ABP
Associação Brasileira de Psiquiatria
Ano 3 • nº6 • Nov/Dez 2013
ISSN 2236-918X

REVISTA DEBATES EM psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

www.abp.org.br

Impresso Especial
9912253913/2010 - DR/RJ/SP
ABP
CORREIOS
DEVOLUÇÃO GARANTIDA
CORREIOS

ARTIGOS

O Cuidado às Vítimas de Ofensa Sexual - Parte 1 Características Epidemiológicas, Repercussões na Saúde Mental e a Notificação Obrigatória

Como eu trato a Depressão Bipolar

Como eu trato o transtorno de pânico e ansiedade social?

Como eu Faço e Trato Emergências Psiquiátricas

Síndrome de Smith-Lemli-Optiz: Um relato de caso

revista_debates_18.indd 1 25/11/2013 16:57

XXXII CBP CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

De 15 a 18 de Outubro de 2014

no Centro de Convenções Ulysses Guimarães Brasília/DF

Valores especiais de inscrição e parcelamento

Público alvo:

*ÃˆµÕˆ>ÌÀ>Ã] j``ˆVœÃ `i œÕÌÀ>Ã iÃ«iVˆ>•ˆ``>`iÃ] *ÀœwÃÃˆœ~>ˆÃ `
Ã>Ö`i] ÃÌÕ``>~ÌiÃ `i À>`Õ>XKœ] *ÀœwÃÃˆœ~>ˆÃ Ài•>Vˆœ~>`œÃ°

Acesse também nossas mídias sociais:

/abpbrasil @abpsiquiatria @abpbrasil

Secretaria do XXXII CBP

,Û° ,ˆœ À>~Vœ] ÓxÇ q £Î¨ ,~``>À] Ã>•>Ã £Î£äÉ£x q
i~ÌÀœ ,ˆœ `i >~iˆÀœ q , ‡ Óää{ä‡ääá™‡ À>Ãˆ•
/i•\ ³ xx -Ó£® Ó£™™°Çxää >Ý\ ³xx-Ó£®Ó£™™‡Çxä£
“>ˆ•\ Vœ~}ÀiÃÃœJ>L«LÀ>Ãˆ•°œÀ}°LÀ
-ˆÌi\ ÜÜÜ°>L«LÀ>Ãˆ•°œÀ}°LÀ

Promoção e realização

APBr ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE BRASÍLIA

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

EDITORIAL

ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
EDITOR

JOÃO ROMILDO BUENO
EDITOR

A RDP traz neste número o artigo de Gislene Valadares e colaboradores sobre os cuidados às vítimas de ofensa Sexual (1ª parte), um assunto que pela primeira vez se discute aqui e é de suma importância para o conhecimento dos psiquiatras. O impacto psicossocial da violência sexual tem sido foco de organismos internacionais e brasileiros de saúde e de direitos humanos em especial quand acomete crianças, adolescentes e mulheres, e é de noti cação obrigatória. As vítimas em quadros agudos e crônicos buscam atenção ou são levadas aos serviços de saúde men com sintomas incongruentes e um pesado segredo, e por isso devemos conhecer as forma de apresentação clínica e os disfarces da ofensa sexual para o seu diagnóstico e tratame efetivo.

Os demais artigos são de importância prática e teórica para o psiquiatra clínico em seu di a dia. São artigos da sessão especial da RDP denominada "Como Eu Trato", que conté informações clínicas e farmacológicas importantes. Beny Lafer, em sua revisão "Como E Trato a Depressão Bipolar", nos explica que os principais parâmetros do tratamento est em levar à remissão sem provocar uma virada maníaca ou ciclagem rápida. Ele resume abordagens farmacológicas e esquemas terapêuticos da extremamente frequente depressã no curso do transtorno bipolar, que acarreta incapacitação e risco aumentado para suicídio Seu manejo adequado se apresenta como um grande desa o ao clínico.

Michelle Levitan e Antonio Nardi apresentam sua revisão "Como eu trato o transtorno de pânico e ansiedade social", focalizando os princípios de tratamento de ambos os transtorno ressaltando também as limitações de cada medicação e opções medicamentosas alternativas. Ressaltam ainda a importância da terapia cognitivo-comportamental. O artigo é apresentado de forma didática e com uma revisão bibliográ ca atualizada. Chei Tung Teng apresenta sua revisão "Como Eu Faço e Trato Emergências Psiquiátricas" na prime pessoa, nas formas de um relato do que acontece em seu dia a dia apresentando entã as emergências mais comuns e a conduta do psiquiatra no ambiente da emergência, n abordagem do paciente e seu tratamento.

Na sessão "Relato de Caso", Araújo Filho e colaboradores apresentam um relato d "Síndrome de Smith-Lemli-Optiz", é uma síndrome autossômica recessiva, caracterizad por uma de ciência na síntese de colesterol, onde se encontram também alterações cognitivas e comportamentais secundárias ao retardo mental. É um exemplo de como a interdisciplinaridade em medicina é cada vez mais necessária para a abordagem de doenç multifatoriais como a síndrome em questão.

Os editores

revista_debates_18.indd 3 25/11/2013 16:57

ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente:
Antônio Geraldo da Silva - DF

Vice-Presidente:
Itiro Shirakawa - SP

1º Secretário:
Luiz Illafont Coronel - RS

2º Secretário:
Mauricio Leão - MG

1º Tesoureiro:
João Romildo Bueno - RJ

2º Tesoureiro:
Alfredo Minervino - PB

SECRETÁRIOS REGIONAIS

Norte: Paulo Leão - PA
Nordeste: José Hamilton Maciel Silva Filho - SE
Centro-Oeste: Salomão Rodrigues Filho - GO
Sudeste: Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ
Sul: Cláudio Meneghello Martins - RS

CONSELHO FISCAL

Titulares:
Emmanuel Fortes - AL
Francisco Assumpção Júnior - SP
Helio Lauar de Barros - MG

Suplentes:
Geder Ghros - SC
Fausto Amarante - ES
Sérgio Tamai - SP

ABP - Rio de Janeiro
Secretaria Geral e Tesouraria
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: abp@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
Fernando Portela Câmara - RJ
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 Alexandre de Souza Crippa - SP
José Cássio do Nascimento Pitta - SP
José Geraldo Vernet Taborda - RS
Josimar Mata de Farias França - AL
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 Geraldes - 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 Manue
(Portugal), Pedro Varandas (Portugal), Pio de Abreu (Portugal), Maria Luiz
Figueira (Portugal), Julio Bobes Garcia (Espanha), Jerónimo Sáiz Ruiz (Es
Celso Arango López (Espanha), Manuel Martins (Espanha), Giorgio Racag
(Italia), Dinesh Bhugra (Londres), Edgard Belfort (Venezuela)

Jornalista Responsável: Lucia Fernandes
Projeto Grá co, Editoração Eletrônica e Ilustração: Lavinia Góes
Produção Editorial: Luan Comunicação
Impressão: Grá ca Editora Pallotti

revista_debates_18.indd 4 25/11/2013 16:57

ÍNDICE

6/**artigo**
O Cuidado às Vítimas de Ofensa Sexual - Parte 1
Características Epidemiológicas, Repercussões na Saúde Mental e a Noti cação Obrigatória
porPOR GISLENE C VALADARES, JOSÉ RAIMUNDO DA SI VA LIPPI, JOEL RENNO JUNIOR, JULIANA PIRES CAVALS RENATA DEMARQUE, HEWDY RIBEIRO LOBO, AMAURY CANTILINO, RENAN ROCHA, JERÓNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

14/**artigo**
Como eu trato a Depressão Bipolar
porBENY LAFER

20/**artigo**
Como eu trato o transtorno de pânico e ansiedade social?
porMICHELLE NIGRI LEVITAN, ANTONIO EGIDIO NARDI

28/**comunicação breve**
Como eu Faço e Trato Emergências Psiquiátricas
porCHEI TUNG TENG

32/**relato de caso**
Síndrome de Smith-Lemli-Optiz: Um relato de caso
porARAÚJO FILHO, E.C; SILVA, A.S.M; LIMA, R.A.S; DUAILIBI K; PALMA, S.M.M

* As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos

revista_debates_18.indd 5 25/11/2013 16:57

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por GISLENE C VALADARES[1], JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI[2], JOEL RENNO JUNIOR[3], JULIANA PIRES CAVALSAN[4], RENATA DEMARQUE[5], HEWDY RIBEIRO LOBO[6], AMAURY CANTILINO[7], RENAN ROCHA[8], JERÓNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO[9], ANTÔNIO GERALDO DA SILVA[10]

ARTIGO

O CUIDADO ÀS VÍTIMAS DE OFENSA SEXUAL - PARTE 1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL E A NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL OFFENCE-PART 1 EPIDEMIOLOGICAL CARACTERISTICS, REPERCUSSIONS ON MENTAL HEALTH AND MANDATORY NOTIFICATION

Resumo

O impacto psicossocial da violência sexual tem sido focado por organismos internacionais e brasileiros de saúde e de direitos humanos em especial quando acomete crianças, adolescentes e mulheres. A ofensa sexual pode ocorrer com ou sem violência, meninas e mulheres são as vítimas mais frequentes e em geral dentro de suas próprias casas com ou sem características incestuosas. Vítimas em quadros agudos e crônicos buscam atenção ou são levadas aos serviços de saúde mental com sintomas incongruentes e um pesado segredo por revelar. O conhecimento da apresentação clínica e dos disfarces da ofensa sexual favorece seu diagnóstico e tratamento efetivo. A noti cação para ocorrência em crianças, adolescentes e mulheres é obrigatória e o pro ssional de saúde esclarecido protege a vítima de riscos maiores, assegura sua boa prática clínica e contribui para a ampliação do conhecimento e da efetivação de políticas preventivas e protetivas.

Palavras-chave: ofensa sexual, repercussões físicas e psíquicas, noti cação obrigatória, políticas de saúde.

Abstract

Psychosocial impact of Sexual Ofense has been focused by national and international organizations devoted to health and human rights whenever children, adolescents and women are a ected. Sexual Ofense could be perpetrated with ou without violence. Girls and women are the most common victims and in general inside their own home, with or without Incestuous caracteristics. Acute and cronic su ers ask for attention or are taken to mental health services with incongruent symptoms and complaints with a heavy secret to reveal. e knowledge of clínical presentation and disguises of sexual ofense facilitates diagnosis and e ective treatment. Noti cation became mandatory for children, adolescents and women and the health professional has the opportunity to protect the victim, to assegurate own good practice and contributes to ampliy knowledge and e ective construction of preventive and protective policy.

Keywords: sexual ofense, physical and psychological repercus sions, mandatory noti cation, protective policy.

INTRODUÇÃO

O conhecimento das repercussões na saúde física e mental das vítimas de ofensa sexual aponta a necessidade de conhecer a prevalência nas populações atendidas em serviços de saúde. As características das ofensas sexuais.

A atenção à vítimas de ofensa sexual (OS) tem, há alguns anos, merecido atenção de organismos internacionais de saúde e de direitos humanos devido ao efeito devastador em especial ao desenvolvimento natural de crianças e adolescentes. As pesquisas se expandem em diversas linhas desde os estudos socioepidemiológico, em neuromodulação e epigenética, até as terapêuticas emprega das e as relações contratransferências evocadas pelo trabalho com esta população nos pro ssionais de saúde e da justiça.

O sentimento de impotência para lidar com o caso, ou o desejo consciente ou inconsciente de revanche contra o ofensor são vivências reais e frequentes no íntimo de quem, na saúde, recebe estas vítimas. O esclarecimento e a busca de apoio na equipe para compartilhar as decisões, dúvidas e temores, é experiência possível e muito alentadora em especial, se de forma responsável inclu ímos a vítima neste processo. “Aprendemos a cada atendimento a lidar com os sentimentos negativos e também nos apercebemos como parte de um movimento muito importante:: a comunidade dos que defendem os direitos humanos e que sabe valorizar a si próprio porque respeita a dignidade de todos os demais.” (1)

Os numeros relativos às OS são bastante assustadores e as estatísticas tendem a crescer a medida que políticas de proteção a crianças e mulheres ganham terreno na saúde pública brasileira e mundial, desvelando ocorrências até então mantidas em silêncio pelo medo e pela humilhação.

revista_debates_18.indd 6 25/11/2013 16:57

GISLENE C VALADARES[1], JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI[2]

[1]Médica Psiquiatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Mestre em Farmacologia e Bioquímica Molecular. Mem
fundador do Serviço de Saúde Mental da Mulher do HC-UFMG, do Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Fami
Incestuosas (AMEFI, HC-UFMG), da Seção de Saúde Mental da Mulher da WPA e da International Association of Wo
Mental Health.

[2]Doutor pela FIOCRUZ, Professor Departamento dePsiquiatria da Faculdade de Medicina da UFMG, Presidente da Asso
Brasileira de tratamento de Ofensas Sexuais, CEARAS Faculdade de Medicina da USP, Fundador e Coordenador do
(Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas)

As intervenções precoces, nas primeiras horas após o trauma podem reduzir com sucesso as graves consequências físicas e psicológicas que acometem a maioria destas vítimas. Técnicas de acolhimento e ressignificação da experiência vivida contribuem para a não instalação das marcas neuro comportamentais advindas de alterações hipotalâmicas e hipocampais secundárias aos traumas emocionais (2). Tratamentos reparadores e psicoterápicos, mesmo anos após a ocorrência da OS, funcionam não só como alívio de sintomas mas como prevenção de repetição de comportamentos abusivos, tão frequente em sobreviventes deste tipo de violência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o termo abuso sexual desde 1999, ao referir-se à violência sexual contra crianças, que passou a ser utilizado não só para crianças, mas também para mulheres e homens, visto não ser somente a idade ou o sexo que define uma relação abusiva. O abuso sexual infantil engloba todas estas atividades abaixo citadas entre uma criança e um adulto ou outra criança que em razão da idade ou do desenvolvimento estão em uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (3).

O termo Ofensa Sexual (OS), passou a ser utilizado por ser mais amplo e abranger todas as formas de abuso com ou sem violência constatada. (4)

Ofensa Sexual é, portanto, o termo geral internacionalmente utilizado para nomear os delitos de natureza sexual que são praticados, desde a aproximação, assédio, exibicionismo perante o outro, obscenidade escrita ou oral, pornografia, indução à prostituição, manipulações até a violação e consumação do ato sexual cópula e ou coito anal, em que uma das partes não compreende completamente, é incapaz de consentir, ou para a qual, em fase de seu desenvolvimento, não está preparada, ou que viole leis ou tabus da sociedade. Pode ter características incestuosas ou sem violência física, contra outra pessoa, inclusive crianças incapazes, estando prevista no Código Penal Brasileiro (4).

Uma relação de ofensa implica necessariamente em assimetria de poder entre os envolvidos e constitui uma violação ou transgressão de direitos com ns de dominação, exploração e opressão que se efetiva na passividade e no silêncio. As ameaças e a coação são frequentes elementos de “convencimento” na sedução no incesto. (5) (6) (7).

A OS intrafamiliar é denominada incesto. Há cinco formas de relações incestuosas: pai- lha; entre irmãos ; mãe- lha; pai mãe- lho, mas é importante ampliar o conceito e compreender que a OS perpetrada por avós, tios, padrastos, madrastas e também se con gura como incesto. (3). A família incestuosa descarte dos mitos prevalecentes sobre a promiscuidade primitiva sem seleção sexual, baseando o sexo apenas no instinto(8).

Epidemiologia das Ofensas Sexuais

As OS atingem aproximadamente 12 milhões de pessoas por ano, sendo a maioria mulheres e meninas agredidas. Dados do Ministério da Saúde indicam a ofensa com violência sexual como a segunda causa de noti cação de violência para a população entre 0 e 9 anos e 10 a 14 anos e a terceira causa de noti cação entre 15 e 19 anos sendo que 22% dos registros se referem a menores de 1 ano de idade (9).

Grande parcela desta violência ocorre dentro da própria casa ou dos espaços mais frequentados e são perpetradores mais usuais familiares e conhecidos, diferindo das situações de ofensa cujas vítimas são homens. Um estudo realizado pelo Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CERCA), com 87 adolescentes sexualmente ofendidas, constatou que quase 70% das ofensas foram praticados por pais ou padrastos (10). A Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, relata que as noti cações de violência cresceram 700% nos seis primeiros anos de sua criação no Brasil. Dos relatos telefônicos de violência 58% a 59,3% é descrita como diária ou semanal, 85% são presenciadas ou sofridas por lhos e em 53,8% há risco de morte (11).

Tabela 1 - As Ofensas Sexuais em números no Mundo, nos EUA e no Brasil

No mundo	Dimensão	Gênero	Ofensor
Ofensa sexual/ano	12 milhões de pessoas	Pessoas com maioria mulheres e meninas	Maioria homens
Ofensa sexual (OMS 2002)	150 milhões	Meninas	Maioria homens com vínculo afetivo e/ou familiar
Ofensa sexual (OMS 2002)	73 milhões	Meninos	Maioria homens
Mutilação genital	100 e 140 milhões	Meninas e Mulheres	
Ofensa sexual na gravidez em curso	27%		Maioria homens com vínculo afetivo e/ou familiar
Nos EUA			
1 Ofensa sexual /6 minutos			Maioria homens
Ofensa sexual na infância e adolescência (metade casos com penetração)	25% 2-10%	Meninas Meninos	Maioria homens
No Brasil			
Crianças e adolescentes 1 Ofensa sexual/ 8 minutos-		76,29% meninas	90,5% homens, 80% pais, padrastos ou com vínculo afetivo com a criança

revista_debates_18.indd 7 25/11/2013 16:57

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por GISLENE C VALADARES[1], JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI[2], JOEL RENNO JUNIOR[3], JULIANA PIRES CAVALSAN[4], RENATA DEMARQUE[5], HEWDY RIBEIRO LOBO[6], AMAURY CANTILINO[7], RENAN ROCHA[8], JERÓNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO[9], ANTÔNIO GERALDO DA SILVA[10]

ARTIGO

As vítimas sofrem mais de um tipo de ofensa, um quarto delas mais de dois tipos e na maioria dos casos denunciados as ofensas são severas e crônicas. (12, 13)

Na invisibilidade desta situação, como a ponta de um iceberg, aparece somente 2 a 4% dos casos e entre as mulheres brasileiras apenas 2% chega de forma explícita ao disque denúncia.

Grá co 1

Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180/SPM 2012

Fatores de risco preponderantes para a ocorrência de OS com violência:

Macrossociais: normas desiguais de gênero com dominância masculina, falta de punição judicial dos ofensores, incapacidade para a proteção das vítimas;

Comunitários: falta de suporte social e familiar;

Relacionamento: controle e poder do perpetrador sobre a vítima;

Individuais: idade e status socioeconômico.

Entre crianças e adolescentes os fatores familiares que exercem maior in uência nas OS são: abuso de álcool e drogas, antecedentes criminais e uso de armas, pais portadores de transtorno mental, dependência econômica e ou emocional, baixa autoestima, pouca autonomia entre os indivíduos na família, ambiente doméstico com nível de tensão permanente e ou violento, distribuição desigual de poder entre os membros e os responsáveis, estrutura familiar falha ou de contextos externos. (14,15)

Alguns grupos de crianças são particularmente vulneráveis à esta violência: portadoras de de ciências ou doenças crônicas, crianças de minorias e outros grupos marginalizados, "crianças de rua", em con ito com a lei, refugiadas ou deslocadas.

O risco da OS predomina entre as que chegaram à puberdade ou à adolescência.

São fatores de risco independentes para as OS em adultos: ter presenciado violência intrafamiliar e ou evento relacionado à vio lência ao longo da vida, número de parceiros sexuais e número de lhos. A baixa escolaridade é considerado um fator moderado mais para mulheres que homens. (16)

Repercussões das Ofensas Sexuais sobre a saúde física e mental

Muitas vítimas de OS são rotuladas como poliqueixosas, so matizadoras, portadoras de distúrbios neuro-vegetativos, entre outros. Elas avaliam pior sua saúde apresentando mais queixas e sintomas do que as não ofendidas. Isto repercute paradoxalmente nos serviços que têm seu uso aumentado com baixa resolutividade, elevando então os custos neste setor. A gura 1 (17) sintetiza o ciclo das ofensas sexuais dentro os serviços de saúde.

A queixa mais apresentada pelas vítimas de OS é a localização precisa e pouco de nida (sem nome e lugar). Nos quadros agudos os serviços de saúde podem ser buscados em função de traumas recentes ou crônicos e seus agravos (sangramentos, fraturas, lesões contusas, hematomas, etc). Também podem acorrer devido a acidentes envolvendo abuso de substâncias, abortamentos espontâneos ou provocados, ofensa contra outras crianças ou adolescentes.

A OS, independente da idade, é mais frequentemente de natureza crônica e, portanto causa sofrimento prolongado que parece restringir as possibilidades da vítima de cuidar de si mesma e dos outros. A negligência de cuidados e a demora por buscar auxílio médico são reconhecidas assim como o seu padrão de uso de serviços em geral.

Estas vítimas são mais propensas a: abuso de álcool, tabaco e drogas, possibilidade de relações sexuais desprotegidas, busca tardia ou inexistente de pré-natal, e pior adesão aos exames preventivos em geral. (18)

Apesar de agravos físicos da ofensa serem percebidos como ne cessitando atendimento médico ou de enfermagem, apenas uma pequena parte relata o real acontecido, permanecendo o segredo das OS na invisibilidade, agravando e croni cando ainda mais as sequelas.

revista_debates_18.indd 8 25/11/2013 16:57

JOEL RENNO JUNIOR[3], JULIANA PIRES CAVALSAN[4], RENATA DEMARQUE[5]

[3]Médico Psiquiatra. Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo. Doutor em Psiquiatria pela FMUSP. Membro fundador da International Association for Women's Mental Health. Médico do Corpo Clínico do Hospital Israelita Albert Einstein – SP.
[4]Psiquiatra do Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.
[5]Psiquiatra do Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

Figura 1 Repercussões da Violência Sexual

As mulheres grávidas que sofreram ofensa física e sexual por parte de seus parceiros íntimos durante a gestação em comparação sentaram mesmo ajustando outros fatores, 1,6 mais chances de perda fetal e 1,9 mais risco de abortamento induzido, sendo estes fatores mais poderosos do que a idade, a condição socioeconômica e o número de lhos nascidos vivos. (18) (19) (20)

Adolescentes que foram ofendidas sexualmente e negligenciadas têm taxas de natalidade superiores a outras jovens (odds ratio = 2.17, P = 0.01) mesmo após controle de fatores de confusão mográ cos, outros fatores de risco e outras formas alternativas de maltrato ocorridas precocemente. (21)

Pesquisas neurobiológicas sobre ofensas sexuais na infância e adolescência demonstram disfunções límbicas, hipocampais e na amígdala, menor integração entre os hemisférios cerebrais com teração da função e formatação da memória verbal e emocional, sintomas de medo, terror, irritabilidade, hostilidade e depressão.

Observou-se também um risco relativo signi cativamente maior do que em grávidas não ofendidas para Transtorno de Estresse Pós Trauma (TEPT), sintomas de Ansiedade e Depressão, justificando orientação e alerta aos pro ssionais de saúde que lidam com a saúde de perinatal (22).

Estudo da OMS em 12 países demonstra que fatos-de vida adversos, em especial as OS estão fortemente associados a aumento de transtornos psiquiátricos em países de diversos níveis de desenvolvimento humano elucidando não estar a violência sexual somente relacionada à precariedade de condições socioeconômicas (23) (18).

Os quadros de Transtorno de Estresse Agudo por OS podem cursar com sintomas psicóticos, alucinações auditivas e visuais, além de ideação delirante. (23)

Avaliando a importância da OS em portadores de transtornos mentais graves encontramos elevadas taxas de prevalência de trauma e transtornos relacionados ao trauma (24 a 49% de OS) versus na população em geral. Comparando com homens, as mulheres tem maior prevalência de OS quando portam diagnóstico de esquizofrenia, transtorno bipolar e quadros mistos considerados graves. (22).

As vítimas e os perpetradores de OS constituem desa os e oportunidades para intervenção pro ssional precoce, que sendo bem feita, pode prevenir o desenvolvimento de sintomas e comportamentos deletérios. Considera-se que a chave está justamente no diagnóstico e intervenção o mais rápida possível tanto para as vítimas quanto para os perpetradores.

Nas famílias com comportamento incestuoso algumas características são observadas servindo de luz para o pro ssional de saúde e a comunidade na avaliação do sofrimento deste grupo.

As famílias mostram uma tendência ao isolamento ou fechamento geográ co e social (todos vivem no mesmo lote e se relacionam pouco com outras famílias) preservando o segredo que envolve as situações de OS. São observadas alteração de papéis e de funções, desequilíbrio intenso de poder entre os pais levando a uma quebra dos limites geracionais, difícil internalização da lei e dos limites, interferindo negativamente na estruturação psíquica de seus membros. Ocorre portanto disfunção relativa ao poder, a confusão na relação de proteção entre pais e lhos e o uso primitivo e inconsequente da sexualidade. Com frequência membros da família são usuários de substâncias. As disfunções observadas nas famílias incestuosas não são privilégio de nenhuma classe social. (4)

Os ofensores intrafamiliares tendem a ser rígidos, extremamente possessivos, protetores e zelosos das crianças e adolescentes ofendidas, causando surpresa a revelação do abuso e dúvida na veracidade do relato das vítimas. Evidenciam entretanto comportamento sedutor e insinuante especialmente com a faixa etária eleita na ofensa sexual. Muitas vezes desqualificam a vítima e a família em suas habilidades interna e externamente ao ambiente doméstico e chegam a acusar a vítima de promiscuidade e sedução. Negam a ofensa, temem a revelação e suas consequências. Em função de ameaças podem ameaçar a integridade física, emocional e econômica da vítima e da família. Geralmente o ofensor também foi vítima de algum tipo de abuso na sua história de vida. (8), (18).

As crianças vitimas de OS podem não reconhecê-las como uma violência e tampouco os prejuízos psíquicos e comportamentais delas decorrentes. Apresentam com frequência alguns indícios revelatórios no discurso, nos gestos e atitudes tais como: irritabilidade, impulsividade, atitudes sexuais impróprias para a idade

revista_debates_18.indd 9 25/11/2013 16:57

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por GISLENE C VALADARES[1], JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI[2], JOEL RENNO JUNIOR[3], JULIANA PIRES CAVALSAN[4], RENATA DEMARQUE[5], HEWDY RIBEIRO LOBO[6], AMAURY CANTILINO[7], RENAN ROCHA[8], JERÓNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO[9], ANTÔNIO GERALDO DA SILVA[10]

ARTIGO

trando conhecimento sobre atividades e práticas sexuais sabidamente esperado para sua fase de desenvolvimento), masturbação frequente e ou compulsiva independente do ambiente; desvio frequente de brincadeiras para possibilitar contatos íntimos que podem ser com manipulação genital, repetição de gestos e atitudes do ofensor, infecções urinárias de repetição que podem agravar o quadro assim como distúrbios nutricionais e do sono. Ofendidos sexuais usualmente não parecem vítimas, são pessoas comuns, em especial as crianças pequenas pois percebem os contatos sexuais incestuosos como formas de amor e carinho enquanto adolescentes começam a perceber que há algo estranho ou errado. Todas as vítimas têm medo de denunciar.

O papel da mulher e mãe na família incestuosa: será ela sempre conivente com as ofensas?

Observa se uma relação de poder bastante desequilibr

Quadro 1

Sinais indiretos frequentes de ofensa sexual contra crianças e adolescentes
Atitudes sexuais impróprias para a idade
Demonstração por fala, gestos ou atitudes de conhecimento sobre atividade sexual superiores a sua fase de desenvolvimento
Masturbação frequente e ou compulsiva independente do ambiente
Desvio frequente de brincadeiras para possibilitar contato com intimidades, manipulação genital, repetição de atitudes do ofensor
Infecções urinárias de repetição
Distúrbios nutricionais
Ofendidos não parecem vítimas. Crianças pequenas percebem como amor e carinho. Adolescentes começam a perceber que há algo errado. Têm medo de denunciar

Adaptado de Célia Carvalho Nahas ET all

o ofensor, tem comportamentos com características aban na relação com os lhos, história pregressa de ofensa-se tas vezes oriunda de famílias instáveis e com referência insu ciente. Apresentam sintomas depressivos, passivida dência a se isolarem socialmente. Relatam confusão e a cia à revelação das ofensas sexuais e com a dúvida ou facilitam o incesto inconscientemente. Quando a situaçã de forma irrefutável apresentam sentimentos de culpa e

sabilidade por não terem protegido e contribuído par a ruína do ação familiar. No quadro 2 a seguir, as atitudes observadas nas OS intrafamiliares.

Quando é a mãe a denunciar e tomar providências de proteção aos filhos tende a tornar-se mais retraída e com grande di culdade de fazer sua vida amorosa e conjugal pelo receio da repetição do trauma.

Pesquisas sobre a evolução de longo prazo de adultos que foram vítimas sexuais perpetradores de OS na infância, são de grande impor ância na identi cação de problemas e no reforço à parentalidade das próximas gerações no sentido de reduzir a persistência ou esti

Quadro 2

Atitude de pais e ou responsáveis nas famílias incestuosas
Famílias mais isoladas geográfica e socialmente: preservação do segredo
Perversão das funções e papéis familiares com desequilíbrio do poder dos pais: proteção do segredo
Disfunção em 3 níveis: poder, confiança e uso inadequado da sexualidade
Quebra dos limites geracionais, não internalização da lei levando à falta de estruturação psíquica.
Oriundos de todas as camadas sociais.
Membros da família usuários de substâncias (álcool, drogas lícitas e ilícitas)
Conduta do Ofensor intrafamiliar
Extremamente protetor zeloso ou possessivo com a criança e adolescente, negando lhe contatos sociais usuais.
Pode ser sedutor, insinuante especialmente com crianças e ou adolescentes.
Crê que o contato sexual seja uma forma de amor familiar
Pode acusar a vitima de promiscuidade, sedução e ou de manter atividade sexual fora de casa
Pode contar história de ofensas referindo se a outros a fim de proteger a si mesmo e ou a outro familiar
Pode ameaçar a integridade física, psicológica e econômica da vítima e da família.
Nega a ofensa, teme as consequências.
Ofensor tem frequentemente história de OS, física ou emocional na infância.
Características da mãe
Histórico de OS, abandônica, vem de lares problemáticos, sofreu privação materna.
Deprimida, passividade, isolamento, sono da morte.
Facilita o incesto inconscientemente, através da dúvida, negação.
Confusão e ambiguidade: amor e ódio, acredita e nega, percebe e dúvida.
Sentimento de culpa: não ter percebido, não ter protegido, ruína da unidade familiar.
Medo de seguir a vida, sem sustento, sozinha com as responsabilidades, frustração com o incesto.

Adaptado de Célia Carvalho Nahas ET all 2013, aulas Lippi,JR; Pacheco, LM, AMEFI 2011.

revista_debates_18.indd 10 25/11/2013 16:57

HEWDY RIBEIRO LOBO[6], AMAURY CANTILINO[7], RENAN ROCHA[8]

[6]Psiquiatra Forense, Psicogeriatra e Psicoterapeuta pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Psiquiatra do ProMul
Instituto de Psiquiatria da USP.
[7]Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor Adjun
Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE.
[8]Médico Psiquiatra. Coordenador do Serviço de Saúde Mental da Mulher das Clínicas Integradas da Universidade do Ex
Sul Catarinense (UNESC)

mular a desistência de comportamentos hipersexualizados e abu
sivos. A prevenção de OS passa pela ruptura do ciclo de violência
que leva a vítima a ser ofensora em algum momento de
futura, caracterizando então a família violenta e incestuos
fábrica de ofensores.(4)

Suporte social e psíquico, incluindo aconselhamento, é
no cuidado médico à vítima de OF. A maioria delas vai re
sua saúde emocional com o auxílio e compreensão das
nas quais con a ou de conselheiros comunitários e gru
apoio. Na fase aguda não se deve pressionar a vítima a
experiências pessoais, além do que ela deseja. No entant
estudos demostram que se a vítima se dispõe a trabalha
ocorridos, as intervenções precoces no atendimento de
após podem reduzir o risco de desenvolvimento de Transt
Estresse Agudo (TEA) e de Transtorno de Estresse Pós T
(TEPT). (24)

Avaliação de riscos: É muito importante avaliar riscos ime
tos, de médio e longo prazo que a vítima, que busca ou
ao atendimento, continua correndo, norteando assim o er
mento de medidas protetivas. A denuncia de ofensa sexual pode
colocar a vítima ou denunciante em riscos variados de acordo com
a desigualdade de poder entre elas e quem a pratica . A escala abai
xo pode auxiliar na compreensão da importância da intervenção
médica nesta situação prevenindo novas violências (assassinato
ou suicídio), quando se depara com situações extremamente con
itIvas.

Quadro 3

Avaliação de riscos imediatos à vítima de Ofensa Sexual	
10-Risco de Morte	Tentativa de suicídio, tentativa de assassinato.
9- Lesões físicas e suas sequelas	Maus tratos, OS repetidas, uso de drogas
8- Risco físico passível de reparação	Uso de drogas
7- Risco de adoecimento psíquico agudo	Surto psicótico, depressão severa, TEPT.
6- Risco de alterações emocionais	Ansiedade, sentimentos intensos de abandono.
5- 4 Riscos sociais	Ausência de suporte socioeducativo
-3-2 Riscos no ambiente doméstico	Presença do ofensor, disputas parentais.
-1-0 Nenhum risco pela situação	

Adaptado de Masserchmitt, 2003

A Noti cação das Ofensas Sexuais

A noti cação protege o pro ssional, principalmente em casos com risco de agravamento da situação de violência e evita sua res
ponsabilização por omissão ou negligência.

O exercício dos direitos humanos não é natural, depende de vários fatores macro e microssociais e da evolução institucional e pessoal em direção à ética e cidadania.

Os organismos de defesa destes direitos a nível internacional e nacional necessitam de instrumentos para a mobilização de recur sos no combate à violência.

As políticas de proteção contra ofensas sexuais às crianças e adolescentes e de combate à violência contra a mulher necessi tam das noti cações para ter a dimensão dos problemas e planejar ações.

A obrigatoriedade de comunicar evidências ou suspeitas de ofensa sexual pode e deve ser feita quando este é o caso. Esta nor ma vale para violência contra crianças, adolescentes e mulheres em qualquer faixa etária. As noti cações, elaboradas pelo Minis tério da Saúde, são dirigidas à gerência epidemiológica distrital de informações que ca responsável pela utilização das mesmas, fazendo então contato com os conselhos tutelares e com outros órgãos de proteção, quando não há risco grave iminente para a vítima ou acompanhante, sendo que nesta última situação o Con selho Tutelar deve ser contatado por telefone imediatamente e a noti cação encaminhada à Gerência Distrital de Assistência.

Qualquer pro ssional de saúde de nível superior, inclusive em consultório particular pode preencher a cha de noti cação ob tida no site do ministério da saúde e também por telefone atra vés do Disque 100, Disque 180 ou 0800 (código de área) 1119. Os serviços de atenção às vítimas de ofensas sexuais necessitam ter cópias desta noti cação (que deve ser arquivada de forma segura) e contato fácil com outras instituições envolvidas com o cuidado e proteção das mesmas.

As dificuldades para a noti cação por parte dos pro ssionais de saúde podem ter natureza diversa como medo de retaliação por parte do ofensor, receio de ser convocado judicialmente a prestar esclarecimentos sobre o exame da vítima, não desejar se envolver nestas questões, sobrecarga de trabalho e desânimo em obter e preencher a cha.

Atestado médico

O atendimento com vítimas de OS em emergência também inclui o relatório / atestado médico, que tem valor legal sendo de respon

revista_debates_18.indd 11 25/11/2013 16:57

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por GISLENE C VALADARES[1], JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI[2], JOEL RENNO JUNIOR[3], JULIANA PIRES CAVALSAN[4], RENATA DEMARQUE[5], HEWDY RIBEIRO LOBO[6], AMAURY CANTILINO[7], RENAN ROCHA[8], JERÓNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO[9], ANTÔNIO GERALDO DA SILVA[10]

ARTIGO

sabilidade do serviço de saúde e do examinador. É um documento médico con dencial a ser entregue nas mãos da vítima. Pode ser o único elemento de prova disponível além do relato da ofendida e dependendo da legislação pode ser usado at após o evento, caso justiça e compensação sejam busca viço deve manter uma cópia do atestado e do prontuário gurança como garantia de autenticidade do documento da O atestado pode ser encaminhado à justiça ou a organiz proteção, sob solicitação formal e judicial, somente com a dância explícita da vítima que tem o direito supremo de u documento quando e onde quiser.

O atestado médico deve conter:
1- Nome e assinatura do examinador*
2- Nome da vítima *
3- Data e hora exatas do exame*
4- Descrição da ofensa com as palavras da vítima
5- Achados do exame clínico
6- A natureza das amostras coletadas
7-As conclusões

No caso do atestado ter mais de uma página os ítens* devem ser incluídos em todas as páginas, e se for compartilhado ou utilizado por alguma organização de direitos humanos com propósitos de defesa, sem o consentimento da vítima, seu nome deve ser remo vido de todas as páginas.

Quadro 4 - Noti cação

Notificação
Porque: Instrumento de proteção dos direitos humanos da vítima, visa o conhecimento do Estado para planejamento de políticas públicas, compulsória para crianças, adolescentes(2011) e mulheres(2013)
Como: Preencher uma via da Ficha de Notificação/ Investigação individual de violência doméstica, sexual e/ outras violências Ministério da Saúde e encaminhar à gerência Distrital de Epidemiologia e Informação (GEREPI). Se há risco para a vida contato imediato por telefone com o Conselho tutelar e encaminhar ficha à Gerência Distrital de Assistência (GERASA)
Quem: Qualquer Profissional de Saúde de nível superior vinculado aos serviços de saúde
Observar: a notificação resguarda o profissional principalmente em casos de agravamento da situação de violência e evita sua responsabilização por omissão ou negligência. A notificação pode ser através do DISQUE 100 ou DISQUE 180 ou 0800 0(código de área)1119.

Adaptado de Célia Carvalho Nahas ET all 2013

Sem fonte de nanciamento e con ito de interesse

A parte 2 trata de: Avaliação, Exame e Tratamento da Vítima de Ofensa Sexual.

Correspondência:
Gislene C Valadares
Rua do Ouro 686 Serra
Belo Horizonte,
CEP 30220000 Minas Gerais
gislenev@terra.com.br

Resolução nº 1.354 de julho de 1999.
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA OU COMPROVAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
(Considera-se criança, a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade – Lei 8.069, de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente)

revista_debates_18.indd 12 25/11/2013 16:57

JERÓNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO[9], ANTÔNIO GERALDO DA SILVA[10]

[9]Médico Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Pesquisador do Grupo de Psic
– Transtornos Relacionados ao Puerpério, pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
Associado do Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF).
[10]Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense pela ABP-AMB-CFM. Doutoramento em Bioética
Universidade do Porto – CFM. Psiquiatra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES-DF. Diretor Científ co do PF
Presidente da ABP-2010/2013.

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: _____/_____/_____
Unidade: _____ ___ _____
Endereço da unidade: _____
Telefones.: _____
Pro ssionais envolvidos no atendimento (incluir categoria pro ssional):
_____
_____

I I - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nome: _____
DN: _____/_____/_____
Idade: _____ Sexo: _____ Registro na unidade: _____
Filiação: _____

Responsável(is) Legal(is):
_____

Acompanhante: _____
Grau de Relacionamento: _____
Endereço: _____
Tel. p/contato: _____
Referência para localização:
_____

III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores)

Maus-tratos identi cados/Causador(es) provável(is) dos maus-tratos:

Abuso Sexual Mãe ( ) Pai ( ) Desconhecido ( ) Outros ( )_____
Abuso Psicológico Mãe ( ) Pai ( ) Desconhecido ( ) Outros ( )_____
Negligência Mãe ( ) Pai ( ) Desconhecido ( ) Outros ( )_____
Abandono Mãe ( ) Pai ( ) Desconhecido ( ) Outros ( )_____

Outras síndromes especi cadas de maus-tratos _____
Síndrome não especi cada de maus-tratos _____

Descrição sumária do ocorrido:
_____
_____
_____
_____

IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnese e exame físico que surgiram a partir da caracterização de maus-tratos)
_____
_____
_____
_____

V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE
_____
_____
_____
_____

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em _____/_____/_____

ATENÇÃO:
ver instrutivo atrás da cha

Assinatura e carimbo da Direção

revista_debates_18.indd 13 25/11/2013 16:57

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por GISLENE C VALADARES[1], JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI[2], JOEL RENNO JUNIOR[3], JULIANA PIRES CAVALSAN[4], RENATA DEMARQUE[5], HEWDY RIBEIRO LOBO[6], AMAURY CANTILINO[7], RENAN ROCHA[8], JERÓNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO[9], ANTÔNIO GERALDO DA SILVA[10]

ARTIGO

Referências

- 1. Schraiber L B, d´Oliveira A F P L- Palavras nais. devem saber os pro ssionais de saúde para promov direitos e a saúde das mulheres em situação de vio doméstica,Guia de Serviços, CONFAD FMUSP, 20
- 2. Rothbaum BO, Kearns MC, Price M, Malcoun E, M, Ressler KJ, Lang D, Houry D , Early interventio prevent the development of posttraumatic stress di der: a randomized pilot civilian study with modi-ed p longed exposure, Biol Psychiatry. 2012 Dec 1;72:95
- 3. Neves A S, Castro G B, Hayeck C M, Cury D G- sexual contra a criança e o adolescente: re exões disciplinares, Temas em Psicologia 2010; 18: 99 – 111.
- 4. Lippi J R - Apresentação, em: Ofensas Sexuais: Estudo Multidisciplinar. 1ª Ediçao, São Paulo, ABTOS, 2005; VII a VII.
- 5. World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees, Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refuge es and internally displaced persons -- Revised ed, 2004
- 6. Fairman, C S- Considerações Sobre o Abuso Sexual Incestuoso; in Ofensas Sexuais: Estudo Multidisciplinar, Lippi JRS, ABTOS, 2005; 53-58.
- 7. Chauí, M. Participando do debate sobre mulher e vio lência. In Cavalcanti, M L V C; Franchetto B, & Heilborn M L. (Orgs.) Perspectivas Antropológicas da mulher

revista_debates_18.indd 14 25/11/2013 16:57

JERÓNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO[9], ANTÔNIO GERALDO DA SILVA[10]

[9]Médico Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Pesquisador do Grupo de Psic
– Transtornos Relacionados ao Puerpério, pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
Associado do Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF).
[10]Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense pela ABP-AMB-CFM. Doutoramento em Bioética
Universidade do Porto – CFM. Psiquiatra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES-DF. Diretor Científico do PF
Presidente da ABP-2010/2013.

1985; 25-62.
- 8. Westermark, 1899 apud erborn, Goran, Sexo e Poder, ed Contexto 2006; 56.
- 9. www.brasil.gov.br.
- 10. Drezett J, Junqueira L, Antonio IP, Campo FS, Leal MCP, Iannetta R. - Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual reprodutiva e de violação de direitos humanos. In: Caderno de Resumo do 9o Congresso de Ginecologia Obstetrícia da SOGESP, SOGESP, São Paulo 2004:16-18.
- 11. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR), Balanço Semestral janeiro a junho de 2012.
- 12. yen U, Kirchhofer F, Wattam C, Gesundheitswesen, Experiencing violence in childhood--risks and health sequelae, 2000; 62:311-9
- 13. Acevedo BP, Lowe SR, Gri n KW, Botvin GJ- Predictors of Intimate Partner Violence in a Sample of Multiethnic Urban Young Adults, J Interpers Violence, 2013 Jun 4. [Epub ahead of print]
- 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e pro ssionais de saúde / 2010.
- 15- Breiding M J, et AL- Risk factors associated with sexual violence towards girls in Swaziland; Bull World Health Org; 2011; 89:203-210
- 16- Nahas C C, et al - Guia de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências na atenção primaria à Saúde; Prefeitura de Belo Horizonte;Secretaria Municipal de Saúde 2013.
- 17- Holtz, H A- Domestic violence: the new standard of care; N J Med.; 1996; 93(8), 33-6
- 18- Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, et al - Violence against women attending public health services in the metropolitan area of São Paulo, Brazil, Rev Saude Publica. 2007 Jun;41:359-67
- 19- Likindikoki S, Stöckl H, Mbwambo J., Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania: a cross-sectional study, BJOG. 2013 Mar 6. doi: 10.1111/1471-0528.12185
- 20- Stöckl H, Filippi V, Watts C, Mbwambo JK, Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study, BMC Pregnancy Childbirth. 2012 Mar 5;12:12
- 21- Noll JG, Shenk CE- Teen birth rates in sexually abused and neglected females, Pediatrics. 2013 ;131: 1181-7
- 22-Tom Fryers and Traolach Brugha, Childhood Determinants of Adult Psychiatric Disorder, Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2013; 9, 1-50.
- 24- Rothbaum BO, et AL, Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modi ed prolonged exposure, Biol Psychiatry. 2012 1; 72: 957-63

Sites úteis
- www.brasil.gov.br
- www.spm.gov.br
- www.observatoriodegenero.gov.br

Acesso a chas de noti cação: http//drt2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/violência.pdf

revista_debates_18.indd 15 25/11/2013 16:57

Ser XRO

ALCANCE MAIS [1-3]

Seroquel ® XRO agora está no programa FAZ BEM com até 60% de desconto.

- Seroquel® XRO apresenta menos eventos adversos em relação à quetiapina convencional.[4]
- Antipsicótico completo que trata os polos do THB e mantém o paciente estável.[3,4]
- 48% mais pacientes se bene ciaram da adição de Seroquel® XRO ao antidepressivo prévio na Depressão Maior.[1]

SQL.13.C.206 - Produzido em abril/2013

FAZ BEM
O programa de saúde e bem-estar

Para se cadastrar no programa:
0800 014 55 78 (opção 2)
ou **www.programafazbem.com.br**

Referências bibliográ cas: 1. Bauer M et al. A pooled analyses of two randomised, placebo-controlled studies of extended release quetiapine fumarate adjunctive to antidepressant therapy in patients with major depressive disorder. Journal of Affective Disorders 2010; 127: 19-302. Bauer M et al. Extended-Release Quetiapine as Adjunct to an Antidepressant in Patients with Major depressive Disorder: Results of a Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study. J Clin Psychiatry 2009; 70(4): 540-549. informação técnica: bula do produto.4. Rienseberg RA et al. Self-reported sedation pro le of quetiapine extended-release and quetiapine immediate-release during 6-day initial dose escalation in bipolar depression: a multicenter, randomized, double-blind, phase IV study. Clinical Ther 2012;34(11):2202-11. doi: 10.1016/j.clinthera.2012.09.002. Epub 2012 Oct 8.

A bula do produto encontra-se no interior dessa publicação.

SAC Serviço de Atendimento ao Cliente 0800 014 5578

AstraZeneca do Brasil Ltda.
Rod. Raposo Tavares km 26,9
06707-000 Cotia SP Brasil
Access *net* / SAC 0800 014 55 78
www.astrazeneca.com.br

Accessnet 0800 014 5577
access@astrazeneca.com

Material destinado ao pro ssional de saúde.

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

AstraZeneca NEUROCIÊNCIA

Seroquel® XRO hemifumarato de quetiapina. SEROQUEL XRO® (hemifumarato de quetiapina) é um agente antipsicótico atípico Indicações: Seroquel® XRO é indicado para o tratamento da esquizofrenia, como monoterapia ou adjuvante no tratamento dos episódios de mania e de depressão associados ao transtorno afetivo bipolar, e no alívio dos sintomas do transtorno depressivo maior, em terapia adjuvante com outro antidepressivo, quando outros medicamentos antidepressivos WHQKDP IDOKDGR (PERUD QmR KDMD HYLGrQFLDV GH TXH SEROQUEL XRO LVRODGDPHQWH VHMD VXSHULRU a outros antidepressivos, quando usado em terapia adjuvante, ele oferece uma opção de tratamento para pacientes que não responderam a tratamentos antidepressivos anteriores. Antes de iniciar o tratamento os PpGLFRV GHYHP FRQVLGHUDU R SHUILO GH VHJXUDQoD GH SEROQUEL XRO Contraindicações: SEROQUEL XRO é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente de sua fórmula. Cuidados e Advertências: Advertências: Ideação e comportamento suicidas ou piora clínica: $ GHSUHVVmR H FHUWRV WUDQVWRUQRV SVLTXLiWULFRV VmR DVVRFLDGRV D XP DXPHQWR GH ULVFR GH LGHDo idades que iniciam tratamento com antidepressivos devem ser cuidadosamente monitorados quanto a piora clínica, suicidalidade ou alterações não usuais no comportamento. Familiares e cuidadores devem ser alertados sobre a necessidade de observação do paciente e comunicação com o médico. Neutropenia e agranulocitose: Muitos casos de neutropenia grave ocorreram dentro dos primeiros dois meses do início de tratamento com quetiapina. Aumentos de glicose no sangue e hiperglicemia: Aumentos de glicose no sangue e hiperglicemia, e relatos ocasionais de diabetes têm sido observados nos estudos clínicos com quetiapina. Lipídeos: Aumentos de triglicérides e colesterol, e diminuição de HDL têm sido observados nos estudos clínicos com quetiapina. Pancreatite: Houve relatos de pancreatite, porém não foi estabelecida relação causal. Doenças concomitantes: Recomenda-se cautela ao tratar pacientes com doença cardiovascular conhecida, doença cerebrovascular ou outras condições que os predisponham à hipotensão. Convulsões: recomenda-se cautela ao tratar pacientes com história de convulsões. Disfagia: Disfagia e aspiração tem sido reportadas com SEROQUEL XRO. Constipação e obstrução intestinal: Foram relatadas constipação e obstrução intestinal com o uso da quetiapina. Síntomas extrapiramidais e Discinesia tardia: Se sinais e sintomas de discinesia tardia aparecerem, deve ser considerada uma redução da dose ou a descontinuação de quetiapina. Síndrome neuroléptica maligna: Síndrome neuroléptica maligna (hipertermia, estado mental alterado, rigidez muscular, instabilidade autonômica e aumento da creatino fosfoquinase) tem sido associada ao tratamento antipsicótico, incluindo a quetiapina. Caso isto ocorra, SEROQUEL XRO deve ser descontinuado e tratamento médico apropriado deve ser administrado. Prolongamento do intervalo QT: Na experiência pós-comercialização, houve relatos de casos de prolongamento do intervalo QT com superdose. Descontinuação 6LQWRPDV GH GHVFRQWLQXDomR DJXGD DVVLP FRPR LQV{QLD Q VLGR GHVFULWRV DSyV XPD LQWHUUXSomR DEUXSWD GR WUDWDPHQWR FRP IiUPDFRV DQWLSVLFyWLFRV LQFOXLQGR D TX período de pelo menos uma a duas semanas. Uso durante a gravidez e lactação: Categoria de risco na gravidez: C. SEROQUEL XRO só deve ser usado durante a JUDYLGH] VH RV EHQHItFLRV MXVWLfiFDUHP RV ULVFRV SRWHQFLDLV $V PXOKHUHV GHYHP VHU RULHQWDGDV D QmR DPDP (para maiores informações vide bula completa do produto). Interações medicamentosas: SEROQUEL XRO deve ser usado com cuidado em combinação com outros medicamentos de ação central e com álcool 2 XVR GH TXHWLDSLQD FRQFRPLWDQWH FRP RXWURV IiUPDFRV FRQKHFLGRV SRU FD RX SRU DXPHQWDU R LQWHUYDOR 47 GHYH VHU IHLWR FRP FDXWHOD $ FR DGPLQLVWUDomR GH FDUEDPD]HSLQD DXPH dependendo da resposta clínica, um aumento da dose de SEROQUEL XRO deve ser considerado. Doses elevadas de SEROQUEL XRO SRGHP VHU QHFHVViULDV SDUD manter o controle dos sintomas psicóticos em pacientes que estejam recebendo concomitantemente SEROQUEL XRO e fenitoína ou outros indutores de enzimas KHSiWLFDV SRU H[HPSOR EDUELW~ULFRV HVWDWLQDV RX ULIDPSLFLQD deve ser reduzida durante o uso concomitante de quetiapina e potentes LQLELGRUHV GD &<3 $ FRPR DQWLEL~QJLFRV D]yLV DQWLELyWLFRV PDFURtGHRV H LQLELGRUHV GD SURWHDVH 2XWU SURGXWR +RXYH UHODWRV GH UHVXOWDGRV IDOVR SRVLWLYRV HP LPXQRHQVDLRV SDUD PHWDGRQD H DQ UHVXOWDGRV SRU WpFQLFDV FURPDWRJUiILFDV Reações adversas: As reações adversas mais comumente relatadas com a quetiapina são: boca seca, sintomas GH GHVFRQWLQXDomR LQV{QLD QiXVHD FHIDOHLD GLDUUHLD Y{PLWR WRQWXUD H LUULWDELOLGDGH HOHYDo}HV GR diminuição de HDL colesterol, ganho de peso, diminuição de hemoglobina, tontura, sonolência, sintomas extrapiramidais, leucopenia, taquicardia, palpitações, visão borrada, constipação, dispepsia, vômito, astenia leve, edema periférico, irritabilidade, pirexia, elevações das alanina aminotransaminases séricas, aumento dos QtYHLV GH JDPD *7 UHGXomR GD FRQWDJHP GH QHXWUyJORV DXPHQWR GH HRVLQyORV DXPHQWR GD JOLFRVH QR VDQJX VpULFD UHGXomR GR QtYHO GH KRUP{QLRV WLUHRLGLDQRV 7 WRWDO 7 OLYUH H 7 WRWDO DXPHQWR GR QtYHO GH GLVSQHLD KLSRWHQVmR RUWRVWiWLFD H VRQRKRDQRUPDLV H SHVDGHORV SDUD PDLV RU SEROQUEL XRO deve ser administrado uma vez ao dia, por via oral, com ou sem alimentos. Esquizofrenia e Episódios de mania associados ao transtorno afetivo bipolar: D GRVH WRWDO GLiULD SDUD R LQtFLR GR WUDWDPHQWR p GH PJ QR GLD PJ QR GLD H DWp PJ DSyV R GLD $ GRVH GHVHYH VHU DMX PJ D PJ SRU GLD GHSHQGHQGR GD UHVSRVWD FOtQLFD H GD WROHUDELOLGDGH GH FDGD SDFLHQWH 3DUD WHUDS ajuste de dose. Episódios de depressão associados ao transtorno afetivo bipolar: SEROQUEL XRO GHYH VHU DGPLQLVWUDGR HP GRVH ~QLFD GLiULD QRWX com ou sem alimentos. SEROQUEL XRO GHYH VHU WLWXODGR FRPR D VHJXLU PJ GLD PJ GLD SEROQUEL XRO pode PJ GLD VHU WLWXODGR DWp PJ QR GLD H DWp PJ QR GLD $ H¿FiFLD SEROQUEL XRO HP VLQWRPDV GH HSLVyGLR GH PHQWWUHGDGR WRP EHQHItFL DGLFLRQDO QmR IRUDP YLVWRV DSyV QR WUDWDPHQWR de curto prazo. Como adjuvante no tratamento de episódios de depressão maior em Transtorno Depressivo Maior (MDD): SEROQUEL XRO GHYH VHU DGPLQLVWUDGR j QRLWH $ GRVH GLiULD QR LQtFLR GR WUDWDPHQWR p GH PJ 2 HIHLWR DQWLGHSUHVVLYR IRL REVHUYDGR QDV GRVHV GH H PJ GLD HP HSWXGRV HP DGMXQkFLD GH FXUWD G GXUR[HWLQD HVFLWDORSUDP ÀXR[HWLQD SDUR[HWLQD VHUWUDOLQD H YHQODID[LQD ([LVWH XP ULVFR DXPHQWDGR G SRUWDQWR JDUDQWLU TXH D PHQRU GRVH H¿FD] VHMD XVDGD SDUD R WUDWDPHQWR FRPHoDQGR FRP PJ GLD $ QHFH deve ser baseada na avaliação individual do paciente. ,QVX¿FLrQFLD KHSiWLFD p H[WUHPDPHQWH SEROQUEL XRO GHYH VHU XVDGR FRP FDXWHOD HP SDFLHQWHV FRP LQV¿FLrQFLD KHSiWLFD FRQKHFLGD HVSHFLDOPHQWH GXUDQWH R LQLFLDU R WUDWDPHQWR FRP PJ GLD $ GRVH GHYH VHU DXPHQWDGD GLDULDPHQWH HP LQFUHPHQWRV GH PJ GLD DWp e da tolerabilidade de cada paciente. Idosos: $ GHSXUDomR SODVPiWLFD ppGLD GH TXHWLDSLQD IRL UHGX]LGD HP D HP SDFLHQWH FRP SDFLHQWHV MRYHQV 3DFLHQWHV LGRVRV GHYHP LQLFLDU R WUDWDPHQWR FRP PJ GLD $ GRVH GHYH VHU DXPHQ H¿FD] GHSHQGHQGR GD UHVSRVWD FOtQLFD H GD WROHUDELOLGDGH GH FDGD SDFLHQWH Superdose: Adultos: Houve pacientes com superdosagem não apresentou eventos adversos ou recuperou-se completamente dos eventos adversos. Em geral, os sinais e sintomas relatados IRUDP UHVXOWDGQWHV GD H[DFHUbomR GRV HIHLWRV IDUPDFROyJLFRV FRQKHFLGRV GD TXHWLDSLQD LVWR p VRQROrQ HVHFt¿FR SDUD D TXHWLDSLQD 6XSHUYLVmR PpGLFD H PRQLWRUDomR FXLGDGRVD VmR UHFRPHQGDGDV DWp D UHFX H FRPSULPLGRV UHYHVWLGRV GH ¿OPH PDomR SXUR ORVDGO TO/USO ORAL. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. 3DUD PDLV LQIRUPDo}HV FRQVXOWH D EXOD FRPSOHWD GR SURGXWR 6(5 ;52 $VW 5DSRVR 7DYDUHV .P 63 & R(3 7HO ZZZ DVWUD]HQHFDRP EU SEROQUEL® XRO MS – 1.1618.0232.

SQ123.A.20 produção: abril/2013

Contraindicação: Seroquel® XRO é contraindicado a pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente de sua fórmula. Interação medicamentosa: devido aos efeitos primários da quetiapina sobre o sistema nervoso central, Seroquel® XRO deve ser usado com cuidado em combinação com outros agentes de ação central e com álcool.

Seroquel® XRO é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos nem opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem ser prejudicadas.

SAC Serviço de Atendimento ao Cliente 0800 014 5578

AstraZeneca do Brasil Ltda.
Rod. Raposo Tavares km 26,9
06707-000 Cotia SP Brasil
Access *net* / SAC 0800 014 55 78
www.astrazeneca.com.br

Accessnet 0800 014 5577
access@astrazeneca.com

Material destinado ao pro ssional de saúde.

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

AstraZeneca NEUROCIÊNCIA

ARTIGO DE REVISÃO

por BENY LAFER[1]

ARTIGO

COMO EU TRATO A DEPRESSÃO BIPOLAR

THE WAY I TREAT BIPOLAR DEPRESSION

Resumo

A Depressão é extremamente frequente no curso do transtorno bipolar e acarreta enorme incapacitação e está associada a um risco aumentado para suicídio. Seu manejo adequado se apresenta como um grande desa o ao clínico. Os principais tratamentos devem levar a remissão sem provocar uma virada maníaca ou ciclagem rápida.No seu tratamento devemos usar estabilizadores de humor, como lítio e lamotrigina, em monoterapia e em associação, bem como usar antipsicóticos atípicos, como quetiapina, principalmente nos episódios de intensidade leve a moderada. Os antidepressivos devem ser reservados a casos mais resistentes e utilizados em combinação com os estabilizadores. A eletroconvulsoterapia é muito e caz, mas deve ser reservada para casos graves de depressão bipolar, particularmente as formas psicóticas ou com alto risco de suicídio.

Palavras-chaveTranstorno Bipolar, Depressão, Tratamento, Estabilizadores do humor

Abstract

Depression is extremely frequent in the course of Bipolar Disorder, carries a huge burden and is associated with increased risk of suicide. Its treatment presents as a great challenge to the clinician and objective of its treatment is episode remission without precipitating manic switches or rapid cycling. Mood stabilizers, such as lithium and lamotrigine, in monotherapy or associations, as well as atypical antipsychotics, such as quetiapine, should be used in mild and moderate episodes. Antidepressants should be used in resistant cases and only in association with mood stabilizers. Eletroconvulsive therapy should be reserved for more severe cases, particularly with psychotic features or high risk for suicide.

KeywordsBipolar Disorder, Depression, Treatment, Mood Stabilizers

Introdução

O Transtorno Bipolar (TB) se diferencia do Transtorno Depressivo Unipolar pela presença de episódios de hipomania ou mania, no entanto essas fases não são as mais prevalentes no curso da doença. Na verdade, a depressão e os sintomas depressivos sub sindrômicos são as condições sintomáticas mais frequentes na vida do paciente portador de TB e também as responsáveis pela maior parte da incapacitação, sofrimento e mortalidade gerados pela doença. Cerca de 50% dos pacientes com TB tem um episódio depressivo como a primeira manifestação da doença e esses episódios costumam ser mais refratários ao tratamento do que episódios maníacos ou hipomaníacos[1].

O primeiro passo na minha abordagem do paciente-em episódio depressivo é buscar estabelecer o diagnóstico diferencial dessa depressão. Estima-se que a depressão bipolar seja diagnosticada erroneamente como depressão unipolar em cerca de 50% dos casos, uma vez que grande parte dos pacientes apresentam episódios depressivos antes de apresentar episódios maníacos, e que episódios hipomaníacos no TB tipo II passem despercebidos por médicos, pacientes ou familiares[2,3]. Neste sentido, busco identificar características clínicas sugestivas de um TB e depois avalio os sintomas do episódio depressivo que possam indicar uma alta probabilidade de bipolaridade. O mais importante é uma detalhada anamnese na busca de episódios hipomaníacos, mistos ou maníacos no passado. Para isso, muitas vezes entrevisto, além do paciente, os familiares mais próximos no seu dia a dia. Além disso, ser que características clínicas, como por exemplo, a idade de início precoce do primeiro episódio, uma alta taxa de recorrências de episódios depressivos, história familiar positivo para TB, abuso e dependência de álcool e drogas, sintomas atípicos e sintomas psicóticos podem ser indicativos de uma depressão bipolar. Entretanto, nenhuma dessas características foi demonstrada como sendo patognomônica de uma depressão bipolar[4].

revista_debates_18.indd 18 25/11/2013 16:57

BENY LAFER[1]

[1]Professor Associado e Livre-Docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicin
Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenador do Programa de Transtorno Bipolar (PROM
do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Coordenador do Programa de
Graduação em Psiquiatria da FMUSP.

A avaliação geral do paciente em depressão bipolar deve sistematicamente incluir a pesquisa de ideação suicida. Comportamentos suicidas são um grave problema no TB. Estima-se que cerca de 14 a 59% dos pacientes apresentem ideação suicida e que 15 a 19% dos pacientes com TB morrem por suicídio[5]. Em casos graves, com alto risco de suicídio, a internação do paciente deve ser considerada.

Quando avalio e escolho o tratamento medicamentoso para esses casos, levo em consideração algumas situações especiais como a gravidade dos sintomas depressivos, a resposta do paciente a medicações previamente utilizadas, antecedentes de virada maníaca com o uso de antidepressivos, a presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas que podem contraindicar ou favorecer a escolha de uma determinada medicação[6].

O primeiro aspecto geral a ser considerado no tratamento farmacoterápico da depressão bipolar é a escolha do estabilizador do humor. Nunca utilizo antidepressivos em monoterapia nesses casos devido ao risco de destabilização da doença e virada para mania. O tratamento farmacoterápico da depressão bipolar deve envolver o uso de estabilizadores de humor, seja o lítio, a carbamazepina, a lamotrigina e o divalproato, em monoterapia ou associações. Em casos específicos onde os riscos são elevados ou não encontramos uma resposta satisfatória aos estabilizadores de humor, podemos combinar o uso de estabilizadores de humor a antidepressivos, sempre levando-se em consideração o risco-benefício de tal conduta[6,7].

Nesse artigo apresento informações vindas dos estudos controlados e diretrizes baseadas em evidências e procuro relacioná-las associando essas informações à descrição da minha forma de tratar esses pacientes.

A escolha dos estabilizadores de humor

A utilização dos estabilizadores de humor é fundamental em todas as fases do tratamento farmacológico do TB, incluindo a depressão. O estabilizador de humor ideal seria aquele que teria eficácia antidepressiva e antimaníaca, sem induzir sintomas da polaridade oposta àquela que está em tratamento agudo, e que teria eficácia na prevenção de novos episódios, tanto depressivos quanto maníacos. Infelizmente, ainda não existe este estabilizador de humor tão completo, com eficácia comparável em todos os polos da doença. No entanto, alguns dos estabilizadores de humor disponíveis apresentam um perfil melhor de eficácia com os sintomas depressivos da fase aguda da depressão bipolar, ou na prevenção de novos episódios depressivos[6].

O primeiro estabilizador a ser considerado é o lítio. Diversos estudos de monoterapia mostram que o lítio tem efeito superior ao placebo no tratamento da depressão bipolar[8]. Esta ação antidepressiva em monoterapia do lítio, descrita por diversos autores, não se confirma, porém na maior parte dos casos encontrados na prática clínica, pois com frequência os pacientes necessitam de outras medicações para atingirmos a remissão sintomática.

Dentre os antipsicóticos, apenas os atípicos tem papel no tratamento da depressão bipolar, se considerarmos que apresentam efeito antidepressivo, e não apenas um efeito antipsicótico. Dentre os antipsicóticos atípicos, destaco a quetiapina, com eficácia antidepressiva bem estabelecida[9,10]. A olanzapina também tem efeito antidepressivo quando associada a fluoxetina[11]. Não existem estudos positivos para sugerir ou apoiar o uso de risperidona, aripiprazol, ziprasidona no tratamento da depressão bipolar[12].

A lamotrigina foi recomendada como monoterapia para o tratamento de depressão bipolar baseada em dois estudos duplo-cegos, placebo-controlados, e em outros estudos paralelos, comparando-a com lítio ou com gabapentina. Recentemente, duas meta-analises questionaram o efeito antidepressivo da lamotrigina na depressão bipolar, sendo que uma demonstrou que a lamotrigina não é mais eficaz que placebo, e outra demonstrou que ela tem um efeito antidepressivo modesto quando comparada ao placebo[13,14]. A eficácia antidepressiva da lamotrigina é provavelmente modesta, mas ela continua sendo recomendada como tratamento de primeira linha na depressão bipolar principalmente de casos leves e moderados[12].

Alguns estudos duplo-cegos, placebo-controlados, mas de tamanho pequeno de amostra sugerem que o valproato é eficaz em tratar depressão bipolar de intensidade moderada[15]. No entanto, por causa do tamanho pequeno das amostras, o valproato em monoterapia não é indicado como uma medicação de primeira linha para a depressão bipolar[12].

Antidepressivos: quando e como usar?

O segundo aspecto geral a ser considerado no tratamento farmacológico da depressão bipolar é a necessidade do uso de um antidepressivo. O uso de antidepressivos no TB está associado ao aumento da possibilidade de virada para um episódio maníaco e também ao aumento das taxas de ciclagem rápida. Por outro

revista_debates_18.indd 19 25/11/2013 16:57

por BENY LAFER[1]

ARTIGO

lado, o uso concomitante de estabilizador de humor associado ao antidepressivo na depressão bipolar reduz em ate 50% o risco de virada maníaca[15]. Se o antidepressivo for necessário, será preciso então escolher quais os mais seguros. De forma geral, a maioria dos antidepressivos disponíveis são igualmente e cazes na depressão bipolar. Eles diferem nas taxas de indução de virada maníaca, sendo este o fator que determina a escolha do antidepressivo para cada paciente. Antidepressivos tricíclicos têm sido associados com maior risco de virada (30 a 70%) e não são a primeira opção[2]. Um estudo de seguimento de 1 ano e que comparou bupropiona, sertralina e venlafaxina como coadjuvantes ao estabilizador de humor no tratamento da depressão bipolar, mostrou que o bupropiona induziu menos viradas entre os 3, seguidos pela sertralina e depois pela venlafaxina[17]. É importante notar que a mania induzida por antidepressivos é mais leve e menos psicótica que a mania espontânea, e que raramente cursa com sintomas psicóticos[16]. É recomendado que, após 6 a 8 semanas de remissão dos sintomas depressivos, o uso de antidepressivo seja gradualmente descontinuado, a não ser naqueles pacientes com episódios depressivos altamente recorrentes[12,17].

Eletroconvulsoterapia

Existem apenas estudos abertos e experiência clínica para basar as indicações de eletroconvulsoterapia (ECT) na depressão bipolar. No entanto, esses dados sugerem que as taxas de resposta são relativamente altas, tendendo a serem maiores que em resposta a antidepressivos. No TB, a ECT está indicada em pacientes com depressão bipolar psicótica grave, pacientes em alto risco para complicações medicas, pacientes que não se alimentam ou se cuidam, ou não alimentarem-se, casos refratários ou com alto risco de suicídio[16].

Outras terapias

Um interesse muito grande tem surgido recentemente acerca de outras estratégias farmacológicas terapêuticas para a depressão bipolar, baseadas em mecanismos siopatológicos diversos, mas sempre como medicações adjuvantes (isto é, nunca em monoterapia). Este é o caso do celecoxib, N-acetilcisteína, pramipexol, ácido-graxos ômega-3, riluzol, e moda nil[12]. Em geral, embora alguns achados sejam promissores, ainda existe pouca evidência cientí ca ou experiência clínica que autorize o emprego destas medicações na prática clínica com exceção do moda nil, pois um estudo duplo-cego avaliou o uso de moda nil como coadjuvante para tratamento de depressão bipolar e mostrou superioridade deste medicamento sobre placebo. Nesse caso pode ser usado como agente de 2a linha.

Embora a farmacoterapia seja à base do tratamento da depressão bipolar, intervenções psicossociais, psicoeducação, e psicoterapia são também indicadas e muitas vezes e cazes, como coadjuvantes para o tratamento dos sintomas depressivos, bem como para melhorar a adesão ao tratamento, diminuir as recorrências, e propiciar uma recuperação funcional mais abrangente[18].

Conclusões

A presença de episódios depressivos é muito frequente no curso do TB, e seu manejo adequado se apresenta como um grande desa o clínico. As opções de tratamento devem ser capazes de tratar o quadro sintomatológico, o que é extremamente difícil, pois ainda não existe um agente farmacológico capaz de tratar a depressão de forma rápida e segura. Outro problema relevante no tratamento da depressão bipolar é que o agente escolhido deve tirar o paciente da depressão, mas não deve levá-lo para o outro polo da doença, isto é, para a mania ou hipomania.

As principais diretrizes internacionais sugerem o uso preferencial de estabilizadores de humor, como lítio e lamotrigina, em monoterapia e em associação, bem como de antipsicóticos atípicos, como quetiapina em monoterapia, ou olanzapina, em associação com fluoxetina, principalmente para os episódios de intensidade leve a moderada[12]. O clínico deve também considerar o histórico de respostas favoráveis e desfavoráveis do paciente a uma determinada medicação na escolha do tratamento. É preciso sempre avaliar a probabilidade de recorrências, de ciclagem, o risco iminente de suicídio, e as comorbidades com transtornos ansiosos e com transtornos por uso de álcool e/ou drogas. A ECT é muito e caz, mas deve ser reservada para casos graves de depressão bipolar, particularmente as formas psicóticas, com anorexia importante, ou com alto risco de suicídio, onde a melhora mais rápida é fundamental.

Fontes de nanciamento de pesquisa: FAPESP, CAPES e CNPq e NARSAD (Brain and Behavior Research Foundation - EUA).
Con itos de interesse: nenhum.

Correspondência:
Beny Lafer
Departamento de Psiquiatria - Hospital das Clínicas da FMUSP
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785.
São Paulo/SP. Brasil.
CEP 05403-010
Email: blafer@usp.br

revista_debates_18.indd 20 25/11/2013 16:57

Referências

- 1. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C,- et al nadian Network for Mood and Anxiety Treatmen (CANMAT) guidelines for the management- of p tients with bipolar disorder: consensus and contro sies. Bipolar Disord 2005; Suppl 3: 5-69.
- 2. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive I Bipolar Disorder and Recurrent Depression. 2nc New York: Oxford University Press; 2007.
- 3. Ghaemi SN. Why antidepressants are not an pressants: STEP-BD, STAR*D, and the return of r tic depression. Bipolar Disord 2008; 10: 957-968.
- 4. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirsc RM. Diagnostic guidelines for bipolar depressio probabilistic approach. Bipolar Disord, Feb;10(1 2):144-52, 2008.
- 5. Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo M cidal ideation and suicide attempts in bipolar disor type I: an update for the clinician. Rev Bras Psic 2009; 31: 271-280.
- 6. Malhi S, Adams D, Berk M. Medicating mood v maintenance in mind: bipolar depression pharma therapy. Bipolar Disord 2009; Suppl 2: 55-76.
- 7. Vieta E, Valentí M. Pharmacological manageme bipolar depression: acute treatment, maintenance, prophylaxis. CNS Drugs. 2013; 27:515-29.
- 8. Malhi GS, Tanious M, Das P, Berk M. e scie and practice of lithium therapy. Aust N Z J Psychi 2012; 46:192-211
- 9. Calabrese JR, Keck PE, Macfadden W, et al. domized double blind placebo controlled trial- of qu tiapine in the treatment of bipolar I and II depress Am J Psychiatry 2005; 162: 1351-1360.
- 10. ase ME, Macfadden W, Weisler RH, et al. I cacy of quetiapine monotherapy in bipolar I and depression: a double-blind, placebo-controlled st (the BOLDER II study). J Clin Psychopharmacol 26: 600-609.
- 11. Tohen M, Vieta E, Calabrese J et al. E cacy of za- pine and olanzapine- uoxetine combination in t treatment of bipolar I depression. Arch Gen Psych 2003; 60: 1079–1088.
- 12 Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Scha er A, Be aulieu S, Alda M, O'Donovan C, Macqueen-G, McIn tyre RS, Sharma V, Ravindran A, Young LT, Milev R, Bond DJ, Frey BN, Goldstein BI, Lafer B, Birmaher B, Ha K, Nolen WA, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and Internatio nal Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. Bipolar Disord. 2013; ;15:1-44.
- 13. Calabrese JR, Hu man RF, White RL, et al. Lamo trigine in the acute treatment of bipolar depression: results of ve double-blind, placebo-controlled clinical trials. Bipolar Disord 2008; 10: 323-33.
- 14. Geddes JR, Calabrese JR, Goodwin GM. Lamotrigi ne for treatment of bipolar depression: independent meta-analysis and meta-regression of individual pa tient data from ve randomised trials. Br J Psychiatry 2009; 194: 4-9.
- 15. Ghaemi SN, Gilmer WS, Goldberg JF, et al. Divalpro ex in the treatment of acute bipolar depression: a preli minary double-blind, randomized, placebo-controlled pilot study. J Clin Psychiatry 2007; 68: 1840-1844.
- 16. Tamada RS, Issler CK, Amaral JA, Sachs GS, Lafer B. Treatment emergent a ective switch: a controlled study. Bipolar Disord 2004; 6: 333-7.
- 17. Post RM, Altshuler LL, Leverich GS, et al. Mood switch in bipolar depression: comparison of adjunctive venlafaxine, bupropion and sertraline. Br J Psychiatry 2006; 189: 124-131.
- 18. Macedo-Soares MB, Moreno RA, Rigonatti SP, Lafer B. E cacy of electroconvulsive therapy in treatment -resistant bipolar disorder: a case series. J ECT 2005; 21: 31-4.
- 19. Gomes BC, Abreu LN, Brietzke E, Caetano SC, Klein man A, Nery FG, Lafer B. A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disor der. Psychother Psychosom. 2011;80:144-5

revista_debates_18.indd 21 25/11/2013 16:57

ARTIGO DE REVISÃO

por MICHELLE NIGRI LEVITAN[1],
ANTONIO EGIDIO NARDI[2]

ARTIGO

COMO EU TRATO O TRANSTORNO DE PÂNICO E ANSIEDADE SOCIAL?

HOW DO I TREAT PANIC DISORDER AND SOCIAL ANXIETY?

Resumo

O transtorno de pânico e ansiedade social causa intenso desconforto ao paciente, frequentemente levando à esquiva e perda de oportunidades. Este artigo visa transmitir ao leitor os princípios de tratamento de ambos os transtornos, ressaltando também as limitações de cada medicação e opções medicamentosas alternativas. Além disso, ressalta a importância da terapia cognitivo-comportamental, onde sintomas cognitivos e residuais são trabalhados. Apesar dos tratamentos destes transtornos de ansiedade já terem sido bastante discutidos em artigos anteriores, visamos transmitir de forma mais didática os conhecimentos obtidos na experiência clínica e dos dados da literatura de forma a auxiliar o psiquiatra em sua atuação clínica.

Palavras-chave: Transtornos de ansiedade; tratamento farmacológico; estudos controlados randomizados.

Abstract

Panic disorder and social anxiety cause intense discomfort to the patient, often leading to avoidance and lost of opportunities. This article aims to provide readers with the principles of treating both disorders, highlighting the limitations of each medication and alternative pharmacological options. Moreover, it emphasizes the importance of cognitive-behavioral therapy, in which cognitive and residual symptoms are improved. Despite the anxiety disorders treatments have already been thoroughly discussed in previous articles, we aim to convey a more didactic knowledge gained from clinical experience and literature data in order to assist psychiatrists in clinical performance.

Keywords: Anxiety disorders; pharmacological treatment, randomized controlled studies

INTRODUÇÃO

O transtorno de pânico (TP) e o transtorno de ansiedade social (TAS) são transtornos psiquiátricos frequentemente encontrados na prática clínica que causam importante impacto negativo sobre a qualidade de vida dos indivíduos. No entanto, nem todos os pacientes apresentam uma boa resposta ao tratamento farmacológico padronizado, exigindo do Psiquiatra a busca por outras opções medicamentosas.

O tratamento farmacológico para o TP deve ter as seguintes metas: controle e cessação dos ataques de pânico e da evitação causada pelo medo, além da redução da vulnerabilidade à recaída. Já o tratamento do TAS visa diminuir significativamente a apreensão e sintomatologia física dos pacientes quando expostos a situações sociais, além da diminuição da esquiva social. Nos dois casos, devido a necessidade de reavaliação de crenças associadas às situações ansiogênicas e exposição comportamental ao medo, a terapia cognitiva comportamental (TCC) é indicada.

O presente artigo se propõe a apresentar os resultados de importantes estudos psicofarmacológicos para o TP e TAS com suas respectivas indicações, e discutir novas perspectivas de tratamento, especialmente para casos refratários.

TRANSTORNO DE PÂNICO

Os benzodiazepínicos (BZD), antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) e inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) têm se mostrado mais eficazes do que o placebo na melhora de sintomas como evitação, ativação fisiológica e cognição, embora não tenha demonstrado diferença significativa na eficácia entre os grupos[1].

O tempo médio de tratamento do TP com psicofármacos varia de 6 meses a 1 ano para os antidepressivos[3], e de 1 a 2 meses

revista_debates_18.indd 22 25/11/2013 16:57

MICHELLE NIGRI LEVITAN[1]
Instituto de Psiquiatria/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

com BZDs para a diminuição imediata dos sintomas[3]. No caso dos BZDs, a brevidade da duração do uso visa evitar o desenvolvimento da dependência.

O manejo do TP também deve incluir a terapia cognitivo comportamental (TCC), que apresenta resultado bastante similar ao tratamento farmacológico, porém com taxas de abandono menores e melhor atuação em sintomas residuais[1].

Benzodiazepínicos

O risco de dependência física pelo uso de BZD restringe seu uso indiscriminado, e frequentemente não o posiciona como a primeira escolha terapêutica em geral[1]. Estão incluídos como alternativas ao tratamento do TP isoladamente ou em associação ao antidepressivo. Esta associação pode ser útil caso não haja resposta ao tratamento com apenas uma classe de fármaco. Os BZDs são úteis para o controle no momento do ataque de pânico, e quando a retirada é gradual e estruturada, diminui riscos para a paciente[4].

Em estudos controlados randomizados (ECRs), pacientes com TP responderam signi cativamente melhor ao clonazepam em dosagem a partir de 1mg/dia do que ao placebo, e em bons estudos doses de 3 - 4 mg/dia possam ser utilizadas, foram mais associadas a efeitos adversos[5,6]. O mesmo resultado foi encontrado em ECR com o alprazolam em dosagem de 5-6 mg/dia[7]. Adicionalmente quando comparadas, as duas medicações evidenciaram a mesma e cácia e tolerabilidade no TP[8].

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina

Devido ao seu per l de segurança e e cácia, os ISRS são recomendados como a opção de primeira linha no tratamento do TP. Seus efeitos colaterais tendem a ocorrer no início do tratamento, antes mesmo dos resultados terapêuticos. Assim, devem ser iniciados em doses baixas, com aumento de dose a cada cinco ou sete dias, conforme tolerância[9]. Apesar de bem tolerados e com e cácia satisfatória, na ausência de resultados positivos, deve-se tentar um ISRS alternativo. Ainda na ausência de resposta, deve-se iniciar uma classe psicofarmacológica diferente, como os BZD, tricíclicos e inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina.

Vários ECRs foram conduzidos com a paroxetina em doses de 20-40mg/dia, onde foi encontrado uma maior diminuição no número de ataques de pânico quando comparada com o placebo[7]. Em um estudo de seguimento de 9 meses, 85% do grupo que fazia uso de paroxetina versus 56% do placebo não apresentou mais ataques de pânico[10]. Em um ensaio aberto de 3 anos, os resultados positivos com o uso da paroxetina foram mantidos, no entanto efeitos adversos como ganho de peso foram frequentes[11].

Em estudos abertos com a fluoxetina (20-70 mg/dia), encontrou-se uma diminuição signi cativa dos ataques de pânico, porém efeitos colaterais como aumento de ansiedade, náuseas e dores de cabeça não foram tolerados por todos os pacientes[12]. No seguimento de 12 semanas, 70% diminuíram a frequência de ataques de pânico.

A sertralina (100-200mg/dia) foi mais e caz em diminuir os ataques de pânico (62%) do que o grupo placebo (46%), além de melhorar sintomas depressivos[13]. O citalopram também apresentou uma maior remissão dos sintomas de ataques de pânico comparado ao placebo no seguimento de 1 ano (dosagem de 20-30 mg/dia e 40-60 mg/dia)[14].

Tricíclicos

Meta análises demonstram que a dose ideal de imipramina para o TP é de 100-225 mg/ dia, com benefício evidente dentro de 8-12 semanas[15] e a clomipramina nas doses de 50-100 mg/dia por 6-12 semanas[16]. As taxas de desistência do tratamento são maiores nos tricíclicos quando comparadas aos BZDs[17], principalmente em função dos efeitos colaterais como boca seca, sudorese e visão embaçada.

Inibidores de recaptação da serotonina e noradrenalina

Em ECRs, a venlafaxina foi o IRSN mais estudado para o tratamento do TP. Em doses de 75mg/dia- 225mg/dia se mostrou signi cativamente mais e caz que o placebo na eliminação de ataques de pânico, com e cácia e efeitos colaterais similares à paroxetina[18].

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

Assim como no TP, em função da e cácia e limitações de uso de outros psicofármacos, os ISRS e IRSN são consideradas medicações de primeira linha no tratamento do TAS[19]. A TCC também se configura como ferramenta essencial no tratamento, especialmente na exposição do paciente a situações consideradas constrangedoras e a reavaliação de pensamentos distorcidos quanto à consequências destas, além de técnicas comportamentais para diminuição da ansiedade. Estudos indicam que os BZDs apresentam resultados mais e cazes em curto prazo, mas quando dados em longo prazo são avaliados, os resultados entre a TCC e os ISRSs são similares[20], com taxa de abandono do tratamento menor na TCC[21,22].

revista_debates_18.indd 23 25/11/2013 16:57

ARTIGO DE REVISÃO

por MICHELLE NIGRI LEVITAN[1], ANTONIO EGIDIO NARDI[2]

ARTIGO

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina

A sertralina, uvoxamina e paroxetina são as medicações que apresentam e cácia no tratamento do TAS, como comprovado em meta-análises[23]. A sertralina com doses exíveis entre 50 e 200mg/dia mostrou-se e caz em reduzir os sintomas ansiosos[24], assim como a paroxetina com dosagem máxima de 50mg/dia[25] e a uvoxamina (dosagem média de 200 mg/dia)[26].

Após a remissão dos sintomas do TAS, a manutenção do tratamento medicamentoso diminui a possibilidade de recaídas[27]. Estudos com ISRSs apontam para a necessidade de manutenção por um período de 24 semanas[22], entanto, períodos mais longados podem ser necessários. Embora os estudos não tenham investigado o efeito de tratamentos de manutenção de longo prazo, um período de 1 a 2 anos de tratamento é recomendado para o tratamento do TAS em virtude do se caráter crônico[28].

Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina

A venlafaxina foi o único ISRS avaliado no tratamento do TAS. Em cinco ECRs foi demonstrada sua superioridade ao placebo com média de 200mg/dia, onde a melhora se iniciou entre 4-6 semanas[29].

Inibidores da monoamino-oxidase

A fenelzina mostrou-se bastante e caz para o TAS[30], porém não é apontada como primeira escolha devido ao risco de reação hipertensiva grave quando a dieta rígida não é controlada, exigindo cautela em seu uso[31].

Benzodiazepínicos

Poucos estudos com BZD para o TAS foram realizados, sendo tando para a e cácia dos BZD geralmente utilizados quando há intolerância ou uma ausência de resposta aos ISRS e IRSNa.

Uma meta-análise realizada evidenciou a e cácia do clonazepam nos sintomas sociais em ECRs (doses entre 0,5 e 3mg/dia)[32], porém alguns efeitos adversos comuns como perda de libido e alterações cognitivas[33]. Já em um estudo menor, com alprazolam com dose de 4.2mg/dia dividido em 4 doses, encontrou uma resposta superior ao placebo[22].

Uma questão importante refere-se ao uso de BZD em pacientes que se submetem à exposição social, a m de reduzir sua ansiedade. Dados indicam que a manutenção do BZD nesta ocasião durante o tratamento psicoterápico é um fator de pior prognóstico do TAS, mento do que pacientes que não tomaram os BZDs[34].

Beta-bloqueadores

Embora frequentemente utilizados na prática clínica, os beta bloqueadores (atenolol, pindolol, propranolol) não apresentam evidência de superioridade no tratamento do TAS em relação ao placebo. A recomendação de seu uso limita-se a situações de performance, que não fazem parte da rotina do indivíduo, visando reduzir sintomas somáticos associados à ansiedade de desempe[35].

OPÇÕES ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Apesar dos tratamentos disponíveis, nem sempre os pacientes terão a melhora esperada, ou não apresentarão a adaptação a medicações bem toleradas. Neste momento, deve-se pensar na introdução de novos fármacos que possam auxiliar no tratamento. É importante ressaltar que os tratamentos descritos a seguir ainda não apresentam ECRs su cientes, e não são as primeiras escolhas para o TP e do TAS.

Terapia de potencialização

As terapias de potencialização de antidepressivos nos transtornos de ansiedade vem ocorrendo principalmente com antipsicóticos, devido ao seu potencial ansiolítico.

Um ECR associou o pindolol (2.5 mg três vezes ao dia), um fármaco usado na hipertensão, antagonista de receptores Beta, à uoxetina (20mg/dia), em pacientes com TP resistentes ao tratamento com ISRSs. a partir da 2a semana a melhora dos sintomas no grupo clínico se iniciou, diferentemente do placebo. Em geral, foi bem tolerada pelos pacientes[36]. Em um ensaio clínico aberto de 12 semanas, a olanzapina de 5mg/dia foi adicionada a paroxetina (40mg/dia) ou sertralina (150mg/dia), onde 81% dos pacientes apresentou melhora e 57% remissão de sintomas de pânico. A medicação foi bem tolerada e os efeitos colaterais mais comuns foram ganho de peso e sonolência[37].

No TAS resistente, a introdução de outros agentes é indicada, especialmente quando a TCC não está disponível[38]. Dois ensaios clínicos abertos com a introdução de antipsicóticos em pacientes resistentes ao tratamento convencional, encontraram resultados satisfatórios no tratamento do TAS refratário[39]. O primeiro com a introdução do aripripazol com o ISRS e o outro de risperidona e BZD, os dois por 8 semanas.

revista_debates_18.indd 24 25/11/2013 16:57

ANTONIO EGIDIO NARDI[2]
Instituto de Psiquiatria/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

Monoterapia

Em um estudo randomizado de 8 semanas com baixa dosagem de 0.25-0.5 mg/dia de risperidona e 30-60 mg/dia de paroxetina, observou-se que as duas medicações apresentaram melhora bastante similar na melhora do TP, com uma ação mais rápida da risperidona[40].

Um pequeno ECR de 8 semanas evidenciou eficácia da olanzapina com dosagem de 5-20mg/dia quando comparada ao placebo na melhora dos sintomas sociais, com efeitos colaterais bem tolerados (sonolência e boca seca)[41]. Os anticonvulsivantes também apresentam ação ansiolítica, se mostrando uma opção para o TAS resistente. A pregabalina foi eficaz em reduzir sintomas de ansiedade social em um ECR de 10 semanas, porém apenas com dosagem máxima de 600mg/dia. A dosagem de 150 mg/dia não apresentou diferença ao grupo placebo, e os efeitos colaterais mais frequentes foram sonolência e tontura[42].

CONCLUSÕES

O TP apresenta um tratamento eficaz para grande parte dos pacientes a partir do uso de ISRS, porém intolerância ou pouca resposta às medicações de primeira linha chamam a atenção para a necessidade de mais fármacos à disposição do Psiquiatra. O mesmo ocorre no TAS, que por apresentar um curso crônico, a farmacologia apresenta um efeito mais moderado.

Em ambas as condições, a TCC se mostra como uma grande aliada na melhora do paciente, abordando diversos aspectos que as medicações não conseguem alcançar, como exposição situacional e reavaliação de crenças distorcidas a respeito da situação temida.

Adicionalmente, algumas opções medicamentosas também vêm sendo estudadas, como a potencialização de resultados de ISRS com outros fármacos, como antipsicóticos e hipertensivos, alem de monoterapias com antipsicóticos e anticonvulsivantes.

Há possibilidade de tratamento com novos agentes para os transtornos psiquiátricos e mais estudos devem ser desenvolvidos para que os pacientes possam ter a melhora esperada, independente de seu perfil. É necessário maior incentivo para que ECRS possam ser realizados e que estas manifestações não mais sejam um obstáculo no desenvolvimento dos pacientes.

Conflitos de Interesse e Fontes de Financiamento Inexistentes

Correspondência
Michelle Nigri Levitan
Av Borges de Medeiros 239/804 - Leblon
cep 22430-041
milevitan@gmail.com

revista_debates_18.indd 25 25/11/2013 16:57

ARTIGO DE REVISÃO

por MICHELLE NIGRI LEVITAN[1], ANTONIO EGIDIO NARDI[2]

ARTIGO

Referências

- 1. Mitte K. A meta-analysis of the e cacy of psych and pharmacotherapy in panic disorder with-and thout agoraphobia. J. A ect. Disord. 2005; 88: 27-4
- 2. Pull CB, Damsa C. Pharmacotherapy of panic der. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2008; 4:779-95.
- 3. Marchesi C. Pharmacological management of p disorder. Neuropsychiatr Dis .Treat. 2008; 4:93-10
- 4. Nardi AE, Freire RC, Valença AM, Amrein-R, d queira AC, Lopes FL, et al. Tapering clonazepam tients with panic disorder after at least 3 years of t ment. J. Clin. Psychopharmacol. 2010;30:290-3.
- 5. Beauclair L, Fontaine R, Annable L, Holobo Chouinard G. Clonazepam in the treatment of pa disorder: a double-blind, placebo-controlled trial inv tigating the correlation between clonazepam-conc trations in plasma and clinical response. J. Clin. Ps pharmacol.1994; 14:111-8.
- 6. Valenca AM, Nardi AE, Nascimento I, Mezzas MA, Lopes FL, Zin W. Double-blind clonazepam vs cebo in panic disorder treatment. Arq. Neuropsiqu 2000; 58:1025-9.
- 7. Ballenger JC, Burrows GD, DuPont Jr. RL, Les Noyes Jr. R, Pecknold JC, et al. Alprazolam in disorder and agoraphobia: results from a multice trial. I. E cacy in short-term treatment. Arch. Ge Psychiatry. 1988; 45:413–22.
- 8. Tesar GE, Rosenbaum JF, Pollack MH, Otto M chs GS, Herman JB, et al. Double-blind, placebo trolled comparison of clonazepam and alprazolam panic disorder. J. Clin. Psychiatry. 1991; 52:69-76.
- 9. Katon WJ. Clinical practice. Panic Disorder. N. Med. 2006; 354 :2360-7
- 10. Lecrubier Y, Bakker A, Dunbar G, Judge R. A parison of paroxetine clomipramine and placebo in treatment of panic disorder. Collaborative Paroxe Panic Study Investigators. Acta Psychiatr. Scand. 95:145-52.
- 11. Nardi AE, Freire RC, Mochcovitch MD, Amrei Levitan MN, King AL, et al. A randomized, natural parallel-group study for the long-term treatment panic disorder with clonazepam or paroxetine. J. Psychopharmacol. 2012; 32:120-6.
- 12. Pecknold J, Luthe L, Munjack D, Alexander P. A dou ble-blind, placebo-controlled, multicenter study with alprazolam and extended-release alprazolam in the treatment of panic disorder. J. Clin. Psychopharmacol. 1994; 14:314– 21.
- 13. Pohl RB, Wolkow RM, Clary CM. Sertraline in the treatment of panic disorder: a double-blind multicen ter trial. Am. J. Psychiatry. 1998; 984–92.
- 14. Wade AG, Lepola U, Koponen J, Pedersen V, Peder sen T. e e ect of citalopram in panic disorder. Br. J. Psychiatry. 1997; 170:549–53.
- 15. Cox BJ, Endler NS, Lee PS, Swinson RP.-A meta-analy sis of treatments for panic disorder with agoraphobia: imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. J. Behav. er. Exp. Psychiatry. 1992;23:175-82.
- 16. McTavish D, Ben eld P. Clomipramine: an overview of its pharmacological properties and a review of its therapeutic use in obsessive compulsive disorder and panic disorder. Drugs. 1990; 39:136-53.
- 17. Mitte K. A meta-analysis of the e cacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with-and wi thout agoraphobia. J A ect Disord. 2005;88:27-45.
- 18. Pollack M, Emilien G, Tzanis E, et al. 2004; Short-term treatment of panic disorder with venlafaxine XR and paroxetine. Presented at: World Congress of Women's Mental Health; 17–20, Washington, DC
- 19. Ipser JC, Kariuki CM, Stein DJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: a systematic review. Expert Rev. Neurother. 2008;8:235-57.
- 20. Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive–behavioral and pharmacological tre atment for social phobia: a meta-analysis. Clin. Psychol. Sci. Pract. 1997; 4: 291–306.
- 21. Stein MB, Chartier MJ, Hazen AL, Kroft CD, Chale RA, Coté D . Paroxetine in the treatment of generalized social phobia: open-label treatment and double-blind placebo-controlled discontinuation. J. Clin.- Psycho pharmacol. 1996; 16:218–22.
- 22. Stein DJ, Versiani M, Hair T, Kumar R. E cacy of pa roxetine for relapse prevention in social anxiety disor der: a 24 four week study. Arch. Gen. Psychiatry. 2002; 59:1111-8.

revista_debates_18.indd 26 25/11/2013 16:57

- 23. van der Linden GJ, Stein DJ, van Balkom-AJ. cacy of the selective serotonin reuptake inhibitors social anxiety disorder (social phobia): a meta-an of randomized controlled trials. Int. Clin. Psychop macol. 2000; 15 Suppl 2: S15-23.
- 24. Van Ameringen MA, Lane RM, Walker JR, B RC, Chokka PR, Goldner EM. Sertraline treatme generalized social phobia: a 20 week, double-blinc cebo controlled study. Am. J .Psychiatry .2001; 15 81.
- 25. Baldwin D, Bobes J, Stein DJ, Scharwächter M. Paroxetine in social phobia/social anxiety diso Randomised, double blind, placebo-controlled stu Paroxetine Study Group. Br. J. Psychiatry. 1999; 1 6.;
- 26. Stein MB. Medication treatments for panic diso and social phobia. Depress. Anxiety. 1998; 7:134-
- 27. Montgomery SA, Nil R, Durr-Pal N, Loft H, Bo ger JP. A 24-week randomized, double-blind-, plac -controlled study of escitalopram for the preventi of generalized social anxiety disorder. J. Clin. Psy 2005 ;66:1270–78.
- 28. Chagas MH, Nardi AE, Manfro GG, Hetem LA drada NC, Levitan MN et al. [Guidelines of the Bra Medical Association for the diagnosis and di eren diagnosis of social anxiety disorder]. Rev. Bras. Ps 2010;32:444-52.
- 29. Stein MB, Pollack MH, Bystritsky A, Kelsey JE gano RM. E cacy of low and higher dose extended lease venlafaxine in generalized social anxiety dis a 6-month randomized controlled trial. Psychoph macology 2005; 177:280-88.
- 30. Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR, Fresc Chen H, Turk CL, et al. A placebo-controlled tria phenelzine, cognitive behavioral group therapy, their combination for social anxiety disorder. Ar Gen. Psychiatry. 2010; 67, 286–95.
- 31. Schneier FR, Liebowitz MR, Abi-Dargham A, -Ponce Y, Lin SH, Laruelle M. Low dopamine rec binding potencial in social phobia. Am. J. Psych 2000; 157:457-59.
- 32. Blanco C, Schneier FR, Schmidt A, Blanco-Je Marshall RD, Sánchez-Lacay A, et al. Pharmaco treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. Depress. Anxiety. 2003;18:29–40.
- 33. Versiani M, Nardi AE, Petribu KL, Figueira I, Marques C, Mendlowicz. Clonazepam in Social Phobia. J. Bras. Psiq. 1997; 46:103-8.
- 34. Dalrymple KL. Issues and controversies surrounding the diagnosis and treatment of social anxiety disorder. Expert Rev. Neurother. 2012;12:993-1008
- 35. James I, Savage I. Bene cial e ect of nadolol on anxiety-induced disturbances of performance in musi cians: a comparison with diazepam and placebo. Am. Heart J. 1984; 108 (4 Pt 2):1150-55.
- 36. Hirschmann S, Dannon PN, Iancu I, Dolberg OT, Zohar J, Grunhaus L. Pindolol augmentation in patients with treatment-resistant panic disorder: A double -blind, placebo-controlled trial. J. Clin. Psychopharma col. 2000 ;20:556-9.
- 37. Sepede G, De Berardis D, Gambi F, Campanella D, L Rovere R, D'Amico M, et al. Olanzapine augmentation in treatment-resistant panic disorder: a 12-week, xed -dose, open-label trial. J. Clin. Psychopharmacol. 2006; 26:45-9.
- 38. Prasko J, Praskova H (2008). Social phobia (Social ni fobie, in Czech). In: Seifertova D, Prasko J, Horacek J, Hoschl C, editors. e Guideliness in the Treatment of Mental disorders. Amepra, Medical Tribune 2008; Amepra, Medical Tribune, p. 257–274.
- 39. Hoge EA, Worthington JJ 3rd, Kaufman RE, Delong HR, Pollack MH, Simon NM. Aripiprazole as augmen tation treatment of refractory generalized anxiety di sorder and panic disorder. CNS. Spectr. 2008 ; 13:522-7.
- 40. Prosser JM, Yard S, Steele A, Cohen LJ, Galynker II. A comparison of low-dose risperidone to paroxetine in the treatment of panic attacks: a randomized, single -blind study. BMC. Psychiatry. 2009; 26;9-25.
- 41. Barnett SD, Kramer ML, Casat CD, Connor KM, Da vidson JR E cacy of olanzapine in social anxiety disor der: a pilot study. J. Psychopharmacol. 2002;16: 365–8.
- 42. Pande AC, Feltner DE, Je erson JW, et al. E cacy of the novel anxiolytic pregabalin in social anxiety di sorder: a placebo-controlled, multicenter study. J. Clin. Psychopharmacol. 2004;24:141–9.

revista_debates_18.indd 27 25/11/2013 16:57

Reg MS: 1.0525.0044

ESPRAN®

oxalato de escitalopram

O antidepressivo **mais seletivo** dos ISRS[1]

Recomendado como terapia de primeira linha para o TAG, Transtorno Depressivo Maior e Depressão Grave.[2]

ESPRAN®: escitalopram com custo acessível.[3]

Melhor relação custo-benefício: Apresentação com 30 comprimidos

Blister alu-alu: tecnologia que protege do calor, da umidade e da luz.

ESPRAN® (oxalato de escitalopram). **Registro MS** nº 1.0525.0044. **USO ADULTO**. **Forma farmacêutica, Composição e Apresentações:** comprimidos contendo 10 mg de escitalopram. Embalagens com 30 comprimidos. **Indicações:** Depressão e evitar sua reincidência, Transtorno do pânico, com ou sem agorafobia, Transtorno da ansiedade generalizada (TAG), Transtorno de ansiedade social (fobia social) e Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). **Contraindicações:** não deve ser utilizado por pacientes que possuam alergia a qualquer um dos componentes deste medicamento. Não é recomendado o uso concomitante de inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) e pimozida e em crianças. **Gravidez:** *Categoria de risco à gravidez*: C - Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Caso seja utilizado no último trimestre da gestação, o recém-nascido poderá sofrer de distúrbios neurológicos e comportamentais. Caso seja utilizado durante a gravidez, a interrupção deverá ser gradativa. **ESPRAN®** somente deve ser utilizado durante a gestação se os benefícios de seu uso forem maiores que os riscos. **Lactação:** mulheres que estejam amamentando não devem fazer uso deste medicamento. Se o quadro clínico for muito grave e o tratamento for necessário, o recém-nascido deverá fazer uso de leite industrializado em substituição ao materno. **Precauções e advertências:** pode ocorrer acatisia e ansiedade; em caso de ocorrência de convulsões, o tratamento deverá ser descontinuado. Pode afetar o controle da glicemia; pode haver surgimento de mania/hipomania e de hiponatremia; cautela em pacientes com tendências suicidas e nos submetidos à eletroconvulsoterapia; alertar pacientes quanto ao uso de bebidas alcoólicas e dirigir ou operar máquinas que exijam alerta. **Interações medicamentosas**: não utilizar junto com IMAOs, com outras drogas de ação serotoninérgica, com lítio, triptofano, erva de São João e drogas que alteram a função plaquetária. Outras interações: omeprazol, cimetidina, fluoxetina, fluvoxamina, lanzoprazol, ticlopidina, antiarrítmicos, neurolépticos, desipramina, metoprolol. **Reações adversas:** são mais frequentes na 1ª e 2ª semanas de tratamento, diminuindo de intensidade durante o mesmo. Mais frequentes: náuseas, sinusite, diminuição do apetite, insônia, sonolência, tonturas, bocejos, diarreia, constipação intestinal, sudorese, distúrbios sexuais, cansaço, febre, alteração do paladar. **Posologia e Modo de Usar:** A administração deve ser por via oral, uma única vez ao dia, sem mastigar o comprimido, com ou sem alimentos e em qualquer horário do dia, preferencialmente no mesmo horário. Dependendo da dose, o comprimido pode ser partido ao meio. *Depressão*: a dose geralmente utilizada é de 10 mg/dia. O tratamento pode ser iniciado com 5 mg/dia, aumentando para 10 mg/dia após alguns dias. A dose máxima recomendada é de 20 mg/dia. *Transtorno do pânico, com ou sem agorafobia:* na 1ª semana utilizar 5 mg/dia, aumentando para 10 mg/dia. A dose máxima é de 20 mg/dia. *Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)*: a dose inicial geralmente utilizada é de 10 mg/dia, podendo chegar a até, no máximo, 20 mg/dia após, no mínimo, 1 semana de tratamento. *Transtorno de ansiedade social (fobia social)*: a dose normal é de 10 mg/dia, podendo variar de 5 mg/dia até, no máximo, 20 mg/dia. *Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)*: a dose normal é de 10 mg/dia, podendo ser aumentada para até, no máximo, 20 mg/dia. *Pacientes idosos (> 65 anos de idade)*: a dose inicial recomendada é a metade da dose mínima geralmente utilizada e a dose máxima deve ser mais baixa. *Crianças e adolescentes (<18 anos)*: sua utilização por menores de 18 anos não é recomendada a não ser que a necessidade clínica esteja definida e o paciente seja monitorado cuidadosamente pelo médico quanto ao surgimento de sintomas suicidas. *Função renal prejudicada*: nos casos leves ou moderados não há necessidade de ajuste de dose. Não há informação disponível para o tratamento de pacientes com função renal grave. *Função hepática prejudicada*: a dose inicial recomendada é de 5 mg/dia nas 2 primeiras semanas. Caso necessário, a dose poderá ser aumentada para 10 mg/dia. *Descontinuação*: quando for necessário interromper o tratamento, a dose deve ser reduzida gradualmente durante um período de 1 a 2 semanas para evitar o aparecimento de possíveis sintomas de descontinuação. **(Jun 13). VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SO PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DE RECEITA.** "AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO".

Referências: 1) Owens MJ, et al. "Second-generation SSRIs: human monoamine transporter binding profile of escitalopram and R-fluxetine." Biol Psychiatry 2001; 50(5): 345-50. **2)** Lam RW & Annemans L "Efficacy, effectiveness an efficiency of escitalopram in treatement of major depressive and anxiety disorders." Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res. 2007; 7(6): 559-576. **3)** ABCFARMA Agosto/ 2013.

Contraindicações: em pacientes com hipersensibilidade ao escitalopram ou a qualquer um dos componentes da fórmula e em crianças.

Interações Medicamentosas: IMAOs e outras drogas de ação serotoninérgica.

ESPRAN é um medicamento. Durante seu uso não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.

/torrentbrasil
@torrentdobrasil
www.torrent.com.br
www.torrentonline.com.br

torrent
Alcance Social

SAT www.torrent.com.br
0800-770-8818
Serviço de Atendimento Torrent