



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Ano 5 • n°5 • Set/Out 2015
ISSN 2236-918X

REVISTA

DEBATES EM

psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

www.abp.org.br

Mala Direta

5012341562/2014-000 RJ
ABP



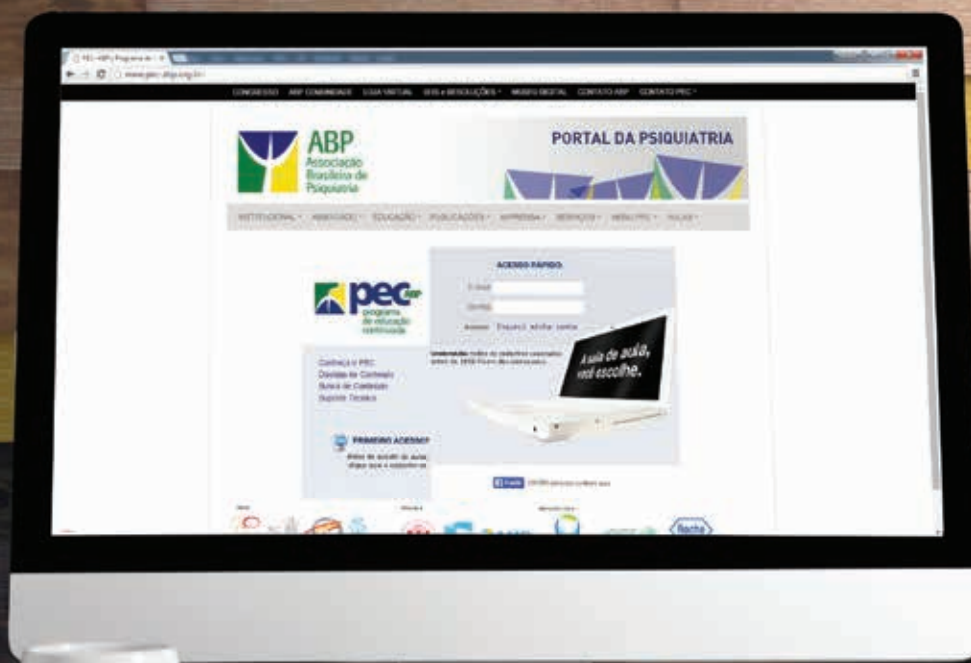
TABAGISMO E SUA RELAÇÃO COM A EDUCAÇÃO MÉDICA

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO
DE ANSIEDADE SOCIAL – UMA PROPOSTA DE EXERCÍCIO
SISTEMÁTICO: CICLO DA ANSIEDADE SOCIAL E
CICLO ALTERNATIVO DA ANSIEDADE SOCIAL**

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA INSÔNIA

**MEDICAMENTOS NA GRAVIDEZ E NA
LACTAÇÃO: NOVAS NORMAS DA FDA**

SÍNDROME DE COTARD: A DOENÇA DA IMORTALIDADE



VOCÊ JÁ CONHECE O PEC DA ABP?

O **PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA (PEC)** É UM SISTEMA DE E-LEARNING OFERECIDO PELA ABP ATRAVÉS DO FORMATO AUDIOVISUAL.

ELE É TRANSMITIDO VIA INTERNET 24 HORAS POR DIA COM **8 AULAS** NOVAS POR ANO E QUE ACONTECEM TAMBÉM DE FORMA PRESENCIAL E GRATUITA.

ACESSE AGORA E TENHA UM MUNDO DE CONHECIMENTO.

CONHEÇA, INFORME-SE E PARTICIPE!
WWW.PEC-ABP.ORG.BR

APRESENTAÇÃO



ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
EDITOR



JOÃO ROMILDO BUENO
EDITOR

Prezados colegas,

Temos a honra de iniciar a presente edição da RDP com um artigo original, de autoria de Sandra Márcia Carvalho de Oliveira e Wagner da Silva Leite, sobre a relação entre tabagismo e educação médica. Os autores conduzem um estudo transversal, observacional, descritivo e analítico para avaliar a prevalência do uso de tabaco, a exposição ao fumo passivo e a motivação para a cessação do tabagismo entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC). Os autores apresentam vários resultados, com ênfase especial para o fato de que a grande maioria dos estudantes (99,5%) reconheceu o tabagismo como doença, e 90% consideraram importante o seu papel de exemplo para com seus pacientes e a sociedade. Os autores consideram que os resultados podem ser importantes na elaboração de estratégias de prevenção do tabagismo e também para tentar atrair futuros médicos para a luta antitabágica.

Na sequência, temos dois artigos de atualização, ambos versando sobre aplicações da terapia cognitivo-comportamental (TCC). No primeiro artigo, Daniela Zippin Knijnik e Eduardo Trachtenberg discutem a aplicação de um exercício sistemático de TCC (sessões de psicoeducação e reestruturação cognitiva) no transtorno de ansiedade social, com o objetivo de substituir o ciclo típico da doença (disfuncional) por um ciclo alternativo (funcional). Trata-se de um artigo bastante didático, inclusive com ilustrações sobre os dois ciclos, que certamente será atrativo para muitos de nossos leitores.

O segundo artigo de atualização aborda a aplicação da TCC em pacientes com insônia. A autora, Regina Margis, sustém que, dentre os tratamentos psicoterápicos disponíveis, a TCC para insônia tem tido sua eficácia demonstrada em diferentes estudos. São descritas diferentes abordagens de TCC, como a terapia de controle de estímulos, restrição de sono, terapia cognitiva e terapia cognitiva baseada em *mindfulness*.

Em seguida, temos uma comunicação breve por Renan Rocha et al., extremamente atual, sobre as novas normas da Food and Drug Administration para o uso de medicamentos na gravidez e na lactação, as quais entraram em vigor no último dia 30 de junho. Tais normas têm como objetivo reformular as bulas dos medicamentos, tanto em conteúdo quanto em formato, sendo que talvez a principal mudança seja o abandono das consagradas categorias A, B, C, D e X. O conteúdo das “novas bulas” é discutido, sempre com foco no objetivo das normas: facilitar o processo de prescrição por meio do oferecimento de um conjunto de informações consistentes e bem estruturadas a respeito do uso de medicamentos nos períodos da gravidez e lactação.

Finalizando, Liliane Machado e Leonardo Machado relatam o caso de um paciente diagnosticado com síndrome de Cotard, condição rara caracterizada por melancolia ansiosa, delírios de não existência relativos ao próprio corpo e delírios de imortalidade. Os autores discutem peculiaridades do manejo do paciente, que foi tratado com eletroconvulsoterapia.

Desejamos a todos uma boa leitura.

Os Editores



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
Av. Rio Branco, 257 - 13º andar
salas 1310/15 - Centro
CEP: 20040-009 - 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

Antônio Geraldo da Silva
João Romildo Bueno

Editores Associados

Itiro Shirakawa
Alfredo Minervino
Luiz Carlos Illafont Coronel
Maurício Leão
Fernando Portela Camara

Conselho Editorial

Almir Ribeiro Tavares Júnior - MG
Ana Gabriela Hounie - SP
Analice de Paula Gigliotti - RJ
Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros - RS
Carmita Helena Najjar Abdo - SP
Cássio Machado de Campos Bottino - SP
César de Moraes - SP
Elias Abdalla Filho - DF
Érico de Castro e Costa - MG
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
José Geraldo Vernet Taborda - RS
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 Geraldês - 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), Pio de Abreu (Portugal), Maria Luiza Figueira (Portugal), Julio Bobes Garcia (Espanha), Jerónimo Sáiz Ruiz (Espanha), Celso Arango López (Espanha), Manuel Martins (Espanha), Giorgio 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
SET/OUT 2015

6/**original**

Tabagismo e sua relação com a educação médica
SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE
OLIVEIRA, WAGNER DA SILVA LEITE

16/**atualização**

Terapia cognitivo-comportamental no
transtorno de ansiedade social – uma proposta
de exercício sistemático: ciclo da ansiedade
social e ciclo alternativo da ansiedade social
DANIELA ZIPPIN KNIJNIK,
EDUARDO TRACHTENBERG

22/**atualização**

Terapia cognitivo-comportamental na insônia
REGINA MARGIS

28/**comunicação breve**

Medicamentos na gravidez e na
lactação: novas normas da FDA
RENAN ROCHA, JOEL RENNÓ JR.,
HEWDY LOBO RIBEIRO,
JULIANA PIRES CAVALSAN,
AMAURY CANTILINO,
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO,
GISLENE VALADARES,
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

34/**relato de caso**

Síndrome de Cotard: a doença da imortalidade
LILIANE MACHADO, LEONARDO MACHADO

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

TABAGISMO E SUA RELAÇÃO COM A EDUCAÇÃO MÉDICA

SMOKING AND ITS RELATIONSHIP WITH MEDICAL EDUCATION

Resumo

Objetivos: Avaliar a prevalência do uso de tabaco, a exposição ao fumo passivo e a motivação para a cessação do tabagismo entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC).

Métodos: Neste estudo transversal, observacional, descritivo e analítico, foi aplicado um questionário baseado no Global Health Professions Student Survey, assim como o teste de Fagerström. A análise estatística foi feita utilizando-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, o teste do qui-quadrado de Pearson, o teste exato de Fisher e análise de variância (ANOVA).

Resultados: Dos 186 alunos entrevistados, 156 (83,9%) nunca fumaram, 171 são não fumantes e 15 (8,1%) se declararam fumantes (com uma média de 6,06 cigarros/dia). O teste de Fagerström revelou dependência baixa. A prevalência de exposição ao fumo passivo foi de 28,0%. A maior parte (59,7%) dos entrevistados era do sexo masculino. A idade média foi 24,24 anos (desvio padrão = 3,80 anos), sendo que a maioria (87,1%) possuía entre 20 e 30 anos de idade. A média da idade da primeira tentativa de fumar foi de 16,72 anos. Em 7,0% (n = 13), o uso de outros produtos do tabaco fumado esteve presente. Mais da metade (53,3%) dos fumadores tentaram deixar de fumar. Destes, 13,3% consideram não necessitar de ajuda profissional para abandonar o tabaco.

Conclusão: A maioria (99,5%) dos entrevistados reconheceu o tabagismo como doença, e 90% consideraram importante o seu papel de exemplo de não fumador para seus pacientes e a sociedade.

Palavras-chave: Tabagismo, acadêmicos de medicina, prevalência.

Abstract

Objectives: To assess the prevalence of tobacco use, exposure to secondhand smoke, and motivation for smoking cessation among medical students at Universidade Federal do Acre (UFAC).

Method: In this cross-sectional, observational, descriptive and analytical study, students were administered a questionnaire based on the Global Health Professions Student Survey, in addition to the Fagerström test. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20, Pearson's chi-square test, Fisher's exact test, and analysis of variance (ANOVA).

Results: Of the 186 students interviewed, 156 (83.9%) had never smoked, 171 were non-smokers, and 15 (8.1%) reported being smokers (with an average of 6.06 cigarettes/day). The Fagerström test revealed a low dependence. The prevalence of exposure to secondhand smoke was 28.0%. Most respondents (59.7%) were male. Mean age was 24.24 years (standard deviation = 3.80 years), and the majority (87.1%) was aged between 20 and 30 years. Mean age at the first smoking attempt was 16.72 years. The use of other tobacco products was present in 7.0% (n = 13). More than half of the smokers (53.3%) had tried to quit smoking. Of these, 13.3% believed that they did not need professional help to quit tobacco smoking.

Conclusion: The majority (99.5%) of respondents recognized smoking as a disease, and 90% of them considered their role model as non-smokers important for their patients and for society.

Keywords: Smoking, medical students, prevalence.

¹ Médica da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE), Rio Branco, AC. Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC. ² Acadêmico de Medicina, Ufac, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável. O total de mortes no mundo por doenças associadas ao tabaco, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é de cerca de 6 milhões por ano. O tabagismo é o segundo fator que mais contribui (perdendo apenas para a hipertensão arterial sistêmica) para a epidemia das doenças não transmissíveis, como infarto agudo de miocárdio, evento vascular cerebral e enfisema pulmonar, responsáveis por 63% de todas as mortes¹. O tabagismo também é responsável por outros tipos de doenças, como câncer em diferentes órgãos (pulmão, boca, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, bexiga) e leucemia mieloide aguda. Também causa impotência sexual e diminui as defesas do organismo; em decorrência deste último, a possibilidade de desenvolvimento de doenças, como a tuberculose, aumenta para o fumante².

Em 1999, a OMS propôs a Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo (CQCT), o primeiro tratado internacional de saúde pública desenvolvido para combater a epidemia global do tabagismo. Embora tais medidas demandem o envolvimento dos setores público e privado e de toda a sociedade, o papel dos profissionais de saúde, em especial do médico, é de grande importância: tem sido relatado que orientação de cessação do tabagismo e intervenção por parte dos médicos tem um efeito significativo sobre o comportamento de fumar dos pacientes³. Em 1999, a OMS adotou a posição de que os médicos, como modelos de vida saudável, não devem fumar e não devem ignorar o fumo em seus pacientes⁴. Consequentemente, entre acadêmicos de medicina, como futuros profissionais de saúde, espera-se que a prevalência de tabagismo seja inferior àquela observada no restante da população⁵.

Estudos realizados ao redor do mundo têm demonstrado taxas de tabagismo variadas entre estudantes de medicina, variando de 3,3% nos Estados Unidos⁶ a 28,4% na Grécia⁷. Warren et al.⁸ usaram dados do Global Health Professions Student Survey (GHPSS), um inquérito global desenvolvido pela OMS e destinado a futuros profissionais de saúde, aplicado em 48 países entre os anos de 2005 e 2008 para recolher informação sobre as seguintes variáveis: prevalência de tabagismo,

conhecimentos e atitudes sobre tabagismo, exposição ao fumo passivo, desejo de parar de usar o tabaco, atitudes e formação sobre aconselhamento de pacientes sobre a cessação do tabaco, perigos relacionados com o tabagismo e a importância de programas específicos sobre cessação tabágica, ao longo do curso, em alunos do terceiro ano dos cursos de odontologia, medicina, enfermagem e farmácia. Os autores observaram que, em três países (Albânia, Bósnia e Herzegovina e Bolívia) a prevalência de tabagismo em estudantes do terceiro ano de medicina foi acima de 40%. Por outro lado, Uganda, Sri Lanka e Tailândia apresentaram taxas de tabagismo inferiores a 5%. No continente americano, a taxa de tabagismo entre os estudantes foi acima de 20% na maioria dos países, com exceção de Brasil, Jamaica e Panamá.

Estudos que avaliam a prevalência do tabagismo em estudantes de medicina no norte do Brasil são escassos. Estudos realizados em outras regiões do Brasil mostram que a prevalência de tabagismo tem apresentado redução nas últimas décadas. Na cidade de Pelotas, no sul do Brasil, a prevalência de tabagismo em estudantes de medicina de universidade federal diminuiu de 21% em 1986 para 14% em 1991, 11% em 1996 e 10% em 2002⁹⁻¹¹. Por outro lado, em outras regiões do Brasil, o uso de tabaco entre os futuros médicos ainda permanece elevado. Botelho et al., em estudo realizado em Cuiabá, no estado do Mato Grosso, em 2011, observaram uma taxa de tabagismo de 21,1% entre estudantes de medicina de uma universidade particular¹².

Este trabalho se justifica em virtude do impacto social e econômico do tabagismo na sociedade atual, bem como no sistema público de saúde. Há uma crescente preocupação em tentar abolir ou reduzir o consumo de tabaco, e, por outro lado, uma escassez de estudos que possibilitem conhecer a prevalência real do tabagismo, o comportamento tabágico e as atitudes de controle do tabagismo entre estudantes de medicina brasileiros, em especial na Região Norte do Brasil. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência do uso de tabaco, a exposição ao fumo passivo e a motivação para a cessação do tabagismo entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC). Com este estudo, esperamos poder identificar grupos de maior risco para o desenvolvimento desse vício, o que pode ser

importante na elaboração de estratégias de prevenção capazes de reduzir o número de fumantes, tentando atrair esses estudantes para a luta antitabágica.

MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do estudo, população-alvo e coleta de dados

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e analítico cuja população-alvo foram os estudantes oficialmente matriculados do primeiro ao último ano do Curso de Graduação em Medicina da UFAC no ano de 2014. Foram utilizados instrumentos autoaplicáveis e confidenciais, fornecidos pelos pesquisadores após breve explicação da pesquisa e mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido nas próprias salas de aula dos alunos do primeiro ao quinto ano; os alunos do sexto ano foram procurados nos hospitais durante as atividades do internato médico. Houve duas tentativas de aplicação dos instrumentos, separadas pelo período de 1 semana, para que os alunos que não estivessem presentes no dia da primeira aplicação pudessem responder os questionários na segunda tentativa.

Instrumentos

Foi utilizado um questionário baseado no GHPSS, validado para a realidade brasileira pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e utilizado por Serra de Carvalho¹³. O questionário é dividido em seis blocos: características socioeconômicas; prevalência de tabagismo; caracterização da exposição ao fumo passivo; atitudes e opiniões frente às políticas e leis antitabágicas e o papel dos profissionais de saúde na cessação do tabagismo; conhecimento sobre o tabagismo; iniciativa de cessão do tabagismo.

O grau de dependência de nicotina foi avaliado através do teste de Fagerström abreviado. Esse teste é composto por duas perguntas, cada qual pontuada em uma escala de 0 a 3. Pontuações de 0 a 2 indicam baixa dependência nicotínica, de 3 a 4 indicam moderada dependência nicotínica, e de 5 a 6 indicam alta dependência nicotínica.

Definições utilizadas

Segundo recomendações da OMS² e dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC)¹⁴, os estudantes

foram classificados em quatro categorias: os que nunca fumaram, ex-fumantes, não fumantes e fumantes atuais. Os que nunca fumaram são aqueles que nunca fizeram uso de nenhum tipo de tabaco ou aqueles que fumaram menos que 100 cigarros na vida toda; ex-fumantes são aqueles que fumaram pelo menos 100 cigarros na vida toda, mas deixaram de fumar pelo menos 1 mês antes do preenchimento do questionário; não fumantes incluem os ex-fumantes e os que nunca fumaram; e fumantes atuais são aqueles que fumaram pelo menos 100 cigarros na vida toda e que fumaram cigarros todos os dias (diários) ou em alguns dias (não diários) por, no mínimo, 1 mês antes do preenchimento do questionário.

Análise estatística

Os dados foram digitados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 20. Foram calculadas as distribuições das frequências relativas e absolutas, medianas, médias e desvios padrão (DP) das variáveis. Duas ou mais proporções foram comparadas com o teste do qui-quadrado de Pearson quando o número de observações esperadas foi maior do que 5, ou com o teste exato de Fisher quando o número de observações esperadas foi menor do que 5. Variáveis contínuas foram analisadas com o teste de análise de variância (ANOVA). Foram considerados estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Foram observadas e obedecidas as diretrizes e normas preconizadas pela Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAC (protocolo nº 817.240).

RESULTADOS

No segundo semestre do ano de 2014, estavam matriculados no Curso de Medicina da UFAC 265 alunos, distribuídos nos sete períodos de graduação. Desse total, aceitaram participar da pesquisa 186 acadêmicos. Destes, 30 cursavam o primeiro período, 27 o segundo, 25 o quarto, 24 o sexto, 29 o oitavo, 21 o décimo (internato) e 30 o décimo segundo (internato), totalizando 70,2% do total de matriculados.

¹ Médica da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE), Rio Branco, AC. Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC. ² Acadêmico de Medicina, Ufac, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC.

As características sociodemográficas dos estudantes são apresentadas na Tabela 1. Foi observado que a maior parte (59,7%) dos alunos entrevistados era do sexo masculino. A idade média dos entrevistados foi de 24,24 anos (DP = 3,80 anos), sendo que a maioria (87,1%) dos entrevistados possuía entre 20 e 30 anos de idade. Com relação ao estado civil, 88,2% dos entrevistados relataram não ter companheiro(a). Quanto

à procedência ou naturalidade, a maioria (76,4%) dos estudantes que responderam o questionário não eram oriundos do estado do Acre: 31,2% eram provenientes da Região Sudeste, 22,6% do Nordeste, 8,1% do Centro-Oeste, 4,8% do Sul e 1,6% de outros países. O nível socioeconômico dos alunos foi aferido indiretamente através do nível de escolaridade dos pais, observando-se um elevado grau de escolaridade nos progenitores.

Tabela 1 - Características da população estudada (estudantes de medicina da Universidade Federal do Acre, 2014)

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Sexo			Procedência		
Feminino	75	40,3	Norte	59	31,7
Masculino	111	59,7	Nordeste	42	22,6
Idade (anos)			Centro-Oeste	15	8,1
< 20	10	5,4	Sudeste	58	31,2
20-30	162	87,1	Sul	9	4,8
≥ 30	14	7,5	Estrangeiro	3	1,6
Período			Mudou de residência para fazer faculdade		
1°	30	16,1	Sim	145	78
2°	27	14,5	Não	41	22
4°	25	13,4	Mora com quem		
6°	24	12,9	Sozinho(a)	62	33,3
8°	29	15,6	Com os pais	42	22,6
10°	21	11,3	Com colegas	57	30,6
12°	30	16,1	Com companheiro(a)	25	13,4
Estado civil			Escolaridade do pai (anos)		
Solteiro	164	88,2	≤ 8	26	14
Casado	10	5,4	9-12	54	29
União estável	9	4,8	> 12	106	57
Divorciado	3	1,6	Escolaridade da mãe (anos)		
			≤ 8	16	8,6
			9-12	51	27,4
			> 12	119	64

A Tabela 2 mostra a frequência dos desfechos estudados. Dos 186 alunos entrevistados, 15 (8,1%) se declararam fumantes, e 171 (91,9%), não fumantes. No grupo dos fumadores, foi observado que 26,6% eram fumadores regulares, e 73,4% fumadores ocasionais. Dentre os não fumantes no momento da entrevista,

15 alunos relataram terem sido fumantes regulares no passado, sendo classificados como ex-fumantes – esse número correspondeu a 8,1% do total da amostra. O uso de outros produtos de tabaco fumado (rapé, charutos, narguilé) esteve presente em 13 entrevistados (7,0%), e a prevalência de exposição ao fumo passivo foi de 28,0%.

Tabela 2 - Prevalência do uso de tabaco, exposição ao fumo passivo e uso de outros produtos de tabaco fumado em estudantes de medicina da Universidade Federal do Acre, 2014

	Total (n = 186)			Primeiros anos (n = 106)			Últimos anos (n = 80)			p*
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
Nunca fumaram	156	83,9	77,9-88,5	91	85,8	77,9-91,2	65	81,3	71,3-88,3	0,259
Ex-fumantes	15	8,1	4,9-12,8	8	7,5	3,8-14,2	7	8,8	4,3-16,9	0,485
Não fumantes	171	91,9	87,1-95,0	99	93,4	86,9-96,7	72	90,0	81,5-94,8	0,282
Fumantes atuais	15	8,1	4,9-12,8	7	6,6	3,2-13,0	8	10,0	5,1-18,5	0,282
Outros produtos de tabaco	13	7,0	4,1-11,6	6	5,7	2,6-11,8	7	8,8	4,3-17,0	0,297
Exposição ao fumo passivo	52	28,0	27,9-34,8	32	30,2	28,6-65,2	20	25,0	16,8-35,5	0,270

IC95% = intervalo de confiança de 95%.

* Teste do qui-quadrado de Pearson.

Com relação à iniciação do comportamento tabágico, foi observado que metade (n = 93) dos entrevistados experimentaram fumar cigarros. A média de idade na primeira tentativa de fumar foi de $16,72 \pm 3,89$ anos. Na amostra total de fumadores (n = 15), a média de cigarros consumidos por dia foi de $6,06 \pm 2,12$ cigarros. Relativamente à aplicação do teste abreviado de Fagerström, todos os fumadores apresentaram dependência baixa. Fumar porque o tabaco ajuda a aliviar o estresse, fumar por prazer e fumar quando está aborrecido foram as principais razões para o uso de tabaco. Pouco mais da metade dos

fumadores (53,3%) tentaram deixar de fumar, mas apenas 13,3% consideram não necessitar de ajuda profissional para abandonar o tabaco.

Na análise dos fatores associados ao tabagismo, foi observado que a prevalência de fumantes foi maior entre estudantes do sexo masculino, com idade maior a 25 anos, expostos ao fumo passivo e que convivem com amigos que fumam, quando comparados com estudantes do sexo feminino, menores de 25 anos de idade, sem exposição ao fumo passivo e que não convivem com amigos tabagistas (Tabela 3).

¹ Médica da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE), Rio Branco, AC. Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC. ² Acadêmico de Medicina, Ufac, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC.

Tabela 3 - Fatores associados ao hábito de fumar em estudantes de medicina da Universidade Federal do Acre, 2014

Variáveis	Não fumantes (n = 117)		Fumantes atuais (n = 15)		p
	n	%	n	%	
Sexo					0,004*
Feminino	74	98,7	1	1,3	
Masculino	97	87,4	14	12,6	
Idade (anos)					0,037*
< 25	104	95,4	5	4,6	
> 25	67	87,0	10	13	
Mudou de residência após entrar na faculdade					0,315 [†]
Não	39	95,1	2	4,9	
Sim	132	91,0	13	9	
Exposição ao fumo passivo					0,028 [†]
Sim	44	84,6	8	15,4	
Não	127	94,8	7	5,2	
Convive com amigos que fumam					0,011[†]
Sim	21	77,8	6	22,2	
Não	150	94,3	9	5,7	
Fumantes na família					0,408 [†]
Sim	15	88,2	2	11,8	
Não	156	92,3	13	7,7	
Anos de estudo					0,282*
Primeiros anos	99	93,4	7	6,6	
Últimos anos	72	90,0	8	10,0	

* Teste do qui-quadrado de Pearson. [†] Teste exato de Fisher.

Em relação à concordância com a proibição de fumar em determinados locais públicos, a grande maioria dos estudantes concorda com essa medida, com taxas de respostas superiores a 80% para a proibição de fumar em locais de trabalho, no interior de escolas, universidades, restaurantes, cafés, bares e discotecas, no interior e exterior circundante das instalações dos

serviços de saúde e transportes públicos. A proibição de fumar em locais como o exterior de escolas, liceus e universidades e em praças públicas apresentaram taxas de concordância inferiores a 70%. As atitudes referentes ao controle do tabagismo foram significativamente mais positivas nos estudantes não fumadores, como observado na Tabela 4.

Tabela 4 - Concordância com a proibição de fumar em determinados locais públicos, de acordo com o hábito de fumar e o ano de estudo, em estudantes de medicina da Universidade Federal do Acre, 2014

Variáveis	Não fumantes		Fumantes		p*	Primeiros anos		Últimos anos		p†
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Locais de trabalho					0,208*					0,332
Concordo	154	90,1	12	80,0		96	90,1	70	87,5	
Não concordo	17	9,9	3	20,0		10	9,4	10	12,5	
Praças públicas					0,02†					0,478
Concordo	107	62,6	3	20,0		62	58,5	48	60,0	
Não concordo	64	37,4	12	80,0		44	41,5	32	40,0	
Interior das escolas					0,561†					0,544
Concordo	154	90,1	14	93,3		96	90,6	72	90,0	
Não concordo	17	9,9	1	6,7		10	9,4	8	10,0	
Exterior das escolas					0,003*					0,202
Concordo	125	73,1	5	33,3		71	67,0	59	73,8	
Não concordo	46	26,9	10	66,7		35	33,0	21	26,3	
Interior das universidades					0,019*					0,562
Concordo	147	86,0	9	60,0		89	84,0	67	83,8	
Não concordo	24	14,0	6	40,0		17	16,0	13	16,3	
Exterior das universidades					0,001†					0,048
Concordo	111	64,9	3	20,0		59	55,7	55	68,8	
Não concordo	60	35,1	12	80,0		47	44,3	25	31,3	
Restaurantes e cafés					0,579*					0,053
Concordo	150	87,7	13	86,7		97	91,5	66	82,5	
Não concordo	21	12,3	2	12,3		9	8,5	14	17,5	
Bares e discotecas					<0,001*					0,264
Concordo	142	83,0	5	33,3		86	81,1	61	76,3	
Não concordo	29	17,0	10	66,7		20	18,9	19	23,8	
Interior de serviços de saúde					0,526*					0,124
Concordo	152	88,9	13	86,7		97	91,5	68	85,0	
Não concordo	19	11,1	2	13,3		9	8,5	12	15	
Exterior de serviços de saúde					0,448*					0,403
Concordo	144	84,2	12	80,0		90	84,9	66	82,5	
Não concordo	27	15,8	3	20,0		16	15,1	14	17,5	
Espaços comerciais e de lazer					0,032*					0,146
Concordo	135	78,9	8	53,3		78	73,6	65	81,3	
Não concordo	36	21,1	7	46,7		28	26,4	15	18,8	
Transportes públicos					0,439*					0,189
Concordo	155	90,6	13	86,7		98	92,5	70	87,5	
Não concordo	16	9,4	2	13,3		8	7,5	10	12,5	

* Teste exato de Fisher. † Teste do qui-quadrado de Pearson.

No que diz respeito ao reconhecimento do tabagismo como doença, a maioria (99,5%) respondeu positivamente. Em relação ao reconhecimento da importância dos profissionais de saúde na cessação do tabagismo, aproximadamente 90% dos estudantes consideraram importante o seu papel de exemplo de não fumador para os pacientes e para a sociedade. Quando questionados sobre a importância do profissional de saúde no que diz respeito à cessação tabágica, 94% dos estudantes concordaram que os profissionais de saúde têm um papel relevante e ativo. Com relação à exposição ao fumo do tabaco no ambiente acadêmico, a maioria dos estudantes entrevistados (73,6%) referiu que a proibição de fumar não é devidamente implementada e controlada nas instalações da faculdade.

DISCUSSÃO

A prevalência de tabagismo encontrada entre os estudantes de medicina da Ufac foi de 8,1%, menor do que a taxa observada na população geral brasileira no ano de 2008, em que 17,5% dos habitantes com mais de 15 anos fumavam, e, especialmente, menor do que a do Estado do Acre, onde se encontram os maiores índices de fumantes, atingindo 22,1%, conforme dados do Ministério da Saúde¹⁵. Comparada com a realidade de outras universidades brasileiras, descrita em estudos prévios, a prevalência de tabagismo entre os estudantes de medicina da Ufac foi inferior, por exemplo Universidade Federal Fluminense (14,0%)⁵, Faculdade de Medicina de Santo Amaro, em São Paulo (17,8%)¹⁶, Universidade Luterana do Brasil (18,7%)¹⁷ e Universidade Federal de Pelotas (10,1%)¹¹, as duas últimas no Rio Grande do Sul. A prevalência de tabagismo encontrada neste estudo é inferior também aos dados relatados para estudantes de medicina de outros países da América Latina, como Bolívia (41,1%), México (35,3%), Argentina (35,5%), Uruguai (32,2%), Peru (32,7%) e Chile (28,4%)⁸.

O uso do tabaco não só coloca em risco a saúde dos estudantes de medicina, mas também pode influenciar negativamente os profissionais de saúde em situações de orientação e aconselhamento relacionado ao abandono do tabagismo para seus pacientes¹⁸. É sabido que médicos que têm hábitos pessoais saudáveis são mais propensos a discutir comportamentos preventivos com seus pacientes¹⁹. Assim, as taxas de prevalência

de fumantes nos estudantes de medicina devem ser as mais baixas possíveis. Mesmo sendo a prevalência do tabagismo nos estudantes de medicina da Ufac menor quando comparada às taxas encontradas em outros estudos, este dado deve ser interpretado com cautela, devido à influência que o futuro médico terá na comunidade. Desta forma, mesmo um pequeno número de tabagistas, dentro de uma população que serve como modelo de conduta, pode servir como influência negativa para os programas de controle do tabagismo, particularmente para as estratégias de cessação e prevenção²⁰.

A prevalência do uso de outros produtos do tabaco fumado encontrada entre os estudantes de medicina da Ufac foi de 7,0%, taxa superior à encontrada em estudantes de medicina de outros países da América Latina, como Argentina (6,4%), México (6,8%), Peru (6,4%), Paraguai (6,8%) e Uruguai (5,8%)⁸. Esse resultado aponta para uma elevada prevalência de consumo de outros produtos do tabaco fumado nesta amostra, especialmente do narguilé, que correspondeu a 77,0% dos casos.

O uso mais frequente do tabaco no sexo masculino também é relatado em grande parte dos estudos realizados com a população geral²¹ e com profissionais da área da saúde^{22,23}. Mesmo que a doença esteja diminuindo entre os homens e aumentando entre as mulheres, o uso do tabaco ainda é significativamente maior no sexo masculino²¹. Neste trabalho, foi evidenciada uma associação significativa do convívio com amigo(s) tabagista(s) com o uso regular de tabaco, não se confirmando a associação com os demais familiares. Esse resultado sugere que os amigos influenciam o comportamento de fumar mais do que a família. Ivanovic et al.²⁴ demonstraram um risco 9,8 vezes maior para o tabagismo em adolescentes com amigos fumantes. Já o estudo de Segat et al.²⁵ encontrou um risco 5,2 maior para o tabagismo entre adolescentes com amigos ou irmãos fumantes.

A exposição ao fumo passivo em casa ou na universidade foi observado em 28,0% dos estudantes entrevistados. Outro dado importante foi que a maioria dos entrevistados (73,6%) referiram que a proibição de fumar não é devidamente implementada e controlada nas instalações da faculdade. Escolas médicas devem ser

encorajadas a fornecer áreas livres de fumo e a proibir o fumo nas instalações e clínicas. Já foi demonstrado que um ambiente livre do fumo pode ajudar a melhorar a qualidade do ar, reduzir os problemas de saúde associados com a exposição ao fumo do tabaco e apoiar e incentivar tentativas de cessação entre os fumantes que tentam parar de fumar²⁶. Além disso, a criação de áreas livres de fumo nas instituições de ensino envia uma mensagem clara para educadores, estudantes, pacientes e médicos sobre o impacto negativo do tabaco²⁷.

CONCLUSÃO

A prevalência de tabagismo entre os estudantes de graduação do Curso de Medicina da UFAC foi menor do que na população do Estado do Acre e em estudantes de medicina de outros países da América Latina. Por outro lado, observou-se uma elevada frequência no uso de outros produtos do tabaco fumado. Nesse cenário, é importante a implementação de programas eficazes de prevenção do tabagismo e de cessação tabágica nas faculdades de medicina e outras faculdades de ciências da saúde, a fim de diminuir a prevalência de tabagismo nos médicos. A formação dos futuros profissionais de saúde em políticas de controle de tabagismo deve ser uma prioridade, para que se consiga uma maior participação dos médicos nas tomadas de decisão política para a implementação efetiva de políticas de controle de tabagismo e para se conseguir a diminuição da aceitação social do tabagismo.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao reitor da UFAC, Prof. Minoru Martins Kinpara, e aos acadêmicos de medicina da UFAC Minoru Martins Kinpara, Sebastião Afonso Viana Macedo Neves, Maria Aparecida Buzinari de Oliveira, Régia Beltrão Teixeira e Rafaela Feitosa Anselmi.

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

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Acre (FAPAC).

Correspondência: Sandra Márcia Carvalho de Oliveira, Universidade Federal do Acre, Campus Universitário, BR

364, km 4, Distrito Industrial, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD), CEP 69915-900, Rio Branco, AC. Tel.: (68) 3901.2500. E-mail: sandraoliveira@ufac.br

Referências

1. World Health Organization (WHO). MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic [Internet]. 2008 [cited 2015 Jul 08]. http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf
2. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras [Internet]. May 2004 [cited 2015 Jul 08]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf
3. Goldberg RJ, Ockene IS, Ockene JK, Merriam P, Kristeixer J. Physicians' attitudes and reported practices toward smoking intervention. *J Cancer Educ*. 1993;8:133-9.
4. World Health Organization. Leave the pack behind. Geneva: WHO; 1999. p. 33-9. <http://www.forces-nl.org/WHO/ADVISORY98.PDF>
5. Silva Junior CT, Braga MU, Vieira HV, Bastos LDP, Tebaldi BF, Ronchetti RM, et al. Prevalência de tabagismo entre estudantes de graduação em medicina da Universidade Federal Fluminense. *Pulmão RJ*. 2006;15:11-5.
6. Patkar AA, Hill K, Batra V, Vergare MJ, Leone FT. A comparison of smoking habits among medical and nursing students. *Chest*. 2003;124:1415-20.
7. Mamas IN, Bertisias GK, Linardakis M, Tzanakis NE, Labadarios DN, Kafatos AG. Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipids profile among medical students in Greece. *Eur J Public Health*. 2003;13:278-82.
8. Warren CW, Sinha DN, Lee J, Lea V, Jones NR. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-2008. *BMC Public Health*. 2011;11:72.
9. Horta BL, Ramos EO, Victora CG. O vício de fumar entre estudantes de Medicina da UFPEL:

¹ Médica da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE), Rio Branco, AC. Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC. ² Acadêmico de Medicina, Ufac, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC.

- prevalência, sintomatologia respiratória e relação com o tabagismo dos pais, 1988. *Rev AMRIGS*. 1988;32:15-7.
10. Menezes AMB, Horta BL, Rosa S, Oliveira FK, Bonnann M. Vício de fumar entre estudantes de Medicina da UFPEL, Brasil: comparação entre as prevalências de 1986 e 1991. *Cad Saude Publica*. 1994;10:164-70.
 11. Menezes AMB, Hallal PC, Silva F, Souza M, Paiva L, D'Ávila A, et al. Tabagismo em estudantes de medicina: tendências temporais e fatores associados. *J Bras Pneumol*. 2004;30:223-8.
 12. Botelho C, Silva AMP, Melo CD. Tabagismo em universitários de ciências da saúde: prevalência e conhecimento. *J Bras Pneumol*. 2011;37:360-6.
 13. Serra de Carvalho L. Comportamento tabágico e atitudes de controlo de tabagismo dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2012.
 14. Schoenborn CA, Adams PE. Health behaviors of adults: United States, 2005-2007. *Vital Health Stat*. 2010;10(245):1-132.
 15. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do sistema internacional de vigilância do tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009 [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 17]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/PDF_final_situacao_tabagismo.pdf
 16. Magliari RT, Pagliusi AL, Previero BM, Menezes FR, Feldman A, Novo NF. Prevalência de tabagismo em estudantes de faculdade de medicina. *Rev Med (São Paulo)*. 2008;87:264-71.
 17. Zetter EW, Nudelmann LM, da Cunha DP, Hilgert C, Mattos CH, Sacholl M, et al. Prevalência do tabagismo entre estudantes de Medicina e fatores de risco associados. *Rev AMRIGS*. 2005;49:16-9.
 18. Vakefliu Y, Argjiri D, Poposhi I, Agron S, Melani AS. Tobacco smoking habits, beliefs, and attitudes among medical students in Tirana, Albania. *Prev Med*. 2002;34:370-3.
 19. Frank E. STUDENTJAMA. Physician health and patient care. *JAMA*. 2004;291:637.
 20. Stramari LM, Kurtz M, Silva LCC. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em estudantes de medicina de uma universidade em Passo Fundo (RS). *J Bras Pneumol*. 2009;35:442-8.
 21. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989- 2003). *Bull World Health Organ*. 2007;85:527-34.
 22. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking among medical students. *J Postgrad Med*. 2007;53:55-62.
 23. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health*. 2007;7:115.
 24. Ivanovic DM, Castro CG, Ivanovic RM. Factores que inciden en el habito de fumar de escolares de educación básica y media del Chile. *Rev Saude Publica*. 1997;31:30-43.
 25. Segat FM, Santos RP, Guillande S, Pasqualotto AC, Benvegnu LA. Fatores de risco associados ao tabagismo em adolescentes. *Adoles Latinoam*. 1998;1:163-9.
 26. Nakashima M, Miura K, Morikawa Y, Nishijo M, Nakanishi Y, Sakurai M, et al. [Effect of smoke-free medical school on smoking behavior of medical students]. *Nihon Kosshu Eisei Zasshi*. 2008;55:647-54.
 27. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Division of Nutrition, Physical Activity, Obesity. Implementing a tobacco-free campus initiative in your workplace. 2007 [cited 2015 Aug 17]. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/toolkits/tobacco/>

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL – UMA PROPOSTA DE EXERCÍCIO SISTEMÁTICO: CICLO DA ANSIEDADE SOCIAL E CICLO ALTERNATIVO DA ANSIEDADE SOCIAL

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN SOCIAL ANXIETY DISORDER – A SYSTEMATIC EXERCISE PROPOSAL: SOCIAL ANXIETY CYCLE AND ALTERNATIVE SOCIAL ANXIETY CYCLE

Resumo

O presente artigo inicia pela revisão dos modelos cognitivos e dos princípios gerais da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no transtorno de ansiedade social. Em seguida, os autores propõem um exercício sistemático a ser utilizado especialmente durante as sessões da TCC de psicoeducação e reestruturação cognitiva. Tendo por base o ciclo da ansiedade social disfuncional, o qual colabora para a manutenção dos sintomas de ansiedade social, paciente e terapeuta trabalham ativamente buscando um ciclo mais funcional, o ciclo alternativo da ansiedade social.

Palavras-chave: Transtorno de ansiedade social, terapia cognitivo-comportamental, ciclo da ansiedade social, ciclo alternativo da ansiedade social.

Abstract

This article starts by reviewing cognitive models and the general principles of cognitive behavioral therapy (CBT) in social anxiety disorder. Subsequently, the authors propose a systematic exercise to be used especially during psychoeducation and cognitive restructuring CBT sessions. Based on the dysfunctional social anxiety cycle, which contributes to maintain social anxiety symptoms, both patient and therapist actively

work in the search for a more functional cycle, namely, the alternative social anxiety cycle.

Keywords: Social anxiety disorder, cognitive behavioral therapy, social anxiety cycle, alternative social anxiety cycle.

INTRODUÇÃO

A fobia social – ou transtorno de ansiedade social (TAS), de acordo com a nomenclatura do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) – consiste em sentir medo ou ansiedade em situações de interação social (por exemplo, ao conversar com pessoas), de ser observado (por exemplo, comer, beber ou escrever em público) ou de desempenho (por exemplo, falar em público), em que o indivíduo é ou imagina estar sendo exposto à avaliação negativa de outras pessoas. As situações são evitadas, ou enfrentadas com medo intenso, e ocorrem por pelo menos 6 meses, além de causarem prejuízo na qualidade de vida do indivíduo. O TAS é o terceiro transtorno psiquiátrico mais prevalente (cerca de 5%), com início geralmente na infância, tendência à cronicidade e altas taxas de comorbidades¹.

O DSM-5 excluiu o especificador “generalizada” e criou o especificador “ansiedade somente de desempenho” para se referir a casos em que o medo ou a ansiedade

¹ Médica psiquiatra, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Mestre em Clínica Médica e Doutora em Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS. Terapeuta cognitiva e supervisora credenciada, Beck Institute for Therapy and Research, Filadélfia, PA, EUA. Founding Fellow, Academy of Cognitive Therapy, Filadélfia, PA, EUA. ² Médico psiquiatra, UFRGS, HCPA, Porto Alegre, RS. Professor e preceptor, Residência Médica, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS. Fundação Universitária Mário Martins, Porto Alegre, RS.

se restringem a falar ou desempenhar alguma atividade em público¹.

O tratamento do TAS tem taxa de resposta de 50 a 70%, e de remissão de apenas 20 a 30%. Pode ser tanto farmacológico quanto psicoterapêutico, em especial com terapia cognitivo-comportamental (TCC) – via de regra, recomenda-se a associação de ambos. A TCC pode ser associada em qualquer etapa do tratamento farmacológico. Os medicamentos de primeira linha são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e o inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN) venlafaxina. No entanto, poucos estudos estão disponíveis até o presente momento para indicar a melhor sequência de uso de farmacoterapia, psicoterapia e/ou a sua combinação. Essa decisão varia de paciente para paciente².

MODELO DE TRATAMENTO

Beck et al.³ propõem a hipótese da especificidade de conteúdo, em que cada transtorno mental possui um conteúdo cognitivo específico, ou seja, um modelo cognitivo próprio. De acordo com Hofmann⁴, os indivíduos acreditam que o mundo social é um local perigoso e que as pessoas esperam que eles satisfaçam um padrão social específico ao agir de determinada forma; também acreditam que esse padrão social é elevado, e que eles não têm a competência necessária para atingi-lo. Logo, em situações sociais, o indivíduo tende a se concentrar nessas supostas deficiências, voltando sua atenção para os aspectos negativos de si mesmo. Por conseguinte, teme ser avaliado negativamente pelos outros e acredita que essa avaliação teria consequências negativas, prolongadas e irreversíveis.

Como resultado de tais cognições e processos cognitivos mal-adaptativos, surge a resposta de medo e ansiedade. Para enfrentar a resposta de ansiedade, o indivíduo utiliza estratégias sutis de esquiva, as quais levam a um alívio da ansiedade a curto prazo, porém apresentam consequências negativas a longo prazo, como, por exemplo, o reforço da manutenção da ansiedade social.

Por outro lado, é sabido que as situações sociais são eventos geralmente inofensivos. A avaliação negativa dos outros raramente, ou nunca, conduz a consequências de fato negativas, e mesmo que isso ocorra, os efeitos

duram pouco. Raras exceções são gafes sociais de grande porte que resultam em divórcio, perda de amigos ou de emprego.

No entanto, os portadores de TAS percebem as regras do mundo social como rígidas e difíceis de serem seguidas – por exemplo, regra de não demonstrar ansiedade em situações sociais, o que, paradoxalmente, induz um alto grau de ansiedade. Esse elevado grau de ansiedade também leva a um processo ruminativo, especialmente focado nos aspectos negativos, tornando as experiências ambíguas. Isso reforça a autopercepção negativa e as autoafirmações indutoras de ansiedade, levando ao que Hofmann⁴ considera como um ciclo negativo de retroalimentação e a um sistema autossuficiente.

Considerando que as cognições disfuncionais possuem um papel importante no surgimento e na manutenção dos sintomas de ansiedade, psicoeducação e reestruturação cognitiva são elementos cruciais da TCC para TAS⁵.

UM PROGRAMA DE TCC PARA TAS

Os primeiros modelos cognitivos do TAS foram desenvolvidos por Clark & Wells⁶ e Rapee & Heimberg⁷. A partir desses modelos, surgiram protocolos de TCC (individual ou em grupo) para TAS de 12-16 sessões. É realizada uma avaliação previamente ao início da terapia, para familiarizar o paciente com o transtorno e com o tratamento.

Os primeiros protocolos de TCC para TAS incluíam as seguintes estratégias de intervenção: psicoeducação, técnicas de reestruturação cognitiva (substituindo os pensamentos automáticos disfuncionais por outros, alternativos, mais realistas); exposição gradual e sistemática, tanto na imaginação quanto ao vivo (por exemplo, *roleplay* com o terapeuta, solicitar informação a um estranho na rua, simular uma fala em público), e combinação de exposição e reestruturação cognitiva e treinamento de habilidades sociais para maior controle da ansiedade em situações que geram sintomas. A inclusão de técnicas de relaxamento, no intuito de diminuir sintomas fisiológicos em situações sociais temidas, e, mais recentemente, técnicas de *feedback* em vídeo, também vêm sendo estudadas⁶.

Mais recentemente, Hofmann⁸ formulou um modelo cognitivo que foi traduzido em um manual de estratégias terapêuticas específicas para o TAS⁹, o qual visa tratar

direta e sistematicamente as cognições disfuncionais através de TCC. As principais e devidamente validadas estratégias de intervenção derivadas dos estudos de Hofmann & Otto⁹ são: psicoeducação, modificação de atenção, reestruturação cognitiva e procedimentos de exposição.

OBJETIVO DO PRESENTE ARTIGO

O presente artigo de atualização, sobre o uso da TCC no tratamento do TAS, propõe-se a apresentar um modelo de exercício sistemático elaborado para auxiliar especialmente nas sessões de TCC de psicoeducação e reestruturação cognitiva, em seus três níveis: pensamento automático, crença intermediária ou condicional e crença nuclear.

PSICOEDUCAÇÃO

A importância da psicoeducação reside, primeiramente, no pressuposto da TCC de que os pacientes podem aprender novas habilidades para modificar as cognições, controlar o humor e fazer mudanças produtivas no comportamento, com consequente aumento de motivação e promoção de saúde. Logo, o sucesso de um terapeuta está diretamente ligado a como essas questões são transmitidas. Em segundo lugar, uma psicoeducação efetiva ao longo do processo terapêutico deverá munir o paciente de conhecimentos que possam auxiliar na redução do risco de recaída, sob o risco de piora dos sintomas. Finalmente, a TCC é guiada no sentido de auxiliar os pacientes a se tornarem seus próprios terapeutas. Nesse sentido, o terapeuta deve educar o seu paciente sobre como continuar a utilizar métodos cognitivos e comportamentais de autoajuda após a conclusão da terapia, para que ele participe ativamente de sua própria recuperação¹⁰.

Especificamente, em um programa de TCC para TAS, são realizadas duas sessões de psicoeducação. Deve-se informar o paciente sobre o modelo etiológico múltiplo do TAS (modelagem, fatores genéticos e ambientais), as diferentes modalidades de tratamento (TCC, tratamento medicamentoso ou tratamento combinado), gravidade, diminuição de habilidades sociais e a diferença entre timidez e TAS. É importante explicar que sentir medo de ser julgado é comum a muitas pessoas, em diferentes contextos; contudo, quando tal medo é excessivo, o

indivíduo mantém o foco apenas na avaliação que os outros possam estar fazendo dela, em vez de investir em comportamentos necessários para alcançar os objetivos, e a evitação passa a ser vista como solução. É fundamental que o paciente reconheça as situações sociais que teme, entenda suas disfunções cognitivas e também o papel da evitação na manutenção do TAS.

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

A TCC ensina ao paciente que existe mais de uma maneira de ver uma situação e que o seu ponto de vista é uma questão de escolha¹¹. Os pacientes praticam as técnicas de reestruturação cognitiva nas sessões e fora delas, quando as cognições são identificadas, analisadas e relativizadas¹². A reestruturação cognitiva auxilia o paciente a enfrentar outras situações sociais temidas (exposição). A seguir apresentamos algumas técnicas que podem ser usadas para reestruturar os três níveis de cognição: pensamento automático – descoberta guiada e questionamento socrático, registro de pensamentos disfuncionais, exame de evidências, entre outras; crença intermediária ou condicional – técnica da seta descendente, identificação de temáticas recorrentes, construção de cartões de enfrentamento; crença nuclear – mais recentemente, terapia cognitivo-processual¹³.

EXERCÍCIO SISTEMÁTICO NA SESSÃO: CICLO DA ANSIEDADE SOCIAL E CICLO ALTERNATIVO DA ANSIEDADE SOCIAL

Uma maneira interessante de educar os pacientes utilizando os métodos da TCC consiste em escrever um exemplo de exercício na própria sessão, durante a explicação do mesmo, objetivando acelerar o aprendizado do conceito do exercício e sua fixação. Desse modo, o paciente adquire um modelo padrão de exercício a ser utilizado sistematicamente nas sessões de TCC, por exemplo, o diagrama cognitivo da TCC, o registro de pensamentos^{14,15}, o “pense saudável - tomada de decisão e qualidade de vida”¹⁶ ou, em casos específicos de TAS, o ciclo da ansiedade social¹⁷.

O ciclo da ansiedade social (Figura 1) é um modelo de exercício sistemático desenvolvido especificamente para pacientes com TAS com o objetivo de ilustrar o papel das disfunções cognitivas (em seus três níveis) na manutenção do TAS. Trata-se da figura de um pneu de carro “quadrado”, composta por seis caselas. Em um modelo meramente

¹ Médica psiquiatra, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Mestre em Clínica Médica e Doutora em Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS. Terapeuta cognitiva e supervisora credenciada, Beck Institute for Therapy and Research, Filadélfia, PA, EUA. Founding Fellow, Academy of Cognitive Therapy, Filadélfia, PA, EUA. ² Médico psiquiatra, UFRGS, HCPA, Porto Alegre, RS. Professor e preceptor, Residência Médica, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS. Fundação Universitária Mário Martins, Porto Alegre, RS.

didático, consideramos a casela “situação social” como o ponto de partida do ciclo. No sentido horário, a segunda casela refere-se aos pensamentos automáticos disfuncionais na situação social temida; a terceira, aos sintomas físicos de medo e ansiedade na situação social temida; a quarta, aos comportamentos de segurança adotados na situação social temida; a quinta refere-se às crenças condicionais negativas; e a sexta, às crenças nucleares associadas à autoestima diminuída.

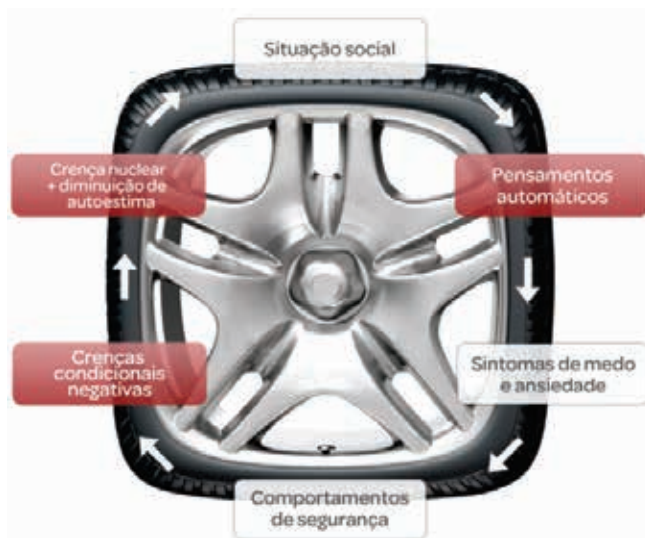


Figura 1 - Ciclo da ansiedade social

O ciclo alternativo da ansiedade social (Figura 2), por sua vez, tem como objetivo ilustrar o papel da psicoeducação e das técnicas de reestruturação cognitiva na modificação das disfunções cognitivas (em seus três níveis), com consequente melhora do TAS. Trata-se da figura de um pneu de carro “redondo”, também composta por seis caselas. Novamente, consideramos a casela “situação social” como o ponto de partida do ciclo. No sentido horário, a segunda casela refere-se aos pensamentos automáticos funcionais na situação social temida; a terceira, aos sintomas físicos de medo e ansiedade diminuídos na situação social temida; a quarta, aos comportamentos de enfrentamento adotados na situação social temida; a quinta refere-se às crenças condicionais positivas; e a sexta, às crenças nucleares associadas ao aumento da autoestima.

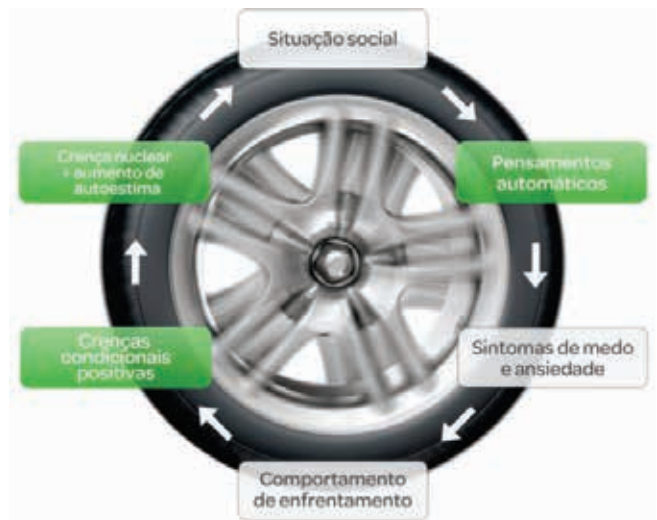


Figura 2 - Ciclo alternativo da ansiedade social

Com o objetivo de demonstrar mudanças nas cognições a partir da reestruturação cognitiva, no sentido de menor para maior funcionalidade das mesmas, os autores propõem, além de formas geométricas diferentes para os pneus (quadrado e redondo), um sistema de cores diferentes (vermelho e verde), que correspondem, respectivamente, a cognições não funcionais e funcionais nas caselas 2, 5 e 6.

Ao longo do tratamento, o objetivo é psicoeducar o paciente e trabalhar a reestruturação cognitiva a partir desse modelo de exercício sistemático. O próprio ciclo da ansiedade social também poderá ser utilizado como “ferramenta” para que o paciente possa, durante a psicoeducação, visualizar os sintomas de medo e ansiedade (casela 3) e identificar o papel dos comportamentos de segurança (casela 4) na manutenção do TAS.

O mesmo material é fornecido ao paciente em branco, para sua prática durante e entre as sessões (Figuras 1 e 2), de modo que exemplos pessoais trazidos pelo paciente possam gerar o seu ciclo da ansiedade social (Figura 1), a partir do qual será devidamente psicoeducado. Posteriormente, através de técnicas de reestruturação cognitiva, o paciente estará apto a gerar exemplos pessoais mais funcionais, os quais darão origem ao seu ciclo alternativo da ansiedade social (Figura 2).

RESPALDO EMPÍRICO

A TCC é uma das opções de tratamento mais estudadas no TAS, com efetividade comprovada em pelo menos cinco metanálises⁵. A TCC no TAS proporciona diminuição dos comportamentos evitativos (que exercem papel importante na manutenção do transtorno), do medo/ansiedade em situações sociais temidas, da incapacitação e da depressão associada. Não há evidências consistentes sobre qual o formato (individual ou em grupo) de TCC para TAS é mais eficaz.

Formulações mais recentes de TCC para TAS visam trabalhar alguns dos fatores centrais na manutenção dos sintomas, comportamentos de segurança, atenção voltada para si e custo social percebido. A eficácia desses protocolos de TCC direcionada⁹ melhorou consideravelmente as taxas de remissão quando comparados aos protocolos mais tradicionais de TCC. Na TCC direcionada, as intervenções são essencialmente cognitivas, já que o paciente é solicitado a examinar de modo específico a veracidade de suas expectativas sobre situações e custos sociais de desempenhos sociais imperfeitos, através de uma avaliação lógica e, especialmente, através de experimentos comportamentais específicos elaborados para testar expectativas geradoras de ansiedade.

CONCLUSÃO

O TAS é altamente prevalente, com altas taxas de morbidade. O presente artigo, além de revisar as principais intervenções de TCC, propõe um modelo de exercício sistemático, o ciclo da ansiedade social e o ciclo alternativo da ansiedade social, como uma nova ferramenta a ser utilizada durante e entre as sessões de TCC, visando especialmente à psicoeducação e à reestruturação cognitiva.

Agradecimentos

Agradeço às Dras. Lia Silvia Kunzler, Maria Cecília Ferreira de Lima e Graça Oliveira, também relatoras da mesa-redonda com subitens referentes à terapia cognitiva. A mesa-redonda foi apresentada no XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 2014. Agradeço ao Dr. Eduardo Trachtenberg pela importante colaboração no presente artigo.

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

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Daniela Zippin Knijnik, Rua Padre Chagas, 185/602, CEP 90570-080, Porto Alegre, RS. E-mail: knijnikd@terra.com.br

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Blanco C, Bragdon LB, Schneier FR, Liebowitz MR. The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2013;16:235-49.
3. Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI, Riskind JH. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *J Abnorm Psychol*. 1987;96:179-83.
4. Hofmann S. A ideia básica. In: Hofmann S. Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea. Porto Alegre: Artmed; 2014. p 17-22.
5. Canton J, Scott KM, Glue P. Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012;8:203-15.
6. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz DA, Hope, Schneier FR. Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford; 1995. p 69-93.
7. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*. 1997;35:741-56.
8. Hofmann SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cogn Behav Ther*. 2007;36:193-209.
9. Hofmann SG, Otto MW. Cognitive-behavior therapy of social anxiety disorder: evidence-based and disorder specific treatment techniques. New York, NY: Routledge; 2008.

¹ Médica psiquiatra, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Mestre em Clínica Médica e Doutora em Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS. Terapeuta cognitiva e supervisora credenciada, Beck Institute for Therapy and Research, Filadélfia, PA, EUA. Founding Fellow, Academy of Cognitive Therapy, Filadélfia, PA, EUA. ² Médico psiquiatra, UFRGS, HCPA, Porto Alegre, RS. Professor e preceptor, Residência Médica, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS. Fundação Universitária Mário Martins, Porto Alegre, RS.

10. Knijnik DZ, Kunzler LS. Psicoeducação e reestruturação cognitiva. In: Melo W. Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Psicoeducação e reestruturação cognitiva. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014. p. 24-51.
11. Butler G, Hope T. Managing your mind: the mental fitness guide. 2ª ed. New York: Oxford University; 2007.
12. Picon P, Knijnik DZ. Fobia social. In: Knapp P. Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 226-47.
13. Landeiro F, Oliveira IR. Terapia cognitivo-comportamental. In: Nardi AE, Quevedo J, Silva AG. Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 131-43.
14. Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
15. Greenberger D, Padesky CA. A mente vencendo o humor. Porto Alegre: Artmed; 1999.
16. Kunzler LS. O pensar saudável na aposentadoria. In: Murta SG, Leandro-França C, Seidl J. Programas de educação para a aposentadoria: como planejar, implementar e avaliar. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014. p. 165-81.
17. Knijnik DK. O ciclo da ansiedade social e o ciclo alternativo da ansiedade social. In: Melo W. Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014. p. 44-6.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA INSÔNIA

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN INSOMNIA

Resumo

A insônia é o transtorno do sono mais frequente na população. Diferentes modelos têm sido propostos para explicar a ocorrência de insônia (por exemplo, o modelo de Spielman, o modelo neurocognitivo e o modelo de inibição psicobiológica, entre outros). Conhecer tais modelos contribui para uma melhor compreensão dos mecanismos a serem avaliados e tratados. O tratamento psicoterápico tem sido amplamente pesquisado. Em especial, a terapia cognitivo-comportamental para insônia tem tido sua eficácia demonstrada em diferentes estudos, sendo intervenção recomendada para indivíduos com insônia. Diferentes abordagens, como a terapia de controle de estímulos, restrição de sono, terapia cognitiva e terapia cognitiva baseada em *mindfulness*, têm sido utilizadas, com benefícios observados no tratamento. Entretanto, uma parcela de indivíduos não responde plenamente às abordagens, aspecto que merece a atenção de profissionais e pesquisadores.

Palavras-chave: Psicoterapia, terapia cognitivo-comportamental, insônia.

Abstract

Insomnia is the most frequent sleep disorder in the general population. Different models have been proposed to explain the occurrence of insomnia (e.g., Spielman's model, the neurocognitive model, and the psychobiological inhibition model, among others). Knowing these models contributes to a better understanding of the mechanisms to be evaluated and treated. Psychotherapy has been widely investigated. In particular, cognitive behavioral therapy for insomnia has had its effectiveness demonstrated in several studies, and is recommended for individuals with insomnia. Different approaches, such as stimulus control, sleep

restriction, cognitive therapy, and mindfulness-based cognitive therapy, have been used, with good results. Nonetheless, some individuals do not adequately respond to those approaches – an aspect that deserves the attention of professionals and researchers.

Keywords: Psychotherapy, cognitive behavioral therapy, insomnia.

INTRODUÇÃO

A insônia é o transtorno de sono mais frequente na população geral¹ e está presente na prática clínica do psiquiatra. Ela pode ocorrer em diversas faixas etárias, e pode ser isolada ou comórbida; cabe ao profissional de saúde investigar e estabelecer o manejo adequado.

Tratamentos psicoterápicos e farmacológicos podem ser recomendados no manejo da insônia; tais abordagens têm sido estudadas quanto à sua eficácia e efetividade tanto em quadros isolados como em comórbidos, e em diferentes faixas etárias. A seguir são apresentadas considerações sobre alguns dos modelos psicológicos propostos para uma melhor compreensão da insônia e que servem como subsídio para o plano de tratamento e seleção de abordagens. Serão ressaltados também aspectos relacionados ao manejo não farmacológico, especialmente no que se refere à abordagem comportamental e cognitivista da insônia em adultos.

INSÔNIA: MODELOS

Diversos são os modelos conceituais propostos para a compreensão do desenvolvimento e manutenção da insônia. Conhecer tais modelos contribui para o entendimento das abordagens psicoterápicas que têm sido aplicadas no seu tratamento.

O modelo de condicionamento disponibiliza uma base teórica para a eficácia de determinadas intervenções comportamentais. Tal modelo propõe que o estado de

Psiquiatra (área de atuação: medicina do sono). Membro docente, Núcleo de Estudos e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas, Porto Alegre, RS. Mestrado em Bioquímica e Doutorado em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Vice-coordenadora, Departamento de Medicina do Sono, ABP. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Cronobiologia Experimental/Modelos Animais e Cronobiologia Experimental Aplicada à Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS.

vigília associado à insônia pode ser aprendido por um processo de condicionamento. A terapia de controle de estímulos é baseada no princípio comportamental de condicionamento. Assim, um estímulo que é sempre pareado a um comportamento específico tem alta chance de gerar uma determinada resposta; no entanto, quando um estímulo é pareado a várias respostas, há apenas uma pequena probabilidade de que o estímulo provoque apenas uma resposta. Para o adequado manejo da insônia, um dos objetivos é que ocorra uma associação da cama com o dormir, e não com outros estímulos. Ainda na década de 1970, foram desenvolvidas as instruções de controle de estímulos², que consistiam em um componente de intervenção na insônia³.

O modelo de Spielman (ou modelo 3Ps) propõe a existência de fatores predisponentes, precipitantes e perpetuantes relacionados à ocorrência da insônia⁴. Fatores predisponentes são os que predispoem o indivíduo para o desenvolvimento da insônia. Podem ser citados, como exemplos, elevada taxa metabólica basal, herança genética, ou alterações neuroquímicas associadas ao sono e à vigília que predisponham à ocorrência de insônia. Os fatores precipitantes podem ser entendidos como os eventos que funcionam como gatilho para desencadear o transtorno do sono, ou seja, fatores que precipitam a ocorrência da insônia. O fator precipitante pode não ser facilmente identificável na insônia crônica, sendo a relação entre fator precipitante e insônia menos óbvia (o fator precipitante pode ter ocorrido vários meses, ou mesmo anos, antes de o paciente comparecer à consulta, e pode não mais existir nem mesmo ser relevante para o paciente). Fatores perpetuantes podem ser compreendidos como os que mantêm a insônia, perpetuando-a. Frente a um episódio de insônia, diversas estratégias mal-adaptativas passam a ser adotadas na tentativa de aumentar o tempo de sono⁵. Tais comportamentos são entendidos por muitos pacientes como uma estratégia para “poder dormir” e não ter insônia, mas na verdade são medidas que resultam em um maior estado de alerta e, conseqüentemente, mantêm a insônia.

O modelo neurocognitivo compreende conceitos abordados no modelo de Spielman, porém amplia a perspectiva dos componentes associados ao processo

de manter-se em estado desperto/alerta, abrangendo o alerta cortical, o alerta cognitivo e o alerta somático nos quadros de insônia⁶. O modelo propõe que indivíduos com insônia apresentam diminuída a amnésia mesógrada normal do sono. É enfatizado o componente de alerta na patofisiologia da insônia crônica, sendo sugerida a ocorrência de um elevado processamento sensorial e de informação no início do sono nos indivíduos com insônia⁷.

Tem sido proposto que o condicionamento clássico atue nos fatores perpetuantes da insônia crônica, e que o alerta identificado nos quadros de insônia deva ser analisado nos seus componentes cortical, cognitivo e somático. O repetido pareamento com o alerta da insônia de estímulos que deveriam ser associados ao sono pode fazer com que o estímulo associado ao sono provoque (ou mantenha) um alerta cortical em nível maior que o adequado no momento de adormecer e também durante o sono. Dessa forma, o alerta cortical condicionado contribui para a alteração de continuidade do sono ou para o estado de má percepção de sono, ocorrendo elevado processamento de informação e processamento sensorial.

Além dos mecanismos associados à insônia, já citados, a preocupação com o sono pode desencadear processos cognitivos e comportamentais que medeiam a ocorrência e a severidade da insônia. De fato, muitos insones avaliam de forma catastrófica as complicações e limitações relacionadas às conseqüências da privação de sono. A constante preocupação ao longo do dia sobre a necessidade de dormir, expectativas em relação ao sono que não correspondem à realidade, supervalorização das conseqüências negativas da insônia e o medo de não dormir tendem a exacerbar uma condição de hiperalerta e são frequentemente observados em insones⁸. O hiperalerta fisiológico, cognitivo e emocional pode propiciar a ocorrência de pensamentos disfuncionais e ser reforçado pelos mesmos. Tal hiperalerta pode predispor o indivíduo a hábitos inadequados, além de avigorar as distorções cognitivas e gerar conseqüências negativas no dia seguinte – e, assim, agravar os hábitos inadequados relacionados ao dormir ou provocar aumento do alerta (cognitivo, fisiológico e emocional). Forma-se, assim, um círculo vicioso perpetuador de insônia nas suas diversas etapas.

A ocorrência, no momento de deitar para dormir, de pensamentos intrusivos relacionados à resolução de problemas, bem como a revivência e o planejamento de eventos do cotidiano, são preditores de atraso de início de sono⁹. Também pode ser observada, em muitos indivíduos, uma tendência de monitorar manifestações internas (diferentes sensações corporais) ou externas (ruídos, horário). Dessa forma, devido à maior atenção e, conseqüentemente, maior chance de identificar algo que julgue como um problema, pode haver um aumento da vigília, reforçando, assim, o comportamento de monitorar.

Nos modelos teóricos previamente citados, tanto naqueles com embasamento cognitivista como nos baseados no paradigma comportamental, o foco incide no processo gerador de excessivo alerta e estímulo como mecanismo para a ocorrência de insônia. No modelo de inibição psicobiológica¹⁰, a insônia crônica é compreendida por uma falha de inibição da vigília. De acordo com esse modelo, considera-se que, em condições normais, o sono ocorre passivamente, sem a necessidade de atenção, intenção ou esforço. Em resumo, nesse modelo, é alvitado que, na insônia, ocorre uma perda da característica de o sono ser “automático” e de sua plasticidade – características que são próprias dos indivíduos que dormem bem. Tais características correspondem, respectivamente, às propriedades do sono de ocorrer facilmente (sem esforço) e de ser flexível (ajustar-se a fatores situacionais)¹⁰.

Muitos são os fatores que podem interagir, em diferentes proporções, para a ocorrência e manutenção da insônia. Diversas são as formas como tais fatores são percebidos por cada indivíduo no que se refere à consciência do processo cognitivo. Também variados são os modos como cada pessoa, com suas características biológicas e aprendidas, rege a influência do meio e seus aprendizados sobre os fatores acima expostos, resultando em uma diversidade de manifestações e repercussões.

Destaca-se a percepção de tais conceitos, pois, na compreensão dos mecanismos relacionados à insônia, do ponto de vista dos processos cognitivos, deve-se ter em mente tanto a existência de fatores que interferem no adormecer (elevando o nível de alerta e dificultando a capacidade de reduzir a vigília) quanto a forma como

esses fatores são interpretados e percebidos pelo indivíduo¹¹. Nesse ponto, passa a ser acrescentado o conceito de processo metacognitivo, enquanto indivíduo consciente e conhecedor do próprio processo cognitivo, em comparação com o processo cognitivo destacado nos parágrafos/modelos anteriores. O processo metacognitivo está proximamente relacionado ao processo de interpretar o sono, refletindo uma interpretação da experiência imediata de pensamentos e sentimentos sobre a insônia¹¹, como o indivíduo se relaciona com seus pensamentos sobre o sono.

INTERVENÇÕES PSICOTERÁPICAS PARA O TRATAMENTO DA INSÔNIA: ASPECTOS A CONSIDERAR

Revisão publicada no ano de 2006, incluindo estudos sobre tratamentos para insônia publicados entre os anos de 1998 e 2004, já demonstrava que as terapias psicológica e comportamental produziam mudanças em parâmetros do sono em indivíduos com insônia³.

As terapias cognitivistas e as comportamentais são intervenções que permitem abordar diferentes fatores que possam atuar exacerbando ou perpetuando a insônia, conforme descrito acima. A eficácia dessas abordagens no tratamento da insônia tem sido demonstrada em diversos estudos^{3,12-17}. Entre os benefícios da intervenção psicoterápica está a mais fácil interrupção do uso de medicamento em indivíduos que usavam cronicamente drogas hipnóticas. Foi demonstrado que cinco abordagens preenchem critérios para empiricamente justificar o tratamento psicoterápico para insônia: terapia de controle de estímulos, relaxamento, intenção paradoxal, restrição de sono e terapia cognitiva¹⁶.

A abordagem multicomponente identificada como terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I) permite acessar alvos específicos relacionados à insônia e tem sido amplamente recomendada e utilizada para o tratamento dessa condição^{15,16}. A TCC-I engloba diferentes estratégias, tal como terapia de controle de estímulos, restrição de sono, higiene do sono, treinamento em relaxamento e terapia cognitiva¹⁶. O detalhamento das técnicas está além do escopo deste artigo.

Tanto a reestruturação cognitiva como a técnica de intenção paradoxal são utilizadas no manejo da insônia. Na terapia cognitiva, objetiva-se, por

Psiquiatra (área de atuação: medicina do sono). Membro docente, Núcleo de Estudos e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas, Porto Alegre, RS. Mestrado em Bioquímica e Doutorado em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Vice-coordenadora, Departamento de Medicina do Sono, ABP. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Cronobiologia Experimental/Modelos Animais e Cronobiologia Experimental Aplicada à Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS.

exemplo, abordar pensamentos que interfiram no sono, crenças disfuncionais relacionadas ao sono e também processos desenvolvidos pelos pacientes, como excessiva automonitorização e preocupação, os quais intensificam o hiperalerta cognitivo que perpetua a insônia⁸. Ao considerar que determinados indivíduos com insônia podem apresentar excessiva preocupação e dificuldade na resolução de problemas, a intervenção baseada na técnica de resolução de problemas passou a ser avaliada e, assim, considerada para propiciar um benefício adicional no manejo dos pacientes com tal comprometimento¹⁸. Apesar dos resultados mostrando que a intervenção colabora no manejo da insônia, há a necessidade de um maior número de relatos e estudos utilizando essa intervenção no tratamento da insônia e em diferentes populações.

A efetividade da TCC-I para o tratamento da insônia é conhecida e foi demonstrada em diversos estudos, inclusive quando presente como uma comorbidade. De fato, em uma metanálise, Geiger-Brown et al.¹² avaliaram estudos publicados entre o ano de 1985 e fevereiro de 2014 no sentido de quantificar o efeito da TCC-I em pacientes adultos com insônia e comorbidade com condições médicas ou psiquiátricas, sendo incluídos para análise os ensaios clínicos randomizados. A metanálise revelou que a TCC-I propiciou melhora na qualidade subjetiva do sono pós-tratamento, com grande efeito do tratamento identificado pelos instrumentos de avaliação: Índice de Severidade de Insônia e Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh. Medidas baseadas em diários do sono demonstraram redução na latência para o sono, aumento do tempo total de sono e melhora na eficiência do sono pós-tratamento. Nos dados de seguimento pós-tratamento, foi observado que os efeitos se mantiveram em 18 meses. Ainda na mesma metanálise, foi demonstrado que os resultados obtidos com actigrafia foram similares, mas de menor magnitude em relação às medidas subjetivas¹².

Apesar de a TCC-I ser o tratamento psicológico de escolha para insônia, seu uso em abordagens individuais nem sempre é viável, devido à grande demanda para tratamento. Assim, a abordagem em grupo pode ser considerada. Recentemente, foi publicada uma metanálise sobre terapia cognitiva em grupo para o tratamento da insônia, sendo que apenas

oito estudos preencheram os critérios para análise. Foi identificado um tamanho de efeito de médio a grande para TCC-I em grupo nos parâmetros de latência para início de sono, eficiência do sono e tempo acordado após o início do sono. Logo, a TCC-I em grupo foi ressaltada pelos autores como sendo um tratamento eficaz¹⁹.

Além do exposto acima, também podem ser consideradas as estratégias baseadas em *mindfulness* e aceitação. O termo *mindfulness* faz referência a uma consciência sincera, não julgadora, com atenção no momento presente. É proposto que, ao utilizar *mindfulness* na psicoterapia, há um foco na percepção consciente das experiências internas. Muitas das terapias cognitivas baseadas em aceitação utilizam práticas fundamentadas em *mindfulness*. O programa identificado como redução de estresse baseado em *mindfulness* (*mindfulness-based stress reduction*, MBSR) tem sido empregado e teve seu benefício para a saúde demonstrado em diferentes condições, inclusive em distúrbios relacionados ao dormir. Tal abordagem foi adaptada e integrada a técnicas de TCC e aplicada para diferentes transtornos²⁰⁻²².

A terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (*mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT) para tratamento de insônia integra um programa baseado em meditação e técnicas comportamentais para insônia^{23,24}. Ensaio clínico randomizado avaliando intervenções baseadas em *mindfulness* no tratamento da insônia tanto em adultos²⁵ como em idosos^{26,27}, em abordagens individuais²⁶ ou em grupo²⁷, têm mostrado resultados favoráveis nos indivíduos estudados em relação às técnicas comparadas no delineamento²⁵⁻²⁷. Também foi demonstrado que a MBCT propicia melhora em parâmetros do sono tanto subjetivos como objetivos (maior eficiência de sono avaliada por polissonografia) em indivíduos em uso de antidepressivos e que apresentam queixas relacionadas ao sono²⁸. Apesar de ser necessário considerar as potenciais limitações dos estudos, tanto no tamanho e características da amostra quanto na técnica selecionada para comparação, e apesar da evidente necessidade de um maior número de ensaios clínicos randomizados, a MBCT pode passar a ser considerada como outra potencial ferramenta terapêutica no manejo da insônia^{18,23,26}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, um significativo número de estudos permitiu verificar o papel da psicoterapia cognitiva e comportamental no tratamento da insônia, sendo normalmente abordada a insônia crônica. Nesse cenário, a resposta ao tratamento, avaliada por parâmetros objetivos ou subjetivos, merece destaque. Cabe aos clínicos e aos pesquisadores um questionamento sobre o que tem sido considerado como resposta e melhora frente ao tratamento, ou seja, se o registro de parâmetros e a melhora nos índices quantificados têm de fato representado ausência de insônia. O questionamento sobre em que medida a modificação das crenças disfuncionais relacionadas à insônia de fato sinalizam a melhora também tem sido avaliada²⁹, porém muito ainda deverá ser feito.

Apesar de a eficácia da TCC-I no tratamento da insônia ser identificada em diversas análises, deve-se também considerar os indivíduos que não melhoram com o tratamento. As características específicas dos pacientes que não respondem ao tratamento têm sido avaliadas, mas ainda merecem mais estudos – características de personalidade, percepção da resposta propiciada pela intervenção terapêutica, instrumentos e momentos de avaliação³⁰ do tratamento, sem falar na variabilidade noite a noite descrita nos estudos.

Em suma, os benefícios da abordagem psicoterápica no tratamento da insônia são evidentes, mas variados são os fatores que contribuem para a ocorrência da insônia. Acredito que a contínua compreensão de tais mecanismos poderá colaborar para aumentar a resposta ao tratamento.

Conflitos de interesse: A autora é palestrante pelo Laboratório Sanofi.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Regina Margis, Rua Marques do Pombal 1824/102, Moinhos de Vento, CEP 90540-000, Porto Alegre, RS. E-mail: reginamargis@gmail.com

Referências

1. Lichstein KL, Taylor DJ, McCrae CS, Ruitter ME. Insomnia: epidemiology and risk factors. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. Principles and practice of sleep medicine. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p. 827-37.
2. Bootzin RR. Stimulus control treatment for insomnia. In: Proceedings 80th Annual Convention of the American Psychological Association; 1972; Honolulu, Hawaii, USA. p. 395-6.
3. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*. 2006;29:1398-419.
4. Spielman AJ, Caruso L, Glovinsky P. A behavioral perspective on insomnia. *Psychiatr Clin North Am*. 1987;10:541-53.
5. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*. 1987;10:45-56.
6. Perlis ML, Giles E, Mendelson WB, Bootzin RR, Wyatt JK. Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *J Sleep Res*. 1997;6:179-88.
7. Perlis ML, Smith MT, Orff HJ, Andrews PJ, Giles DE. The mesograde amnesia of sleep may be attenuated in subjects with primary insomnia. *Physiol Behav*. 2001;74:71-6.
8. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*, 2002;40:869-93.
9. Wicklow A, Espie CA. Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: towards a cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*. 2000;38:679-93.
10. Espie CA, Broomfield NM, MacMahon MA, Macphie LM, Taylor LM. The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiological insomnia: a theoretical review. *Sleep Med Rev*. 2006;10:215-45.
11. Lundh LG, Broman JE. Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes. *J Psychosom Res*. 2000;49:299-310.
12. Geiger-Brown JM, Rogers VE, Liu W, Ludeman EM, Downton KD, Diaz-Abad M. Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2014;23C:54-67.
13. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral

Psiquiatra (área de atuação: medicina do sono). Membro docente, Núcleo de Estudos e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas, Porto Alegre, RS. Mestrado em Bioquímica e Doutorado em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Vice-coordenadora, Departamento de Medicina do Sono, ABP. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Cronobiologia Experimental/Modelos Animais e Cronobiologia Experimental Aplicada à Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS.

- therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2012;13:40.
14. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry.* 1994;151:1172-80.
 15. Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2009;301:2005-15.
 16. Morin CM. Psychological and behavioral treatments for insomnia I: approaches and efficacy. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and practice of sleep medicine.* 5th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p. 866- 83.
 17. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63:79-89.
 18. Pech M, O'Kearney R. A randomized controlled trial of problem-solving therapy compared to cognitive therapy for the treatment of insomnia in adults. *Sleep.* 2013;36:739-49.
 19. Koffel EA, Koffel JB, Gehrman PR. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med Rev.* 2015;19:6-16.
 20. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;71:547-56.
 21. Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Ho MH, Antony MM. Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: mechanisms of change. *Behav Res Ther.* 2015;70:11-22.
 22. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord.* 2011;19:49-61.
 23. Ong JC, Shapiro SL, Manber R. Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: a treatment-development study. *Behav Ther.* 2008;39:171-82.
 24. Ong J, Sholtes D. A mindfulness-based approach to the treatment of insomnia. *J Clin Psychol.* 2010;66:1175-84.
 25. Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep.* 2014;37:1553-63.
 26. Black DS, O'Reilly GA, Olmstead R, Breen EC, Irwin MR. Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2015;175:494-501.
 27. Zhang JX, Liu XH, Xie XH, Zhao D, Shan MS, Zhang XL, et al. Mindfulness-based stress reduction for chronic insomnia in adults older than 75 years: a randomized, controlled, single-blind clinical trial. *Explore (NY).* 2015;11:180-5.
 28. Britton WB, Haynes PL, Fridel KW, Bootzin RR. Mindfulness-based cognitive therapy improves polysomnographic and subjective sleep profiles in antidepressant users with sleep complaints. *Psychother Psychosom.* 2012;81:296-304.
 29. Okajima I, Nakajima S, Ochi M, Inoue Y. Reducing dysfunctional beliefs about sleep does not significantly improve insomnia in cognitive behavioral therapy. *PLoS One.* 2014;9:e102565.
 30. Sánchez-Ortuño MM, Edinger JD. Overnight sleep variability: its clinical significance and responsiveness to treatment in primary and comorbid insomnia. *J Sleep Res.* 2012;21:527-34.

RENAN ROCHA
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

MEDICAMENTOS NA GRAVIDEZ E NA LACTAÇÃO: NOVAS NORMAS DA FDA

THE NEW FDA RULES FOR PREGNANCY AND LACTATION LABELING

Resumo

As novas normas da Food and Drug Administration (FDA) para o uso de medicamentos na gravidez e na lactação entram em vigor este ano (2015). Elas reformulam o conteúdo e o formato das bulas e, concomitantemente, removem quaisquer referências às categorias A, B, C, D e X. Estas são substituídas por um resumo dos riscos perinatais do medicamento, discussão das evidências pertinentes e uma síntese dos dados mais relevantes para a tomada de decisões na prescrição. Também constam nas novas normas informações essenciais sobre identificação de gravidez, contracepção e infertilidade. O objetivo final das novas normas é facilitar o processo de prescrição por meio do oferecimento de um conjunto de informações consistentes e bem estruturadas a respeito do uso de medicamentos nos períodos da gravidez e lactação.

Palavras-chave: Bula, medicamento, gravidez, lactação.

Abstract

New rules set forth by the Food and Drug Administration (FDA) for the use of drugs during pregnancy and lactation take effect this year (2015). They reshape the content and format of labeling and concomitantly remove any reference to the A, B, C, D, and X categories. The latter are replaced by a summary of the perinatal risks associated with the drug, discussion of related evidence, and a summary of the most relevant data for prescription decision-making. Also, the new rules include essential information on the identification of pregnancy, contraception, and infertility. The ultimate goal of the new rules is to facilitate the process of prescribing drugs by offering consistent, well-structured

information about the use of drugs during pregnancy and lactation.

Keywords: Labeling, drug, pregnancy, lactation.

INTRODUÇÃO

A cada ano, diversos novos medicamentos são introduzidos no mercado farmacêutico, e muitas bulas trazem somente informações incipientes sobre a segurança das substâncias durante a gestação ou amamentação. No entanto, gestantes e lactantes apresentam doenças para as quais o tratamento farmacológico é essencial, de modo que médico e paciente necessitam ponderar sobre o risco de uma terapia insuficiente para a mãe, o risco da toxicidade para seu filho e outras importantes questões relacionadas ao uso de medicamentos no período perinatal¹.

Ao longo dos últimos 30 anos, houve um incremento de 60% na prescrição de fármacos no primeiro trimestre de gravidez; atualmente, cerca de 80% das mulheres utilizam ao menos um medicamento durante a gravidez. Concomitantemente, as graves consequências teratogênicas do uso da talidomida durante a gestação aumentaram significativamente a percepção de risco geral, de modo que alguns médicos e pacientes buscam evitar a utilização de quaisquer medicamentos no período perinatal, mesmo em condições médicas graves².

MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS NA GESTAÇÃO E NA LACTAÇÃO

Em função de questões relativas à segurança embrionária, fetal e pós-natal da criança, a decisão de manter ou iniciar terapia psicofarmacológica durante a gravidez ou amamentação deve considerar a relação entre os potenciais ganhos e os possíveis danos para mãe e filho. Trata-se de decisão médica compartilhada,

¹ Programa de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ² Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁴ Mood Disorders Program and Women's Health Concerns Clinic, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton, ON, Canadá. Clinical Fellow, McMaster University, Hamilton, ON, Canadá. ⁵ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁶ Diretor científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

na qual consideram-se as peculiaridades clínicas de ambos e a autonomia da paciente^{3,4}.

Deve-se considerar que episódios psiquiátricos não tratados estão associados a uma maior probabilidade de importantes intercorrências obstétricas, maternas, neonatais e puerperais, com implicações negativas no desenvolvimento da criança e nas relações familiares. Portanto, na ausência de uma alternativa terapêutica apropriada, evitar o uso pertinente de medicamento psiquiátrico como meio de garantir gravidez ou amamentação livre de riscos é uma estratégia contestável⁵.

Infelizmente, cerca de 3% de todos os neonatos apresentam malformação congênita maior. Além disso, estimativas indicam que, ao longo da vida, um indivíduo entra em contato com cerca de 5 milhões de substâncias. Aproximadamente 1.500 foram pesquisadas em animais. Cerca de 30 substâncias são comprovadamente teratogênicas ao ser humano^{1,6}.

Assim, embora não exista decisão terapêutica sem risco, as escolhas mais adequadas em cada caso podem ser identificadas. No que diz respeito aos medicamentos psiquiátricos, é fundamental avaliar com a paciente a relevância dos benefícios atuais ou prováveis, em curto e longo prazos, principalmente quando as demais opções terapêuticas são insatisfatórias, indisponíveis ou inexistentes. Nesse processo de tomada de decisão, são critérios importantes as respostas individuais a tratamentos específicos e a intensidade das manifestações clínicas prévias e atuais^{4,5}.

Deve receber particular atenção a paciente grave que apresenta aversão precoce ou equivocada a uma proposta apropriada de tratamento medicamentoso na gestação ou na amamentação. Nesse cenário, recomenda-se ponderar com a paciente que a escolha de não usar psicofármaco pertinente pode ter consequências médicas agudas e crônicas. De modo claro e complementar, devem ser apresentados os possíveis problemas e condutas relacionadas ao uso do psicofármaco em questão⁷.

Em resposta ao trágicos efeitos da talidomida, a partir da década de 1960 surgiram iniciativas para a regulamentação de fármacos. Em 1979, a Food and Drug Administration (FDA), agência governamental dos Estados Unidos da América, elaborou normas gerais

e outras específicas à toxicidade farmacológica na gravidez, quando estabeleceu o sistema de categorias até hoje utilizado, que serve de referência mundial, apesar das críticas consistentes a essa classificação⁸.

Até este momento, nenhum psicofármaco foi classificado na categoria A – a mais segura – da FDA. As categorias de risco farmacológico na gravidez da FDA frequentemente expressam de modo insatisfatório o conhecimento médico disponível a respeito de certa substância. Assim, em 2008, a própria agência manifestou a necessidade e a intenção de elaborar um novo modelo de classificação⁷.

Tabela 1 - Categorias de risco farmacológico na gravidez segundo a Food and Drug Administration (FDA)

Categoria	Interpretação
A	Estudos controlados mostram risco ausente. Estudos bem controlados, adequados, em mulheres grávidas, não demonstram risco para o feto.
B	Nenhuma evidência de risco em humanos. Achados em animais mostraram risco, mas em humanos não, ou, se estudos humanos adequados não foram feitos, os achados em animais foram negativos.
C	Risco não pode ser excluído. Não existem estudos positivos em humanos e em animais para risco fetal ou inexistem estudos. Contudo, os benefícios potenciais justificam o risco potencial.
D	Evidência positiva de risco. Dados de investigação ou após liberação no mercado mostram risco para o feto. Mesmo assim, os benefícios potenciais podem sobrepujar o risco.
X	Contraindicado na gravidez. Estudos em animais e humanos, ou relatos de investigação ou após liberação no mercado, mostraram risco fetal que claramente é maior que os benefícios potenciais.

Adaptado de IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma⁹.

SIGNIFICADOS MÉDICOS DAS CATEGORIAS FARMACOLÓGICAS DA FDA

Em dezembro de 2014, a FDA apresentou novas normas para o uso de medicamentos na gravidez e na

RENAN ROCHA
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

lactação, cujo valor legal teve início em 30 de junho de 2015. As novas normas substituem a classificação por categorias estabelecida em 1979 (A, B, C, D, X) e pretendem aperfeiçoar a qualidade das informações disponíveis nas bulas para médicos e pacientes¹⁰.

Na classificação vigente a partir de 1979, certos medicamentos colocados em uma mesma categoria de risco possuíam, na verdade, características de segurança reprodutiva bastante distintas de acordo com a literatura científica. Além disso, importantes particularidades clínicas permaneciam ausentes nas bulas, e, lamentavelmente, informações farmacológicas questionáveis e frágeis não eram substituídas pelas melhores evidências disponíveis, como se poderá verificar nos exemplos a seguir¹¹.

Há cerca de 10 anos, a paroxetina foi transferida da categoria C para a D em função de suspeita de associação entre seu uso no primeiro trimestre e anomalias congênitas cardíacas. Ao longo do tempo, porém, o conjunto de informações das pesquisas pertinentes demonstrou que a relevância clínica de tal associação era cientificamente insustentável. A FDA não considerou o aperfeiçoamento de tais estudos, suas evidências e conclusões, e a paroxetina permaneceu na categoria D¹².

A lurasidona, antipsicótico aprovado pela FDA em 2010, está registrado na categoria B. Os demais antipsicóticos estão na categoria C. Assim, concluiríamos que a lurasidona apresenta um conjunto de conhecimentos clínicos que favorecem a sua segurança reprodutiva em comparação com os demais antipsicóticos. No entanto, as informações científicas referentes à lurasidona são extremamente limitadas. O fator que classificou a lurasidona na categoria B foi o registro de ausência de eventos adversos¹².

PERCEPÇÕES DE RISCO NA PSICOFARMACOLOGIA PERINATAL

Embora as pesquisas na área de psicofarmacologia perinatal tenham progredido, não há respostas definitivas para diversas questões – ao contrário, os estudos ainda são insuficientes ou inconclusivos. De fato, é muito difícil sustentar cientificamente a perfeita segurança de qualquer substância durante a gestação ou amamentação. Consequentemente, complexos dilemas clínicos, éticos e legais se apresentam e exigem do médico uma conduta. Médicos especialistas não

psiquiatras costumam superestimar o risco reprodutivo relacionado a medicamentos neuropsiquiátricos, enquanto médicos psiquiatras demonstram uma percepção de risco reprodutivo em maior conformidade com o conhecimento médico concernente. Ambos usualmente se deparam com as seguintes situações, entre outras, a respeito do uso de medicamentos psiquiátricos na gestação e na amamentação¹³⁻¹⁵: informações conflitantes na literatura médica; informações incompletas ou incorretas nos meios de comunicação; psicofobia perinatal; ansiedade antecipatória da paciente; conceitos ou condutas tecnicamente equivocados de colegas ou outros profissionais.

A pertinência do conhecimento profissional do médico sobre os possíveis riscos do uso materno de quaisquer medicamentos durante a gravidez ou lactação demanda, necessariamente, constante dedicação à atualização. Favoravelmente, a rede mundial de computadores dispõe sítios de informação científica ligados a instituições de referência internacional na área, como os listados a seguir:

- University of Toronto
<http://www.motherisk.org/women/drugs.jsp>
<http://www.motherisk.org/women/breastfeeding.jsp>
- Harvard Medical School
<http://womensmentalhealth.org/specialty-clinics/breastfeeding-and-psychiatric-medication>
<http://womensmentalhealth.org/specialty-clinics/psychiatric-disorders-during-pregnancy>
- American Academy of Pediatrics
<http://www2.aap.org/breastfeeding/healthProfessionalsResourceGuide.html>
- U.S. National Library of Medicine
<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>
<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?DARTETIC>
- Royal Women's Hospital & Perinatal Program Advisor, Department of Health, Australia
<http://www.ppmis.org.au/medicineprofiles/>
- Food and Drug Administration
<http://www.fda.gov/Drugs/DevelopmentApprovalProcess/DevelopmentResources/Labeling/ucm093307.htm>

PRINCÍPIOS DA NOVA CLASSIFICAÇÃO DA FDA

As novas normas da FDA para o uso de medicamentos na gravidez e na lactação entram em vigor este ano (2015). Elas reformulam o conteúdo e o formato das bulas e, concomitantemente, removem quaisquer referências às categorias A, B, C, D e X. Estas são substituídas por um resumo dos riscos perinatais do medicamento, discussão das evidências pertinentes e uma síntese dos dados mais relevantes para a tomada de decisões na prescrição. Também constam nas novas normas informações essenciais sobre identificação de gravidez, contracepção e infertilidade. O objetivo final das novas normas é facilitar o processo de prescrição por meio do oferecimento de um conjunto de informações consistentes e bem estruturadas a respeito do uso de medicamentos nos períodos da gravidez e lactação.

Se considerada confiável, toda informação científica disponível sobre o uso de uma determinada substância durante a gestação será provida em uma subseção "Gravidez", juntamente com a origem/fonte da informação. A inclusão de tais registros de uso dos medicamentos durante a gestação pretende também motivar um maior número de registros semelhantes, de modo a propiciar uma expansão progressiva na base de dados da própria subseção. O resumo de riscos da subseção Gravidez deve incluir enunciados a respeito dos riscos de desfechos adversos para o desenvolvimento humano de acordo com estudos em seres humanos, animais e *in vitro*.

A nova bula deve incluir informações pertinentes e relevantes sobre: riscos associados às doenças; ajuste de doses durante o período gestacional e pós-parto; reações adversas maternas; reações adversas fetais e neonatais; efeitos do medicamento no trabalho de parto. A bula deverá apresentar também as referências que sustentam as afirmações clínicas na subseção Gravidez.

Além disso, a nova regulamentação exige que a bula passe a apresentar a subseção "Lactação", a qual contará, novamente, com um resumo dos riscos da utilização do medicamento durante esse período. Devem constar dados clínicos referentes à presença do medicamento no leite humano, aos efeitos da substância no lactente e a sua influência na produção do leite materno.

Para os medicamentos absorvidos sistematicamente e que não são contraindicados na lactação, uma declaração sobre os riscos e os benefícios deve constar ao fim do resumo de riscos na subseção Lactação. A FDA deseja que tais declarações sirvam como referências úteis para a decisão clínica de prescrever ou não medicamentos à paciente lactante.

A subseção Lactação deve incluir também estratégias que reduzam a exposição do lactente aos medicamentos, assim como orientações sobre o monitoramento da resposta do lactente às substâncias, com particular atenção para reações adversas. Devem ser descritas as justificativas presentes na literatura científica que apoiem as estratégias e orientações indicadas.

Finalmente, a subseção "Potencial reprodutivo do homem e da mulher" incluirá recomendações sobre os períodos terapêuticos mais apropriados para a identificação de gravidez ou a realização de contracepção, bem como informará a respeito da possível influência do medicamento na fertilidade do paciente¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A FDA acredita que a estrutura narrativa da nova bula é mais adequada para registrar e transmitir os potenciais riscos da exposição aos medicamentos, em contraste com a rigidez das categorias A, B, C, D e X. Pretende-se aperfeiçoar continuamente o conteúdo da estrutura das novas bulas, com o objetivo final de prover informações que sejam efetivamente úteis ao médico e aos seus pacientes.

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

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Joel Rennó Jr., Rua Teodoro Sampaio, 352/127, CEP 05406-000, São Paulo, SP.
E-mail: rennoj@terra.com.br

Referências

1. Koren G, Gadot Y. Medication use in pregnancy; treating the mother: protecting the unborn. In: Harrison-Wollrich M. Medicines for women. New York: Springer; 2015.

COMUNICAÇÃO BREVE

RENAN ROCHA
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

COMUNICAÇÃO

- Ramoz LL, Patel-Shori NM. Recent changes in pregnancy and lactation labeling: retirement of risk categories. *Pharmacotherapy*. 2014;34:389-95.
- Källén B, Borg N, Reis M. The use of central nervous system active drugs during pregnancy. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2013;6:1221-86.
- Pearlstein T. Use of psychotropic medication during pregnancy and the postpartum period. *Womens Health (Lond Engl)*. 2013;9:605-15.
- Ray S, Stowe ZN. The use of antidepressant medication in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28:71-83.
- Freeman MP. Pregnancy and psychiatric disorders: inherent risks and treatment decisions. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:373-4.
- Koren G, Madjunkova S, Maltepe C. Bias against the null hypothesis: scaring pregnant women about drugs in pregnancy. *Can Fam Physician*. 2014;60:441-2.
- Namouz-Haddad S, Nulman I. Safety of treatment of obsessive compulsive disorder in pregnancy and puerperium. *Can Fam Physician*. 2014;60:133-6.
- IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. *J Bras Pneumol*. 2006;32(Supl 7):S447-74.
- Drug labeling and pregnancy. *Lancet*. 2014;384:2084.
- Feibus KB. FDA's proposed rule for pregnancy and lactation labeling: improving maternal child health through well-informed medicine use. *J Med Toxicol*. 2008;4:284-8.
- Cohen L. The MGH Center for Women's Mental Health. FDA's new labeling rule: clinical implication [Internet]. 2015 Jan 28 [cited 2015 Aug 12]. <http://womensmentalhealth.org/posts/fdas-new-labeling-rule-clinical-implications/>
- Cantilino A, Lorenzo L, Paula Jdos A, Einarson A. Use of psychotropic medications during pregnancy: perception of teratogenic risk among physicians in two Latin American countries. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36:106-10.
- Einarson A, Davis W. Barriers to the pharmacological treatment of women with psychiatric disorders during pregnancy and breastfeeding: results of a survey. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35:504-5.
- Rennó Junior J, Ribeiro HL. *Tratado de saúde mental da mulher*. São Paulo: Atheneu; 2012.
- Food and Drug Administration, HHS. Content and format of labeling for human prescription drug and biological products; requirements for pregnancy and lactation labeling. Final rule. *Fed Regist*. 2014;79:72063-103.

Programa de
Benefícios

**NOVO PARCEIRO NO PROGRAMA DE
BENEFÍCIOS DA ABP: DROGA RAIA!**

**Já são 16 parceiros com descontos exclusivos para
associados da ABP. Confira no Portal da Psiquiatria
a lista completa. www.abp.org.br**

Droga
Raia
Prazer em cuidar

NOVO

SÍNDROME DE COTARD: A DOENÇA DA IMORTALIDADE

COTARD SYNDROME: THE DISEASE OF IMMORTALITY

Resumo

A síndrome de Cotard é uma condição rara caracterizada por melancolia ansiosa, delírios de não existência relativos ao próprio corpo e delírios de imortalidade. Neste artigo, relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, com 66 anos de idade, com síndrome de Cotard refratária a psicofármacos e tratado com eletroconvulsoterapia. São discutidas algumas peculiaridades do manejo diagnóstico e terapêutico desta condição.

Palavras-chave: Síndrome de Cotard, diagnóstico, tratamento, eletroconvulsoterapia.

Abstract

Cotard syndrome is a rare condition characterized by anxious melancholy, delusions of non-existence of one's own body, and delusions of immortality. In this article, we report the case of a 66-year old male patient diagnosed with Cotard syndrome resistant to pharmacological treatment and treated with electroconvulsive therapy. Some peculiarities of the diagnosis and treatment of this condition are discussed.

Keywords: Cotard syndrome, diagnosis, treatment, electroconvulsive therapy.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Cotard (SC) é uma condição rara caracterizada por melancolia ansiosa, delírios de não existência relativos ao próprio corpo e delírios de imortalidade¹. Esses delírios foram relatados primeiramente em 1788², sendo a síndrome descrita pela primeira vez por Jules Cotard em uma conferência proferida por ele em 28 de junho de 1880. Cotard descreveu a síndrome como um delírio de negação, que podia variar desde a negação de partes do corpo do paciente até a negação de sua própria existência ou de

todo o mundo^{3,4}. Em 1893, Emil Régis cunhou o epônimo "síndrome de Cotard"⁵. O termo foi popularizado por Jules Séglas, que relatou o caso de um homem com delírios de negação de órgãos, de condenação e de imortalidade^{5,6}. Em 1995, pela primeira vez, foi proposta uma classificação da síndrome com base em evidências, usando análise fatorial dos casos publicados (Tabela 1)^{7,8}.

Tabela 1 - Classificação da síndrome de Cotard segundo Berrios & Luque⁸

Depressão psicótica	Melancolia e poucos delírios niilistas
Síndrome de Cotard tipo I	Delírios niilistas e hipocondríacos sem alterações de humor
Síndrome de Cotard tipo II	Grupo heterogêneo que cursa com delírios niilistas e de imortalidade e apresenta ansiedade, depressão e alucinações auditivas

Por ser uma condição rara, há poucos estudos sobre a SC⁷, e bons dados epidemiológicos inexistem. No entanto, pode-se afirmar que, geralmente, a SC é encontrada em pessoas de meia idade ou mais velhas⁹ – embora alguns casos afetando jovens também tenham sido relatados na literatura¹⁰. Um estudo de Hong Kong encontrou prevalência de 3,2% de SC ao analisar apenas idosos gravemente deprimidos. Por outro lado, em uma amostra mexicana de pacientes psiquiátricos, 0,62% apresentaram SC⁷.

Neste artigo, relatamos, com o consentimento da família, o caso de um paciente com SC internado na enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE).

¹ Médica residente de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. ² Professor de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 66 anos de idade, foi internado na enfermaria de psiquiatria do HC-UFPE em 2 de outubro de 2012, transferido da enfermaria de clínica médica do Hospital Universitário B (HUB), onde esteve internado por 32 dias devido a quadro depressivo grave com sintomas psicóticos sem resposta aos psicofármacos.

O quadro havia iniciado 2 anos antes do internamento, depois de o paciente ter sido enganado por um cliente. Nesse período, passou a apresentar tristeza, anergia, desânimo, anedonia e diminuição do apetite (perdeu 30 quilos). Dizia que sua comida estava envenenada e que não se alimentava porque sua garganta estava “tapada”. Verbalizava que estava sendo perseguido, ameaçado, e que todos queriam lhe roubar. Passou a se isolar, começou a negligenciar a higiene pessoal e evoluiu com recusa total de ingestas alimentar e hídrica. O paciente não tinha histórico psiquiátrico e havia sido submetido a lobectomia pulmonar direita 45 anos atrás devido a tuberculose. Também não tinha história de trauma. A pesquisa de antecedentes familiares revelou um irmão com um transtorno psiquiátrico que os acompanhantes não souberam especificar.

O paciente foi inicialmente avaliado por psiquiatra de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife, que prescreveu escitalopram 5 mg/dia e mirtazapina 15 mg/dia e providenciou transferência para o HUB devido à desidratação e caquexia. No hospital, o esquema medicamentoso foi alterado para quetiapina 150 mg/dia e mirtazapina 60 mg/dia, e foi iniciada alimentação por sonda nasoenteral. O paciente evoluiu com infecção respiratória e recebeu moxifloxacino 400 mg/dia por 10 dias, apresentando resolução clínica e tomográfica da infecção. Ainda no referido internamento, foi feita investigação clínica para afastar depressão secundária a outras doenças, mas não foram encontradas morbididades. Tomografia de crânio foi realizada e resultou normal. Após 32 dias de internamento no HUB, o paciente não apresentou melhora do quadro psiquiátrico, sendo, assim, transferido para a enfermaria de psiquiatria do HC-UFPE.

No exame mental de admissão, o paciente estava vígil, orientado auto e alopsiquicamente, com atenção global prejudicada. Permaneceu cabisbaixo durante

quase toda a entrevista, falava com um volume de voz muito baixo, compreendia o que era perguntado e respondia adequadamente às perguntas, porém não tinha iniciativa no discurso; ficava alheio ao ambiente e apresentava intensa lentificação motora. Além disso, tinha grande desesperança, dizendo não ter qualquer perspectiva no futuro: “não existe médico, nem médico velho pra me salvar”, “eu não tenho mais jeito”, “vou sofrer pra sempre”. Apresentava-se com pensamento um pouco lentificado e sem alteração na forma, porém dizia que não tinha mais organismo e que não se alimentava porque não tinha mais garganta. Afirmava que não tinha mais órgãos, pois eles haviam se transformado em pedra, que não tinha mais veias no corpo, e que este queimava como fogo. Dizia, ainda, que estava morto e que era um morto-vivo. Ao exame físico, apresentou estado geral regular. Estava com sonda nasoenteral, eupneico, hipocorado (1/4+), hidratado, anictérico, acianótico, afebril, emagrecido (índice de massa corporal: 17 m/kg²), com abdome escavado e murmúrio vesicular ausente em hemitórax direito.

Após reunião clínica, firmou-se o diagnóstico de SC secundária a episódio depressivo grave com sintomas psicóticos. Optou-se por iniciar sessões de eletroconvulsoterapia (ECT), tendo em vista a gravidade do quadro. Foi solicitado consentimento da família por escrito.

Foram realizados os seguintes exames e avaliações previamente à estimulação de ECT: hemograma completo, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, funções renal, hepática e tireoidiana, ionograma, albumina, VDRL (*venereal disease research laboratory*), teste rápido de HIV, parecer cardiológico, radiografia de tórax e eletrocardiograma. Mostraram alterações apenas a hemoglobina, que estava um pouco baixa (10,5 g/dl), e a radiografia de tórax, que apresentava hipertransparência em hemitórax direito.

O tratamento consistiu em oito sessões de ECT bitemporal, com carga de 110 V, por 2 segundos, em dias alternados. Após a primeira sessão, o paciente passou a se alimentar por via oral regularmente. Após as oito sessões, o paciente evoluiu com remissão total dos sintomas, recebendo alta após 1 mês e 7 dias de internamento no HC-UFPE, em uso de nortriptilina 75

mg/dia e com acompanhamento ambulatorial mensal programado no HC-UFPE. Durante o seguimento, permaneceu com melhora clínica.

Em 19 de fevereiro de 2013, o filho entrou em contato com a médica residente informando que o pai estava internado em unidade de terapia intensiva, pois havia tido uma parada cardiorrespiratória. Menos de 1 mês depois, no dia 3 de março de 2013, o paciente faleceu devido a choque séptico secundário a pneumonia.

DISCUSSÃO

A SC não é classificada como transtorno isolado na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5), nem na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). No DSM-5, delírio niillista é classificado como delírio congruente com o humor inserido em um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos¹⁰.

Do ponto de vista etiológico, a SC está associada a condições psiquiátricas primárias, incluindo esquizofrenia e depressão psicótica, bem como a distúrbios neurológicos, incluindo infartos cerebrais, malformações arteriovenosas, esclerose múltipla, doenças neurodegenerativas¹¹ e traumatismo cranioencefálico – nesta última situação, sobretudo quando o traumatismo produz lesões temporoparietais no hemisfério não dominante¹². Também há descrições de SC secundária ao uso de *ecstasy*¹³.

Descrevemos aqui um paciente com SC secundária a depressão grave com sintomas psicóticos. No entanto, é preciso enfatizar que deveríamos ter realizado ressonância magnética do crânio e outras avaliações, como análise de liquor e parecer neuropsicológico, para uma melhor análise das causas da depressão secundária, já que o paciente era idoso e não tinha passado de doença psiquiátrica. Apesar de o paciente ter se tratado em um serviço universitário de referência, o HC-UFPE, não foi possível realizar essas avaliações por falta de recursos financeiros do hospital. Além disso, a interrupção do acompanhamento ambulatorial a longo prazo, devido ao óbito por outras causas clínicas, limitou a observação da evolução de possíveis quadros demenciais ou de outras condições neurodegenerativas.

A ECT, atualmente, é o principal tratamento biológico na psiquiatria, apresentando altas taxas de eficácia terapêutica, sobretudo em quadros depressivos graves. Esse tipo de tratamento apresenta indicação precisa em casos refratários ao tratamento farmacológico, em algumas populações específicas, como gestantes e idosos, e quando há necessidade de resposta rápida¹⁴. No nosso caso, o tratamento com ECT foi de extrema importância, já que o paciente era idoso, apresentava resistência ao tratamento farmacológico e estava desnutrido.

Infelizmente, a falta de financiamento da ECT pelo Sistema Único de Saúde é um limitador bastante poderoso no acesso da população a esse tratamento, precisando os pacientes contarem com serviços universitários, filantrópicos ou privados. Porém, quando bem indicada, a ECT pode abreviar longos períodos de sofrimento desnecessário¹⁵. Atualmente, em Pernambuco, o único serviço público onde se realiza esse tipo de tratamento é no HC-UFPE. Com isso, o acesso de pacientes com transtornos mentais atendidos em outras instituições a esse tipo de tratamento fica limitado.

É verdade que, mesmo nos casos mais graves, a SC pode ter resolução espontânea e repentina. Entretanto, ela envolve grande risco de suicídio, e, por isso, recomenda-se instituir tratamento o mais breve possível, direcionado para a doença de base¹⁰. A ECT é o tratamento de primeira linha mais reportado na literatura¹⁶. No entanto, psicofármacos, sobretudo antidepressivos e antipsicóticos, também são indicados, com sucesso terapêutico relatado em situações em que a ECT não é possível, seja por dificuldade de acesso ou por contra-indicação¹⁷.

CONCLUSÃO

Apesar de rara, a SC é uma condição ainda presente nos serviços de psiquiatria e possui características clínicas que lhe dão certa peculiaridade nos manejos diagnóstico e terapêutico. Por isso mesmo, os clínicos devem estar atentos ao seu rápido reconhecimento e tratamento, a fim de evitar sofrimentos desnecessários.

Agradecimentos

Os autores agradecem pelos ensinamentos ministrados, inclusive neste caso, pelo Prof. Osmar Gouveia.

¹ Médica residente de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. ² Professor de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE.

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

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Leonardo Machado, Rua Francisco da Cunha, 796, sala 9, Boa Viagem, CEP 51020-041, Recife, PE. E-mail: leomachadoT@gmail.com

Referências

1. Grover S, Aneja J, Mahajan S, Varma S. Cotard's syndrome: two case reports and a brief review of literature. *J Neurosci Rural Pract.* 2014;5:S59-62.
2. Gardner-Thorpe C, Pearn J. The Cotard syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of "délire des négations". *Eur J Neurol.* 2004;11:563-6.
3. Weiss C, Santander J, Torres R. Catatonia, neuroleptic malignant syndrome, and cotard syndrome in a 22-year-old woman: a case report. *Case Rep Psychiatry.* 2013;2013:452646.
4. Cotard J. Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. *Memoire lu à la société médico-psychologique dans la séance du 28 Juin 1880. Ann Med Psychol.* 1880;4:168-74.
5. Berrios GE, Luque R. Cotard's delusion or syndrome? A conceptual history. *Compr Psychiatry.* 1995;36:218-23.
6. Sías J. Note sur un cas de mélancolie anxieuse (délire des négations). *Arch Neurol.* 1884;22:56-68.
7. Debruyne H, Audenaert K. Towards understanding Cotard's syndrome: an overview. *Neuropsychiatry.* 2012;2:481-6.
8. Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatry Scand.* 1995;91:185-8.
9. Wani ZA, Khan AW, Baba AA, Khan HA, Wani QA, Taploo R. Cotard's syndrome and delayed diagnosis in Kashmir, India. *Int J Ment Health Syst.* 2008;2:1.
10. Tavares LM. A doença da imortalidade: uma revisão sobre a síndrome de Cotard e relato de 2 casos clínicos [dissertation]. Recife: Hospital Ulysses Pernambucano; 2013.
11. Perez DL, Fuchs BH, Epstein J. A case of cotard syndrome in a woman with a right subdural hemorrhage. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014;26:E29-30.
12. McKay R, Cipolotti L. Attributional style in a case of Cotard delusion. *Conscious Cogn.* 2007;16:349-59.
13. Nicolato R, Pacheco J, Boson L, Leite R, Salgado JV, Romano-Silva MA, et al. Síndrome de Cotard associada ao uso de ecstasy. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56:64-6.
14. Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF. Clínica psiquiátrica. São Paulo: Manole; 2011.
15. Shiozawa P, Netto GTM, Cordeiro Q, Ribeiro RB. Eletroconvulsoterapia para o tratamento da depressão psicótica refratária em paciente com desnutrição grave: estamos esquecendo a ECT? *Rev Debates Psiquiatr.* 2014;4:6-10.
16. Mahgoub NA, Hossain A. Cotard's syndrome and electroconvulsive therapy. *Psychiatr Serv.* 2004;55:1319.
17. Machado L, Peregrino A, Azoubel S, Cerqueira H, Lima Filho LE. Cotard's syndrome and major depression with psychotic symptoms. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35:212.

A ABP EM UM CLIQUE

**APLICATIVO
DA ABP**

- SORTEIOS
- PUBLICAÇÕES
- CAMPANHAS ABP
- NOTÍCIAS EXCLUSIVAS DA ABP
- CONTEÚDO DAS PRINCIPAIS MÍDIAS SOCIAIS



CONECTE-SE COM A ABP

BAIXE
GOOGLE STORE E APP STORE



INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

TODAS ÀS SEGUNDAS - FEIRAS

21 HORAS

AO VIVO

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

"Parabéns por tão rica explanação sobre o alcoolismo, doença crônica tão séria no Brasil, com efeitos biopsicossociais e neuropsicológicos devastadores observados diariamente em nossos consultórios."

Dra. Olímpia Dornelles

"Estou gostando muito do debate de hoje, sempre acompanho o programa, parabéns a abp pela belíssima iniciativa!"

Manu Godoy

"Primeiro parabenizar a diretoria da ABP pela oportunidade de falarem de um transtorno bastante comum e com um enorme preconceito, Parabéns."

Dr. Fabio Barbirato

**Assistir é muito fácil e prático,
basta acessar o Portal da Psiquiatria
www.abp.org.br**



XXXIII CBP

CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

Florianópolis 2015
4 a 7 de Novembro

— A psiquiatria no mundo contemporâneo —

FAÇA A SUA AGENDA PARA O CBP!

Os palestrantes internacionais convidados estarão em muitas atividades durante os 4 dias do CBP. São psiquiatras, professores/pesquisadores que apresentaram seus estudos científicos nas mais importantes universidades e centros internacionais. É a sua oportunidade de conhecer trabalhos inéditos no Brasil. Eles participarão de **conferências, debates, palestras, cursos, mesas-redondas, simpósios** e muitas atividades especiais.

19 CONFERÊNCIAS

***10 SESSÕES
DE COMO EU
TRATO/COMO
EU FAÇO***

***11 SIMPÓSIOS
INTERNACIONAIS***

6 PALESTRAS

***2 ATIVIDADES
ESPECIAIS***

14 CURSOS

MAIS DE 150 ATIVIDADES

VEJA ALGUNS DESSES ESPECIALISTAS E SUAS ATIVIDADES:

**Dra. Myrna Weissman,
com índice H 110:**

Conferência – Psicoterapia
Interpessoal: Desenvolvimentos
Atuais e Curso Desafios na
prevenção e tratamento
da depressão

**Dr. Robert Dantzer,
com índice H 78:**

Conferência – Depressão
induzida por mecanismos
inflamatórios: evidências e
mecanismos e a Mesa
Redonda: Psiquiatria e
imunologia

**Dr. Charles Reynolds III,
com índice H 69:**

Conferência – Prevenção
do Transtorno Depressivo
Maior: Panorâmica de um
tema em evolução e o
Simpósio Internacional
sobre Novas abordagens
para o manejo de quadro
psiquiátricos em idosos

QUER SABER ONDE MAIS ESTARÃO

David Sheehan, Kenneth Pargament,
Wolfgang Fleischhacker, Felice Jacka,
Eric Taylor, Mauro Carta ,
Nancy Andreasen e
todos os outros
congressistas
internacionais?



No site do CBP tem a lista completa
das atividades científicas! www.cbpabp.org.br

ORGANIZAÇÃO



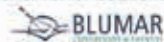
APOIO



AFLIADA



AGÊNCIA OFICIAL DE TURISMO



COMPANHIA AÉREA OFICIAL





PORQUÊ PAGAR A ANUIDADE DA ABP?

Desconto nas inscrições para o CBP, prova de título e outros eventos da ABP; acesso gratuito ao PEC, recebimento das publicações impressas e muito mais!

Além disto, contribui para as campanhas e projetos que auxiliam no esclarecimento à população, na diminuição do estigma, reforçando a posição da ABP como referência na Psiquiatria do Brasil.

Fique em dia com a anuidade e participe da construção de uma ABP cada dia mais forte!

**Conheça as vantagens de
pagar em débito automático**

WWW.ABP.ORG.BR

