



**ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA DE REPETIÇÃO
COMO ESTRATÉGIA DE MANUTENÇÃO TERAPÊUTICA APÓS
ELETROCONVULSOTERAPIA: UMA REVISÃO CONCEITUAL**

**PREVALÊNCIA DE PERIODONTITE EM INDIVÍDUOS COM
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**PROPOSTAS PARA O FUTURO: ESTRUTURA FÍSICA E
EQUIPE IDEAL NAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS**

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE PARAFILIAS

O PAPEL DA ANEDONIA NA ANOREXIA NERVOSA



VOCÊ JÁ CONHECE O PEC-ABP?

○ **Programa de Educação Continuada da ABP (PEC-ABP)** é um sistema de e-learning oferecido pela ABP através do formato audiovisual exclusivamente para associados.

Ele é transmitido via internet disponível 24 horas por dia com novas aulas **quinzenais**.

Acesse agora e tenha um mundo de conhecimento em um clique.

WWW.PEC-ABP.ORG.BR

/////// APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO



ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
EDITOR SÊNIOR



JOÃO ROMILDO BUENO
EDITOR SÊNIOR

Prezados colegas,

Apresentamos a mais recente edição da Revista Debates em Psiquiatria.

Para iniciar, Mercedes Jurema Oliveira Alves apresenta uma revisão conceitual sobre estimulação magnética transcraniana de repetição como estratégia de manutenção terapêutica após eletroconvulsoterapia. A autora revisa as bases teóricas e os estudos empíricos publicados sobre o tema, mostrando que a combinação de diferentes técnicas é promissora em quadros depressivos muito graves e refratários a tratamento.

Na sequência, temos um artigo original da autoria de Fabiano Araújo Cunha e colaboradores sobre a prevalência de periodontite em indivíduos com transtorno afetivo bipolar. Com desenho transversal, o estudo avaliou 156 indivíduos com o transtorno e encontrou uma prevalência de 59% de periodontite. Os autores apresentam outros dados e salientam a importância da prevenção, diagnóstico e tratamento da periodontite nessa população.

Dois artigos de atualização também integram a revista. No primeiro, Daniel Kawakami e colaboradores fazem propostas para o futuro com relação à estrutura física e equipe ideal dos serviços de emergência psiquiátrica. Os autores expõem conceitos e dados gerais sobre os serviços, apresentam sua situação atual, no Brasil e no mundo, e analisam tendências e propostas sobre medidas de planejamento e estruturação dos serviços. Experiências e modelos são analisados como possibilidades de mudanças. Como conclusão, os autores salientam a importância da articulação e efetiva execução das prioridades na organização dos serviços de emergência psiquiátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O segundo artigo de atualização, por Carmita H. N. Abdo, aborda a evolução do conceito de parafilias, especialmente à luz da recente publicação do DSM-5 e também, em breve, do CID-11. Segundo demonstra a autora, o tratamento médico das parafilias, ou transtornos de preferência sexual, evoluiu, durante o século passado, de um modelo de patologização de todo comportamento sexual não reprodutivo a um modelo que consagra o bem-estar sexual e a responsabilidade (consenso nos relacionamentos), enquanto patologiza a ausência de consentimento, de parte a parte, nas práticas sexuais.

Para terminar, Vivian Alves Trajano de Oliveira traz um relato de caso sobre anedonia na anorexia nervosa numa paciente de 21 anos de idade. De acordo com a autora, mais importante do que a perda do prazer em se alimentar, deve-se ficar atento para a perda de prazer em realizar qualquer atividade, já que esse sintoma mais amplo pode contribuir fortemente para a manutenção do quadro.

Boa leitura!

Antônio Geraldo da Silva e João Romildo Bueno
Editores Seniores, Revista Debates em Psiquiatria



DIRETORIA EXECUTIVA

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

DIRETORES REGIONAIS

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

CONSELHO FISCAL

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

Suplentes:
José Toufic Thomé - SP
Fernando Grilo Gomes - SP

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

////// EXPEDIENTE

EDITORES SENIORES

Antônio Geraldo da Silva - DF
João Romildo Bueno - RJ

EDITORES-CHEFES

Marcelo Feijó de Mello - SP
Breno Sattler Diniz - MG
José Carlos Appolinário - RJ
Valeria Barreto Novais - CE

EDITORES ASSOCIADOS

Alexandre Paim Diaz - SC
Antonio Peregrino - PE
Carmita Helena Najjar Abdo - SP
Érico de Castro e Costa - MG
Itiro Shirakawa - SP
Marcelo Liborio Schwarzbald - SC

EDITORES JUNIORES

Alexandre Balestieri Balan - SC
Antonio Leandro Nascimento - RJ
Camila Tanabe Matsuzaka - SP
Emerson Arcoverde Numes - RN
Izabela Guimarães Barbosa - MG
Larissa Junkes - RJ

CONSELHO EDITORIAL

Almir Ribeiro Tavares Júnior - MG
Ana Gabriela Hounie - SP
Analice de Paula Gigliotti - RJ
Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros - RS
Cássio Machado de Campos Bottino - SP
César de Moraes - SP
Elias Abdalla Filho - DF
Eugenio Horácio Grevet - RS
Fausto Amarante - ES
Flávio Roithmann - RS
Francisco Baptista Assumpção Junior - SP
Helena Maria Calil - SP
Humberto Corrêa da Silva Filho - MG
Irismar Reis de Oliveira - BA
Jair Segal - RS
João Luciano de Quevedo - SC
José Cássio do Nascimento Pitta - SP
Marco Antonio Marcolin - SP
Marco Aurélio Romano Silva - MG
Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ
Maria Alice de Vilhena Toledo - DF
Maria Dilma Alves Teodoro - DF
Maria Tavares Cavalcanti - RJ
Mário Francisco Pereira Juruena - SP
Paulo Belmonte de Abreu - RS
Paulo Cesar Gerales - RJ
Sergio Tamai - SP
Valentim Gentil Filho - SP
Valéria Barreto Novais e Souza - CE
William Azevedo Dunningham - BA

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

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

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

SUMÁRIO

//////////////////// SUMÁRIO

JUL/AGO 2016

6/**revisão**

Estimulação magnética transcraniana de repetição como estratégia de manutenção terapêutica após eletroconvulsoterapia: uma revisão conceitual
MERCEDES JUREMA OLIVEIRA ALVES

14/**original**

Prevalência de periodontite em indivíduos com transtorno afetivo bipolar: um estudo transversal
FABIANO ARAÚJO CUNHA, FERNANDO DE OLIVEIRA COSTA, LUÍS OTÁVIO DE MIRANDA COTA, JOSÉ ROBERTO CORTELLI, FERNANDO SILVA NEVES

28/**atualização**

Propostas para o futuro: estrutura física e equipe ideal nas emergências psiquiátricas
DANIEL KAWAKAMI, JOSÉ GILBERTO PRATES, CHEI TUNG TENG

36/**atualização**

A evolução do conceito de parafilias
CARMITA H. N. ABDÓ

42/**relato de caso**

O papel da anedonia na anorexia nervosa
VIVIAN ALVES TRAJANO DE OLIVEIRA

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

ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA DE REPETIÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE MANUTENÇÃO TERAPÊUTICA APÓS ELETROCONVULSOTERAPIA: UMA REVISÃO CONCEITUAL

REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION AS A MAINTENANCE THERAPY STRATEGY AFTER ELECTROCONVULSIVE THERAPY: A CONCEPTUAL REVIEW

Resumo

O presente texto faz uma revisão das bases teóricas e dos estudos empíricos disponíveis sobre o uso da estimulação magnética transcraniana de repetição como estratégia terapêutica de manutenção após eletroconvulsoterapia. Há quadros psiquiátricos pouco responsivos a quaisquer tipos de tratamentos, inclusive à eletroconvulsoterapia. O texto mostra que a combinação das técnicas é promissora, porém mais estudos são necessários para se definir as indicações precisas e a eficácia em termos de sustentação da resposta terapêutica.

Palavras-chave: Eletroconvulsoterapia, estimulação magnética transcraniana, remissão e manutenção.

Abstract

This paper reviews the theoretical bases and the empirical studies available on the use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) as a maintenance therapy strategy after electroconvulsive therapy. Some psychiatric conditions show poor response to any type of treatment, including electroconvulsive therapy. The combined use of these two techniques has shown promising results, but more studies are needed to define the precise indications and effectiveness of this approach in terms of sustained therapeutic response.

Keywords: Electroconvulsive therapy, transcranial magnetic stimulation, remission and maintenance.

INTRODUÇÃO

Há quadros depressivos muito graves e refratários aos tratamentos que constituem um desafio para o psiquiatra em sua clínica cotidiana. Estima-se que 50% dos pacientes com depressão não alcançam a remissão após semanas de uso de antidepressivos e várias alternativas de tratamento. Também estima-se que 20% dos pacientes com depressão que não respondem às diversas opções farmacológicas são considerados refratários aos tratamentos¹. Depois de avaliar os sintomas residuais e seu impacto na qualidade de vida do paciente e de afastar outros fatores capazes de serem responsabilizados pela persistência da depressão (fatores estressores contextuais, comorbidade psiquiátrica ou clínica e abuso de drogas), urge que se busquem estratégias de resultado.

O aumento da dose do antidepressivo pode não ser satisfatório. Alguns antidepressivos, especialmente os duais, quando retirados, podem provocar síndrome de descontinuação, que é por demais desconfortável, e o médico deve estar atento a essa possibilidade, buscando minimizar o transtorno gerado pela substituição de medicamento.

Especialista em Psiquiatria pela Associação Médica Brasileira e ABP. Professora assistente de Psiquiatria (1976-2006), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG. Secretária, Associação Brasileira de Estimulação Cerebral (ABECer). Sócia proprietária, Stimulus – Clínica de Estimulação Cerebral de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. Comissão de Defesa Profissional, ABP.

A meia-vida de eliminação de cada droga deve ser avaliada à luz da sua farmacocinética e farmacodinâmica e comparada com o que se conhece do paciente, se é um metabolizador lento, intermediário, rápido ou ultrarrápido da enzima 2D6 do citocromo P450. Esta enzima está envolvida na metabolização dos antidepressivos e apresenta grande polimorfismo étnico. Sabe-se que os negros são metabolizadores ultrarrápidos, caucasianos são metabolizadores lentos, e os amarelos são metabolizadores muito lentos ou, ainda, não contam com esta enzima em seu sistema de metabolismo oxidativo hepático².

Conforme comentário literal de publicação do *Prescrire* de 2011³, em casos de refratariedade da depressão, várias estratégias têm sido adotadas, mas com resultados conflitantes. A combinação de dois antidepressivos aumenta principalmente o risco de efeitos adversos, sem um benefício clínico tangível. O acréscimo de um antipsicótico atípico à terapia antidepressiva pode levar ao abandono do tratamento (8 a 9% dos casos) em função também dos eventos adversos, embora possa promover melhora da sintomatologia. O hormônio tireoidiano sintético, um benzodiazepínico ou a buspirona não têm efeito antidepressivo comprovado. O uso do lítio, enquanto droga antisuicida por excelência, pode ter efeito antidepressivo, mas não há evidência de que sua adição aumenta as possibilidades de remissão. O lítio tem uma janela terapêutica estreita, e a sobredose pode ser fatal. Anticonvulsivantes e psicoestimulantes podem ser mais prejudiciais do que benéficos. A psicoterapia é mais benéfica do que prejudicial em pacientes com depressão resistente ao tratamento. A eletroconvulsoterapia (ECT) é, provavelmente, a alternativa mais eficaz para alguns pacientes com depressão refratária e risco de suicídio, mas acarreta o risco de déficit da memória, exige anestesia geral, ambiente de suporte à vida e equipe especializada para o procedimento. A estimulação transcraniana por corrente contínua e a eletroestimulação do nervo vago, ainda não aprovadas pelos órgãos regulatórios nacionais e internacionais, permanecem como experimentais para a depressão³.

A estimulação magnética transcraniana (EMT), recentemente aprovada pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE), do Reino Unido, também já aprovada pela Food and Drug Administration

(FDA), nos Estados Unidos, e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Brasil, tem eficácia e poucos efeitos adversos. Está regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), apesar de os protocolos orientados serem bastante conservadores e estarem aquém dos já reconhecidos e praticados fora de nosso país. Há evidências clínicas de resultados que vão bem além do contemplado pelo CFM, e a comunidade científica do País tem lutado por alargar e atualizar suas indicações e protocolos. O fato é que, apesar dos avanços rápidos que a técnica tem conquistado, muito ainda deve ser investigado, buscando principalmente resultados mais duradouros.

Os tratamentos biológicos, predominantemente biofísicos, não farmacológicos, ECT e EMT, apresentam grandes semelhanças e diferenças entre si. Houve a dúvida sobre a possibilidade de a EMT de repetição (EMTr) vir a substituir a ECT, porém não sendo uma técnica de substituição e sim mais uma opção terapêutica; talvez se tratem, como será discutido neste artigo, de técnicas complementares. A EMTr e a ECT se assemelham porque ambas alteram a atividade neuronal e modificam o humor.

EMTr e ECT: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS

A primeira publicação sobre EMTr data de 1985⁴. Já a ECT é um tratamento consagrado há mais de 50 anos e vem sendo aprimorado ao longo do tempo. A ECT é o primeiro método de estimulação elétrica do cérebro, feita de maneira indireta através de equipamentos especializados, hoje bastante sofisticados, que permitem personalizar os parâmetros do estímulo. As principais limitações da ECT decorrem da deflexão que o estímulo elétrico sofre em função da resistência que o osso e demais tecidos oferecem à sua passagem até o cérebro, exigindo cargas elétricas relativamente altas, o que não ocorre com a EMTr. A ECT estimula receptores de dor no escalpe e requer anestesia geral de curta duração, relaxamento muscular, ambiente próprio e equipe especializada.

A realização ambulatorial sem necessidade de anestesia é uma vantagem da EMTr sobre a ECT. O perfil de paraefeitos também é diferente entre as técnicas: a ECT tipicamente induz amnésia anterógrada de duração variável, enquanto que o paraefeito mais

comum, mas pouco frequente, da EMTr é a cefaleia. Em raros casos, a EMTr pode induzir convulsões. Outra vantagem da EMTr é que ela não carrega o estigma associado à ECT. A maioria das raras complicações da EMTr relatadas na literatura ocorreram quando aplicada fora dos parâmetros de segurança, ferindo os protocolos aprovados e regulamentados⁵.

Na literatura, há estudos que ora favorecem a EMTr, ora a ECT, e há aqueles que mostram semelhanças entre as duas técnicas. Há também os que mostram muita semelhança entre os resultados de ambas as técnicas. Em camundongos, por exemplo, as técnicas apresentam resultados semelhantes, demonstrados nos testes de reforço da estereotipia provocada pela apomorfina (diminuição do repouso, aumento da locomoção, movimentos repetidos e postura de alerta) e na redução de imobilidade no teste de Porsolt (nado forçado). Porsolt et al. descreveram o teste da natação forçada como um modelo experimental para o estudo da depressão. O protocolo clássico é realizado em 2 dias. O animal é submetido à natação, por 15 minutos, em um tanque com 20 cm de diâmetro, com uma coluna de água de 15 cm, a 25 °C. Inicialmente, os ratos apresentam um comportamento de luta, caracterizado por vigorosa atividade que, após alguns minutos, diminui, até que os animais passam a fazer somente os movimentos necessários para manter a cabeça fora da água, o que é denominado de imobilidade. No segundo dia, o animal é submetido novamente à natação, nas mesmas condições, durante 5 minutos, e o tempo de imobilidade é medido. A maioria dos antidepressivos reduz a imobilidade, estimulando o comportamento de luta⁶. Tanto o efeito desinibitório da apomorfina como a diminuição da mobilidade no nado forçado são interpretados como redução da depressão em modelos experimentais.

Tratando-se de resposta ao tratamento, em humanos, Eranti et al. publicaram, em 2007, um estudo controlado e randomizado envolvendo 46 pacientes (22 de ECT e 24 de EMTr), e o resultado mostrou grande superioridade da ECT sobre a EMTr: 59,1% dos pacientes de ECT e 16,7% dos pacientes de EMTr obtiveram remissão do quadro depressivo, e em ambos os tratamentos os resultados se mantiveram por 6 meses⁷. Há preditores de boa resposta que podem grosseiramente ser traduzidos assim: pacientes jovens, com quadro mental agudo e sem

sintomas psicóticos, são bons respondedores à EMTr; pacientes de idade avançada, com quadro depressivo refratário e sintomas psicóticos, respondem melhor à ECT⁸.

A EMTr é capaz de influenciar o comportamento e a bioquímica, incluindo a regulação da expressão genética, de forma semelhante àquela da ECT e dos antidepressivos⁸. Os efeitos neurofisiológicos e comportamentais da EMTr parecem ser dependentes da frequência (frequências altas provocam aumento da excitabilidade neuronal e frequências baixas provocam diminuição dessa excitabilidade). Assim, a estimulação do córtex causa despolarização e inicia uma cascata de eventos neurobiológicos que levam à resposta clínica final. A existência de efeitos posteriores refere-se a processos de plasticidade sináptica e neurogênese, induzidas pela estimulação⁹. Há evidência de que os sintomas depressivos continuam diminuindo após o curso de EMTr. A técnica implica na aplicação de ondas magnéticas, geradas por equipamento próprio, diretamente sobre o escalpe do paciente. Há protocolos que usam alta frequência e outros que usam baixa frequência, em diversas regiões cerebrais, com objetivos diferentes. Os equipamentos entregam os pulsos magnéticos de maneira repetitiva, por um determinado período de tempo que pode variar de acordo com o protocolo escolhido. É a repetição de pulsos que produz efeitos mais duradouros, que persistem após o período inicial do tratamento¹⁰.

Os procedimentos possuem *modi operandi* próprios e podem ser detalhados da seguinte forma: a ECT é aplicada duas ou três vezes por semana, perfazendo um total de oito a 12 aplicações, conforme orientam as diretrizes clínicas de ECT da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)¹¹ e da Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA)¹². A EMTr é aplicada diária e sucessivamente, variando de 10 a 30 sessões em dias corridos, ou com suspensão nos finais de semana, de acordo com o protocolo adotado. Na literatura, há relato de duas sessões por dia, assim como de uma sessão a cada 2 ou 3 dias. Há incerteza sobre os parâmetros ideais, mas já se sabe que quanto maior a intensidade do estímulo e quanto mais longo o tratamento, melhores são os resultados¹³. Os equipamentos de ECT mais modernos utilizam princípios

Especialista em Psiquiatria pela Associação Médica Brasileira e ABP. Professora assistente de Psiquiatria (1976-2006), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG. Secretária, Associação Brasileira de Estimulação Cerebral (ABECer). Sócia proprietária, Stimulus – Clínica de Estimulação Cerebral de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. Comissão de Defesa Profissional, ABP.

de corrente constante, significando que a amplitude de cada pulso é predeterminada e independente da impedância encontrada no circuito elétrico. Alguns aparelhos permitem especificar os parâmetros de estimulação (frequência, largura de onda, corrente e duração). Na EMTr, os parâmetros são modificados de acordo com o protocolo adotado e incluem a frequência dos pulsos (de 1 a 30 Hz), a amplitude (de 0 a 100% do poder), a duração da série (de 0,5 a 10 segundos) e o intervalo entre as séries. A profundidade de penetração com a EMTr depende da energia do estimulador, da geometria da bobina e de sua orientação e alcança o córtex até a junção da substância cinzenta com a branca. A ECT atinge maior profundidade, alcançando áreas diencefálicas¹⁴.

Para estabelecer diretrizes sobre o uso terapêutico da EMTr, com evidência publicada até março de 2014, Lefaucher et al. revisaram a literatura em relação a dor, distúrbios de movimento, acidente vascular cerebral, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, epilepsia, distúrbios da consciência, zumbido, depressão, distúrbios de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia, dependência e conversão, buscando evidência de eficácia e segurança da técnica. Concluíram que há dados suficientes para recomendar a EMTr inibitória do córtex motor primário (M1) contralateral à dor com nível A de evidência (eficácia definitiva), assim como os efeitos antidepressivo e analgésico da alta frequência no córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo (CPFLE). Fizeram recomendação nível B (provável eficácia) para o efeito antidepressivo da EMTr de baixa frequência aplicada no córtex pré-frontal dorsolateral direito (CPFDR), EMTr de alta frequência aplicada no CPFLE para os sintomas negativos da esquizofrenia e EMTr de baixa frequência aplicada em M1 contralesional em dor crônica e acidente vascular cerebral. Indicações classificadas com nível C de evidência (provável eficácia) incluem a aplicação da EMTr de baixa frequência no córtex temporoparietal esquerdo para tratar zumbido e alucinações auditivas¹⁵.

DURAÇÃO DOS EFEITOS

Os efeitos da ECT podem ser fugazes, sendo necessária a continuação e manutenção do tratamento, tanto com medicamentos como com a própria ECT,

após a melhora clínica¹³. A duração dos efeitos da EMTr parece também ser fugaz, exigindo aplicações de manutenção, além da medicação, para assegurar a continuidade dos resultados clínicos. Essa fugacidade de resultados pode ser determinante na escolha da opção terapêutica em médio e longo prazo¹³. Embora a ECT seja a melhor indicação para tratamento da depressão resistente uni ou bipolar, apresenta uma taxa de recidiva que chega a 50% nos primeiros 6 meses após um curso bem-sucedido. Sackeim relatou 84% de recaída após ECT bem-sucedida¹⁶. A EMTr tem eficácia nos quadros depressivos, com poucos efeitos colaterais, mas também apresenta altas taxas de recaída. Há relato de 38% de piora e 10% de recaída após 6 meses de EMTr, mesmo mantendo a medicação¹⁶.

EVIDÊNCIAS PARA O USO DE ECT E DE EMTr DE MANUTENÇÃO

Sienaert et al. fizeram uma revisão sistemática no MedLine, buscando refratariedade, resistência ao tratamento, depressão bipolar, transtorno bipolar e vários agentes farmacológicos, desde o início de seu banco de dados até maio de 2012. Apenas sete estudos preencheram os critérios que haviam estabelecido. Estes estudos investigaram os efeitos da ketamina (n = 1), modafinil (n = 2), pramipexol (n = 1), lamotrigina (n = 1), inositol (n = 1), risperidona (n = 1) e ECT (n = 2)¹⁷.

Philip et al. publicaram, em 2015, um estudo piloto multicêntrico randomizado, que envolveu 67 pacientes portadores de episódio depressivo maior, refratários à monoterapia antidepressiva, não psicóticos e sem medicação. O objetivo era verificar se apenas a aplicação de manutenção mensal de EMTr seria capaz de estabilizar os pacientes por 12 meses. Destes 67 indivíduos, 49 (73%) obtiveram resposta ao primeiro curso de EMTr (6 semanas de aplicações contínuas), preenchendo os critérios de randomização. Os pacientes foram randomizados em grupos para uma aplicação de EMTr mensal e para a observação apenas, sendo acompanhados durante os 12 meses previstos no desenho do estudo. A diferença entre os grupos foi apenas o tempo médio necessário para a reintrodução das aplicações diárias (91 dias para o grupo que recebia aplicação mensal e 16 dias para o grupo que foi apenas observado). Na reintrodução da EMTr diária, 78% dos

pacientes apresentaram resposta. Concluiu-se que a manutenção da EMTr sem medicação é possível em alguns casos e que pacientes respondedores ao primeiro tratamento têm grande chance de responderem novamente em caso de recidiva¹⁸.

Dunner et al. publicaram um estudo multicêntrico, naturalístico e observacional, realizado no período entre 2010 e 2012, com 257 pacientes portadores de transtorno depressivo maior que não se beneficiaram com a medicação. Após receberem 42 aplicações de EMTr subsequentes, foram acompanhados durante 1 ano. Ao término do tratamento agudo, 75 (62,5%) dos 120 pacientes que preencheram os critérios de remissão continuaram a preencher os critérios de resposta, durante todo o tempo de acompanhamento (12 meses). Um mês após o término do tratamento agudo, 93 pacientes (36,2%) receberam a reintrodução da EMTr, permanecendo por 16 a 21 dias na nova série. A conclusão dos autores do estudo foi que a EMTr aguda é clinicamente significativa ao longo de 12 meses¹⁹.

Há evidências de melhora cognitiva global com a EMTr, conforme publicação de Martis et al., em 2003, onde 15 pacientes com depressão uni e bipolar, resistentes aos tratamentos medicamentosos, submeteram-se a uma série de testes neurocognitivos que envolviam a atenção e as memórias. Não houve constatação de eventos adversos após a aplicação de EMTr durante 3 semanas, e melhora significativa em vários domínios observados durante o período de tratamento EMTr não poderia ser explicada pela melhora do humor²⁰. Januel et al. publicaram um estudo duplo-cego, com bobina ativa e placebo, mostrando a melhora cognitiva após um curso de EMTr em áreas pré-frontais de 27 pacientes com depressão unipolar, por 4 semanas e sem medicação antidepressiva. O estudo mostrou a eficácia de EMTr, com baixa frequência, à direita, na depressão unipolar sem medicação por mais de 1 mês²¹.

É frequente o achado da redução do fluxo sanguíneo cerebral (*regional cerebral blood flow*) no giro cingulado e sistema límbico na depressão, e a ECT, surpreendentemente, acentua ainda mais esta redução, como demonstram os estudos que avaliaram este marcador biológico em três tempos: antes do curso da ECT, 5 dias após o tratamento e 1 mês após o seu término²². No entanto, a EMTr aumenta

significativamente o fluxo sanguíneo no giro cingulado anterior esquerdo em indivíduos deprimidos, quando a bobina é colocada sobre o CPFLE. A EMTr de alta frequência (15 Hz) aumenta significativamente o fluxo sanguíneo cerebral nos córtices frontais inferiores, córtex frontal dorsomedial direito, cingulado posterior e para-hipocampal²³.

USO DA EMTr COMO TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO APÓS ECT

Estratégias de tratamento de depressão uni ou bipolar refratária, com nível A de evidência, são escassas. Há relato de abordagens terapêuticas inusitadas, na busca de soluções para os quadros depressivos refratários, como é o caso do paciente que foi submetido à uma reestimulação com ECT. A reestimulação consistiu em disparar dois estímulos elétricos subsequentes, o segundo ainda dentro do período refratário da primeira convulsão. Este paciente apresentava respostas anômalas aos estímulos únicos convencionais. Quando submetido a dois estímulos subsequentes, passava a apresentar respostas coerentes, e os indicadores de qualidade eram alcançados: convulsão curta com maior amplitude do traçado de eletroencefalograma, grande aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial além de alto índice de supressão pós-ictal²⁴. Durante o procedimento, é possível prever a resposta, mediante a análise do comportamento fisiológico do paciente. A julgar que o estímulo elétrico provoca resposta parassimpática seguida de simpática quase imediata, é esperado que o estímulo elétrico promova grande aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, além de rubor intenso e piloereção. Estes sinais são interpretados como provável êxito do procedimento. Em poucos minutos, por ação compensatória parassimpática, os dados vitais retornam aos valores basais. Ainda durante a convulsão desencadeada pelo estímulo elétrico, é percebida a amplitude do traçado eletroencefalográfico feito em tempo real, sua duração e seu término, se abrupto ou não. Ao contrário do que era tido como verdadeiro alguns anos atrás, é possível que convulsões curtas sejam eficazes e apresentem menos efeitos deletérios mnêmicos e que a forma como a convulsão é interrompida espontaneamente aponte para a resposta. Quanto mais rapidamente a convulsão termina, maior o índice de supressão pós-ictal, robusto

Especialista em Psiquiatria pela Associação Médica Brasileira e ABP. Professora assistente de Psiquiatria (1976-2006), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG. Secretária, Associação Brasileira de Estimulação Cerebral (ABECer). Sócia proprietária, Stimulus – Clínica de Estimulação Cerebral de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. Comissão de Defesa Profissional, ABP.

indicador de boa resposta²⁴. Diante das evidências sobre a necessidade do tratamento de manutenção com a ECT ou com a EMTr, cabe intuir que as técnicas podem se completar.

Em 2013, foi publicado um estudo com seis pacientes que estavam em ECT de manutenção (ECT-M) e migraram para a EMTr de manutenção (EMTr-M). Quatro pacientes eram bipolares e dois unipolares, sendo cinco do sexo feminino, com idade média de 64 anos. Quatro pacientes permaneceram assintomáticos (pelo Inventário de Beck) por 13 meses (até a última avaliação), e dois recaíram com 8 e 9 meses, respectivamente. A EMTr foi aplicada uma ou duas vezes na semana, em alta frequência (80 trens, 10 Hz, 5", 15", 120% LM, 4.000-6.600 p) à esquerda e baixa frequência (1 Hz, 120% LM, 300 a 600 p) à direita. Os motivos que justificaram a transição da ECT-M para a EMTr-M foram, por ordem de importância: efeitos colaterais cognitivos da ECT, logística da ECT, preferência do paciente, medo da anestesia, má tolerabilidade e estigma da ECT²⁵.

Apresentamos, recentemente, no XXXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria,¹³ casuística de sucesso envolvendo pacientes que terminaram um curso de ECT e, 30 dias depois, iniciaram a manutenção com EMTr-M. Da amostra inicial, composta por 20 pacientes portadores de depressão maior, na faixa etária entre 23 e 86 anos, seis concordaram em iniciar a EMTr-M após o término do curso da ECT. A maioria da amostra (18 pacientes) apresentava risco de suicídio antes do início do tratamento com a ECT. As aplicações de ECT foram feitas com o posicionamento de eletrodos em frontomedial²⁶ pelas vantagens sobre o posicionamento bitemporal e/ou bifrontal, enquanto também bilateral. Das vantagens elencadas, cita-se a eficácia comprovada pela avaliação clínica, pela queda no escore da Escala de Depressão de Hamilton e menor déficit mnêmico, conforme publicação de seu propositos²⁶.

O estudo, observacional, avaliou os seis pacientes que concordaram em iniciar a EMTr-M após o término do curso da ECT. Esses pacientes, quatro mulheres e dois homens, com média de idade de 46 anos, foram responsivos, sem mostrar diferença significativa entre gênero ou faixa etária. Foi usada a Escala de Mudança Percebida, por ser bastante simples de aplicar e possuir duas versões: uma para o paciente e uma para um familiar.

A versão para paciente contém 19 itens (estabilidade emocional, sexualidade, energia, sono, interesse, saúde física, etc.)²⁷ e apresenta três possibilidades de resposta: "melhor do que antes", "pior do que antes" e "sem mudança". A versão do familiar contém duas possibilidades de resposta com sua justificativa (sim ou não e por quê). É uma escala canadense com adaptação transcultural para o contexto brasileiro, publicada em 2009²⁴. Tanto na percepção do paciente como na da família, a modalidade terapêutica proposta (EMTr-M após ECT) proporcionou benefício, e os pacientes se mantêm remitidos há quase 2 anos. O posicionamento frontomedial supracitado envolve eletrodos colocados no *nasion* e no *vértex*, respectivamente, portanto contempla os dois hemisférios e, teoricamente, atinge estruturas cerebrais profundas²⁷.

Grávidas, cardíacos e outros pacientes especiais, impedidos do uso de medicamentos, mas capazes de se submeterem à ECT ou à EMTr, são candidatos à manutenção contínua, para sustentarem os efeitos terapêuticos alcançados¹³. Na prática, quando o paciente e o médico decidem tentar a terapia de segunda linha para o tratamento de depressão resistente, os efeitos adversos devem ser levados em consideração, e a relação custo/benefício, bem avaliada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As técnicas de estimulação cerebral, tanto invasivas como não invasivas, têm mostrado um efeito significativo na neurogênese e na modulação da plasticidade cerebral, mudando o paradigma do foco bioquímico (medicamentoso) para o biofísico (estímulo cerebral direto), em se tratando de arsenal terapêutico. A ECT, consagrada ao longo do tempo, extremamente eficaz principalmente nos quadros depressivos graves, constitui um importante e contundente instrumento terapêutico. A EMTr vem avançando em suas indicações e resultados, mostrando-se também um importante recurso para o tratamento de inúmeras patologias psiquiátricas e neurológicas. Porém, todas as conquistas até então alcançadas com as técnicas de estimulação cerebral exigem estímulos continuados, sejam de alta frequência (excitatórios) ou de baixa frequência (inibitórios).

A reorganização funcional de conexões neuronais em adultos pela neurogênese e pela neuroplasticidade,

promovida por técnicas de estimulação cerebral, já está largamente documentada. Conjugar técnicas de estimulação cerebral capazes de minimizar efeitos colaterais indesejáveis, mantendo os melhores resultados de cada uma, pode ser uma alternativa interessante, mas há necessidade de maior investigação.

Artigosubmetidoem23/02/2016,aceitoem20/06/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Mercedes J. O. Alves, Stimulus – Clínica de Estimulação Cerebral de Belo Horizonte, Av. do Contorno, 4747, sala 503, Bairro Serra, CEP 30110-923, Belo Horizonte, MG. Tel.: (31) 3284.7747. E-mail: mercedesalvesmd@gmail.com

Referências

- Berlin MT, Turecki G. Definition, assessment and staging of treatment-resistant refractory major depression a review of current concepts and methods. *Can J Psychiatry*. 2007;52:46-54.
- Sistonen J, Sajantila A, Lao O, Corander J, Barbuiani G, Fuselli S. CYP2D6 worldwide genetic variation shows high frequency of altered activity variants and no continental structure. *Pharmacogenet Genomics*. 2007;17:93-101.
- Treatment-resistant depression: no panacea, many uncertainties. Adverse effects are a major factor in treatment choice. *Prescrire Int*. 2011;20:128-33.
- Barker AT, Jalinous R, Freeston IL. Non-invasive magnetic stimulation of human motor cortex (letter). *Lancet*. 1985;1:1106-7.
- Rossi S, Hallett M, Rossini PM, Pascual-Leone A; Safety of TMS Consensus Group. Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clin Neurophysiol*. 2009;120:2008-39.
- Fleischmann A, Prolov K, Abarbanel J, Belmaker RH. The effect of transcranial magnetic stimulation of rat brain on behavioral models of depression. *Brain Res*. 1995;699:130-2.
- Eranti S, Mogg A, Pluck G, Landau S, Purvis R, Brown RG, et al. A randomized, controlled trial with 6-month follow-up of repetitive transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy for severe depression. *Am J Psychiatry*. 2007;164:73-81.
- Dumas R, Padovani R, Richieri R, Lancon C. [Repetitive transcranial magnetic stimulation in major depression: response factor]. *Encephale*. 2012;38:360-8.
- Koerselman F, Laman DM, van Duijn H, van Duijn MA, Willems MA. A 3-month, follow-up, randomized, placebo-controlled study of repetitive transcranial magnetic stimulation in depression. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:1323-8.
- Lefaucheur JP, André-Obadia N, Poulet E, Devanne H, Haffen E, Londero A, et al. [French guidelines on the use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): safety and therapeutic indications]. *Neurophysiol Clin*. 2011;41:221-95.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Diretrizes ABP/AMB/CFM/Fenam. Diretrizes para um modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil [Internet]. [cited 2016 Jun 29]. abp.org.br/portal/diretrizes/
- American Psychiatric Association. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. Washington: American Psychiatric Association Press; 2001.
- Alves M. EMT como manutenção da ECT. In: XXXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Associação Brasileira de Psiquiatria; 2015; Florianópolis, Brasil.
- Estevão G, Porto JES. Teorias sobre o mecanismo de ação In: Rosa MA, Rosa M. Fundamentos da eletroconvulsoterapia. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 157-70.
- Lefaucheur JP, André-Obadia N, Antal A, Ayache SS, Baeken C, Benninger DH, et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). *Clin Neurophysiol*. 2014;125:2150-206.
- Janicak PG, Dowd S, Rado J, Welch MJ, Fogg L, O'Reardon J, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive

Especialista em Psiquiatria pela Associação Médica Brasileira e ABP. Professora assistente de Psiquiatria (1976-2006), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG. Secretária, Associação Brasileira de Estimulação Cerebral (ABECer). Sócia proprietária, Stimulus – Clínica de Estimulação Cerebral de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. Comissão de Defesa Profissional, ABP.

- therapy: efficacy of treatment in nonpsychotic patients with depression. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1118; author reply 1118-9.
17. Sienaert P, Lambrichts L, Dols A, De Fruyt J. Evidence-based treatment strategies for treatment-resistant bipolar depression: a systematic review. *Bipolar Disord*. 2013;15:61-9.
 18. Philip NS, Dunner DL, Dowd SM, Aaronson ST, Brock DG, Carpenter LL, et al. Can medication free, treatment-resistant, depressed patients who initially respond to tms be maintained off medications? A prospective, 12-month multisite randomized pilot study. *Brain Stimul*. 2016;9:251-7.
 19. Dunner DL, Aaronson ST, Sackeim HA, Janicak PG, Carpenter LL, Boyadjis T, et al. A multisite, naturalistic, observational study of transcranial magnetic stimulation for patients with pharmacoresistant major depressive disorder: durability of benefit over a 1-year follow-up period. *J Clin Psychiatry*. 2014;75:1394-401.
 20. Martis B, Alam D, Dowd SM, Hill SK, Sharma RP, Rosen C, et al. Neurocognitive effects of repetitive transcranial magnetic stimulation in severe major depression. *Clin Neurophysiol*. 2003;114:1125-32.
 21. Januel D, Dumortier G, Verdon CM, Stamatidis L, Saba G, Cabaret W, et al. A double-blind sham controlled study of right prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): therapeutic and cognitive effect in medication free unipolar depression during 4 weeks. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006;30:126-30.
 22. Takano H, Kato M, Inagaki A, Watanabe K, Kashima H. Time course of cerebral blood flow changes following electroconvulsive therapy in depressive patients--measured at 3 time points using single photon emission computed tomography. *Keio J Med*. 2006;55:153-60.
 23. Loo CK, Sachdev PS, Haindl W, Wen W, Mitchell PB, Croker VM, et al. High (15 Hz) and low (1 Hz) frequency transcranial magnetic stimulation have different acute effects on regional cerebral blood flow in depressed patients. *Psychol Med*. 2003;33:997-1006.
 24. Kranaster L, Janke C, Lewien A, Hoyer C, Lederbogen F, Sartorius A. Rethinking restimulation: a case report. *J ECT*. 2012;28:248-9.
 25. Cristancho MA, Helmer A, Connolly R, Cristancho P, O'Reardon JP. Transcranial magnetic stimulation maintenance as a substitute for maintenance electroconvulsive therapy: a case series. *J ECT*. 2013;29:106-8.
 26. Rosa MA, Abdo GL, Rosa MO, Lisanby SH, Peterchev AV. Frontomedial electrode placement with low current amplitude: a case report. *J ECT*. 2012;28:146.
 27. Bandeira M, Calzavara MGP, Costa CS, Cesari L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida de percepção dos usuários sobre resultados do tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58:107-14.

PSICOFOBIA É UM CRIME!

APOIE A ABP NESTA CAMPANHA

Campanha da ABP contra o estigma

www.abp.org.br



FABIANO ARAÚJO CUNHA
FERNANDO DE OLIVEIRA COSTA
LUÍS OTÁVIO DE MIRANDA COTA
JOSÉ ROBERTO CORTELLI
FERNANDO SILVA NEVES

PREVALÊNCIA DE PERIODONTITE EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UM ESTUDO TRANSVERSAL

PREVALENCE OF PERIODONTITIS IN INDIVIDUALS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Resumo

Embora pouco investigado e com dados conflitantes, o transtornoafetivobipolar(TABP)éumfatorcomportamental que pode apresentar influência sobre a periodontite. Os objetivos deste estudo foram: 1) determinar a prevalência de periodontite em uma população com diagnóstico de TABP; 2) verificar a influência de variáveis de risco na associação entre o TABP e a periodontite. O estudo foi composto por uma amostra de conveniência de 156 indivíduos com TABP, selecionados no Hospital de Saúde Mental anexo ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Os pacientes foram avaliados através de parâmetros clínicos periodontais e variáveis de risco sociodemográficas. Os resultados demonstraram uma prevalência de 59% de periodontite entre os indivíduos com TABP. Destes, 90,2% apresentavam periodontite crônica moderada e 9,8% a forma avançada. Quanto à extensão da periodontite, em 81,5% a doença apresentou-se de forma localizada e em 18,5% de forma generalizada. Concluiu-se que os pacientes com TABP apresentaram uma alta prevalência de doença periodontal (56,8%), confirmando a importância da prevenção, diagnóstico e tratamento desta patologia, a qual possa, no futuro, ser considerada como mais uma comorbidade associada a essa doença psiquiátrica. Salienta-se a necessidade de estudos futuros que comprovem a associação entre o TABP e a periodontite, particularmente os de delineamento longitudinal e ensaios clínicos randomizados.

Palavras-chave: Periodontite, transtorno bipolar, epidemiologia.

Abstract

Despite the scarcity of studies and the few conflicting data available, bipolar affective disorder (BD) is a behavioral factor that may influence periodontitis. The objectives of this study were: 1) to determine the prevalence of periodontitis in a population diagnosed with BD; and 2) to investigate the influence of different variables on the association between periodontitis and BD. The study comprised a convenience sample of 156 individuals with BD selected at the mental health hospital affiliated with Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Patients were evaluated based on clinical periodontal parameters and social/demographic variables. The results showed a prevalence of 59% of periodontitis among individuals with BD. Of these, 90.2% had moderate chronic periodontitis and 9.8% had the severe form. With regard to the extent of periodontitis, 81.5% had localized and 18.5% had generalized periodontitis. The findings showed that patients with BD have a high prevalence of periodontal disease (56.8%), confirming the importance of prevention, diagnosis, and treatment of this condition, which may in the future be considered as an additional comorbidity associated with BD. The need for further studies, particularly longitudinal studies and randomized clinical trials, to confirm the association between BD and periodontitis is warranted.

Keywords: Periodontitis, bipolar disorder, epidemiology.

INTRODUÇÃO

Um crescente número de estudos observacionais e epidemiológicos tem sido publicado, nas últimas décadas, apontando uma associação entre o estresse – avaliado através de eventos de vida negativos e de fatores psicossociais, como sintomas de ansiedade/depressão – e o desenvolvimento e a progressão das doenças periodontais^{1,3}.

Um dos possíveis mecanismos de influência do estresse e dos fatores psicossociais nas condições periodontais é a modificação do comportamento dos pacientes. Indivíduos com elevados níveis de estresse tendem a assumir hábitos e comportamentos que aumentam o risco de desenvolver diversas patologias, incluindo a periodontite. Pacientes estressados ou deprimidos tendem a ser mais negligentes na sua higiene bucal, podendo, também, iniciar ou intensificar o hábito de fumar ou, ainda, modificar seus hábitos nutricionais, com reflexos deletérios na função do sistema imunológico, o que lhes acarreta predisposição à maior gravidade de periodontite⁴.

Um mecanismo proposto, através do qual pode ser modificado o curso, a extensão ou a gravidade da periodontite, baseia-se na interação entre o sistema nervoso, sistema endócrino e sistema imune por meio de hormônios, neurotransmissores e mediadores químicos. O organismo, de forma geral, diante de uma situação ameaçadora, prepara-se para luta ou fuga, por meio de estímulos em cadeia, iniciados no hipotálamo, passando pela hipófise e culminando com o estímulo das suprarrenais, que secretam epinefrina, norepinefrina e glicocorticoides. Essas substâncias exercem potentes efeitos sobre as reações inflamatórias e imunes através de diferentes mecanismos, incluindo redução do número de linfócitos e monócitos circulantes e inibição da quimiotaxia de neutrófilos e macrófagos⁵.

Além disso, os glicocorticoides deprimem a função das células envolvidas na resposta inflamatória e imunológica, induzindo redução na secreção de citocinas pró-inflamatórias como interleucina 1 beta, fator de necrose tumoral alfa, interleucina 6 e prostaglandinas. Por outro lado, as catecolaminas (epinefrina e norepinefrina), produto da medula das suprarrenais, exercem efeito oposto, estimulando a formação e a atividade das prostaglandinas e das enzimas proteolíticas, o que pode provocar, indiretamente, a destruição tecidual⁶.

Alguns estudos apontam que características individuais de adaptação e controle do estresse podem modular o sistema imune no sentido de prevenir a progressão da doença periodontal. Assim, tanto a experiência de um evento estressante quanto a habilidade individual de enfrentamento de eventos estressores podem influenciar significativamente a etiopatogenia das doenças infecciosas, como a periodontite⁷.

Os estudos que avaliaram a associação do stress e da depressão com a doença periodontal são bastante numerosos⁸⁻¹⁸. Porém, deve ser ressaltado que, até o presente momento, não se reportaram na literatura estudos específicos da prevalência de periodontite e das variáveis sociocomportamentais associadas aos indivíduos com transtorno afetivo bipolar (TABP). A literatura apresenta poucos estudos da condição de saúde dental e TABP, sendo a maioria desses estudos realizados por meio de desenhos retrospectivos com dados obtidos de prontuários de saúde geral¹⁹.

Assim, a presente pesquisa tem especial interesse em determinar a prevalência de periodontite, as condições clínicas periodontais e o perfil epidemiológico entre indivíduos com TABP.

LITERATURA CONSULTADA

Prevalência da periodontite

A periodontite crônica representa uma doença infecciosa resultante de inflamação dos tecidos de suporte dos dentes e perda progressiva de inserção conjuntiva. O início da periodontite crônica pode ocorrer em qualquer idade, todavia, essa é uma patologia mais frequentemente encontrada em adultos²⁰.

A frequência de periodontite foi avaliada em 600 indivíduos de 15 a 25 anos na cidade de Taubaté (SP). Os resultados demonstraram uma porcentagem de indivíduos com periodontite crônica de 45% e com periodontite agressiva de 5%²⁰.

Pesquisadores brasileiros avaliaram 400 pacientes de uma população adulta, com idade entre 18 e 59 anos, onde a prevalência de periodontite encontrada foi de 69%. A periodontite foi definida pelos autores como a presença de perda de inserção clínica de pelo menos 3 mm em três locais examinados em dentes diferentes²¹.

Em 2010, foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal através da participação do Ministério da Saúde e

FABIANO ARAÚJO CUNHA
FERNANDO DE OLIVEIRA COSTA
LUÍS OTÁVIO DE MIRANDA COTA
JOSÉ ROBERTO CORTELLI
FERNANDO SILVA NEVES

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um dos itens avaliados foi a condição periodontal em uma amostra de 1.950 indivíduos de todos os estados brasileiros. A periodontite foi definida como a presença de bolsas periodontais acima de 3 mm. Os resultados mostraram uma prevalência de 32,3% de periodontite na amostra avaliada²².

Em um estudo de prevalência de periodontite crônica realizado na cidade de Porto Alegre (RS), foram avaliados 612 indivíduos adultos. A periodontite foi definida como a presença de perda de inserção > 3 mm afetando dois ou mais dentes. A prevalência encontrada foi de 72% na amostra avaliada²³.

A prevalência de periodontite crônica foi avaliada em uma amostra constituída de 198 indivíduos adultos de uma população brasileira, com idade entre 18 e 55 anos. A periodontite foi definida como a perda de inserção > 6 mm em pelo menos quatro sítios. A prevalência encontrada foi de 30% entre os indivíduos da pesquisa²⁴.

Em 2013, foi realizada uma pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira promovida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. A periodontite foi definida como a presença de bolsas periodontais acima de 3 mm e avaliada em uma amostra de 2.345 indivíduos da capital e do interior do estado. Os resultados mostraram uma prevalência de 29%²⁵.

Fatores psicossociais e doença periodontal

A relação entre distúrbios psiquiátricos, estados emocionais negativos ou estresse e doenças periodontais tem sido proposta desde a década de 1950. Um dos estudos pioneiros, feito com recrutas das forças armadas, verificou que o estresse psicológico decorrente do recrutamento aumentava a prevalência de gengivite ulcerativa necrosante (GUN)²⁶.

Alguns autores verificaram que a gravidade da doença periodontal era maior em pacientes psiquiátricos do que em pacientes controles e que esta gravidade era ainda maior entre os pacientes com níveis de ansiedade mais elevados²⁷.

Com o aprimoramento das técnicas laboratoriais, alguns trabalhos buscaram medir os níveis de corticosteroides na urina relacionados aos episódios de GUN. Os autores encontraram, em pacientes com GUN, níveis maiores de

hidroxicorticoides (OHS) do que em controles, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa²⁸. Foram encontrados níveis significativamente mais elevados de OHS durante o curso da GUN do que após a doença. Embora esses trabalhos tenham fornecido base científica consistente acerca das relações entre os estados emocionais e as doenças periodontais, o entendimento da época era limitado. Não se tinha conhecimento ainda de alguns fatores que poderiam interferir nos estados emocionais, como a prática de esportes e o apoio social, e na doença periodontal, como o fumo e o diabetes. Mesmo os instrumentos objetivos de mensuração do estresse estavam começando a ser elaborados. Na área da odontologia, demorou algum tempo até que as pesquisas voltassem a dar atenção à associação dos fatores psicossociais com a doença periodontal²⁹.

O primeiro estudo que tentou verificar a associação de eventos estressantes com a doença periodontal foi desenvolvido em 1986. Esse estudo avaliou veteranos de guerra, de 23 a 74 anos, que procuraram atendimento emergencial ou de rotina na clínica dental para veteranos do Brooklyn e que tinham sintomas somáticos, provavelmente oriundos de situações estressantes. Foram aplicados questionários de autorrelato para quantificar o número de eventos estressantes (levantamento de experiência de vida) e o número de sintomas somáticos (inventário breve de sintomas), com o objetivo de perceber disfunções orgânicas, incluindo sintomas cardiovasculares, respiratórios, intestinais, entre outros. Os autores concluíram que pode haver uma correlação da gravidade de doença periodontal com o número de eventos negativos de vida. Segundo eles, inclusive aqueles com maiores escores de somatização apresentavam também mais doença periodontal³⁰.

Pesquisadores³¹ investigaram retrospectivamente alguns aspectos do estresse ocupacional sobre a saúde periodontal utilizando o Indicador de Estresse Ocupacional. Esse instrumento consiste numa série de questões que medem os seguintes aspectos: tipo de personalidade, satisfação no trabalho, doença mental e percepção de doenças físicas. Entre as vantagens desse instrumento, estão os acessos dos parâmetros agudos e crônicos do estresse, associados com a vida no trabalho, além da possibilidade de relação desses parâmetros com o bem-estar físico e mental. Após aplicação de um

modelo de regressão, houve uma associação significativa do aumento da profundidade de sondagem com fatores relacionados ao estresse ocupacional (percepção de sintomas físicos de estresse), bem como a manutenção de um melhor estado de saúde naqueles que tiveram comportamentos positivos de saúde.

Foi verificada a associação entre o estresse ocupacional e a progressão da periodontite, medida como alteração nos níveis de inserção, durante 5 anos. O Indicador de Estresse Ocupacional foi aplicado apenas no segundo exame, 5 a 6 anos após o *baseline*, para verificar o estresse retrospectivamente. O estresse ocupacional, da maneira como foi verificado, serviu como uma medida para avaliar como cada indivíduo foi afetado, ao longo dos anos, nas suas respostas e atitudes, dentro do ambiente de trabalho. A perda de inserção clínica foi relacionada com baixa satisfação no trabalho. Diferenças entre os indivíduos em torno dessas características fizeram alguns sujeitos mais vulneráveis aos efeitos negativos do estresse³².

O papel de variáveis psicossociais entre pacientes com periodontite de rápida progressão, periodontite do adulto e pacientes sem destruição periodontal foi avaliado. As medidas psicológicas consistiram de uma escala de eventos de vida, uma escala de solidão da Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA), um inventário de ansiedade traço/estado, uma escala de depressão e uma escala de somatização. Os resultados encontrados mostraram uma associação dos sintomas de depressão e do nível de solidão com a periodontite de rápida progressão, embora não tenham revelado relação com a doença periodontal do adulto³³.

TABP

O TABP é uma síndrome psiquiátrica clássica e tem sido relatada em diversas culturas. Os termos mania e melancolia já eram descritos por volta de 400 a.C. por Hipócrates para caracterizar alterações do estado mental^{34,35}. Em 1899³⁶, foram reunidos sob o termo de psicose maniaco-depressiva, um conjunto de formas clínicas caracterizadas por alteração primária do afeto, perturbações específicas do curso do pensamento e da psicomotricidade e tendência à recidiva, adotando um ponto de vista unitário aos estados melancólicos, à mania unitária e aos quadros circulares³⁷. Em 1957, Karl

Leonhard propôs a divisão em psicoses monopulares e bipolares. Pacientes com psicoses monopulares exibiam quadros como mania, melancolia e depressões unitárias. Psicoses bipolares seriam constituídas pela doença maniaco-depressiva e pelas psicoses cicloides. A classificação atual do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) foi baseada, em parte, nesses conceitos clássicos³⁸. O quadro maniaco consiste em alteração primária do humor com sentimentos de alegria ou de cólera. Há aceleração do tempo psíquico e de atos motores. O pensamento revela uma disposição otimista e expansiva. A atividade verbal mostra-se intensa, rápida, e ao discurso transparece fuga de ideias. Os processos associativos realizam-se velozmente, e o limite entre as ideias mostra-se superficial e frouxo, predominando as associações por continuidade e por simples assonância. A atenção espontânea exagera-se em detrimento da voluntária. A distraibilidade é frequente. Podem ser encontradas ideias delirantes de supervalorização pessoal, temas de grandeza, intervenção ou reforma social. Os quadros de menor intensidade são denominados hipomania. Já a depressão pode ser definida como uma alteração primária do humor no sentido da tristeza ou da angústia. Observa-se dificuldade, e até mesmo inibição, dos processos psíquicos e da mobilidade. Podem associar-se ideias delirantes compatíveis ou não com o fundo afetivo³⁹.

TABP e doença periodontal

O TABP (doença maniaco-depressiva) afeta 1% da população dos Estados Unidos. Essas pessoas sofrem episódios de extrema euforia seguidos de longos períodos de depressão. Exames de triagem odontológica de 40 pacientes, consecutivamente admitidos no centro médico com este diagnóstico, foram realizados. Má higiene oral, acúmulo de cálculo supragengival e subgengival, extensas cáries dentárias e numerosos dentes perdidos eram comumente identificados⁴⁰.

Doença mental crônica e seu tratamento carregam riscos inerentes para importantes doenças bucais. Um desses grupos é composto por pacientes com TABP. Pacientes com TABP podem exibir diversas alterações bucais. Dentre elas, destacam-se a formação de cáries radiculares e a doença periodontal⁴¹. Essas patologias

FABIANO ARAÚJO CUNHA
FERNANDO DE OLIVEIRA COSTA
LUÍS OTÁVIO DE MIRANDA COTA
JOSÉ ROBERTO CORTELLI
FERNANDO SILVA NEVES

estão relacionadas à frequente negligência dos cuidados com higiene bucal e ao uso de medicações, especialmente o lítio, o qual está relacionado com efeitos colaterais como a xerostomia. Durante a fase maníaca do TABP (hiperatividade, euforia), os pacientes tendem a exacerbar os cuidados com a higiene bucal, predispondo ao aparecimento de lesões abrasivas nos dentes, além de recessões gengivais. O conhecimento, pelos dentistas, dessa desordem de saúde mental é essencial para o estabelecimento de um correto manejo na prevenção e tratamento das alterações bucais comumente encontradas nesse grupo de pacientes⁴².

Um estudo de prevalência de doenças sistêmicas foi realizado em pacientes de uma escola de odontologia, onde 508 pacientes foram selecionados e responderam a um questionário de avaliação psiquiátrica. Um total de 136 pacientes (26,77%) relatou apresentar ao menos uma desordem mental. De todas as desordens sistêmicas, a depressão esteve em segundo lugar em frequência, atrás somente da hipertensão. Abuso de medicamentos, ansiedade, anorexia, bulimia, insônia, TABP e stress pós-traumático foram, também, bastante relatados. Concluiu-se que há necessidade de treinamento para os estudantes de odontologia, com o objetivo de reconhecerem sinais de desordens psiquiátricas em seus pacientes. O currículo de odontologia deveria incluir esses estudos⁴³.

Através de uma combinação de psicoterapia e farmacoterapia, os indivíduos com TABP são mais capazes de compreender e lidar com as mudanças de humor subjacentes que caracterizam a condição e, por sua vez, interagir de forma mais positiva e, progressivamente, dentro da sociedade como um todo. A cárie e a doença periodontal são achados comuns nesses grupos de pacientes. Essas alterações repercutem negativamente na qualidade de vida e, muitas vezes, na resposta ao tratamento psiquiátrico^{41,42}.

Foi determinada a prevalência de desordens psiquiátricas em pacientes adultos sob cuidados odontológicos. Através da avaliação de históricos de condições psiquiátricas, 422 pacientes foram selecionados em uma faculdade de odontologia. A desordem mais comum foi a depressão; outras desordens incluíram ansiedade, TABP, déficit de atenção e esquizofrenia. Mais de uma desordem foi encontrada em 50% dos homens e 37% das mulheres, sendo que a condição mais comum foi a depressão junto

com a ansiedade. No total, 77% das mulheres e 69% dos homens estavam sob tratamento ativo. As medicações mais comuns prescritas foram os inibidores de receptação de serotonina, benzodiazepínicos, lítio e antidepressivos tricíclicos; 20 pacientes relataram fazer uso de mais de um medicamento. Concluiu-se que um número significativo de pacientes odontológicos apresenta desordens psiquiátricas. Essas desordens podem afetar a resposta dos pacientes ao tratamento odontológico, requerendo modificações nestes tratamentos. Os efeitos colaterais dos medicamentos comumente utilizados por esses pacientes podem dificultar o controle de higienização oral dos mesmos⁴³.

A prevalência da doença periodontal, geralmente, é extensa por causa da má higiene bucal e da xerostomia induzida por medicamentos usados por pacientes com TABP. Educação odontológica preventiva, substitutos da saliva e agentes anticárie são indicados. Para evitar interações medicamentosas adversas com os medicamentos psiquiátricos geralmente prescritos, devem ser tomadas precauções especiais quando da administração de certos antibióticos, analgésicos e sedativos⁴⁴.

Deve ser ressaltado que até o presente momento não se reportou na literatura estudos específicos da prevalência de periodontite em indivíduos com TABP. A literatura apresenta poucos estudos da condição de saúde dental e TABP, sendo a maioria desses estudos realizada por meio de desenhos retrospectivos, com dados obtidos de prontuários de saúde geral. Baseado nessas colocações, este estudo se justifica pela necessidade de esclarecimentos adicionais sobre essa possível associação, que possam contribuir para a obtenção de melhores condições de saúde periodontal e qualidade de vida para indivíduos com transtornos afetivos.

METODOLOGIA

Delineamento

Neste estudo transversal, exames periodontais completos e entrevistas com coleta de variáveis de risco biológicas, sociais e comportamentais foram realizados em uma amostra composta por 188 indivíduos, no período compreendido entre junho de 2014 e março de 2015. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG, protocolo nº 30592413300005149).

Seleção

Esses indivíduos foram selecionados de uma lista única de 188 indivíduos em tratamento médico/psiquiátrico no Hospital de Saúde Mental anexo ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Todos os indivíduos apresentavam diagnóstico de TABP. Esses pacientes foram avaliados por médicos psiquiatras com larga experiência clínica sobre a sintomatologia maníaca, hipomaniaca e mista, fornecendo um diagnóstico preciso de TABP. Os questionários para auxílio diagnóstico utilizados foram a Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão (HAM-D) e a Escala de Young para Avaliação de Mania (YOUNG)⁴⁵. Após leitura das fichas de identificação e exclusão dos indivíduos

com idade < 35 e > 55 anos (15 indivíduos), 173 foram considerados elegíveis e convidados para participar da pesquisa.

Assim, 173 indivíduos foram agendados para exame clínico e entrevistas. Destes, 11 não preencheram os critérios de inclusão/exclusão (sete pacientes com número de dentes insuficientes e quatro fazendo uso de medicação antibiótica), e seis pacientes não compareceram aos exames agendados; assim, a amostra final foi constituída por 156 indivíduos. Um fluxograma da estratégia amostral é mostrado na Figura 1. Essa amostra final caracterizou-se por indivíduos de ambos os gêneros, idade entre 35 e 55 anos (47,3±5,7), nível socioeconômico e educacional heterogêneo.

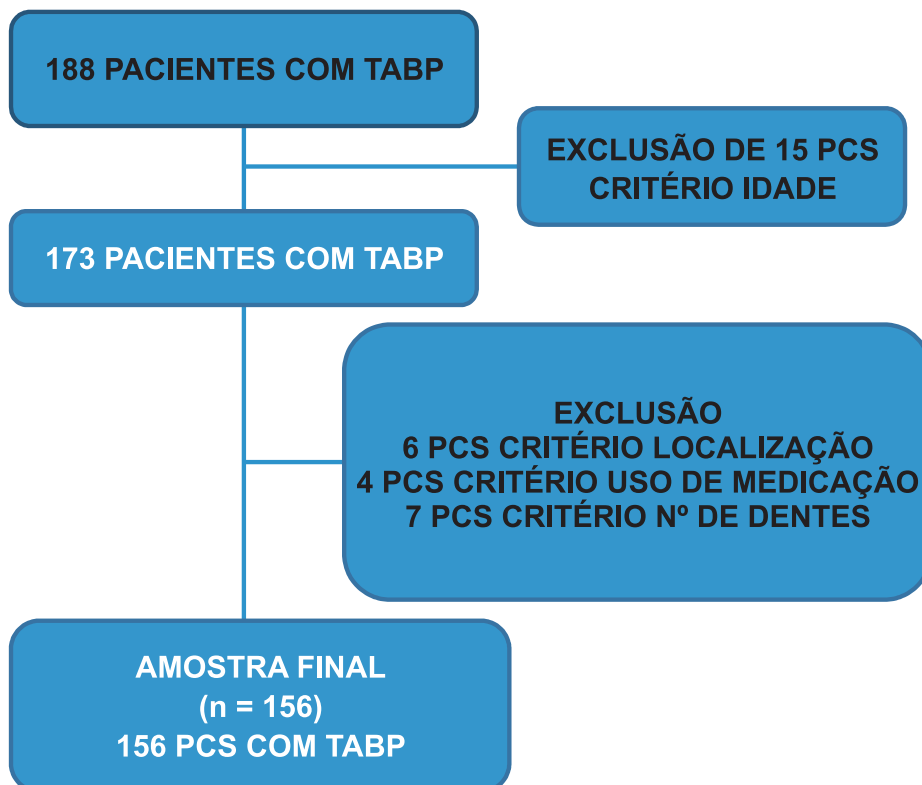


Figura 1 - Fluxograma da estratégia amostral. TABP = transtorno afetivo bipolar; PCS = pacientes.

FABIANO ARAÚJO CUNHA
FERNANDO DE OLIVEIRA COSTA
LUÍS OTÁVIO DE MIRANDA COTA
JOSÉ ROBERTO CORTELLI
FERNANDO SILVA NEVES

Os seguintes critérios de exclusão foram considerados: mulheres grávidas; apresentar doenças debilitantes que comprometam o sistema imunológico (por exemplo, AIDS, neoplasias e doenças autoimunes); ocorrência de crescimento gengival por drogas; idade < 35 anos e > 55 anos; uso de antibióticos em prazo inferior a 3 meses do exame; apresentar menos de 14 dentes na cavidade bucal.

Decidiu-se concentrar o estudo em um grupo etário principal, entre 35 e 55 anos de idade, para reduzir a variação resultante de uma faixa etária ampla e o efeito do confundimento da idade.

Após o consentimento formal, os indivíduos eram questionados sobre sua história médica e dados demográficos, e em seguida o exame clínico periodontal era realizado por um examinador. Adicionalmente, indivíduos com necessidade de tratamento periodontal foram diretamente encaminhados para as clínicas especializadas de atendimento odontológico da UFMG.

Caracterização da amostra

Foram coletados dados referentes às seguintes características: gênero; idade (35-55 anos); renda familiar em salário mínimo (SM) brasileiro (até 1 SM, de 1 a 2 SM e \geq 3 SM); estado civil (solteiro/a, casado/a ou divorciado/a); tentativa de suicídio (sim ou não); uso de drogas ilícitas (sim ou não); etnia (branca, parda/negra); etilismo (sim ou não); afastamento de atividade profissional (sim ou não); índice de placa; última visita odontológica (últimos 2 anos, 2-5 anos e > 5 anos); número de dentes presentes (média); tabagismo (fumantes ou não fumantes); e presença de diabetes (valores de glicemia > 126 mg/dl ou tomando hipoglicemiantes por mais de duas semanas)⁵.

Medidas clínicas: exame clínico periodontal

Em todos os exames clínicos periodontais, registrou-se para cada paciente: os dados de índice de placa²⁰, anotando os escores 0 (ausência de placa bacteriana visível), 1 (placa bacteriana visível recobrimdo até 1/3 da superfície dental), 2 (placa bacteriana visível recobrimdo até 2/3 da superfície dental) e 3 (placa bacteriana visível recobrimdo mais do que 2/3 da superfície dental); a profundidade de sondagem (PS), de forma circunferencial em todos os dentes presentes; os maiores valores para quatro sítios de sondagem e quatro para nível clínico

de inserção (NCI) (vestibular, lingual, mesial e distal); e o sangramento à sondagem (SS), avaliado no momento da medida da PS ou até 30-60 segundos após e anotado para quatro sítios com valores dicotômicos positivos ou negativos. Os exames foram realizados com boas condições de iluminação e biossegurança na clínica de atendimento a pacientes com TABP no Hospital de Saúde Mental da UFMG.

O conjunto de instrumental padronizado para o exame incluiu: pinça clínica, espelho bucal, sonda periodontal milimetrada (modelo Carolina do Norte, PCPUNC15BR, Hu-Friedy®). Os exames e entrevistas foram realizados por um examinador treinado e especialista em periodontia.

Definição de periodontite

A periodontite foi diagnosticada quando da presença de quatro ou mais dentes com um ou mais sítios com PS \geq 4 mm e NCI \geq 3 mm no mesmo sítio²¹.

Reprodutibilidade

Medidas de PS e NCI foram realizadas e repetidas com um intervalo de uma semana em 12 indivíduos selecionados aleatoriamente do grupo amostral piloto (n = 60). Os resultados mostraram valores de Kappa ponderado para concordância intra e interexaminadores para as medidas de PS, NCI > 0,89 e coeficiente de correlação intraclasse > 0,87 (p < 0,001).

RESULTADOS

Foi avaliada a associação entre a periodontite e os dados demográficos e clínicos. Não houve associação significativa entre esses dados. Participaram do estudo 156 pacientes bipolares, sendo que 75,6% eram do gênero feminino e os demais (24,4%) do gênero masculino. A maioria dos pacientes (55,8%) tinha entre 35 e 39 anos, 33,3% entre 40 e 49 anos e 10,9% entre 50 e 55 anos. Quanto à etnia, a maioria (66,7%) era parda ou negra. Aproximadamente 55% dos pacientes eram casados, 27,9% solteiros e 17,5% divorciados (Tabela 1).

Quanto aos dados clínicos, 25% fumavam, 26,9% tinham o hábito de beber, 17,9% eram diabéticos, 5,1% faziam uso de drogas ilícitas e todos usavam antidepressivos. Além disso, 78,8% já haviam tido afastamento da atividade profissional, e 78,2% relataram tentativa de

suicídio. Quanto à última visita odontológica, a maioria dos pacientes (56,4%) declarou que foi ao dentista há mais de 3 anos, 33,3% há 2-3 anos e 10,3% há menos de 2 anos (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra uma caracterização em relação aos parâmetros periodontais. Os pacientes tinham de 21 a 28 dentes presentes na boca, com uma média de 25,6. Foi identificado nos pacientes que, em média, 74,5% das superfícies e 94,3% dos dentes apresentaram SS. Em relação à PS, observou-se nos pacientes, em média, 87,3% das superfícies com PS < 4 mm, 12,6% entre 4 e 6 mm e 0,1% > 7 mm. Já quanto ao NIC, 18,52% das superfícies dos pacientes apresentaram NIC inferior a 3 mm e 81,5% superior ou igual a 3 mm, em média. A distribuição dos pacientes, quanto ao índice de placa, resultou nas frequências de 0,6%, 32,1% e 67,3%, respectivamente para os índices de placa 1, 2 e 3.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes quanto aos dados demográficos

Característica	Frequência	
	n	%
Gênero		
Feminino	118	75,6
Masculino	38	24,4
Total	156	100,00
Faixa etária		
De 35 a 45 anos	118	75,6
De 46 a 55 anos	38	24,4
Total	156	100,00
Etnia		
Branca	52	33,3
Parda/negra	104	66,7
Total	156	100,00
Estado civil		
Com acompanhante	84	54,5
Sem acompanhante	70	45,5
Total	156	100,00
Renda pessoal		
Até 2 salários mínimos	140	89,7
Mais de 2 salários mínimos	14	9,1
Total	156	100,00

Os resultados mostraram que 59% dos pacientes são portadores de periodontite. Neste grupo de pacientes doentes, em 90,2% a periodontite foi caracterizada como crônica moderada e em 9,8% como crônica avançada. Quanto à extensão da periodontite, em 81,5% a doença apresentou-se de forma localizada e em 18,5% de forma generalizada.

DISCUSSÃO

O TABP é um transtorno psiquiátrico complexo, caracterizado pela mania e depressão. Está frequentemente associado a desordens metabólicas e endocrinológicas (particularmente obesidade e diabetes

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes quanto aos dados clínicos

Característica	Frequência	
	n	%
Tabagismo		
Não	117	75,0
Sim	39	25,0
Total	156	100,00
Etilismo		
Não	114	73,1
Sim	42	26,9
Total	156	100,00
Diabetes		
Não	128	82,1
Sim	28	17,9
Total	156	100,00
Afastamento da atividade profissional		
Não	33	21,2
Sim	123	78,8
Total	156	100,00
Visita odontológica		
Menos de 2 anos	16	10,3
2 anos ou mais	140	89,7
Total	156	100,00
Tentativa de suicídio		
Não	34	21,8
Sim	122	78,2
Total	156	100,00

Tabela 3 - Caracterização em relação aos parâmetros periodontais

Parâmetros periodontais	Medidas descritivas				
	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP
Nº de dentes presentes					
Sem periodontite	22,0	28,0	26,0	25,7	1,6
Com periodontite	21,0	28,0	26,0	25,6	1,5
% de sítios com SS					
Sem periodontite	62,5	86,5	76,8	75,9	5,9
Com periodontite	15,0	100,0	72,1	73,5	18,6
% de dentes com SS					
Sem periodontite	79,2	100,0	100,0	99,1	2,9
Com periodontite	32,0	100,0	100,0	91,0	14,0
% de sítios com PS < 4 mm					
Sem periodontite	95,4	100,0	98,1	98,0	1,4
Com periodontite	42,7	96,2	82,5	79,8	12,5
% de PS entre 4 e 6 mm					
Sem periodontite	0,0	4,6	1,9	2,0	1,4
Com periodontite	3,8	56,3	17,5	20,0	12,2
% de sítios com PS > 6 mm					
Sem periodontite	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1
Com periodontite	0,0	3,8	0,0	0,1	0,5
% de sítios com NIC < 3 mm					
Sem periodontite	0,0	100,0	0,0	19,3	39,1
Com periodontite	0,0	100,0	0,0	17,9	37,9
% de sítios com NIC ≥ 3 mm					
Sem periodontite	0,0	100,0	100,0	80,7	39,1
Com periodontite	0,0	100,0	100,0	82,1	37,9

DP = desvio padrão; NCI = nível clínico de inserção; PS = profundidade de sondagem; SS = sangramento à sondagem.

mellitus), doenças cardiovasculares e/ou hipertensão arterial sistêmica e declínio cognitivo. Portanto, apesar de os sistemas classificatórios atuais serem baseados em observações clínicas do paciente, o TABP não deve ser considerado uma doença que afeta "somente" o humor, mas uma condição multissistêmica que envolve o humor, cognição, alterações endocrinológicas e autonômicas³⁴⁻³⁹.

Um dos grandes desafios no manejo do TABP é fazer o diagnóstico correto. A dificuldade no reconhecimento dos episódios maníacos ou hipomaníacos pregressos, tanto por parte do paciente quanto por parte do médico, resulta em taxas elevadas de diagnósticos falsos

negativos em 70% dos pacientes bipolares. O oposto, um diagnóstico falso positivo, foi documentado em metade dos pacientes em tratamento psiquiátrico regular⁴⁵. Os critérios diagnósticos relatados na literatura para TABP e depressão apresentam grande variabilidade. De forma geral, na literatura, os pacientes são submetidos a diferentes instrumentos de diagnóstico, tais como: Escala de Depressão Geriátrica; Zung Self-Rating Depression Scale; DSM-5; COPE Inventory; Acontecimentos de Escala de Vida; Escala de Depressão de Beck; Inventário de Sintomas; HAM-D. Alguns estudos utilizaram instrumentos combinados: Questionário de Eventos

de Vida; Escala de Reajustamento Social; Symptom Checklist-90; Depression Anxiety Stress Scales - States; Depression Anxiety Stress Scales - Traits; Living Scale of Pearlin & Schooler; Escala de Ansiedade de Beck; State-Trait Anxiety Inventory. Na tentativa de minimizar possíveis vieses de seleção, com impacto negativo na interpretação dos resultados, o presente estudo selecionou a amostra diretamente em uma unidade de saúde mental (Hospital das Clínicas da UFMG), que realiza o tratamento específico de pacientes com TABP. Esses pacientes foram avaliados por médicos psiquiatras com larga experiência clínica sobre a sintomatologia maníaca, hipomaniaca e mista, fornecendo um diagnóstico preciso de TABP. Os questionários para auxílio diagnóstico utilizados foram a HAM-D e a YOUNG⁴⁵.

Até o presente momento, nenhum estudo foi realizado em relação à avaliação da prevalência e variáveis de risco associadas ao TABP e à periodontite. A literatura apresenta alguns poucos estudos que avaliaram a condição de saúde dental e TABP⁴⁰⁻⁴⁴. Cárie e doença periodontal foram achados comuns em grupos de pacientes com TABP que passaram por avaliações odontológicas⁴⁰⁻⁴². A má higiene bucal relacionada ao perfil comportamental dos pacientes com TABP e a xerostomia induzida por medicamentos como o lítio são mencionadas como possíveis causas do desenvolvimento de doença periodontal nesse grupo de pacientes^{43,44}.

Em relação aos dados sociodemográficos, alguns estudos demonstraram que não há diferença entre os gêneros feminino e masculino na prevalência de TABP^{34,36,37}. No entanto, há divergências quanto à prevalência do espectro bipolar, tendo sido sugerida uma relação de 1,5 mulheres para cada homem⁸. No presente trabalho, 75,6% eram do gênero feminino, e os demais (24,4%) do gênero masculino.

Em relação ao *status* matrimonial, não foram encontradas diferenças significativas entre indivíduos com e sem acompanhantes^{36,39}. No presente estudo, 54,5% dos pacientes tinham acompanhantes e 45,5% não ($p > 0,05$).

Nenhum outro transtorno psiquiátrico é tão importante como fator de risco para o suicídio quanto o TABP. Estima-se que sua incidência é de 390 casos/100 mil pacientes/ano, ou seja, 28 vezes maior que na população em geral. Cerca de 40% dos pacientes farão uma tentativa de suicídio ao longo da vida, e cerca de

1/4 morrerão por suicídio³⁷⁻³⁹. Uma recente metanálise demonstrou que mais de 30% de pacientes com o diagnóstico de TABP apresentam tentativas de suicídio ao longo da vida⁴⁶. No presente trabalho, 78,2% dos pacientes com TABP responderam que já haviam tentado suicídio. Não se sabe exatamente o porquê de as taxas de suicídio serem mais elevadas no TABP que em outros diagnósticos psiquiátricos. Postula-se que o caráter crônico do transtorno, a dificuldade do diagnóstico, a maior gravidade dos episódios depressivos, a baixa taxa de aderência aos tratamentos, os escores elevados de impulsividade/agressividade, a alta prevalência de comorbidades psiquiátricas e o uso de métodos mais letais sejam os responsáveis⁴⁷.

Estudos de associação de periodontite com outros indicadores de risco, como diabetes, tabagismo, renda familiar, escolaridade, condições de vida e visitas para cuidados odontológicos, têm sido reportados na literatura com achados controversos^{3,12,19,20}. Em nosso estudo, esses indicadores não foram significativamente associados à ocorrência de periodontite. Apesar de os achados na literatura serem conflitantes, condições socioeconômicas e culturais podem ter um efeito maior no comportamento dos indivíduos e facilitar a instalação de hábitos comportamentais nocivos à saúde^{1-3,7,31-33}.

Os medicamentos usados por pacientes com TABP, como o lítio e antidepressivos, são relacionados, por alguns autores^{40-42,44}, com a indução de xerostomia. Essa condição poderia predispor esses indivíduos a uma maior incidência de doenças periodontais, entre elas a periodontite. Dessa forma, seria interessante que trabalhos futuros avaliassem o padrão do fluxo salivar, objetivando uma melhor compreensão da relação entre este e o desenvolvimento/progressão da doença periodontal.

Nopresenteestudo,atravésdaavaliaçãodosparâmetros clínicos de PS e NCI, os pacientes com TABP exibiram uma prevalência de 59% de periodontite. Ressalta-se que o presente trabalho é o primeiro levantamento da literatura a avaliar a prevalência de periodontite em indivíduos com TABP. Comparativamente a outros importantes trabalhos da literatura que avaliaram a prevalência de periodontite em populações com faixa etária semelhante à avaliada neste estudo^{20,22,24,25}, conclui-se que a periodontite apresentou-se com alta

FABIANO ARAÚJO CUNHA
FERNANDO DE OLIVEIRA COSTA
LUÍS OTÁVIO DE MIRANDA COTA
JOSÉ ROBERTO CORTELLI
FERNANDO SILVA NEVES

prevalência nos indivíduos com TABP avaliados. Nesse grupo de pacientes, 90,25% apresentaram periodontite crônica moderada e 9,8% periodontite crônica avançada. Em relação ao NCI, 81,5% dos indivíduos apresentavam NCI \geq 3 mm. O SS esteve presente em 94,3% dos dentes examinados, e 67,3% dos pacientes apresentaram escore 3 para o índice de placa. Quanto à última visita odontológica, a maioria dos pacientes (56,4%) declarou que foi ao dentista há mais de 3 anos, 33,3% de 2 a 3 anos e 10,3% há menos de 2 anos.

CONCLUSÃO

Os pacientes com TABP apresentaram uma alta prevalência de doença periodontal (56,8%), confirmando a importância da prevenção, diagnóstico e tratamento dessa patologia, a qual possa, no futuro, ser considerada como mais uma comorbidade associada a essa doença psiquiátrica.

No entanto, salienta-se a necessidade de estudos futuros que comprovem a associação entre o TABP e a doença periodontal, particularmente os de delineamento longitudinal e ensaios clínicos randomizados.

Agradecimentos

Agradecemos ao Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro na condução do trabalho.

Artigosubmetidoem07/04/2016,aceitoem04/05/2016.

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

Fontes de financiamento: FAPEMIG.

Correspondência: Fabiano Araújo Cunha, Faculdade de Odontologia, Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG. Tel.: (31) 3409.2405. E-mail: fabianoperio@gmail.com

Referências

1. Abahneh KT, All Shaar MB, Taani DQ. Depressive symptoms in relation periodontal health in a Jordaniana sample. *Int J Dent Hyg.* 2010;8:16-21.
2. Aimetti M, Romano F, Nessi F. Microbiologic analysis of periodontal pockets and carotid atheromatous plaques in advanced chronic periodontitis patients. *J Periodontol.* 2007;78:1718-23.
3. Albandar JM, Rams TE. Global epidemiology of periodontal diseases: an overview. *Periodontol.* 2002;29:7-10.
4. Bressi C, Porcellana M, Marinaccio PM, Nocito EP, Ciabatti M, Magri L, et al. The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: an Italian prospective study. *Eur Psychiatry.* 2012;27:619-24.
5. American Diabetes Association. (2) Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care.* 2015;38:S8-S16.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Publishing; 1980.
7. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of CID-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37:316-25.
8. Angst F, Stassen HH, Clayton P, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: flow up over 34-38 years. *J Affect Disord.* 2002;68:167-81.
9. Barbosa TS, Castelo PM, Leme MS, Gavião MB. Associations between oral health-related quality of life and emotional statuses in children and preadolescents. *Oral Dis.* 2012;18:639-47.
10. Berrios GE. Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *Br J Psychiatry.* 1988;153:298-304.
11. Berk M, Williams LJ, Jacka FN, O'Neil A, Pasco JA, Moylan S, et al. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Med.* 2013;11:200.
12. Bouchard P, Boutouyrie P, Mattout C, Bourgeois D. Risk assessment for severe clinical attachment loss in an adult population. *J Periodontol.* 2006;77:479-89.
13. Brietzke E, Kapczinski F. TNF-alpha as a molecular target in bipolar disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008;32:1355-61.
14. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011; 9:90.

15. Byer LJ. An evidence-based medicine strategy for achieving remission in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:31-7.
16. Castro GD, Opperman RV, Haas AN, Winter R, Alchieri JC. Association between psychosocial factors and periodontitis: a case control study. *J Clin Periodontol*. 2006;33:109-14.
17. Clark DB. Dental care for the patient with bipolar disorder. *J Can Dent Assoc*. 2003;69:20-4.
18. Cooper CL, Baglioni AJ Jr. A structural model approach toward the development of a theory of the link between stress and mental health. *Braz J Med Psychol*. 1988;61:87-102.
19. Cortelli JR, Cortelli SC, Jordan S, Haraszthy VI, Zambon JJ. Prevalence of periodontal pathogens in Brazilians with aggressive or chronic periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2005;32:860-6.
20. Cortelli JR, Cortelli SC. Periodontite crônica e agressiva: prevalência subgingival e frequência de ocorrência de patógenos periodontais. *Rev Biocienc*. 2003;9:91-6.
21. Bassani DG, da Silva CM, Oppermann RV. Validity of the Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) for population periodontitis screening. *Cad Saude Publica*. 2006;7:277-83.
22. Brasil, Ministério da saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 20]. dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pesquisa_saude_bucal
23. Susin C, Haas AN, Valle PM, Oppermann RV, Albandar JM. Prevalence and risk indicators for chronic periodontitis in adolescents and young adults in south Brazil. *J Clin Periodontol*. 2011;38:326-33.
24. Brito F, Almeida S, Figueredo CM, Bregman R, Suassuna JH, Fischer RG. Extent and severity of chronic periodontitis in chronic kidney disease patients. *J Periodont Res*. 2012;47:426-30.
25. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, Superintendência de Redes de Atenção à Saúde, Diretoria de Saúde Bucal. SB Minas Gerais: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais. Belo Horizonte: SES-MG; 2013.
26. Johnson BD, Engel D. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A review of diagnosis, etiology and treatment. *J Periodontol*. 1986;57:141-50.
27. Lowental U. Stress, anxiety and the dental patient: the missing specification. *Int Dent J*. 1981;31:193-7.
28. Shannon IL, Kilgore WG, O'Leary TJ. Stress as a predisposing factor in necrotizing ulcerative gingivitis. *J Periodontol*. 1969;40:240-2.
29. Maupin CC, Bell WB. The relationship of 17-hydroxycorticosteroid to acute necrotizing ulcerative gingivitis. *J Periodontol*. 1975;46:721-2.
30. Green LW, Tryon WW, Marks B, Huryn J. Periodontal disease as a function of life events stress. *J Human Stress*. 1986;12:32-6.
31. Linden GJ, Mullally BH, Freeman R. Stress and the progression of periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 1996;23:675-80.
32. Monteiro da Silva AM, Oakley DA, Newman HN, Nohl FS, Lloyd HM. Psychosocial factors and adult onset rapidly progressive periodontitis. *J Clin Periodontol*. 1996;23:789-94.
33. Neves FS, Malloy-Diniz LF, Romano-Silva MA, Aguiar GC, de Matos LO, Correa H. Is the serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) a potential marker for suicidal behavior in bipolar disorder patients? *J Affect Disord*. 2010;125:98-102.
34. Zimmerman M, Clark HL, Multach MD, Walsh E, Rosenstein LK, Gazarian D. Have treatment studies of depression become even less generalizable? A review of the inclusion and exclusion criteria used in placebo-controlled antidepressant efficacy trials published during the past 20 years. *Mayo Clin Proc*. 2015;90:1180-6.
35. Kraepelin E, Freud S, Healy D. Kraepelin-fraud syndrome. *Med Hypotheses*. 2009;72:378-80.
36. Del Porto JA. [Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26:3-6.
37. Neves FS, Corrêa H. O manejo do paciente em crise. *Rev Debates Psiquiatr*. 2011;6:20-30.
38. Croucher R, Marcenes WS, Torres MC, Hughes WS, Sheiham A. The relationship between life-

FABIANO ARAÚJO CUNHA
FERNANDO DE OLIVEIRA COSTA
LUÍS OTÁVIO DE MIRANDA COTA
JOSÉ ROBERTO CORTELLI
FERNANDO SILVA NEVES

- events and periodontites. A case control study. *J Clin Periodontol.* 1997;24:39-47.
39. Friedlander AH, Birch NJ. Dental conditions in patients with bipolar disorder on long-term lithium maintenance therapy. *Spec Care Dentist.* 2009;10:148-51.
 40. Giglio JA, Laskin DM. Prevalence of psychiatric disorders in a group of adult patients seeking general dental care. *Quintessence Int.* 2010;41:433-7.
 41. Woods CD. Self-reported mental illness in a dental school clinic population. *J Dent Educ.* 2003;67:500-4.
 42. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. *Tex Dent J.* 2010;127:1061-70.
 43. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *J Affect Disord.* 2013;150:384-8.
 44. Gonzalez-Pinto A1, Vieta E, Reed C, Novick D, Barraco A, Aguado J, et al. Effectiveness of olanzapine monotherapy and olanzapine combination treatment in the long term following acute mania--results of a two year observational study in bipolar disorder (EMBLEM). *J Affect Disord.* 2011;131:320-9.
 45. Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, et al. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53:1212-9.

PROPOSTAS PARA O FUTURO: ESTRUTURA FÍSICA E EQUIPE IDEAL NAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

PROPOSALS FOR THE FUTURE: PHYSICAL STRUCTURE AND THE IDEAL TEAM FOR PSYCHIATRIC EMERGENCIES

Resumo

Atualmente, o serviço de emergência psiquiátrica (SEP) possui papel fundamental na rede de serviços de saúde mental brasileira. Dele depende, muitas vezes, a definição de uma boa ou má evolução dos quadros psiquiátricos recém iniciados. Este artigo expõe conceitos e dados gerais sobre os SEP, apresenta sua situação atual, mundial e brasileira, e analisa tendências e propostas sobre medidas de planejamento e estruturação dos SEP. Experiências e modelos são analisados como possibilidades de mudanças nos SEP. Como conclusão, os autores salientam a importância da articulação e efetiva execução das prioridades na organização dos SEP no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Emergência psiquiátrica, suicídio, serviços de emergência psiquiátrica, equipe de emergência psiquiátrica, estrutura física.

Abstract

Currently, psychiatric emergency services play a key role in the Brazilian network of mental health services. The outcome of acute psychiatric conditions often depends on the performance of these services. This article presents concepts and general information on psychiatric emergency services, including Brazilian and worldwide perspectives, and analyzes trends and proposals on planning measures and service structuring. Experiences and models are analyzed as possibilities for changes in psychiatric emergency services. In conclusion, the authors reinforce the importance of articulating and effectively implementing priorities in the organization

of psychiatric emergency services in the context of the Brazilian public Unified Health System.

Keywords: Psychiatric emergency, suicide, psychiatric emergency services, psychiatric emergency team, physical structure.

INTRODUÇÃO

As emergências psiquiátricas se caracterizam por um comportamento ou condição percebido por alguém (muitas vezes não pelo próprio afetado) como potencial para uma evolução rapidamente catastrófica e onde recursos adequados para o seu manejo não estão disponíveis no momento da ocorrência. Trata-se de um evento grave, no qual a subjetividade é importante, além de ser não programado, com abordagem anterior ausente ou insuficiente e com apoio sociofamiliar ou profissional falho ou conflituoso¹.

O impacto dos transtornos mentais na saúde pública é profundo e continua a crescer em importância. Além disso, o funcionamento ineficaz dos serviços ambulatoriais públicos de saúde mental tem forçado os serviços de emergência psiquiátrica (SEP) a se tornarem, de fato, os provedores de assistência mental aguda primordial não só no Brasil como em outros países².

Nessa situação, os SEP constituem, em todo o mundo, um serviço fundamental na articulação de uma rede de saúde mental de qualidade. Historicamente, poucas mudanças nas estruturas e na conformação de um SEP têm ocorrido nas últimas décadas. O presente artigo tem o intuito de avaliar novas perspectivas em relação à estrutura física, equipe ideal e fluxos na constituição dos SEP.

¹ Médico assistente, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP. ² Enfermeiro especialista em Saúde Mental pelo IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Mestre e doutorando em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ³ Coordenador, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Professor colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, São Paulo, SP. Membro da Comissão Científica da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA). Doutorado em Psiquiatria pela FMUSP. Médico supervisor do IPq-HC-FMUSP.

DEFINIÇÃO DO SEP

Um SEP pode ser definido como uma unidade de atendimento em saúde destinada a prestar as funções essenciais de acesso imediato para avaliação e tratamento, além de condições de manejo, dos mais severos casos psiquiátricos a qualquer hora. Seus serviços devem estar disponíveis a todo momento. Também é primordial haver acesso imediato a outros serviços de cuidados médicos, assim como é essencial a necessidade de leitos de observação para curta permanência¹.

HISTÓRICO E SITUAÇÃO ATUAL

A procura pelos SEP vem crescendo no mundo todo^{3,4}, e tal fenômeno decorre da tendência a mudanças marcantes nas políticas de saúde mental, que desestimulam internações prolongadas e buscam soluções de tratamento que promovam maior integração do paciente psiquiátrico na comunidade.

A diminuição de leitos hospitalares promoveu uma demanda maior pelos SEP, na medida em que outros serviços de saúde mental, como ambulatórios e centros de atenção psicossocial (CAPS), não estavam disponíveis em quantidade suficiente para absorver essa demanda. No Brasil, os pacientes em situações de crise raramente tiveram prioridade nas políticas de saúde pública. Até a reforma na assistência à saúde mental, iniciada na década de 1980, a maioria desses pacientes era atendida nas portas de entrada dos manicômios, de forma improvisada nos diversos serviços de saúde não psiquiátricos ou, ainda, em abordagens não médicas, como serviços de polícia e religiosos. Em meados da década de 1980, o movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica cresceu de maneira significativa⁵. Gradativamente, houve uma redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos, que deixaram de constituir o cerne do sistema de assistência, o qual passou a se basear em uma rede de serviços extra-hospitalares de crescentes complexidades⁶. As mudanças nas políticas de saúde mental, com ênfase no tratamento extra-hospitalar, realizado de modo desarticulado, levaram ao aumento do número de pacientes na comunidade sujeitos a recaídas, por vezes repetitivas, demandando o uso crescente do SEP⁷. Nesse sentido, os SEP atuam como a entrada ao fenômeno de porta giratória,

caracterizado pela reincidência em internações psiquiátricas, num curto espaço de tempo entre uma internação e outra, devido à ausência de um sistema de saúde mental integrado⁷.

Dentre as emergências psiquiátricas mais comuns, temos: transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas, transtornos de humor, transtornos ansiosos, psicoses e tentativas de suicídio, sendo que o comportamento suicida tem apresentado tendência de crescimento, principalmente na faixa etária mais jovem.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), casos de emergência em saúde mental devem ser atendidos em 1º) hospitais gerais ou 2º) hospitais psiquiátricos. De acordo com o Ministério da Saúde⁸, os SEP devem funcionar diariamente durante 24 horas e contar com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo dos casos de urgência tem como objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social em curto período de tempo. A atual política brasileira de saúde mental propõe a extinção do hospital psiquiátrico⁹, atribuindo a atuação de serviços comunitários (CAPS) como principal substituição dos hospitais psiquiátricos. Observamos, no entanto, que tal política não é eficaz na prática, devido a uma articulação falha entre os serviços ambulatoriais em suas diferentes complexidades. Tal situação, somada ao fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos pelo descredenciamento dos mesmos pelo SUS, resultaram em um grande impacto na assistência psiquiátrica, com superlotação nos SEP e aumento de moradores de rua¹⁰.

FUNCIONAMENTO DE UM SEP

O funcionamento de um SEP é, por sua própria natureza, inconstante, com momentos de menor demanda e outros de turbulência, em que muitos pacientes ficam aguardando o atendimento. Dessa maneira, idealmente, o seu funcionamento deve ser assegurado através de um conjunto de pontos essenciais a ser considerados, envolvendo estrutura física, recursos humanos e processos de atendimento. Todos esses itens serão discutidos dentro de uma perspectiva ideal, sendo que soluções específicas e adaptadas para cada realidade precisam ser buscadas.

ESTRUTURA FÍSICA DE UM SEP

Em termos de estrutura física, diversos detalhes precisam ser observados¹.

- A área física deve ser específica para o atendimento de pacientes psiquiátricos, para não misturá-los com pacientes clínicos ou cirúrgicos; é importante uma planta física que permita uma assistência adequada por parte de uma dedicada equipe de enfermagem, dispoendo, por exemplo, de salas com ventilação e banheiro no local.
- Iluminação adequada e presença de orientadores, como relógios e calendários, que auxiliam na orientação de pacientes confusos ou desorientados.
- Ambiente provido de pouco estímulo, quieto e calmo, para não estimular indevidamente pacientes em agitação psicomotora.
- Instrumentos para emergência (cilindro de oxigênio, ambu, material de intubação, aspirador de secreção, vaporizador e nebulizador. Bandeja ou carro de parada devem estar facilmente disponíveis). Se o SEP estiver fisicamente localizado próximo a uma emergência clínico-cirúrgica, esses instrumentos podem ser dispensados.
- Material de contenção física, na forma de faixas e camas adequadas, como, por exemplo, camas fixadas no chão e adaptadas para faixas de restrição física.

Idealmente, a unidade de emergência psiquiátrica deve estar próxima das instalações de uma emergência clínico-cirúrgica, dada a alta incidência de complicações clínicas em pacientes psiquiátricos. O acesso à unidade deve promover o controle de possíveis fugas dos pacientes, sendo sugeridas apenas uma entrada para o fluxo de pacientes e uma porta fechada a chave para o fluxo de profissionais.

LOCAL DE ATENDIMENTO: SALA DE CONSULTA

Os móveis devem ser escolhidos e dispostos nos cômodos de tal forma que não possam ser utilizados como armas. Na sala de consulta, os móveis devem ser postos de maneira específica, sendo que a cadeira do médico deve estar próxima a uma porta, para que esta não possa ser bloqueada por um paciente agressivo, e a cadeira do paciente deve ser posicionada de tal maneira

que ele não se sinta acuado ou ameaçado (Figura 1). De preferência, todos os móveis devem ser fixados no chão, incluindo cadeiras e mesas. A sala deve ter consultório privativo, porém não isolado, com rota de fuga caso necessário. É importante que tenha recursos que possam favorecer a assistência aos pacientes sem risco para os mesmos nem para a equipe de saúde.

Quando um paciente já está em agitação psicomotora, pode não ser adequado encaminhá-lo para uma sala de atendimento. Neste caso, algumas condições e orientações devem ser seguidas:

1. Procurar o local com maior privacidade possível.
2. Certificar-se de que o local é seguro.
3. Facilitar o acesso de outros profissionais de saúde ao local de atendimento se o paciente estiver ou tornar-se violento.
4. Medicação para quadros de agitação psicomotora disponíveis rapidamente.
5. Material para contenção física de fácil acesso.
6. Equipe treinada para o atendimento.
7. Ter acesso a serviços de diagnósticos e contar com auxílio de outros especialistas.

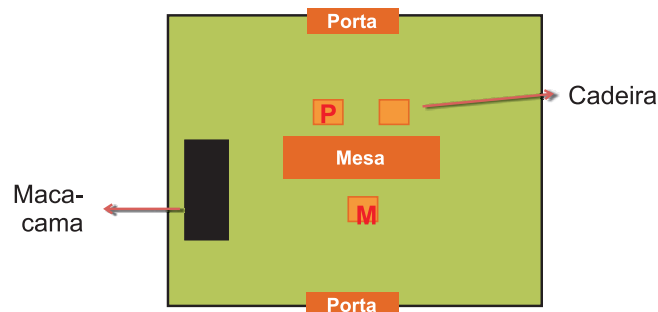


Figura 1 - Esquema de sala de atendimento psiquiátrico ideal. P = paciente; M = médico. Fonte: Baldaçara¹¹.

OBSERVAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Os SEP devem dispor de leitos de observação para curta permanência, quando localizados em serviços de emergência (prontos-socorros gerais) ou de permanência mais longa, quando situados dentro de hospitais gerais (enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais). Esses leitos deverão ser diferentes dos leitos comuns de

¹ Médico assistente, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP. ² Enfermeiro especialista em Saúde Mental pelo IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Mestre e doutorando em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ³ Coordenador, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Professor colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, São Paulo, SP. Membro da Comissão Científica da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA). Doutorado em Psiquiatria pela FMUSP. Médico supervisor do IPq-HC-FMUSP.

enfermarias de clínicas gerais ou cirúrgicas, pois precisam ser mais simples, de estrutura reforçada e presos ao chão de forma que nenhum indivíduo seja capaz de tirá-lo do lugar. Obviamente, o uso de macas não é recomendado, porém na ausência de leitos adequados, podem-se usar macas/cama com presilhas para fixar ao nível do chão, para prevenir quedas, principalmente em situações de contenção. É importante que haja leitos separados para homens e mulheres, para limitar situações de conflitos e abusos físicos ou sexuais.

Alguns cuidados são necessários em relação a objetos que podem ser facilmente destruídos. Nesses casos, eles precisam ser acondicionados em estruturas protetoras adequadas. Objetos elétricos, medicamentos e equipamentos médicos devem ser guardados em armários com trancas seguras. Faixas específicas de contenção física em leito precisam ser projetadas para evitar lesões ao paciente durante uma contenção física prolongada.

RECURSOS HUMANOS DE UM SEP

Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais que funcionam diariamente durante 24 horas devem dispor de uma equipe com um médico psiquiatra, ou um médico clínico e um psicólogo; um assistente social; um enfermeiro; e profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades⁸. Entendemos que, na equipe ideal de um SEP, deve obrigatoriamente haver a presença de médico psiquiatra, contrariamente à regulamentação que possibilita a presença de um clínico ao invés de um psiquiatra.

No treinamento da equipe, devem existir protocolos para a abordagem terapêutica de pacientes agitados, de pacientes desacompanhados que necessitam de suporte familiar e de pacientes sem nenhum suporte social, como moradores de rua ou pacientes desorientados.

Protocolos específicos, como programas para abordagem do paciente suicida, de primeiro surto ou de abuso e dependência de drogas, precisam ser estabelecidos com um treinamento adequado e com o fluxo de procedimentos e encaminhamentos bem definido e previamente ajustado com outros serviços de saúde na área de captação do SEP.

Esses protocolos devem estabelecer todas as etapas dos atendimentos, especificando o papel de

cada profissional, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, para a resolução dos problemas. O SEP deve ter como diretriz um atendimento que funcione em rede com outros pontos de atenção.

OUTROS PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS

Muitas vezes, casos que não são devidamente avaliados por profissionais não médicos, devido a alterações comportamentais, são trazidos para os SEP para serem diretamente avaliados pela psiquiatria. O maior exemplo são policiais que pressupõem que determinado caso deva ser tratado pela psiquiatria. Nesses casos, é essencial uma triagem adequada por equipe de saúde (enfermeiros) para o devido encaminhamento do caso, principalmente quando existe a suspeita de um diagnóstico de alguma patologia não psiquiátrica que deve ser excluída inicialmente. É importante a implantação de algum sistema de classificação de risco no atendimento inicial, como, por exemplo, o protocolo de Manchester¹².

No SEP, é comum a necessidade de contenção física de pacientes. Tal procedimento, em geral, é realizado pela equipe de enfermagem e médica, mas também pode contar com o auxílio de outros profissionais, tais como os agentes de segurança da instituição. Nesses casos, é necessário o treinamento de tais profissionais, que não são da área da saúde, para uma atuação correta nos casos de contenção física e, sobretudo, no manejo comportamental dos casos de agitação psicomotora.

PROCESSOS DE ATENDIMENTO

A equipe de um SEP possui atribuições que demandam muito de si e que requerem um equilíbrio complexo entre as necessidades e a segurança do paciente e da comunidade, os recursos disponíveis do sistema de saúde mental, além da definição dos papéis de cada equipamento e de cada participante no processo de atendimento do paciente psiquiátrico em crise.

As atividades principais dos SEP incluem intervenções em crises, avaliação de riscos e atendimento de pessoas que procuram o serviço por inúmeros problemas médicos e sociais urgentes ou não urgentes. Aos SEP recai muitas vezes a decisão de internar um paciente involuntariamente, sendo a emergência psiquiátrica uma das poucas áreas remanescentes de coerção clínica e eticamente justificável em medicina¹³.

BURNOUT DA EQUIPE

O esgotamento da equipe é um fato reconhecido, tanto que a atuação do médico psiquiatra nos SEP não é vista como uma carreira de longo prazo. Poucos da equipe permanecem por mais de 3 ou 4 anos, sendo que os que permanecem são considerados por seus colegas como de menor *status* profissional, pois a expectativa mais comum é a de que abandonem essa posição¹³. Poucos estudos no Brasil investigam a situação dos profissionais dos SEP, e os estudos existentes evidenciam a dicotomia entre a teoria e a prática profissionais¹⁴, com a identificação do profissional com o estigma do doente mental, que tem como último recurso o atendimento em um SEP, não raro apresentando contratransferências que prejudicam a abordagem correta e adequada dos pacientes.

PROCESSOS ENTRE PACIENTES E PROFISSIONAIS NO SEP: FLUXOS E AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL

Em termos de processos entre pacientes e profissionais, os objetivos de um SEP são:

- Atender pacientes em crise aguda com alteração de comportamento, podendo ser pacientes que já estão sendo atendidos no sistema de saúde mental ou pacientes em primeira crise.
- Diagnosticar eventuais transtornos psiquiátricos, além de problemas psicológicos e sociais.
- Definir estratégias de solução de problemas, de acordo com os diagnósticos realizados.
- Encaminhar o paciente para os serviços adequados, para seguimento do processo de resolução dos problemas.

A forma de atuação do SEP é basicamente pontual e não abrange a resolução da problemática completa dos pacientes que o procuram. Sua função principal seria definir os problemas e direcionar os pacientes para as soluções disponíveis mais adequadas. Pelo caráter heterogêneo da demanda de um SEP, uma forma de organizar melhores processos envolvidos no atendimento seria por meio da definição de tipos de pacientes que buscam ajuda nessas unidades. Os principais tipos de pacientes seriam:

- Pacientes submetidos pela primeira vez a tratamento, que buscam o SEP como porta de entrada do sistema de saúde mental.

- Pacientes que já estão em tratamento no sistema de saúde mental, preferencialmente em um ambulatório de saúde mental, ou em um serviço de complexidade secundária, como hospital-dia.
- Pacientes que são trazidos contra a sua vontade, por acompanhantes ou policiais, por conta de alterações de comportamento.
- Pacientes com problemas sociais, que buscam abrigo e comida não encontrados nos serviços de apoio social da região.

PROCESSOS INTERNOS DO SEP E A RELAÇÃO ENTRE PACIENTES E PROFISSIONAIS

No fluxo de atendimento interno de um SEP ideal, é importante a estruturação de procedimentos de acolhimento do paciente, na forma de uma pré-consulta psiquiátrica, feita por um profissional enfermeiro treinado, para observar de imediato as queixas iniciais, fazer a triagem de eventuais sintomas que sinalizem quadro de alta gravidade, obter as informações médicas e sociais, dar orientações básicas sobre o funcionamento da equipe do SEP e a previsão de tempo de atendimento pelo médico, de acordo com a demanda daquele momento. Essa triagem poderia encaminhar o paciente para uma avaliação psiquiátrica, de clínica médica ou diretamente para o serviço social. A convocação de familiares ou pessoas relevantes para o paciente em crise é uma prioridade, e essa convocação precisa ser incluída na rotina dos pacientes que chegam desacompanhados, podendo ser feita a critério médico. Os profissionais das equipes precisam estar em contato frequente para definir as condutas e os encaminhamentos mais adequados para cada paciente. Esse contato deve ser feito através de procedimentos padronizados de encaminhamento em caso de necessidade para interconsultas de outras especialidades médicas e para outros serviços, como a psicologia ou o serviço social. Após a resolução da situação de crise aguda, também é necessária a padronização do processo de encaminhamento do paciente para os serviços de saúde psiquiátricos e não psiquiátricos, que pode ser feito por uma equipe de pós-consulta, devendo-se incluir sempre uma orientação do enfermeiro e do serviço de assistência social.

¹ Médico assistente, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP. ² Enfermeiro especialista em Saúde Mental pelo IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Mestre e doutorando em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ³ Coordenador, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Professor colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, São Paulo, SP. Membro da Comissão Científica da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA). Doutorado em Psiquiatria pela FMUSP. Médico supervisor do IPq-HC-FMUSP.

SOLICITAÇÕES DE AVALIAÇÃO DE CRISES E TRIAGEM TELEFÔNICA

Idealmente, os SEP deveriam dispor da possibilidade de acesso a profissionais de saúde mental treinados na avaliação e manejo de ligações de pacientes em crise, capacitados para avaliar a prioridade da chamada e providenciar intervenções através do acionamento de serviços extra-hospitalares, tais como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). As ligações devem ser capazes de possibilitar a identificação e a localização (*tracking*)¹ do paciente e de obter informações mínimas da situação de crise, para avaliar a necessidade de se chamar também um apoio policial caso haja um vislumbre de situação de violência.

CONCLUSÃO

O SEP é fundamental para um funcionamento eficaz de um sistema de saúde mental, que deve considerar sempre a ocorrência inevitável de pacientes em primeira crise, que ainda não foram diagnosticados nem tratados, e de pacientes já em acompanhamento ambulatorial, mas que encontram-se em crise. É muito importante que os SEP tenham modelos padronizados de estrutura física e atendimento, para que seu objetivo seja alcançado de forma adequada e efetiva, evitando condutas e procedimentos improvisados, que dependam das experiências e condutas heterogêneas dos diversos profissionais envolvidos. Estes modelos padronizados precisam estar disponíveis para os gestores de saúde pública, para que possam orientar a instalação de novos serviços e ajustar os já existentes, sempre buscando o aperfeiçoamento. Novas soluções precisam ser sugeridas e testadas, pois poucos estudos existem sobre este tema.

Artigo submetido em 07/03/2016, aceito em 28/04/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo. Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Teng Chei Tung, Av. Ovídio Pires de Campos, 785, Cerqueira César, CEP 05403-903, São Paulo, SP. E-mail: tengct@hotmail.com

Referências

1. Breslow RE. Structure and function of psychiatric emergency services. In: Allem HM, editor. Emergency psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002. p. 1-33.

2. Larkin GL, Beautrais AL, Spirito A, Kirrane BM, Lippman MJ, Milzman DP. Mental health and emergency medicine: a research agenda. *Acad Emerg Med*. 2009;16:1110-9.
3. Barros RE, Tung TC, Mari Jde J. [Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32:S71-7.
4. Del-Ben CM, Marques JM, Sponholz A Jr, Zuardi AW. [Mental health policies and changes in emergency service demand]. *Rev Saude Publica*. 1999;33:470-6.
5. Dagalarrondo P, Botega NJ, Banzato CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev Saude Publica*. 2003;37:629-34.
6. Kilsztajn S, Lopes Ede S, Lima LZ, Rocha PA, Carmos MS. [Hospital beds and mental health reform in Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008;24:2354-62.
7. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*. 2002;1:84-90.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria SNAS 224, de 29 de janeiro de 1992 [Internet]. 1992 [cited 2016 Jun 27]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf
9. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde [Internet]. 2006 [cited 2016 May 05]. bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf
10. Tamai S. O hospital psiquiátrico. In: Nardi AE, Silva AG, Quevedo JL, organizadores. PROPSIQ Programa de atualização em psiquiatria: Ciclo 5. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 9-22.
11. Baldaçara LR. PEC - Emergências psiquiátricas [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 27]. <http://www.abp.org.br/portal/pec-emergencias-psiquiaticas/>
12. Azeredo TR, Guedes HM, Rebelo de Almeida RA, Chianca TC, Martins JC. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs*. 2015;23:47-52.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

DANIEL KAWAKAMI
JOSÉ GILBERTO PRATES
CHEI TUNG TENG

ARTIGO

13. Lincoln AK, White A, Aldsworth C, Johnson P, Strunin L. Observing the work of an urban safety-net psychiatric emergency room: managing the unmanageable. *Sociol Health Illn.* 2010;32:437-51.
14. Kondo EH, Vilella JC, Borba LO, Paes MR, Maftum MA. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45:501-7.

SETEMBRO AMARELO



Divulgue a mensagem em defesa da vida.

Baixe a cartilha no Portal da Psiquiatria: www.abp.org.br

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE PARAFILIAS

THE EVOLUTION OF THE CONCEPT OF PARAPHILIAS

Resumo

Publicada a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e estando em fase de finalização a revisão da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) – duas das mais importantes classificações internacionais –, abre-se espaço para a discussão da evolução do comportamento sexual. Tal debate é motivado pela observação da dinâmica que atualiza as normas sociais desse comportamento, da forma como essas normas são construídas e do quanto elas estão submetidas ao contexto histórico, político e cultural. Este artigo, inspirado nas ponderações de Alain Giami, pesquisador do Gender, Sexual and Reproductive Health Team do Center for Research in Epidemiology and Population Health (CESP), localizado em Le Kremlin-Bicêtre, França, apresenta as classificações dos transtornos da sexualidade como representações de padrões contemporâneos e relações de gênero; e comenta que o tratamento médico das perversões sexuais (parafilias, transtornos de preferência sexual) evoluiu, durante o século passado, de um modelo de patologização de todo comportamento sexual não reprodutivo a um modelo que consagra o bem-estar sexual e a responsabilidade (consenso nos relacionamentos), enquanto patologiza a ausência de consentimento, de parte a parte, nas práticas sexuais.

Palavras-chave: Comportamento sexual, parafilias, transtornos parafilícos.

Abstract

As the 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) is released, and review of the 10th International Classification of Diseases (ICD-10) approaches completion – two major international classifications – there is now room for discussion on changes in sexual behavior over time. This debate is motivated by the observation of the dynamics

that updates social norms regulating sexual behaviors, of how these norms are built and to what extent they are subjected to historical, political and cultural contexts. This article, inspired by the ideas of Alain Giami, a researcher of the Gender, Sexual and Reproductive Health Team at the Center for Research in Epidemiology and Population Health (CESP), in Le Kremlin-Bicêtre, France, presents the classifications of sexual disorders as representations of contemporary sexual norms and gender relations. Moreover, this article addresses the evolution of the medical treatment of sexual perversions (paraphilias, disorders of sexual preference), which evolved, over the course of the last century, from a model of pathologization of any non-reproductive sexual behavior to a model focused on sexual wellbeing and responsibility (consent in relationships) and that pathologizes the absence of consent in sexual practices.

Keywords: Sexual behavior, paraphilias, paraphilic disorders.

HISTÓRICO DAS CLASSIFICAÇÕES

Transtornos e problemas relacionados à sexualidade passaram a fazer parte da Classificação Internacional de Doenças em sua 6ª edição (CID-6, 1949), quando foi inaugurada uma seção dedicada aos transtornos mentais¹. Essa categoria (desvios sexuais) se manteve na CID-7 (1955)² e na CID-8 (1965)³, até a publicação da CID-9 (1990)⁴, edição em que foram introduzidos os capítulos dos transtornos de preferência sexual e o termo parafilia, repercutindo a proposta desenvolvida na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), em 1980⁵.

Na CID-6, os desvios sexuais foram alocados como uma subcategoria de personalidades patológicas, a qual agrupava inúmeros comportamentos sexuais não reprodutivos, incluindo o exibicionismo, o fetichismo, o homossexualismo (ainda categorizado como doença, daí o sufixo *ismo*), a sexualidade patológica e o sadismo,

Psiquiatra, livre-docente e professora associada, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP. Coordenadora, Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP.

diferenciando-os dos distúrbios da função sexual, classificados como “reações psicogênicas que afetam o sistema geniturinário”¹. Todas essas categorizações foram influenciadas pelos trabalhos de Krafft-Ebing⁶ e de Havelock Ellis⁷. A diferenciação entre os desvios sexuais e as “reações psicogênicas, que afetam o sistema geniturinário” foi baseada principalmente na etiologia atribuída à personalidade patológica, o que em certa medida poderia ser a causa do comportamento desviante no caso dos desvios sexuais. Por outro lado, para os distúrbios da função sexual, a personalidade não contribuiria à etiologia, considerada somática ou funcional e capaz de produzir sofrimento (embora esse termo não estivesse em uso naquela época).

O homossexualismo (masculino e feminino) figurava em extensa categoria, juntamente com a pedofilia, a sodomia, o exibicionismo, o fetichismo, o travestismo e os quadros que viriam futuramente a ser categorizados como transtorno de identidade de gênero. O homossexualismo compunha o modelo paradigmático do comportamento sexual desviante, ou seja, um comportamento não reprodutivo, associado às patologias da personalidade⁸.

A noção de desvio sexual foi apresentada na CID-9 como “inclinação e comportamentos não sancionados de forma absoluta nas diferentes sociedades e culturas e que não são, em geral, aprovados pela sociedade, para os fins sociais e biológicos”⁴.

As parafilias foram denominadas como desvios sexuais até 1975⁴ e, em seguida, como distúrbios da preferência sexual e parafilias, na CID-10 (1990)⁹.

À categoria desvios sexuais pertenciam, portanto, as atividades sexuais que não possuíam função reprodutiva e cuja definição implicava que esses comportamentos não serviam para fins “biológicos e sociais aprovados”, próprios do “comportamento sexual normal”⁴. O desvio sexual representava, então, uma espécie de distúrbio intermediário, entre as violações da ordem social e as falhas morais, e sua patologização era atribuída a formas não psicóticas da personalidade. A definição de desvios sexuais deu lugar à noção de parafilia, inicialmente no DSM-III⁵ e DSM-III-R¹⁰ e, posteriormente, na CID-10⁹.

○ CONCEITO DE PARAFILIA E DE HOMOSSEXUALIDADE

A recente publicação “Between DSM and ICD: paraphilias and transformation of sexual norms”⁸ serviu

de base para as considerações detalhadas neste artigo. A referida publicação reveste-se de interesse por ser, a um só tempo, bastante informativa e pouco opinativa.

O termo parafilia foi proposto pela primeira vez por Stekel em seu livro *Sexual aberrations*¹¹. No prefácio desse livro, Stekel definiu parapatia significando neurose; usou o termo paralogia para a psicose e parafilia para a perversão, destacando, assim, as parafilias das outras categorias de transtorno mental. Esse autor construiu a noção de parafilias com base em dois principais domínios: no primeiro volume, tratou dos vários aspectos do fetichismo, considerando-o como uma continuação da conduta impulsiva; no segundo, tratou do sadismo e do masoquismo. Para Stekel, o homossexualismo pertencia a uma categoria totalmente diferente, chamada parapatia, oriunda da repressão social à atração por homens¹².

O termo parafilia foi retomado e popularizado, em sentido não pejorativo, pelo sexólogo americano Money, designando “interesses sexuais incomuns”, definidos como “aspecto sexo-erótico ou alternativa à norma ideológica oficial”¹³. A definição de Money interessa à modernização da sexualidade, na qual a linha que separa a normalidade da patologia não é mais centrada na distinção entre função reprodutiva e não reprodutiva, mas na distinção entre normal e incomum. Assim, os “interesses sexuais incomuns”, segundo Money, não estão baseados exclusivamente no coito heterossexual e não se reportam à heteronormatividade. Além disso, eles não se enquadram no padrão de reciprocidade amorosa ou romântica.

Saúde sexual, tal como foi definida por esse autor, baseia-se na forte associação entre o prazer sexual e o amor¹⁴. Enquanto que para Krafft-Ebing toda a atividade sexual não reprodutiva era psicopatía sexual⁶, Money estabeleceu uma divisão entre formas “saudáveis” e “não saudáveis” da atividade sexual erótica¹⁴. Os teóricos das perversões sexuais e parafilias do século XX já haviam argumentado que o critério da reprodução sexual (normalidade sexual na esfera da heteronormatividade reprodutiva ou “repronormalidade”)¹⁵ não seria suficiente para se compreender a psicodinâmica dos “comportamentos sexuais incomuns”⁸.

Vale observar que a instituição da categoria parafilias e a mudança do significado desses comportamentos repercutiram, na década de 1980, os movimentos sociais

e políticos dos anos 1960 e 1970, com a liberação sexual que legitimou práticas sexuais não reprodutivas e não conjugais. O foco da atividade sexual migrou para o bem-estar e a maior proximidade (intimidade) entre os parceiros, valorizando uma interação igualitária¹⁶. Esses movimentos contribuíram para o reconhecimento da diversidade sexual.

Tal reconhecimento abarcou, a princípio, o comportamento dos heterossexuais, fora do contexto da procriação e do casamento, influenciado pela prática da contracepção hormonal¹⁷; em seguida, a despatologização da homossexualidade pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA), em 1973, reconhecida como estilo de vida e orientação sexual¹⁸. Da mesma forma, a masturbação foi legitimada como um tipo de prática sexual, que permitia melhor compreensão do erotismo. Mais tarde, o advento da epidemia da AIDS trouxe o paradigma do sexo seguro, recomendado, inicialmente, para homens homossexuais¹⁹.

As modificações das normas sociais ensejaram que o bem-estar e o consentimento entre os parceiros se tornassem prioridade na regulação dos atos sexuais. Reformulações na CID, identificadas por mudanças de conceitos sobre as atividades sexuais patológicas, renunciaram as diferentes maneiras pelas quais as parafilias seriam definidas nas versões mais recentes dessa classificação⁸.

O quadro de parafilias (transtornos da preferência sexual na CID-10)⁹ excluiu quaisquer distúrbios relacionados à homossexualidade e às questões resultantes de orientação sexual. Estes foram agrupados, na época, na categoria F66: “Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento e orientação sexuais”, podendo vir a ser completamente excluídos na proposta da CID-11²⁰.

CRITÉRIOS DO DSM E DA CID

A APA foi fundada em 1892, sob o nome de American Medico-Psychological Association, antes do nome American Psychiatric Association, cunhado em 1921. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma agência das Nações Unidas, foi estabelecida em 1948, em Genebra, sendo responsável pelo desenvolvimento da CID, atualmente em sua 10ª edição publicada. Tal

classificação foi divulgada pela primeira vez em 1948, como um desdobramento da Classificação Internacional de Causas de Morte²¹.

Na atualidade, quando o DSM da APA²² acaba de publicar a 5ª edição e a CID-10 da OMS⁹ está em fase de revisão, ocorre uma retomada da pesquisa científica sobre disfunção sexual, parafilias e transtornos da identidade de gênero^{23,24}. Grande número dessas investigações examinam os problemas relacionados à atividade e à identidade sexual em termos dos estereótipos de gênero, na tentativa de se definir, dentro dessas categorias, as especificidades masculinas e femininas que representam, bem como as relações de poder que desempenham na sociedade.

O estudo das classificações nos permite compreender as dimensões sociais, políticas e ideológicas da sexualidade implicadas no desenvolvimento de categorias e os papéis, relações e comportamentos que elas representam⁸.

O processo de revisão é uma operação internacional, com consulta a especialistas, por meio de grupos especializados de trabalho, revisões de literatura, além de ensaios clínicos produzidos em campo²⁵.

A CID-10 pode ser considerada na sua dimensão multidisciplinar e com utilidade extensiva a vários profissionais, além de psiquiatras²⁵. Observações feitas durante a elaboração das classificações revelam que a utilidade clínica e as evidências científicas não são os únicos parâmetros levados em conta na formalização dos critérios diagnósticos e, além disso, que esses conceitos são entendidos em diferentes graus em nível internacional, dependendo da saúde, do contexto político e do contexto cultural²⁶.

DA PARAFILIA AO TRANSTORNO PARAFÍLICO: DSM-5 E CID-11

O termo transtorno parafílico foi divulgado durante o trabalho da força-tarefa do DSM-5, entre 2009 e 2010²⁵.

Em uma apresentação na APA, no Congresso de São Francisco, Krueger abordou os critérios propostos para transtornos parafílicos na CID-11²⁷. Esses critérios incluem um padrão persistente e intenso de excitação sexual atípica, que se manifesta por pensamentos, fantasias, impulsos e/ou comportamentos sexuais. Se o foco do padrão de excitação envolve outros indivíduos cuja idade ou circunstâncias os tornam incapazes de

Psiquiatra, livre-docente e professora associada, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP. Coordenadora, Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP.

consentir (por exemplo, crianças, pré-púberes, animais ou pessoa que não saiba que está sendo observada através de uma janela), o diagnóstico se impõe, caso o indivíduo tenha agido sob esse padrão de excitação e/ou tenha ficado intensamente angustiado por isso.

Nos padrões de excitação que envolvam adultos com consentimento ou comportamento solitário, um transtorno será diagnosticado somente se:

- o indivíduo apresentar-se angustiado com a natureza da excitação e a angústia não for simplesmente uma consequência da rejeição ou do medo de ser rejeitado, devido a esse padrão de excitação; ou
- a natureza do comportamento parafilico envolver importante risco de dano ou morte (por exemplo, asfixiofilia).

Cogita-se que uma excitação padrão, que não envolva falta de consentimento ou incapacidade de consentir e que não esteja associada a marcada angústia ou significativo risco de lesão ou morte, não seja considerada um transtorno. A CID-11 pretende incluir ausência de consentimento, angústia e danos como dimensões constitutivas²⁷.

Esta definição consagra maior tolerância aos pensamentos, fantasias, impulsos e/ou comportamentos sexuais que foram outrora considerados como “incomuns”. No caso de situações que não envolvam “outros, cuja idade ou estado os torna incapazes ao consentimento”, o transtorno parafilico será diagnosticado apenas no caso de perigo ou risco para a vida do indivíduo ou de seu parceiro.

DIVERGÊNCIAS ENTRE DSM-5 E CID-11

O DSM-5²² e a CID-11⁸ apresentam importantes divergências. O manual americano enseja o fim da definição de certos comportamentos sexuais como patológicos em si mesmos e os rotula como patológicos apenas quando resultam em sofrimento do indivíduo. Esse manual incluiu na seção de transtornos parafilicos critérios diagnósticos que distinguem comportamentos sexuais atípicos sem natureza patológica (parafilias) daqueles patológicos (transtornos parafilicos)²². De acordo com essa distinção, parafilia é “qualquer interesse sexual intenso e persistente que não seja o interesse sexual na estimulação genital ou nas carícias

preliminares, com parceiros humanos fenotipicamente normais, fisicamente maduros e capazes de dar consentimento”²². Já o transtorno parafilico constitui “uma parafilia que usualmente causa sofrimento ou prejuízo para o indivíduo, ou, ainda, uma parafilia cuja satisfação implica dano ou risco de dano a outro”²². Esses quadros são assim classificados: transtorno pedofilico, transtorno transvético, transtorno exibicionista, transtorno fetichista, transtorno voyeurístico, transtorno de masoquismo sexual, transtorno de sadismo sexual, transtorno frotteurístico, outros transtornos parafilicos específicos e transtornos parafilicos não específicos. Observa-se notório contraste com a sistematização e os critérios diagnósticos ainda vigentes dos transtornos de preferência sexual da CID-10⁹, representando o DSM-5 uma verdadeira mudança de paradigma.

A revisão proposta pela CID-11 parece responder às críticas daqueles que consideram, por exemplo, que as práticas sadomasoquistas não são patológicas, uma vez que estão baseadas em livre-arbítrio e consentimento por parte dos protagonistas^{28,29}. Segundo a CID-10, os transtornos de preferência sexual se caracterizam por impulsos sexuais intensos e recorrentes, fantasias sexuais específicas e práticas sexuais repetitivas e persistentes, exclusivamente em resposta a objetos ou situações incomuns. Podem ser caracterizados como exageros da norma sexual, fixação sexual anormal ou obsessiva, interesse e comportamento sexual desviante, comportamento sexual mal-adaptativo adquirido ou violação dos costumes sexuais⁹. Nessa categoria se incluem: fetichismo, travestismo fetichista, exibicionismo, voyeurismo, pedofilia, sadomasoquismo e transtornos múltiplos da preferência sexual. No entanto, enquanto o DSM-5 já considera que a existência de um determinado comportamento, na ausência de desconforto, não seja suficiente para caracterizar um transtorno parafilico, os documentos prévios da CID-11 não demonstram o mesmo grau de tolerância para com esses comportamentos⁸.

O projeto da CID-11 propõe, portanto, que comportamentos parafilicos, principalmente aqueles que envolvam falta de consentimento por parte do parceiro, devam ser considerados parafilicos em sua própria natureza, incluindo-se ou não o sofrimento por parte do indivíduo ou do parceiro. Ou seja, a CID-11 não despatologiza os comportamentos sexuais em si,

mas apenas aqueles sem parceiro (masturbação) ou que envolvam parceiros consensuais⁸.

Há, ainda, quem defenda a importante distinção entre a variação normal do comportamento (parafilia não patológica) dos crimes, em especial a pedofilia. A sugestão seria remover do DSM-5 certas parafilias, incluindo a pedofilia. Defende-se que a remoção da pedofilia faria concentrar a atenção sobre o aspecto penal desses atos e não permitiria que os autores desses crimes aludissem à doença mental como defesa ou a usassem para atenuar a responsabilidade por seus crimes^{28,30}.

CONCLUSÃO

A ciência médica tem gradualmente legitimado a atividade sexual não reprodutiva, por meio do desenvolvimento da contracepção hormonal e da despatologização da homossexualidade, além do desenvolvimento de uma medicina sexual que reconhece a atividade sexual erótica, tão importante à saúde como a atividade sexual dirigida à procriação.

A análise das mudanças que ocorreram na categoria dos desvios sexuais (parafilias) na CID, ao longo da segunda metade do século XX, mostra uma evolução lenta, com distanciamento progressivo do modelo psiquiátrico e médico do século XIX, em que a normalidade sexual teve como base o coito heterossexual, dentro de um casamento heterossexual, sendo doença mental os desvios do instinto reprodutivo³¹. As ideias introduzidas no DSM-III, que pela primeira vez excluíram a homossexualidade do domínio dos transtornos mentais e sexuais, refletem ampla mudança nas normas sociais sobre o comportamento sexual^{16,32}, bem como na relação entre a medicina e a sexualidade³³.

O critério de angústia/sofrimento como condição necessária para um comportamento, desejo ou fantasia ser reconhecido como patológico também reflete mudanças na concepção de normalidade sexual e sua associação com o bem-estar. A partir dessa perspectiva, parece totalmente coerente a patologização de comportamentos sexuais que inflijam sofrimento ou danos ao indivíduo e/ou ao parceiro. No entanto, a ideologia do bem-estar não parece ser avaliada da mesma forma pelo DSM e pela CID, uma vez que, para a CID, o critério de presença de angústia não está sendo considerado como uma condição necessária à classificação de alguns comportamentos

como patológicos em si e por si. Ou seja, a CID-11 tende a seguir patologizando comportamentos socialmente condenáveis, mesmo na ausência de angústia.

Artigo submetido em 26/04/2016, aceito em 09/05/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Carmita H. N. Abdo, Rua Gil Eanes, 492, Bairro do Campo Belo, CEP 04616-001, São Paulo, SP. E-mail: carmita.abdo@uol.com.br

Referências

1. World Health Organization (WHO). Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva: WHO; 1948.
2. WHO. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. Seventh revision. Geneva: WHO; 1955.
3. WHO. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. Eighth revision. Geneva: WHO; 1965.
4. WHO. The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1975.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington: American Psychiatric Publishing; 1980.
6. Krafft-Ebing R. Psychopathia sexualis with special reference to contrary sexual instinct. A medico-legal study. London: F.A. Davis Company; 1895.
7. Grosskurth P. Havelock Ellis: a biography. New York: Knopf; 1980.
8. Giami A. Between DSM and ICD: paraphilias and the transformation of sexual norms. Arch Sex Behav. 2015;44:1127-38.
9. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1990.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Revised Edition (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Association; 1987.

Psiquiatra, livre-docente e professora associada, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP. Coordenadora, Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP.

11. Stekel W. Disorders of the instincts and the emotions. Sexual aberrations. The phenomena of fetishism in relation to sex. New York: Liveright Publishing Corporation; 1930.
12. Stekel W. Onanisme et homosexualité. La paropathie homosexuelle. Paris: Gallimard; 1951.
13. Money J. Gay, straight, and in-between: the sexology of erotic orientation. Oxford: Oxford University; 1990.
14. Money J. Lovemaps: clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence and maturity. Buffalo: Prometheus; 1993.
15. Franke K. Theorizing yes: an essay on feminism, law and desire. Columbia Law Rev. 2001;101:181-208.
16. Hekma G, Giami A. Sexual revolutions. Houndmills: Palgrave; 2014.
17. McLaren A. Twentieth century sexuality: a history. Oxford: Blackwell; 1999.
18. Bayer R. Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis. New York: Basic Books; 1981.
19. Laqueur T. Solitary sex: a cultural history of masturbation. New York: Zone Books; 2003.
20. Cochran SD, Drescher J, Kismödi E, Giami A, Garcia-Moreno C, Atalla E, et al. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). Bull World Health Organ. 2014;92:672-9.
21. Jablensky A. An overview of the prospects for ICD-10. In: Mezzich J, von Chranach M, editors. International classification in psychiatry: unity and diversity. Cambridge: Cambridge University; 1988. p. 343-64.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
23. Angel K. The history of 'Female Sexual Dysfunction' as a mental disorder in the 20th century. Curr Opin Psychiatry. 2010;23:536-41.
24. Duschinsky R, Chachamu N. Sexual dysfunction and paraphilias in the DSM-5: pathology, heterogeneity, and gender. Fem Psychol. 2013;23:49-55.
25. Zucker KJ. Reports from the DSM-V Work Group on sexual and gender identity disorders. Arch Sex Behav. 2010;39:217-20.
26. Demazeux S. Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. Paris: Ithaque; 2013.
27. Krueger RB. Sexual disorders and sexual health in the ICD-11: parallels and contrasts with DSM-5 paraphilic disorders. In: Meeting of the American Psychiatric Association; 2013; San Francisco, USA.
28. Moser C, Kleinplatz PJ. DSM-IV-TR and the paraphilias: an argument for removal. J Psychol Hum Sex. 2005;17:91-109.
29. Reiersøl O, Skeid S. The ICD diagnoses of fetishism and sadomasochism. J Homosex. 2006;50:243-62.
30. Fink PJ. Sexual and gender identity disorders: discussion of questions for DSM-V. J Psychol Human Sex. 2005;17:117-23.
31. Lanteri-Laura G. Lecture des perversions: histoire de leur appropriation médicale. Paris: Masson; 1979.
32. Allyn D. Make love not war. The sexual revolution: an unfettered history. Boston: Little, Brown & Company; 2000.
33. Soble A. Philosophy, medicine, and healthy sexuality. In: Shelp E, editor. Sexuality and medicine: conceptual roots. Boston: D. Reidel Publishing Company; 1987. p. 111-38.

O PAPEL DA ANEDONIA NA ANOREXIA NERVOSA

THE ROLE OF ANHEDONIA IN ANOREXIA NERVOSA

Resumo

A anedonia é uma característica da anorexia nervosa. A perda do prazer em se alimentar tem um papel crucial nesse transtorno. Entretanto, a perda de prazer em realizar qualquer outra atividade pode ser ainda mais importante para a manutenção do quadro.

Palavras-chave: Anorexia nervosa, anedonia, depressão.

Abstract

Anhedonia is a feature of anorexia nervosa. Inability to experience pleasure from eating has a crucial role in this disorder. However, the loss of pleasure in performing any other activity may play an even more important role in the maintenance of this disorder.

Keywords: Anorexia nervosa, anhedonia, depression.

CASO CLÍNICO

Paciente feminina, 21 anos, branca, solteira, estudante de medicina, queixa-se de “sensação de que a vida não faz sentido”. Relata que tudo o que faz é estudar para provas e ir à faculdade e que não tem tempo para fazer as coisas que gosta. Descarta a possibilidade de largar a faculdade, pois se sentiria um “desperdício de oxigênio” se o fizesse. Recentemente, ficou 4 dias sem ir à faculdade, pois sentia intensa tristeza e chorava sem motivo. Antes disso, passou semanas com dificuldades para dormir, pois chorava na cama e se imaginava pulando nos trilhos do metrô, meio de transporte que utiliza para ir à faculdade. Relata, inclusive, já ter observado com mais atenção o local do trilho onde as rodas passam, pois ali deveria cair seu pescoço para que as rodas o cortassem. Nega já ter se sentido alegre de forma mais intensa em algum momento, nega ouvir vozes ou perceber outros fenômenos alucinatórios.

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA PRÉVIA

A paciente relata que durante a infância teve poucos amigos, pois preferia ficar sozinha. Entretanto, conseguia

interagir com os outros quando queria. Até os 7 anos de idade, tinha uma amiga, mas quando ela se mudou para Florianópolis, nunca mais se viram.

Terminou a alfabetização sem saber ler. Sua mãe decidiu ensiná-la a partir de então, mas não tinha paciência. Lembra que certa vez não conseguiu ler a frase “O carro tem quatro portas”, e a mãe gritou com ela e a chamou de “burra”.

Os pais a matricularam em outro colégio e, após 3 anos com a mesma turma, ainda não sabia o nome de todos os colegas da classe, mas era uma das melhores alunas da turma em desempenho nas disciplinas.

A família se mudou para um apartamento com área de lazer, mas ela preferia ficar em casa assistindo à televisão e imaginando-se dentro dos desenhos a que assistia. Sempre soube que seus pensamentos eram fruto de sua imaginação.

Aos 10 anos, foi matriculada em outro colégio. Certa vez, seu pai disse que as pessoas que têm sucesso na vida são as que mais têm amigos e não as que tiram as melhores notas. Pensou, então, que seria mendiga quando fosse adulta. Portanto, deveria ser a melhor aluna da turma para compensar a falta de amigos. A mãe frequentemente reclamava que ela não se maquiava como as outras meninas da idade dela, que era muito infantil, que vivia no mundo da lua e não tinha amigos. Ela sentia que não era a filha que a sua mãe queria ter. Ligava para os colegas tarde da noite para confirmar se não havia mesmo dever de casa, mesmo que eles já tivessem dito que não havia ao fim das aulas.

Tinha medo de ter cáries e escovava os dentes inferiores direitos seis vezes, os inferiores esquerdos 12 vezes, os superiores esquerdos 18 vezes e os superiores direitos 24 vezes, sempre nessa ordem.

Aos 11 anos, tirou nota 4 de 10 em uma prova e pensou em cometer suicídio, se jogando na frente de um carro. Em casa, bateu com a cabeça na parede diversas vezes.

Pouco antes de completar 13 anos, pesava 46 kg (índice de massa corporal – IMC = 20,17). Começou a pensar que não seria mais criança depois de seu próximo aniversário e que não cresceria mais. Portanto, se continuasse assistindo à televisão o dia todo e comendo a mesma coisa, ficaria gorda. Em sua opinião, já tinha muitos defeitos, e não poderia haver mais uma coisa errada com ela. Então decidiu fazer mais exercícios e comer menos. Na escola e na TV, falava-se muito a respeito das coisas que não deveriam ser comidas e da quantidade mínima de exercícios a serem feitos. Nunca se dizia qual a quantidade máxima de exercícios deveria ser feita e quais as coisas deveriam ser comidas, nem suas quantidades mínimas. Então, decidiu fazer o máximo de exercícios que podia e comer bem menos que a maioria das pessoas.

Sua mãe passou a reclamar que ela não ficava mais quieta e não comia mais. Entretanto, antes ela reclamava que ela ficava muito parada. Ela concluiu que a mãe reclamaria de qualquer coisa que ela fizesse.

Seu pai disse que ela não deveria andar de bicicleta mais que 1 hora por dia nem pular as refeições, pois seu organismo absorveria mais o próximo alimento. Como seu pai parecia saber mais que sua mãe, inicialmente obedeceu. Entretanto, sua mãe não queria que ela deixasse de comer hambúrguer sexta, sábado e domingo e tentava introduzir chocolates em sua boca. Então, começou a sair para pedalar mais de 1 hora por dia para compensar essas calorias, mesmo que estivesse chovendo.

Entrou em amenorréia e pensava em calorias o tempo todo. Tomava banhos frios, mesmo em dias frios, pois seu corpo gastaria mais calorias para se aquecer. Pelo mesmo motivo, não usava casacos, mesmo que estivesse com muito frio. Chorava facilmente, às vezes sem motivo.

Enquanto estivesse perdendo ou mantendo o peso, para ela, estaria tudo bem, mas caso ganhasse peso, cometeria suicídio, talvez pulando do prédio da avó, talvez se jogando na frente de um ônibus.

Na escola, finalmente tirou a maior nota de todas as filiais do colégio. Entretanto, chorou e se autoagrediu por não ter acertado todas as questões da prova.

Já frequentava consultas psicológicas há algum tempo, mas considerava a psicóloga incompetente. Tornou-se incapaz de realizar a dorsiflexão do pé esquerdo e passou a pesar 36 kg (IMC = 15,79).

A mãe a levou a um pai de santo. Ele disse que se ela continuasse naquele caminho, iria ficar tão gorda que não passaria mais por nenhuma porta. Ficou apavorada. Até então, lhe haviam dito que se ela continuasse fazendo muitos exercícios e comendo pouco, iria morrer ou ficar feia, mas ela não se importava com nenhuma das duas possibilidades. Ficar gorda, ao contrário, era exatamente o que queria evitar, e tomava todas as medidas possíveis para que isso não acontecesse. Chorou, gritou, sentiu uma forte necessidade de contrair todos os músculos do corpo, além de um enorme nervoso no peito. Os sintomas cessaram, e ela conseguiu voltar para casa. Já em casa, a mãe lhe serviu um hambúrguer, e os sintomas retornaram por algumas horas. Sua tia a visitou acompanhada por seu namorado, que era técnico de enfermagem. Ele disse que se ela continuasse andando de bicicleta 1 hora por dia e comendo pouco, suas células musculares iriam morrer, ela não poderia mais fazer exercícios e ficaria gorda. Então ela deveria andar de bicicleta 15 minutos por dia. Também disse que hambúrguer não era bom, que ela deveria comer um prato de comida na janta todos os dias e não ser forçada a comer doces. A mãe aceitou não forçá-la mais a comer esses alimentos. A paciente se sentiu mais segura e aceitou exercitar-se na bicicleta por apenas 15 minutos diários. Na mesma semana, frequentou uma consulta psiquiátrica. Foram prescritos levomepromazina, paroxetina, clonazepam, clomipramina, risperidona e suplementos vitamínicos.

As crises ocorriam em situações que fugiam ao seu controle e quando ela não sabia que decisão tomar. Durante cerca de 4 meses, todas as suas decisões haviam sido tomadas com base na quantidade de calorias que iria gastar. Para ela, os outros eram ridículos. Sentia como se vivesse no “mundo das calorias”, enquanto todos os outros viviam no “mundo do prazer” e tomavam suas decisões baseando-se na quantidade de prazer imediato ou em longo prazo que essas decisões lhes trariam. As outras pessoas não entendiam o quão grande era a participação das calorias em sua vida e lhe pediam que parasse de pensar em calorias. As crises ocorriam sempre que tentava tomar decisões sem levar em conta a quantidade de calorias ganhas ou gastas. Para os outros, era tudo muito simples, bastaria ela escolher o que lhe daria mais prazer. Mas ela não sentia prazer há cerca de 4 meses. Era mais fácil migrar para um mundo

mais próximo do dela e escolher alimentos com base no valor nutricional em vez da quantidade de calorias.

Após algumas semanas, voltou a sentir prazer em algumas coisas, como vestir um casaco ao sentir frio. Após alguns meses, recuperou a capacidade de realizar a dorsiflexão do pé. Anteriormente, em uma consulta com um neurologista, havia sido informada de que seu nervo fibular comum não estava conduzindo impulsos nervosos adequadamente e que uma “gordura que geralmente o protege” não estava mais presente. Após 2 anos, voltou a menstruar. Após 5 anos, apenas notas não muito boas no colégio a faziam ter crises. Atualmente, mantém o uso de paroxetina 20 mg ao dia.

Discussão

Depressão é um problema frequente, com prevalência na população de 3 a 11%, sendo de 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres que em homens¹. Já a anorexia nervosa é caracterizada pelo medo exagerado de ganhar peso, extrema perda de peso e distorção da imagem corporal. O transtorno é mais prevalente em mulheres que em homens e em geral inicia-se na adolescência². É comum a associação com traços obsessivos e perfeccionistas e com sintomas depressivos. Se não tratada adequadamente, pode levar ao óbito em uma faixa etária não habitual. Este relato descreve o caso de uma paciente com depressão e história de anorexia nervosa do tipo restritivo grave (IMC = 15,79). Durante o quadro de anorexia, houve anedonia. É observado que pessoas com anorexia nervosa têm uma rede de interações sociais menor. Existem evidências de que a inanição reduz o prazer do indivíduo nas interações sociais³. No caso apresentado, a paciente relata que não sentia prazer em se relacionar com os colegas desde criança e que o que a incomodava não era a ausência de amigos, mas sim a pressão por parte dos pais para que ela fizesse amigos. Inclusive, essa pressão por mais interações sociais foi um dos principais motivos que fez com que a paciente sentisse que ela não era a filha que a mãe queria ter, o que pode ter contribuído para o surgimento da depressão. Assim, é importante considerar que talvez, em alguns casos, a falta de interações sociais não seja uma das causas diretas nem uma consequência da depressão e da anorexia nervosa, mas uma causa indireta. A paciente também apresenta

dificuldade na expressão de sentimentos, além de priorizar os sentimentos dos outros em detrimento dos seus próprios, características reportadas nos casos de comportamento restritivo (incluindo anorexia nervosa), segundo recente revisão sistemática⁴. Após a inanição, houve incapacidade de sentir prazer em qualquer atividade e, portanto, impossibilidade de tomar qualquer decisão sem usar a quantidade de calorias ganhas e gastas como critério. A ideação suicida concreta, tanto antes quanto depois da resolução do quadro de anorexia, indica que esse transtorno alimentar pode ser um sintoma da depressão. No tratamento dessa condição, é importante uma abordagem multidisciplinar, envolvendo psicólogos, psiquiatras, clínicos e nutricionistas. Os ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos visam tratar a ansiedade, a depressão e os sintomas psicóticos associados.

Agradecimentos

Agradeço a Vilma Aparecida da Silva Fonseca e a Thiago Coronato Nunes pelas orientações prestadas para a realização deste trabalho.

Artigo submetido em 11/05/2016, aceito em 14/06/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo. Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Vivian Alves Trajano de Oliveira, Rua Bom Pastor, 373, Tijuca, CEP 20521-060, Rio de Janeiro. E-mail: vivian172008@gmail.com

Referências

1. Fleck MP1, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Complete version). *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:S7-17.
2. Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo, Sociedade de Medicina de Família e Comunidade, Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Nutrologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. Anorexia nervosa: diagnóstico e prognóstico [Internet]. 2011 Oct 07 [cited 2016 Jun 24]. abpbrasil.org.

- br/diretrizes/anorexia_nervosa_diagnostico_e_prognostico.pdf
3. Tchanturia K1, Davies H, Harrison A, Fox JR, Treasure J, Schmidt U. Altered social hedonic processing in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2012;45:962-9.
 4. Arcelus J, Haslam M, Farrow C, Meyer C. The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: a systematic review and testable model. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:156-67.



AO VIVO

21 HORAS

TODAS ÀS SEGUNDAS - FEIRAS

**A ABPTV TEM SIDO UM ENORME SUCESSO DE AUDIÊNCIA.
LEIA ALGUMAS MENSAGENS DO PÚBLICO:**

"Muito boa a condução do programa e a respostas estão excelentes"

Pablo Cesar Teixeira

"Os programas sempre excelentes !!! Adorando conhecer a cada aula de vocês!"

Yarinha Araujo



50 anos - Você faz parte dessa história de sucesso



1966

13 de agosto de 1966, no Hospital Pina! - RJ foi fundada a Associação Brasileira de Psiquiatria!



1970

1º Congresso. De 30 de novembro a 5 de dezembro aconteceu em São Paulo o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria.



1973

1ª seleção para o título de especialista em Psiquiatria.



1996

Edição especial do Jornal da Psiquiatria é lançada em comemoração aos 30 anos da ABP.



2015

ABP conquista sede própria.

www.abp.org.br

Leia a sua RDP Online e faça parte da campanha da ABP Sustentável.

Atualize o seu cadastro no site da ABP e escolha a opção "online".

www.abp.org.br



