paranoïa légitime. *L'encéphale.* 1926. p.57- 63.
12. Bercherie P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989.
13. Sérieux P, Capgras J. As loucuras raciocinantes – o delírio de interpretação: introdução. In: Dalgalarrrondo P, Sonenreich C, ODA AM. *História da psicopatologia: textos originais de grandes autores.* São Paulo: Lemos; 2004. p.77-83.
14. Weitbrecht HJ. *Manual de Psiquiatria.* Madrid: Editorial Gredos; 1970.
15. Freud S. *The complete psychological words of Sigmund Freud.* Califórnia: Hogarth Press; 1953.
16. Moreira J, Peixoto A. A paranoia e as síndromes paranoides. *Arq Bras Psiquiatr Neurol Ciênc Affins.* 1905; (1):5-33.
17. Jaspers K. *Psicopatologia geral.* Rio de Janeiro: Atheneu; 1979.

18. Schneider K. Psicopatologia clínica. São Paulo: Ed. Mestre Jou; 1968.
19. Leonhard K, Beckmann H. Classification of Endogenous Psychoses and their Differentiated Etiology. Berlin: Springer-Verlag; 1999.
20. Ey, Henry; Bernard, P.; Brisset, C. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson; 1981.
21. Bleuler E. Afectividad, sugestibilidad, paranoia. Madrid: Ediciones Morata; 1969.
22. Kretschmer E. Delirio sensitivo paranoide. Barcelona: Editorial Labor; 1958.
23. Sonenreich C, Estevão G. O que psiquiatras fazem. São Paulo: Lemos; 2007. p.101-153.
24. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4^a ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.
25. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

Utilização de fitocanabinóides em pacientes portadores de transtornos do espectro autista

Use of phytocannnnnacinoids in patients with autistic spectrum disorders

Mariana Muniz¹, José Eduardo Sant'Ana Porto¹

Revisão de Literatura

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Por meio de uma revisão de publicações recentes, o presente trabalho propõe-se a discutir a utilização de fitocanabinóides no tratamento de pacientes portadores de transtornos globais do desenvolvimento, ou transtornos do espectro autista, bem como estabelecer conjecturas a respeito das alterações psicopatológicas observadas em tais pacientes, consideradas sob a luz da modulação do sistema endocanabinóide.

Descritores: Transtornos globais do desenvolvimento infantil; Transtorno autístico; Transtorno do espectro autista; canabinoides; Receptores de canabinoides; Psicopatologia

ABSTRACT

Throughout a review of recent publications, this work aims to discuss the use of phytocannabinoids in the treatment of patients with global developmental disorders, or autistic spectrum disorders, as well as to establish conjectures regarding the psychopathological changes observed in such patients, considered under the light of the modulation of the endocannabinoid system.

Keywords: Child development disorders, Pervasive; Autistic disorders; Autism spectrum disorder; Cannabinoids; receptors, Cannabinoid; psychopathology

Data de submissão: 03/10/2019

Data de aceite: 17/01/2020

Correspondência:

Mariana Muniz

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: m.muniz.mariana@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A palavra autismo foi cunhada por Eugen Bleuler (1857-1939) para descrever algumas das manifestações da esquizofrenia que denotam o distanciamento da realidade presente nessa doença, em que há predominância da vida interior, em detrimento da vida de relação¹. Anos mais tarde, Kanner (1894-1981)², isolou as manifestações autísticas em uma entidade nosológica independente da esquizofrenia, delimitando o que hoje denominamos transtornos do espectro autista (TEA). Na acepção de Kanner, o denominador comum a esses pacientes é a sua impossibilidade de estabelecer, desde os primeiros meses de vida, conexões ordinárias com as pessoas e com as situações da realidade, com isolamento, ausência de ressonância corporal e alterações da intersubjetividade. As alterações primordiais do contato nos TEA desdobram-se em diversos sintomas, entre os quais insônia, irritabilidade, ataques esporádicos de fúria, hiperatividade e déficit de atenção, ansiedade, sintomas obsessivo-compulsivos e tiques¹⁻².

As evidências estatístico-epidemiológicas mostram-se ainda muito pouco esclarecedoras quanto à etiopatogenia dos TEA. Apenas 20% dos casos podem ser satisfatoriamente explicados por alterações genéticas. Quanto aos fatores exógenos, diversos elementos causais têm sido associados, de forma bastante genérica, ao desenvolvimento da condição. Entre eles, tem ganhado relevo o uso de agrotóxicos, bem como o papel atribuído ao uso de medicamentos como ácido valpróico e paracetamol. Outras linhas de pesquisa têm procurado relacionar aos TEA alterações da microbiota intestinal, bem como doenças inflamatórias do sistema digestivo. Por outro lado, do ponto de vista psicológico, a possibilidade de compreensão da doença continua restrita a modelos relacionados à constelação familiar, em particular aquele do papel materno na gênese

se dos sintomas (Kanner), cuja aplicabilidade e precisão têm sido ampla e historicamente questionadas³⁻¹³.

Dessa forma, na ausência de um referencial teórico mais preciso, resta para o clínico o diagnóstico dos TEA através da catalogação de sintomas, que constitui o modelo de abordagem vigente, de acordo com as classificações nosográficas da Organização Mundial de Saúde – CID-10, e da Associação Americana de Psiquiatria – DSM-5. Essencialmente sintomáticos, tais modelos diagnósticos, por sua vez, conduzem a uma terapêutica focada em sintomas, que, na mesma medida em que se faz inquestionavelmente valiosa para os casos de maior gravidade, é ainda bastante insuficiente no manejo dos TEA como um todo. Tal situação não difere daquela relacionada à abordagem das demais doenças mentais, como apontam diversos estudiosos do tema, entre os quais, em nosso meio, Sonenreich e Estevão. Nesse sentido, a busca de novas possibilidades de abordagem farmacológica das doenças mentais em geral, e dos TEA em particular, é algo de grande interesse e demanda. É nesse contexto em que se inserem as pesquisas científicas sobre o efeito de fitocanabinóides em pacientes portadores de TEA^{14,15,16}.

O sistema endocanabinóide (SEC) e os fitocanabinóides

As pesquisas sobre os efeitos psicoativos da *Cannabis sativa* L, culminaram, no início da década de 90, com a descoberta dos receptores canabinóides e seus possíveis agonistas endógenos. Denomina-se a este conjunto de biolipídeos ativos, associados às proteínas que modulam sua atividade, de Sistema Endocanabinóide (SEC)¹⁷⁻¹⁸.

O SEC é ubíquo no corpo humano, e seus receptores mais pesquisados são: CB1r, encon-

trados predominantemente no sistema nervoso central; CB2r, relacionados à micróglia, às células intestinais e do sistema imunológico, com alta capacidade de indução em estados inflamatórios, aumentando cerca de 100 vezes sua expressão nessas situações. Ambos os receptores são acoplados a sistemas de transdução via proteína G, sendo assim implicados na fisiologia celular de muitas formas, desde a transcrição gênica à motilidade celular e funções sinápticas¹⁹⁻²⁰.

Posteriormente à descoberta dos receptores, foram identificados os seus ligantes, os chamados “endocanabinóides”. A anandamida (araquinodoil etanolamida) e o 2- araquinodoil glicerol (2-AG) são biolipídios que atuam nos receptores do SEC: uma característica importante desses endocanabinóides é o fato de suas moléculas precursoras estarem presentes na membrana lipídica das células. Cabe também ressaltar o papel da FAAH (*fatty acid aminohydrolase*), enzima responsável pela degradação da anandamida, e que tem sua ação regulada pelo *Canabidiol* (CBD), aumentando assim o nível plasmático da primeira²¹⁻²³.

Fitocanabinóides e terpenos são as moléculas produzidas por células secretoras localizadas nos tricomas das inflorescências da planta fêmeas da espécie *Cannabis sativa* L., e possuem características organolépticas e farmacológicas bastante diversas. A ação sinérgica de tais compostos é denominada de “efeito comitativa” e promove uma ação balanceadora entre os efeitos de cada composto²⁴.

Estudos recentes vêm demonstrando que os fitocanabinóides podem ser utilizados como moduladores do SEC. Influenciam o funcionamento de diversos circuitos neuro-hormonais, com ação em diversos sistemas do organismo humano. Desde o sistema digestivo, em que doenças inflamatórias e alterações de microbio-

ta vêm sendo implicadas na patogênese dos TEA, até o sistema nervoso, diretamente implicado na relação do homem com o seu mundo - portanto foco de especial interesse no tocante às doenças mentais - as possibilidades de utilização dessas substâncias são bastante amplas. Por conseguinte, o SEC vem sendo pesquisado como alvo terapêutico tanto nos chamados transtornos de humor, quanto em outros quadros psicóticos, com resultados promissores²⁵⁻³².

A observação, sob efeito dos fitocanabinóides, da retomada do ritmo circadiano, da cessação de convulsões e dos ataques de fúria, da melhora na sociabilidade, bem como de sintomas como hiperatividade e déficit de atenção, constatadas em diferentes estudos (citados e analisados adiante), são os pressupostos que permitiram postular a participação do sistema de regulação endocanabinoide nos TEA, tornando-o um alvo terapêutico em potencial. Adicionalmente, ao modular aspectos considerados fundamentais das alterações autísticas, ou seja, os sintomas mais centrais dos TEA, a ação no sistema endocanabinóide permitiria abordagens potencialmente mais integradas, com melhor emparelhamento da prática clínica com os estudos clínico-epidemiológicos e neurocientíficos.

Dois estudos - Karhson et al. e Aran et al., demonstraram que pacientes portadores de TEA têm os níveis plasmáticos de endocanabinóides diminuídos, sobretudo os níveis de anandamida. A terapêutica com óleo rico em CBD mostrou-se capaz de elevar não apenas os níveis plasmáticos de anandamida, mas também os de outros substratos do aparelho enzimático do sistema endocanabinoide. Adicionalmente, estudos a partir de modelos animais de TEA apontam que a anandamida é um importante mediador de manifestações comportamentais autísticas³³⁻³⁵.

Alterações sensório-motoras em pacientes com TEA foram apontadas em estudos neuropsicológicos e de neuroimagem funcional de circuitos envolvendo conexões fronto-corticais e cerebelares. De maneira convergente, estudos utilizando ressonância magnética funcional (f-MRI) demonstraram a ocorrência de rearranjos sinápticos após o uso de CBD, impactando ondas de baixa frequência e aumentando a conectividade nesses circuitos³⁶⁻³⁷.

O estudo de Barchel et al.³⁸ seguiu 53 pacientes com diagnóstico de TEA durante um tempo médio de 66 dias, encontrando melhora nos principais sintomas, ou nas assim chamadas comorbidades, tais como: auto-agressão e rompantes de raiva, sintomas de hiperatividade, alteração no sono e ansiedade. Os pacientes tinham de 4 a 22 anos de idade e receberam um óleo preparado com uma cepa de *Cannabis* rica em CBD, em uma proporção de 1:20 tetraidrocannabinol (THC)/CBD. Houve melhora em todos os parâmetros e na percepção de melhora global de 51 dos 53 pacientes, com melhora em 74,5%, nenhuma mudança em 21,6%, e piora em 3,9%. Comparações estatísticas foram realizadas com os fármacos que apresentaram melhor performance para diminuição de cada sintoma – aripirazol, metilfenidato, melatonina e inibidores seletivos da recaptação de serotonina, e o fitocanabinóide não se mostrou estatisticamente inferior a nenhuma das opções terapêuticas.

O estudo conduzido por Schleider et al.³⁹ seguiu uma amostra de 188 pacientes pelo período de seis meses, utilizando uma cepa com a relação THC/CBD semelhante à do estudo de Barchel, obtendo resultados semelhantes. Os autores relatam os seguintes índices de melhora sintomática: ataques de fúria (90%), inquietude (90,3%), ansiedade (88%), agitação (85,2%) depressão (100%), tiques (100%) e distúrbios do sono (78,1%). Adicionalmente, os autores des-

creveram melhora dos prejuízos cognitivos e de linguagem em 27,2 e 30% dos casos, respectivamente.

É frequente a associação dos sintomas de TEA e crises convulsivas. Assim, 40 a 47% das crianças diagnosticadas com TEA sofrem de alguma forma de epilepsia clínica⁴⁰. As convulsões melhoraram ou cessaram em 100% dos casos. Manifestações somáticas como hiperfagia e hiporexia tiveram melhora (66,6% e 80%, respectivamente), bem como 75% dos casos de constipação e dispepsia, e 40,8% dos casos de incontinência urinária.

No estudo de Schleider et al. a melhora também foi aferida em termos de qualidade de vida. No final de seis meses, a percentagem de famílias que consideravam ter uma boa qualidade de vida dobrou de 31,3% para 66,8%. No início do seguimento, 26,4% dos pacientes não apresentavam dificuldades para tomar banho ou trocar de roupas sem ajuda, e esse número subiu para 42,9% no final do estudo. Quanto à capacidade de concentração para a realização das tarefas diárias, esta passou de 0 a 14%. Os autores relatam ainda que a melhora observada permitiu a descontinuação de medicamentos antipsicóticos em 20% dos pacientes. Tanto o estudo de Barchel et al. quanto o de Schleider et al. descrevem os seguintes efeitos adversos aos fitocanabinóides: boca seca, hiperatividade, aumento do apetite, problemas digestivos, insônia, hiporexia. Ambos os estudos apontam para a necessidade da implementação de estudos duplo-cegos e randomizados, visando aferir com maior precisão e significância os benefícios observados com o tratamento nesses estudos populacionais que não contaram com grupo placebo³⁸⁻³⁹.

Poleg et al.⁴¹ revisaram dados clínicos e pré-clínicos e encontraram achados promissores como o envolvimento da anandamida no

metabolismo e transporte da ocitocina⁴², um neuropeptídeo central na modulação da sociabilidade e sistemas de recompensa, com provável impacto terapêutico no TEA; a melhora importante de sintomas como a impulsividade e ansiedade em pacientes adultos com transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e sintomas de stress pós-traumático em crianças (Shannon, 2016). Tais dados os permitiram inferir a segurança e eficácia, e os autores sugerem o CBD como tratamento potencial para os sintomas centrais dos TEA, ainda recomendam que mais estudos pré-clínicos para investigar os efeitos do CBD em modelos animais de transtornos do espectro autista⁴¹⁻⁴⁴.

Há ainda estudos que tomam como objeto as possíveis interações medicamentosas entre os fitocanabinóides e os medicamentos, sobretudo no que se refere aos psicofármacos. Canabinóides são moléculas altamente lipofílicas, sendo portando potentes substratos do sistema CYP no fígado, assim como a maioria dos benzodiazepínicos, antidepressivos, neurolépticos e anticonvulsivantes. Por exemplo, a utilização de CBD em populações pediátricas concomitantemente ao clobazam resultou em aumento da biodisponibilidade desse último, provavelmente devido à inibição de CYP2C19 induzida pelo CBD⁴⁵⁻⁵⁰.

Os dados *in vitro* demonstraram que as enzimas CYP contribuem significativamente para o metabolismo primário dos canabinóides $\Delta 9$ -THC (i.e. CYP2C9, CYP3A4) e CBD (i.e. CYP2C19, CYP3A4). Portanto, a coadministração de indutores do sistema CYP pode afetar o metabolismo de $\Delta 9$ -THC e CBD. Sendo assim, é importante a análise da interação medicamentosa devido aos efeitos significativos na exposição de $\Delta 9$ -THC nos indivíduos com função diminuída de CYP2C9 e/ou de CYP3A4, e na exposição do CBD nos indivíduos com função diminuída de CYP2C19 e/ou de CYP3A4⁵¹.

CONCLUSÃO

Após 170 anos do uso da *Cannabis* a medicina segue tateando os potenciais terapêuticos da *Cannabis sativa* L. A partir desta breve e seletiva revisão dos estudos mais recentes a respeito pode-se concluir que, no caso dos transtornos do espectro autista, as pesquisas científicas indicam a possibilidade de intervenção terapêutica segura com fitocanabinóides. Esses dados, entretanto, para atenderem aos padrões de exigência atuais, necessitam de comprovação e replicação em estudos clínicos multicêntricos, randomizados e duplo-cegos.

REFERÊNCIAS

1. Bleuler E. Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires; 1911.
2. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Acta Paedopsychiatr. 1968;35(4):100-36.
3. Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68(11):1095-102.
4. Hahamy A, Behrmann M, Malach R. The idiosyncratic brain: distortion of spontaneous connectivity patterns in autism spectrum disorder. Nat Neurosci 2015; 18(2): 302-309.
5. Von Ehrenstein OS, Ling C, Cui X, Cockburn M, Park AS, Yu F, et al. Prenatal and infant exposure to ambient pesticides and autism spectrum disorders in children: population based-control study. BMJ. 2019;364:l962.
6. Kuo HY, Liu FC. Molecular pathology and pharmacological treatment of autism spectrum disorder-like phenotypes using rodent models. Front Cell Neurosci. 2018; 12: 422.

7. Servadio M, Melancia F, Manduca A, di Masi A, Schiavi S, Cartocci V, et al. Targeting anandamide metabolism rescues core and associated autistic-like symptoms in rats prenatally exposed to valproic acid. *Transl Psychiatry*. 2016; 6(9):e902.
8. Kerr DM, Gilmartin A, Roche M. Pharmacological inhibition of fatty acid amide hydrolase attenuates social behavioural deficits in male rats prenatally exposed to valproic acid. *Pharmacol Res*. 2016; 113(Pt A):228–35.
9. Schultz ST, Klonoff-Cohen HS, Wingard DL, Akshoomoff NA, Macera CA, Ji M. Acetaminophen (paracetamol) use, measles-mumps-rubella vaccination, and autistic disorder: the results of a parent survey. *Autism*. 2008; 12(3):293–307.
10. Masarwa R, Levine H, Gorelik E, Reif S, Perlman A, Matok I. Prenatal exposure to acetaminophen and risk for attention deficit hyperactivity disorder and autistic spectrum disorder: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of cohort studies. *Am J Epidemiol*. 2018; 187(8):1817–27.
11. Avella-Garcia CB, Julvez J, Fortuny J, Rebordosa C, Garcia-Esteban R, Galán IR, et al. Acetaminophen use in pregnancy and neurodevelopment: attention function and autism spectrum symptoms. *Int J Epidemiol*. 2016; 45(6):1987–96.
12. De Angelis M, Francavilla R, Piccolo M, De Giacomo A, Gobetti M. Autism spectrum disorders and intestinal microbiota. *Gut Microbes*. 2015; 6(3):207-13.
13. Hadjikhani N. Scientifically deconstructing some of the myths regarding autism. *Arch Neurol Psychiatr*. 2014; 165(8):272-6.
14. Organização Mundial da Saúde - OMS. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
15. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
16. Sonenreich C, Estevão G. O que psiquiatras fazem: ensaios. São Paulo: Casa Editorial Lemos; 2007.
17. Matsuda LA. Molecular aspects of cannabinoid receptors. *Crit Rev™ Neurobiol*. 1997; 11(i2):143-66.
18. Russo EB, Grotenhermen F, (Ed's). Handbook of cannabis therapeutics: from bench to bedside. New York: HaworthPress; 2006.
19. McPartland JM, Matias I, Di Marzo V, Glass M. Evolutionary origins of the endocannabinoid system. *Gene*. 2006; 370:64-74.
20. Howlett AC, Barth F, Bonner TI, Cabral G, Casellas P, Devane WA, et al. International Union of Pharmacology. XXVII. Classification of cannabinoid receptors. *Pharmacol Rev*. 2002; 54(2):161-202.
21. Lu HC, Mackie K. An Introduction to the Endogenous Cannabinoid System. *Bio Psychiatry*. 2016; 79(7):516–25.
22. Cravatt BF, Giang DK, Mayfield SP, Boger DL, Lerner RA, Gilula NB. Molecular characterization of an enzyme that degrades neuromodulatory fatty-acid amides. *Nature*. 1996; 384(6604):83–87.
23. Giang DK, Gravatt BF. Molecular characterization of human and mouse fatty acid amide hydrolases. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1997; 94(6):2238-42.
24. Ethan B Russo. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol*. 2011; 163(7):1344-64.
25. Mangiola F, Ianiro G, Franceschi F, Fagioli S, Gasbarrini G, Gasbarrini A. Gut microbiota

- in autism and mood disorders. *World J Gastroenterol*. 2016; 22(1):361-68.
26. De Angelis M, Francavilla R, Piccolo M, De Giacomo A, Gobetti M. Autism spectrum disorders and intestinal microbiota. *Gut Microbes*. 2015; 6(3):207-13
 27. Boutros NN, Lajiness-Ó Neill R, Zillgitt A, Richard AE, Bowyer SM. EEG changes associated with autistic spectrum disorders. *Neuropsychiatr Electrophysiol*. 2015; 1:3.
 28. Palande SP, Jose V, Zielinski BA, Anderson JS, Fletcher PT, Wang B. Revisiting abnormalities in brain network architecture underlying autism using topology-inspired statistical inference. *Brain Connectiv*. 2018; 9(1):13-21.
 29. Linge R, Jiménez-Sánchez L, Campa L, Pilar-Cuellar F, Vidal R, Pazos A, et al. Cannabidiol induces rapid-acting antidepressant-like effects and enhances cortical 5-HT/glutamate neurotransmission: role of 5-HT_{1A} receptors. *Neuropharmacology*. 2016; 103:16-26.
 30. Leweke FM, Mueller JK, Lange B, Rohleder C. Therapeutic potential of cannabinoids in psychosis. *Biol Psychiatry*. 2016; 79(7):604-12.
 31. Zuardi AW, Crippa JA, Hallak JE, Pinto JP, Chagas MH, Rodrigues GG, et al. Cannabidiol for the treatment of psychosis in Parkinson's disease. *J Psychopharmacol*. 2009; 23(8):979-83.
 32. Bonaccorso S, Ricciardi A, Zangani C, Chiappini S, Schifano F. Cannabidiol (CBD) use in psychiatric disorders: a systematic review. *Neurotoxicology*. 2019; 74:282-98.
 33. Karhson DS, Krasinska KM, Dallaire JA, Libove RA, Phillips JM, Chien AS, et al. Plasma anandamide concentrations are lower in children with autism spectrum disorder. *Mol Autism*. 2018; 9:18.
 34. Aran A, Eylon M, Harel M, Polianski L, Nemirovski A, Tepper S, et al. Lower circulating endocannabinoid levels in children with autism spectrum disorder. *Mol Autism*. 2019; 10: 2.
 35. Kerr DM, Gilmartin A, Roche M. Pharmacological inhibition of fatty acid amide hydrolase attenuates social behavioural deficits in male rats prenatally exposed to valproic acid. *Pharmacol Res*. 2016; 113(Pt A): 228-35.
 36. D'Mello AM, Stoodley CJ. Cerebro-cerebellar circuits in autism spectrum disorder. *Front Neurosci*. 2015; 9:408.
 37. Pretzsch CM, Voinescu B, Mendez MA, Wichers R, Ajram L, Ivin G, et al. The effect of cannabidiol (CBD) on low-frequency activity and functional connectivity in the brain of adults with and without autism spectrum disorder (ASD). *J Psychopharmacol*. 2019; 33(9):1141-48.
 38. Barchel D, Stolar O, De-Haan T, Ziv-Baran T, Saban N, Fuchs DO, et al. Oral Cannabidiol use in children with autism spectrum disorder to treat related symptoms and co-morbidities. *Front Pharmacol*. 2019; 9:1521.
 39. Schleider LB, Mechoulam R, Saban N, Meiri G, Novack V. Real life experience of medical cannabis treatment in autism: analysis of safety and efficacy. *Sci Rep*. 2019; 9: 200.
 40. Muñoz-Yunta JÁ, Palau-Baduell M, Salvadó-Salvadó B, Valls Santasusana A, Rosendo-Moreno N, Clofent-Torrentó M, Manchado F. Autismo, epilepsia y genética. *Rev Neurol*. 2008; 46 (Supl 1): S71-S77.
 41. Poleg S, Golubchik P, Offen D, Weizman A. Cannabidiol as a suggested candidate for treatment of autism spectrum disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019; 89: 90-96.
 42. Wei D, Lee D, Cox CD, Karsten CA, Penagarikano O, Geschwind DH, et al. Endocannabinoid signaling mediates oxytocin-driven social reward. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2015; 112(45):14084-89.

43. Anagnostou E, Soorya L, Chaplin W, Bartz J, Halpern D, Wasserman S, et al. Intranasal oxytocin versus placebo in the treatment of adults with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Mol Autism*. 2012; 3(1):16.
44. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(4):339–46.
45. Rong C, Carmona NE, Lee YL, Ragguett RM, Pan Z, Rosenblat JD, et al. Drug-drug interactions as a result of co-administering Δ^9 -THC and CBD with other psychotropic agents. *Expert Opin Drug Saf*. 2018; 17(1):51-54.
46. Isaac S, Saini B, Chaar BB. The role of medicinal cannabis in clinical therapy: pharmacists' perspectives. *PLoS One*. 2016; 11(5):e0155113.
47. Matsunaga T, Iwawaki Y, Watanabe K, Yamamoto I, Kageyama T, Yoshimura H. Metabolism of delta 9-tetrahydrocannabinol by cytochrome P450 isozymes purified from hepatic microsomes of monkeys. *Life Sci*. 1995; 56(23-24):2089–95.
48. Levy RH. Cytochrome P450 isozymes and antiepileptic drug interactions. *Epilepsia*. 1995; 36 Suppl 5:S8–13.
49. Bajpai M, Roskos LK, Shen DD, Levy RH. Roles of cytochrome P4502C9 and cytochrome P4502C19 in the stereoselective metabolism of phenytoin to its major metabolite. *Drug Metab Dispos*. 1996, 24(12):1401–3.
50. Geffrey AL, Pollack SF, Bruno PL, Thiele EA. Drug-drug interaction between clobazam and cannabidiol in children with refractory epilepsy. *Epilepsia*. 2015; 56(8):1246–51.
51. Stout SM, Cimino NM. Exogenous cannabinoids as substrates, inhibitors, and inducers of human drug metabolizing enzymes: a systematic review. *Drug Metab Rev*. 2014; 46(1):86–95.

Sérgio Cabral Filho¹, José Eduardo Sant'Anna Porto¹, Getúlio Vargas¹, Giordano Estevão¹

Fatores associados à retomada de eletroconvulsoterapia após tratamento prévio eficaz: utilização de grupos diagnósticos como preditores

Factors associated with resumption of electroconvulsive therapy after previous effective treatment: use of diagnostic groups as predictors

Revisão de Literatura

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

O estudo tem por objetivo identificar possíveis preditores da retomada da eletroconvulsoterapia, em pacientes previamente tratados efetivamente com esse procedimento. Uma revisão dos prontuários da sala de eletroconvulsoterapia do serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil, foi realizada para obtenção dos dados dos pacientes que realizaram o procedimento no período de 2015 a 2017. Fez-se a comparação dos dados colhidos das pessoas que a retomaram com os que não a fizeram dentro do período de seguimento (6 e 12 meses). Foi realizada também, regressão logística binária para identificar os preditores de retomada de eletroconvulsoterapia. Diferentemente da maioria dos estudos, nossa taxa de recaída foi menor. A associação mais forte para a retomada, tanto em 6 quanto em 12 meses, foi do grupo que inclui os casos diagnosticados como depressão. Os dados apresentados sugerem que o diagnóstico de episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente são preditores de maior risco para retomada de eletroconvulsoterapia.

Descritores: Eletroconvulsoterapia; Depressão; Recidiva; Recidiva/prevenção & controle

ABSTRACT

The study aims to identify possible predictors of resumption of electroconvulsive therapy in patients previously treated effectively with this procedure. A review of the medical records of the electroconvulsive therapy room of the Psychiatry service of the Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brazil, was carried out to obtain data from patients who underwent the procedure in the period from 2015 to 2017. Data collected from people who took it up were compared with those who did not take it within the follow-up period (6 and 12 months). Binary logistic regression was also performed to identify predictors of resumption of electroconvulsive therapy. Unlike most studies, our relapse rate was lower. The strongest association for recovery, both at 6 and 12 months, was from the group that includes cases diagnosed as depression. The data presented suggest that the diagnosis of depressive episode and recurrent depressive disorder are predictors of greater risk for resumption of electroconvulsive therapy.

Keywords: Electroconvulsive therapy; Depression; Recurrence, Recurrence/prevention & control

Data de submissão: 03/10/2019

Data de aceite: 27/01/2020

Correspondência:

Sérgio Cabral Filho

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: sergio.kbral@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que as doenças psiquiátricas hoje atingem grandes valores em prevalência global. Uma a cada cinco pessoas já experimentaram um distúrbio mental comum, com prevalência agregada ao longo da vida de 29,2%¹. Além disso, correspondem a grande índice de incapacitação e afastamento de atividades laborais e sociais, sendo responsáveis por 7,4% dos anos de vida de incapacidade ajustada². Apesar dos recursos psicofarmacológicos, o tratamento mais eficaz em Psiquiatria, considerando a inespecificidade de suas indicações, continua sendo a eletroconvulsoterapia (ECT), desde introdução, em 1938, por Ugo Cerletti e Lucio Bini³. Tal eficácia foi reportada em uma recente metanálise⁴ e em ensaios clínicos multicêntricos que mostraram que mais de 60% dos pacientes remitiram do quadro depressivo após fase aguda do tratamento com ECT⁵, chegando até a 75%⁶, em dois estudos componentes do CORE Multi-Site Study (*Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy*). A eficácia da eletroconvulsoterapia para depressão bipolar e esquizofrenia também está bem estabelecida, e seu uso pode ser associado à melhora rápida e redução global dos sintomas^{7,8}. No entanto, mesmo uma cidade das proporções de São Paulo carece de centros especializados em ECT. Um destes centros encontra-se no serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Apesar da eficácia do procedimento, verificaram-se, recaídas frequentes dos transtornos psiquiátricos, assim como retomadas em novos ciclos de ECT. Essa observação ganha apoio na literatura atual, que evidencia taxas altas de recaídas mesmo com farmacoterapia adequada⁹⁻¹⁵. Uchida et al., tentam definir alguns fatores que poderiam estar associados a recaídas sintomatológicas de pacientes depressivos que realizaram curso prévio eficaz de ECT, em Tóquio, Japão. No referido estudo, os autores utilizaram como indicador de recaída a rehospitalização dos pacientes. Infelizmente, não foi encontrada significância estatística em qualquer fator estudado, muito provavelmente devido ao número pouco expressivo de casos incluídos (27)¹¹. Não obstante os referidos resultados, a impressão clínica serve de estímulo para que mais estudos nesse sentido sejam realizados, devido à escassez na literatura.

Em vários “*guidelines*” a indicação da ECT fica reservada para quadros refratários ao tratamento^{16,17}. Quando é indicada como primeira opção, justifica-se pela opção do paciente ou familiar, extrema gravidade do quadro (risco elevado de suicídio, por exemplo) e também quando a ECT já foi utilizada anteriormente, com boa resposta. Nesse sentido, a retomada da eletroconvulsoterapia para um paciente que havia atingido remissão do quadro de base, parece ser um bom indicador de recaída grave.

OBJETIVO

Identificar possíveis fatores associados à retomada da ECT, em pacientes previamente tratados efetivamente com este procedimento, dando espaço para utilização dos grupos diagnósticos como possíveis preditores.

MÉTODOS

Uma revisão dos prontuários e dos livros de registro da sala de ECT, do Serviço de Psiquiatria do HSPE, foi realizada para obtenção dos dados acerca dos pacientes que realizaram ECT no período de 18/06/2015 a 18/06/2017. O Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil, é responsável por atendimentos a funcionários públicos e dependentes da cidade e de todo o estado. O serviço de psiquiatria é um dos poucos de todo o estado, e até mesmo do Brasil, a realizar de maneira sistemática, há mais de 50 anos, a ECT em seus pacientes.

Foram incluídos os pacientes que: (1) realizaram ECT dentro do período avaliado; (2) concluíram o curso com melhora do quadro de base; (3) não apresentaram divergências em dados de prontuário; (4) não haviam realizado ECT até um ano antes da data inicial da coleta de dados; (5) mantiveram vínculo e seguimento no HSPE. Pacientes que interromperam o ciclo por doenças clínicas ou solicitações de altas foram excluídos da análise. Para os pacientes que realizaram dois ou mais cursos de ECT no período, foram extraídos dados apenas do primeiro curso eficaz, no intuito de evitar sobreposição de dados e, consequentemente, viés de seleção. Dados acerca de idade, gênero, comorbidades clínicas, medicações em uso, número de sessões,

tratamento de continuação e manutenção com ECT, parâmetros dos aparelhos de ECT e diagnóstico, foram extraídos e tabelados.

As aplicações de ECT foram realizadas por meio de dois aparelhos: Spectrum 5000 (Mecta Corp) e Thymatron (Somatics LLC). Ambos têm um módulo de tratamento e um de monitorização da crise convulsiva, e três parâmetros ajustáveis (duração de pulso, frequência e duração do estímulo). O primeiro tem uma corrente que varia de 0,5 a 0,8 A, enquanto o segundo tem uma corrente fixa de 0,9 A. A energia máxima utilizada foi de 504mC. Todos os pacientes foram tratados com posicionamento bilateral dos eletrodos adotados pelo serviço.

Foram utilizadas ondas quadradas ("squared-waves"), de pulso breve, com comprimento de onda de 0,5ms a 1,5ms. Nas primeiras aplicações, o cálculo da dosagem elétrica foi realizado por meio do método da metade da idade do paciente(3). Nas aplicações subsequentes, foi utilizada a mesma carga se a convulsão tivesse sido adequada, sendo reajustada de 1,5 a 2 vezes o valor inicial, conforme necessidade. Os pacientes foram monitorizados com parâmetros vitais (pressão arterial, eletrocardiograma, oximetria de pulso).

Com relação ao diagnóstico, foi utilizada a codificação da Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10)(18). Dessa forma os pacientes foram alocados nos seguintes grupos da CID-10:

- Transtornos mentais orgânicos (F00 – F09);
- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29);
- Transtorno afetivo bipolar (F31);
- Episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente (F32 – F33);
- Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40 – F48).

Para avaliação mais completa também foram utilizados as subdivisões nos transtornos de humor em uma segunda análise. Desta forma, evitou-se perder variáveis na diferenciação entre episódios maníacos e depressivos no transtorno bipolar, e a presença ou não de sintomas psicóticos nos transtornos de humor. Ainda segundo o CID-10, seguem os grupos adicionados à segunda análise:

- Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos;
- Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos;
- Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo sem sintomas psicóticos;
- Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo com sintomas psicóticos;
- Episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente, sem sintomas psicóticos;
- Episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente, com sintomas psicóticos;

Uma vez que a gravidade e a evolução dos casos foram registradas em prontuário através de parâmetros clínicos não quantificáveis, ou seja, sem a utilização de escalas clínicas de mensuração, foram considerados como parâmetros de melhora os dados subjetivos assinalados em prontuário e a própria alta hospitalar, que se definiu, genericamente, como "ECT eficaz". O desfecho primário de medição foi a retomada do tratamento com ECT entre 6 e 12 meses após um curso prévio eficaz.

Análise estatística

Compararam-se os dados colhidos dos prontuários dos pacientes que retomaram a ECT com os dos que não a retomaram, dentro do período de seguimento (6 e 12 meses). Para análise incluiu-se idade, gênero, grupo diagnóstico, número de sessões de ECT e a presença ou ausência de ECT de continuação/manutenção. Foi realizada regressão logística binária, tanto para o grupo de diagnósticos gerais quanto para o grupo com subdivisões nos transtornos de humor, para identificar possíveis preditores de retomada de ECT. Antes disso, foi realizado teste de multicolinearidade, com resultados dentro dos padrões aceitáveis. Todas as análises foram feitas utilizando-se o software *statistical package for social science version 22.0 for Windows* (SPSS 22).

RESULTADOS

Foram identificados 110 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. Desses, 75 eram do sexo feminino (68,2%) e 35 eram do sexo masculino (31,8%), com idades entre 19 e 84 anos (média $54,71 \pm 15,38$). Não se verificou significância estatística nos parâmetros demográficos examinados entre pacientes que retomaram ECT e os que não. (Tabelas 1 e 2).

Para o seguimento de 6 meses, 10 casos de retomada foram verificados (9,1%), enquanto que para o seguimento de 12 meses, 15 casos foram verificados (13,6%). O número de sessões variou de 2 a 27 (média $9,59 \pm 4,66$), não havendo relação entre a quantidade de sessões e a retomada da ECT, tanto em 6 quanto em 12 meses ($p=0.238$ e $p=0.858$, respectivamente).

O número total de pacientes que realizaram ECT de continuação/manutenção foi de 14 (12,7%). No seguimento de 6 meses nenhum dos pacientes que retomaram ECT realizaram continuação/manutenção e em 12 meses apenas 2 destes o fizeram. Ainda assim, não houve significância estatística ($p=0.998$ e $p=0.943$, respectivamente).

No grupo de diagnósticos gerais, 40 casos (36,4%) foram do grupo de depressão e transtor-

no depressivo recorrente, 33 (30%) de transtorno afetivo bipolar, 25 (22,7%) do grupo de esquizofrenia, 10 (9,1%) de transtornos mentais orgânicos e 2 (1,8%) do grupo de transtornos neuróticos. Quando foram estudados os subgrupos nos transtornos de humor encontrou-se 29 casos (26,4%) de transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos; 2 casos (1,8%) tanto para transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo sem sintomas psicóticos, quanto para com sintomas psicóticos. Não foi encontrado para episódio atual quadro maníaco sem sintomas psicóticos, e por essa razão esse subgrupo foi excluído da análise final. Quanto ao grupo episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente, 17 casos (15,5%) foram relativos aos quadros sem sintomas psicóticos e 23 (20,9%) com sintomas psicóticos.

Tabela 1: Frequências das variáveis estudadas em valores absolutos (n) e relativos (%)

		n	%
Gênero	Masculino	35	31,8
	Feminino	75	68,2
	Total	110	100,0
Retomada em 6 meses	Sim	10	9,1
	Não	100	90,9
Retomada em 12 meses	Sim	15	13,6
	Não	95	86,4
Idade (anos)		55	± 15
Número de sessões		10	± 5
Continuação/manutenção	Sim	14	12,7
	Não	96	87,3
Diagnóstico geral	Orgânicos	10	9,1
	Esquizofrenia, etc	25	22,7
	Transtorno afetivo bipolar	33	30,0
	Depressão	40	36,4
	Neuróticos, etc	2	1,8
Diagnósticos com subgrupos	Orgânicos	10	9,1
	Esquizofrenia, etc	25	22,7
	TAB em mania	0	0,0
	TAB em mania com psicose	29	26,4
	TAB em depressão	2	1,8
	TAB em depressão com psicose	2	1,8
	Depressão	17	15,5
	Depressão com psicose	23	20,9
	Neuróticos, etc	2	1,8

Nas tabelas 2-1 e 2-2, pode-se ver a distribuição dos grupos e subgrupos diagnósticos, com suas frequências para 6 e 12 meses de seguimento, divididos entre os que retomaram a ECT e os que não. Na análise com os grupos diagnósticos sem subdivisões, fica evidente que para diagnóstico de episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente, há significância estatística tanto para seguimento de 6 meses ($p=0.022$), quanto para o de 12 meses ($p=0.033$). Além disso, nota-se que alguns diagnósticos apresentaram moderada relevância estatística, indicando tendência. É o exemplo do transtorno afetivo bipolar no seguimento de

6 meses ($p=0.065$) e dos transtornos mentais orgânicos no seguimento de 12 meses ($p=0.081$).

Mesmo com realização de outra análise que levou em conta subgrupos de diagnósticos dentro dos transtornos de humor, não houve relevância estatística na grande maioria dos diagnósticos. Observou-se apenas tendências, com 6 meses de seguimento, sendo que os subgrupos com melhor resultado foram transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos ($p=0.096$) e episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente, com sintomas psicóticos ($p=0.057$).

Tabela 2: Características demográficas, terapêuticas e grupos diagnósticos comparando pacientes que retomaram ECT e os que não

Variáveis	6 meses de seguimento			12 meses de seguimento		
	Retomada (10)	Não retomada (100)	p	Retomada (15)	Não retomada (95)	p
Masculino, n(%)	2(20)	33 (33)	.209	4 (26,7)	31 (32,6)	.513
Idade (anos), DP	57 (14)	54 (16)	.455	55 (16)	55 (15)	.684
Número de sessões, DP	12(4)	9 (5)	.238	10 (5)	10 (5)	.858
Continuação/Manutenção, n(%)	0 (0,0)	14 (14)	.998	2 (13,3)	12 (12,6)	.943
Grupo diagnóstico						
T. orgânicos, n(%)	3 (30)	7 (7)	.145	3(20)	7 (7,4)	.081
Esquizofrenia, etc., n(%)	4 (40)	21 (21)	.462	7 (46,7)	18 (18,9)	.971
Transtorno afetivo bipolar, n(%)	2 (20)	31(31)	.065	3 (20)	30 (31,6)	.120
Depressão, etc., n(%)	1 (10)	39 (39)	.022	2 (13,3)	38 (40)	.033
Neuróticos, etc., n(%)	0 (0,0)	2 (2)	.999	0 (0,0)	2 (2,1)	.999

Esse dado chamou a atenção para a presença de sintomas psicóticos, como fator possivelmente implicado na retomada de ECT. Dessa forma, foi realizada nova análise estatística que levou em conta a presença ou não destes sintomas, independente do diagnóstico. O resultado, porém, não foi estatisticamente significativo, com valor de $p=0.730$ para seguimento em 6 meses e de $p=0.603$ para seguimento em 12 meses.

Tabela 3: Características demográficas, terapêuticas, grupos e subgrupos diagnósticos comparando pacientes que retomaram ECT e os que não

Variáveis	6 meses de seguimento			12 meses de seguimento		
	Retomada (10)	Não retomada (100)	p	Retomada (15)	Não retomada (95)	p
Masculino, n(%)	2(20)	33 (33)	.261	4 (26,7)	31 (32,6)	.608
Idade (anos), DP	57 (14)	54 (16)	.487	55 (16)	55 (15)	.769
Número de sessões, DP	12(4)	9 (5)	.219	10 (5)	10 (5)	.930
Continuação/Manutenção, n(%)	0 (0,0)	14 (14)	.998	2 (13,3)	12 (12,6)	.963
Grupo diagnóstico						
T. orgânicos, n(%)	3 (30)	7 (7)	.683	3(20)	7 (7,4)	.664
Esquizofrenia, etc., n(%)	4 (40)	21 (21)	.442	7 (46,7)	18 (18,9)	.998
TAB em mania com psicose, n(%)	2 (20)	27 (27)	.096	3 (20)	26 (27,4)	.160
TAB em depressão, n(%)	0 (0,0)	2 (2)	.999	0 (0,0)	2 (2,1)	.999
TAB em depressão com psicose, n(%)	0 (0,0)	2 (2)	.999	0 (0,0)	2 (2,1)	.999
Depressão, etc., n(%)	0 (0,0)	17 (17)	.998	0 (0,0)	17 (17,9)	.998
Depressão com psicose, n(%)	1 (10)	22 (22)	.057	2 (13,3)	21 (22,1)	.124
Neuróticos, etc., n(%)	0 (0,0)	2(2)	.999	0 (0,0)	2 (2,1)	.999

DISCUSSÃO

Não encontramos, na literatura especializada, trabalhos em que o indicador de recaída da doença psiquiátrica fosse à retomada de eletroconvulsoterapia. Por outro lado, observamos que os pesquisadores preferem adotar parâmetros diversos, como por exemplo, reinternação, tentativa de suicídio, morte por suicídio e uso de escalas de avaliação. Além disso, os autores fazem uso de grupos diagnósticos homogêneos e separados, na maioria das vezes estudando apenas os assim chamados transtornos de humor. Devido ao tamanho da amostra do presente estudo, não consideramos interessante dividi-lo em diferentes diagnósticos, de modo que optamos por utilizar as categorias nosográficas como um possível fator adicional para a predição de retomada da ECT.

Diferentemente da maioria dos estudos, a taxa observada de recaída foi menor, justamente por se ter considerado a retomada da ECT como parâmetro principal. Em um estudo realizado na Suécia¹⁵, no qual se avaliou índice de recaída (rehospitalização, tentativas de suicídio ou suicídio consumado) no seguimento de 1255 pacientes portadores de depressão bipolar, dentro de um intervalo médio de 346 dias, as taxas de recaída encontradas após 6 e 12 meses, foram de 41 e 52%, respectivamente. Esses resultados diferem sensivelmente dos que se encontrou neste trabalho, que foram de 9,1% para 6 meses e 13,6%, para 12 meses. Outro estudo, também sueco¹³, com indicadores de recaída semelhantes, acompanhou 486 pacientes por uma média de 564 dias, observando 34% de recaídas em 12 meses. Todavia, neste último estudo, os pacientes tinham diagnóstico de transtorno depressivo maior. Com uma metodologia mais próxima à utilizada no nosso estudo, Uchida T. et al., avaliaram 27 pacientes com diagnóstico de depressão (unipolar ou não), por meio de uma revisão de tabelas hospitalares, e encontraram taxa de recaída de 44% em um ano, na qual foi utilizada a reinternação como indicador principal¹¹. Por outro lado, um estudo realizado na Turquia⁹, que utilizou como critério de recaída um instrumento estruturado para aferir os sintomas,

mostrou taxa de recaída em 12 meses ainda maior: 66%, para pacientes com depressão (unipolar ou não). Metanálise realizada em 2013 evidenciou que 51,1% dos pacientes recaem após 1 ano, mesmo com farmacoterapia apropriada¹⁰. Além disso, outros estudos, realizados por importantes pesquisadores do assunto, como Sackeim e Nordenskjöld, encontraram valores semelhantes em 1 ano de seguimento: 50 e 61%, respectivamente^{12,13}. No entanto, entendemos que o nosso indicador refere-se aos casos de recaídas graves, em que foi necessário realizar, novamente, tratamento com eletroconvulsoterapia. Além disso, a utilização de escalas de avaliação de sintomas em um estudo de revisão de prontuários torna-se imprecisa, além de demasiadamente onerosa para o pesquisador. Assim, neste trabalho, é possível que a taxa real de recaída seja maior, uma vez que dados consideram apenas recaídas tratadas novamente com ECT. Por outro lado, considerou-se que a escolha de um indicador que representa, teoricamente, maior gravidade, facilita a identificação de fatores de predição mais claros e substanciais.

O fator que mostrou associação mais forte com a retomada de ECT, tanto em 6 quanto em 12 meses, foi a depressão. Porém, como os estudos sobre o tema utilizam esse grupo como população e não como fatores, dentro de um grupo heterogêneo do ponto de vista diagnóstico, seriam necessários mais estudos com esse ângulo de visão para melhor comparação. Não obstante, esse dado é coerente com os vários estudos que demonstram altas taxas de recaídas para pacientes com quadros depressivos unipolares^{10,12-13}. O que fica em suspenso é o motivo de apenas esse grupo diagnóstico representar um preditor de recaída. De maneira análoga, tem-se o subgrupo diagnóstico de depressão com sintomas psicóticos em 6 meses de seguimento. Encontrou-se associação moderadamente significativa desse fator, o que indica uma tendência. Pode-se entender que dentro do grupo depressão, quando há sintomas psicóticos, esse diagnóstico se associa mais fortemente ao risco de retomada de ECT, o que confirma o conhecimento clínico generalizado de que o tratamento eletroconvulsivo é altamente eficaz nos quadros assim diagnosticados.

O presente estudo não encontrou associação entre os fatores sociodemográficos (gênero e idade) e a retomada de ECT. Assim também aconteceu com diversos estudos encontrados na literatura⁹⁻¹³, à exceção daquele feito por Popiolek K. et al.,¹⁵ que demonstraram associação significativa entre o acometimento de indivíduos mais jovens e o aumento do risco de rehospitalização ou de suicídio.

Com relação ao fator ECT de continuação/manutenção, nosso estudo não demonstrou associação significativa com a redução do risco de recaídas. Isso vai ao encontro do estudo de Kellner H., que não encontrou diferença estatística entre o grupo que realizou ECT de continuação e o grupo que seguiu com farmacoterapia¹⁸⁻¹⁹. Por outro lado, Nordenskjöld mostrou em um ensaio clínico randomizado que pacientes que realizaram ECT de continuação associado a farmacoterapia recaíram menos do que os pacientes que realizaram apenas farmacoterapia após curso de ECT (32% e 61%, respectivamente)¹⁴. Jelovac A., em sua metanálise, relata que a ECT de continuação reduz significativamente o risco de recaída¹⁰. É possível que essa diferença, encontrada ao menos em relação a uma parte dos estudos que se encontrou na literatura especializada, seja devida à reduzida utilização da modalidade de continuação na população que se estudou, o que se deve às características próprias da utilização da ECT no serviço de Psiquiatria do HSPE.

Vários estudos não demonstram a existência de associação entre os parâmetros do tratamento eletroconvulsivo, como posicionamento dos eletrodos, largura de pulso etc, e o risco de recaída^{11-12,15}. Neste estudo, utilizou-se como parâmetro apenas o número de sessões, sem, no entanto, encontrar relevância estatística para o mesmo.

Neste trabalho não levou em conta fatores como medicações em uso durante ECT, farmacoterapia após o curso de ECT, abuso de substâncias e outras comorbidades clínicas e psiquiátricas, número prévio de internações e

curso/sessões de ECT. Tais fatores, tal como uso de lítio após o curso de ECT, múltiplas internações prévias, tratamento adequado, são descritos com forte associação em outros estudos^{9-10,12-13,15}. A falta dessas informações se deve à dificuldade de extração dos dados, de maneira sistemática e confiável, dos prontuários dos pacientes.

Limitações

Aqui se apresentou algumas limitações e seus resultados devem ser, portanto, interpretados com cautela. Primeiro, trata-se de um estudo naturalístico, na qual as informações foram coletadas em prontuário dos pacientes, e pode haver viés de coleta. Segundo, o *design* retrospectivo poderia permitir a presença de viés de observação. No sentido de evitar tal viés, utilizou-se como desfecho primário a retomada de ECT, que não pode ser afetado pela seleção e classificação dos casos.

Seria necessário conduzir um ensaio clínico randomizado, no sentido de avaliar de maneira mais precisa os fatores relacionados à retomada de ECT, além de poder testá-los em diferentes variáveis.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados sugerem que o diagnóstico de episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente são preditores de maior risco para retomada de ECT, o que revelam recaídas em episódios graves da doença psiquiátrica em questão. Dessa forma, vale a necessidade de prestar maior atenção aos pacientes com esses diagnósticos, que estão em curso de ECT, e cujo acompanhamento e controle pós-alta devem ser bastante cuidadoso, evitando-se assim os desfechos muitas vezes irreversíveis das depressões graves não tratadas a tempo. Assim é o suicídio, complicação maior dessa doença, que se por um lado é tão prevalente e potencialmente letal, por outro é passível de tratamento e reversão, ainda que em alguns casos temporária ou auto-limitada, demandando novo ciclo terapêutico com ECT.

REFERÊNCIAS

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43(2):476-493.
2. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012; 380(9859):2197-223.
3. Rosa MA. Fundamentos da Eletroconvulsoterapia. Porto Alegre: Artmed; 2015.
4. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2003; 361(9360): 799-808.
5. Williams M, Rummans T, Sampson S, Knapp R, Mueller M, Husain MM, et al. Outcome of electroconvulsive therapy by race in the CORE multi-Site study. *J ECT.* 2008; 24(2):117-121.
6. Husain MM, Rush AJ, Fink M, Knapp R, Petrides G, Rummans T, et al. Speed of response and remission in major depressive disorder with acute electroconvulsive therapy (ECT): a Consortium for Research in ECT (CORE) report. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65(4):485-91.
7. Sienaert P, Lambrichts L, Dols A, De Fruyt J. Evidence-based treatment strategies for treatment-resistant bipolar depression: a systematic review. *Bipolar Disord.* 2013; 15(1):61-69.
8. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (2):CD000076.
9. Çakir S, Çağlar N. Electroconvulsive therapy in the treatment of mood disorders: one-year follow-up. *Noro Psikiyatr Ars.* 2017; 54(3):196-201.
10. Jelovac A, Kolshus E, McLoughlin DM. Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology.* 2013; 38(12):2467-74.
11. Uchida T, Kishimoto T, Koreki A, Nakao S, Owada A, Koizumi T, et al. Predictors of readmission after successful electroconvulsive therapy for depression: a chart review study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2016; 20(4):260-264.
12. Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP, Decina P, Kerr B, Malitz S. The impact of medication resistance and continuation pharmacotherapy on relapse following response to electroconvulsive therapy in major depression. *J Clin Psychopharmacol.* 1990; 10(2): 96-104.
13. Nordenskjold A, von Knorring L, Engstrom I. Predictors of time to relapse/recurrence after electroconvulsive therapy in patients with major depressive disorder: a population-based cohort study. *Depress Res Treat.* 2011; 2011:470985.
14. Nordenskjold A, von Knorring L, Ljung T, Carlborg A, Brus O, Engstrom I. Continuation electroconvulsive therapy with pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone for prevention of relapse of depression: a randomized controlled trial. *J ECT.* 2013; 29(2):86-92.
15. Popielek K, Brus O, Elvin T, Landen M, Lundberg J, Nordanskog P, et al. Rehospitalization and suicide following electroconvulsive therapy for bipolar depression-A population-based register study. *J Affect Disord.* 2018; 226:146-154.
16. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018; 20(2):97-170.
17. Jaffe R. The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging: A Task Force Report of the American Psychiatric Association. 2nd ed. Washington: APA; 2001.
18. World Health Organization. The ICD-10 Classifications of mental and behavioural disorder: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organisation; 1992.
19. Kellner CH, Knapp RG, Petrides G, Rummans TA, Husain MM, Rasmussen K, et al. Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE). *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63(12):1337-44.

As possibilidades diagnósticas em psiquiatria

Diagnostic possibilities in psychiatry

João Cronemberger Sá Ribeiro¹, Durval Mazzei Nogueira Filho¹

Relato de Caso

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Este relato de caso apresenta a história clínica e evolução ambulatorial, paciente de 55 anos que passou a descartar pertences, sem controle voluntário de seus atos. Em seguida, são discutidas as possibilidades diagnósticas elaboradas na reunião clínica, com ênfase na escolha diagnóstica feita para esta paciente.

Descritores: Psiquiatria; Transtornos mentais/diagnóstico; Transtornos mentais/terapia; Transtornos psicóticos

ABSTRACT

This case study presents the clinical history and evolution, 55 years old female patient who engaged into throwing out personal belongings without voluntary control of her acts. Afterwards, we discuss the diagnostic possibilities elaborated in the clinical meeting, emphasizing the diagnostic choice for this particular patient.

Keywords: Psychiatry; Mental disorders/diagnosis; Mental disorders/therapy; Psychotic disorders

Data de submissão: 14/01/2019

Data de aceite: 23/01/2020

Correspondência:

João Cronemberger Sá Ribeiro

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: cronemberger.ribeiro@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

“Doença mental é um conceito, usado por médicos para definir uma interpretação dada a certos fenômenos que acontecem com o homem” (Sonenreich, Kerr-Corrêa)¹. A Psiquiatria é o corpo de saber científico-médico e também instrumento de trabalho do qual o médico psiquiatra dispõe para tratar as pessoas acometidas por transtornos mentais. Dentre os instrumentos que o psiquiatra dispõe para sua prática está o diagnóstico¹⁻².

O diagnóstico em Psiquiatria é, assim como a própria doença mental, um conceito, um construto teórico. Não é um objetivo final, mas um dos elementos que orienta a elaboração do plano terapêutico de cada paciente e deve servir, tanto ao médico quanto ao paciente³.

Como aponta Kendler⁴, embora as atuais edições da Classificação Internacional das Doenças e do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais estabeleçam critérios bastante objetivos, a falta de especificidade e a enorme abrangência desses critérios prejudicam a sua aplicabilidade prática no contexto clínico. A presença de um grupo de sintomas pode corresponder a mais de uma possibilidade diagnóstica e cabe ao clínico escolher qual é a mais adequada para aquele paciente naquele momento⁴.

Neste relato, expõe-se o caso de paciente, desde a sua primeira consulta no pronto-atendimento em 08 de agosto de 2018 até a sua consulta mais recente em 21 de novembro de 2018. Descrevem-se seus sintomas e queixas, assim como ela os apresentou. Discutem-se as possibilidades diagnósticas sugeridas pelos colegas na reunião clínica do serviço de psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual, “Francisco Morato de Oliveira, HSPE-FMO, São Paulo, Brasil, e, por fim, a escolha diagnóstica pessoal.

RELATO DE CASO

Mulher, 55 anos, natural de Uberaba, procedente de São Paulo, agente de organização escolar, católica, separada. Referida pela sua nora: há 3 semanas a sogra estava agindo de forma estranha e nos últimos dias começou a jogar alguns de seus pertences em bom estado no lixo.

Foi atendida pela primeira vez no Pronto-Atendimento em 08 de agosto de 2018. Na ocasião, ela estava muito chorosa e pouco falou. Sua nora contou que desde o reinício das aulas, a paciente não conseguiu retomar suas atividades. Dizia que as outras professoras estavam olhando diferente para ela e “falando pelas costas”. Cerca de 3 semanas antes da consulta começou a tirar todas as suas roupas dos armários e separá-las por cores. Também separou peças de louça, roupas de cama, ferramentas, eletrodomésticos e pequenos móveis. A família ficou alarmada quando, além de separar esses pertences, começou a se desfazer deles. Nesse período, a paciente passou a dormir menos, apresentar-se inquieta e conversar muito sozinha.

Quando perguntei a que poderia estar relacionada essa súbita mudança de comportamento, foi-me relatado que há algum tempo nutria sentimentos por um professor da escola onde trabalha e esses sintomas começaram quando ela descobriu que o professor namorava outra mulher. A paciente interrompeu neste ponto demonstrando angústia intensa e afirmou não ter a intenção de interferir no relacionamento dele, mas também não poderia deixar de gostar de alguém tão educado e simpático.

Continuando a investigação psicopatológica, foi arguido sobre o que ela estava jogando fora e a paciente respondeu que eram roupas e objetos de cores que a faziam lembrar-se da sua mãe e do seu avô. Demonstrava estar angustiada, repetia frases como “Não sei o que está acontecendo” e “Não é culpa minha” diversas vezes. Evitava olhar diretamente para o médi-

co. Introduziu-se Clonazepam 0,5mg 12/12h, foi agendado retorno em 5 dias e a paciente afastada do trabalho.

Exame psíquico na primeira consulta

Paciente apresentava condições de autocuidado adequadas, expressão de perplexidade, solicitante por ajuda, com gestos contidos. Orientada auto e alo psiquicamente, colaborativa. Desatenta, hipobúlica, sem prejuízo evidente de memória. Pensamento de curso acelerado, sem alteração da forma e conteúdo marcado por associações ilógicas. Adota tom pueril em seu discurso. Humor lábil, chorosa.

Antecedentes pessoais

Nascida de parto normal hospitalar, primeira filha de uma prole de 3; não se lembra de ter morado muito tempo com seus pais. Muito pequena foi morar no sítio com o avô paterno e uma tia. Nessa época, era muito comum ter infecções de garganta e pneumonias. Era chamada pelos seus familiares de “doentinha”, fato que a incomodava muito. Nega traumatismos cranianos e crises convulsivas.

Em sua opinião, sua tia e seu avô foram bons para ela. Queixa-se apenas do fato de que na casa do avô tinha que se portar e se vestir como moça enquanto quando ia visitar sua mãe, podia brincar livremente com seus irmãos. Sobre seu avô, conta que tinha medo apenas quando ela ficava constipada e ele “tinha que tirar cocô” dela e isso era muito frequente.

Aos 10 anos de idade, seus pais se mudaram para São Paulo e sua tia a trouxe para ficar mais perto deles. Morou algum tempo na casa de uma vizinha e depois com outra tia e apenas aos 11 anos foi morar com os pais e irmãos menores.

Sua menarca ocorreu aos 13 anos, sua primeira relação sexual aos 16 e menopausa aos 50 anos. Contabiliza 8 parceiros sexuais ao longo da vida. Teve dois filhos de dois pais diferentes,

mas ambos foram criados pelo seu ex-marido. Sobre sua vida sexual, diz que foi prazerosa, mas sempre a deixou desconfortável por achar que não satisfazia seus parceiros.

Casou-se aos 24 anos quando estava grávida de seu primeiro filho. Aos 50 anos se separou e há alguns meses teve um relacionamento com outro homem, do grupo de corrida do qual participa. Conta que se afastou dele quando descobriu “que ele era da macumba” e ficou com medo de sofrer algum mal.

Estudou até os 10 anos e quando veio para São Paulo, abandonou os estudos para trabalhar. Retomou os estudos aos 35 anos e concluiu o ensino médio por supletivo.

Aos 35 anos, quando trabalhava em um escritório, teve episódios de pânico e foi seguida por psiquiatra e psicóloga por 2 anos. Fez uso de Lexotan® e Triptanol®. Foi a psicóloga quem a incentivou a retomar os estudos.

Personalidade pré-mórbida

Descreve-se como pessoa tímida e reservada que sempre teve muita dificuldade em fazer amigos e lidar com pessoas estranhas. Seu filho relatou que a mãe sempre foi muito preocupada em agradar a todos, a ponto de frequentemente responder a seus interlocutores a resposta que eles esperavam ouvir, mesmo que isso a fizesse cair em contradição.

Antecedentes familiares

A paciente e seus filhos desconhecem parentes com histórico de doença psiquiátrica. Sua mãe é viva e mantém contato com ela. Irmãos hígidos.

Ambiente social e familiar

Está separada há 5 anos e há alguns meses está em processo de divórcio. Mora com filho mais novo. Mantém contato próximo com o mais velho, sua nora e sua mãe, mas não é próxima dos irmãos.

Evolução ambulatorial

No dia 13 de agosto a paciente retornou vestindo a mesma roupa da primeira consulta e acompanhada pelo filho mais novo. Ele notou a mãe mais calma, mas ela continuava revirando a casa e descartando objetos. Na última semana ela havia jogado no lixo uma *Wap*, uma caixa de ferramentas, mangueiras de jardim, roupas, copos de coleção do filho, fios de instalação elétrica e mais roupas dela e do filho.

Quando pedi para a paciente que me explicasse o motivo pelo qual estava se desfazendo de seus pertences e reorganizando sua casa, respondeu-me que não sabia. Há dias tentava encontrar explicação, mas não conseguia. Acha-va que todas as pessoas tinham casas organiza-das, menos ela e não queria mais viver no meio da bagunça, sem saber do conteúdo das suas gavetas. Não queria tantas roupas que não usa-va e preferia viver com menos, só o necessário, sem bagunça. Nesse momento, em uma suces-são desenfreada de ideias e bastante chorosa relatou que alguns objetos a faziam lembrar-se de quando era pequena e do mal que seu avô lhe fazia quando ia dormir, colocando gelo em sua cama e bichos em cima dela, além de prendê-la dentro do travesseiro para dormir.

Os bichos eram minhocas, mas a paciente em nenhum momento falou o nome desses animais, quem me disse foi seu filho. Ele me explicou que sua mãe sempre teve muito medo de minhocas, a ponto de não mencionar o nome do animal e pedir socorro quando encontrava uma no quintal. Quando a questionei sobre o medo de minhocas, fechou os olhos, balançou a cabeça e pediu para que eu não falasse esse nome.

Explicou que seu medo de “bichos” come-çou quando ela tinha 7 anos e morava no sítio, onde seu avô as criava para vender. Nessa épo-ca, sua avó a levava para olhar o viveiro para ela “perder o medo” e seu avô às vezes jogava “os bichos” pela janela do banheiro enquanto ela tomava banho. Hoje, mesmo em sua casa, ain-

da tem pavor que outras pessoas que saibam do seu medo, tentem fazer o mesmo.

Nessa consulta, minha impressão foi de tentava ocultar partes de seu raciocínio e de suas crenças. Demonstrou importar-se com a opinião do filho, mas isso não era suficiente para ela conter suas atitudes. O fato de seu comportamento ser considerado bizarro pelos outros e por ela, não a impediu de mantê-lo. Não identifiquei delírio estruturado, mas pelo fato de a paciente estar agindo sem controle em função de um medo, optei por introduzir olanzapina 2,5mg e suspender o clonazepam.

No dia 20 de agosto, compareceu desa-companhada à consulta. Estava sentindo-se mais calma e não estava mais jogando suas coisas no lixo, apesar de ter vontade. Vestia um conjunto de moletom azul e disse sentir-se bem com aquela roupa. Questionei o significado da-quelas cores e ela disse simplesmente que o azul a fazia se sentir bem, mesmo se estivesse junto de cores com significado negativo, como o bran-co que a lembrava de sua mãe ou o cinza que a lembrava de seu avô.

Perguntei se, quando vivia com seu avô ele fazia algo que a desagradava e ela me con-tou que era muito comum ela não conseguir evacuar e com muita frequência seu avô tinha que “tirar seu cocô com a mão”. Explicou que esse procedimento era desconfortável, doloro-so e se repetiu diversas vezes. Além disso, não gostava de quando ele tentava “botar medo nela” e colocava “os bichos” na sua cama e às vezes na sua boca enquanto dormia.

Nessa consulta, transparecia seu estra-nhamento em relação às suas atitudes, mas mesmo assim se esforçava para elaborar uma narrativa que explicasse seus comportamentos e quando chegava ao final dizia; “mas isso não faz sentido”. Aumentei olanzapina para 5mg.

Em 27 de agosto estava sentindo-se melhor e mais calma. Não agia mais jogando coisas fora. Ao invés disso, tirava e colocava

as coisas do armário esperando que, um dia, entenderá o que precisa e o que não precisa jogar fora.

Espontaneamente contou-me sobre seu último encontro com a irmã: quando a viu lembrou-se que tinha uma roupa parecida com aquela da irmã. Pensou, então que poderia usar aquela roupa para um próximo encontro. Naquele momento esse pensamento fez sentido, mas logo em seguida percebeu que não era comum para as pessoas se preocuparem com a roupa de quem vão encontrar para escolher a própria roupa. Ainda assim, preocupou-se em vestir algo que combinasse com seu filho que a acompanharia a consulta. Veio de casaco preto e calça *legging* cinza.

Não queria falar sobre o que a estava preocupando naquele momento, pois tinha medo de chatear seu filho. Chorou por alguns momentos e após ser tranquilizada, afirmou que no momento está incomodada com a cor roxa, quer jogar tudo que for roxo fora, pois o roxo era a cor das minhocas do sítio de seu avô. Chamou-me a atenção o fato de a sua principal preocupação não ser seu medo em si, mas o juízo que seu filho faria do seu medo e da atitude que desejava tomar.

Ao término dessa consulta, foi oferecido à paciente participação na reunião clínica do serviço de Psiquiatria do hospital, para elucidação diagnóstica e orientação terapêutica. Paciente demonstrou-se interessada e disponível. Orientei manutenção do uso da olanzapina 5mg.

No dia 30 de agosto a paciente foi entrevistada em reunião clínica pela equipe médica do serviço de Psiquiatria do HSPE. Na ocasião estava calma e colaborou com a entrevista. Queixou-se da sensação de estar sendo observada e julgada por pessoas estranhas quando saía de casa, na rua ou no transporte público. Explicou que como não estava trajada de maneira adequada, as pessoas a olhavam daquela

forma, mas não sabia como deveria se vestir. Sentia-se ainda muito incomodada ao ver pessoas trajando determinadas cores, mas gostava e se sentia bem ao ver outras cores, como o verde-claro.

Após a entrevista, as seguintes hipóteses diagnósticas foram aventadas pela equipe médica: episódio psicótico breve, episódio dissociativos e psicastenia. Optou-se por aumentar dose de olanzapina para 7,5mg.

No dia 10 de setembro, relatou melhora discreta dos sintomas: ainda sentia-se observada, mas isso a incomodava menos e tinha mais controle sobre seus atos. Apresentou exames de laboratório da semana anterior: sorologias para HIV, HBV, HCV, Sífilis e Toxoplasmose negativas, hormônios tireoidianos normais, hemograma, eletrólitos e função renais normais. Apresentava apenas hipercolesterolemia leve (colesterol total: 260mg/dl). Dose da medicação foi mantida.

Em 19 de setembro a paciente manifestou melhora da sensação de estar sendo perseguida, mas apresentava-se mais triste, apática e hipobúlica. Optou-se por manter dose de olanzapina e introduzir fluoxetina 20mg.

Na consulta de 01 de outubro estava sentindo-se bastante melhor, disse estar se sentindo mais leve e tranquila, desempenhando de forma adequada suas tarefas domésticas. Não estava mais se sentindo perseguida ou com medo. Reduzi a dose de Olanzapina para 5mg e mantive dose de fluoxetina.

A última consulta ocorreu no dia 21 de novembro, quando ela relatou remissão completa dos sintomas. No dia 06 do mesmo mês havia retornado ao trabalho, pois seu período de licença médica havia acabado e estava adaptada à nova rotina. Apresentava-se bem vestida, tranquila, sorridente, sem alterações do exame psíquico. Atribuiu a sua melhora aos remédios e às conversas que tínhamos durante as consultas, pois sentia ter muitas coisas para “colocar para fora”.

DISCUSSÃO

De acordo com o 5º Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais⁵, “Os transtornos dissociativos são caracterizados por perturbação e/ou descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento. [...] Sintomas dissociativos são vivenciados como a intrusões espontâneas na consciência e no comportamento, acompanhadas por perdas de continuidade na experiência subjetiva (i.e., sintomas dissociativos “positivos”, como fragmentação da identidade, despersonalização e desrealização) e/ou b) incapacidade de acessar informações e de controlar funções mentais que normalmente são de fácil acesso ou controle”⁵.

A primeira impressão diagnóstica sobre a paciente, ainda na consulta de pronto-atendimento, foi de transtorno dissociativo. Tal hipótese também foi apontada por outros colegas na reunião clínica. Partindo de suas queixas, são identificáveis intrusões na sua consciência e comportamento, mas em nenhum momento a paciente apresentou perda da continuidade da experiência subjetiva, despersonalização ou desrealização. Pelo contrário, os seus relatos e de seus familiares sempre foram coerentes, o que demonstrava que a paciente mantinha consciência e memória de seus atos.

Inicialmente foi prescrito à paciente clonazepam 0,5mg, no intuito de diminuir o tônus simpático e acalmá-la, porém, em 5 dias a medicação não foi suficiente para mitigar os sintomas. Apesar de o filho ter notado a mãe mais calma, continuava descartando seus pertences, sem controle sobre seus atos, mas ciente do que estava fazendo. Logo a paciente relatou o enorme medo que sentia de minhocas, levantando a suspeita de que poderia estar agindo impulsivamente por esse medo.

Paim⁶ define fobia como “um temor excessivo, insensato e angustiante que certos doentes sentem em determinadas situações”. Segundo o Compêndio de Psiquiatria de Kaplan,

Saddock⁷, as fobias específicas são o transtorno mental mais comum em mulheres nos EUA, acometendo cerca de 10% da população feminina e a idade de pico para seu início é entre 5 e 9 anos. O transtorno apresenta curso crônico e geralmente sintomatologia estável ao longo da vida⁶⁻⁷.

De acordo com o DSM-V5, o diagnóstico de fobia específica é definido por um conjunto de critérios⁵:

1. Medo ou ansiedade acentuado acerca de um objeto ou situação;
2. O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade;
3. O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intensa ansiedade ou sofrimento;
4. O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto pelo objeto ou situação específica e ao contexto sociocultural;
5. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente com duração mínima de seis meses;
6. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
7. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental, incluindo medo, ansiedade e esquiva de situações associadas a sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes; objetos ou situações relacionados a obsessões; evocação de eventos traumáticos.

Ey⁸ assinala que dentre as formas complicadas de neurose fóbica estão aquelas que apresentam estrutura obsessiva, manifestada clinicamente pela ritualização, pelo pensamento mágico e pelos atos compulsivos. Em sintonia com a teoria de Janet, destaca a importância

do “Fundo Psicastênico” na estrutura afetiva desses pacientes: “o obsessivo está envolvido em sentimentos depressivos que testemunham a sua fraqueza psíquica (escrúpulos, dúvidas, sentimentos de influência, de irrealidade e de estranheza, fadiga e confusão). De uma maneira mais geral, o que está alterado nos obsessivos é o “sentimento do real”, na medida em que eles se mostram incapazes de elevar suas ações na hierarquia das funções do real. As ações de nível elevado são impossíveis (adaptação social, execução de atos difíceis, eficácia, precisão das condutas) e apenas lhes restam às ações vazias ou incoordenadas.”

Apesar de seus sintomas preencherem os critérios do DSM-V para fobia específica e da história ser compatível com a história natural da doença, a queixa da paciente em nenhum momento foi relacionada a esse medo. Também é possível identificar na personalidade pré-mórbida da paciente, elementos do “Fundo Psicastênico” de Janet, mas esses tampouco causavam prejuízo suficiente para levá-la a procurar atenção médica.

Automatismo Mental é como Gâetan de Clérambault⁹ denominou a emancipação do pensamento e das funções que lhe são conexas, como a fala, o desenrolar das lembranças, os falsos reconhecimentos, a enunciação dos atos, impulsões verbais, tendência aos fenômenos psicomotores e outros. É uma ideação automática que o paciente percebe como sua, mas de inspiração exógena. Segundo o autor, “nos inúmeros delírios persecutórios apresentando alucinações é preciso distinguir duas ordens de fatos: o fato primordial que é o automatismo mental e a construção intelectual secundária, que merece o nome de delírio de perseguição”. O autor ainda reconhecia a existência de formas leves, atenuadas de automatismos, chamadas de pequeno automatismo, que poderia existir por anos e o grande automatismo, presente nas alucinações⁹⁻¹⁰.

Paim⁶ enquadra os atos automáticos como alterações da atividade voluntária. “O ponto de partida de um ato voluntário é cons-

tituído pela representação de uma finalidade próxima ou remota, que tem por objetivo determinar uma modificação em nós mesmos ou no ambiente”. O ato voluntário é composto por três etapas: a *deliberação*, a *resolução* e a *execução*. A deliberação é a etapa intelectual do ato volitivo. A resolução de inibir ou executar o ato é a principal característica da atividade voluntária e a execução, é a consequência lógica da resolução. Ainda segundo sua definição “Entre a atividade voluntária e a atividade reflexa, automática, não há limites bem definidos; ao contrário, entre ambas existem infinitas gradações. Por isso nas enfermidades mentais, havendo enfraquecimento da inibição, observa-se uma série de automatismos, praticados com insuficiente participação de reflexão e de noção de finalidade”^{6,9}.

A definição de ato automático me parece bastante apropriada para explicar como a paciente agia em sua casa, ao arrumar e desarrumar seu armário, realocar objetos em casa de forma aleatória e dispensar itens pessoais. Em alguns momentos era capaz de deliberar que sua casa carecia de ordem, mas era incapaz de inibir seus atos e ordená-los de forma a resolver essa situação.

Ao longo dos dois primeiros meses de sintomas a paciente mantinha sensação de estar sendo julgada e observada pelas pessoas ao seu redor, mas não chegou a elaborar delírio de perseguição. Aventava hipóteses frouxas (quando falava das cores das roupas que usava) para justificar essa sensação, mas não se apegava a elas.

Segundo o DSM-V⁵, o diagnóstico de episódio psicótico breve se dá quando os sintomas psicóticos (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado e sintomas negativos) duram por até um mês. Caso pelo menos dois desses sintomas persistam por um prazo de um a seis meses, faz-se o diagnóstico de transtorno esquizofreniforme⁵.

McGorry e Van¹¹ Os consideram gravidade e persistência dos sintomas psiquiátricos como as principais dimensões que definem ne-

cessidade de cuidado médico. Os autores ressaltam que, independentemente do tipo de sintomas, a gravidade e persistência do sofrimento e prejuízo do paciente norteiam a decisão do clínico sobre quais pacientes necessitam de atenção médica e quais prescindem. Amparado por esse argumento, escolheu-se tratar os sintomas que mais traziam sofrimento à paciente e à sua família, que agrupados correspondem ao diagnóstico de transtorno esquizofreniforme.

CONCLUSÃO

Na Medicina em geral, o diagnóstico é uma etapa crucial na escolha do tratamento adequado, no estabelecimento do prognósti-

co e orientação do paciente. Em contraste, na Psiquiatria o valor do diagnóstico é continuamente questionado e os psiquiatras se dividem em opiniões extremamente polarizadas a esse respeito. A psiquiatria ainda não encontrou uma forma de organizar seus diagnósticos de uma forma simples, que sirva a pesquisadores, clínicos e pacientes.

No caso da paciente, objeto deste relato, pelo menos três eram as possibilidades diagnósticas, embasadas sobre critérios objetivos, que poderiam guiar planos terapêuticos distintos. A observação longitudinal do caso e atenção à psicopatologia possibilitou compreender sua condição mórbida, fazer escolha diagnóstica e tratar do sofrimento psíquico da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Sonenreich C, Kerr Corrêa F. Escolhas do psiquiatra: saber e carisma. São Paulo: Manole; 1985.
2. Sonenreich C, Estevão G, Silva Filho LM. Psiquiatria: propostas, notas e comentários. São Paulo: Lemos; 1999.
3. Rison RA. A guide to writing case reports for the Journal of Medical Case Reports and BioMed Central Research Notes. J Med Case Rep. 2013; 7: 239.
4. Kendler KS. The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry. 2016;15(1):5-12
5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM V. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
6. Paim I. Curso de psicopatologia. São Paulo: EPU; 1993.
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed; 2017.
8. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson; 1981.
9. Barros JS, Campos Filho R. Síndrome do automatismo mental: uma exposição doutrinária de De Clérambault. REV USP. 2002; 54:151-63.
10. Minkowski E. Contribution à l'Étude de l'Automatisme Mental. Ann Méd Psychol. 1927; 1:104-19.
11. McGorry P, van Os J. Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. Lancet. 2013; 381(9863):343-45.

Gabriel Garcia Okuda¹, Lúcia Campa-
nário Braga¹, Pablo Henrique Cardo-
so Silva¹, Marcio Falcão Simone¹

Eletroconvulsoterapia e autismo

Electroconvulsive therapy and autism

Relato de Caso

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do
Servidor Público Estadual "Francisco
Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São
Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

O transtorno do espectro autista é caracterizado por comprometimento da interação social recíproca, comunicação/linguagem verbal e não verbal e comportamento restrito, limitado ou estereotipado. Este artigo relata o caso de paciente do sexo masculino, 31 anos, diagnosticado com transtorno do espectro autista, internado por agitação grave e agressividade, refratários ao tratamento medicamentoso, e seu acompanhamento ambulatorial. Após diversas tentativas de tratamento medicamentoso sem eficácia, a eletroconvulsoterapia foi oferecida como opção de tratamento. Atualmente está na 140ª (centésima quadragésima) sessão de eletroconvulsoterapia, apresentando melhora significativa dos sintomas psiquiátricos e físicos logo após as primeiras sessões sendo mantida eletroconvulsoterapia de manutenção. São discutidas as indicações e benefícios do seu uso tanto para o transtorno do espectro autista, quanto para as diversas doenças psiquiátricas.

Descritores: Transtorno autístico; Transtorno do espectro autista; Eletroconvulsoterapia

ABSTRACT

Autism spectrum disorder is marked by lack of social interaction, communication/speech impairment and restrained and repetitive behavior. This article reports the case of a male, 31-year-old patient, autism-spectrum-disorder - diagnosed that was admitted to psychiatry ward due to psychomotor agitation and aggressiveness refractory to psychotropic treatment. After repetitive failure of medication trials, electroconvulsotherapy was made available. The patient has undergone electroconvulsotherapy trial and is currently at the 140th session of the procedure with significant improvement in psychiatric symptoms. Since the beginning of electroconvulsotherapy trial clinical remission has been achieved through maintenance electroconvulsotherapy. The possible benefits and clinical indications among autism spectrum disorder (and other mental diseases are inquired in this article).

Keywords: Autistic disorder; Autism spectrum disorder; Electroconvulsive therapy

Data de submissão: 16/01/2019

Data de aceite: 29/08/2019

Correspondência:

Gabriel Garcia Okuda

Serviço de Psiquiatria do Hospital do
Servidor Público Estadual "Francisco
Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São
Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800,
2º andar - Vila Clementino - CEP:
04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: gabriel_okuda@hotmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A essência da técnica de eletroconvulsoterapia (ECT) é atribuída a Von Meduna (1896-1964) que, em 1934, relatou o tratamento bem sucedido da catatonia e de outros sintomas esquizofrênicos com convulsões induzida por injeções de cânfora. Meduna utilizou esse método com base nas observações prévias de que os sintomas esquizofrênicos frequentemente diminuíam após uma convulsão e de que, conforme se supunha incorretamente, a esquizofrenia e a epilepsia não poderiam coexistir em um mesmo paciente, então a indução de convulsões poderia “livrar” o paciente da esquizofrenia. Posteriormente, com vistas a superar os problemas técnicos do tratamento por convulsão farmacológica, Cerletti (1877-1963) e Lucio Bini (1908-1964), em 1938, foram os pioneiros no uso de estímulo elétrico para induzir convulsões terapêuticas. O método foi batizado como “eletrochoque”, popularizado como ECT e, em pouco tempo, mostrou melhores resultados no tratamento dos mais variados transtornos mentais. Desde a sua introdução, a ECT passou por inúmeros aperfeiçoamentos técnicos. Entre estes, inclui-se o relaxamento muscular (com succinilcolina), anestesia de curta ação, preoxigenação, uso de estímulo elétrico mais efetivo, variação no posicionamento dos eletrodos e monitoramento mais completo da convulsão. Contudo, apesar dos avanços técnicos e dos benefícios da ECT, a popularidade do procedimento entrou em franco declínio entre as décadas de 1960 e 1970, em parte devido à introdução de novos agentes farmacológicos eficazes para tratamento dos transtornos psiquiátricos, em parte devido a movimentos antimanicomiais. Até hoje, ainda se faz presente uma resistência acerca do método, por inúmeras razões. Entre estas, pode-se citar o desconhecimento do público e dos profissionais a respeito da natureza do tratamento, as percepções negativas e estigmatizantes sobre a técnica, a falta de consenso sobre o seu uso, a ausência de investimento da indústria farmacêutica e a negligência dos psiquiatras quanto às pesquisas e à informação dos pacientes. No Brasil, a técnica foi trazida por Pacheco e Silva (1898-1988), sendo as primeiras sessões realizadas em 1941¹⁻⁶.

O transtorno do espectro autista (TEA) tem incidência precoce com base em causas genéticas, ambientais e multifatoriais. Gera disfunção no desenvolvimento da linguagem e da sociabilidade e um padrão de comportamento restrito e repetitivo. A formação e o desenvolvimento do sistema nervoso são afetados provocando impacto na arquitetura tecidual, desequilíbrio funcional entre os sistemas excitatório e inibitório, além de problemas na conectividade e consistência das redes neurais. O tratamento baseia-se em estimulação multiprofissional precoce e no uso de medicamentos que interferem na sintomatologia impactante do cotidiano. Porém, os comportamentos restritos e repetitivos e a mudança comportamental com episódios de agitação psicomotora grave, incluindo auto e heteroagressividade por vezes impedem o equilíbrio funcional do doente, mesmo em uso de medicações e terapia multiprofissional. Torna-se necessário o uso de ECT para controle dos sintomas. Apesar de ainda pouco estudado, o uso da ECT no tratamento de alterações comportamentais presentes no autismo tem sido documentado ao longo dos anos e citado como um tratamento que modifica a qualidade de vida daqueles pacientes. No presente estudo apresenta-se um caso que comprova a eficácia da ECT tanto para tratamento de episódios agudos de alteração de comportamento em autistas, como uma extrema importância como tratamento de manutenção para evitar novas agudizações e melhor qualidade de vida para o paciente e a família⁷⁻¹³.

RELATO DE CASO

M.R.B., 31 anos, sexo masculino, diagnosticado desde a primeira infância com autismo infantil (CID 10 – F84), retardo mental grave (CID 10 – F72) e hepatite viral C crônica (CID 10 – B18.2), apresentou-se com quadro de agitação psicomotora recorrente e refratária ao uso de antipsicóticos típicos a atípicos, episódios frequentes de auto e heteroagressividade, automutilação e inadequação do comportamento em diversos ambientes. Iniciou

acompanhamento ambulatorial no Hospital do Servidor Público Estadual, "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, Brasil, em maio de 2016 e, anteriormente, fazia acompanhamento ambulatorial em outro serviço de sua região com evolução insatisfatória do quadro descrito acima. Apresentou maior recorrência de agitação psicomotora e heteroagressividade após tratamento para hepatite C realizado com antirretrovirais.

Após a piora do quadro, fez uso de diversas medicações sem melhora dos sintomas: clorpromazina, clonazepam, imipramina, fluoxetina, risperidona, amitriptilina, zuclopentixol, quetiapina, fenobarbital, haloperidol, periciazina, ácido valproico, levomepromazina e olanzapina, todas em doses terapêuticas.

Após insucessos terapêuticos e importante piora dos episódios de agitação psicomotora, estereotípias motoras, heteroagressividade com familiares e equipe de saúde, recusa alimentar, insônia e inadequação do comportamento, optou-se, junto aos familiares iniciar um ciclo de sessões de eleconvulsoterapia (ECT) em regime de internação fechada.

Iniciou-se ECT na frequência de duas vezes por semana com parâmetros de pulso breve (amplitude 0,5) e energia aumentada de 35 a 100%. A partir do segundo ECT não apresentou mais episódios de agitação psicomotora, heteroagressividade, alimentava-se adequadamente, bom contato com a equipe de saúde, melhora no autocuidado e regularização do ciclo sono-vigília. Passou por três sessões de ECT durante a internação e, após melhora pronunciada dos sintomas acima, o paciente recebeu alta hospitalar com programação de realização do procedimento em regime ambulatorial (frequência de duas vezes por semana, todas as semanas).

Em acompanhamento ambulatorial, houve necessidade de introdução de medicação neuroléptica para controle de episódios de agitação psicomotora e insônias pontuais, visto que a queixa dos familiares era bastante expressiva. Optou-se, portanto, pela introdução de clozapina em doses cres-

centes conforme protocolos bem estabelecidos. Ao longo do acompanhamento ambulatorial, o paciente retorna para consultas após procedimento de ECT e apresenta-se calmo, bastante colaborativo, sem episódios de agressividade e agitação psicomotora, autocuidado preservado e sem sintomas graves evidentes outrora relatados extensivamente pelos familiares.

Procedemos, então, diversas tentativas em reduzir a frequência das sessões de ECT para uma vez por semana, mas em todas as tentativas, após um período médio de catorze dias, o paciente apresentou sintomas de agitação psicomotora e heteroagressividade graves com necessidade de internação hospitalar e reintrodução da frequência prévia das sessões de ECT.

Atualmente o paciente está na 140^a (centésima quadragésima) sessão de ECT, com frequência duas vezes por semana, e os seguintes parâmetros: amplitude (1.5 m/seg), frequência (70 hz), corrente (0,92 A), energia (100%), eletrodos bilaterais, anestesia geral realizada com etomidato e miorelaxamento com succinilcolina. Antes da maioria das sessões de ECT o paciente apresentou episódios de agitação psicomotora que pareciam ser relacionados ao ambiente hospitalar, pois não ocorriam atualmente em quaisquer outros ambientes, controlados com midazolam por via intramuscular. Além disso, o paciente está em uso de clozapina (250mg/dia), cujo objetivo foi relatado acima, sem intercorrências relacionadas a complicações hematológicas.

A programação traçada pela equipe de saúde responsável pelo seguimento do caso foi a manutenção da terapia vigente por tempo ainda indeterminado, uma vez que a qualidade de vida do paciente e dos familiares sofreu melhora exponencial após a indicação do procedimento ECT.

DISCUSSÃO

No presente relato de caso, o uso da ECT mostrou-se efetivo para o manejo de sintomas agudos e refratários a tratamento farmacológico em

paciente com diagnóstico prévio de autismo, manifestado por agitação psicomotora intensa, heteroagressividade, insônia, automutilação, recusa alimentar, importante prejuízo no autocuidado e na convivência social. No entanto, vale ressaltar que o uso da ECT tem algumas limitações, a citar: a aplicação requer anestesia e ambiente hospitalar, em sala apropriada, profissionais especializados e aparelhos médicos adequados para o suporte avançado de vida. Os efeitos colaterais cognitivos da técnica podem ser minimizados com o uso de parâmetros mais adequados para cada paciente. A amnésia anterógrada, relativamente comum na ECT, é autolimitada e completamente reversível. Pode ocorrer cefaleia transitória, delírio que dura menos de 1 (uma) hora, sintomas hipomaniacos, agitação psicomotora e vômitos¹⁴. Ademais, o uso da ECT bifrontal e unilateral, com pulsos ultra breves, tem-se mostrado um importante avanço no sentido de dar conforto ao paciente, sem perda da efetividade terapêutica necessária, apesar de tal técnica não ter sido usada no caso em que se relatou. A ECT, quando bem indicada, pode abreviar longos períodos de sofrimento desnecessário, mas é uma alternativa que tem sido deixada de lado em diversos casos graves¹⁴.

De maneira análoga ao caso apresentado, encontra-se na literatura relatos de casos de pacientes autistas com agitação psicomotora refratária à psicofarmacologia que foram tratados de maneira bem-sucedida com eletroconvulsoterapia. Contudo, persistem diversas questões não respondidas acerca do manejo clínico cujas respostas não foram elucidadas na literatura pesquisada. Por exemplo, por quanto tempo deve ser continuada a eletroconvulsoterapia de manutenção? É racional ou clinicamente justificável prescrever novamente neurolépticos que foram previamente ineficazes e podem acarretar efeitos colaterais ou deve-se recorrer a uma terapia sabidamente eficaz e teoricamente mais intervencionista e muitas vezes utilizada como último recurso?

ECT de manutenção é uma modalidade de tratamento útil e de baixo custo utilizada em pa-

cientes que responderam à ECT na fase aguda de diversos distúrbios e que precisam de tratamentos de continuação para prevenir novos episódios. Dois estudos de base populacional relatam que as alterações comportamentais agudas ocorrem em 12 a 17% de indivíduos com transtornos do espectro do autismo. Estudos de casos múltiplos relacionados ao espectro autista documentam a resolução eficaz da fase aguda realizada pela terapia eletroconvulsiva em muitos casos depois que a terapia benzodiazepínica mostra-se insuficiente. De fato, as alterações psicomotoras agudas são reconhecidas como uma condição altamente responsiva à ECT na população em desenvolvimento atípico e a ECT está incluída em algoritmos de tratamento para apresentações agudas no autismo^{9-11,13,15}.

Há pouca evidência na literatura a respeito desses tópicos para guiar o curso do tratamento. É sabido que um grande número de publicações de relatos de caso tem sido apresentado em relação ao tema, mas, muitos psiquiatras ainda expressam desconforto, desaprovação ou preocupação com questões ético-legais relacionadas ao uso de ECT em crianças, adolescentes e adultos diagnosticados com autismo e doenças do neurodesenvolvimento¹⁵⁻¹⁸.

Em relação à perspectiva neuropsicológica, os pacientes autistas com sintomatologia supracitada parecem retornar ao nível de funcionamento basal, especialmente relatado pelos pais, e o seu funcionamento parece consistente com o grau de comprometimento prévio. Tentativas de retirada ou redução do número de sessões da ECT frequentemente resultam em reincidência de auto e heteroagressividade, episódios de agitação psicomotora e notável piora no funcionamento social dos pacientes. Além disso, cita-se que há mínimo benefício em protocolos farmacológicos, incluindo doses máximas de medicações ou terapia comportamental^{13,19-20}.

Portanto, até que revisões sistemáticas mais robustas sejam conduzidas, temos como parâmetro de condução do tratamento apenas a resposta clínica com a diminuição dos episódios de

auto e heteroagressividade e retorno ao funcionamento basal prévio. No caso do paciente relatado, a tentativa de reduzir a frequência e/ou aumentar o intervalo entre as sessões de ECT de duas vezes por semana para uma frequência semanal, levou a um retrocesso da condição clínica e necessidade de nova internação hospitalar. A ECT de manutenção, desta forma, permitiu ao paciente. O retorno ao convívio familiar e diminuiu as complicações clínicas advindas de altas doses de psicofármacos. Também evitou complicações advindas de internações psiquiátricas prolongadas como infecções hospitalares. Com a ECT apresentou visível melhora comportamental, remissão dos episódios de auto e hetero agressividade e melhora do convívio com a família.

CONCLUSÃO

A realização de eletroconvulsoterapia de manutenção é comumente usada no tratamento de muitas doenças psiquiátricas na população adulta. Dada a efetividade do ECT para doenças psiquiátricas diversas aventa-se que a eletroconvulsoterapia teria um mecanismo de ação comum á todas elas, perpassando a dissolução de constantes orgânicas as mais variadas, como os circuito inertes, que seriam correlatos neurofisiológicos da doença mental e sua agudização. Assim, pode ser indicada no tratamento de quadros psicopatológicos os mais variados, incluindo as diversas manifestações do autismo, tema desta apresentação.

REFERÊNCIAS

1. Meduna LJ. Über experimentelle campherepilepsie. Arch Psychiatr Nervekr. 1934; 102:333-9.
2. Cerletti U. L'Elettroshock. Riv Speriment Freniatria. 1940.
3. Rosa MA, Silva P. Pacheco e Silva [corrected] and the origins of electroconvulsive therapy in Brazil, 1941. J ECT. 2007; 23(4):224-8.
4. Rosa MA, Rosa MO. Fundamentos da eletroconvulsoterapia. São Paulo: Artmed; 2015.
5. Perizzolo J, Berlim MT, Szobot CM, Lima AF, Schestatsky S, Fleck MP. Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. Rev Psiquiatr. 2003; 25(2):327-34.
6. Moser CM, Lobato MI, Belmonte-de-Abreu P. Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. Rev Psiquiatr. 2005; 27(3):302-310.

Mais pesquisas são necessárias para avaliar parâmetros para ECT de manutenção nesses pacientes. Propõe-se que essa manutenção seja mantida pelo período de tempo em que ela se mostrar necessária para garantir a estabilidade clínica do paciente e enquanto houver benefício clínico. Para ampliar o acesso a essa modalidade terapêutica tão segura e eficaz, e ainda infelizmente pouco disponível em nosso meio acredita-se necessária educação continuada de profissionais de saúde mental e gestores de saúde a fim de reduzir estigmas que levam á menor acessibilidade á ECT e seus benefícios terapêuticos.

A falta de financiamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) federal certamente é um limitador bastante poderoso ao acesso da população a esse tratamento, que precisa contar com serviços universitários, filantrópicos ou privados. Porém, a indisponibilidade de ECT nos serviços do SUS não deve retirar esse procedimento do arsenal terapêutico dos psiquiatras. Em que pese a imensa dificuldade de se conseguir realizá-la para nossos pacientes, não se pode esquecer de realizar o raciocínio clínico apropriado, orientar os pacientes e suas famílias e indicar as melhores alternativas terapêuticas disponíveis para cada caso. Só assim poder-se a pressionar e sensibilizar as autoridades e gestores públicos para os problemas enfrentados pelos portadores das doenças citadas, entre as quais o autismo.

7. Ng M, de Montigny JG, Ofner M, Do MT. Environmental factors associated with autism spectrum disorder: a scoping review for the years 2003-2013. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2017; 37(1):1-23.
8. Levy SE, Mandell DS, Schultz RT. Autism. *Lancet.* 2009; 374(9701):1627-38.
9. Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br J Psychiatry.* 2000;176: 357-362.
10. Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Autism after adolescence: population-based 13- to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *J Autism Dev Disord.* 2005; 35(3):351-60.
11. Dhossche DM, Reti IM, Wachtel LE. Catatonia and autism: a historical review, with implications for electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2009; 25(1):19-22.
12. Ghaziuddin N, Dhossche D, Marcotte K. Retrospective chart review of catatonia in child and adolescent psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125(1):33-38.
13. Wachtel LE, Griffin MM, Dhossche DM, Reti IM. Brief report: electroconvulsive therapy for malignant catatonia in an autistic adolescent. *Autism.* 2010; 14(4):349-58.
14. Shiozawa P, Machado Netto GT, Cordeiro Q, Ribeiro RB. Eletroconvulsoterapia para o tratamento de depressão psicótica refratária em paciente com desnutrição grave: estamos esquecendo a ECT? *Rev Debates Psiquiatr.* 2014; 4:6-10.
15. Fink M. *Electroconvulsive therapy: a guide for professionals and their patients.* Oxford: Oxford University Press; 2009.
16. Ghaziuddin M, Quinlan P, Ghaziuddin N. Catatonia in autism: a distinct subtype? *J Intellect Disabil Res.* 2005; 49(Pt 1):102-105.
17. Zaw FK, Bates GD, Murali V, Bentham P. Catatonia, autism, and ECT. *Dev Med Child Neurol.* 1999; 41(12):843-845.
18. Bailine SH, Petraviciute S. Catatonia in autistic twins: role of electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2007; 23(1):21-22.
19. Kutcher S, Robinson HA. Electroconvulsive therapy in treatment-resistant bipolar youth. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1995; 5(3):167-75.
20. Haq AU, Ghaziuddin N. Maintenance electroconvulsive therapy for aggression and self-injurious behavior in two adolescents with autism and catatonia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014; 26:64-72.

Hugo Raizzaro¹, Edna Maria Miello Hernandez¹, Maria Julia Francischetto Ribeiro Soares²

Eletroconvulsoterapia na atualidade – relato de caso de um episódio maníaco com remissão após terapêutica

Current electroconvulsive therapy - case report of a maniac episode with remission after therapy

Relato de Caso

1. Universidade Cidade de São Paulo, UNICID, Campus Pinheiros, São Paulo, SP, Brasil

2. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Este estudo de caso descreve a história de uma paciente, internada na enfermaria de psiquiatria, com quadro maníaco que não respondeu a neurolepsia: haloperidol (10mg por cinco dias), quetiapina (600mg por três dias) e olanzapina (20mg por oito dias). A equipe médica optou pela associação de olanzapina 10mg e eletroconvulsoterapia, obtendo remissão do quadro após 39 dias. Este procedimento, realizado com indução de convulsão cerebral generalizada, é incompreendido e confundido com tratamentos antiquados ou dolorosos e muitos pacientes deixam de se beneficiar dessa terapêutica. A fim de desmitificar seu uso foram investigados seus métodos atuais, indicações/eficácia e efeitos adversos.

Descritores: Eletroconvulsoterapia; Eletroconvulsoterapia/métodos; Tratamento com eletroconvulsoterapia

ABSTRACT

This study case describes the history of a patient hospitalized in a psychiatric infirmary with a maniac condition that did not respond to neurolepsy: haloperidol (10mg for five days), quetiapine (600mg for three days) and olanzapine (20mg for eight days). The medical team opted for the combination of olanzapine 10mg and electroconvulsive therapy, obtaining remission of the condition after 39 days. This procedure, performed with induction of generalized cerebral seizure, is misunderstood and confused with old-fashioned or painful treatments and many patients lose the opportunity of benefiting from such therapy. In order to demystify its use, it was investigated its current methods, indications / efficacy and adverse effects.

Keywords: Electroconvulsive therapy; Electroconvulsive therapy/methods; Electroconvulsive therapy treatment

Data de submissão: 16/01/2019

Data de aceite: 27/01/2020

Correspondência:

Hugo Raizzaro
Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: hugo.raizzaro@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento psiquiátrico que consiste na indução de convulsão cerebral generalizada por meio da passagem de corrente elétrica pelo cérebro, em pacientes anestesiados. Com o advento das medicações psicotrópicas nos anos 50, houve uma redução de sua utilização que, nesta época, era realizada de forma pouco segura quando comparada aos métodos atuais¹.

Atualmente as aplicações são realizadas pela manhã com o paciente em jejum por oito horas, com administração por via endovenosa de um anestésico de ação curta e um relaxante muscular, para evitar a dor e impedir contrações musculares fortes durante a convulsão. Além disso, é feita monitorização eletrocardiográfica, oxigenação a 100%, oximetria, controle de pressão arterial e monitorização eletroencefalográfica²⁻³.

Suas aplicações podem ser feitas com a frequência de duas a três vezes por semana, variável de acordo com a resposta clínica. Em média são necessárias oito a doze sessões para se obter o efeito esperado. Em alguns casos pode-se recomendar sessões de manutenção, realizadas semanal, quinzenal ou até mensalmente. Embora seja empregado como tratamento de segunda escolha, após falha do tratamento farmacológico, o uso da ECT não deve ficar restrito a esta condição³⁻⁵.

Suas indicações, com evidente eficácia são: quadros depressivos refratários; quadros maníacos com ou sem episódios psicóticos; risco de suicídio ou desnutrição intensa; quadros catatônicos, onde há resposta melhor e mais rápida do que com as medicações; intolerância aos efeitos colaterais das medicações, especialmente em pacientes idosos e grávidas com doenças psiquiátricas. Também está indicada para transtorno afetivo bipolar, transtorno esquizoafetivo, esquizofreniforme e algumas doenças clínicas, como a síndrome neuroléptica maligna e doença de Parkinson⁶⁻⁸.

A ECT é um procedimento seguro, eficaz e seu risco é baixo, estimado entre 1/1000 e 1/10000, semelhante ao de uma indução anestésica breve. O efeito adverso mais importante consiste no déficit

de memória que se apresenta como confusão pós-ictal, amnésia retrógrada e/ou anterógrada, ou na minoria dos pacientes, como um déficit de memória subjetivo de longa duração. As amnésias anterógradas e retrógradas são reversíveis e costumam persistir por um a seis meses após o término das sessões^{5,8-11}.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 56 anos, natural do Triângulo Mineiro, procedente de São Paulo, divorciada, professora e católica. Trazida ao hospital pela filha, com queixa de que, há cerca de um ano, as pessoas de seu trabalho começaram a implicar com ela, contando histórias e falando palavras obscenas e sexuais.

Alguns meses depois, a paciente relatou que assistiu a um vídeo com mensagens de amor e concluiu que havia sido feito por um colega de trabalho. Apareceram então novos vídeos e depois de vê-los, a paciente se declarou para o colega, que se afastou dela. Paralelamente, surgiram sintomas persecutórios, dizendo que via as pessoas imitando-a, sem entender o porquê. Questionava-se se era um programa de televisão, se era a mando da mídia ou se estaria condicionada a isso. Também afirmava que seu cartão e telefone teriam sido clonados, e que seu e-mail e monografia que estava desenvolvendo teriam sido alterados.

Quinze dias antes da internação ela enviou mensagens nas redes sociais, pedindo socorro, contando a situação por qual estava passando. Apresentava isolamento social, mas ainda se sentia perseguida e imitada. Foi à polícia, mas lá, havia outras mulheres fazendo queixas baseadas na sua história, então, concluiu que nem lá poderia confiar. Sua filha, assustada com o ocorrido e por notar sua mãe irritada, buscou ajuda e a trouxe para São Paulo, onde houve tentativa de tratamento ambulatorial, com falha de adesão terapêutica, pois ela cuspiu a medicação em casa e se recusava a ser internada.

Um dia, quando a diarista chegou à casa da filha, a paciente ficou muito irritada, dizendo que a estavam expondo. Sua filha a trouxe para o pronto

atendimento onde a paciente, muito hostil, se negou a ser internada, necessitando de haloperidol 10mg com prometazina 100mg injetável. Ela dizia que tudo era um jogo, uma brincadeira, que os outros pacientes não eram pacientes e nem os médicos eram médicos, mas que não havia outro caminho, a não ser esse. Não entendia o motivo de sua internação, afirmando que sua vida estava parada com prejuízo financeiro e pessoal.

Na admissão foi realizado exame psíquico com os seguintes resultados: auto-cuidado preservado; atitude expansiva; orientada em tempo e espaço; humor hipertímico; afeto ressoante, modulado e congruente; pensamento com curso acelerado e conteúdo autorreferente, persecutório com interpretações delirantes, sem ideação suicida; vontade voltada para atuação do delírio; psicomotricidade aumentada; sem crítica de morbidade. A paciente negava antecedentes pessoais de traumatismo crânio-encefálico, convulsões e complicações no desenvolvimento neuropsicomotor.

Durante a internação, ela se apresentava muito hostil, com agitação psicomotora, dizendo que sua internação era fruto de uma brincadeira maldosa, da qual era vítima. Foi realizado tratamento com haloperidol 10mg, associado à prometazina 100mg e clonazepan 1,0mg. No quinto dia de internação, a paciente, menos hostil, começou a ser medicada com quetiapina 600mg, mas continuava autorreferente, sem crítica de morbidade. Após três dias, sua medicação foi trocada para olanzapina 20mg e foram avaliados exames laboratoriais, tomografia e ressonância magnética de crânio, todos sem alterações. Foi feita a hipótese diagnóstica de episódio maníaco com sintomas psicóticos.

Após 15 dias de internação sem remissão do quadro, optou-se por iniciar ECT associada à olanzapina 10mg. A paciente começou a mostrar indícios de melhora após a segunda sessão, externando menos o delírio, mas permanecia hipertímica. Depois da terceira ECT, relatava que o complô que fizeram contra ela parou, expressando crítica parcial. Manteve melhora progressiva e após a quinta sessão foi para casa de licença médica, com bom aproveitamento e bom convívio familiar, conseguindo realizar algumas atividades de sua rotina. Negava

sintomas persecutórios e interpretações delirantes. Referia dificuldade de concentração em certos momentos, principalmente em ambientes com muitas pessoas.

Mantida em alta, com retornos quinzenais para ECT de manutenção, a qual foi suspensa após a 12ª sessão. A paciente apresentava déficit mnêmico, não se lembrando do episódio que levou à internação, mas sem problemas em realizar as atividades cotidianas. Mantinha-se hipertímica, sendo questionada síndrome a motivacional por uso de neurolepsia. Após a retirada progressiva da olanzapina e introdução do ácido valpróico 500mg, a paciente retornou ao trabalho e a seus hábitos diários, mantendo boa adesão ao tratamento ambulatorial farmacológico e psicoterápico.

DISCUSSÃO

A hipótese diagnóstica de mania com sintomas psicóticos pelo CID 10 foi dada pela presença dos seguintes critérios: presença de elevação do humor fora de proporção com a situação do sujeito; agitação praticamente incontrolável acompanhada de um aumento da energia, levando à hiperatividade; perda das inibições sociais levando a condutas inapropriadas ou deslocadas; presença de idéias delirantes persecutórias, de atividade motora excessiva e de fuga de idéias, tornando incompreensível a toda comunicação.

O tratamento com ECT foi indicado pela literatura para demonstrar eficácia em quadros maníacos com refratariedade a antipsicóticos, risco de síndrome neuroléptica maligna e pela experiência do serviço com o procedimento. A resposta clínica foi satisfatória, apesar de alguns efeitos colaterais já esperados, a perda de atenção e déficit mnêmico¹². Após duas sessões apresentou melhora parcial, e após três sessões houve remissão dos sintomas delirantes, podendo receber alta hospitalar após cinco sessões. Ao todo foram doze aplicações, com boa resposta e adesão terapêutica, podendo voltar ao trabalho e a realizar suas atividades diárias com bom convívio social.

Embora sua terapêutica seja superior aos efeitos colaterais, avaliar o prejuízo de memória subjetiva pode ajudar a comparar a ECT com outros tratamentos. Mais estudos qualitativos e quantita-

tivos são necessários para identificar experiências e efeitos de qualquer perda da memória subjetiva após o tratamento. Há diferença considerável entre os estudos, limitando conclusões significativas. Resultados com medidas comparáveis devem ser coletados em pacientes que recebem tratamentos alternativos, fornecendo mais informações para discussões conjuntas sobre a causalidade deste efeito adverso¹³.

CONCLUSÃO

O caso apresenta uma paciente com remissão da sintomatologia de um quadro maníaco com sintomas psicóticos com a terapêutica proposta, a ele-

troconvulsoterapia. O benefício foi além da melhora sintomática com melhora na qualidade de vida, funcionamento e bem-estar da paciente. Os efeitos colaterais do tratamento, amnésias anterógrada e retrógrada costumam ser transitórios, reversíveis e mínimos, quando comparados aos benefícios trazidos. Com base nos artigos pode-se considerar ser um método seguro, com várias indicações terapêuticas e apesar do estigma, continua sendo reconhecido, aceito e descrito por profissionais de saúde mental. O maior desafio é lidar com o preconceito e resistência ao uso desse tratamento que continua a ser um dos mais eficazes e controversos da medicina.

REFERÊNCIAS

1. Rosa MA. Eletroconvulsoterapia na atualidade e na Santa Casa de São Paulo. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2008; 53(3):130-2.
2. Machado FB, Moraes-Filho IM, Fidelis A, Almeida RJ, Nascimento MS, Carneiro KK. Eletroconvulsoterapia: implicações éticas e legais. *Rev Cient Sena Aires*. 2018; 7(3): 235-47.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. p.1065-72.
4. Estevão G, Porto JE. Eletroconvulsoterapia [Dissertação]. São Paulo: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPE; s/ano.
5. Moser CM, Lobato MI, Belmonte-de-Abreu P. Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. *Rev Psiquiatr RS*. 2005;27(3):302-10.
6. Barbosa IG, Rocha FL. Eletroconvulsoterapia na terapêutica da mania em paciente com hidrocefalia. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57(4):276-79.
7. Cordeiro Q, Rigonatti SP, Ribeiro RB. Normatização do uso da eletroconvulsoterapia para o tratamento de crianças e adolescentes: além dos aspectos técnicos, científicos e éticos. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2012;57(2):92-4.
8. Silva ML, Caldas MT. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol Ciênc Profi*. 2008, 28(2):344-361.
9. Beyer JL, Weiner RD, Glenn MD. Electroconvulsive therapy: a programmed text. 2. ed. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
10. Salleh MA, Papakostas I, Zervas I, Christodoulou GR. Eletroconvulsotherapy: criteria and recommendations from World Psychiatric Association. *Arch Clin Psychiatry*. 2006; 33 (5):262-67.
11. Freire TF. Associação da eletroconvulsoterapia a tratamento farmacológico no transtorno depressivo maior: análise de desfecho clínico, marcadores inflamatórios e neurotrofinas [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
12. Alvarenga PG, Rigonatti SP. Uso de olanzapina e eletroconvulsoterapia em um paciente com esquizofrenia catatônica refratária e antecedentes de síndrome neuroléptica maligna. *Rev Psiquiatr RS*. 2005; 27(3):324-27.
13. Jones SV, McCollum R. Subjective memory complaints after electroconvulsive therapy: systematic review. *BJPsych Bull*. 2019; 43(2):73-80.

Flávia Zuccolotto dos Reis Requena¹,
Roberta Catanzaro Perosa¹

A importância do acompanhamento longitudinal em psiquiatria: de esquizofrenia a transtorno borderline

The importance of longitudinal monitoring in psychiatry: from schizophrenia to borderline disorder

Relato de Caso e Revisão de Literatura

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Sob a ótica de um caso clínico, o presente trabalho valoriza o seguimento longitudinal, a psicopatologia e a revisão histórica de termos e diagnósticos em Psiquiatria. Diante de pacientes com um quadro psiquiátrico polimórfico, com sintomas que preenchem critérios para diferentes entidades nosológicas, o acompanhamento longitudinal tem destacada importância. Primordial para estudar a doença mental é agregar à investigação diagnóstica a biografia daquele que adoeceu. Ferramenta de igual importância é entender epistemologicamente como constructos teóricos podem ser aplicáveis ou não à forma como a pessoa se apresenta.

Descritores: Transtornos mentais; Esquizofrenia; Transtorno de personalidade borderline

ABSTRACT

From the perspective of a clinical case, the present study values the longitudinal follow-up, the psychopathology and the historical review of terms and diagnoses in psychiatry. In the case of patients with a polymorphic psychiatric condition, with symptoms that meet criteria for different nosological entities, longitudinal follow-up is of paramount importance. Primordial to study the mental illness is to add to the diagnostic investigation the biography of this one that got sick. Tool of equal importance is to understand epistemologically how theoretical constructs may be applicable or not to the way the person presents himself.

Keywords: Mental disorders; Schizophrenia; Borderline personality disorder

Data de submissão: 16/01/2019

Data de aceite: 26/08/2019

Correspondência:

Flávia Zuccolotto dos Reis Requena
Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: flavia.zreis@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os quadros psicóticos sempre se constituíram em desafios diagnósticos e terapêuticos para a clínica psiquiátrica. Durante a observação na prática clínica e estudos teóricos, notam-se ferramentas que são importantes na elucidação de quadros psicóticos atípicos, dentre elas o acompanhamento longitudinal.

O estudo minucioso da biografia do paciente com vistas a elucidar essas formas anômalas de vivências subjetivas, o contexto em que aparecem, a relação que aquele estabelece com seus sintomas e o que isso gera na sua relação com o outro propicia o maior entendimento sobre o caso. O acompanhamento longitudinal nesses casos tem importância destacada, visto o polimorfismo que esses pacientes possam apresentar.

O instrumento do médico para abordar a situação da pessoa é a doença¹. Logo, se faz necessário que o médico saiba qual foi o caminho percorrido para que se chegasse a esse nome, essa entidade que engloba certos sinais e sintomas os quais se aplicam individualmente ao seu paciente que sofre.

Desta forma os dados psicopatológicos, bem como os constructos teóricos e o entendimento de suas origens auxiliam o médico a encontrar respostas para as perguntas que se faz diante de um paciente.

Apresenta-se um caso clínico no qual a paciente apresenta-se de maneira polimórfica, tratada como um transtorno psicótico e durante o seguimento longitudinal foi entendida como uma pessoa que preenchia critérios clínicos para o conceito de transtorno da personalidade *borderline*. Para tanto foi necessário rever historicamente quais são esses critérios, e em quais pontos psicopatológicos poder-se-ia ter apoio para a afirmação ou negação de um determinado diagnóstico.

O conceito *borderline* atual foi formulado no sistema diagnóstico da classificação norte americana das doenças mentais em 1980, DSM III, como um distúrbio específico da personalidade

que apresenta comportamentos específicos, auto lesivos, sentimentos de vazio interno e defesas egóicas primitivas².

Anteriormente a essa definição o quadro dito *borderline* inicialmente agregava sintomas que se estendiam desde o espectro “neurótico” até o “psicótico”, muitas vezes de forma vaga. Observa-se que estes pacientes mal se encaixavam em uma neurose grave ou entre as conhecidas psicoses endógenas³.

A proposta é o estudo do conceito *borderline* em seu surgimento, suas limitações e suas modificações ao longo dos anos e de que forma esse constructo foi importante no desenvolvimento de um plano terapêutico para o caso a ser apresentado.

RELATO DE CASO

M.M.M, 20 anos, feminino, ex-estudante de direito (interrompeu no primeiro semestre). Iniciou seu tratamento na psiquiatria em novembro de 2015 após ter sido encaminhada pela sua psicóloga.

A paciente relata que desde os 7 anos de idade escutava vozes que diziam palavras depreciativas e para que ela maltratasse os outros e a si mesma. Conta que as vozes estão presentes o tempo todo e que para se controlar joga jogos violentos, o que não tem grande impacto em acalmá-la. Diz que desde criança vê vultos como se fossem silhuetas pretas, e que isso não a assusta, pois com eles se sente menos sozinha. Hoje não se importa mais com o fato de ficar sozinha, mas observa que isso já a incomodou bastante. A paciente refere que muitas vezes tem quadros de “apagões mentais” e me dá como exemplo situações em que estava no ônibus indo para algum lugar e que de repente tinha o apagão, não sabia mais quem era ou onde estava, e quando retomava a consciência já tinha perdido o ponto onde iria descer ou se encontrava em um lugar onde não estava programando ir. Diz normalmente ter esses apagões quando está sozinha à noite e insone, e que quando tem em local público as pessoas ao seu redor não percebem.

Como outro exemplo de apagão, e diz que este é bem recorrente, tem o evento e de repente acorda na cozinha com uma faca na mão, ou ao lado da cama em que sua mãe está dormindo e que nesses momentos de insanidade já fez cortes em si e só se deu conta do que ocorreu quando saiu desse estado onírico.

Relata que sempre gostou de imagens violentas e seriados com o tema que envolva sangue e morte, e observa que sua mãe também gosta desse tipo de conteúdo, o qual também busca na internet. Conta sobre vezes em que foi agressiva com colegas de escola ou até com o namorado e sobre ter matado um hamster e um gato cortando seu pescoço na sua casa, sem que ninguém percebesse. Dizia ter vontade de matar todos que a cercam, mãe, padrasto e seus poucos amigos e que assim poderia salvá-los desse mundo. Conta que quando tinha cerca de 12 anos fez uma queimadura em antebraço à esquerda, pois as vozes mandavam. Relata ter tentado suicídio 3 vezes, a primeira com ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica, a segunda com ingestão abusiva de medicamentos e a terceira vez cortando os punhos, porém seu padrasto chegou no exato momento em que ia cometer esse ato e a impediu. Em nenhuma dessas tentativas foi necessária internação hospitalar. A paciente fala que ao ver sangue se sente mais calma e volta ao controle, por isso por vezes faz pequenos cortes em seu antebraço e também em região de coxa. Muitas vezes faz isso porque obedece ao que as vozes ordenam.

No início de seu tratamento foi aventada a hipótese diagnóstica de F29 (Tx Psicótico não orgânico não especificado) – CID 10 (4) e iniciado o tratamento medicamentoso, que será descrito adiante. A paciente trazia às consultas um conteúdo mórbido, agressivo e sem profundidade se autodenominando psicopata e que gostaria de morrer até os 18 anos. Tinha dificuldades nas relações sociais, com conflitos nas poucas amizades, queixava-se de desânimo intenso, insônia, apresentava-se desesperançosa, em estreitamento de seu campo vivencial, com pseudo alucinações e alucinações

auditivas. Por vezes queixava-se ainda de ilusões visuais (descrevia vultos negros) e tinha ideação suicida não estruturada.

A paciente apresentava seus cabelos desarumados, vestia calça jeans larga e camiseta e trazia consigo uma mochila, que normalmente tem algum tema de desenho ou filme, normalmente um anti-herói de histórias em quadrinho. Estava sempre de fones de ouvidos, certa vez perguntei por que e ela disse que ajudava quando as vozes estavam incomodando. Durante as entrevistas iniciais dava pouca continuidade ao diálogo, o conteúdo chocante de seu discurso de morte, sangue e ódio era trazido de forma descompromissada e sem afeto, com leveza e de forma desresponsabilizada. Com o passar das sessões passou a falar mais em suas histórias mórbidas a cada consulta a paciente trazia mais informação, com seu discurso repleto de incoerências, situações fantásticas e de competência crível mínima. Durante o seguimento ambulatorial a paciente passou a falar sobre o desejo de ser um *serial killer*, pois isso preencheria o vazio que sente. Insistindo nesta idéia, optei por internação em “Hospital Dia” do serviço de Psiquiatria do HSPE para seguimento mais próximo.

A paciente era colaborativa com o tratamento, com poucos momentos em que deixou de aderir às medicações, o que era comprovado com a dosagem sérica do ácido valpróico. Participava das oficinas terapêuticas, onde desenhava temas mórbidos. Em um momento durante o primeiro mês de tratamento a paciente apresentou ideação suicida estruturada, sendo internada, em regime de internação integral, por um período breve de um final-de-semana, o que aceitou passivamente. Certa vez me deu de “presente” um desenho que tinha uma cabeça de caveira em cima de uma bandeja, com sangue. Perguntei o que era aquilo e ela disse: “É assim que as vozes falam para que eu faça com você”. Ainda indaguei o que ela esperava que eu achasse sobre aquele presente, ela disse sorrindo: “Veja o lado bom eu nunca dou presentes para ninguém”.

É filha única, de uma gestação indesejada, na qual sua mãe tentou o abortamento por duas

vezes com relato de sangramentos importantes durante a gestação. Não teve contato com seu pai, relata que ele a abandonou aos dois anos de idade. Conta ainda que sua mãe a levava para visitá-lo até os 5 anos de idade, até que um dia algo aconteceu e ela nunca mais quis voltar lá. Diz que talvez tenha sido agredida, ou molestada, não se recorda, e uma vez disse ter tido o pesadelo no qual teria sido molestada por seu pai, mas não falou mais sobre isso.

Passou sua infância e adolescência morando com a mãe e a avó e posteriormente também com seu padrasto. Nesse período ficava sozinha em casa por muito tempo enquanto sua mãe trabalhava. Tinha relação conturbada com ela, conta que sofria cobranças variadas e constantes agressões verbais e que sua casa era um ambiente de constantes brigas entre os familiares. Relata que na escola tinha muito poucos amigos, pois as pessoas achavam que seu jeito era estranho. Era boa aluna e não teve reprovações. Possui muitos amigos virtuais com quem joga, alguns deles chama de irmãos, inclusive tinha uma amiga que chamava de mãe, pois se dizia cuidada por ela. Relata solilóquios, conta que tinha amigos imaginários e alguns persistem até hoje, que fala com eles e eles respondem. Teve 2 namorados que via muito pouco e está há cerca de 3 anos com o namorado atual que vê uma vez por mês, se comunicando mais pela internet. Nunca teve relações sexuais, diz: “Ainda não tive relação sexual, acho estranho pois não estou no controle, já tentamos duas vezes mas sempre tem um momento que eu paro e não quero mais continuar, me sinto mal.” Seu namorado, ocupa um lugar importante nos vínculos da paciente, que disse que pensava em um dia formar uma família com ele, pois isso talvez preencheria o vazio que sente. A paciente relata ficar muito irritada quando o solicita, ligando para dizer que está mal e não é atendida. Diz que às vezes ele demora em atendê-la o que para ela significa que ele não gosta e não se importa com ela. Diz que sempre quando confia em alguém se machuca.

Apresentou então melhora dos sintomas mais críticos como insônia e isolamento, melhora

parcial das vozes e com certa permissibilidade em ampliar seu discurso e possibilidades e falar sobre outros temas. Após 90 dias de internação em Hospital Dia a paciente veio para ambulatório.

A paciente foi apresentando uma evolução positiva, dormia melhor, sentia-se melhor, apesar de dizer que mesmo com o tratamento nada ajudaria a tirar o vazio que sente. Dizia muitas vezes que a vida não tinha sentido e flertava com a possibilidade de que se um dia conseguisse matar alguém ou se matar esse sentido seria encontrado. Durante as consultas, o objetivo era conduzir a paciente para longe do conteúdo mórbido de seu discurso, pois acreditava-se que agindo dessa forma a paciente não externalizaria as suas fontes de angústia e permaneceria atacando o interlocutor e mantendo-se distante. Apareceram então sintomas centrais de seu mal estar: os desentendimentos e a sensação de abandono em relação a sua mãe, não ter auto-estima, não conseguir fazer amizades e a sensação de que ninguém é confiável, pois nas poucas vezes em que confiou em alguém ela disse ter se decepcionado. Dizia que sempre estava disposta a ajudar quando os outros precisavam, mas quando ela precisava sentia-se ignorada e rejeitada pelas pessoas que mais considerava. Por vezes passava toda a consulta falando sobre a dificuldade na relação com as amigas, agia de forma inflexível e dizia que se elas não podiam falar com ela no momento em que estava aflita, então não precisava mais daquela amizade.

Durante o seguimento a paciente fez um curso de bombeiros, duração de 6 meses, o qual concluiu com sucesso. Chegou a fazer uma prova para ser policial que é um grande sonho que tem, porém não concluiu a prova dizendo que as vozes a desconcentraram. Desde que iniciou-se o tratamento foi a melhor fase que a paciente teve. Tinha planos para o futuro, conseguiu um estágio não remunerado como guarda florestal que ia aos domingos e gostava. Porém depois de um tempo foi desligada, alegando que seus colegas de trabalho viam conteúdos mórbidos nas mensagens que ela

deixava em seu celular e essa teria sido a causa de seu desligamento. Apresentou pouca crítica sobre essa situação, disse: “Se não me aceitam também não quero ficar lá”.

Por vezes, mesmo em boa fase, dizia que tinha o que chama de “surto”. As vozes vinham, ficava rememorando questões passadas, como o quanto sua mãe brigava com ela e as traições e decepções que sofrera em suas amizades. Apesar desses episódios dizia que conseguia voltar ao controle e sentia-se bem por isso. Paciente seguia estável, porém teve piora importante durante o Natal, com crises de choro intenso, discursiva sobre ódio, rejeição e abandono e o quanto gostaria de matar as pessoas que a cercavam. Mantinha sua falta de reconhecimento sobre seus sentimentos, sentia que sempre estava à beira de perder o controle e que nada iria adiantar. Fala em tom desresponsabilizado sobre suas atuações e reações inadequadas como dar gargalhadas em situações de tensão e executar cortes em si. Em uma sessão a paciente observou que nas relações que estabelece com os outros sempre espera que o outro esteja 100% disponível para ela, esboçando alguma crítica. Depois se contradiz e fala que na verdade não se importa com ninguém, portanto que isso não faz diferença. Observo e pontuo para a paciente a sua ambiguidade e a forma pueril com que age em certas situações. A paciente concorda, mas não parece estabelecer real crítica sobre seu comportamento.

Após discussão com uma amiga que considera importante em seus relacionamentos, voltou ao seu discurso de desesperança, mal estar intenso, abandono e decepção na relação com os outros. Passou a ter crises com sintomas ansiosos. Sensação de taquicardia, mal estar inespecífico e também choro fácil que tinham melhora com o uso de clonazepam. Após briga com o padrasto, a paciente manteve piora em seus sintomas e voltou em seu discurso a falar sobre raiva intensa, agressão e homicídio. Fez cortes superficiais e escreveu a palavra *killer* em sua barriga com sangue. Tirou foto e me mostrou o que

fez durante uma consulta. Apresentava humor mais instável, e dizia que estava difícil continuar a viver.

Após assistir alguns episódios de uma série em que uma adolescente que sofre *bullying* comete o suicídio, cortou o cabelo para ficar parecida com o da protagonista, e diz que aquela é a história de sua vida. Diz não querer morrer, pois deseja estar viva para maltratar quem já a maltratou. Passou a ter mais episódios dissociativos quando diz ter perda de consciência e não saber mais onde está. Por esse motivo ela e sua mãe fizeram um colar com uma plaquinha com seu nome, endereço e o telefone da mãe. As vozes segundo a paciente passaram a ficar mais frequentes, lembrando-a de como deveria se machucar ou matar para sentir-se melhor. Passou a ficar mais isolada, e tomava vários banhos ao dia, dizendo que os banhos a acalmavam. Mantinha campo vivencial estreitado, conteúdo de sensação de vazio, pouco entendimento de si, de seus sentimentos e descontrole sobre suas atitudes. Passou a ficar mais atuante, cortando-se e com episódios de libação alcoólica e em um destes episódios, tentou jogar-se da escada, quando foi reinternada em Hospital Dia.

Apresentava-se ao exame psíquico com humor hipotímico, afeto hiporressivo, sorriso pueril, atenção e memória preservadas. Conduta de forma não responsabilizada sobre seus atos. Pensamento com curso normal, forma rígida, conteúdo acerca de seus sintomas, sua não melhora, falta de controle, pouco reconhecimento de seu mundo interno, incapacidades e frustrações, sem expor conteúdo delirante, com relato de alucinações auditivas. Trocava o L pelo R ao falar.

Doenças prévias: Rinite alérgica

Exames adicionais:

EEG de novembro de 2015 e agosto de 2016 sem alteração.

SPECT 2016: Distribuição assimétrica, heterogênea do indicador na região cortical dos hemisférios cerebrais, notando-se hipoconcentração nos lobos parietais bilateralmente. As demais

regiões não aparentam alterações patológicas de sua perfusão sanguínea.

Exames laboratoriais sem alteração.

Em seu tratamento medicamentoso, no início utilizou-se risperidona 2mg/d, que a paciente não tolerou por seus efeitos colaterais (hiperprolactinemia com galactorréia). Trocou-se a risperidona pelo aripiprazol 15 mg/d. A paciente teve piora da insônia e mantinha sua sintomatologia. Substituiu-se então o aripiprazol pela olanzapina, progredindo a dose até 30 mg/d com importante ganho de peso, sem melhora das alucinações. Associou-se fluoxetina 20mg/d e a paciente apresentou melhora de seu quadro geral, melhora no contato, ficando menos introvertida, com remissão da ideação suicida e melhora de seu humor. Trocou-se a olanzapina por haloperidol devido ao ganho de peso. Permanecia ainda bastante sintomática. Devido à impregnação com haloperidol, iniciou-se então sulpirida 200mg/d, progredindo a dose para 400mg/d e aumentado a fluoxetina para 40mg/d, porém a paciente apresentou-se estacionada em seus sintomas, com posterior piora deles. Suspendeu-se gradualmente a fluoxetina e a sulpirida e iniciou-se levomepromazina até a dose de 800mg/d e carbamazepina até a dose total de 600mg/d. A insônia da paciente persistia e então associou-se periciazina gotas com boa resposta. Para maior contenção dos sintomas de alucinações e auto-mutilação, substituiu-se a carbamazepina pelo ácido valproico até a dose de 1g/d e risperidona 0,5mg/d até 1mg, com melhora importante. Porém a paciente apresentou galactorréia mesmo com dose reduzida da risperidona. Diminuiu-se então a dose da risperidona, iniciamos então quetiapina até dose de 200mg/d e clonazepam 2 mg a noite, medicação com a qual a paciente manteve-se estável por um bom tempo e seguiu em melhora. Houve suspensão posterior da risperidona que já estava em dose baixa (0,5 mg). Devido ao aumento de peso importante e solicitação da paciente e de sua mãe, foi realizada a troca de ácido valproico por oxcarbamazepina até a dose de 2g/d, porém devido a piora de sua sintomatologia, retornou-se ao

ácido valproico na dose de 1250 mg/d, associado a quetiapina 600mg/d e a clorpromazina 200 mg/d.

Nota-se aqui o difícil manejo medicamentoso e a refratariedade dos sintomas às tentativas terapêuticas.

DISCUSSÃO

A história da paciente suscita vários questionamentos e possibilidades diagnósticas e a depender de qual hipótese fosse aventada como a principal isso determina a forma de pensar sobre o caso e as possíveis medidas terapêuticas. Porém chegar a esse nome, ou a essa doença, que englobaria toda a manifestação do quadro da paciente não era um caminho breve.

Se o instrumento médico para abordar a situação da pessoa é a doença¹, buscou-se prováveis doenças em que poderia encontrar a paciente. Com tão amplas opções, ao isolar os sintomas e queixas centrais sobre o seu mal-estar, a investigação parecia ainda sem solidez devido a um quadro bastante polimórfico.

Com uma gama de possibilidades que se encontrava e nenhuma muito satisfatória, encontrou-se uma orientação em “O que os Psiquiatras fazem”, de Sonenreich e Estevão¹: *“O psiquiatra trata de pessoas doentes, e não de “casos”. Alterações, sofrimento, desajustes e perda de capacidades são da pessoa. Não as encaramos como funções perturbadas, que devem ser identificadas, medidas e tratadas, mas como modificações globais da pessoa, de seu modo de existir e de estar no mundo.”*

A paciente vinha do ambulatório da Psiquiatria infantil com uma hipótese diagnóstico de transtorno psicótico não orgânico não especificado, em seguida esquizofrenia paranóide⁴, e fora internada com a proposta de iniciar clozapina, por insatisfação no tratamento com antipsicóticos em relação às suas alucinações.

Estudando a entidade Esquizofrenia, voltamos a Bleuler, em sua monografia com o título “De-

mência precoce ou o grupo das esquizofrenias". A esquizofrenia era definida por Bleuler como um *"grupo de psicoses que dificilmente retornava ao total íntegro do indivíduo, caracterizada por um tipo específico de alteração dos pensamentos, dos sentimentos, e da relação com o mundo exterior"*⁵. Em todos os casos encontrar-se-ia uma CLIVAGEM das funções psíquicas, que atingiria a personalidade, o processo associativo e os afetos.

Bleuler⁵ caracterizou a doença em sintomas fundamentais, os quatro "as" da esquizofrenia, que seriam: Autismo (inclinação a distanciar-se da realidade, indiferença ou desapego à realidade em predominância da vida interior); Transtornos da afetividade (incongruência e inadequação afetiva como paratimia, riso imotivado); Transtorno da Associação (descontinuidade nas associações, onde o pensamento opera com idéias e conceitos que não tem relação entre si, de forma fragmentada), que é observado através da linguagem; Ambivalência (vontade, afeto e intelectual)⁶.

Como sintomas acessórios aparecem os delírios e alucinações⁷, os quais segundo Bleuler podem ou não estar em todos os casos. Isso ocorreria, pois estes são: *"... em parte funções psíquicas que operam em condições alteradas, e em parte os resultados das tentativas de adaptação, mais ou menos exitosas, às perturbações primárias"*⁵.

Ainda na época de 1911, em interlocução entre Freud e Jung, quando Freud publicou-se a *"Análise psicanalítica de Daniel Paul Schreber"*, comparou a paranóia à esquizofrenia, revolucionando a concepção de delírio, não mais como mero sintoma e sim observando que *"A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução"*⁸.

Voltando ao caso clínico observou-se que, apesar de serem sintomas secundários que podem ou não aparecer, observou-se que a paciente nunca apresentou-se delirante. Pode-se supor aqui que isso não aconteceu, pois provavelmente não houve substrato psíquico, ou seja, desintegração das

associações ou da organização do pensamento para que emergisse tal manifestação.

Um pouco antes Kraepelin unia em seu conceito no qual observou a característica evolutiva dando o nome de demência precoce às 3 formas já descritas por outros autores: a paranoide ou delirante (Zibber), a catatônica (Kahlbaum) e a Hebefrênica (Hecker, discípulo de Kahlbaum): (Paraphrenia hebética uma doença mental que eclodia na puberdade e caracterizava-se por fenômenos regressivos: infantilidade, passividade e desagregação da personalidade). Ainda Hecker observou que o enfraquecimento intelectual era anunciado por anomalias da construção sintática, com a impossibilidade de elaborar um pensamento de forma concisa ou uma propensão a desviar o modo normal de falar e escrever, ou seja, os distúrbios formais da linguagem traduziam diretamente o drama do desmoronamento do eu⁷.

Mais adiante, em 1926, Minkowski, que foi assistente de Bleuler, mas que em vários pontos se afastava das proposições bleurenianas, apresentou sua tese sobre a esquizofrenia como *"A perda no contato vital com a realidade"*, demonstrando que a perturbação esquizofrênica baseia-se na ruptura radical com o mundo humano, com o laço social, mergulho em uma vivência de absurdo e sem sentido que impõe uma reconstrução forçada da existência, do corpo e do estar-no-mundo⁹.

Enfatiza-se, as já citadas em Hecker, alterações da linguagem e, por conseguinte, da comunicação que ocorreriam nesta doença, incluindo outras formas além das verbais.

Sonnenreich em seu livro *"Esquizofrenia"*¹⁰ observa que o modo do indivíduo se comunicar contextualiza em boa parte, e de forma mais sintética, como vai o psiquismo. Teoriza que isso poderia ser até mais efetivo que a investigação de funções isoladas do sistema psíquico (como memória, atenção, afeto etc), sugerindo, pois que seria uma boa maneira de avaliar como está o psiquismo. Isso considerando o homem como parte de seu mundo, em relação com os outros, que transmite e recebe mensagens o tempo todo que

o modificam. O autor sugere que atentar para essa particular forma de alteração em algo tão humano que é a forma lógica existente na comunicação poderia ser um dado psicopatológico a ser avaliado. Sonenreich vai até Piaget para explicar que adotar o pensamento lógico é um processo de socialização, de entrada progressiva no mundo dos outros. Eu falo algo para alguém e aguardo esse *feedback*, se esse alguém concorda, discorda, sabe sobre aquilo que eu disse ou não e assim se estabelece a comunicação.

No delírio, por exemplo, o indivíduo atribui a um acontecimento significados que os outros não lhe atribuem, ou seja, rompe com a lógica¹⁰. Por vezes os pacientes apenas repetem as perguntas do médico (ecolalia), ou apenas respondem sim ou não. Sua comunicação parece ineficiente ou perdida, o paciente parece bastar-se a si mesmo, por isso a comunicação com os outros é dispensável.

É possível então fazer um paralelo entre Sonenreich e Minkowski, no qual a perda da comunicação lógica se mostra como o anúncio da perda do contato vital com a realidade, bem como é estampada consequência desse fenômeno.

A paciente cujo caso se relata, muitas vezes em consulta me perguntava como ela deveria fazer para ter novas amizades, ou sentir-se melhor consigo mesma, pois não tinha auto-estima e odiava a sua existência. Ainda, percebia em si a angústia em não entender seu mundo interno e não conseguir relacionar-se de forma saudável com outras pessoas. A paciente identificava-se com certos personagens de séries e desenhos, publicava muitas vezes em seu celular como se sentia triste com alguma pessoa com a qual discutia, flertava com a morte, postava até mesmo situações cotidianas e também a forma como seus sintomas a incomodavam. Posta ainda imagens de pessoas com uma faca em mãos, ensanguentadas. A avaliação que se fazia é que, no intuito de se comunicar, a paciente age ora em apelo, ora em ameaça e até em brincadeira.

Deve-se pontuar que são descritos em pacientes jovens, nos casos de pródromo ou mesmo como quadro inicial de esquizofrenia sintomas tipicamente neuróticos⁶. Apesar disso, após a revisão

do conceito de esquizofrenia é difícil entender essa paciente como alguém que rompeu com o mundo exterior, em sua associação de pensamentos e afetos ou com a comunicação lógica. Portanto esse conceito não foi o suficiente para se explicar todas as nuances do caso em questão.

Pois então o que explicaria esse quadro apresentado e sua riqueza?

Henry Ey descreve em seu capítulo de esquizofrenia com subtítulo “*O início*”. A esquizofrenia *incipiens*⁶ um quadro bastante polimórfico, que pode ter uma forma progressiva e insidiosa, que lentamente, conduz o doente desde a predisposição caracterial ou neurótica até a esquizofrenia. Descreve, pois, dois tipos de caráter pré-esquizofrenico: a esquizoidia evolutiva e as neuroses pré-esquizofrênicas, sendo esta que em seus surtos com conversão, amnésia sistemática e crises de excitação histéricos-like, poderiam passar para a impulsividade e autismo, caracterizando a fase de discordância. Segundo Henry Ey deve-se atentar para a progressão e rapidez dos distúrbios e, sobretudo a importância do delírio e Síndrome de Dissociação. Atentar ainda para características que poderiam fazer pender para o diagnóstico de histeria: mitomania, importância dos conflitos atuais, sugestionabilidade, etc.

Buscando mais respostas, encontram-se dados mais satisfatórios ao estudar o conceito de transtorno “*borderline*”. Para tanto, é necessário uma contextualização histórica do surgimento desse conceito e sua aplicabilidade.

Há muito tempo havia a necessidade de se criar categorias diagnósticas para transtornos mentais graves, próximos da alienação mental, que não tinham sintomas declarados de “loucura”. Assim Kahlbaum e Hecker descreviam um síndrome comum a adolescentes, que apesar de aparentada com a hebefrenia, se assemelhava ao que é hoje conhecido como “*borderline*”. Observa quadros menos graves nos quais predominam alterações do comportamento ético-social. Em seu trabalho em 1890 é que ele usa o nome hebidofrenia³. As

alterações aqui seriam principalmente na esfera das relações sociais e da personalidade, além de alterações na esfera instintiva, distúrbios da compreensão das regras morais e dos hábitos culturais.

A heboidofrenia seria menos desastrosa, o doente não perderia as capacidades cognitivas básicas e o quadro não evoluiria para quadros confusionais ou deficitários. Ficavam facilmente irados, apresentavam certa dificuldade em apreender de forma precisa a realidade, porém não tinham ideias delirantes verdadeiras.

Em 1911 quando Bleuler refere-se ao grupo das esquizofrenias⁵ fala sobre um grupo de pacientes que, apesar de um comportamento social convencional, trazem consigo, de modo subjacente, elementos de esquizofrenia. Denomina então o termo chamado esquizofrenia latente, utilizado também por Rorschach em 1921. Em 1941 Zilborg cria o termo esquizofrenia ambulatorial, para salientar formas frustradas, quase não identificáveis de esquizofrenia que em vez de se encontrarem internos em hospitais, habitavam ambulatorios³.

Em torno dessas intrigantes situações clínicas em que os pacientes apresentavam um comportamento extremamente instável, impulsivo, com períodos de agitação e desespero nos quais podiam chegar a auto agressão e ao suicídio, sem contudo desenvolverem um quadro psicótico franco, Stern, psicanalista, em 1938, em seu trabalho *“Terapia e investigação psicanalista do grupo das neuroses borderline”*, usa o termo, falando sobre “pacientes que despertavam fortes relações contra-transferenciais em seus terapeutas e que tendiam a regredir intensamente na falta de uma estrutura ambiental mais organizada, situação que eles, paradoxalmente, buscavam evitar”¹¹.

Stern descreveu 10 sintomas fundamentais: São eles: Narcisismo: seria a base sobre o qual se organiza esse estado psíquico em um paciente que passou por experiências precoces e continuas de abandono, negligência, crueldade. O narcisismo tem como consequência à má nutrição afetiva. Sangra-

mento psíquico: colapso das capacidades de reação do indivíduo. Hiper-sensibilidade desordenada. Rigidez psíquica. Tendência a reações terapêuticas negativas. Sentimentos de inferioridade, que por vezes podem ter um colorido delirante, tamanha a convicção do sujeito de ser uma pessoa inferior. Masoquismo, tendência a auto-piedade, autocomiseração. Insegurança somática ou ansiedade. Mecanismos de projeção como expressão da imaturidade dos processos psíquicos em jogo, uma vez que o indivíduo pode se proteger mais facilmente se considerar o ambiente como hostil. Através desse dispositivo ele consegue uma explicação de suas dificuldades fundada na atitude supostamente agressiva dos outros. Dificuldade para testar a realidade¹¹.

Nesse período vários termos surgiram, porém em 1953 após o trabalho de Knight *“Estados borderline”* o termo passou a ganhar mais espaço na literatura psiquiátrica e psicanalítica. Ele usava para pacientes internados que não podiam ser classificados como neuróticos ou psicóticos³.

Desde então surgiam dúvidas: *“Borderline”* era um tipo de paciente ou um estado transitório? Era uma organização da personalidade ou uma forma grave de neurose? Era um tipo atenuado de psicose? Ou um quadro que os clínicos não conseguiam enquadrar nas categorias diagnósticas bem conhecidas?

No CID 9¹² o termo *“borderline”* é praticamente sinônimo de esquizofrenia latente (alegavam que este era o melhor lugar para formas indefinidas de esquizofrenia).

Em 1980, o DSM III², concebido para ser um modelo diagnóstico atóxico, buscando afastar-se das ambiguidades, das expressões clínicas subjetivas, colocando o foco nos comportamentos mais manifestos em detrimento da observação do mundo interno e das vivências íntimas do sujeito que sofre da doença mental, o termo *“borderline”* migra, no que parece algo sem volta, para o grupo dos transtornos de personalidade, dividindo-se em distúrbio esquizotípico da personalidade e o propriamente dito Distúrbio de Personalidade *“borderline”*. Ficou então nas próximas edições

o transtorno esquizotípico como o sucessor da esquizofrenia latente, e os pacientes denominados “borderline” os que sofrem de um grave transtorno de personalidade.

Isso ocorreu, pois foi observado que o termo era usado para dois tipos de pacientes: um que tinha importantes traços de instabilidade, vulnerabilidade à frustração, distúrbios da identidade, impulsividade, perda de controle sobre a raiva e atuações autodestrutivas, com sentimentos crônicos de vazio e intolerância em estar só, que seriam os “borderline”, e outros que eram usualmente estáveis ao longo do tempo mas tinham comportamentos bizarros, idéias deliróides (principalmente de auto-referência), pensamento mágico, isolamento social, inadequação afetiva, que seriam os esquizotípicos³.

No CID 10⁴ o transtorno esquizotípico permanece no capítulo das esquizofrenias, mostrando-se de forma aparentada à esquizofrenia, e o transtorno de personalidade “borderline” no capítulo dos transtornos de personalidade emocionalmente instável.

Dalgallarrondo e Vilela observaram que no tratado de Bleuler no qual ainda se usa “borderline” como transição entre neurose e psicose, o que ele classificava como noção de esquizofrenia “borderline” assemelha-se à nossa descrição atual de personalidade “borderline”:

“As perturbações fronteiriças constituem-se primordialmente nas descargas afetivas impulsivas, na irregularidade e contradição nas relações afetivas, na insegurança a respeito da própria identidade, nas disforias e ocasionalmente, nas idéias deliroides, apesar de faltar a confusão esquizofrênica”

A fim de pensar sobre esses diagnósticos deve-se lembrar dos fenômenos típicos contemporâneos: sentimentos crônicos de vazio, impulsividade, auto-mutilação, episódios psicóticos de curta duração, tentativas manipuladoras de suicídio e frequentemente, relações interpessoais muitas vezes conturbadas, insatisfatórias, invasivas e ade-

rentes, que caminham para relações de extrema dependência. Sentimento de raiva e ira, predomínio de ansiedade, com momentos de depressão relacionada a profundo sentimento de rejeição e anedonia. Esses episódios psicóticos transitórios tendem a apresentar-se: relacionados a stress; rapidamente reversíveis ou transitórios; de modo geral tem ausência de ideias delirantes e alucinações claras. Há a vivência de perplexidade intensa e confusão intensa³.

Contextualizando ainda o diagnóstico nas classificações atuais, de acordo com DSM IV- TR (2002) e DSM V (2013)¹³⁻¹⁴, encontram-se os seguintes descritores para o transtorno de personalidade “borderline”: *“Um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos e acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por 5 (ou mais) dos seguintes critérios:*

- 1. Esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado.*
- 2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.*
- 3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento de self.*
- 4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex. gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente).*
- 5. Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.*
- 6. Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex. episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias).*
- 7. Sentimentos crônicos de vazio.*

8. *Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva*) por ex., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes.

9. *Ideação paranoide transitória e relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos*

No CID 10⁴, é importante observar que o mesmo transtorno é descrito como transtorno de personalidade emocionalmente instável (F60.3), que é classificado por um transtorno no qual há uma tendência marcante a agir impulsivamente sem consideração das consequências, junto com instabilidade afetiva. A capacidade de planejar pode ser mínima e acessos de raiva intensa podem, com frequência, levar à violência ou a “explosões comportamentais”; estas são facilmente precipitadas quando atos impulsivos são criticados ou impedidos por outros.

Duas variantes desse transtorno são especificadas e ambas compartilham esse tema geral de impulsividade e falta de autocontrole:

F60.30 - Tipo impulsivo, com predomínio de instabilidade emocional e falta de controle de impulsos, com acessos de violência ou comportamento ameaçador, particularmente em resposta a críticas de outros.

F60.31 - Tipo “borderline” (limítrofe), com várias características de instabilidade emocional presentes. Além disso autoimagem, objetivos e preferências internas (incluindo a sexual) são pouco claras ou perturbadas. Há em geral sentimentos crônicos de vazio. Uma propensão a se envolver em

relacionamentos intensos e instáveis pode causar repetidas crises emocionais e pode estar associada com esforços excessivos para evitar abandono e uma série de ameaças de suicídios ou atos de auto lesão (embora esses possam ocorrer sem precipitantes óbvios).

CONCLUSÃO

Em casos em que os pacientes têm uma apresentação polimórfica, com queixas e sintomas que sugerem diversos diagnósticos, o acurado exame psicopatológico, o levantamento detalhado da bibliografia do paciente e seu seguimento longitudinal são ferramentas diagnósticas especiais. Observa-se que entender a origem de cada diagnóstico em sua nosologia e contexto facilita o psiquiatra a definir seus critérios de inclusão do caso clínico à descrição teórica. Ainda são necessários mais estudos que garantam autonomia nosológica e clínica sobre o transtorno “borderline”.

Sobre a paciente descrita faz-se necessário manter seu acompanhamento longitudinal para que seja possível concretizar ou não essa hipótese diagnóstica e saber o quão deletério ao seu psiquismo e forma de vida seu sofrimento irá se configurar, dando ferramentas para que a mesma aprenda a lidar com suas angústias e usar das medicações disponíveis e práticas psicoterápicas que possam ajudá-la. É bem possível que a paciente se mantenha em sua instabilidade, estável, assim como outros que sofrem desse transtorno.

REFERÊNCIAS

1. Sonenreich C, Estevão G. O que psiquiatras fazem. São Paulo: Casa Editorial Lemos; 2007. p.8-12.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 ed. Washington, DC: American Psychiatry Association; 1980.
3. Dalgalarondo P, Vilela WA. Transtorno borderline: história e atualidade. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 1999; 2(2):52-71.
4. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10 rev. v.1 São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
5. Bleuler E. Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Paidós; 1911.
6. EY H, Bernard P, Brisset C. As psicoses esquizofrênicas. In: Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson; 1985. p. 535-615.

7. Pereira ME. Bleuler e a invenção da esquizofrenia. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2000; 3(1):158-163.
8. Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia, 1911. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. XII, p. 95, 103.
9. Pereira ME. A perda do contato vital com a realidade na esquizofrenia, segundo Eugenè Minkowski. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2004; 7(2):125-29.
10. Sonenreich C. Esquizofrenia: a literatura e a clinica dos casos assim chamados. São Paulo: Manole; 1977. p.13-18.
11. Pereira ME. A introdução do conceito de “estados limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the borderline group of neuroses”. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 1999; 2(2):153-58.
12. Organização Mundial da Saúde. CID 9 Nona revisão da Classificação Internacional de Doenças. Genebra: OMS; 1976.
13. DSM-IV-TR- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
14. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais DSM-V. 5 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2013.

ORIENTAÇÃO AOS AUTORES

A Revista Científica do IAMSPE é uma publicação oficial do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil, **ISSN 2316-817 X**.

Com periodicidade quadrimestral, é aberta à publicação de artigos científicos referentes à saúde, qualquer que seja sua origem, desde que atenda as orientações descritas abaixo.

Todos os artigos, após aprovação dos editores, serão encaminhados para análise e avaliação dos revisores. Os comentários serão devolvidos aos autores para que possam utilizar as opiniões ali emitidas, se assim julgar necessário.

Após as correções sugeridas, o trabalho definitivo deverá ser reencaminhado a revista. Tendo o(s) revisor (es) e editores aprovado, será informado ao autor o número da revista em que será publicado.

A editoria se outorga o direito de fazer pequenas correções de idioma ou de digitação, sem qualquer mudança de sentido do escrito.

SEÇÕES

A Revista Científica do IAMSPE tem as seguintes Seções: Editorial, Opinião do Especialista, Artigo Original, Revisão da Literatura, Relato de Caso, Relato de Caso + Revisão da Literatura, Aprendendo com a Imagem

1. EDITORIAL

Página de comunicação dos editores com os leitores.

Até 1 (uma) lauda

2. OPINIÃO DO ESPECIALISTA

Texto que aborde um tema de interesse relacionado ao exercício profissional do público alvo da Revista, escrito por um autor escolhido pela Editoria.

Até (2) duas laudas

3. ARTIGO ORIGINAL

Apresentação de pesquisas originais, não publicados anteriormente e devem conter os seguintes itens:

- Título (português e inglês);
- Resumo estruturado (português e inglês);
- Palavras-chaves (português e inglês) baseadas no DeCS da Bireme;
- Introdução;
- Objetivos;
- Metodologia;
- Resultados;
- Discussão;
- Conclusões;
- Referências (Metodologia Vancouver);
- Até 3000 palavras e 30 referências.

4. REVISÃO DA LITERATURA

Representa a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de um tema. O melhor é usar a tecnologia das revisões sistemáticas e, se possível terminar por uma metanálise.

O título, resumo, palavras-chaves e referências bibliográficas deverão ter o mesmo formato descrito anteriormente.

Até c.3000 palavras e 50 referências.

5. RELATO DE CASO

Apresentação de casos com interesse especial para o profissional com os devidos comentários fundamentados na literatura especializada.

Até 2 (duas) laudas.

O título, resumo, palavras-chaves e referências bibliográficas deverão ter o mesmo formato descrito anteriormente.

Até c.1000 palavras e 10 referências.

6. RELATO DE CASO + REVISÃO DA LITERATURA

Apresentação de casos com interesse especial para o profissional. Devem vir acompanhados de análise da literatura especializada mais recente.

O título, resumo, palavras-chaves e referências bibliográficas deverão ter o mesmo formato descrito anteriormente.

Até c.3000 palavras e 30 referências.

EXIGÊNCIAS TÉCNICAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS

- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos ou Animais da Instituição onde o trabalho foi realizado, indicando o número do CAAE; (<http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>)

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando referente à artigos de pesquisa envolvendo seres humanos;

- Termo de Consentimento e de Exclusividade para publicação na Revista Científica do IAMSPE;

- Texto, a não ser naqueles itens especificamente citados acima, redigido em português. Eventualmente, e de acordo com a Chefia Editorial, poderão ser publicados textos em inglês ou espanhol;

- Artigo em formato Word (arquivo.doc), texto digitado em espaço duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, margem 2,5 cm de cada lado, destacando cada seção do artigo.

- **TABELAS (MÁXIMO 4):** Devem ter título e cabeçalho para suas colunas. A numeração das tabelas deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviações e testes estatísticos utilizados.

- **FIGURAS (IMAGENS, GRÁFICOS, FOTOGRAFIAS E ILUSTRAÇÕES):** Máximo 2, devem ser citadas no texto e a numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos. Se as figuras já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor, constando na legenda da ilustração, a fonte original de publicação.

- **REFERÊNCIAS:** Metodologia Vancouver: Devem ser numeradas consecutivamente, e precisam também constar no texto na mesma ordem em que foram citadas ali identificadas com números arábicos. Para todas as referências, citar o máximo de três autores. Acima de seis, citar os três primeiros, seguidos da expressão et al.,. Exemplos do estilo Vancouver estão disponíveis no site da *National Library of Medicine (NLM)* em *Citing Medicine*: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>.