



**ABP**  
Associação  
Brasileira de  
Psiquiatria

Ano 3 • n°2 • Mar/Abr 2013  
ISSN 2236-918X

REVISTA

DEBATES EM

# psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

[www.abp.org.br](http://www.abp.org.br)

Impresso  
Especial

9912253913/2010 - DVR/JBP  
ABP  
...CORREIOS...



## ARTIGOS

**Quando a gestação e a bipolaridade da paciente se tornam realidade**

**Responsabilidade Penal e Capacidade Civil nas Psicoses**

**Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer?**

**Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o básico**

**Psiquiatria como Ciência da Informação  
[Psiquiatria Computacional II]**

**ECT de manutenção no tratamento de paciente idosa com depressão grave, refratária e recorrente: relato de caso**

## Psiquiatria em Teoria e Prática



**ANTÔNIO GERALDO DA SILVA**  
EDITOR



**JOÃO ROMILDO BUENO**  
EDITOR

Neste número da RDP continuamos com a série que focaliza a saúde mental da mulher, um campo da psiquiatria especialmente complexo e atualmente prioritário em nosso país, pois, de fato, a saúde mental feminina tem peculiaridades que acompanham o ciclo reprodutivo/hormonal da mulher. Jeronimo Mendes Ribeiro e colaboradores abordam a delicada questão do transtorno bipolar na gravidez, onde a recaída no período puerperal é alta e o risco de psicose pós-parto é de praticamente 100%. Considerando ainda o fato de a maioria das drogas prescritas para o transtorno bipolar ser associada a algum risco de malformações congênitas, o leitor terá nesse artigo um guia importante para atualização no assunto.

Alexandre Valença e colaboradores nos trazem outro assunto de importância na prática da psiquiatria forense, a avaliação da responsabilidade penal e capacidade civil nas psicoses, seus aspectos legais e conceituais, lastreados por uma revisão bibliográfica cuidadosa. Um outro aspecto da prática psiquiátrica que vem ganhando interesse em nosso meio é o da religiosidade e espiritualidade do paciente, como elemento significativo no manejo e tratamento da doença mental. Janaína Tostes e colaboradores propõem a inserção deste parâmetro na história do paciente e como parte do seu tratamento, abordando suas crenças e perspectivas numa abordagem cognitiva.

O psiquiatra clínico encontrará também neste número uma revisão de Leonardo Gaspar e Ana Hounie sobre o estado da arte no TDAH. Eles abordam os critérios diagnósticos e o tratamento, atualizando os psiquiatras neste assunto atualmente polêmico em nosso país. Finalmente, Fernando Portela Câmara apresenta a segunda parte do tópico psiquiatria computacional, dessa vez abordando a teoria da informação na formação da clínica psiquiátrica.

Os editores



## DIRETORIA EXECUTIVA

### Presidente:

Antônio Geraldo da Silva - DF

### Vice-Presidente:

Itiro Shirakawa - SP

### 1º Secretário:

Luiz Illafont Coronel - RS

### 2º Secretário:

Maurício 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 Luar 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

Eliás 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 Geraldês - RJ

Sergio Tamai - SP

Valentim Gentil Filho - SP

Valéria Barreto Novais e Souza - CE

William Azevedo Dunningham - BA

## CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

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

**Jornalista Responsável:** Lucia Fernandes

**Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica e Ilustração:** Lavinia Góes

**Produção Editorial:** Luan Comunicação

**Impressão:** Gráfica Editora Pallotti

# ÍNDICE

//////////////////// ÍNDICE  
MAR/ABR 2013



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

## 6/artigo

Quando a gestação e a bipolaridade da paciente se tornam realidade

por JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO, JOEL RENNÓ JR., HEWDY LOBO RIBEIRO, AMAURY CANTILINO, GISLENE VALADARES, RENAN ROCHA, RENATA DEMARQUE, JULIANA PIRES CAVALSAN, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

## 14/artigo

Responsabilidade Penal e Capacidade Civil nas Psicoses

por ALEXANDRE MARTINS VALENÇA, KÁTIA MECLER e ELIAS ABDALLA-FILHO

## 20/artigo

Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer?

por JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS TOSTES, ALEXANDRE DE REZENDE PINTO e ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA

## 30/artigo

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o básico

por LEONARDO S. GASPAR e ANA G. HOUNIE

## 38/artigo

Psiquiatria como Ciência da Informação [Psiquiatria Computacional II]

por FERNANDO PORTELA CÂMARA

## 46/artigo

ECT de manutenção no tratamento de paciente idosa com depressão grave, refratária e recorrente: relato de caso

por PEDRO SHIOZAWA, ANDRÉ RUSSOWSKY BRUNONI, EDNÉIA ZANUTO, QUIRINO CORDEIRO e RAFAEL BERNARDON RIBEIRO

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO<sup>1</sup>, JOEL RENNÓ JR.<sup>2</sup>,  
HEWDY LOBO RIBEIRO<sup>3</sup>, AMAURY CANTILINO<sup>4</sup>,  
GISLENE VALADARES<sup>5</sup>, RENAN ROCHA<sup>6</sup>,  
RENATA DEMARQUE<sup>7</sup>, JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>8</sup>,  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>9</sup>

# ARTIGO

## QUANDO A GESTAÇÃO E A BIPOLARIDADE DA PACIENTE SE TORNAM REALIDADE

## WHEN PREGNANCY AND PATIENT'S BIPOLARITY BECOMES TRUE

### Resumo

*Há até pouco mais de 10 anos, médicos aconselhavam mulheres com transtorno bipolar a não terem filhos. Apesar desse pensamento ser agora ultrapassado, elas ainda enfrentam decisões, muitas vezes difíceis, sobre como lidar com seu tratamento durante a gravidez.*

*A maioria das drogas prescritas para o transtorno bipolar estão associadas a algum risco de malformações congênicas, mas as pacientes que interrompem a medicação têm um alto risco de recaída de um episódio depressivo, maníaco ou misto. Durante o período puerperal, a taxa de recaída é ainda maior, chegando a 50% a 70%, segundo algumas estimativas. E mais alarmante ainda: mulheres com transtorno bipolar têm um risco 100 vezes maior do que outras mulheres de desenvolverem psicose pós-parto, uma condição grave que pode resultar em suicídio materno e infanticídio.*

**Palavras-chave:** transtorno bipolar, mulher, gestação

### Abstract

*There's even a little more than 10 years, physicians advised women with bipolar disorder not to have children. Although this thinking is now outdated, they often still face difficult decisions about how to handle their treatment during pregnancy.*

*Most drugs prescribed for bipolar disorder are associated with some risk of congenital malformations, but patients who discontinue the medication have a high risk of recurrence of a depressive, manic or mixed episode. During the postpartum period, the relapse rate is even higher, reaching 50% to 70% by some estimates. And even more alarming: bipolar women are 100 times more likely than other women to develop postpartum psychosis, a severe condition that can result in maternal suicide and infanticide.*

**Keywords:** bipolar disorders, woman, pregnancy

### Introdução

**H**á até pouco mais de 10 anos, as mulheres com transtorno bipolar eram aconselhadas por seus médicos a não terem filhos. Apesar desse pensamento ser agora ultrapassado, elas ainda enfrentam decisões, muitas vezes difíceis, sobre como lidar com sua medicação durante a gravidez.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Transtorno do Humor Bipolar (THB) ocupa a sexta posição entre as condições mais incapacitantes entre os 15 e 44 anos de idade. A maioria das drogas prescritas para o transtorno bipolar estão associadas ao aumento do risco relativo de malformações congênicas, mas as pacientes que interrompem a medicação têm um alto risco de recaída de um episódio depressivo ou maníaco, principalmente quando realizada de maneira abrupta. Durante o período puerperal, a taxa de recaída é ainda maior, chegando de 50% a 70%, segundo algumas estimativas.<sup>1,2</sup>

E mais alarmante ainda: As mulheres com antecedentes de transtorno bipolar apresentam um risco de 25-50% de episódios graves de humor neste período, não devido exclusivamente à cessação de manutenção da medicação<sup>3</sup>, um risco 100 vezes maior do que outras mulheres de desenvolverem psicose pós-parto, uma condição grave que, na pior das hipóteses, pode resultar em infanticídio.

### Transtorno Bipolar e Gestação na prática psiquiátrica: entendendo a complexidade

A abordagem desse transtorno, cada vez mais precocemente diagnosticado, engloba tratamento ao longo da vida. Embora



<sup>1</sup>Médico Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Pesquisador do Grupo de Psiquiatria - Transtornos Relacionados ao Puerpério, pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). Professor Associado do Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF). <sup>2</sup>Médico Psiquiatra. Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher (Pró-Mulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP). 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.

saibamos dos inerentes esforços necessários para se promover e manter uma adequada adesão ao tratamento de condições clínicas de curso crônico<sup>4</sup>, alguns períodos trazem potenciais dilemas na busca de respostas objetivas de manejo e diversos aspectos associados ao tratamento do transtorno bipolar durante o período perinatal continuam sendo uma das áreas de maior confusão em psiquiatria. Parte, devido a óbvios empecilhos éticos para a realização de ensaios clínicos randomizados em gestantes, passando pela carência de *guidelines* direcionados que indiquem estratégias para o tratamento nessa fase e por não menos complexas dificuldades em se manter atualização científica e *expertise* suficientes de todos os envolvidos nessa área de manejo interdisciplinar, como a gestação e o período puerperal.

O uso de medicamentos na gestação é considerado “*off label*”, as informações advêm de bancos de registros (principalmente de dados de mulheres com epilepsias), relatos e séries de casos. Entretanto, a maioria das mulheres com transtorno bipolar tem o desejo de engravidar, uma parcela considerável engravida sem planejar, sendo, portanto, fundamental uma abordagem proativa do profissional e equipe envolvidos no seu tratamento.

## Mulheres e Transtorno do Humor Bipolar: podemos interferir no curso?

O primeiro episódio na mulher tende a ocorrer tipicamente na adolescência ou início da idade adulta. Embora não exista diferença de prevalência entre os gêneros de transtorno bipolar tipo I, as mulheres têm uma maior probabilidade de serem diagnosticadas com transtorno bipolar tipo II e terem mais episódios depressivos<sup>5</sup>, mania mista<sup>6</sup>, mania induzida por antidepressivos<sup>7</sup> e de ciclagem rápida<sup>8</sup> que os homens. Episódios depressivos predominam no curso do transtorno<sup>9</sup>, e assim, deve haver cautela ao prescrevermos um antidepressivo para uma adolescente com queixa de sintomas depressivos ou de exacerbações pré-menstruais (EPM).

Um estudo que analisou dados do STEP-BD<sup>10</sup> demonstrou que as mulheres com transtorno bipolar que apresentam exacerbações pré-menstruais tendem a ter alterações negativas proeminentes quanto ao curso e gravidade dos sintomas, e a prescrição de um antidepressivo, nesse caso, pode ter consequências em longo prazo, devendo a paciente sempre ser avaliada prospectivamente por, pelo menos, dois ciclos menstruais completos, para elucidação diagnóstica de transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM).

## Não existem soluções simplistas para problemas complexos

Assim, perguntas, tais como: “Se é possível planejar, o que utilizar?”, ou “Se a paciente já engravidou, qual a melhor opção?” ou ainda “Qual medicamento é mais seguro?”, embora pertinentes, adquirem uma conotação simplista diante de um desafio tão complexo. A partir de um cenário carente de respostas objetivas, a primeira sensação do clínico envolvido nos cuidados da paciente é a de se estar em um labirinto onde todas as caminhos levam a decisões negativas e a decisão tomada será a incorreta. Além disso, o FDA (Food & Drug Administration), elaborou, em 1979, com sua última atualização em 2008, uma classificação que tem apresentado críticas tanto na concepção, quanto na interpretação e atualização do grau de evidência disponível e do quão prática pode ser essa classificação na tomada de decisão quanto à segurança reprodutiva do uso de medicamentos durante a gestação (quadro 1). A crescente demanda por conhecimento também se evidencia na comunidade acadêmica, entretanto não menos importante deve ser o cuidado na avaliação e interpretação de seus resultados, pela heterogeneidade e eventuais vieses metodológicos<sup>11</sup> baseados, principalmente, na análise retrospectiva e observação prospectiva de casos e séries de casos ou de registros de bancos de dados ao redor do mundo, de antipsicóticos atípicos e estabilizadores do humor, através da monitorização e registro de desfechos obstétricos e neonatais provenientes do acompanhamento de mulheres que decidiram manter-se em tratamento, na sua maioria, de epilepsia.

A doença não tratada traz riscos para a mãe, para o bebê e para a família, que devem ser comparados aos riscos desconhecidos e/ou aqueles que atualmente não temos como prever em relação aos possíveis desfechos obstétricos, neonatais e em longo prazo com o tratamento medicamentoso. Assim, cria-se um outro paradigma: a doença, por si só, pode causar dano.

Quando existe a decisão de se tratar uma paciente para uma condição crônica durante a gestação, o risco do não tratamento do transtorno deve ser maior que o do uso de um psicofármaco. Na busca da melhor decisão possível, cada caso deve ser individualizado, em virtude de estudos que produzam graus de evidência compatíveis com respostas acerca dessas questões serem eticamente impossíveis de serem conduzidos, cabendo ao psiquiatra e demais profissionais envolvidos nos cuidados, em sua prática clínica diária, a construção de cada decisão através de informações às pacientes e seus familiares baseadas na melhor

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO<sup>1</sup>**, **JOEL RENNÓ JR.<sup>2</sup>**,  
**HEWDY LOBO RIBEIRO<sup>3</sup>**, **AMAURY CANTILINO<sup>4</sup>**,  
**GISLENE VALADARES<sup>5</sup>**, **RENAN ROCHA<sup>6</sup>**,  
**RENATA DEMARQUE<sup>7</sup>**, **JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>8</sup>**,  
**ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>9</sup>**

evidência “disponível”, o que é diferente da evidência “ideal”.

Assim, podemos propor algumas questões que podem ajudar a organizar alguns parâmetros que devem ser considerados, ao se pressupor que devemos assumir o papel de ponderar à paciente e seus familiares, através de dados os mais atualizados disponíveis, para uma decisão baseada no contexto individualizado: “Qual o diagnóstico (que há de errado) com a paciente?”, “Qual o melhor tratamento para o transtorno que acomete a essa paciente?”, “Qual medicamento, dentro de um plano terapêutico individualizado, funciona melhor nessa paciente?”, “Quais as falhas terapêuticas anteriores?”, “Quais as evidências disponíveis, os dados em relação à segurança reprodutiva do tratamento atual?”, são questões fundamentais, e a partir disso comparar qual a melhor opção, de acordo com fatores tais como: curso do transtorno, gravidade dos sintomas, se planejando engravidar ou já durante a gestação.

## Suspeita ou gestação confirmada: e agora?

As pacientes interrompem seu tratamento muito em função de estarem preocupadas com possíveis malformações congênicas, mas frequentemente não sabem que a doença, por si só, pode causar dano ao bebê (inclusive de malformações, como microcefalia, e desfechos obstétricos, como hipoglicemia neonatal<sup>12</sup>, nascimento prematuro e baixo peso ao nascer<sup>13</sup>, aumento de risco de terem comprometimento cognitivo, prejuízos no funcionamento social, emocional e comportamental, além de desenvolverem transtornos mentais graves<sup>14</sup>. Mulheres com THB, tanto as em tratamento quanto as que o interrompem, tendem a ter mais comportamentos não-saudáveis. Achados como sobrepeso, tabagismo, abuso de álcool e outras substâncias são mais frequentes que em mulheres não-bipolares, e esses dados, em conjunto, conferem aos transtornos mentais maternos graves, como o transtorno bipolar, o status de “condição teratogênica”<sup>15</sup>. O transtorno bipolar não tratado durante a gestação pode estar associado a altos níveis de cortisol sérico, parte em função de estressores psicossociais envolvidos, e muitas delas, ao continuarem o tratamento e utilizarem doses inadequadas, expõem o feto aos riscos simultâneos do transtorno e da medicação<sup>16</sup>.

A gestação não é melhor período para trocar o que está funcionando bem, principalmente em casos refratários e que obtiveram compensação com o esquema atual, a conduta mais prudente é a de se manter o tratamento<sup>17</sup>, mesmo com informações limitadas sobre segurança reprodutiva, seja pelo alto risco de

recaída pela retirada ou pelo efeito incerto da troca da medicação, devendo isso ser discutido e consentido com a paciente e seus familiares. Dados derivados de registros de gestantes em uso de anticonvulsivantes demonstram que o ácido valpróico (entre 17º e o 30º dias após a concepção e principalmente em doses acima de 1g/dia) e a carbamazepina são reconhecidamente teratogênicos humanos<sup>18,19</sup>, e devem ser evitados sempre que possível, embora exista uma clara discrepância na maneira de lidar com tal informação entre psiquiatras e neurologistas<sup>20</sup>. A segurança do uso de lítio se mantém incerta, porém substancialmente diferente da associação atribuída nas primeiras avaliações de registros<sup>21</sup>. A lamotrigina tem se mostrado uma droga relativamente “segura” durante a gestação, entretanto seu clearance aumenta consideravelmente neste período, devido a glicuronidação<sup>22</sup>, sendo, não raro, necessário o ajuste da dose para manutenção de níveis séricos terapêuticos. Por fim, os agentes antipsicóticos mostram diferentes níveis de riscos. Antipsicóticos atípicos, como a quetiapina, têm sido cada vez mais utilizados na gestação, embora se disponha de dados ainda limitados, principalmente em relação aos agentes mais recentes<sup>23</sup>. Assim, em função de nenhuma intervenção terapêutica ser considerada “isenta de riscos”, os clínicos não devem esperar que se identifique uma “escolha segura”, mas meramente uma “menos danosa”<sup>24</sup>.

## O Pós-parto: Aspectos da profilaxia, detecção precoce e manejo

O primeiro episódio de TB em uma paciente tende a ter o maior risco de acontecer no pós-parto<sup>25</sup> e recaída é comum<sup>26</sup>. Mesmo pacientes estáveis desestabilizam no pós-parto. Portanto, o planejamento gestacional idealmente começa assim que é feito o diagnóstico de THB.

## Mas por que recaem?

Flutuações hormonais massivas que, em mulheres predispostas desestabilizam o cérebro, acontecem logo após o parto. Níveis de esteróides sexuais retornam a padrões pré-gravídicos em dias. É preferível prevenir recaídas que tratá-las, sendo imperativo o papel da profilaxia em determinados grupos de mulheres, principalmente as com antecedentes de piora no puerpério<sup>27</sup>. Estressores importantes relacionados às mudanças de papéis sociais e a privação de sono também contribuem para o apareci-



## HEWDY LOBO RIBEIRO<sup>3</sup>, AMAURY CANTILINO<sup>4</sup> E GISLENE VALADARES<sup>5</sup>

<sup>3</sup> Psiquiatra Forense, Psicogeriatra e Psicoterapeuta pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Psiquiatra no Pró-Mulher do Instituto de Psiquiatria da USP. <sup>4</sup> Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor Adjunto do Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE. <sup>5</sup> Médica Psiquiatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Mestre em Farmacologia e Bioquímica Molecular. Membro fundador do Serviço de Saúde Mental da Mulher do HC-UFMG, do Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI, HC-UFMG), da Seção de Saúde Mental da Mulher da WPA e da International Association of Women's Mental Health.

mento da sintomatologia. Os primeiros dias do pós-parto são um período de alto risco para o início de episódios graves de transtorno mental e não raro o diagnóstico de mudanças no humor é postergado. Estudos indicam que o risco maior está nas 2 primeiras semanas pós-parto, com sintomas iniciando geralmente nos dias 2-4<sup>28,29</sup>. A psicose puerperal (PP) deve ser considerada uma emergência psiquiátrica, e requer hospitalização em todos os casos, preferencialmente em unidades capacitadas para a compensação do quadro clínico, mas que favoreçam os cuidados e a relação mãe-bebê devido ao seu rápido aparecimento, gravidade e contexto (no qual a mulher está responsável por um recém-nascido)<sup>30</sup>.

## Considerações finais

Embora o THB se evidencie, entre outros aspectos, por se tratar de uma condição de curso crônico de constantes desafios quanto à melhora da aderência ao seu tratamento e de previsíveis desfechos no período perinatal, a tomada de decisão sobre manutenção ou não da medicação é complicada pelo fato de que evidências dos efeitos fetais dos psicotrópicos são geralmente derivadas de relatos de caso e estudos naturalísticos devido aos óbvios obstáculos éticos em fazer pesquisa nesta área. A tomada de decisão, entretanto, deve se basear na informação à paciente e seus familiares, da melhor literatura disponível. Esforços na construção de guidelines que organizem estratégias de abordagem no período perinatal e no desenvolvimento de redes multidisciplinares no sentido de organizar informação e manejo especializado, embora possam ser dispendiosas, fazem parte da construção de possibilidades que tragam suporte a pacientes e seus familiares. A necessária *expertise* no manejo de situações complexas relacionadas a esse período deve ser incentivada, através de capacitação e formação de centros especializados em psiquiatria perinatal e educação continuada. Não existem soluções simplistas para problemas complexos.

### Quadro 1: Classificação de risco (FDA)

A. Estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas não demonstraram qualquer risco para o feto nos primeiros três meses de gravidez, e não há nenhuma evidência de risco após este período.

B. Não há estudos adequados e bem controlados em mulheres, mas estudos em animais não encontraram qualquer risco para o feto (ou não houve confirmação

em humanos).

C. Não há estudos adequados e bem controlados em mulheres, mas os estudos com animais têm demonstrado um efeito nocivo sobre o feto, ou não há quaisquer estudos em mulheres ou animais. Aconselha-se precaução, mas os benefícios da medicação podem compensar os riscos.

D. Há uma clara evidência de risco para o feto humano, mas os benefícios podem superar os riscos para as mulheres grávidas que tenham uma condição séria que não pode ser tratado eficazmente com uma droga mais segura.

Há provas claras de que o medicamento provoca anomalias no feto. Os riscos superam os benefícios potenciais para as mulheres grávidas

### Agradecimentos

Agradecemos à Associação Brasileira de Psiquiatria pelo apoio e esforços empregados na divulgação da Saúde Mental da Mulher.

Não há conflitos de interesses.

### Correspondência:

Joel Rennó Jr

Rua Teodoro Sampaio, 352 – conj 127

05406-000 - São Paulo – SP

rennoj@terra.com.br

### Recomendações de leitura complementar:

Rennó Jr J, Ribeiro HL. Tratado de Saúde Mental da Mulher. São

Paulo, Atheneu, 1 Ed, 2012.

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO<sup>1</sup>, JOEL RENNÓ JR.<sup>2</sup>,  
HEWDY LOBO RIBEIRO<sup>3</sup>, AMAURY CANTILINO<sup>4</sup>,  
GISLENE VALADARES<sup>5</sup>, RENAN ROCHA<sup>6</sup>,  
RENATA DEMARQUE<sup>7</sup>, JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>8</sup>,  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>9</sup>

## Referências

1. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *The American journal of psychiatry*. 2007 Dec 5;164:1817–24.
2. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *The American journal of psychiatry*. 2000 Feb 28;157:179–84.
3. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *The Journal of clinical psychiatry*. 2002 May 8;63:284–7.
4. Rosa AR, Marco M, Fachel JMG, Kapczinski F, Stein AT, Barros HMT. Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2006 Dec 24;31:217–24.
5. Benazzi F. Gender differences in bipolar-II disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256:67–71.
6. Arnold LM, McElroy SL, Keck PE Jr. The role of gender in mixed mania. *Compr Psychiatry*. 2000;41:83–87.
7. Curtis V. Women are not the same as men: specific clinical issues for female patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2005 Mar 13;7 Suppl 1:16–24.
8. Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *Am J Psychiatry*. 1996;153:163–173.
9. Altshuler LL, Kupka RW, Helleman G, et al. Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. *Am J Psychiatry*. 2010;167:708–715.
10. Dias RS, Lafer B, Russo C, Del Debbio A, Nierenberg AA, Sachs GS, et al. Longitudinal follow-up of bipolar disorder in women with premenstrual exacerbation: findings from STEP-BD. *The American journal of psychiatry*. 2011 Apr 7;168:386–94.
11. Einarson TR, Lee C, Smith R, Manley J, Perstin J, Loniewska M, et al. Quality and content of abstracts in papers reporting about drug exposures during pregnancy. *Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology*. 2006 Sep 27;76:621–8.
12. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2012 Nov 8;345:e7085.
13. Lee H-C, Lin H-C. Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: a nationwide population-based study. *Journal of affective disorders*. 2010 Jan 31;121:100–5.
14. Henin A, Biederman J, Mick E, Sachs GS, Hirshfeld-Becker DR, Siegel RS, et al. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biological psychiatry*. 2005 Oct 20;58:554–61.
15. Gentile S. Review presentation of available safety data on major psychotropic categories. *Eur Neuropsychopharmacol* 2012 ;22: S 150.
16. Cohen LS. Treatment of bipolar disorder during pregnancy. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007 Sep 2;68 Suppl 9:4–9.
17. Cohen LS et al. Treatment of Mood Disorders During Pregnancy and Postpartum. *Psychiatr Clin N Am*. 2010;33:273-93.
18. Perucca E, Tomson T. Prenatal exposure to antiepileptic drugs. *Lancet*. 2006 May 7;367(9521):1467–9.
19. Nguyen HTT, Sharma V, McIntyre RS. Teratogenesis associated with antibipolar agents. *Advances in therapy*. 2009 Apr 13;26:281–94.
20. Viguera AC, Cohen LS, Whitfield T, Reminick AM, Bromfield E, Baldessarini RJ. Perinatal use of anticonvulsants: differences in attitudes and recommendations among neurologists and psychiatrists. *Archives of women's mental health*. 2010 Mar 17;13:175–8.
21. Gentile S. Lithium in pregnancy: the need to treat, the duty to ensure safety. *Expert opinion on drug safety*. 2012 Apr 19;11:425–37.
22. Sabers A, Tomson T. Managing antiepileptic drugs



## RENAN ROCHA<sup>6</sup>, RENATA DEMARQUE<sup>7</sup>, JULIANA P. CAVALSAN<sup>8</sup>, A.GERALDO DA SILVA<sup>9</sup>

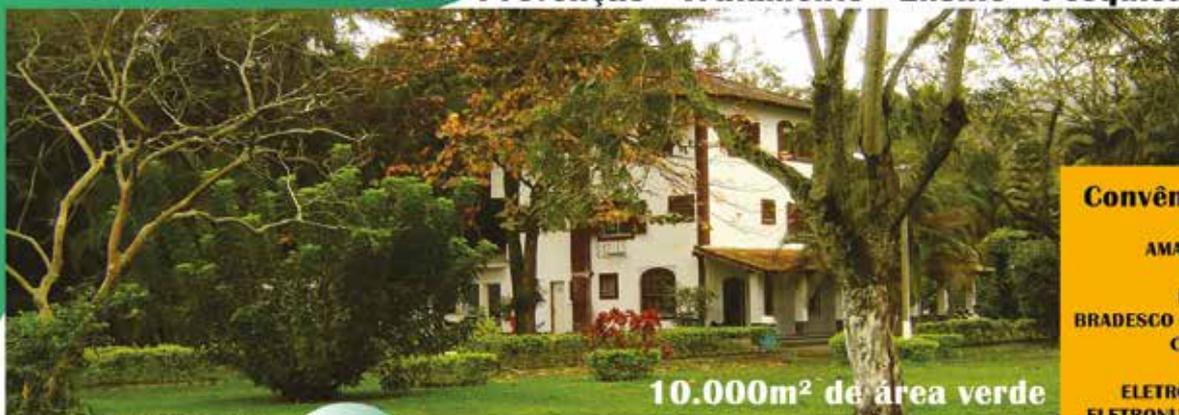
<sup>6</sup>Médico Psiquiatra. Coordenador do Serviço de Saúde Mental da Mulher das Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). <sup>7</sup>Médica Psiquiatra. Colaboradora do Programa de Saúde Mental da Mulher (Pró-Mulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP). <sup>8</sup>Médica Psiquiatra. Colaboradora do Programa de Saúde Mental da Mulher (Pró-Mulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP). <sup>9</sup>Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense pela ABP-AMB-CFM. Doutorado em Bioética pela Universidade do Porto - CFM. Psiquiatra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES-DF. Diretor Científico do PROPSIQ. Presidente da ABP - 2010/2013.

during pregnancy and lactation. Current opinion in neurology. 2009 Jun 16;22:157–61.

- 23. Gentile S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. Schizophrenia bulletin. 2010 Jun 1;36:518–44.
- 24. Gentile S. Bipolar disorder in pregnancy: to treat or not to treat? BMJ (Clinical research ed.). 2012 Nov 11;345:e7367.
- 25. Terp IM, Mortensen PB. Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 1998 Dec 6;172:521–6.
- 26. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. The American journal of psychiatry. 2011 Dec 29;168:1179–85.

- 27. Bergink V; Bouvy PF; Vervoort JSP; Koorengel KM; Steegers EAP; Kushner SA: Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. Am J Psychiatry 2012; 169:609–615
- 28. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2008 Jan 13;115:348–53.
- 29. Heron J, Robertson Blackmore E, McGuinness M, Craddock N, Jones I. No “latent period” in the onset of bipolar affective puerperal psychosis. Archives of women’s mental health. 2007 Apr 1;10:79–81.
- 30. Mendes Ribeiro JA, Vardanega S, Frey BN. O manejo dos transtornos psiquiátricos graves e persistentes: o papel das Unidades Materno-Infantis in\_Rennó Jr J, Ribeiro HL. Tratado de Saúde Mental da Mulher. São Paulo, Atheneu, 1 Ed, 2012, 389-94.

## Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



10.000m<sup>2</sup> de área verde

**CLÍNICA  
JORGE  
JABER**  
www.clinicajorgejaber.com



### Atendimentos

INTERNAÇÃO  
HOSPITAL - DIA  
INDIVIDUAL  
GRUPO  
PROGRAMA FAMILIAR  
AMBULATORIAL  
DOMICILIAR

### Tratamentos

PSIQUIÁTRICO  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA  
PSICOLÓGICO  
TABAGISMO  
TRANSTORNO ALIMENTAR

### Convênios

AMAFREBJ  
AMIL  
BNDES  
BRADESCO SAÚDE  
CABERJ  
CNEN  
ELETROBRAS  
ELETRONUCLEAR  
EMBRATEL  
FURNAS  
GAMA SAÚDE  
GOLDEN CROSS  
INB  
IRB  
MEDSERVICE  
MÚTUA DOS MAGISTRADOS  
SULAMÉRICA  
PETROBRAS  
REAL GRANDEZA  
UNAFISCO  
UNIMED  
VALE DO RIO DOCE

CENTRO DE RECUPERAÇÃO  
Vargem Pequena - Rio de Janeiro - RJ  
Rua Elisio de Araújo, 263  
Telefax: (0xx21) 2442-2230 / 2442-2583 / 2442- 4354  
CEP: 22783 - 360

CONSULTÓRIOS  
Leblon - Rio de Janeiro - RJ  
Av. Ataulfo de Paiva, 1079/1105  
Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540 - 9091 / 2540 - 9056  
CEP: 22440-034  
e-mail: jjaber@clinicajorgejaber.com.br

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ

## RESPONSABILIDADE PENAL E CAPACIDADE CIVIL NAS PSICOSES

## CRIMINAL RESPONSIBILITY AND CIVIL CAPACITY IN PSYCHOSES

### Resumo

*O presente artigo tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica sobre os conceitos de responsabilidade penal e capacidade civil, aplicando-os aos transtornos psicóticos e às leis relativas aos códigos penal e civil. Estes temas são de extrema importância na prática forense.*

**Palavras-chave:** *doença mental; esquizofrenia; direito; imputabilidade; interdição.*

### Abstract

*The present study aims to a bibliographic review about the concepts of criminal responsibility and civil capacity. Besides, it applies these concepts to psychotic disorders and to criminal and civil law. This issue has an extreme importance in forensic practice.*

**Keywords:** *Mental illness; schizophrenia; law; imputability; interdiction.*

### I. Introdução

O Código Penal Brasileiro<sup>1</sup> (Lei Substantiva Penal) em seu Título III (Da Imputabilidade Penal) trata dos casos de inimputabilidade, ou seja, daqueles que, embora tenham cometido um crime, não podem ser responsáveis por ele ou o são parcialmente, tendo, destarte, suma imputabilidade abolida, no primeiro caso, ou diminuída, no segundo. Além dos menores, que recebem outro tratamento jurídico em legislação especial, a lei declara isento de pena, sob certas condições, aqueles que cometem ação ou omissão e apresentam transtornos mentais. Ela prevê ainda, também sob certas condições especiais, a redução da pena respectiva para algumas formas de transtorno mental.

Do ponto de vista jurídico, a responsabilidade pressupõe no agente, contemporaneamente à ação ou omissão, a capacidade de entender o caráter criminoso do fato e a capacidade de determinar-

se de acordo com este entendimento. É possível então se definir a responsabilidade como a existência dos pressupostos psíquicos pelos quais alguém é chamado a responder penalmente pelo crime que praticou. Neste aspecto, dois conceitos importantes são o de *responsabilidade* e *imputabilidade*, significando esta a condição psíquica da punibilidade, enquanto aquela designaria a obrigação de responder penalmente ou de sofrer a pena por um fato determinado, pressuposta a imputabilidade. De acordo com Vargas<sup>2</sup>, o conceito básico de imputabilidade seria a condição de quem tem aptidão para realizar com pleno discernimento um ato. Representa a imputabilidade uma relação de causalidade psíquica entre o fato e o seu autor.

Ao cometer um delito, um indivíduo considerado responsável será submetido a uma pena. Ao inimputável será aplicada uma medida de segurança. Segundo Paim<sup>3</sup> entende-se por medida de segurança o ato jurídico que consiste na “providência substitutiva ou complementar da pena, sem caráter expiatório ou aflitivo, mas de índole assistencial, preventiva e recuperatória, e que representa certas restrições pessoais e patrimoniais (internação em manicômio, em colônia agrícola, liberdade vigiada, interdições e confiscos), fundada na periculosidade e não na responsabilidade do criminoso”. Como lembra Taborda<sup>4</sup>, uma diferença importante entre a pena e a medida de segurança é que nesta última o tempo de duração não é sabido, ou seja, nunca é estabelecido um tempo máximo, devendo persistir enquanto o interno for considerado potencialmente perigoso. Na pena, ao contrário, o tempo de prisão é estabelecido.

Cabe ao perito informar se o indivíduo é mentalmente desenvolvido e mentalmente são. Ao juiz compete sentenciar sobre a capacidade e responsabilidade (aplicação de pena ou medida de segurança). Quanto à aplicação da medida de segurança, a lei presume a periculosidade dos inimputáveis, determinando a aplicação da medida de segurança àquele que cometeu o ilícito e se apresenta nas condições do artigo 26. Estas disposições estão presentes no artigo 26 do código penal de 1984, em seu caput e



## ALEXANDRE MARTINS VALENÇA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Doutor em Psiquiatria-IPUB/UFRJ. Prof. Adjunto do Depto de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense-Niterói-RJ. Especialista em Psiquiatria Forense pela ABP. Médico Perito da Divisão de Saúde do Trabalhador (DVST-UFRJ) e do Setor de Perícias do IPUB/UFRJ. Pesquisador do CNPq.

parágrafo único:

*É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento.*

Parágrafo único

*A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento.*

Ao referir-se “à Doença Mental”, “Desenvolvimento Mental Incompleto ou Retardado”, “Perturbação da Saúde Mental” o Código identifica os requisitos de ordem biológica (doença mental e desenvolvimento mental retardado) e psicológicas (desenvolvimento mental incompleto, perturbação da saúde mental), bem como as alterações psicológicas que acompanham a doença mental. Quando se refere a “entender o caráter Ilícito do fato” pressupõe o aspecto cognitivo (saber ajuizar o que é certo ou errado) e quando menciona “determinar-se de acordo com este entendimento”, pressupõe o exercício do livre arbítrio (vontade)<sup>5,6</sup>. Assim, o imputável sob o ponto de vista da Higiene Mental, seria aquele que conhece, que valora e que age de acordo com tal entendimento e valoração. A par disso, delimita o Código Penal o período em que o transtorno mental deva estar caracterizado – “ao tempo da ação ou da omissão” – para propiciar a isenção da pena<sup>7</sup>.

É importante salientar que o nosso código penal vigente adotou o critério biopsicológico para a avaliação da responsabilidade penal. O método biopsicológico exige a averiguação da efetiva existência de um nexo de causalidade entre o estado mental anômalo e o crime praticado, isto é, que este estado, contemporâneo à conduta, tenha privado parcial ou completamente o agente de qualquer das mencionadas capacidades psicológicas (seja a intelectual ou a volitiva). Não basta diagnosticar apenas a doença mental, dependendo da responsabilidade do período ou grau de evolução da doença ou deficiência mental, da estrutura psíquica do indivíduo e da natureza do crime. Desta forma, deve o perito avaliar e investigar tanto os fatores criminogênicos (que motivaram o delito), como os criminodinâmicos (como se deu o delito, qual a dinâmica do mesmo). É indispensável o exame psiquiátrico pericial, sempre que houver dúvidas em relação à sanidade mental do acusado. Entretanto, cabe ao juiz a palavra final na decisão de aplicar pena ou medida de segurança. A conclusão positiva do laudo pericial não substitui a sentença judicial, que é soberana.

## II. Periculosidade

No Direito Penal, periculosidade é a probabilidade do agente vir ou tornar a praticar ato previsto como crime. Pode ser presumida pela lei, e assim ter a medida de segurança aplicada obrigatoriamente ou ser reconhecida pelo juiz. A medida de segurança fica reservada ao agente inimputável, podendo ser de dois tipos, como destaca Abdalla-Filho<sup>8</sup>: a detentiva, que determina a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e a restritiva, onde o tratamento psiquiátrico é em regime ambulatorial. O prazo mínimo para sua execução é de 1 a 3 anos, variando de acordo com a natureza do ato praticado, e só interrompida após o término deste prazo e após constatação de cessação de periculosidade pelo laudo pericial<sup>9</sup>.

Nas perícias criminais, o tipo clínico de esquizofrenia mais observado é o tipo paranóide. Os crimes perpetrados pelos esquizofrênicos costumam revelar a própria natureza da doença de que são portadores. O tipo paranóide, por ser caracterizado principalmente por idéias delirantes de cunho persecutório, é a forma de esquizofrenia mais propensa a apresentar um quadro clínico associado à periculosidade. Na maioria dos casos o indivíduo pratica o crime como se fosse por autodefesa. Ao contrário do criminoso não portador de doença mental, o esquizofrênico costuma permanecer no local do crime, sem se preocupar em dissimular, além de não temer relatar o fato, já que não avalia a gravidade dele. Em geral, o que motiva o paciente esquizofrênico paranóide a praticar um homicídio é a sensação de que está sendo sistematicamente perseguido, ameaçado, e por isso tem a convicção de que está agindo em “legítima defesa”<sup>10</sup>.

De acordo com Mendes Filho e Morana (apud Tabora e col., 2012<sup>11</sup>), algumas características da personalidade pré-mórbida são fatores importantes na avaliação da periculosidade na esquizofrenia: impulsividade elevada, descontrole impulsivo e hostilidade persistente, traços que aumentam o risco de comportamento violento ou infrator. Ainda de acordo com estes autores, a avaliação da periculosidade não deixa de ter um caráter probabilista, uma vez que o comportamento humano não se sujeita a leis dedutivas ou preditivas de certeza.

A Esquizofrenia simples embora não apresente delírios e alucinações pode levar à prática de crimes com as mesmas características do tipo clínico paranóide como crueldade, insensibilidade afetiva, no entanto, o doente tende a fugir do local e assumir atitude dissimulada.

Os tipos clínicos Hebefrênica e Catatônica tendem a apresentar

# ARTIGO DE REVISÃO

por **ALEXANDRE MARTINS VALENÇA<sup>1</sup>**,  
**KÁTIA MECLER<sup>2</sup>** e **ELIAS ABDALLA-FILHO<sup>3</sup>**

# ARTIGO

menor incidência de prática de crimes de violência. Na Esquizofrenia Hebefrênica tal afirmação se justifica pelo seu início que se dá geralmente antes da maioridade e com evolução rápida para um estado de deterioração da atividade psíquica. Na Catatônica os próprios sintomas psicomotores como o negativismo, estado de estupor seriam impeditivos. É também importante ressaltar que comportamentos violentos podem ocorrer antes mesmo do início da doença, na chamada "Fase Prodrômica" ou "Trema". Nesta fase o paciente experimenta uma intensa ansiedade, por vezes medo, sem saber o porquê destes sentimentos, que só desaparecem quando o delírio se configura, como se através dele o paciente encontrasse explicações para o mal-estar do pródomo.

Muitos estudos vêm sendo realizados sobre a questão da apresentação de comportamento violento por indivíduos portadores de um transtorno mental. Pertusson e Gudjonsson<sup>12</sup>, fizeram uma revisão de quase 100 anos de homicídios (de 1900 a 1979) na Islândia, um dos países com as mais baixas taxas de homicídios do mundo. Foram revistos 45 incidentes com 52 vítimas e 47 criminosos. Possuíam diagnósticos psiquiátricos sete esquizofrênicos (quatro paranóides), dois bipolares, dois psicóticos psicogênicos, três retardos mentais, um ciúme mórbido, dez transtornos de personalidade, seis alcoolismo, um de neurose, 14 normais. Observa-se a elevada proporção de "Homicidas Anormais", isto é, homicidas portadores de doença mental.

Calcedo-Barba e Calcedo-Ordonez<sup>13</sup>, afirmam que a esquizofrenia paranóide pode desencadear um comportamento violento quando os pacientes estão submedicados ou quando não respondem bem à medicação. No caso dos esquizofrênicos hebefrênicos, estes tenderiam a ser violentos em ambiente institucional.

Um estudo de Tiihonen<sup>14</sup>, na Finlândia, avaliou todas as pessoas que tinham sido presas por homicídio de junho de 1990 a maio de 1991. Foi verificado que entre os homens que tinham cometido homicídio, a esquizofrenia foi 6,5 vezes mais prevalente que na população geral. Entre as mulheres, foi 1,5 vezes mais prevalente.

Pesquisando este mesmo tema, Côté e Hodgins<sup>15</sup>, entrevistaram 460 internos de penitenciárias de Quebec-Canadá, utilizando um instrumento diagnóstico padronizado (Diagnostic Interview Schedule). Foi encontrado que 109 indivíduos apresentavam uma doença mental grave: 31 casos de esquizofrenia, 4 de transtorno esquizofreniforme, 51 de depressão maior, 21 de transtorno bipolar e 2 de transtorno organo-mental. Outro achado importante deste estudo foi que o grupo homicida, comparado ao grupo não homicida, teve uma maior prevalência de esquizofrenia e menor prevalência de abuso/dependência de drogas e transtorno de personalidade.

Schanda e col.<sup>16</sup>, em um estudo austríaco, investigaram a frequência de transtornos mentais em indivíduos que cometeram um ato homicida, durante um período de 25 anos (1975 a 1999), resultando em 896 condenações e 96 internações por ordem judicial. Os transtornos mentais mais encontrados foram esquizofrenia ou transtorno esquizofreniforme (4,5% dos homens e 17% das mulheres); episódio depressivo maior (0,7% dos homens e 5,6% das mulheres) e transtorno delirante (0,4% dos homens). Dos indivíduos com transtornos mentais graves, uma proporção significativamente mais alta de homens (77,4%) e mulheres (70,8%) tiveram diagnóstico de esquizofrenia. Desta forma, o risco de comportamento homicida em esquizofrênicos foi 6 vezes maior nos homens e 26 vezes maior nas mulheres, quando comparados a indivíduos saudáveis, com predominância do subtipo paranóide (63,4% nos homens e 47% em mulheres). Transtornos relacionados ao abuso/dependência de substâncias foi diagnosticado em 46,3% dos homens e 11,8% das mulheres com esquizofrenia.

Brennan e col.<sup>17</sup> examinaram uma amostra de 335.900 indivíduos nascidos entre 1944 e 1947, na Dinamarca. Os registros de internação hospitalar até 1991 foram obtidos através do Registro Psiquiátrico da Dinamarca. Foi encontrado que indivíduos com transtornos mentais graves tiveram uma probabilidade maior de serem presos por crimes violentos, inclusive o homicídio, quando comparados aos indivíduos que nunca tinham sido internados em hospitais psiquiátricos. Nos homens, o comportamento violento foi mais associado à esquizofrenia (11,3%), psicose orgânica (19,4%), psicoses afetivas (5,2%) e outros transtornos psicóticos (10,7%), comparados aos homens sem transtornos mentais (2,7%). Nas mulheres o comportamento violento foi mais associado à esquizofrenia (2,8%), psicoses orgânicas (2%), psicoses afetivas (0,5%), comparadas às mulheres sem transtornos mentais (0,1%).

Alguns estudos têm encontrado comportamento homicida em indivíduos com transtorno delirante. Um deles<sup>12</sup> encontrou em sua amostra de homicidas 2,1% com transtorno delirante de ciúme, enquanto outro<sup>18</sup> encontrou uma frequência de 1,9% de "paranóia crônica" em homens homicidas.

### III. Responsabilidade Penal

Na esquizofrenia, o indivíduo passa a viver em função de suas idéias delirantes, falsas interpretações que, somadas aos transtornos da esfera da afetividade, podem agir com extrema violência. A maioria dos crimes cometidos pelos esquizofrênicos ocorrem no ambiente familiar e na fase inicial da doença. Na fase onde já se



observa deterioração da personalidade, os atos delituosos, quando existem, são, na maioria das vezes, súbitos e imotivados.

Como já fora assinalado anteriormente, a forma de esquizofrenia mais comum em perícias criminais é a paranóide. Movidos pela sintomatologia psicótica (idéias delirantes persecutórias e alucinações áudio-verbais), estes indivíduos podem agir com violência. Mesmo quando planejado, o delito do esquizofrênico em geral é motivado por juízos delirantes. Desta forma, seus crimes enquadram-se no caput do art. 26 do CP, sendo, portanto, inimputáveis<sup>2</sup>.

O Transtorno Esquizofreniforme (quadro psicótico agudo semelhante à esquizofrenia, porém com tempo de duração menor que 1 mês) e o Transtorno Esquizoafetivo (associação de sintomas esquizofrênicos com depressão ou exaltação do humor), em geral levam à inimputabilidade, já que são quadros psicopatológicos graves. No Transtorno Delirante (na classificação antiga conhecido como paranoia), reveste-se de interesse os tipos persecutório e de ciúme. Neste caso os indivíduos, movidos por idéias delirantes sistematizadas (de perseguição ou ciúme), podem cometer atos violentos. Havendo nexo de causalidade entre o delito e o estado mental, caem no caput do art. 26 do CP.

É importante salientar que psicose não é sinônimo de inimputabilidade. Mesmo tendo a doença mental, mas em um período assintomático e evolução estável, o indivíduo psicótico pode ser imputável, respondendo penalmente por um delito praticado. Em outros casos, a doença mental pode existir, mas o nexo causal não.

## IV- Capacidade Civil

Segundo o artigo 1º. Do Código Civil Brasileiro (CC), "toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil". A personalidade que o indivíduo adquire ao nascer com a vida, termina com a morte (CC, art. 6º). Capacidade é a "medida jurídica da personalidade", ou seja é o reconhecimento da existência, numa pessoa, daqueles "requisitos necessários para agir por si, como sujeito ativo ou passivo de uma relação jurídica".<sup>19</sup>

Alguns transtornos mentais graves podem incapacitar o indivíduo para exercer os atos da vida civil. De acordo com o no Código Civil, Lei no. 10.406, de 10 de janeiro de 2002, a incapacidade pode ser absoluta (art. 3º) ou relativa (art. 4º). São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: a. os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática destes atos; b. os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade. Desta forma, a incapacidade decorre da presença de dois fatores: a presença

de enfermidade mental e deficit ou ausência de discernimento (critério biopsicológico). Os absolutamente incapazes, embora titulares de direitos, não poderão exercê-los pessoalmente, devendo ser representados por seus tutores ou curadores.

No Brasil, os procedimentos processuais para interdição dos direitos civis estão previstos no artigo 1.177 e seguintes do Código de Processo Civil. O processo tem início quando uma pessoa interessada e legítima apresenta ao juiz uma petição especificando os atos que a seu ver revelam a existência de uma anomalia psíquica no interditando e sua incapacidade para gerir sua pessoa e/ou seus bens. Diante deste pedido, o juiz mandará citar o paciente para uma audiência na qual será interrogado acerca de sua vida, negócios e sobre qualquer outro fato que o juiz considerar relevante para avaliar o seu estado mental. Deferido o pedido, o juiz nomeará perito médico para proceder ao exame do interditando. Uma vez apresentado o laudo, o juiz marcará audiência de instrução e julgamento, em que comparecerá o representante do Ministério Público (órgão cuja atuação se faz presente ao longo de todo o processo). Decretada a interdição, é nomeado curador ao interdito.

Alguns indivíduos esquizofrênicos podem não reunir condições para o exercício dos atos da vida civil, especialmente aqueles que, mesmo após remissão dos sintomas agudos, apresentam defeitos psíquicos importantes e irreversíveis. Por outro lado, se a capacidade de crítica não foi gravemente afetada, se os valores ético-morais permanecem e não houver distúrbios graves do pensamento, da sensopercepção e do humor, mesmo havendo alguma falta de empatia, pode-se opinar por capacidade civil plena ou parcial. Em algumas situações, negócios jurídicos podem ser nulos (doações psicologicamente incompreensíveis, penhores injustificáveis, compra ou venda de imóvel por valor incompatível com o mercado, etc.).

No transtorno delirante, se a intensidade das manifestações psicopatológicas for grande, justifica-se a incapacidade civil total, e, por outro lado, se for moderada ou leve, cabe a incapacidade relativa a certos atos da vida civil. No transtorno esquizoafetivo, pode ou não haver capacidade civil, a depender da gravidade de cada caso. Quando os episódios mórbidos acontecem com intervalo maior, o indivíduo está bem medicado e conta com apoio sócio-familiar, pode haver capacidade plena. No que diz respeito ao transtorno esquizofreniforme, também tem que se levar em consideração o quadro clínico manifesto e a periodicidade com que ocorrem os episódios. Uma vez que podem ocorrer poucos episódios ou um único, com remissão sem defeito, pode haver capacidade civil plena.<sup>10</sup>

# ARTIGO DE REVISÃO

por **ALEXANDRE MARTINS VALENÇA<sup>1</sup>**,  
**KÁTIA MECLER<sup>2</sup>** e **ELIAS ABDALLA-FILHO<sup>3</sup>**

# ARTIGO

É essencial uma avaliação psicopatológica e de história de vida e da doença detalhadas de cada caso, de forma a se tentar preservar o exercício autônomo dos direitos dos indivíduos, dentro do seu universo de competências. Em muitos casos, a interdição parcial pode ser uma boa opção, desde que o indivíduo apresente algum grau de discernimento, na condução dos seus direitos e obrigações civis e sociais.

*Não há conflito de interesses.  
Não houve necessidade de financiamento.*

## Referências

- 1. Código de Processo Penal. 3a. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 1998
- 2. Vargas H S . Manual de Psiquiatria Forense. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos S.A, 1ª ed;1990.
- 3. Paim I . Curso de Psicopatologia. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda. 4ª ed;1979.
- 4. Taborda JGV. Criminal justice system in Brazil: functions of a forensic psychiatrist. Int J Law Psychiatry. 24: 371-386, 2001.
- 5. Valença AM, Chalub M, Mendlowicz M, Mecler K, Nardi AE. Conceito de responsabilidade penal em psiquiatria forense. J Bras Psiquiatr. 2005; 54(3): 248-252.
- 6. Valença AM, Chalub M, Mendlowicz M, Mecler K, Nardi AE. Responsabilidade penal nos transtornos mentais. J Bras Psiquiatr. 2005; 54(4): 328-333.
- 7. Hungria N. Comentários ao Código Penal. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1949.
- 8. Abdalla-Filho E. Avaliação de risco de violência. In: Taborda JGV, Abdala-Filho E, Chalub M. Psiquiatria forense, 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 183-201.
- 9. Mecler K. Doença mental e periculosidade: evolução do conceito. Arq. Bras. Psiquiatr. Neurol. E Med. Legal 2000; 72: 5-9.
- 10. Palomba, GA. Tratado de psiquiatria forense, civil e penal. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003.
- 11. Taborda JGV, Abdala-Filho E, Chalub M. Psiquiatria forense, 2 ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2012.
- 12. Pertusson H, Gudjonsson GH. Psychiatric aspects of homicide. Acta Psych Scan 1981; 64: 363-371.
- 13. Calcedo-Barba AL, Calcedo-Ordonez A. Violence and paranoid schizophrenia. Int J Law Psychiatry 1994; 17(3): 253-263.
- 14. Tiihonen J. Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 917-918.
- 15. Côté G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. Int J Law Psychiatry 1992; 15: 89-99.
- 16. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, et al. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. Acta

## ELIAS ABDALLA-FILHO<sup>3</sup>

Coordenador atual do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da ABP. Doutor em Ciências da Saúde (Bioética) pela Universidade de Brasília (UnB) e Pós-doutor em Psiquiatria Forense pela Universidade de Londres. Coordenador atual do Setor de Psiquiatria e Psicologia Forense do IML de Brasília. Pesquisador da Universidade de Brasília (UnB).

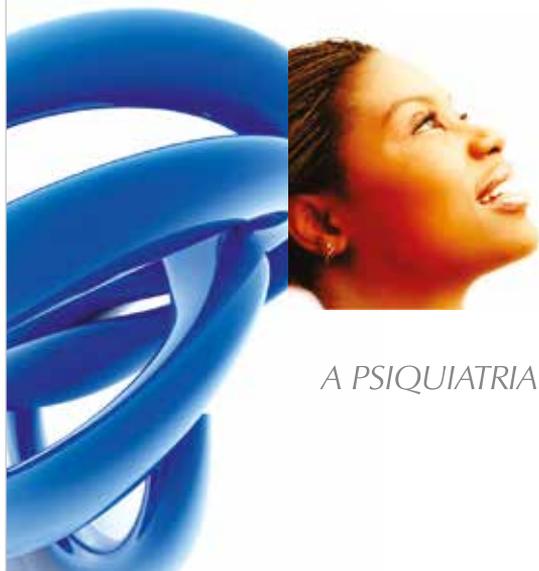
Psychiatr Scand. 2004; 110(2):98-107.

- 17. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 2000; 57(5):494-500.
- 18. Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. Acta Psychiatr Scand. 1987; 76(3):285-92.
- 19. Moraes TM. Avaliação da Capacidade Civil. In:

PEC- Programa de Educação Continuada. Brasil MAA, Botega NJ, eds. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

dfb.com.br

TPDS	APPr	Nti	CEc	CpSB	PrNu	CpAB	ECT	OdOn	SIMp	ReSi	ComSt.	EDU
TRATAMENTO POR PERFIL DIAGNÓSTICO SEMELHANTE	PROJETO APPRIME	NÚCLEO DE TERAPIA INTENSIVA	CENTRO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA	CENTRO DE PESQUISAS SINAPSE / BAIRRAL	PRIMARY NURSING APPLICATION	COMPLEXO PAISAGÍSTICO AMÉRICO BAIRRAL	ELETRO CONVULSO TERAPIA	ODONTOLOGIA EM PSIQUIATRIA	SIMPÓSIOS BAIRRAL	RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA	COMUNIDADE TERAPÊUTICA RURAL SANTA CARLOTA	BAIRRAL_EDU GERANDO CONHECIMENTO



www.bairral.com.br  
19 3863.9400 PABX  
19 3863.4255 FAX  
bairral@bairral.com.br

BAIRRAL

DR. IVAN RAMOS DE OLIVEIRA - DIRETOR TÉCNICO MÉDICO  
CRM 45883 - RQE 15846/03

A PSIQUIATRIA HOSPITALAR DO FUTURO  
**HOJE**

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS  
TOSTES<sup>1</sup>, ALEXANDRE  
DE REZENDE PINTO<sup>2</sup> E  
ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA<sup>3</sup>

# ARTIGO

## RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA: O QUE O PSQUIATRA PODE FAZER?

## RELIGIOSITY/SPIRITUALITY IN CLINICAL PRACTICE: WHAT DOES THE PSYCHIATRIST NEED TO DO?

### Resumo

Há um consistente e diversificado corpo de evidências indicando a relevância da Religiosidade e Espiritualidade (R/E) para a saúde mental. É sabida a importância e o impacto que a R/E têm sobre a saúde. Entretanto, devido à carência de treinamento em temas desta natureza, grande parte dos profissionais de saúde têm dificuldades em lidar com a R/E na prática clínica. Este artigo visa oferecer uma breve orientação de algumas das diretrizes práticas de abordagem da R/E no atendimento clínico psiquiátrico e geral. Os profissionais são orientados a coletar a história espiritual do paciente no primeiro atendimento, propiciando a abertura para um diálogo sobre essa temática e determinando a postura e abordagem adequada para a condução do tratamento. Em alguns momentos poderá ser necessário desafiar as crenças que estão sendo utilizadas de maneira prejudicial ou, ainda, contatar o líder religioso. São discutidos critérios que auxiliam na distinção entre experiências espirituais e transtornos mentais. Por fim, o artigo discute brevemente intervenções psicoterapêuticas que incluem a R/E. Conclui-se que aspectos da R/E têm importantes implicações para a saúde mental das pessoas, devendo passar as questões de ensino na área e ser incorporada nas práticas de saúde. O desenvolvimento e a implementação das implicações clínicas da R/E nos cuidados em saúde mental estão entre os principais desafios na área.

**Palavras chave:** Religião, espiritualidade, avaliação, terapêutica, psicoterapia.

### Abstract

There is a robust and diversified body of evidence indicating the importance of religiousness and spirituality (R/S) for mental health. It is known the importance and impact that the R/S have on health. However, due to lack of training on this topic, most health professionals have difficulties in dealing with the R/S in clinical practice. This paper presents a brief orientation of some practical guidelines to approach R/S in general and psychiatric clinical care. Professionals are advised to take a spiritual history as part of the initial evaluation

of all patients, providing the opening for a dialogue on this issue and determining the proper treatment. In some cases, it may be necessary to challenge beliefs that are being used in harmful ways or, contact the religious leader. Criteria are discussed that aid in the distinction between spiritual experiences and mental disorders. Finally, the article briefly discusses psychotherapeutic interventions that include R/S. We conclude that issues of R/S have important implications for people's mental health and should be taken in consideration in training of mental health professionals and be incorporated in health care. The development and implementation of clinical implications of R/S in mental health care are among the main challenges in the area.

**Keywords:** Religion, spirituality, assessment, treatment, psychotherapy.

## INTRODUÇÃO

Há um crescente reconhecimento tanto por clínicos quanto por pesquisadores que Religiosidade e Espiritualidade (R/E) se relacionam com diversos aspectos ligados à saúde<sup>1</sup>. Nas últimas décadas surgiu um robusto e diversificado corpo de evidências indicando que R/E estão habitualmente associadas a melhor saúde física e mental<sup>2</sup>. Estudos recentes encontraram correlação positiva entre R/E e bem-estar psicológico, satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e auto-estima elevada e menor ideação suicida entre os indivíduos mais religiosos<sup>3</sup>. Além disso, a religiosidade do paciente pode influenciar a tomada de decisões médicas, inclusive gerar crenças que conflitam com cuidados médicos, induzir conflitos espirituais que criam estresse prejudicando os resultados e interferir na detecção da doença e adesão ao tratamento<sup>4</sup>.

Com base nestes achados, instituições como a Associação Mundial de Psiquiatria ([www.religionandpsychiatry.com](http://www.religionandpsychiatry.com)), o Colégio Britânico de Psiquiatras ([www.rcpsych.ac.uk/spirit](http://www.rcpsych.ac.uk/spirit)) e as Associações



## JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS TOSTES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Doutoranda do NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Psicóloga Clínica, Terapeuta Cognitivo-Comportamental, Diretora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (NEISME).*

Americanas de Psiquiatria (<http://spiritualityreligionpsychiatrycaucus.com>) e Psicologia ([www.apa.org/about/division/div36.html](http://www.apa.org/about/division/div36.html)) possuem seções específicas de R/E e ressaltam a importância de reconhecer e avaliar a R/E do paciente. Neste sentido, vários estudos também apontam que a maior parte dos pacientes deseja que em seu atendimento os médicos abordem temas relacionados à R/E, no entanto há evidências de que em apenas uma minoria dos casos a R/E foi de fato abordada nas consultas. Em um estudo brasileiro com 110 idosos em reabilitação, 87% gostariam que seus médicos abordassem sua religiosidade e espiritualidade durante os cuidados clínicos, mas apenas 8% referiram já terem sido questionados quanto a sua religiosidade ou espiritualidade<sup>5</sup>. Em outro estudo brasileiro recente, entre 213 pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico, quando questionados, 85% solicitaram assistência religiosa durante a internação<sup>6-7</sup>. Em um estudo com idosos em tratamento para depressão e ansiedade nos EUA, 77% dos participantes achavam importante incluir a religião ou espiritualidade na terapia e estes apresentaram maior *coping* religioso positivo, maior força de fé e estratégias de resolução de problemas mais colaborativas do que autocentradas, em comparação com os que não achavam importante<sup>8</sup>.

Apesar desses dados e recomendações destacarem a importância de abordar a R/E durante a assistência em saúde mental, esta abordagem ainda não foi incorporada rotineiramente à prática clínica. Alguns possíveis obstáculos serão discutidos a seguir.

Há evidências de que psiquiatras e psicólogos tendem a ser menos religiosos que a população em geral, o que pode acarretar, principalmente na ausência de treinamento adequado, em uma dificuldade em compreender e empatizar com a importância da R/E na vida dos pacientes. Essa diferença nos níveis de R/E entre profissionais de saúde mental e os pacientes é chamado por alguns autores como "religiosity gap" e pode, em parte, ser atribuída ao fato de que diversas correntes teóricas na psiquiatria e psicologia tendem a ignorar, desqualificar ou patologizar a R/E<sup>9</sup>. O fato é que uma atitude de mútua desconfiança e julgamentos estereotipados e estigmatizantes permeou boa parte das relações entre R/E e profissionais de saúde mental ao longo do século XX<sup>10</sup>.

Outro fator que parece explicar porque a R/E é uma área desconfortável para muitos médicos em nosso meio pode ser o fato de que a maioria dos clínicos não recebeu treinamento específico de como abordar e lidar com a R/E na prática clínica<sup>11</sup>. A formação nas escolas médicas e os programas de educação continuada ainda são limitados nesse aspecto em nosso meio. De acordo com pesquisas recentes, 59% das escolas médicas britânicas e 90% das escolas médicas dos EUA já têm cursos com conteúdo sobre espi-

ritualidade e saúde. No Brasil, em pesquisa com 86 escolas médicas brasileiras, apenas 10% destas têm cursos na área de Espiritualidade e Saúde e em apenas três há cursos sobre como obter uma história espiritual. No entanto, 90% das escolas médicas investigadas acreditam que é importante ou muito importante que os estudantes de medicina aprendam sobre R/E<sup>10</sup>. Ou seja, mais uma vez, se percebe um abismo entre o reconhecimento da necessidade e a efetiva implantação prática.

Outro aspecto que parece influenciar é a dúvida sobre se é apropriado abordar no atendimento clínico um tema tão íntimo e pessoal como a R/E. No entanto, assim como os psiquiatras investigam outros aspectos íntimos centrais na vida dos pacientes como sexualidade, finanças, relacionamento, trabalho, pois podem influenciar diretamente a vida do indivíduo, é muito útil inquirir sobre a espiritualidade<sup>12</sup>.

Tendo em vista a lacuna ainda existente em nosso meio sobre o treinamento e abordagem da R/E na prática psiquiátrica, este artigo visa revisar e oferecer uma breve orientação de diretrizes práticas básicas de abordagem da R/E no atendimento em saúde mental, tanto em aspectos de avaliação quanto de conduta terapêutica.

## IMPLICAÇÕES CLÍNICAS NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA: O QUE OS PSIQUIATRAS PODEM FAZER?

Tendo em vista os dados já apresentados, a espiritualidade deve ser abordada pelo clínico, independentemente deste ser religioso, a-religioso ou anti-religioso. O essencial é que a abordagem seja centrada no paciente, ou seja, o que importa são os valores, crenças e bem estar dos pacientes. Diretrizes elaboradas pela Associação Psiquiátrica Americana<sup>13</sup> orientam sobre a importância dos psiquiatras conhecerem, respeitarem e empatizarem com os valores, crenças e visões de mundo de seus pacientes. Os psiquiatras não devem impor suas próprias crenças ou visões de mundo, religiosas ou não religiosas. Também não devem conceber as práticas religiosas como substitutos de procedimentos diagnósticos e terapêuticos bem estabelecidos, mas podem potencializar a recuperação dos pacientes ao tomar decisões clínicas que considerem cuidadosamente os valores e crenças culturais, religiosos/espirituais e pessoais dos pacientes.

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS  
TOSTES<sup>1</sup>, ALEXANDRE  
DE REZENDE PINTO<sup>2</sup> E  
ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA<sup>3</sup>

# ARTIGO

## Como abordar

### História espiritual - Como o psiquiatra deve colher a história espiritual?

A história espiritual deve reunir informações sobre a R/E de seus pacientes, suas experiências durante a vida e determinar qual papel desempenha em seus problemas atuais. Mesmo que se perceba que o paciente não é religioso ou que R/E não são relevantes naquele momento, pelo fato de ter sido questionado a respeito, o paciente percebe que, caso sinta necessidade no futuro, há abertura para abordar tal tema na relação terapêutica estabelecida.

Primeiramente, pode-se explicar brevemente o porquê dessas perguntas estarem sendo realizadas<sup>14</sup>. Um modo é começar dizendo que a R/E influencia a forma como muitos pacientes lidam com seus problemas e sua saúde. Outro modo é simplesmente questionar o que tem auxiliado o paciente a lidar com o problema atual ou outros ao longo da vida, ou o que dá sentido à sua vida. Estas questões existenciais frequentemente proporcionam um contexto em que os pacientes expõem sua R/E<sup>10</sup>. Existem algumas escalas que ajudam a abordar a R/E dos pacientes como CSI-Memo<sup>15</sup> e FICA<sup>16</sup>. Em resumo, as principais questões norteadoras estão no quadro 1:

#### Quadro 1 – Questões norteadoras da história espiritual

- Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada? Em caso afirmativo, qual a importância da religião ou espiritualidade em sua vida?
- Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa? Qual? Ela oferece apoio? Qual?
- Sua R/E influencia o modo como você lida com as dificuldades da vida e em particular com este problema que estamos conversando?
- Sua R/E oferece conforto ou é fonte de estresse?

No Brasil, há um alto grau de sincretismo religioso, mais de 10% dos brasileiros frequentam simultaneamente mais de uma religião<sup>17</sup>. Além de frequentar diretamente, as pessoas também podem ter outras formas de contato com outras religiões, tais como fazer leituras, ouvir músicas e acompanhar programas de rádio e TV. Assim, além de perguntar qual a religião do paciente, vale à pena perguntar se o paciente tem interesse por outras religiões ou formas de espiritualidade.

Experiências negativas no passado relacionado à religião são

particularmente importantes, inclusive decepções causadas por comportamentos inapropriados de líderes religiosos, orações percebidas como não respondidas, perdas importantes ou conflitos com o clero ou outros membros da igreja<sup>15</sup>.

No caso de pacientes não religiosos, ao invés de focar na espiritualidade, o médico pode perguntar como o paciente convive com a doença, o que promove um significado e propósito à sua vida e quais crenças culturais podem ter impacto no seu tratamento<sup>7</sup>. Nestes casos, vale também explorar possíveis experiências negativas que possam ter afastado o paciente da R/E<sup>15</sup>.

### O que o médico faz com as informações coletadas pela história espiritual?

As informações obtidas com a história espiritual ajudarão a determinar a abordagem do terapeuta (seja apoiadora, neutra ou desafiadora)<sup>14</sup>. Se os aspectos religiosos ou espirituais não são importantes para o paciente, então a história deve ser brevemente documentada<sup>14</sup>. Se as crenças e práticas R/E, bem como o apoio do grupo religioso são ou foram úteis no modo como o paciente lida com situações de estresse (“*coping*”), então é apropriado incentivar e apoiá-los, do mesmo modo que deve ser feito com todo modo positivo de *coping* já desenvolvido pelos pacientes<sup>15</sup>. Como exemplo, temos pacientes que referem benefícios com práticas de oração, meditação, leituras, busca de aconselhamento religioso ou participação em atividades assistenciais promovidas pelos grupos religiosos. Em um estudo realizado em São Paulo, dependentes de drogas referiram a utilidade da oração como ferramenta eficaz para lidar com situações de fissura pela droga<sup>18</sup>.

O médico nunca deve impor ou cooptar o paciente para suas crenças religiosas ou anti-religiosas. Deve-se evitar também impor a história espiritual caso o paciente não deseje. Faz-se sempre importante atentar-se para que as atividades sejam centradas no paciente, em seus valores e crenças e não nas dos profissionais<sup>14</sup>.

### Lidando com as crenças dos pacientes

Na abordagem da R/E no tratamento psiquiátrico/psicoterapêutico, torna-se importante observar as questões éticas, como a capacidade do médico de inquirir de maneira adequada sobre a vida religiosa e espiritual do paciente. Deve ser respeitoso este inquérito, pois falhas éticas podem ocorrer e as convicções do terapeuta podem fazer com que o princípio da neutralidade seja abandonado<sup>19</sup>. Mesmo que bizarras ou claramente patológicas, as crenças religiosas devem ser tratadas com respeito e deve-se ten-



tar compreendê-las. Cuidados devem ser tomados e é prudente que o psiquiatra tenha um profundo conhecimento da patologia do paciente e a estrutura da personalidade subjacente<sup>14</sup>. Além disso, é preciso estar atento a possíveis reações contra-transferenciais que a R/E do paciente, ou mesmo sua ausência, possa gerar no profissional de saúde mental. Um profissional religioso pode se sentir desconfortável por um paciente apresentar crenças ou atitudes que divirjam de suas práticas religiosas, ou um terapeuta não religioso pode ter a mesma reação frente a um paciente religioso, cujas crenças são vistas como neuróticas ou delirantes<sup>15</sup>. É relevante ressaltar também a necessidade que futuras pesquisas sejam realizadas com o objetivo de investigar como a R/E dos terapeutas interage com a de seus pacientes.

Normalmente as crenças religiosas proporcionam sentido à vida e às dificuldades enfrentadas, sendo fonte de consolo e esperança, auxiliando o paciente a enfrentar de modo adequado às adversidades. Quando as crenças religiosas estão contribuindo para a manutenção ou aumento da psicopatologia, uma postura inicial respeitosa e neutra é a melhor escolha. Em algum ponto, no entanto, pode ser necessário gentilmente desafiar as crenças que estão sendo utilizadas de maneira prejudicial. Entretanto, para que tal estratégia seja tomada é importante que a aliança terapêutica esteja bem estabelecida, a história espiritual já tenha sido colhida e observar se outras estratégias já tenham sido tomadas<sup>15</sup>. Por vezes, certas crenças e práticas religiosas do paciente podem assumir um caráter que enfatize culpa inapropriada, restrições, punições, aceitação de comportamentos abusivos, não adesão ao tratamento proposto, ou que esteja de alguma forma bloqueando o progresso do desenvolvimento psíquico do paciente. Nestes casos, pode ser muito útil pedir ao paciente que busque conhecer outras visões sobre o aspecto em questão, tanto dentro da religião do paciente como em outras religiões. Frequentemente o paciente perceberá que aquela visão que ele possuía é apenas uma interpretação dentre as muitas possíveis dos ensinamentos religiosos que ele valoriza<sup>10</sup>.

### **Interação com líderes religiosos**

Por vezes o paciente pode referir oposição entre questões religiosas e o tratamento médico. Nestes casos, pode ser de grande valia contatar o líder religioso, após autorizado pelo paciente, não com uma postura de confronto, mas tentando trabalhar em conjunto em busca do melhor atendimento ao paciente<sup>15</sup>. Os autores têm boa experiência neste tipo de procedimento e pode-se exemplificar com o seguinte caso clínico. Uma paciente com transtorno bipolar tinha relutância em aceitar o tratamento psiqui-

átrico pois seu grupo religioso julgava que ela possuía apenas um problema espiritual. Com autorização da paciente, contatamos o líder religioso de sua confiança e explicamos que desejávamos um trabalho conjunto pelo bem estar da paciente. Ressaltamos os benefícios que ela vinha tendo com o apoio do grupo religioso ao qual ela pertencia e que seria muito importante para manter o bem estar e estabilidade de humor da paciente que ela também realizasse o acompanhamento psiquiátrico e o uso de medicações. Ao perceber esta postura não confrontativa e de atuação colaborativa, obtivemos o apoio do líder religioso que passou a estimular a adesão da paciente ao tratamento psiquiátrico.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Há evidências consistentes de que na população geral é alta a prevalência de experiências psicóticas ou dissociativas, mas a maioria dos indivíduos que vivenciam tais experiências não sofre de transtornos psicóticos ou dissociativos. Experiências espirituais frequentemente apresentam vivências que podem se assemelhar a sintomas psicóticos ou dissociativos, podendo acarretar problemas de diagnóstico diferencial<sup>20</sup>. Neste sentido, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- 4ª Edição (DSM-IV) introduziu uma nova categoria chamada “Problemas Religiosos ou Espirituais” com o objetivo de direcionar a atenção clínica, justificando a avaliação de experiências religiosas e espirituais como parte integrante da investigação psiquiátrica sem necessariamente julgá-las como psicopatológicas<sup>20,21</sup>.

No quadro 2 são apresentadas algumas diretrizes que podem auxiliar o raciocínio clínico na avaliação de experiências espirituais, psicóticas ou dissociativas. Embora estes critérios não sejam absolutos, podendo haver contra-exemplos para todos eles, eles são sugestivos de uma experiência não patológica.

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS  
TOSTES<sup>1</sup>, ALEXANDRE  
DE REZENDE PINTO<sup>2</sup> E  
ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA<sup>3</sup>**

# ARTIGO

## Quadro 2: Critérios sugestivos de experiências espirituais saudáveis<sup>20</sup>

- Ausência de sofrimento psicológico,
- Ausência de incapacitações sociais ou ocupacionais,
- Existe uma atitude de discernimento com relação à experiência, incluindo a capacidade de perceber sua natureza anômala / incomum e que a mesma pode não ser compartilhada por outros.
- As experiências podem ser compreendidas dentro dos conceitos e práticas de algum grupo cultural ou religioso estabelecido,
- Ausência de comorbidades psiquiátricas,
- O indivíduo é capaz de limitar a ocorrência de suas experiências ao local e momento adequados,
- A experiência promove crescimento pessoal ao longo do tempo.

Dessa forma, o reconhecimento pelos médicos e pela população de que experiências aparentemente psicóticas são bastante comuns e não necessariamente patológicas pode não apenas melhorar a prática clínica, mas também contribuir para diminuir o estigma associado a pessoas com tais vivências.

## INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS COM ASPECTOS DE R/E

Pesquisas indicam que a maioria dos pacientes querem discutir questões religiosas/espirituais em terapia, e que o uso de intervenções religiosas e espirituais para alguns pacientes pode ser um complemento eficaz às intervenções ditas tradicionais<sup>22</sup>. As evidências científicas disponíveis sugerem que intervenções religiosas/espirituais são muitas vezes eficazes. Duas abordagens com componentes espirituais que têm recebido crescente atenção e que têm demonstrado efeitos benéficos são as práticas de meditação<sup>23</sup> e os grupos de mútua ajuda que seguem os 12 passos<sup>24,25</sup>.

Na última década tem havido um crescimento no número de ensaios clínicos controlados de psicoterapias adaptadas para inclusão de aspectos de R/E. As intervenções cognitivo-comportamentais modificadas para aspectos de R/E estão entre as mais estudadas. Entre as estratégias de uma terapia cognitivo-compor-

tamental modificada para aspectos de R/E estão: utilizar argumentos racionais religiosos com o intuito de contrapor pensamentos ou crenças disfuncionais; encorajar a oração diária como recurso de tranquilidade, orientar a leitura de textos religiosos conforme a crença do paciente e discutir exemplos de estilos de vida saudáveis valorizados pela religião.<sup>19,26,27</sup>

Foi realizada uma meta-análise recente<sup>27</sup> de 46 estudos sobre integração de crenças e práticas R/E em práticas psicoterapêuticas. Os principais problemas abordados foram depressão, ansiedade, traumas, desesperança, doenças físicas (câncer, doenças cardíacas), falta de perdão, uso e abuso de substâncias e problemas conjugais. Concluiu-se que as psicoterapias que integram aspectos de R/E são pelo menos tão eficazes quanto as convencionais na melhora de sintomas psicológicos e são mais efetivas na melhora do bem estar espiritual dos pacientes. Estes resultados mantiveram-se mesmo após o término das intervenções terapêuticas. Com base na revisão meta-analítica realizada, os autores concluem sugerindo diversas aplicações práticas em relação às psicoterapias que incorporam aspectos de R/E:

- São eficazes e devem ser vistas como uma opção de tratamento para pacientes religiosos ou para aqueles que espiritualidade é algo importante;
- Não há evidências apontando piores resultados para esse tipo de psicoterapia em relação às psicoterapias convencionais;
- Oferecem aos pacientes um bem estar espiritual que as psicoterapias convencionais não oferecem. Para pacientes que valorizam R/E, podem ser consideradas como tratamento de escolha;
- A incorporação ou não de aspectos de R/E na psicoterapia deve se basear nos desejos e necessidades de cada paciente. Psicoterapeutas deveriam então investigar a R/E de seus pacientes e, se for o caso, incluir estes aspectos na terapia, pois evidências demonstram que adaptar a psicoterapia às preferências dos pacientes melhoram a eficácia e diminuem as taxas de abandono<sup>27</sup>.

## CONCLUSÃO

O cuidado com o ser humano a partir de uma integralidade e o respeito à individualidade são aspectos fundamentais na atuação do psiquiatra e dos demais profissionais de saúde. Neste sentido, aspectos ligados à R/E são relevantes na saúde mental, devendo passar o ensino na área e estarem inseridos nas práticas de saú-



## ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA<sup>3</sup>

<sup>3</sup>Coordenador do NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFJF, Doutorado pela Universidade de São Paulo e Pós-Doutorado pela Duke University, EUA.

de. Apesar de existirem robustas evidências da associação entre R/E e melhor saúde, ainda há pouco conhecimento e aplicação desta abordagem pelos profissionais. Entretanto, já há diversas formas de aplicação clínica deste conhecimento para benefício de nossos pacientes. Temos agora como desafio a maior difusão do conhecimento e o treinamento nestas práticas, bem como o desenvolvimento de outras formas de aplicação clínica.

*Correspondência:*  
Alexander Moreira-Almeida  
Rua Itália Cautiero Franco 497  
Granville 36036-241 - Juiz de Fora – MG  
alex.ma@ufjf.edu.br

*Fontes de financiamento:* Bolsa de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES) para JSRMT.

*Conflito de interesses:* Inexistente

## Referências

- 1. Moreira-Almeida, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Rev. psiquiatr. clín.* 2007; 34 (supl.1):3-4.
- 2. Moreira-Almeida A, Stroppa A. Espiritualidade e Saúde Mental: o que as evidências mostram? *Revista Debates em Psiquiatria.* 2012; 2: 34-41.
- 3. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health.* 2ª ed. New York: Oxford University Press, 2012
- 4. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *South. med. j.* 2004; 97:1194-200.
- 5. Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MF, Moreira-Almeida A et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med.* 2011; 43(4):316-22.
- 6. Lucchetti G, Braguetta CC, Vallada C, Vallada H. Exploring the acceptance of religious assistance among patients of a psychiatric hospital. *Int J Soc Psychiatry.* 2012; january 5.
- 7. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med.* 2010; 8(2):154-8.
- 8. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging ment. health.* 2011; 15(3):334-43.
- 9. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. *J Nerv Ment Dis.* 1992; 180(11):673-82.
- 10. Griffith, J. L. (2012). Psychiatry and Mental Health treatment. In: Mark Cobb, Christina M Puchalski, Bruce Rumbold (Eds). *Oxford Textbook of spirituality in healthcare.* Oxford: Oxford University Press. pp.227-33.
- 11. Lucchetti G, Lucchetti AL, Espinha DC, Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ.* 2012; 12 (1):7-8
- 12. Cook CCH, Dein S, Powell A, Eagger S. Spirituality and boundaries in psychiatry. *The Psychiatrist Online.*

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS  
TOSTES<sup>1</sup>, ALEXANDRE  
DE REZENDE PINTO<sup>2</sup> E  
ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA<sup>3</sup>**

# ARTIGO

- 2010; 34:257-58.
- 13. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders. Compendium 2006. APA, 2006.
- 14. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? *The Psychiatrist*. 2008; 32: 201-03.
- 15. Koenig HG. Spirituality in patient care. Why, how, when, and what. 2nd Ed. Philadelphia: Templeton Foundation Press; 2007.
- 16. Puchalski CM. A time for listening and caring-spirituality and the care of the chronically ill and dying. New York: Oxford University Press; 2006.
- 17. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev. psiquiatr. clín.* (São Paulo). 2010; 37:12-15.
- 18. Sanchez ZM. As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas [tese de doutorado]. São Paulo: UNIFESP; 2006.
- 19. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Rev. Psiq. Clín.* 2007; 34(supl 1): 136-45.
- 20. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2011; 33 (supl.1):21-8.
- 21. Menezes Junior A, Moreira-Almeida, A. O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Rev. psiquiatr. clín.* 2009; 36(2): 75-82.
- 22. Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol.* 2009;65(2):131-46.
- 23. Hathaway W, Tan E. Religiously oriented mindfulness-based cognitive therapy. *J Clin Psychol.* 2009; 65(2):158-71.
- 24. Emrick CD, Tonigan JS, Montgomery H, Little L. Alcoholics Anonymous: What is currently known? In: McCrady BS, Miller WR, editores. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*. Piscataway, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies; 1993: 41-76.
- 25. Jackson P, Cook CCH. Introduction of a spirituality group in a community service for people with drinking problems. *Journal of Substance Use.* 2005; 10(6):375-383.
- 26. Worthington EL, Aten JD. Psychotherapy with religious and spiritual clients: an introduction. *J Clin Psychol.* 2009; 65(2):123-30.
- 27. Worthington EL, Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. In: Norcross JC (Org). *Psychotherapy relationships that work*. 2a. ed. New York: Oxford University Press; 2011:402-19.

## TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: O BÁSICO

### ADHD: BASICS FOR THE GENERAL PSYCHIATRIST

#### Resumo

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é bastante frequente, com altas taxas de comorbidades e com grande impacto na vida do seu portador. Amplamente estudado em Psiquiatria vem, historicamente, sofrendo modificações importantes em seus critérios diagnósticos, sendo que a sua forma adulta vem ganhando ênfase nas últimas edições dos sistemas de classificação de doenças mentais. O diagnóstico continua sendo clínico e o tratamento tem como base intervenções psicossociais e o tratamento medicamentoso, sendo a primeira escolha o uso de estimulantes.

**Palavras Chaves:** ADHD, Tratamento

#### Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is highly prevalent and presents high rates of comorbidities and great impact on patients' lives. ADHD has been extensively studied in Psychiatry and subjected to significant changes in its diagnostic criteria. ADHD in adults is gaining emphasis in recent editions of the classification systems. The diagnosis remains clinical and the treatment is based on psychosocial and psychopharmacological interventions. Psychostimulants are the first choice for the treatment of ADHD.

**Keywords:** ADHD, TREATMENT

#### Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental frequente, multifatorial e crônico que envolve alterações neurobiológicas e que apresenta basicamente três categorias de sintomas que devem ocorrer em nível não adaptativo quando se leva em consideração o estágio de desenvolvimento do indivíduo: desatenção, hiperatividade e impulsividade. A apresentação do transtorno é variável e pode haver predominância de um grupo de sintomas em relação a outro e, inclusive, "migração" da predomi-

nância de um grupo de sintomas para outro ao longo da vida de um mesmo indivíduo. Por isso, a apresentação do TDAH varia bastante de uma pessoa para outra. A "carga" genética do transtorno, a presença de outros problemas clínicos e/ou psiquiátricos, o temperamento do indivíduo assim como o meio no qual está inserido também estão implicados nas diferentes formas de apresentação do TDAH. O seu componente genético tem sido amplamente estudado<sup>1,2</sup>. Além disso, o TDAH apresenta uma vasta gama de comorbidades<sup>3</sup> e negligenciar o seu tratamento pode trazer consequências nocivas para a vida do indivíduo<sup>4</sup>.

Aproximadamente 5,3% das crianças e adolescentes apresentam diagnóstico de TDAH<sup>5</sup>. Há evidências da persistência do quadro na vida adulta em 60 a 70% dos casos<sup>6</sup>.

O poema "Fidgety Philip\*" do médico alemão Heinrich Hoffman, de 1845, talvez seja uma das primeiras descrições da hiperatividade em crianças. No entanto, em 1789, Alexander Crichton descreveu um quadro que poderia corresponder a um TDAH do subtipo desatento no seu livro "An inquiry into the nature and origin of mental derangement". Em 1902, o pediatra George Still descreveu de forma rudimentar o comportamento de 43 crianças de sua clínica, que talvez hoje recebessem o diagnóstico de TDAH, como decorrentes de "defeitos mórbidos do controle moral"<sup>7,8</sup>.

O termo "Lesão Cerebral Mínima", lançado por Alfred Strauss em 1941, ligou os sintomas comportamentais, incluindo a hiperatividade e o déficit atencional, a lesões cerebrais. Em 1966, surgiu o termo "Disfunção Cerebral Mínima", considerando aspectos disfuncionais e não puramente estruturais das vias nervosas envolvidas<sup>7,8,9</sup>.

O termo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade foi consolidado pelo DSM-III-R, pelo DSM-IV e pelo DSM-IV-TR<sup>10</sup> em 1987, 1994 e 2002, respectivamente. O primeiro passou a considerar que as alterações comportamentais poderiam ter causas não puramente "emocionais" e o segundo, além de elencar os

\* No Brasil foi publicado com o título João Felpudo, Editora Iluminuras.



sintomas de TDAH nas categorias “Desatento”, “Hiperativo/Impulsivo” e “Combinado”, passou a considerar a persistência dos sintomas na vida adulta. Antes disso, o TDAH recebia designações como “Reação Hipercinética da Infância e da Adolescência” (DSM II), “Síndrome Hipercinética” (CID-9), “Transtorno de Déficit de Atenção” com e sem Hiperatividade (DSM-III) e, na CID-10, aparece ainda hoje como “Transtornos Hipercinéticos”<sup>7,8</sup>.

Os critérios do DSM-IV-TR<sup>TM</sup> para TDAH<sup>10</sup> podem ser vistos na tabela 1.

**Tabela 1**

### **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TDAH SEGUNDO O DSM-IV-TR<sup>TM</sup>**

**A. Ou (1) ou (2)**

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

**Desatenção:**

(a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras

(b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas

(c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra

(d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)

(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades

(f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exigam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)

(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa

(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

**Hiperatividade:**

(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira

(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado

(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)

(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer

(e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”

(f) frequentemente fala em demasia

**Impulsividade:**

(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas

(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez

(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade).

**Codificar com base no tipo:**

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar “Em Remissão Parcial”.

Algumas mudanças vêm sendo sugeridas para o DSM-V. Uma revisão sistemática observou que apenas metade dos adultos que são avaliados para os sintomas de TDAH assinalam a sua presença aos 7 anos de idade e que estudos com vários desenhos apontam para uma transição do ponto de corte da infância para a adolescência. Desta forma, foi proposta a reformulação do critério, com a modificação da exigência da presença de sintomas de TDAH aos 7 para os 12 anos, minimizando os falsos negativos que podem ocorrer quando os casos são avaliados mais tardiamente, o que

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **LEONARDO S. GASPAR<sup>1</sup>** E  
**ANA G. HOUNIE<sup>2</sup>**

# ARTIGO

dificulta a recuperação de dados acerca da idade de início dos sintomas<sup>11</sup>. Na prática, adolescentes que não recebiam o diagnóstico por não ter tido prejuízo na vida escolar antes dos 7 anos de idade, podem receber o diagnóstico. Conseqüentemente, o número de diagnósticos pode aumentar, sem significar um aumento real de incidência e prevalência.

Embora o DSM-IV-TR<sup>TM</sup> considere a persistência dos sintomas na vida adulta, os critérios foram desenvolvidos e validados usando em sua maioria crianças e adolescentes do sexo masculino. Além disso, a aplicação direta dos critérios para os adultos é questionável. Assim, o desenvolvimento do DSM-V oferece uma grande oportunidade para se rever os critérios para adultos com TDAH, com base nas crescentes pesquisas no adulto, inclusive auxiliando a pontuar as diferenças em sua expressão entre os gêneros<sup>12,13</sup>.

## Diagnóstico

A hiperatividade, a impulsividade e o déficit de atenção, como sintomas, aparecem em outros transtornos psiquiátricos e podem ser secundários a diversas condições clínicas, ao uso de determinadas medicações e à exposição a estressores ambientais. A presença destes sintomas, portanto, não garante o diagnóstico de TDAH. Torna-se fundamental, portanto, diferenciar o déficit de atenção do TDAH daquele decorrente de outras causas<sup>14</sup>.

O diagnóstico de TDAH, até o momento, baseia-se na coleta cuidadosa da história clínica e no exame do estado mental dos pacientes, buscando-se excluir outras condições que possam mimetizar os sintomas e investigar a presença de comorbidades. No caso de crianças e adolescentes, a escola pode fornecer informações valiosas acerca do seu funcionamento. Há escalas de auxílio diagnóstico que podem ser aplicadas aos pais, parentes e professores. No adulto utiliza-se a escala ASRS-18 para avaliar os sintomas. Na criança, utiliza-se a SNAP-IV e as escalas de Conners para Pais e Professores. Essas escalas são úteis para quantificação da melhora dos sintomas ao longo do tratamento e para a sistematização do diagnóstico. Além dos critérios para TDAH a SNAP possui algumas questões relacionadas a alterações de conduta e oposição desafiante.

Embora a clínica seja soberana para o diagnóstico de TDAH, pode-se lançar mão de solicitações de avaliações de outros profissionais: neurologistas, psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos para auxiliarem no diagnóstico diferencial avaliando a presença de comorbidades, como, por exemplo, Transtornos de Aprendizagem e Retardo Mental. Isso é importante para a elaboração do melhor

tratamento a ser estruturado pelos profissionais envolvidos no caso. Importante ressaltar que, apesar de comum nas crianças e adolescentes, nem sempre o prejuízo funcional do TDAH é a dificuldade escolar e que a queixa principal dos pais no consultório pode ser decorrente de comorbidades psiquiátricas. A ausência de alterações no exame neurológico, na avaliação neuropsicológica ou em qualquer exame de imagem não exclui o diagnóstico uma vez tendo sido constatada a síndrome na avaliação clínica e corroborada pelo preenchimento dos critérios para TDAH pelo DSM-IV e pela CID-10<sup>15</sup>. Salientamos que o código oficialmente em uso no Brasil é a CID-10, enquanto que o DSM-IV é o mais utilizado no meio acadêmico e nas publicações científicas.

## Psicopatologia

A base de todo diagnóstico psiquiátrico é a avaliação da psicopatologia. Não custa relembrar aqui os conceitos básicos que devem nortear o diagnóstico. A atenção é um processo cerebral que tem por função direcionar a atividade psíquica ao estímulo que o solicita a fim de fixar, definir e selecionar percepções, representações e elaborar o pensamento<sup>16</sup>. Assim, a atenção regula os estímulos sensoriais, os impulsos motores e as emoções. As estruturas cerebrais envolvidas na atenção são as regiões pré-frontais (dorso-lateral, cíngulo e órbita-frontal), o lobo parietal, os gânglios da base e o cerebelo<sup>17</sup>.

A atenção pode ser voluntária ou espontânea (involuntária). Outras funções psíquicas interagem com a atenção, de modo que esta se modifica em função das alterações da consciência, da vontade e da afetividade. A atenção tem duas qualidades: a tenacidade e a vigilância. A tenacidade é a capacidade de manter a atenção orientada a um foco e, a vigilância, a capacidade de alternar o foco de atenção. Em geral, elas se comportam de modo antagônico. Os conceitos que o clínico deve manter em mente ao avaliar a atenção são: distração, distraibilidade, hiperprosexia, hipoprosexia e aprosexia, definidas abaixo:

**Distração:** concentração aumentada em relação a um foco com perda da percepção do que está fora desse foco (hipertenacidade e hipovigilância). Por alguns chamada de "hiperfoco". É o que causa os portadores de TDAH ficarem "no mundo da lua".

**Hiperprosexia:** aumento da atenção, em especial da vigilância. Para Bleuler<sup>18</sup>, equivaleria à distraibilidade, ocorrendo labilidade da atenção, por exemplo nos estados de excitação psicomotora (mania, hipomania, ansiedade, no abuso de anfetamínicos, etc).

**Distraibilidade:** dificuldade ou incapacidade patológica de se

<sup>2</sup> *Psiquiatra. Doutora em Ciências. Coordenadora do Ambulatório de Síndrome de Tourette do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo. Supervisora do ambulatório de Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UPIA) da Universidade Federal de São Paulo.*

concentrar (hipotenacidade e hipervigilância).

**Hipoprosexia:** redução de todos os aspectos da atenção. Ocorre nos estados depressivos, na esquizofrenia, no retardo mental, na embriaguez e em todos os quadros em que há redução do nível de consciência.

**Aprosexia:** absoluta falta de atenção, independentemente da força do estímulo. Ocorre em estados demenciais avançados e no estupor<sup>18</sup>.

Às vezes, é difícil diferenciar se a patologia da atenção se deve ao TDAH ou a algum outro transtorno como, por exemplo, quadros bipolares, ansiosos ou na Síndrome de Tourette. Os pacientes hipomaníacos podem confundir-se com os portadores de TDAH devido à similaridade dos quadros; ambos são agitados, impulsivos, falantes e desatentos. No entanto, no paciente bipolar, observa-se alternância da polaridade do humor, tendência maior à irritabilidade, conteúdo do discurso grandioso ou tendendo à exaltação de características próprias ("ego inflado"), velocidade da fala aumentada ou discurso jocoso ou eufórico. No TDAH, no entanto, não há alegria excessiva, o padrão hiperativo é crônico e não cíclico e, no que concerne à atenção, quando há interesse ou recompensa imediata no assunto, em geral, a concentração é boa (o que explica por que crianças hiperativas conseguem ficar horas no computador ou videogame). Nos transtornos ansiosos (Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Pânico, por exemplo), a concentração encontra-se prejudicada e em geral há hipervigilância. No Transtorno Obsessivo-Compulsivo, em contrapartida, há hipertenacidade e hipovigilância. Em crianças com síndrome de Tourette, a prevalência de TDAH e de TOC é mais alta do que na população em geral. Nestes casos deve-se avaliar se o déficit de atenção é um sintoma de TDAH ou se é secundário aos tiques ou a fenômenos obsessivo-compulsivos. É frequente que os tiques interrompam o curso do pensamento ou da fala. Também as obsessões (ou a ruminação obsessiva do deprimido) podem dar a impressão de que há um déficit de atenção, quando na verdade o paciente está realizando rituais mentais. A distração pode ocorrer por vários motivos num mesmo paciente. Nesse caso, ao longo do tratamento, cabe monitorar a melhora de cada tipo de distração para adequar a psicofarmacoterapia.

Os sintomas de TDAH costumam modificar-se ao longo do tempo. Com a maturação do SNC alguns sintomas como a hiperatividade e a impulsividade vão melhorando, de modo que no adulto, 2/3 dos casos permanecem com sintomas, em especial os de desatenção<sup>19,20</sup>.

Outra particularidade que merece ser mencionada é o diagnóstico de acordo com o gênero. As mulheres com TDAH costumam

apresentar um perfil de comorbidades diferentes, com mais depressão e transtornos de ansiedade, enquanto os homens apresentam mais transtorno de personalidade antissocial, e abuso de substâncias<sup>21</sup>.

## Tratamento

O tratamento ideal envolve uma combinação de medidas ambientais e farmacológicas. Dentro das intervenções psicossociais, salientamos a implementação de adequado suporte psicoeducacional direcionado aos pacientes, familiares e professores, assim como orientação escolar. A abordagem psicoterápica abarca não só os sintomas do TDAH, mas também das comorbidades.

### a) Psicofarmacológico

Abordaremos aqui, dentro do tratamento medicamentoso, a utilização dos estimulantes, que são o tratamento de primeira escolha no TDAH. Quando da falha dos estimulantes, ou quando de sua contraindicação, outras opções terapêuticas existem, e para isso referimos o leitor para a literatura especializada. Há várias tentativas de algoritmos para o tratamento medicamentoso do TDAH. No entanto, o plano terapêutico deve ser individualizado, levando-se em consideração a presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas, a tolerabilidade da medicação e a condição financeira do paciente<sup>22</sup>.

Os estimulantes são a primeira escolha dentro do tratamento psicofarmacológico do TDAH. No Brasil, temos disponíveis os derivados do metilfenidato e a lisdexanfetamina (um derivado da anfetamina), que chegou recentemente ao mercado brasileiro. É importante escalar as doses das medicações, buscando-se a maior eficácia com a menor taxa possível de efeitos colaterais.

Na Tabela 2 estão dispostos os medicamentos estimulantes disponíveis no Brasil. Em alguns estados brasileiros o metilfenidato de curta duração está disponível na rede pública. As outras formulações somente estão disponíveis nas farmácias particulares. Todos os estimulantes devem ser receitados na receita (amarela) do tipo A. A quantidade máxima a ser prescrita é a utilizada em 30 dias de tratamento. Prescrições fora dessa norma devem ser acompanhadas de justificativa.

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **LEONARDO S. GASPAR<sup>1</sup>** E  
**ANA G. HOUNIE<sup>2</sup>**

# ARTIGO

**Tabela 2**

NOME GENÉRICO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO	DURAÇÃO APROXIMADA DO EFEITO
Lisdexanfetamina	Venvanse <sup>*</sup>	Cápsulas de 30, 50 ou 70mg	12 horas
Metilfenidato (ação curta)	Ritalina <sup>*</sup>	Comprimidos de 10mg	3 a 5 horas
Metilfenidato (metilfenidato de longa ação OROS)	Concerta <sup>*</sup>	Cápsulas de 18, 36 ou 54mg	12 horas
Metilfenidato (metilfenidato de longa ação SODAS)	Ritalina LA <sup>*</sup>	Cápsulas de 20, 30 ou 40mg pela manhã	8 horas

OROS<sup>®</sup> (osmotic-controlled release oral delivery system)  
SODAS<sup>®</sup> (spheroidal oral drug absorption system)

Geralmente, inicia-se o tratamento com o metilfenidato de ação curta, para escalonamento da dose. As doses utilizadas variam de 0,4 a 1,3mg/kg/dia. Atingida a dose eficaz, conforme a evolução do paciente, as características do transtorno, as comorbidades psiquiátricas, o perfil de efeitos colaterais e os recursos financeiros do paciente e/ou de sua família, troca-se o metilfenidato de curta para o de longa ação, levando-se em consideração a correspondência de doses entre as formulações. Cerca de 70% de crianças e jovens respondem a um dos medicamentos estimulantes em doses terapêuticas<sup>14</sup>. As versões de estimulantes de longa ação, a despeito do alto custo, têm as vantagens de dose única diária e, por conseguinte, de melhora da adesão. A lisdexanfetamina, apesar de ser de alto custo financeiro, possui a vantagem de, por ser um pró-fármaco ingerido em sua forma inativa, diminuir o potencial de abuso se comparado principalmente às anfetaminas de ação imediata. Além disso, possui um tempo mais longo de ação, sendo vantajoso para aqueles que estudam/trabalham à tarde e à noite, o que também ocorre com a versão OROS<sup>®</sup> do metilfenidato.

Os estimulantes podem causar redução de apetite e, diante de estudos que demonstram que indivíduos submetidos ao uso destas medicações poderiam ter sua velocidade de crescimento diminuída e sua estatura final comprometida em 1 a 2 cm<sup>14</sup>, deve-se fazer o monitoramento cuidadoso do paciente em relação a perdas ponderais e, em crianças, o acompanhamento rigoroso também das curvas de crescimento. Modificações nos horários de adminis-

tração e ajustes nas doses dos psicoestimulantes podem ser suficientes para o desaparecimento da insônia, outro efeito colateral frequente. Devemos investigar alterações do sono progressas ao tratamento, comuns no TDAH. Não raro, pacientes com dificuldades prévias em conciliar o sono apresentam melhora do quadro após algumas semanas de tratamento com os psicoestimulantes.

Em pré-escolares, deve-se buscar como primeiro recurso terapêutico a orientação dos pais e dos professores. Na falha deste, deve-se considerar então a implementação, medindo-se a relação risco-benefício, de tratamento medicamentoso. Evidências sugerem que a taxa de metabolização da me-

dicação estimulante é mais lenta em crianças de 4 a 5 anos de idade, de modo que deve ser iniciada com uma dose mais baixa e incrementada aos poucos. Embora haja evidência moderada de que o metilfenidato seja seguro e eficaz em crianças pré-escolares, a sua utilização neste grupo etário permanece "off-label". Embora o uso de dextroanfetamina seja aprovado pelo FDA para menores de 6 anos, a evidência insuficiente acerca da segurança e da eficácia neste grupo etário não torna possível sua recomendação, neste momento. Atenção e suporte especiais devem ser dados aos pais de pacientes com TDAH que também sejam portadores<sup>14</sup>.

Solicitar avaliação cardiológica antes da introdução de estimulantes é mandatório em pacientes com história pessoal ou familiar de problemas cardíacos. É importante a realização da busca ativa, na anamnese, de história pessoal e familiar de doenças cardíacas, em especial Síndrome de Wolf-Parkinson-White, morte súbita na família, cardiomiopatia hipertrófica, Síndrome do QT longo<sup>14</sup>.

## b) Psicoterápico

Na terapia cognitivo-comportamental, dentro de sessões bem estruturadas e individualizadas, além do suporte psicoeducacional, do monitoramento dos sintomas e da verificação da adesão ao tratamento medicamentoso (quando implementado), o paciente tem acesso a estratégias aplicadas em módulos, como por exemplo<sup>23</sup>:

- organização e planejamento (uso adequado de agenda e de uma lista de tarefas, organização de múltiplas tarefas, auxílio no estabelecimento de prioridades, solução de problemas como desmembrar tarefas em partes menores e incremento da habilidade de eleição da melhor solução para



- um problema, organização de papéis);
- gerenciamento da distraibilidade (determinação do tempo de duração de atenção, adequação das tarefas de acordo com o tempo, modificação do ambiente, uso de cronômetro e lembretes);
- uso do pensamento adaptativo (refinamento da capacidade de autoinstrução; identificação e questionamento de pensamentos negativos ou erros cognitivos, aprimoramento da capacidade de identificar soluções racionais diante de uma situação problemática);
- gerenciamento da procrastinação.

No que se refere às crianças, os pais são geralmente treinados para incrementar suas habilidades para modificar o comportamento de seus filhos. E as crianças aprendem a regular o próprio comportamento. As técnicas comportamentais parecem diminuir a necessidade de doses maiores de estimulantes e aumentar a satisfação dos pais e professores de crianças que receberam a terapia combinada com medicações<sup>23</sup>. É preciso auxiliar os pais no estabelecimento de expectativas realistas para o comportamento dos filhos e ajudá-los a definir problemas. Os pais precisam ser ensinados a reforçar os comportamentos desejáveis dos seus filhos (através de técnicas como reforço positivo, reforço negativo, modelagem, controle de contingência), lidar com comportamentos indesejáveis (extinção, "time out", remoção de recompensas e privilégios) e a dar ordens e instruções.<sup>24</sup>

## Conclusão

O tratamento do TDAH, na maioria das vezes, exige uma abordagem multidisciplinar compreendendo médicos, psicólogos, neuropsicólogos, psicopedagogos e professores. A abordagem psicofarmacológica deve ser individualizada e os suportes psicoeducacional e psicoterápico são de suma importância para o manejo dos pacientes.

*Correspondência:  
Leonardo Salvador Gaspar  
Rua Presidente Nereu Ramos, n.69, sala 409,  
Centro, Florianópolis-SC,  
CEP 88015-010  
leosalgas@gmail.com*

*Conflito de interesse e fontes de financiamento inexistentes*

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **LEONARDO S. GASPAR<sup>1</sup>** E  
**ANA G. HOUNIE<sup>2</sup>**

# ARTIGO

## Referências

1. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57:1313-23.
2. Biederman J, Faraone SV, Mick E, et al. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry*. 1995;152:431-35.
3. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163:716-23.
4. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. *ADHD in Adults: What the Science Says*. New York: Guilford Press;2007.
5. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BI et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):942-48.
6. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2002;111(2):279-89.
7. Barkley AR. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
8. Stubbe DE. Attention deficit/hyperactivity disorder: over view historical perspective current controversies and future direction. *Child and Psychiatric Clinic of North America* 2000;9(3):469-79.
9. Barbosa GA. *Transtornos hipercinéticos*. *Infanto* 1995;3:12-9.
10. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR™ – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Ed. rev. Porto Alegre: Artmed;2002.
11. Kieling C, Kieling RR, Rohde LA et al. The Age at Onset of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:14-16.
12. Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, et al. Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:213-21.
13. Faraone SV, Kunwar A, Adamson J, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychol Med*. 2009;39:685-93.
14. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Pediatrics*; originally published online October 16, 2011.
15. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas;1993.
16. Paim I. *Curso de psicopatologia*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas;1979.
17. Arnsten AF, Rubia K. Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(4):356-67.
18. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed;2000.
19. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord*. 2005;9:384-91.
20. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2005;57:1442-51.
21. Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, et al. Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:213-21.
22. Wayne HG. *Psicofarmacologia Clínica da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Guanabara Koogan;2008.
23. Safren SA, Perlman CA, Sprich S et al. *Dominando o TDAH adulto: programa de tratamento cognitivo-comportamental*. Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed;2008.
24. Friedberg DR, McClure JM. *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed;2004.

## PSIQUIATRIA COMO CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO [PSIQUIATRIA COMPUTACIONAL II]

## PSYCHIATRY AS INFORMATION SCIENCE

### Resumo

A subjetividade da doença mental é melhor compreendida e tratada quando abordamos sua complexidade no âmbito da teoria da informação. A estrutura nervosa em si organiza-se evolutivamente como processadores de informação em diversos níveis da economia orgânica, culminando com a vida psíquica. Nossa vida mental é assim um complexo dinâmico de informações que moldam o Self. Perturbações na lógica como essas informações interagem pode trazer alterações psíquicas, assim como alterações nas vias neurais processadoras. A psiquiatria assim deve operar em duas vias paralelas tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento. Na medida em que a compreensão de como a psique é informacionalmente gerada e organizada vem se ampliando, estamos obtendo insights importantes sobre a origem das doenças mentais e suas interações, criando psicoterapias mais objetivas e protocolos terapêuticos mais eficientes.

**Palavras-chaves:** teoria da informação, psiquiatria, lei da variedade requerida, psicoterapia, psicofarmacologia.

### Summary

The subjectivity of mental illness is better understood and managed (addressed) when discussing its complexity on the subject of the information theory. The brain structure organizes itself evolutionarily as information processors at various levels of organismic economy, culminating in the psychic life. Our mental life is thus a dynamic complex of informations that shape the Self. Disturbances on the logic of the interaction of these informations or on its neural processors may bring psychic changes. Psychiatrists thus should to operate on two parallel pathways both for diagnosis and for therapy. Insofar as understanding how the psyche is informationally generated and organized has been expanding, we are gaining important insights into the origins of mental illness and their interrelationships, creating more objective psychotherapies and more efficient treatment protocols.

**Keywords:** information theory, psychiatry, law of requisite variety, psychotherapy, psychopharmacology.

Na década de 1940 uma grande revolução no pensamento científico iniciou as mudanças que modelaram a sociedade e cultura contemporâneas, mudando a visão de mundo e o comportamento das pessoas, conectando-as através de tecnologias de informação. Essa revolução é o que alguns chamam de “era da informática” e teve lugar com a criação da cibernética, um nome que abriga um grupo de novas ciências entre elas a ciência computacional e a teoria da informação (ou comunicação). O impulso gerador dessa nova era consolidou-se no período de 1943 a 1956, culminando com o aparecimento da Inteligência Artificial, uma designação algo ambiciosa para um conjunto de computação imitando processos inteligentes (perceptrons, sistemas especialistas, linguística recursiva, etc). Isso não foi senão o reflexo do interesse comum pelo funcionamento do cérebro que inspirou a cibernética e a ciência da computação, que devem muito de seus fundamentos à neurofisiologia. A grande contribuição do novo pensamento científico foi a descoberta da informação como princípio universal. A Natureza não podia mais ser concebida apenas com base em matéria e energia, uma terceira noção se impunha, e Norbert Wiener<sup>2</sup> deixou bem claro essa realidade ao declarar enfaticamente o novo paradigma: “informação não é matéria e nem energia, é informação”. É algo que não pode ser isolado como uma substância ou uma medida de energia; não é nem uma coisa e nem outra, é uma noção de ordem criada, armazenada e transferida, uma dialética na fatalidade da entropia, aleatoriedade e da perda de sentido. Embora a transmissão e armazenamento da informação envolvam um suporte material para sua veiculação, como um impulso nervoso ou a transcrição de DNA, o que está em jogo é a sua forma, no sentido filosófico do termo. A informação em si mesma “não precisa ser percebida para existir; ela não requer inteligência para interpretá-la; ela não tem que ter significado para existir; ela existe”<sup>3</sup>.



## FERNANDO PORTELA CÂMARA

*<sup>1</sup> MD, PhD, Professor Associado, UFRJ  
Coordenador, Depto Informática da ABP*

A peculiaridade da atividade mental não é algo que possamos isolar em laboratório e controlar com experimentos em preparações específicas. O que está envolvido aqui é ganho e perda de informação. Matéria e energia nos explicam como mudanças fisiológicas acontecem, mas não explicam como o pensamento se manifesta e se modifica, ou como se formam os delírios ou os afetos. Qualquer abordagem sobre o cérebro consciente ou o cérebro inconsciente deve ser necessariamente informacional. Da mesma forma, intervenções sobre o cérebro devem levar em conta essa realidade, portanto, a psicofarmacologia, a psicobiofísica, e a psicoterapia devem considerar seus efeitos segundo o ganho de informação proporcionado pela função nervosa. No caso particular da farmacologia, a relação entre receptores, neurotransmissores e fármacos pode ser uma realidade bioquímica, mas é uma falácia psicológica, pois, a tentativa de relacionar funções cognitivas a função de receptores é a mesma coisa que querer relacionar os fenômenos atmosféricos ao coaxar de sapos na lagoa. Na verdade, a farmacologia é uma atividade empírica que parte de pressupostos não necessariamente racionais onde o que importa é o ganho funcional entre o teste de uma substância e o resultado esperado, não sendo importante o “como” ou o “por que”. De fato, os medicamentos da medicina tradicional são frutos bem sucedidos de superstições, acasos, palpites, que levaram à descoberta do quinino, salicilato, penicilina, ipeca, opiáceos, clorofórmio, éter, e centenas de medicamentos de uso consagrado, antes que uma teoria farmacológica consistente se estabelecesse.

Na década de 1940 já era corrente a ideia de que a informação no sistema nervoso era armazenada por longos períodos “nos limiares dos neurônios” ou por “mudanças na permeabilidade das sinapses”<sup>2</sup>. Foi então possível formular um modelo de patologia mental que aparentemente violava o dogma virchowiano da medicina, o qual estabelecia que todo transtorno na função possui alguma base fisiológica mensurável ou uma lesão anatômica detectável. A ciência médica estava firmemente estabelecida sobre este dogma, levando-a a menosprezar as teorias psicodinâmicas. A relativização desse dogma como princípio pela ciência emergente da informação foi um grande passo para a consolidação da psiquiatria como ciência médica, pois as perturbações mentais de ordem funcional podiam agora serem concebidas como doenças oriundas de alterações no processamento da informação na organização nervosa. A doença não precisava mais ser definida exclusivamente por uma lesão macro ou micro anatômica, ou uma alteração fisiológica conspicua facilmente detectável em testes de laboratório.

O dogma virchowiano e toda noção de causalidade em medicina,

foram estabelecidos a partir do extraordinário desenvolvimento da microbiologia no século XIX e a formulação da teoria de causalidade microbiana por Pasteur e Koch, então generalizada por Virchow. A pesquisa atual para marcadores moleculares em doenças mentais é uma continuação desta tradição médica, segundo a qual a doença está estabelecida sobre fatos positivos observados e medidos em laboratório, ainda está profundamente arraigada na formação do médico moderno. Entretanto, as alterações mentais observadas em psiquiatria envolvem, excluídas as causas orgânicas, essencialmente informação, uma realidade que não pode ser isolada e caracterizada. A psiquiatria, portanto, contrariamente às demais especialidades médicas, lida essencialmente com sistemas de informação. O psiquiatra usa seu próprio cérebro para avaliar o funcionamento de outro cérebro, supondo-se que o primeiro esteja suficientemente capacitado para analisar os parâmetros funcionais básicos do segundo. Em outras palavras, avalia-se reflexivamente a capacidade do indivíduo – o “paciente” - de computar corretamente dados do seu entorno e do seu interior, e de gerar e transmitir informações coerentes sobre si mesmo e suas experiências.

Contrariamente ao conceito popular de informação como a totalidade de dados contidos em uma mensagem, o conceito científico de informação é o de uma medida de escolhas binárias para se chegar a um resultado. Esse processo, importante para a teoria da comunicação, tem aplicação limitada em biologia e é pouco prático em psicologia na forma originalmente concebida<sup>4</sup>. Entretanto, um conceito de medida de informação mais apropriado aos nossos propósitos foi estabelecido por um dos fundadores da cibernética, o psiquiatra britânico Ross Ashby, sob a designação de lei da variedade requerida<sup>5,6</sup>.

Ashby partiu do princípio que para um sistema tomar uma decisão ele deve dispor de informações previamente selecionadas, e quanto maior a variedade dessas, maior a possibilidade de se fazer uma decisão apropriada. Por exemplo, quanto mais informações temos sobre um grupo de candidatos a um cargo de confiança, maior a chance de escolher o indivíduo melhor capacitado (a quantidade de seleção que um sistema pode executar é limitada pela informação disponível). Da mesma forma, um sistema automático deve ter um repertório variado de ações a tomar diante das perturbações que possam alterar o seu funcionamento. Quanto mais variedade de informação sobre modos de perturbação o sistema dispõe, mais eficientemente ele corrigirá a variedade de perturbações oriundas do seu ambiente. A medida desse conceito de informação é equivalente à capacidade requerida para o canal corrigir ruídos em um sistema de comunicação, na teoria formal

da informação<sup>4</sup>. Quando entrevistamos nossos pacientes estamos avaliando o déficit de informação social, cognitiva e afetiva que eles exibem, que pode levá-los a limitar sua capacidade de tomar decisões e autonomia. No âmbito forense, isto se reflete na restrição de informação que capacita o indivíduo a discernir entre o certo e o errado e avaliar a consequência dos seus atos.

Ashby considerava que qualquer forma de inteligência, viva ou mecânica, depende de um repertório de informações que a capacite a tomar decisões. “Nenhuma inteligência é capaz de criar uma ideia brilhante do nada, gênios desse tipo só existem nos mitos”. Em psiquiatria, consideramos que o indivíduo normal é socialmente ativo em maior ou menor grau, possui inteligência suficiente para tomar decisões sobre seus atos, discerne o que é certo e errado, planeja ações futuras, aprende com a experiência, e é capaz de gerenciar sua vida e sobreviver adequadamente em seu meio. Tal perfil não supõe um sujeito intelectualmente bem dotado, mas alguém suficiente instruído para a vida comunal, exceto os casos de deficiência intelectual. Tal é o ponto de partida para se avaliar déficits de processamento de informação.

A perda de variedade é uma característica não exclusiva das doenças mentais, embora esteja sempre presente nas mesmas. A aprendizagem insuficiente em alguma competência leva a deficiências de rendimentos, como, p. ex., em um médico mal treinado e sem supervisão durante sua formação pode aumentar a taxa de morbimortalidade no seu desempenho. Entretanto, situações como essas podem ser revertidas com aprendizagem e treinamento, enquanto nas doenças mentais nem sempre é possível reverter um quadro, especialmente quando concorre uma deterioração cognitiva. De qualquer forma, a atividade primária do psiquiatra é supervisionar e administrar sistemas de informação, investigar se há mal funcionamento e restaurar ou remediar o que for possível.

O déficit informacional nas doenças mentais tem uma peculiaridade própria: a incapacidade do indivíduo em concluir um processo psíquico, como no caso de pensamentos e rituais repetitivos nos transtornos obsessivo-compulsivos, nos ataques de pânico, nas fobias, na oscilação do humor bipolar, nos delírios e alucinações, no déficit de atenção e hiperatividade, etc. Já tratamos desse aspecto em artigo anterior<sup>1</sup>, quando mostramos que a doença mental comporta-se como um programa em loop, um defeito lógico que leva uma informação a não ser concluída, ficando a repetir indefinidamente uma parte da programação, ou produzindo repetitivamente informações irrelevantes. As funções básicas que servem de suporte aos processos mentais são possivelmente algorítmicas, como parece evidenciar a fenomenologia dos transtornos mentais. Como o programa continua rodando em busca de sua

conclusão a qual não chega, o processo mobiliza constantemente energia nervosa, deixando o organismo tenso, fatigado. Esse caudal de energia constantemente mobilizada pode ser subjetivamente vivenciada como um estado de ansiedade. De fato, não raro os transtornos mentais e do comportamento concorrem com ansiedade, uma comorbidade comum.

As perturbações no processamento da informação mental pode se restringir a uma rede neural local, como uma afasia, ou envolver alterações em subsistemas ou vias neurais. Algumas funções mentais importantes teriam como suporte um grupo de processadores neurais interligados trabalhando em paralelo, sem que a função de um prevaleça sobre a de outro, embora ocasionalmente um deles possa liderar o conjunto conforme a circunstância solicite. Esta flexibilidade homeostática, contudo, pode ser comprometida se uma dessas funções se torna autônoma, desse modo desorganizando a homeostase e economia cerebrais. Isto pode estar presente, por exemplo, no comportamento predatório de estupradores, nas parafilias, jogo patológico, dependência química, impulsividade, comportamento explosivo, comportamento epiléptico agressivo, e uma gama de comportamentos anômalos, incluindo algumas formas de transtornos de personalidade ativados por estresse. Um exemplo bem estudado dessa quebra de regulação é a autonomização do núcleo accumbens, responsável pelas sensações de prazer e recompensa (mediadas por dopamina), no mecanismo de dependência química (um típico loop de programação). Esses modelos possibilitam protocolos de investigação em ambiente computacional que podem proporcionar insights sobre os mecanismos psicopatológicos e trazer novas ideias terapêuticas.

Uma significativa massa de dados permite estabelecer a participação do córtex pré-frontal dorsolateral e amígdala como processadores chave para a compreensão da maioria dos transtornos psiquiátricos<sup>7,8</sup>. Isto tem sido evidenciado através da aplicação de tarefas mentais a pacientes e grupos controle, com a finalidade de avaliar seus desempenhos cognitivos sob estresse mental, utilizando testes especialmente projetados<sup>7</sup>, com os resultados avaliados com testes neuropsicológicos, imagens e técnicas eletrofisiológicas. A aplicação de uma carga funcional sobre vários circuitos do cérebro de pacientes sofrendo de vários transtornos mentais sugere que seus transtornos correlacionam a um processamento deficiente da informação<sup>8</sup>, na maioria das vezes envolvendo diretamente o córtex pré-frontal e amígdala, indicando mal funcionamento desses processadores. Assim, p. ex., problemas cognitivos como dificuldade de resolver problemas, planejamento, e dificuldades de concentração (como no TDAH e depressão), entre ou-



tros, mapeiam no córtex pré-frontal dorsolateral, e problemas que “vão do medo à ansiedade e depressão, mapeiam na amígdala<sup>9,10,11,12</sup>. O fato de essas duas porções do cérebro estarem envolvidas na maioria dos transtornos mentais e do comportamento deve-se a que o cérebro utiliza um limitado número de vias para o seu funcionamento.”

Como já dissemos anteriormente<sup>1</sup>, o mapeamento dos processadores envolvidos, suas vias detalhadas e como elas interagem com as outras, pode favorecer um tratamento mais específico, se conhecermos os neurotransmissores envolvidos nas vias processadoras. Essa conexão entre vias neurais, mediadores da transmissão nervosa e transtornos, originou uma abordagem conhecida como psiquiatria translacional<sup>8</sup>. O diagnóstico de um transtorno mental consiste na construção de um síndrome a partir dos sintomas e sinais apresentados pelo paciente em sua história clínica, juntamente com suas histórias pregressa e familiar. Essa construção resulta em um padrão associado a um diagnóstico de transtorno mental. Por outro lado, a tendência do tratamento dessas síndromes vem sendo cada vez mais uma estratégia de desconstrução da síndrome em sintomas, comparando-os com os circuitos neurais que estariam em mal funcionamento. Com isso, escolhe-se um fármaco que tenha por alvo o neurotransmissor implicado naquele circuito. A psiquiatria vem sendo, desse modo, cada vez mais influenciada pelo progresso da neurobiologia.

O fato de que certas intervenções psicoterapêuticas podem igualmente aliviar esses mesmos sintomas, retira a subjetividade das teorias psicodinâmicas e faz a psicoterapia convergir para um campo correlato, mas não idêntico, ao da psicofarmacologia. Mas esse campo, ao contrário do que acredita Stahl<sup>8</sup>, não é a matéria nervosa em si, senão a informação nela processada. Em outras palavras, a intervenção psicoterapêutica em certos casos acessa os mesmos circuitos alvos das medicações psicoativas<sup>8</sup>, mas não da forma como um psicofarmacológico as afetam, e por isso não pode ser considerada uma droga. Essa constatação comprova a intuição clínica de que o tratamento conjunto com medicação e psicoterapia tende a ser mais eficiente e estável em diversos casos. Entretanto, contrariamente à tese de Stahl<sup>8</sup>, não aceitamos que a psicoterapia deva ser generalizada aos mesmos mecanismos das drogas psicotrópicas, pois seus métodos de administração requerem a participação ativa do paciente ou seja, uma cognição suficientemente preservada para poder reprogramar conflitos e ambiguidades lógicas em soluções adaptativas, eliminando loops indesejáveis e reintegrando as vias nervosas autonomizadas. Se um indivíduo responde bem a uma psicoterapia para o seu distúrbio e, alternativamente, igualmente bem a um medicamento, neste

último caso a droga pode beneficiar o insight pela ação sobre os mecanismos de ansiedade, permitindo ao indivíduo uma melhor focalização e discernimento da sua dificuldade. Por outro lado, uma psicoterapia não poderá substituir a medicação em um estado maníaco ou um surto psicótico agudo, mas pode ser útil na fase de recuperação, proporcionando insights sobre a doença e adesão ao tratamento. Desse modo, psicoterapia e psicofarmacologia não são convergentes, mas paralelas, e seus usos concomitantes podem se reforçar mutuamente. A psicoterapia cria estratégias para ampliar a cognição do indivíduo sobre os “bad codes” que introduzem defeitos em alguns programas neurais, interferindo na expressão e tomada de decisão do self, para assim rever e reformular programações defeituosas. Um bom exemplo é a *trial-based thought record*<sup>13</sup>.

## Conclusão

Os fatos por si mesmos são apenas descrições isoladas, mas quando os fatos são submetidos a uma abordagem especulativa baseada em observações empíricas, eles podem levar insights e a melhores dados factuais. As ideias propostas por McCulloch e Pitts<sup>14,15</sup>, Wiener<sup>1</sup> e outros, ainda na década de 1940, sobre a natureza dinâmica da informação nervosa e dos mecanismos psicopatológicos, vem se confirmando até o momento. As descobertas sobre a organização das vias cerebrais como processadores operando com sinais bioelétricos e neuroquímicos, nos mostram que os princípios da teoria da informação são universais<sup>16,17,18</sup>. A qualidade da informação e o seu processamento neural são os fundamentos epistemológicos das doenças psiquiátricas propriamente ditas, e a tarefa principal da psiquiatria está em avaliar a qualidade da informação produzida pelo paciente e como ele a utiliza subjetivamente e objetivamente. O tratamento da informação é possível (psicoterapia), mas pode ser necessária a intervenção químico-física se o problema tem sua origem no mau funcionamento de uma via neural. A teoria da informação começa a avançar sobre as questões até então inabordáveis na sociologia,

Correspondência:

Fernando Portela Câmara  
Professor Associado, UFRJ

Coordenador, Depto Informática da ABP  
fpcamara@gmail.com

Declaração de conflito de interesse: não há.  
Financiamento: não houve.

## Referências

- 1. Câmara FP. Cérebros, máquinas e psiquiatria, Revista Debates em Psiquiatria, 2012; 6: 42-6.
- 2. Wiener N. Cybernetics: or control and communication in the animal and the machine [1948], Second Edition, Cambridge: The MIT Press, 1961.
- 3. Stonier T. Information and the Internal Structure of the Universe. London: Springer-Verlag, 1990.
- 4. Shannon CE, Weaver W. The mathematical theory of communication, Urbana: Univ. Illinois Press, 1962.
- 5. Umpleby SA. Ross Ashby's general theory of adaptive systems, International Journal of General Systems, 2009; 38: 231-8.
- 6. Krippendorff K. Ross Ashby's information theory: a bit of history, some solutions to problems, and what we face today, International Journal of General Systems, 2009; 38: 189-212.
- 7. Stahl SM. Psychiatric Stress Testing: Novel Strategy for Translational Psychopharmacology, Neuropsychopharmacology 2010; 35: 1413-4.
- 8. Stahl SM. Psychotherapy as an epigenetic 'drug': psychiatric therapeutics target symptoms linked to malfunctioning brain circuits with psychotherapy as well as with drugs, Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2012; 37: 249-53.
- 9. Bush G, Valera EM, Seidman LJ. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. Biol Psychiatry (2005; 57: 1273-84.
- 10. Fineberg NA, Potenza MN, Chamberlain SR, Berlin HA, Menzies L, Bechara A et al. Probing compulsive and impulsive behaviors, from animal models to endophenotypes: a narrative review. Neuropsychopharmacology 2010; 35: 591-604.
- 11. Salvatore G, Cornwell BR, Colon-Rosario V, Coppola R, Grillon C, Zarate Jr CA et al. Increased anterior cingulate cortical activity in response to fearful faces: a neurophysiological biomarker that predicts rapid antidepressant response to ketamine. Biol Psychiatry 2009; 65: 289-95.
- 12. Salvatore G, Cornwell BR, Sambatoro F, Latov D, Colon-Rosario V, Carver F et al. Anterior cingulate desynchronization and functional connectivity with the amygdala during a working memory task predict rapid antidepressant response to ketamine. Neuropsychopharmacology 2010; 35: 1415-22.
- 13. De Oliveira IR, Powell VB, Wenzel A et al. Efficacy of the trial based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs in social phobia. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2012; 37: 328-34.
- 14. Piccinini G. The first computational theory of mind and brain: A close look at McCulloch and Pitts' 'logical calculus of ideas immanent in nervous activity', Synthese, 2004; 141: 175-215.
- 15. Peter BG, Wright J. From McCulloch-Pitts Neurons Toward Biology, Bull Math Biol 2011; 73: 261-265.
- 16. Davies P, Gregersen NH (Ed). Information and reality, Cambridge Univ. Press, 2010.
- 17. Yockey HP. Information theory, evolution, and the origin of life, Cambridge Univ. Press, 2005.
- 18. Avery J. Information theory and evolution, New Jersey: World Scientific Pub., 2003.

# RELATO DE CASO

por PEDRO SHIOZAWA<sup>1</sup>, ANDRÉ  
RUSSOWSKY BRUNONI<sup>2</sup>, EDNÉIA ZANUTO<sup>3</sup>,  
QUIRINO CORDEIRO<sup>4</sup> E RAFAEL BERNARDON  
RIBEIRO<sup>5</sup>

# ARTIGO

## ECT DE MANUTENÇÃO NO TRATAMENTO DE PACIENTE IDOSA COM DEPRESSÃO GRAVE, REFRATÁRIA E RECORRENTE: RELATO DE CASO

## MAINTENANCE ECT FOR TREATING AN ELDERLY PATIENT WITH RECURRENT TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION: CASE STUDY

### Introdução

O transtorno depressivo maior (TDM) é uma condição clínica associada a importante comprometimento pessoal, social e econômico. Diferentes autores têm destacado a associação entre TDM, baixa qualidade de vida e índices elevados de morbimortalidade [1] [2].

Atualmente, o TDM é um importante problema de saúde pública devido a sua prevalência, custos de tratamento e elevadas taxas de recorrência e resistência ao tratamento [2]. A taxa de recorrência para os pacientes que se recuperam do primeiro episódio é de 40% dentro de 10 anos, e 50% em 20 anos [3]. Os mecanismos precisos relacionados com a etiologia do TDM ainda são incertos, no entanto, aspectos multifatoriais como agentes ambientais, fatores dinâmicos, parâmetros de comportamento e genética têm sido relacionados na etiopatogenia deste transtorno.

Estratégias farmacológicas, incluindo uso de antidepressivos de primeira geração como os tricíclicos e inibidores da monoaminoxidase, e mais recentemente com agentes de segunda geração e as medicações duais têm sido a base do tratamento da TDM. Um estudo fundamental para a compreensão mais apropriada do tratamento da depressão foi o STAR \* D ("Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression") que envolveu quase 3.000 pacientes para avaliar a eficácia de vários tratamentos antidepressivos [4]. Os autores salientaram a questão da refratariedade, mostrando que a taxa de sucesso ao tratamento diminui quanto mais estratégias antidepressivas falharam anteriormente. Por exemplo, depois de quatro intervenções com antidepressivos distintos, 30% dos pacientes ainda apresentam sintomas limitantes. Este dado ressalta a importância da refratariedade e a necessidade do uso de outras medidas terapêuticas no tratamento do TDM, além dos antidepressivos.

Recentemente, alguns autores têm questionado a eficácia dos antidepressivos no tratamento da doença. Kirsch e colegas (2008) [5] conduziram uma meta-análise com 35 ensaios clínicos de anti-

depressivos, em que os tamanhos de efeito no grupo ativo e placebo foram calculados separadamente e registrados em um gráfico de acordo com a gravidade inicial do episódio depressivo. Embora a resposta terapêutica antidepressiva do grupo ativo tenha sido significativamente superior para quase todas as comparações com placebo, os autores descobriram que os antidepressivos foram apenas clinicamente superiores para os casos de depressão grave. No mesmo ano, uma revisão sistemática da literatura publicada no "New England Journal of Medicine" indicou que, analisando-se todos os ensaios clínicos de antidepressivos, publicados ou não, estes foram eficazes em apenas 51% dos estudos realizados, enquanto a análise exclusivamente dos dados publicados mostrou eficácia em 94% das publicações. Os autores sugerem, portanto, um viés de publicação, que superestima a eficácia dos antidepressivos [6]. Assim, estratégias alternativas devem ser consideradas a fim de obter-se resposta clínica efetiva e evitar-se a interrupção do tratamento e recorrência dos sintomas. Uma dessas alternativas é a eletroconvulsoterapia (ECT), que tem sido cada vez menos utilizada no tratamento da depressão, a despeito de sua eficácia incontestável, já que é um método terapêutico pouco disponível em nosso meio, devido ao enorme estigma que cerca essa modalidade terapêutica, bem como por conta de questões ideológicas que levam autoridades públicas a privarem pacientes desse tratamento.

Isso posto, o presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso de uma paciente idosa, com depressão grave, refratária e recorrente, que encontrou na ECT uma abordagem terapêutica eficaz para seu transtorno mental.

### Caso clínico

A paciente A.O., 72 anos, deu entrada em nosso serviço com antecedente de episódios prévios de depressão grave no decorrer de sua vida. Nos últimos cinco meses, havia evoluído novamente com humor deprimido, anedonia, retraimento social, aumento do



## PEDRO SHIOZAWA<sup>1</sup>, ANDRÉ RUSSOWSKY BRUNONI<sup>2</sup>, EDNÉIA ZANUTO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MD, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

<sup>2</sup>MD, PhD, Centro de Pesquisa Clínica - Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup>MD, Membro da Comissão Comissão de Estudos, Divulgação e Desestigmatização da ECT da Associação Brasileira de Psiquiatria

sono, irritabilidade, perda de apetite. A paciente havia emagrecido 8 kg no período e nos três meses prévios já estava em seguimento ambulatorial, em uso, por cerca de dois meses, de sertralina em dose máxima de 200 mg/dia, sem melhora dos sintomas. Ao exame apresentava importante lentificação dos processos psíquicos e características de um cenário depressivo grave marcado por profunda anergia. Após investigação clínica e complementar com exames laboratoriais e de neuroimagem, firmou-se o diagnóstico de episódio depressivo grave, sendo optado inicialmente por internação da paciente em enfermaria especializada no tratamento de idosos. A paciente passou a receber venlafaxina (havia relato de resposta prévia favorável a este agente antidepressivo em episódio anterior) até a dose de 300mg/dia. Após 6 semanas, a paciente mantinha os sintomas de entrada, sendo optado por associar ao tratamento mirtazapina, que foi escalonada até a dose de 60 mg/dia, sem resposta clínica após sete semanas de dosagem máxima de ambas as medicações. Porém, não houve resposta clínica e a paciente persistia bastante sintomática.

Após reunião com familiares e assinatura de termo de consentimento, a equipe optou por iniciar sessões de ECT, tendo em vista a refratariedade e gravidade dos sintomas clínicos do caso.

O protocolo de exames e avaliações pré-estimulação consiste em [7]:

1. Avaliação clínica pré-anestésica;
2. Avaliação odontológica;
3. Exames laboratoriais: hemograma completo, coagulograma completo, TSH, T4 livre, enzimas hepáticas (AST, ALT, FA e GGT), uréia, creatinina, sódio, potássio e glicemia;
4. Tomografia ou ressonância nuclear magnética de crânio (dos últimos seis meses);
5. Raio-X de Tórax P.A. e perfil;
6. Eletrocardiograma – (ECG).

Uma fase aguda de 20 sessões foi realizada (duas sessões semanais de ECT), tendo a paciente evoluído com melhora clínica dos sintomas a partir da 10ª sessão. Após o término das 20 sessões iniciais de ECT, a paciente apresentou remissão completa dos sintomas depressivos. A medicação foi mantida e, após a fase inicial, optou-se por tratamento de manutenção com sessões de ECT semanais, devido à gravidade do quadro depressivo, bem como da baixa resposta terapêutica inicial antidepressiva. Após seis meses de aplicações semanais, optou-se pela redução da frequência das sessões de ECT até a suspensão completa. No entanto, a paciente voltou a apresentar recorrência dos sintomas depressivos. Com isso, retomou-se à frequência semanal da ECT. A segurança e o

perfil de efeitos adversos são sistematicamente avaliados em consultas semanais com psiquiatra, no entanto a paciente vem se mantendo sem queixas de efeitos colaterais e em aplicação de ECT há dois anos. Atualmente, a paciente frequenta o hospital-dia da instituição, mantendo ECT semanal. Houve retomada de seu funcionamento prévio e da independência para atividades diárias.

## Discussão

A ECT foi a primeira terapia biológica mais amplamente estudada na Psiquiatria, sendo inicialmente descrita por Cerletti e Bini (1938), que investigaram as terapias alternativas mais seguras para a indução de convulsões, em comparação com as estratégias existentes naquela época (febre malárica, “choque insulínico” e cardiazol). Esta técnica, no entanto, só começaria a ganhar força após o final da segunda guerra mundial [8].

A ECT é regulamentada no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução 1640/2002 e consta nas “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental” da ABP, AMB, FENAM e CFM. Deve ser realizada em ambiente hospitalar, com consentimento do paciente ou familiar, e acompanhada de médico psiquiatra e anestesologista. Os aparelhos modernos (MECTA SpECTrum e Somatics Thymatron) utilizam carga elétrica fixa que pode ser titulada ou ajustada caso a caso para desencadear uma crise convulsiva terapêutica, sob anestesia, seguindo protocolos clínicos específicos de forma a se minimizar efeitos adversos. A energia fornecida varia de acordo com o limiar convulsivo e com a impedância de cada paciente, podendo atingir até 200 J, sendo ajustáveis parâmetros como a largura de onda, frequência de disparo, tempo de estímulo e intensidade da corrente elétrica. A crise convulsiva, em geral, dura menos de um minuto e não deve exceder este tempo, devendo ser interrompida antes de atingir 90 segundos com benzodiazepínico (diazepam ou midazolam), ou mesmo uma dose do anestésico propofol [9]. Portanto, a crise convulsiva induzida, que é a responsável pelos efeitos clínicos benéficos, é totalmente monitorizada e controlada [10].

Atualmente, a ECT é considerada o tratamento mais eficaz para o episódio depressivo grave e é particularmente adequada para pacientes com ideação suicida, depressão psicótica, quadros catatônicos, intolerância ao uso de antidepressivos, durante a gestação e nos casos de refratariedade a outras abordagens terapêuticas [11]. No entanto, a ECT requer alguns cuidados em sua aplicação, como avaliação pré-anestésica minuciosa. Outra

# RELATO DE CASO

por **PEDRO SHIOZAWA<sup>1</sup>, ANDRÉ  
RUSSOWSKY BRUNONI<sup>2</sup>, EDNÉIA ZANUTO<sup>3</sup>,  
QUIRINO CORDEIRO<sup>4</sup> E RAFAEL BERNARDON  
RIBEIRO<sup>5</sup>**

# ARTIGO

questão importante é quanto a seus efeitos cognitivos, como a presença de amnésia anterógrada, um efeito adverso comum, porém auto-limitado [12]. Este efeito pode ser minimizado, particularmente em idosos, com a utilização de pulsos breves ou ultrabreves e colocação de eletrodos na região bifrontal ou unilateral (em geral à direita), de acordo com evidências recentes [13]. Brunoni e colegas [14], em um artigo de revisão da literatura, salientaram que a ECT mostra-se como estratégia terapêutica segura, com taxas de mortalidade baixas, praticamente as mesmas relacionadas à indução anestésica. Considerando a gravidade e refratariedade dos pacientes encaminhados para ECT, é prudente considerar o tratamento de manutenção. Embora estratégia ainda não estudada exaustivamente, os principais livros-texto e clínicos a recomendam como estratégia de prevenção de recaídas, especialmente se houve resposta positiva em transtorno sabidamente recorrente, se houve recorrência precoce após um curso prévio de ECT, se houve inefetividade ou intolerância à farmacoterapia ou se esta for a opção do próprio paciente. A frequência da manutenção será aquela mínima necessária para manter o paciente em seu melhor estado ou em remissão. Para pacientes idosos, um ensaio clínico recente demonstrou benefício de sessões de manutenção para prevenir recorrência de episódios depressivos, enfatizando que a estabilidade clínica e segurança quanto do procedimento suplantam, em benefício ao paciente, possíveis efeitos colaterais que possam aparecer [15].

Na literatura psiquiátrica, a ECT apresenta-se como estratégia terapêutica segura e eficaz, principalmente para casos de depressão grave e refratária. O uso de ECT de manutenção tem se mostrado eficaz na prevenção de novos episódios depressivos. No presente caso, houve remissão dos sintomas refratários e estabilidade clínica durante o seguimento de dois anos.

*Correspondência:*  
*Pedro Shiozawa.*  
*Rua Major Maragliano, 241,*  
*Vila Mariana,*  
*CEP: 0460001.*  
*Fone: 34662100.*  
*email: pshiozawa@yahoo.com.br*

*Fonte de financiamento e Conflito de Interesse Inexistentes.*



## QUIRINO CORDEIRO<sup>4</sup> E RAFAEL BERNARDON RIBEIRO<sup>5</sup>

<sup>4</sup>MD, PhD, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

<sup>5</sup>MD, MSc, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Membro da Comissão de Estudos, Divulgação e Desestigmatização da ECT da Associação Brasileira de Psiquiatria

### Referências

- 1. Weissman MM, Bruce LM, Leaf PJ, Florio LP, Holzer C III, Affective disorders. Robins LN, Regier DA. eds. Psychiatric Disorders in America The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, NY The Free Press 1991;53-80
- 2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. National Comorbidity Survey Replication, The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003;289:3095-3105
- 3. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A., et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/ DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. Archives of General Psychiatry. 1997; 54:993-999.
- 4. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report. Am J Psychiatry Nov 2006;163:1905-17
- 5. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med. 2008;5:45.
- 6. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. N Engl J Med 2008;358: 252-60
- 7. Tess AV, Smetana GW. Medical evaluation of patients undergoing electroconvulsive therapy. N Engl J Med. 2009;360:1437-44.
- 8. Fregni F, Boggio P, Brunoni A. (Org.). Neuromodulação terapêutica: princípios e avanços da estimulação cerebral não invasiva na neurologia, reabilitação, psiquiatria e neuropsicologia. 1ª ed. ; 2011, v. 1
- 9. Abrams R. Electroconvulsive therapy. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2002.
- 10. Mankad MV, Beyer JL, Weiner RD, et al. Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2010
- 11. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Complete version)]. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31 Suppl 1:57-17.
- 12. Sackeim HA, Prudic J, Fuller R, Keilp J, Lavori PW, Olfson M. The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. Neuropsychopharmacology. 2007;32:244-254,
- 13. Verwijk E, Comijs HC, Kok RM, Spaans HP, Stek ML, Scherder EJ. Neurocognitive effects after brief pulse and ultrabrief pulse unilateral electroconvulsive therapy for major depression: a review. J Affect Disord. 2012;140:233-43.
- 14. Brunoni AR, Teng CT, Correa C, Imamura M, Brasil-Neto JP, Boechat R, et al. Neuromodulation approaches for the treatment of major depression: challenges and recommendations from a working group meeting. Arq Neuropsiquiatr 2010;68:433-51.
- 15. Rapinesi C, Kotzalidis GD, Serata D, Del Casale A, Scatena P, Mazzarini L, Caccia F, Brugnoli R, Carbonetti P, Fensore C, Girardi P. Prevention of relapse with maintenance electroconvulsive therapy in elderly patients with major depressive episode. J ECT. 2013;29:61-4.

Essa é a finalidade do pagamento da sua anuidade. Fortificar e solidificar a ABP! Só assim poderemos cumprir com as nossas ações fundamentais!

Faça parte da ABP, fique em dia com a sua associação de classe, e mantenha ativa uma das mais respeitadas associações de especialidade do Brasil!

Além disso, quantos mais associados quites a ABP tiver em seu quadro social mais benefícios poderão ser oferecidos!

# Anuidade 2013

Este ano nossos associados receberam duas grandes notícias, a anuidade 2013 não teve aumento em relação a anuidade de 2012, e o inscrição no CBP 2013, para os associados da ABP também não teve acréscimo.

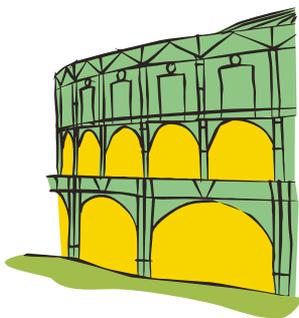
O aumento no número de associados quites com a ABP está fazendo com que consigamos isto e muito mais!



[www.abp.org.br](http://www.abp.org.br)

## Fique quite com a ABP e usufrua:

- 1 - do Valor especial para inscrição nos CBPs;
- 2 - do Valor especial para inscrição nos concursos de Título de Especialista da AMB;
- 3 - do Valor especial para a inscrição nos concursos de Certificação nas áreas de atuação em psiquiatria da AMB;
- 4 - do Acesso exclusivo às sessões de laudos durante CBP;
- 5 - do Acesso exclusivo às sessões de casos clínicos do CBP;
- 6 - da Possibilidade de participação na programação científica do CBP enviando sugestões de tema para mesas-redondas e cursos;
- 7 - da Gratuidade ou desconto em eventos promovidos pela ABP e suas federadas;
- 8 - da Gratuidade ou desconto em eventos promovidos pela ABP e instituições parceiras;
- 9 - da Gratuidade ou descontos em eventos das Sociedades Conveniadas Internacionais;
- 10 - do Acesso gratuito ao Programa de Educação Continuada - PEC/ABP (online e presencial);
- 11 - do Acesso gratuito a RBP tanto on line através do site, como ao receber a revista em casa;
- 12 - do Acesso gratuito a Revista Debates em Psiquiatria - RDP, que é feita de artigos científicos voltados para a prática da clínica diária;
- 13 - de Descontos especiais na compra de livros editados pela ArtMed;
- 14 - de Descontos especiais na compra da linha PropsiQ - Método de Educação a distância editado pela SEMCAD
- 15 - da Facilidade na publicação de livros pela parceria ABP/ArtMed
- 16 - do Acesso gratuito à ferramenta Appsy que permite otimizar o processo de atendimento ao paciente e acompanhamento de tratamentos 24 horas por dia;
- 17 - de Benefícios da rede de afinidades ABP;
- 18 - de Ser associado da instituição que produz a melhor revista científica do continente americano - Revista Brasileira de Psiquiatria/RBP
- 19 - de Fazer parte de uma das maiores redes de especialistas na área de psiquiatria do mundo.
- 20 - do Recebimento de News Semanal Eletrônica com os posicionamentos e participações da ABP frente aos assuntos e eventos de interesse da especialidade
- 21 - do Recebimento do Clipping Semanal Eletrônico com as principais notícias ligadas à Psiquiatria e a Saúde Mental no Brasil e no mundo;
- 22 - do Recebimento de Comunicados por email sobre os atos administrativos da diretoria;
- 23 - de Receber em casa e ter acesso on line gratuito do Jornal Psiquiatria Hoje, que é feito com as principais notícias que envolvem a Psiquiatria Nacional.
- 24 - de Receber a revista em casa, a publicação ainda pode ser acessada on line através do Portal da Psiquiatria;
- 25 - de Fazer parte de forma ativa e direta das campanhas da ABP que visam a desmistificação das doenças mentais e do psiquiatra e do fortalecimento da profissão.



# XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

CONTRIBUIÇÃO DA PSIQUIATRIA  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DA MEDICINA

23 a 26 de outubro de 2013 > Curitiba



## Palestrantes internacionais



### W. Vaughn McCall, M.D., M.S.

Dr. McCall é Case Distinguished Professor e Chairman of the Department of Psychiatry and Health Behavior na Georgia Health Sciences University. Médica e pós-graduado na Duke University. Mestre em epidemiologia na Wake Forest University.



### Philip W. Gold

Chief, Clinical Neuroendocrinology Branch Intramural Research Program NIH/NIMH NIH Clinical Center



### Doutor Jair C. Soares

Doutor em Medicina pela Escola de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil. Residências em Psiquiatria Geral na Universidade de São Paulo e na Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center. Pós-doutorado em pesquisa de neuroimagem no departamento de Psiquiatria da Yale School of Medicine. Professor and Chairman of Psychiatry and Behavioral Sciences, na University of Texas Medical School em Houston, diretor executivo da University of Texas Health Harris County Psychiatric Center, co-diretor da University of Texas Health Center of Excellence on Mood Disorders. Cátedra Pat R. Rutherford, Jr in Psychiatry na UTHealth.



### Renato D. Alarcón, M.D., M.P.H.

Professor Emérito e Consultor em psiquiatria da Clínica Mayo e de sua escola de Medicina em Rochester (Minnesota – EUA), Titular da Cátedra Honório Delgado, da Universidade peruana Cayetano Heredia (UPCH), em Lima (Perú). Médico Cirurgião na UPCH, Residência Psiquiátrica no Hospital John Hopkins, Mestre em Saúde Pública da Escola

de Higiene e Saúde Pública de Hopkins. Professor de psiquiatria da Universidade do Alabama (Birmingham) e subchefe do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Emory em Atlanta (Georgia).



### Dr. Fernando Ivanovic- Zunic Ramirez

Médico psiquiatra da Escola de Pós-graduação da Universidade do Chile. Bacharel em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Chile. Professor associado na Faculdade de Medicina da Universidade do Chile. Professor associado da Escola de Psicologia, na Faculdade de Ciências Sociais da Universidade do Chile. Chefe de pós-graduação da Clínica

Psiquiátrica Universitária da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile. Chefe da Unidade de Transtornos Bipolares da Clínica Psiquiátrica Universitária da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile. Presidente da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Neurocirurgia do Chile (SONEPSYN)

Informações: [www.cbpbp.org.br](http://www.cbpbp.org.br)