



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Ano 4 • n°1 • Jan/Fev 2014
ISSN 2236-918X

REVISTA

DEBATES EM

psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

www.abp.org.br

Mala Direta
Postal

9912341582/2014-DR/RJ
ABP

///CORREIOS///



ARTIGOS

Retardo mental: detecção precoce

O Cuidado às Vítimas de Ofensa Sexual - Parte 2

Avaliação dos Transtornos Psiquiátricos
em Ações Previdenciárias Contra
o INSS na Justiça Federal
de São José dos Campos, São Paulo

Legalizar ou não legalizar as drogas no Brasil?

Contribuições dos "Estudos de Famílias" em TDAH
- uma ferramenta útil para pesquisas sobre
a etiologia do TDAH.

CONVIDE UM COLEGA PARA SE ASSOCIAR A ABP.



XXXII CBP
CONGRESSO
BRASILEIRO DE
PSIQUIATRIA

A PSIQUIATRIA E OS AVANÇOS
DA NEUROCIÊNCIA

23 A 26 OUT 2014 // BRASÍLIA

De 15 a 18 de Outubro de 2014

no Centro de Convenções Ulysses Guimarães Brasília/DF

FAÇA AGORA MESMO SUA INSCRIÇÃO NO XXXII CBP

A inscrição no XXXII CBP tem a maior pontuação para a Prova de Título de Especialista e áreas de Atuação. Aproveite, são **20 pontos** para candidatos inscritos. Inscreva-se já e garanta as melhores condições de pagamento!

**VALORES ESPECIAIS
DE INSCRIÇÃO
E PARCELAMENTO**

Público alvo: Psiquiatras, Médicos de outras especialidades, Profissionais de saúde, Estudantes de Graduação, Profissionais relacionados.

Acesse também nossas mídias sociais:



/abpbrasil



@abpbrasil



Associação Brasileira
de Psiquiatria



@abpsiquiatria

Secretaria do XXXII CBP

Av. Rio Branco, 257 – 13º Andar, salas 1310/15-
Centro Rio de Janeiro – RJ - 20040-009- Brasil
Tel: +55 (21) 2199-7500 Fax: +55 (21) 2199-7501
Email: congresso@abpbrasil.org.br
Site: www.abpbrasil.org.br

Promoção e realização



EDITORIAL

EDITORIAL OPINIÃO



ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
EDITOR



JOÃO ROMILDO BUENO
EDITOR

A Revista Debates em Psiquiatria inicia o ano de 2014 já consolidada como uma revista de referência para os psiquiatras clínicos e peritos em psiquiatria. A revista está registrada no ISSN (portanto, aceita e reconhecida para o currículo Lattes) e em breve estará também em vários indexadores. Iniciamos o ano com nova diretoria da ABP na sua primeira e histórica eleição direta.

Evelyn Kuczynski abre este número com o artigo de atualização "Retardo mental: detecção precoce" de interesse não apenas para os clínicos como para os peritos e forenses. A autora aborda a questão do retardo mental e sua detecção precoce, uma vez que tal processo determina a possibilidade de prevenção, assim como de abordagem terapêutica, reabilitação e prognóstico. Notem que o assunto é hoje de grande interesse da Saúde Mental brasileira uma vez que a questão do continuum autista vem se processando de maneira superficial, em detrimento da identificação e condução dos casos de retardo mental, estes muito mais frequentes. São ainda raros no Brasil os serviços multidisciplinares envolvidos na detecção precoce e capacitação de profissionais de Saúde nesta área de conhecimento.

Gislene Valadares e colaboradores nos oferecem a 2ª parte do artigo "O Cuidado às Vítimas de Ofensa Sexual", igualmente de grande interesse para o psiquiatra clínico, e às áreas de perícia e forense. A avaliação das vítimas de ofensa sexual necessita conhecimento, treinamento, sensibilidade e responsabilidade para não submeter à vítima à revivescência traumática da violência sofrida. Os passos dos cuidados, como os tratamentos psicoterápico e psicofarmacológico, são apresentados de acordo com protocolos internacionais.

Também na área da perícia psiquiátrica e bioestatística, Márcia Gonçalves e Fernando Portela Câmara apresentam o trabalho "Avaliação dos Transtornos Psiquiátricos em Ações Previdenciárias Contra o INSS na Justiça Federal de São José dos Campos, São Paulo". Uma amostra de ações previdenciárias contra o INSS em uma vara federal de São José dos Campos foi estudada com o objetivo de estimar as patologias de maior prevalência e o perfil biométrico dos que buscam a justiça para auxílio previdenciário e aposentadoria. Um perfil sociológico foi definido na amostra sugerindo que transtornos afetivos em homens adultos com fracos elos psicossociais é causa frequente de incapacidade laboral e social.

Alessandra Diehl e Hewdy Lobo Ribeiro discutem pontos polêmicos e apresentam sugestões no artigo "Legalizar ou não legalizar as drogas no Brasil?". Partindo de uma análise da proposta da Comissão Global de Políticas de Drogas, que anunciou que a "guerra contra as drogas falhou" e a legalização das drogas seria uma das respostas para conter o tráfico, à violência, o excessivo encarceramento e o consumo de drogas entre os mais jovens. Os autores apontam, de forma resumida, alguns das principais evidências que desaconselham esta proposta.

Por último, Daniel Segenreich e Paulo Mattos revisam, de forma não sistemática, alguns dos principais achados sobre etiologia do TDAH, focando-se mais precisamente nos estudos que se utilizam de bases familiares. Com isso os autores oferecem aos psiquiatras clínicos uma base para o entendimento atual dos estudos de famílias em TDAH. O artigo também interessa aos pesquisadores que se dedicam à epidemiologia genética e às pesquisas em TDAH em geral.

Boa leitura!



DIRETORIA EXECUTIVA

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

DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Aparício Carvalho de Moraes - RO
Diretor Regional Nordeste: Fábio Gomes de Matos - CE
Diretor Regional Centro-Oeste: Juberty de Souza - MS
Diretor Regional Sudeste: Marcos Gebara - RJ
Diretor Regional Sul: Ronaldo Ramos Laranjeira - SP

CONSELHO FISCAL

Titulares:

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

Suplentes:

José Toufic Thomé - SP
Fernando Grilo Gomes - SP
Géder Evandro Motta Grohs - SC

ABP - Rio de Janeiro
Av. Rio Branco, 257 - 13º andar
salas 1310/15 - Centro
CEP: 20040-009 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199.7500
Rio de Janeiro - RJ
E-mail: abpsp@abpbrasil.org.br
Publicidade: comercial@abpbrasil.org.br

////// EXPEDIENTE

EDITORES

Antônio Geraldo da Silva
João Romildo Bueno

Editores Associados

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

Conselho Editorial

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

Conselho Editorial Internacional

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

Jornalista Responsável: Brenda Ali Leal

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica e Ilustração: Daniel Adler
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP
Impressão: Gráfica Editora Pallotti

ÍNDICE

//////////////////// **ÍNDICE**
JAN/FEV 2014



* As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos

6/ artigo

Retardo mental: detecção precoce
por EVELYN KUCZYNSKI

14/ artigo

O Cuidado as Vítimas de Ofensa Sexual - Parte 2
por GISLENE C VALADARES

28/ artigo

Avaliação dos Transtornos Psiquiátricos
em Ações Previdenciárias Contra o INSS
na Justiça Federal de São José
dos Camps, São Paulo
por MÁRCIA GONÇALVES

36/ artigo

Legalizar ou não legalizar
as drogas no Brasil?
por ALESSANDRA DIEHL

42/ artigo

Contribuições dos “Estudos de Famílias”
em TDAH - uma ferramenta útil para
pesquisas sobre a etiologia do TDAH
por DANIEL SÉGENREICH

RETARDO MENTAL: DETECÇÃO PRECOCE

MENTAL RETARDATION: EARLY DETECTION

Resumo: Este artigo se propõe a abordar a questão do retardo mental e sua detecção precoce, uma vez que tal processo determina a possibilidade de prevenção, assim como de abordagem terapêutica, reabilitação e prognóstico. O progressivo interesse da Saúde Mental brasileira pela questão do *continuum* autista vem se processando de maneira superficial, em detrimento da identificação e condução dos casos de retardo mental (muito mais frequentes). A detecção de casos de autismo cresceu dramaticamente nos EUA (de 1996 a 2007). Não se sabe quanto deste crescimento (ou todo ele) se deve a alterações na prevalência do autismo. A qualificação do psiquiatra (e de outros profissionais da Saúde) carece de intimidade com esta entidade clínica, tão variada e heterogênea. Atualmente são raros no Brasil os serviços multidisciplinares envolvidos na detecção precoce e capacitação de profissionais de Saúde nesta área de conhecimento.

Palavras-chave: retardo mental; diagnóstico.

Abstract: This paper aims to address mental retardation and its early detection, once such process dictates prevention, as well as therapeutic approaches, rehabilitation and outcome. In Brazil, mental health progressive interest on the autistic *continuum* quest has been processed at the expense of detection and care to subjects who has mental retardation (much more ubiquitous). Autism cases detection has dramatically grown in USA (1996 - 2007). It cannot be said how much of this growth (or all of it) is due to real autism prevalence changes. Psychiatrists' qualification (as well as other Health professionals') lacks intimacy to such an assorted and heterogeneous clinical entity. There are few multidisciplinary centers currently focused on early detection and Health professional capacitation in Brazil on this field of knowledge.

Keywords: mental retardation; diagnosis.

Pediatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: ekuczynski@uol.com.br

Introdução

"Inteligência é a capacidade de realizar atividades caracterizadas por serem: a) difíceis; b) complexas; c) abstratas; d) econômicas; e) adaptáveis a um certo objetivo; f) de valor social; g) carentes de modelos; e para mantê-las em circunstâncias que requeiram concentração de energia e resistência às forças afetivas!"

Só muito recentemente a humanidade despertou (algum) interesse pela criança. Infanticídio era banal entre os antigos (Platão e Aristóteles, considerados arrojados para sua época, sugeriam tal solução em determinados contextos, como malformações congênicas...). O pai em Roma tinha direitos sobre a vida de sua prole. A ausência de leis que protegessem a integridade da criança fez o defensor de uma menina (brutalmente espancada) recorrer à "lei de prevenção de crueldade contra animais" em 1874. A Justiça de Nova Iorque (EUA) reconheceu que a criança pertencia ao reino animal, merecendo proteção contra os maus tratos (não havia qualquer associação similar em prol da criança nessa época)².

O interesse inicial pela infância foi "livrar-se de um problema". Na era medieval, surgem os primeiros asilos para os menores abandonados. O segundo Concílio Niceno (787 AD) cria hospícios de enjeitados destinados a recolher meninos sem-teto. As rodas de enjeitados (onde até o século passado bebês, deixados aos cuidados de religiosos, eram depositados anonimamente) surgem em Roma, junto ao Hospício do Espírito Santo³, logo populares por toda a Europa. O primeiro hospital (denominação para o local que recolhia os abandonados) surge em Milão (787 AD), e em 1419 surge a Ospedale degli Innocenti, com medalhões de terracota esmaltada retratando bebês suplicando auxílio⁴.

A preocupação com a criança é bem recente. A velha sociedade

*Pediatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

“..via mal a criança e pior o adolescente”⁵, uma vez que a infância acabava quando do aparecimento das primeiras modificações físicas (prenúncio da puberdade), o que tornava o indivíduo um jovem, apto ao trabalho (ignorado e misturado aos demais adultos). Somente a partir do século XVII surge a escola, gradativamente substituindo a aprendizagem empírica (por observação do cotidiano adulto).

No século XVI, o padre beneditino Ponce de León realiza os primeiros ensaios sobre educação de surdos-mudos⁶. Em 1800, chega a Paris o indivíduo (mais tarde conhecido como “*L'enfant sauvage d'Aveyron*”^{7,8}) encontrado sobrevivendo, sem contato humano, em meio a bosques nos arredores de Saint-Serin, concomitantemente à publicação do *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*, de Pinel. Seu atendimento por um especialista em surdos-mudos (Jean Itard) é considerado uma das primeiras abordagens médico pedagógicas centrada no desenvolvimento⁹.

No século XIX, Pereira instaura a educação sensorial (através da substituição da palavra pela visão e pelo tato), enquanto Pestalozzi funda um instituto de educação pedagógica (através do método intuitivo e natural) na Suíça. Seguin publica um livro sobre tratamento moral dos *idiotas* (denominação corrente dos deficientes intelectuais de então) e de outras crianças *retardadas*, apresentando seu método de educação e criando a primeira escola de reeducação em solo francês. Seria uma primeira equipe médico pedagógica a colaboração entre Seguin e o psiquiatra Esquirol (segundo Heuyer)⁶.

No início do século XX, Bourneville abre um verdadeiro centro médico pedagógico, reservado para os *retardados*. Paralelamente, Claparède institui no ensino público de Genebra as chamadas classes especiais, voltadas para o ensino a crianças com *retardo mental*. Junto com o neurologista Naville, cria o primeiro exame médico pedagógico, com critérios de admissão para os ingressantes da classe especial. A medida do raciocínio (ou atividade intelectual) teve início no final do século XIX e início do século XX, onde se destacam as contribuições de Francis Galton (1822 - 1911), Alfred Binet (1857 - 1911) e Charles Edward Spearman (1863 - 1945), precursores no estudo da medida da inteligência. Binet e Simon publicam a primeira escala de desenvolvimento da inteligência (em 1905)⁶, dado que a definição de inteligência (e sua quantificação) se encontra no bojo do estudo do retardo mental.

A diferença entre relatos anedóticos do século dezenove

até levantamentos populacionais mais amplos no século passado¹⁰ se baseou na emergência da escolarização quase universal. Uma vez que a maioria das crianças vive atualmente sob a vigilância de instituições e profissionais, as formas mais sutis de distúrbio (deveriam) passar a ser identificadas. No século vinte, a sociedade se deu conta da necessidade de lidar com as crianças *idiotas* (que até então demandavam assessoria asilar), formulando uma gama de termos sociais e clínicos para englobá-las¹¹.

Este artigo propõe se debruçar sobre a questão do retardo mental e sua detecção precoce, uma vez que tal processo determina a possibilidade de prevenção, assim como de abordagem terapêutica, reabilitação e prognóstico. Cumpre ressaltar que *retardo mental* prossegue sendo denominação atualizada e correta no Brasil, uma vez que (ainda) é o termo médico utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na tradução em língua portuguesa de sua 10ª Classificação Internacional das Doenças¹². Desta forma, termos como deficiência intelectual (apesar de corrente nas associações de pais e meios especializados) seguem não fazendo parte da nosografia psiquiátrica nacional.

Conceito

“Incapacidade de competir em termos de igualdade com indivíduos da mesma idade, sexo e grupo social”¹³

O retardo mental decorre de variadas etiologias distintas e pode ser visto como uma via final comum de vários processos patológicos que afetam o funcionamento do Sistema Nervoso Central¹⁴. Assim, Krinsky destaca que o retardo mental

“...não corresponde a uma moléstia única, mas a um complexo de síndromes que têm como única característica comum a insuficiência intelectual”¹³.

Desse modo, sua abordagem tem que ser realizada dentro de uma proposta multidimensional, que inclui dimensões biológicas, psicológicas e sociais⁵.

A OMS define o retardo mental como

“...a parada do desenvolvimento ou o desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

EVELYN KUCZYNSKI*

ARTIGO

essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode acompanhar outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independentemente...¹²

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM5) revisa a definição de retardo mental na forma de deficiência intelectual (ou transtorno do desenvolvimento intelectual). Muda nome, impacto sobre o funcionamento do indivíduo e, a princípio, melhoram os critérios, a fim de encorajar uma abordagem mais compreensiva do paciente. O DSM-5¹⁶ passa a focar as condições do avaliado ao invés de uma abordagem multiaxial. O DSM-IV inseria o retardo mental no Eixo II, buscando garantir a inserção de prejuízos associados a outros transtornos mentais. Nesta nova edição, todos os transtornos mentais são alocados num único eixo, com igual peso.

A deficiência intelectual envolveria prejuízo das habilidades mentais gerais que provocam impacto no funcionamento adaptativo em três áreas (ou domínios), que determinam quão bem um indivíduo lida com as tarefas cotidianas: conceitual (habilidades de raciocínio, conhecimento, memória, linguagem, leitura, escrita, matemática, memória), social (empatia, julgamento social, comunicação interpessoal, habilidade em fazer e manter amizades), e prático (cuidado pessoal, responsabilidades, manejo monetário, recreação, tarefas escolares e trabalho)¹⁶.

Já o funcionamento adaptativo refere-se ao modo como os indivíduos enfrentam efetivamente as exigências comuns da vida e o grau em que satisfazem os critérios de independência pessoal esperados de alguém de seu grupo etário, bagagem sociocultural e contexto comunitário específico. É influenciado por vários fatores (educação, motivação, características de personalidade, oportunidades sociais e vocacionais e transtornos mentais e condições médicas gerais) que podem coexistir. Os problemas na adaptação habitualmente são mais propensos a apresentar melhora com esforços terapêuticos do que o QI, que tende a permanecer como um atributo mais estável.

A identificação da deficiência intelectual não requer uma idade específica, mas os sintomas devem se iniciar durante o período de desenvolvimento e são diagnosticados com

base na gravidade dos déficits do funcionamento adaptativo, sendo considerado de curso crônico e coexistindo com outras condições, como o autismo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, depressão¹⁶.

Contrariando o preconizado por algumas correntes psicológicas em nosso meio, o DSM5 preconiza o emprego não só de avaliação clínica, mas também de testagem paramétrica da inteligência para o diagnóstico, priorizando a gravidade do funcionamento adaptativo ao índice isolado de quociente de inteligência (QI), enfatizando sua importância no processo diagnóstico (incluído na descrição textual da deficiência intelectual, como prova de que não está ultrapassado, com especial relevância em casos forenses), ainda que removidos dos critérios de diagnóstico, devendo ser incluído na avaliação¹⁶. A deficiência intelectual continua sendo considerada como um QI dois desvios-padrão abaixo da população, o que equivale a um nível de QI igual ou abaixo de 70¹³ (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação e distribuição do retardo mental¹³

Grupo	QI	(%)
Profunda	0-20	1-2
Grave	20-35	3-4
Moderada	36-50	10
Leve	50-70	85

Fatores etiológicos associados

Os fatores etiológicos podem ser primariamente biológicos ou primariamente psicossociais (ou alguma combinação entre ambos). Em aproximadamente 50% dos indivíduos avaliados em contextos clínicos, não é possível determinar qualquer etiologia para o Retardo Mental, apesar de extensos esforços de avaliação¹⁷.

Todas as crianças com retardo mental devem ter colhidos dados de uma anamnese completa e serem fisicamente examinadas, assim como passar por uma avaliação compreensiva do desenvolvimento e serem submetidas a um *screening* completo (audiológico e visual); ter os resultados do *screening* neonatal revistos; realizar um microensaio cromossômico (CMA), também conhecido em nosso meio como hibridação genômica comparativa por *arrays*¹⁸, a não

*Pediatria. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ser que se suspeite de uma síndrome específica baseada em características fenotípicas e diagnosticadas por uma testagem específica^{19,20}.

Se o CMA não estiver disponível, então um cariótipo com banda G é um substituto apropriado. Também se prefere a cariotipagem para pacientes com síndromes cromossômicas óbvias (como a Síndrome de Down), história familiar de rearranjo cromossômico ou história de múltiplos abortos, como estabelecido nos consensos¹⁹.

Didaticamente, costuma-se classificar as causas associadas ao retardo mental pela fase de incidência do agravo que o provoca em fatores pré-, peri- e pós-natais. São considerados fatores perinatais aqueles que incidem desde as 22 semanas de gestação (154 dias de vida intrauterina, época em que o peso do nascituro corresponde a aproximadamente 500g) até os primeiros sete dias de vida. É denominado de período neonatal as primeiras quatro semanas (28 dias) de vida após o parto²¹.

O Quadro 2 resume as principais entidades classificatórias da relação de condições (pré-, peri- e pós-natais) associadas ao retardo mental²².

Quadro 2: Classificação de etiologias associadas ao retardo mental²²

I. Pré-natal (35% dos casos)

- a) fatores genéticos (cromossômicos/ gênicos)
- b) ambientais (infecções/ nutricionais/ físicos/ imunológicos/ intoxicações/ endocrinológicos/ hipoxia)

2. Peri-natal (em torno de 10%, com importante correlação com os índices de desenvolvimento humano da área populacional estudada)

- a) anoxia
- b) traumatismos
- c) prematuridade

3. Pós-Natais (5%)

- a) infecções
- b) traumatismos cranioencefálicos
- c) fatores (químicos, físicos, nutricionais) e privações diversas

4. Influências ambientais e outros transtornos mentais (aproximadamente 15-20%).

Estes fatores incluem privação de afeto e cuidados, bem como de

estimulação social, linguística e outras, e transtornos mentais graves.

Uma abordagem prospectiva acompanhando um protocolo escalonado em 281 portadores de atraso cognitivo sem explicação foi utilizado para buscar possibilidades diagnósticas. Foram necessários procedimentos diagnósticos complexos, fruto de uma abordagem multidisciplinar. Um terço teve diagnóstico estabelecido apenas embasado na anamnese e no exame físico; para outro terço, a anamnese e o exame físico forneceram questões essenciais para nortear a investigação complementar; apenas um terço teve seu diagnóstico estabelecido apenas pelos exames complementares. A possibilidade de alcançar um diagnóstico não depende da gravidade do retardo mental. Num centro de atendimento terciário, um diagnóstico pode ser estabelecido em um a cada dois pacientes²³. A anamnese e o exame físico são os mais importantes instrumentos para se atingir um diagnóstico.

Quadro 3: Dados de anamnese e exame físico direcionados para a investigação do retardo mental

gestação e parto
DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor)
morbidades
abortos prévios
idade dos pais
consanguinidade do casal
irmãos (ou parentes) afetados
exame físico: malformações
investigação complementar (quando pertinente).

Importante destacar-se também a importância da pesquisa de erros inatos do metabolismo²⁴ na investigação de atrasos ou regressões do desenvolvimento neuropsicomotor infantil.

Quadro 4: quando suspeitar de um erro inato do metabolismo ou de uma heredodegeneração²⁴?

- 1) moléstias hereditárias na família;
- 2) característica congênita (manchas hipo- ou hiperocrômicas, etc.);
- 3) surgimento de convulsões no período neonatal;
- 4) síndrome de West (hypsarrítimia) nos dois primeiros meses de vida;
- 5) dificuldade em se alimentar e crescer (bebê irritadiço, choroso, que dorme pouco...);
- 6) crises de acidose metabólica;
- 7) perímetro cefálico menor que 32cm ou maior que 37cm (ao nascimento);
- 8) baixo peso (pode ser fator de risco);
- 9) hipotonia congênita.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

EVELYN KUCZYNSKI*

ARTIGO

Conclusões

Apesar do progressivo interesse da Saúde Mental brasileira pela questão do *continuum* autista, tal movimento vem se processando de maneira superficial, em detrimento da identificação e condução dos casos de retardo mental (muito mais frequentes na população), sendo estes ubíquos em qualquer grupo (étnico, social ou cultural) do planeta. Como se não bastassem distorções ideológicas que professam ser a deficiência *sensu lato* uma mera “construção do social”! A detecção de casos de autismo por 1000 crianças cresceu dramaticamente nos EUA de 1996 a 2007 (Figura 1). Não se sabe quanto deste crescimento (ou todo ele) se deve a alterações na prevalência do autismo^{25,26}.

A formação do psiquiatra (e de outros profissionais da Saúde) vem carecendo cada vez mais de intimidade com esta entidade, tão variada e heterogênea, retratada pelos artistas de várias eras e reconhecida pela Medicina desde a Antiguidade. São raros no Brasil (paulatinamente esvaziados e, a seguir, extintos) os serviços transdisciplinares envolvidos na detecção precoce e capacitação de profissionais de Saúde nesta área de conhecimento.

Cabe aos especialistas e formadores de opinião estimular o interesse e conhecimento a respeito desta condição clínica, cujo impacto e prognóstico justifica todos os esforços no sentido de sua prevenção, identificação precoce e reabilitação/inclusão.

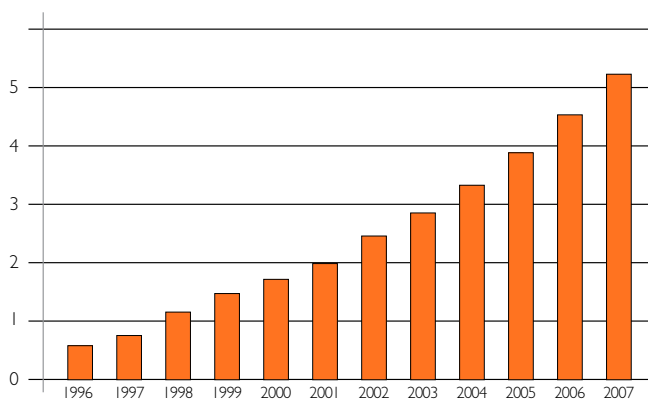


Figura 1: Evolução da prevalência anual de diagnósticos (por 1.000 habitantes) de transtornos do espectro autista nos EUA (Fombonne, 2009).

Não há conflito de interesse nem fonte de financiamento.

Correspondência: Evelyn Kuczynski

R. Borges Lagoa 1080 conj. 908

04038-002 – São Paulo – SP

ekuczynski@uol.com.br

Referências

1. Stoddard GD. The meaning of intelligence. New York, NY: Macmillan, 1943.
2. Lippi JRS. A criança maltratada. In: Assumpção Jr FB, Kuczynski E (Eds). Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência (1ª Edição). São Paulo: Atheneu, 2003;549-67.
3. Gesteira M. Puericultura. Rio de Janeiro: Panamericana, 1943, p. 13.
4. Martins RM, Campos Jr D. Introdução – História da Pediatria brasileira. In: Lopez FA, Campos Jr D (Orgs.) Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria (2ª Edição). Barueri, SP: Manole, 2010; xiii-xxxi.
5. Ariés P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
6. Ajuriaguerra J. História e origens da Psiquiatria Infantil. In: Manual de Psiquiatria Infantil (2ª Edição, revista e ampliada). São Paulo: Masson, s/d; 3-16.
7. Leite LB, Galvão I. A educação de um selvagem. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.
8. Malson L. Les enfants sauvages. Paris: Ed. 10/18, 1964.
9. Postel J, Quétel J. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Paris: Dunod, 1994.
10. Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K. Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974. Psychol Med 1976;6:313-32.
11. Neve M, Turner T. History of Child and Adolescent Psychiatry. In: Rutter M, Taylor E (Eds.) Child and Adolescent Psychiatry (4th Edn.). Oxford, UK: Blackwell Science, 2002: 382-95.
12. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. (Trad. Dorgival Caetano). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
13. Krynski S. Deficiência Mental. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1969.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Text Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
15. Assumpção Jr FB, Kuczynski E. Deficiência mental. In: Assumpção Jr FB, Kuczynski E. (Eds.) Tratado de Psiquiatria

*Pediatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

da Infância e Adolescência (2a Edição). São Paulo: Atheneu, 2012: 253-73.

^{16.} American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2012.

^{17.} Rauch A, Hoyer J, Guth S, Zweier C, Kraus C, Becker C, Zenker M, Huffmeier U, Thiel C, Ruschendorf F, Numberg P, Reis A, Trautmann U. Diagnostic yield of various genetic approaches in patients with unexplained developmental delay or mental retardation. *Am J Med Genet A* 2006;1140:2063-74.

^{18.} Kulikowski LD. Comunicação pessoal, 2013.

^{19.} Shevell M, Ashwal S, Donley D, Flint J, Gingold M, Hirtz D, Majnemer A, Noetzel M, Sheth RD; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology; Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2003;11;60:367-80.

^{20.} Miller DT, Adam MP, Aradhya S, Biesecker LG, Brothman AR, Carter NP, Church DM, Crolla JA, Eichler EE, Epstein CJ, Faucett WA, Feuk L, Friedman JM, Hamosh A, Jackson L, Kaminsky EB, Kok K, Krantz ID, Kuhn RM, Lee C, Ostell JM, Rosenberg C, Scherer SW, Spinner NB, Stavropoulos DJ, Tepperberg JH, Thorland EC, Vermeesch JR, Waggoner DJ, Watson MS, Martin CL, Ledbetter DH. Consensus statement: Chromosomal microarray is a first-tier clinical diagnostic test for individuals with developmental disabilities or congenital anomalies. *Am J Hum Genet* 2010;86:749-64.

^{21.} Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Sistema único de Saúde). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>

^{22.} Assumpção Jr FB, Sprovieri MHS. Introdução ao Estudo da Deficiência Mental. São Paulo: Memnon, 2000.

^{23.} Van Karnebeek CD, Scheper FY, Abeling NG. Etiology of mental retardation in children referred to a tertiary care center: a prospective study. *Am J Ment Retard* 2005;110:253-67.

^{24.} Diament A. Erros inatos do metabolismo e deficiência intelectual. *Revista DI* 2012;2:4-11.

^{25.} Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Ped Res* 2009;65:591-8.

^{26.} Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002;8:151-61.

FAÇA O PAGAMENTO
DA SUA ANUIDADE
À VISTA NO BOLETO.

Acesse o **Portal da Psiquiatria**
e imprima seu boleto.

www.abpbrasil.org.br

OU

PARCELE
SUA ANUIDADE
EM **3 VEZES** NO
CARTÃO SEM JUROS
ATÉ O DIA 31/03.

Acesse o **Portal da Psiquiatria** e faça seu
parcelamento de forma rápida e prática.

www.abpbrasil.org.br

Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



10.000m² 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

AMAFRERJ
AMIL
BRADESCO SAÚDE
CAMARJ
CASSI
ELETROS SAÚDE
EMBRATEL
GAMA SAÚDE
GOLDEN CROSS
MARÍTIMA
MEDSERVICE
NOTREDAME
PETROBRÁS
SULAMÉRICA
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

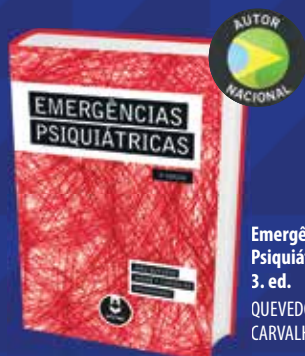
Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540 - 9091 / 2540 - 9056

CEP: 22440-034

e-mail: jjaber@clinicajorgejaber.com.br

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ

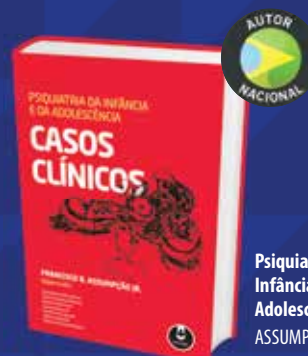
Associado da ABP tem 20% de desconto nos livros da Artmed Editora.



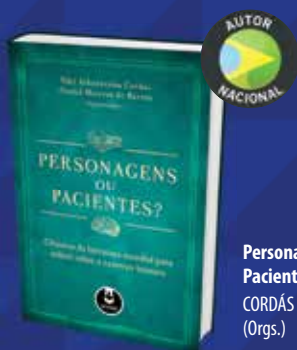
Emergências Psiquiátricas - 3. ed.
QUEVEDO & CARVALHO (Orgs.)



TOC - 2. ed.
CORDIOLI (Org.)



Psiquiatria da Infância e da Adolescência
ASSUMPTÃO Jr. (Org.)



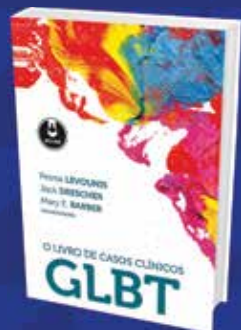
Personagens ou Pacientes?
CORDÁS & BARROS (Orgs.)



Neuropsicologia do Envelhecimento
MALLOY-DINIZ, FUENTES & COSENZA (Orgs.)



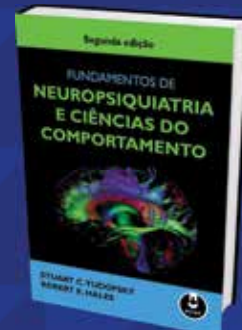
Neuropsicologia Geriátrica
CAIXETA & TEIXEIRA (Orgs.)



O Livro de Casos Clínicos GLBT
LEVOUNIS, DRESCHER & BARBER (Orgs.)



Casos Clínicos em Psiquiatria - 4. ed.
TOY & KLAMEN



Fundamentos de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - 2. ed.
YUDOFSKY & HALES (Orgs.)

**ASSOCIADO ABP
TEM 20% DE DESCONTO!**

Para acessar o desconto, compre pelo SAC 0800 703 3444 ou na página www.grupoa.com.br/site/abp

Conheça todo o catálogo em www.grupoa.com.br

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

GISLENE C VALADARES¹; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI²; JOEL RENNÓ JUNIOR³; JULIANA PIRES CAVALSAN⁴; RENATA DEMARQUE⁵; HEWDY RIBEIRO LOBO⁶; AMAURY CANTILINO⁷; RENAN ROCHA⁸; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁹; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA¹⁰.

ARTIGO

ATENÇÃO AS VÍTIMAS DE OFENSA SEXUAL- PARTE 2

CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL OFFENSE - PART 2

Resumo: A avaliação das vítimas de ofensa sexual necessita conhecimento, treinamento, sensibilidade e responsabilidade não submetendo a vítima a vivência também traumática da violência sofrida. Os passos dos cuidados são apresentados de acordo com protocolos internacionais. O tratamento psicoterápico e psicofarmacológico é apresentado.

Palavras Chave: Ofensa sexual, Avaliação física e psíquica, Tratamentos.

Abstract: The assessment of victims of sexual offense requires knowledge, training, sensitivity and responsibility not subjecting the victim also suffered traumatic reliving the violence. The steps of care are presented according to international protocols. The psychotherapeutic and psychopharmacological treatment are presented.

Key words: Sexual offense, Physical and psychological assessment, Treatment.

Introdução

Os cuidados ao avaliar vítimas de ofensa sexual (OS) são enfatizados devido aos riscos de revitimização dos avaliados. Estes cuidados devem ser aplicados na hora de apresentar às vítimas e responsáveis os cuidados básicos preventivos em relação a doenças sexualmente transmissíveis (DST) e contracepção de emergência (CE), além da necessidade de acompanhamento psicossocial em unidades básicas de saúde ou em serviços especializados segundo cada situação. As formas de apresentação e tratamento das sequelas físicas e psíquicas, agudas e crônicas das OS varia com o tipo de ofensa, características da vítima e capacidade dos serviços em acolher, cuidar e acompanha-las.

A ofensa sexual raramente envolve violência detectável, sendo a confiança da criança e não a força física utilizada pelo ofensor; que na maioria das vezes é um cuidador ou conhecido.¹ Quando ocorre violência, é comum encontrarmos escoriações, edemas, hematomas, prolapso ou lacerações na região genital, perineal, anal com ou sem sangramento, dor, secção himenal cicatrizada, lesões sugestivas de DST, etc.².

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas (ONU) e seus signatários, bem como outros organismos desenvolveram e revisaram protocolo³ sobre os diversos aspectos do acolhimento, tratamento e acompanhamento de pessoas ofendidas sexualmente com cuidados especiais à população infantil, às grávidas, idosas e aos homens.

Ao atender a vítima de OS é necessário enfatizar: Não é responsabilidade do serviço de saúde determinar se houve ou não OS e sim cuidar adequadamente, descrever e documentar os detalhes da história, do exame físico e outras observações de relevância. A coleta, autorizada pelo ofendido ou responsável, de evidências que possam ter utilidade posteriormente, deve ser cuidadosa e realizada ao primeiro atendimento. A seguir tratar as feridas ou lesões, aplicar se necessário tratamento preventivo para DST, gravidez e avaliar risco para a repetição da ofensa, fornecendo apoio psíquico e aconselhamento psicossocial.

As pessoas ofendidas podem reagir de maneiras as mais diversas, dependendo da cronicidade do abuso e do tratamento ao buscarem ajuda, pois esta experiência traumática pode ter ocorrido em diferentes situações com a mesma pessoa, perpetrada por mais de uma pessoa, por alguém próximo (parceiro, amigo, pai, tio, membro da família). Ao procurar um serviço médico, a pessoa ofendida ou seu responsável está admitindo a ocorrência de um dano físico e emocional do trauma.



¹ 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

²Doutor pela FIOCRUZ, Professor Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFMG, Presidente da Associação Brasileira de tratamento de Ofensas Sexuais, CEARAS Faculdade de Medicina da USP, Fundador e Coordenador do AMEFI (Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas).

Com frequência há preocupações excessivas com a saúde que ao serem esclarecidas e direcionadas adequadamente, facilitam o cuidar centrado na vítima e suas necessidades. Sugere-se seguir etapas para examinar a vítima em situações agudas e ou crônicas:

Avaliação do ofendido

Iª fase: INNOCENS (não causar dano); preparar a coleta de informações e exame: é de suma importância não causar mais sofrimento a esta pessoa. Deve se preservar alguns direitos fundamentais: Direito à Saúde de boa qualidade, inclusive reprodutiva, ao manejo das consequências físicas e emocionais da OS. Direito à Dignidade com acesso não indiscriminado relativamente a raça, etnia, sexo, gênero, opção sexual, cor, origem social, nacionalidade, religião ou posição política. Direito à Privacidade e Confidencialidade (inclusive em relação à família) das informações médicas e garantir um ambiente clínico seguro, usando linguagem compreensível. Direito à Autodeterminação respeitando a liberdade de decisão dos ofendidos sobre todo e qualquer procedimento, realização de exames ou tratamento e sobre quem pode acompanhar ao receber informações, fazer exames ou buscar outros serviços. Direito à Informação Legal e disponível de forma individualizada e independente das crenças pessoais do profissional que atende, dando ciência sobre os serviços disponíveis para a atenção às OS, sobre a importância dos cuidados médicos, de buscar atenção o mais rápido possível após o incidente, sem banho ou mudança de roupas bem como sobre as evidências forenses necessárias, a obrigatoriedade de notificação, as leis para manejo emergencial de prevenção de DST/AIDS, vacinação, contracepção, aborto ou posterior doação de bebês.

A pessoa ofendida sexualmente pode estar deprimida, desesperada, dissociada, agitada, com sentimentos de medo, culpa, vergonha, raiva, isoladamente ou combinados. Olhá-la e falar com ela, obter seu consentimento e realizar o exame com respeito, de forma sistemática, rápida e completa é de grande importância. (Quadro I)

Preparando para o exame: Deve-se detalhar a avaliação e documentação do estado físico e emocional da vítima e suas lesões, usando terminologia estandardizada bem como a descrição das características das feridas. Anotar os achados

sobre um pictograma da figura humana especificando além das lesões as evidências sobre as causas das mesmas. Escrever precisamente, com as palavras da vítima afirmações importantes e as ameaças feitas pelo ofensor.

Não temer incluir o nome do ofensor usando qualificadores como: "relata a paciente", "segundo...", evitar usar palavras interpretáveis como exagero ou mentira da vítima.

Anotar todo material que for coletado como evidência.

Quadro I Não causar danos

A coleta de informações

A descrição do incidente deve conter data e hora, solicitando à vítima que descreva o ocorrido em seu ritmo, sem interrupções, reassegurando a ela confidencialidade. Os detalhes podem ser esclarecidos após o término do relato.

A pessoa ofendida deve saber que não tem que contar o que não se sentir confortável, que pode responder que não sabe, enfatizando, entretanto, a importância do entrevistador compreender exatamente os fatos para checar possíveis lesões, risco de gravidez e DST.

Descreve se também se foi machucada, presa, ameaçada com arma, se houve envolvimento de álcool ou drogas e se houve penetração com pênis, dedo, outros. Perguntar sobre ejaculação e uso de preservativo.

Confirmar se a vítima estava grávida ou teve um parto recente antes da OS, interrogando uso adequado ou não de contraceptivos ou esterilização (especificar), as datas da última menstruação, gravidez e história obstétrica, incluindo aborto ou perda nos últimos 10 dias. Também anotar a data da última relação sexual consentida antes da OS e ou após a última menstruação e o nome do parceiro.

Perguntar sobre doenças pregressas, alergias, uso de fármacos, vacinação, HIV e carga viral (determinam o tratamento mais apropriado, o aconselhamento e o seguimento necessário).

Quando a vítima é uma criança ao apresentar-se a ela o examinador deve dizer que está segura. Iniciar a coleta da história com perguntas neutras sobre escola, amigos, com quem mora, atividades favoritas e a seguir com perguntas abertas como: Porque você está aqui hoje? O que te disseram sobre vir aqui hoje?

Faça perguntas também abertas para obter informações

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

GISLENE C VALADARES¹; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI²; JOEL RENNÓ JUNIOR³; JULIANA PIRES CAVALSAN⁴; RENATA DEMARQUE⁵; HEWDY RIBEIRO LOBO⁶; AMAURY CANTILINO⁷; RENAN ROCHA⁸; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁹; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA¹⁰.

ARTIGO

sobre a OS sendo as com respostas sim ou não usadas apenas para clarificar detalhes. Seguir pacientemente o ritmo dela, não interrompendo o encadeamento de seu pensamento. Perguntar às meninas sobre menstruação e passado obstétrico, segundo a idade e estágio puberal. Interrogar sobre a situação doméstica e se ela tem um lugar seguro para ir, implicando o suporte social para a mesma. No Quadro 2 a sequência sugerida de coleta da história da OS para crianças que também serve de roteiro a entrevista de adultos incluindo a avaliação de riscos para si e outras pessoas (Quadro 2).

Quadro 1

Determine a segurança para abordar a vítima, crie ambiente calmo.
Olhe sempre para a pessoa, chame-a pelo nome, converse em tom tranquilo.
Garanta os direitos à saúde, dignidade, não discriminação, autodeterminação, informação, privacidade e confidencialidade.
Explique o que vai acontecer, as etapas e importância do exame, o que vai elucidar e como influencia o tipo de tratamento. Reforce que ela está no controle do exame e que os achados são guardados confidencialmente.
Pergunte, a sós com a vítima, se ela tem alguma dúvida e se deseja uma pessoa específica presente como suporte (ofensor pode ser o acompanhante).
Rever a compreensão do consentimento informado, reforçando que seus termos podem ser recusados em qualquer parte do exame e solicitar assinatura do documento.
Reveja todo o material trazido, antes de coletar a história. Permita que a vítima conte sua história em seu ritmo e vocabulário gastando o tempo necessário para coletar todas as informações importantes. Evite distrações ou interrupções durante o relato da história.
Pergunte de maneira gentil evitando perguntas que sugiram crítica ou culpabilização: o que você estava fazendo lá sozinha? Etc. Não repita perguntas já feitas e documentadas por outros profissionais.
Mantenha o material de exame coberto até sua utilização para não elevar o nível de ansiedade da vítima.
Limite o número de pessoas na sala e faça o exame tão rápido quanto possível nunca forçando ou pressionando a vítima ao que não quer. A presença de outro profissional de saúde treinado e preferencialmente do mesmo sexo da pessoa a ser examinada durante é recomendada.

Adaptado de World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees, Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons -- Revised ed, 2004

Quadro 2 - Passo a passo

Perguntar a seguir, se após o incidente a vítima urinou, defecou, vomitou, usou ducha vaginal, trocou as roupas, escovou os dentes, usou tampão vaginal, pois isto altera as evidências forenses a serem coletadas.

Quadro 2

Apresente-se à criança.
Sente-se no mesmo nível dela e mantenha contato visual.
Diga que ela está segura e inicie com perguntas neutras sobre escola, amigos, com quem ela mora, atividades favoritas e a seguir com perguntas abertas como: Porque você está aqui hoje? O que te disseram sobre vir aqui hoje?
Faça perguntas abertas para informações sobre a ofensa e as com respostas sim ou não apenas para detalhes.
Para meninas, segundo a idade, pergunte sobre menstruação e história obstétrica.
Evite perguntas sugestivas e siga no ritmo da criança não interrompendo o encadeamento de seu pensamento.
Obter informações sobre a situação da casa, se a criança tem um lugar seguro para ir.
As perguntas
Como a ofensa foi descoberta?
Quem fez isto? Você ainda sente medo ou ameaça?
Quantas vezes isto já aconteceu com você? Quando foi a última vez?
Pergunte sobre queixas físicas: sangramento, disúria, corrimento, dificuldade para andar ou assentar, etc.
Avalie o risco para irmãos, outras crianças ou pessoas.

Adaptado de World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees, Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons -- Revised ed, 2004



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

⁴Psiquiatra do Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

Quadro 3 Avaliação de riscos imediatos à vítima de OS

2ª fase: Preparando coleta de evidências forenses com objetivo de auxiliar a busca de reparação legal, quando possível. As provas forenses são apoio à história da vítima confirmando o contato sexual recente, demonstrando que força ou coerção foram usadas, facilitando a identificação do provável ofensor. A documentação das lesões e coleta de amostras de sangue, cabelo, saliva e esperma devem ser feitas o mais rápido possível após o incidente, de forma adequada e preferencialmente até 72 horas.

As provas devem ser coletadas durante a avaliação médica, evitando exames múltiplos e traumáticos.

As provas coletadas devem ser armazenadas de forma organizada, segura e confidencial, com o consentimento prévio do ofendido ou responsável, sendo enviadas para análise de autoridades se a vítima assim o decidir. Abaixo no quadro 4 as evidências a serem coletadas.

A vítima pode escolher não coletar estas evidências.

Quadro 3

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

Adaptado de Masserchmitt, 2003

Quadro 4 Coleta de provas forenses

3ª fase: Realização do exame físico e genital preferencialmente nas primeiras setenta e duas horas após a ocorrência. Antes de iniciá-lo certificar se de ter em mãos todo o material necessário. Não solicitar que a vítima fique nua ou descoberta, ofereça lençol ou camisola de exame. Inicie com medida de sinais vitais, inclusive movimentos respiratórios, temperatura e déficit neurológico para detecção imediata de complicações médicas pós-trauma necessitando intervenções, hospitalização e cirurgias de emergência. A seguir mãos e pulsos antes da cabeça para dar mais segurança à examinada, sendo todos os achados anotados de forma completa. Deve-se conversar e olhar para a vítima antes de tocá-la, observando aparência, estado mental e emocional incluindo abstinência de substâncias, choro, agitação, calma, etc., explicando o que será feito, reafirmando que pode perguntar o que quiser e interromper o exame se necessário.

Examinando primeiro a parte superior do corpo, avaliar dentro dos olhos, nariz e boca, aspecto dos lábios, gengivas e palato, dentro e atrás das orelhas e pescoço.

Buscar consistência entre o exame e o relato da vítima (marcas de mordidas e socos, marcas nos pulsos, falha de cabelos na cabeça, orelhas rasgadas ou tímpanos lesados). Se ela relata estrangulamento, procuramos petéquias hemorrágicas nos olhos, equimoses e hematomas no pescoço; examinando também lesões na área do corpo que teve contato com a superfície na qual aconteceu a ofensa.

Devem ser coletadas amostras de qualquer material estranho no corpo e roupas (sangue, saliva e sêmen) e suas unhas devem ser cortadas e raspadas.

No exame minucioso e sistemático do corpo da pessoa ofendida atentar aos sinais aparentes de gravidez e estágio puberal.

Exame das áreas genital, anal e do reto: Menos de 50% dos casos de estupro examinados imediatamente após o fato apresentam dano patognomônico. Observação e documentação da localização de lacerações, escoriações e contusões devem ser feitas minuciosamente no pictograma do corpo humano e no relatório médico.

A ordem razoável de inspeção sistemática pode iniciar no monte pubiano, entre as coxas, o perineo, ânus, grandes lábios, pequenos lábios, intróito vaginal, hímen, observando

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

GISLENE C VALADARES¹; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI²; JOEL RENNÓ JUNIOR³; JULIANA PIRES CAVALSAN⁴; RENATA DEMARQUE⁵; HEWDY RIBEIRO LOBO⁶; AMAURY CANTILINO⁷; RENAN ROCHA⁸; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁹; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA¹⁰.

ARTIGO

cicatrizes de mutilações genitais prévias ou de parto. Deve se cuidadosamente procurar por lesão genital como hematomas, arranhões, escoriações, lacerações (geralmente localizadas na fúrcula posterior), observando qualquer sinal de infecção como úlceras, corrimento vaginal ou verrugas. Também as lesões no intróito e hímen devem ser delicadamente pesquisadas sendo que lacerações são mais frequentes em crianças e adolescentes. Coleta de amostras com swab de acordo com o protocolo local devem ser feitas e sendo para análise de DNA inicie em torno do ânus e períneo e depois a vulva evitando contaminação.

Se houve penetração vaginal inserir delicadamente o espéculo lubrificado com água ou solução salina. Não usar espéculo no exame de crianças e observar que pode ser inaceitável introduzir na vagina espéculo, dedo ou mesmo swab para exame de virgem, neste caso restrinja o exame à inspeção genital externa, a não ser que haja sintoma de lesão interna.

Para o exame da região anal orienta se a vítima delicadamente sobre a mudança para decúbito lateral. As observações sobre dilatação anal, fissuras em torno do ânus, presença de restos fecais na pele do períneo e sangramento de lacerações retais são anotadas. Amostras no reto podem ser coletadas e se indicado, realizar o exame reto-vaginal e inspeção da área retal para trauma, lacerações reto- vaginais ou fístulas, sangramento e descarga (corrimento ou sêmen), observando o tônus do esfíncter e se houver sangramento, dor ou suspeita de corpo estranho encaminhar a vítima para internação hospitalar. Testes laboratoriais de urina, RX, ultrassonografia são solicitados, se necessário.

Em mulher idosa: Usar um espéculo fino para o exame genital, porém se a única razão para o exame for pesquisa de DST, substituí-lo por swab.

Em homens: examine escroto, testículo, pênis, tecido periuretral, meato uretral e ânus. Observe se houve circuncisão prévia, hiperemia, edema (distinguir de hérnia inguinal, hidrocele e hematocele), torção dos testículos (emergência cirúrgica), manchas escuras, lacerações anais, etc. Checar trauma peniano e uretral na ocorrência de grande quantidade de sangue na urina. Se indicado fazer toque retal conferindo o reto e próstata para trauma e sinais de infecção.

Coletar material direto do ânus para pesquisa microscópica da presença de sêmen.

Se a vítima for examinada após 72 horas são raras as evidências físicas, especialmente com mais de uma semana da ofensa mas, dependendo das queixas, deve se proceder a um exame físico completo. A vítima pode sentir que tem alguma lesão, mesmo quando não há, e nestes casos uma inspeção cuidadosa com asseguramento subsequente de que nenhum dano físico está presente é de grande alívio e benefício para a pessoa ofendida, que não sentirá tanta necessidade de procurar os serviços de emergência.

Na figura 1 abaixo síntese da sequencia de avaliação das vítimas de OS e a prevenção de sequelas físicas e psíquicas.

Figura 1 - Avaliação das vítimas de OS

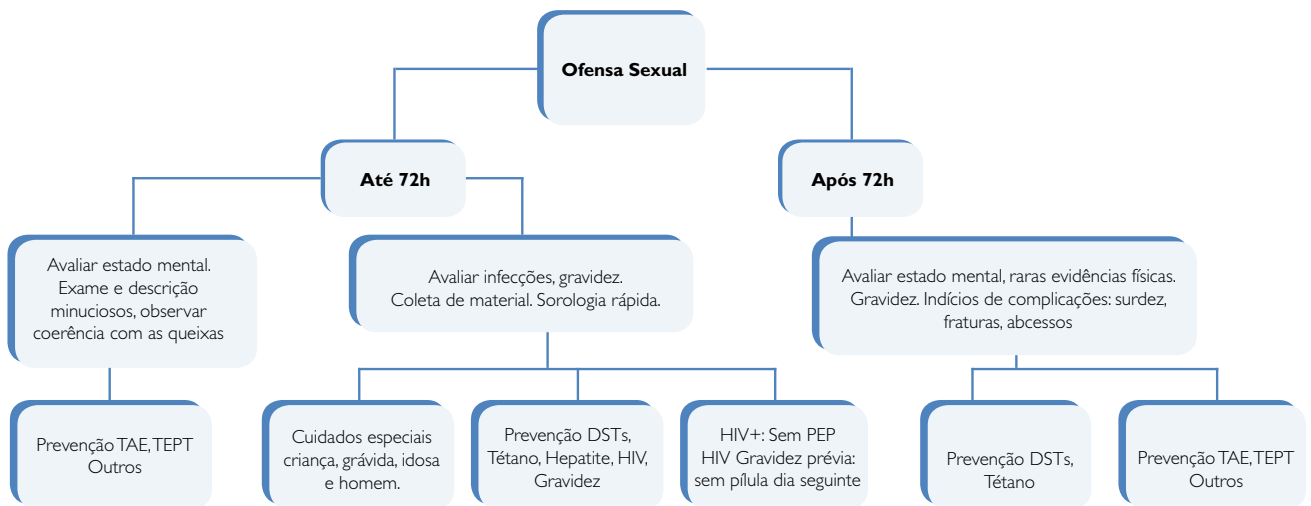
Quadro 4

Evidência de lesão: trauma físico e ou genital = prova de força, deve ser descrito e documentado no pictograma.
Roupas rasgadas ou sujas (terra, folhas, grama nas roupas, cabelos ou corpo da vítima) = prova de força física usada.
Pelos e material encontrados no corpo, unhas e roupas da vítima X Pelos púbicos e cabelos da vítima devem ser coletados para comparação e análise de DNA.
Análise de DNA do material encontrado no local da ofensa, que pode ter tido contato com material biológico do ofensor (roupas, papel higiênico, absorventes, lenços, preservativos, etc.) e em amostras de swabs coletados de feridas, mordidas, manchas de sêmen, em orifícios envolvidos.
Esperma e líquido seminal podem ser coletados e identificados usando swabs para a vagina, ânus e cavidade oral se houve penetração nestas áreas.
Amostra de sangue da vítima deve ser coletada para distinguir o seu do DNA do ofensor. Análise toxicológica também é processada em urina da vítima e do ofensor, se possível.

⁵Psiquiatra do Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

⁶Psiquiatra Forense, Psicogeriatra e Psicoterapeuta pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Psiquiatra do ProMulher do Instituto de Psiquiatria da USP.

4ª fase: Prescrição de Tratamentos Preventivos



A prevenção de gravidez, DST/HIV, hepatite e tétano, depende de quando a vítima chega ao serviço de saúde, seu status vacinal e de saúde. Se há incerteza, insuficiência de doses ou vacinação há mais de 5 anos para feridas diversas ou mais de 10 anos para feridas recentes (menos de 6 horas) a toxina tetânica deve ser aplicada. Para outros esquemas consultar as tabelas locais de vacinação de crianças e adultos. O esquema de vacinação e tratamento para DST é o mesmo para ambos os sexos, devendo ser iniciado no mesmo dia, assim como a contracepção de emergência para mulheres em idade reprodutiva. As doses dos fármacos devem ser divididas ao longo do dia e ingeridas com alimento para evitar efeitos adversos e intolerância. Mulheres grávidas e crianças têm esquema especial, vide tabelas 1, 2 e 3 a seguir.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

GISLENE C VALADARES¹; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI²; JOEL RENNÓ JUNIOR³; JULIANA PIRES CAVALSAN⁴; RENATA DEMARQUE⁵; HEWDY RIBEIRO LOBO⁶; AMAURY CANTILINO⁷; RENAN ROCHA⁸; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁹; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA¹⁰.

ARTIGO

Tabela 1 - Tratamento pós exposição DST não virais

Doença	Tratamento	Crianças/ Adolescentes menos de 45KG	Adolescentes e Adultos
Sífilis (Treponema Pallidum)	1ª Escolha	Penicilina G Benzatina-50.000 U/ kg, IM, Dose única (dose máx. -2,4 milhões UI)	Penicilina G Benzatina-2,4 milhões UI, IM, Dose única(1,2 milhão em cada nádega)
Treponema Pallidum	Tratamento alternativo se há hipersensibilidade comprovada à penicilina	Eritromicina, 50 mg/kg/dia, VO de 6/6h por 15 dias	Se hipersensibilidade comprovada a penicilina : Eritromicina(estearato) 500 mg, VO, de6/6h, por 15 dias ou Ceftriaxona ou Azitromicina
Gonorreia (Neisséria gonorrhoeae)	1ª Escolha	Ceftriaxona -250 mg, IM, dose única	Ofloxacina 400 mg VO, dose única (contraindicado em grávidas).
	Tratamento alternativo		Ceftriaxona 250 mg IM, dose única ou cefixima 400 mg, VO (contraindicado em grávidas).
Cancro Mole(Haemophilus ducreyi)	1ª escolha	Azitromicina -20 mg/kg, VO, dose única, (dose Max -1g)	Azitromicina 1 g, VO, dose única.
	Tratamento alternativo	Ceftriaxona-125mg, IM, dose única	Ceftriaxona 250 mg IM, dose única.
Clamidiose (Chlamydia trachomatis)	1ª escolha	Metronidazol 15 mg/kg/dia, de 8/8h, VO, durante 7 dias (dose Max 2 g)	Metronidazol 2 g, VO, dose única. Evitar no 1º trimestre em grávidas.
	Tratamento alternativo	Secnidazol 10 mg/kg, VO dose única	Secnidazol ou Tinidazol 2 g, VO, dose única. Evitar no 1º trimestre em grávidas.
Síntese do tratamento		Penicilina G benzatina 50.000 UI/ kg IM + Ceftriaxona 250 mg IM+ Azitromicina 20 mg/kg VO+ Metronidazol 15 mg/kg/dia VO, dose única, por 7 dias	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM + Ceftriaxona 250 mg IM+ Ofloxacina 400 mg VO + Metronidazol 2 g VO. Grávidas: Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM + Ceftriaxona 500 mg IM+ Azitromicina 1 g VO + Metronidazol 2 g VO dose única. Evitar no 1º trimestre.

Adaptado de Célia Carvalho Nahas ET all 2013 (4)

⁷Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor Adjunto do Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE.

⁸Médico Psiquiatra. Coordenador do Serviço de Saúde Mental da Mulher das Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)

Tabela 2 - PEP para HIV

Faixa etária	Medicamentos	Dose	Apresentação
Crianças	Zidovudina (AZT)	240 mg/kg/dose, 12/12h (máx 300 mg/dose), VO, por 28 dias	10 mg/ml(sol. oral)
	Lamivudina (3TC)	4 mg/kg/dose, 12/12h(max150 mg/dose), VO, por 28 dias	10 mg/ml(sol. oral)
	Lopinavir/ Ritonavir	230 mg/m ² LPV/ dose, 12/12h(max 400/100 mg dose), VO, por 28 dias	80 mg/20ml (sol.oral)
Adolescentes e adultos	Zidovudina e Lamivudina(300/150 mg) Lopinavir+ Ritonavir (200/50 mg)	1 comp. 12/12 h VO, por 28 dias	300/150 mg 200 mg/50 mg

Adaptado de Célia Carvalho Nahas ET all 2013 (4)

Tabela 3 - Infecção Hepatite

Vacinas completas	Não necessita reforço ou IGH HB
Vacinas incompletas	1 dose única de IGH HB até 7 dias após ofensa + 1 dose da vacina e completar esquema (0, 1, 6 meses)

Adaptado de Célia Carvalho Nahas ET all 2013 (4)

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

GISLENE C VALADARES¹; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI²; JOEL RENNÓ JUNIOR³; JULIANA PIRES CAVALSAN⁴; RENATA DEMARQUE⁵; HEWDY RIBEIRO LOBO⁶; AMAURY CANTILINO⁷; RENAN ROCHA⁸; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁹; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA¹⁰.

ARTIGO

5ª Fase Cuidar da Saúde Mental

A maioria das vítimas de ofensa sexual, independente de gênero, idade e status social jamais relata o ocorrido. A revelação no serviço de saúde é um sinal de confiança e esperança no profissional que a atende. A resposta compreensiva e solidária tem um impacto extremamente positivo em sua chance de recuperação.

Nos quadros agudos, as vítimas de ofensa sexual podem apresentar dissociação, revivescência do trauma, evitação relacionadas ao evento traumático, insensibilidade ou entorpecimento afetivo com redução da reatividade e capacidade em funções executivas e solução de problemas. Também hiperestimulação autonômica com sobressalto e hipervigilância, irritabilidade, crises de ansiedade, agitação, insônia e pesadelos, tudo isto levando ao humor negativo com anedonia e dificuldade persistente de vivenciar amor, alegria ou satisfação. Este quadro, nos trinta dias que sucedem ao evento, configura o Transtorno de Estresse Agudo (TEA).

É frequente que sintomas de ansiedade e pânico associados à tontura, respiração curta, palpitações e sensações de choques, sem causa orgânica levem estas pessoas aos serviços de emergência. Podem ser explicados à paciente como comuns a situações de grande medo e a confirmação de que não estão relacionados a uma doença ou lesão alivia a vítima. Sendo severos e sem resposta a intervenções de suporte ou de dessensibilização e trazendo evidente prejuízo ao funcionamento básico (como impossibilidade de falar, locomover, alimentar durante 24 horas, etc.) técnicas psicoterápicas e o uso de psicofármacos deve ser instituído observando-se a estabilidade da condição física da vítima.

Vítimas de OS relatam sentimentos de culpa e vergonha, emoções descontroladas de medo, raiva e ansiedade, pesadelos, idéias e tentativas de suicídio, entorpecimento, confusão mental, abuso de substâncias, disfunções sexuais, queixas somáticas medicamente inexplicáveis, isolamento social. Orgasmo involuntário pode ocorrer durante OS, provocando sentimentos ambivalentes constrangedores e deve ser esclarecido como reação fisiológica e fora do controle da pessoa, tranquilizando um pouco a vítima. Explicar sempre, de forma gentil, que ofensa e estupro são responsabilidade do perpetrador e nunca erro da vítima. Reassegure que, com certeza, ela não merece ser ofendida

nem estuprada, que o ocorrido não é sua culpa, não foi causado por seu comportamento ou maneira de vestir.

Não se deve fazer julgamentos morais sobre a vítima.

Deve se também considerar atenção e tratamento às famílias, que podem estar desorganizadas, apresentando sentimentos e reações compensatórias de culpa ou raiva, além de vergonha e medo, especialmente se o ofensor pertence ao grupo familiar.² A seguir no **quadro 5** alguns cuidados de acordo com a OMS e Ministério da Saúde MS³,¹³ durante o aconselhamento de vítimas de OS.

Quadro 5- Cuidados durante o aconselhamento

Pesquisas neurobiológicas sobre ofensas sexuais na infância e adolescência demonstram disfunções límbicas, hipocampus e na amígdala, menor integração entre os hemisférios cerebrais com alteração da função e formatação da memória verbal e emocional, sintomas de medo, insônia ou pesadelos, terror, irritabilidade, hostilidade e depressão, devido às alterações no eixo hipófise, pituitária, adrenal com hiperativação noradrenérgica e inibição serotoninérgica.⁵

Além do evento traumático, como uma das bases para o desenvolvimento de sintomas de TEA e que persistindo no tempo posteriormente evoluem como transtorno de estresse pós-trauma (TEPT), alguns pesquisadores e psicanalistas advogam a existência de um trauma precoce anterior, na vida fetal ou até dez dias após o nascimento, de um trauma com a interrupção sentida do "continuar sendo" ou do sentir "continuar existindo" de Winnicott, 1992, sendo o trauma do parto o mais habitual e levando a um estado de insuficiência com angústia de morte e desamparo⁶. A profundidade das cicatrizes deste trauma seria responsável por um imprinting epigenético sensibilizador ao desenvolvimento de TEPT, Depressão, comportamento suicida e Transtornos de Personalidade.

Na fase aguda do evento não se deve pressionar a vítima a dividir suas experiências pessoais além do que ela deseja, isto pode revitimizá-la potencializando os efeitos da memória do trauma sobre sua saúde mental.

Suporte social e psíquico, incluindo aconselhamento, é essencial no cuidado à vítima de OS. A maioria delas vai recuperar sua saúde emocional com o auxílio e compreensão



JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁹, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA¹⁰

⁹Médico 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 (UFSCPA). Professor Associado do Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF).

¹⁰Psiquiatra. 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.

das pessoas nas quais confia, de conselheiros comunitários e grupos de apoio.

Técnicas de acolhimento e ressignificação da experiência vivida contribuem para a não instalação das marcas neuro comportamentais advindas de alterações hipotalâmicas e hipocámpais secundárias aos traumas emocionais^{7,8}.

O conceito de resiliência aplicado como capacidade de proteger a própria integridade sob pressão e de construir sob adversidade, traz a possibilidade de, durante as crises, trabalhar com os modelos de desafio versus o modelo de dano ressignificando os traumas como desafio e possibilidades, reconhecendo a capacidade individual e grupal de desenvolver filtros protetores que facilitem a superação de traumas.⁹

Tratamentos reparadores psicoterápicos, mesmo anos após a ocorrência da OS, funcionam não só como alívio de sintomas mas como prevenção da repetição de comportamentos abusivos ativos ou passivos, tão frequente em sobreviventes deste tipo de violência¹⁰. Segundo Salim, a base do trabalho de acolhimento afetivo se sustenta beneficemente em interpretações sobre: “a angústia de morte e sua defesa biológica correspondente, relações inter e intrassubjetivas, as relações transferenciais e contratransferenciais e a angústia de castração esquizo-paranóide e depressiva que se alterna com a angústia de morte na apresentação de sintomas agudos e crônicos nos casos de OS”⁶

É muito importante avaliar os riscos que a vítima continua correndo, norteados as intervenções protetivas. A re-exposição constitui um problema que traz dificuldades na adesão aos tratamentos psicoterápicos e maior refratariedade ao uso de fármacos pois a memória traumática se mantém reavivada sendo, através de estudos neuropsicológicos envolvendo imagens, observada morte neuronal, processos inflamatórios e perdas cognitivas e dependendo do tempo de instalação dos sintomas levando também a comprometimento sistêmico.¹¹

É frequente que vítimas de ofensa sexual avaliadas logo após a agressão estejam estressadas, agitadas e não se lembrem das recomendações feitas, que devem ser fornecidas por escrito também. Oportunidade de esclarecer suas dúvidas e expressar suas preocupações auxilia a vítima neste momento.

Quadro 5

Prover de cuidados práticos e não intrusivos.
Ouvir sem pressionar para que fale sobre a ofensa e assegurar que suas necessidades básicas serão vistas no ambiente do exame.
Perguntar à vítima se tem um local seguro para ir e se tem alguém de sua confiança para acompanhá-la ao sair do serviço de saúde.
Caso não tenha lugar seguro, esforços sociais devem ser feitos neste sentido. Fornecer lista de serviços de aconselhamento, serviços comunitários e autoridades legais incluindo a polícia, se apropriado à proteção da vítima.
Se a vítima tem outros dependentes a cuidar e está impossibilitada de suas atividades diárias em função dos traumas, a assistência social e cuidados devem ser dirigidos para prover a sua segurança e de seus dependentes.
De forma delicada diga à vítima quão séria e impactante emocionalmente é a sua experiência e oriente sobre os problemas emocionais, sociais e físicos que ela pode vivenciar. Explique que emoções e sentimentos fortemente negativos e confusão mental após OS são comuns e que por tudo isto ela vai necessitar de apoio psíquico.
Encoraje a vítima, sem forçar, a falar a alguém em quem confie e pedir apoio.
Estimule a vítima a participar com sua família de atividades na comunidade, não se isolando.

6ª Fase Tratamento dos sintomas psiquiátricos

Vários sintomas podem desaparecer com o tempo sem intervenção, porém se a ofensa ocorreu a menos de 2-3 meses e a vítima permanece com sintomas subjetivos de estresse por mais de duas semanas, que não melhoram com apoio e intervenção psicológica e cursem com demanda de atendimento médico frequente, deve ser considerado o uso de fármacos. A duração do tratamento varia com a medicação eleita e a resposta de sintomas diversos que prejudicam a funcionalidade da vítima. A OMS desencoraja o uso agudo de psicofármacos (dados iniciais apontam que 2/3 dos casos de trauma melhoram espontaneamente).

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é preconizada como primeira escolha e varia com perfil individual dos pacientes, que algumas vezes não conseguem nem sair de casa, configurando a necessidade de tratamento psicofarmacológico.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

GISLENE C VALADARES¹; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI²; JOEL RENNÓ JUNIOR³; JULIANA PIRES CAVALSAN⁴; RENATA DEMARQUE⁵; HEWDY RIBEIRO LOBO⁶; AMAURY CANTILINO⁷; RENAN ROCHA⁸; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁹; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA¹⁰.

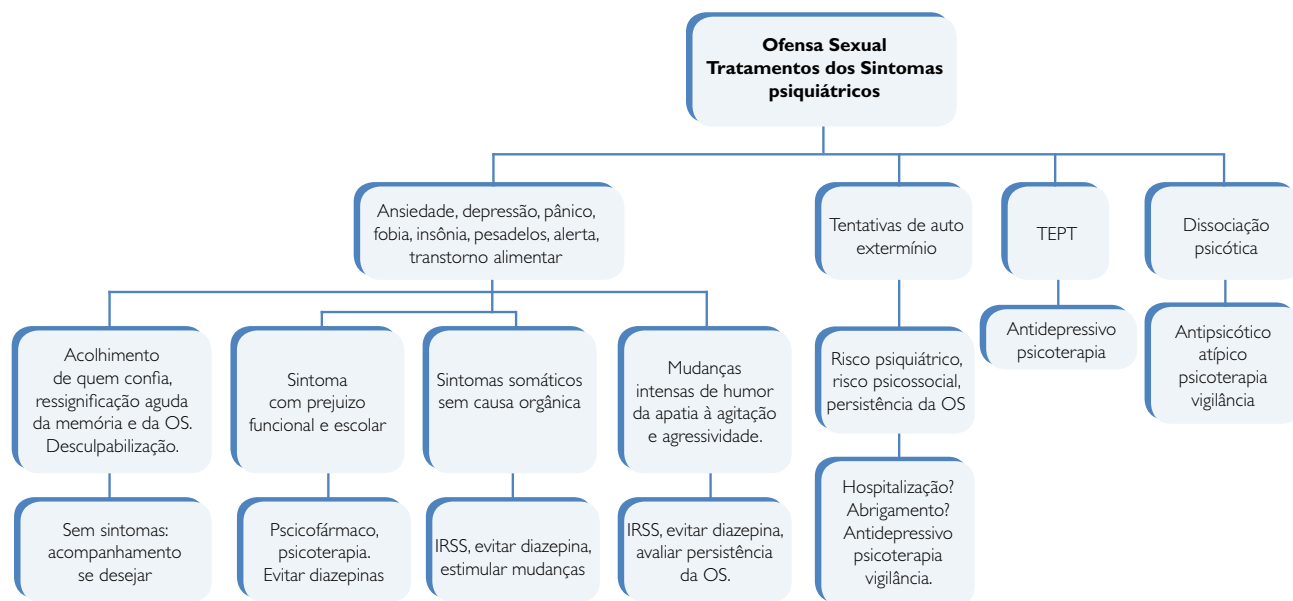
ARTIGO

Os quadros de TEA podem cursar com sintomas psicóticos, alucinações auditivas, visuais, além de ideação delirante e os antipsicóticos atípicos (AA) como Olanzapina, Quetiapina e Risperidona podem ser utilizados para estes pacientes em doses mais baixas. Outras medicações como anticonvulsivantes (Divalproato, Carbamazepina, Topiramato, Lamotrigina), agonistas alfa adrenérgicos (Clonidina) e os bloqueadores beta adrenérgicos (Atenolol), DHEA, corticóides e anti-inflamatórios para prevenir a instalação de quadros de TEA e TEPT constituem temas para estudos posteriores pois podem também ser úteis para clusters de sintomas, sendo os últimos recomendados, sem estudos controlados, na prevenção aguda do TEPT.¹³

Abaixo, árvore decisória para tratamento dos sintomas psiquiátricos em OS.

Figura 2 - Tratamento dos sintomas psiquiátricos

O uso de benzodiazepínicos, embora frequente, tem demonstrado agravar sintomas posteriores de TEPT além do risco de



dependência física após poucos dias de uso. Não são recomendados em monoterapia ou como primeira escolha pois agem inibindo o sistema de defesa que está hiper ativado na tentativa neuroquímica do organismo de reagir para se recuperar. Técnicas psicoterápicas como o “Debriefing” devem ser utilizadas com cautela para que a revivência repetitiva do trauma não eleve os riscos de TEPT futuro.

Em metanálises o uso de Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) e antidepressivos duais, trazem alívio de sintomas centrais de revivência, evitação e hipervigilância, bem como sintomas de depressão comórbida. Antidepressivos tricíclicos e IMAO podem ser benéficos no tratamento de TEPT e TEA, porém os riscos de suicídio e os efeitos adversos não os elencam como primeira escolha.

A paroxetina (que pode ser sedativa e melhorar o sono) e sertralina são aprovadas pelo FDA para TEPT, não havendo muitas pesquisas com a fluoxetina. Se ISRS não auxiliam em doses elevadas ou levam a resposta parcial pode ser utilizada a venlafaxina ou associar atípicos como a risperidona.

A insônia e os pesadelos podem ser tratados com Zolpidem porém o uso experimental de substâncias como a Prazosina (alfa I adrenérgico) tem levado a uma melhora do TEPT provavelmente porque inibe na amígdala a consolidação de memórias traumáticas (orientação de ingestão aumentada de líquidos para prevenir hipotensão).



Cuidar de quem cuida: A Equipe de trabalho com OS: Avaliação e supervisão

O trabalho com OS costuma ser bastante exigente e afeta aos profissionais que prestam assistência tornando necessária, além do compartilhar as vivências, a supervisão adequada dos casos atendidos. A supervisão deve abordar a discussão dos casos e os conflitos gerados durante o atendimento e as repercussões na prática clínica e pessoal da equipe. Não sendo viável a todas as equipes torna-se importante que os profissionais e serviços de diversos níveis que atendem a estes casos não fiquem isolados.

É necessário que, a intervalos regulares, a depender da disponibilidade e tamanho da demanda, os casos possam ser discutidos por uma equipe maior e de preferência multiprofissional, para que as condutas e acontecimentos do período possam ser objeto de reflexão de todos. A possibilidade de participarem profissionais externos ao serviço para esta reunião é bem-vinda, e é interessante alternar profissionais de áreas diversas (jurídica, policial, psicossocial, etc.), que têm experiência com o problema e trabalham na mesma região.

A supervisão aos profissionais deve ser de natureza assistencial (condutas de casos), psicoemocional e relativa à segurança pessoal.

É importante lembrar que prestadores diretos de assistência a OS podem desenvolver sentimentos e percepções negativos e que repercutem nas condutas assistenciais que serão adotadas. Sentimentos negativos como impotência na provisão de cuidados ou a banalização da violência são comuns. Estes sentimentos podem ser trabalhados na supervisão, para que o profissional possa acolher, lidar com o problema, emocionar-se, sem que isto paralise sua ação ou propicie ações indesejadas.

As avaliações das pessoas atendidas e dos profissionais sobre o processo e os resultados também são fundamentais embora seja complexo definir o sucesso deste tipo de trabalho, que visa apoiar o processo de emancipação individual/ social das vítimas.

Discussão Final

Há ainda um longo percurso na prevenção e combate aos OS, fenômeno complexo na esfera da saúde pública mundial.

A atenção por profissionais conscientes, adequadamente treinados e acompanhados, constitui um avanço na construção de uma rede efetiva de cuidados, proteção e segurança para esta população, que necessita ter seus direitos fundamentais exercitados, independente de idade, gênero, raça, credo religioso ou político. Essa atenção deve visar o fortalecimento da auto-estima, o restabelecimento de direito da vítima à convivência familiar e comunitária, em condições dignas. Deve possibilitar a superação da violação de direitos, além da reparação da violência sofrida. As ações devem estar voltadas para a interrupção e prevenção do ciclo da violência, para a redução de danos sofridos e para a construção de condições de proteção e de autonomia das pessoas em risco para este tipo de ofensa. Na direção da solidariedade, da verdade, da compaixão e do conhecimento é possível avançar.

Correspondência: Gislene C Valadares
Rua do Ouro 686 Serra
30220000 – Belo Horizonte – MG
gislenev@terra.com.br

Não há conflitos de interesse.

Referências Bibliográficas

- ¹. Zavaschi, M L S; Estrella, C; Jardim, F C; Driemeier, F M; A avaliação da criança vítima de violência sexual; in Azambuja et al Violência sexual contra crianças e adolescentes, Ed. Artmed Cap. 10, 2011:136-149.
- ². Abdo, CHN; Scanavino, MT; Gosling, F; Riscos associados ao comportamento sexual; in Quevedo, J e Carvalho, AF (org.) Emergências Psiquiátricas Ed. Artmed 2014: 273-298
- ³. World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees, Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons – Revised, 2004
- ⁴. Nahas C C, et al – Guia de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências na atenção primária à Saúde; Prefeitura de Belo Horizonte;Secretaria Municipal de Saúde 2013.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

GISLENE C VALADARES¹; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI²; JOEL RENNÓ JUNIOR³; JULIANA PIRES CAVALSAN⁴; RENATA DEMARQUE⁵; HEWDY RIBEIRO LOBO⁶; AMAURY CANTILINO⁷; RENAN ROCHA⁸; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁹; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA¹⁰.

ARTIGO

⁵ Maezuka, AT; Mendes, DD; de Mello, MF; Manejo de situações de estresse agudo; in Quevedo, J e Carvalho, AF (org.) Emergências Psiquiátricas Ed. Artmed 2014:299-310

⁶ Salim, Sebastião Abrão; Etiologia do sintoma psicossomático: relação com a reincidência traumática e o retraimento autista; in Salim, Sebastião Abrão; Psicanálise, trauma e neurobiologia; Belo Horizonte: Ed. Artesã; 2012:186-208 .

⁷ Breiding M J, et AL- Risk factors associated with sexual violence towards girls in Swaziland; Bull World Health Org;89;2011:203-210.

⁸ Rothbaum BO, Kearns MC, Price M, Malcoun E, Davis M, Ressler KJ, Lang D, Houry D , Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure, Biol Psychiatry. 2012; 1;72:957-63

⁹ de Klinkert, MPP; L Bienvenida, in de Klinkert, MPP; Resiliencia La estimulación del niño para enfrentar desafíos, Ed Lumen Humanitas; 2002: 11-29.

¹⁰ Lippi J R – Apresentação em: Ofensas Sexuais: Estudo Multidisciplinar. 1ª Edição, São Paulo, ABTOS, 2005; VII a VII.

¹¹ Steine IM, Krystal JH, Nordhus IH, Bjorvatn B, Harvey AG, Eid J, Grønli J, Milde AM, Pallesen S J Interpers Violence. 2012;27:1827-43

¹² Rey-Salmon C, Messerschmitt P; Child abuse and children in danger. Maternal and child protection Rev Prat. May 2003, 15;53:1121-7

¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde / 2010.

¹⁴ Mello MF, A psicofarmacologia nas intervenções traumáticas: tratamento dos transtornos de estresse agudo e pós-traumático, Intervenções em situações-limite desestabilizadoras Crises e Traumas, orgs Thomé J T, Benyakar M, Taralli I, ABP Ed., 2009:177-191.

**ESTÃO ABERTAS
AS INSCRIÇÕES PARA
PROVA DE TÍTULOS
E ÁREAS DE ATUAÇÃO.**



As inscrições vão de 07/02 a 30/06.
Não perca esta oportunidade. Faça já sua inscrição!



Conheça e acesse:

<http://www.semcad.com.br/semcad/programas/propsiq>

PROPSIQ

VOCÊ EM **CONSTANTE ATUALIZAÇÃO**
COM OS ESTUDOS EM PSQUIATRIA.

AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM AÇÕES PREVIDENCIÁRIAS CONTRA O INSS NA JUSTIÇA FEDERAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO

ASSESSMENT OF PSYCHIATRIC DISORDERS IN ACTIONS AGAINST SOCIAL SECURITY INSS IN FEDERAL COURT OF SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO

Resumo

Foram estudados os transtornos psiquiátricos em ações previdenciárias contra o INSS em uma vara federal de São José dos Campos no período de um ano a fim de conhecer as patologias de maior prevalência e o perfil profissional de quem busca a justiça para auxílio previdenciário e aposentadoria. Um perfil sociológico bem definido se sobressaiu na pesquisa, sugerindo que transtornos afetivos em homens adultos com fracos elos psicossociais é causa frequente de incapacidade laboral. Le social.

Palavras-chave: perícia médica, previdência, transtornos mentais.

Abstract

The present study evaluated psychiatric disorders among patients who claimed for social security insurance in São José dos Campos – SP (Brazil), for the period of one year, in order to investigate the most common pathologies among those. A well-defined sociological profile was recognized on this study, suggesting that affective disorders in adult men with poor psychosocial links are frequent cause of occupational and social disability.

Keywords: medical expertise, social security, mental disorders.

Introdução

A Perícia Médica Previdenciária (contra o INSS) tem como finalidade subsidiar a autoridade judiciária acerca de diagnósticos que constatem no requerente de ações previdenciárias o direito aos benefícios assistenciais ou previdenciários (comuns ou acidentários) previstos em lei. O perito judicial, profissional nomeado diretamente pelo juiz, faz uso de suas atribuições por força da lei 3268/57 do artigo 3º, resolução cfm nº 1.627/2001 e resolução do CREMESP 126 de outubro de 2005.

A perícia médica é realizada por profissional da medicina. Os experts médicos, especialistas nas mais diversas áreas como psiquiatria, cardiologia, etc., são legalmente habilitados para informar e esclarecer alguma autoridade sobre fato próprio de sua especificidade funcional, no interesse da Justiça¹.



A atuação médica em perícia médica já é regulamentada quanto aos seus aspectos éticos e de exercício profissional por Resoluções e Pareceres do Conselho Federal de Medicina, onde está disposta sua vinculação exclusiva aos médicos. Estas normas estão inseridas no próprio Código de Ética Médica na Resolução do CFM nº 1.246/88 que tem força de Lei².

Conceitos gerais sobre incapacidade e capacidade laboral

A Previdência Social brasileira define invalidez como a incapacidade do segurado para o trabalho, resultante de doença ou lesão, e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência³. Para Freire⁴, as dimensões física, psicológica, social e espiritual e uma boa qualidade de vida implica em um indivíduo autônomo e independente, com boa saúde física, com senso de significado pessoal, desempenhando papéis sociais e permanecendo ativo.

Segundo trabalhos da literatura, incapacidade laboral é a impossibilidade temporária ou definitiva do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente, para o qual o examinado estava previamente habilitado e em exercício⁵.

A definição de incapacidade engloba alguns aspectos. A patologia, a deficiência, a limitação funcional e a desvantagem são terminologias que estão diretamente associadas ao conceito de incapacidade⁶. O risco de vida para si ou para terceiros, ou de agravamento, que a permanência em atividade possa acarretar, está implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável e indiscutível².

A existência de doença ou lesão não significa incapacidade. Várias pessoas portadoras de doenças bem definidas (como diabetes, hipertensão arterial, etc.) ou lesões (sequelas de poliomielite, amputações de segmentos corporais) podem e devem trabalhar. Entretanto, se houver um agravamento e este agravamento, seja de natureza anatômica, ou funcional, ou de esfera psíquica, que impeçam o desenvolvimento da atividade, aquelas doenças de lesões não incapacitantes podem se tornar incapacitantes^{2,7}.

Nagi⁸ classifica três dimensões do desempenho que são conceitualmente e analiticamente separáveis: a física, a mental e a emocional. O desempenho físico se refere à função

sensorio-motora do organismo, indicado por limitações em atividades como andar, subir, ajoelhar, alcançar, ouvir, etc. O desempenho emocional se refere à efetividade psicológica de uma pessoa em lidar com o estresse da vida e pode se manifestar por meio da ansiedade e de uma variedade de sintomas psicológicos. O desempenho mental denota uma variedade de capacidades intelectuais e racionais dos indivíduos, que geralmente são mensuradas por meio de testes de resolução de problemas como o Quociente de Inteligência (QI).

Segundo o autor, a incapacidade significa a inabilidade ou a limitação no desempenho de papéis sociais e de atividades relacionadas ao trabalho, à família e à vida independente. Ao contrário dos indicadores de desempenho, os indicadores de incapacidade podem ser encontrados nas características individuais e nos requisitos dos papéis sociais em questão. Os mesmos tipos e graus de limitações no desempenho do organismo podem levar a diversos tipos e graus de incapacidade⁸.

A avaliação pericial pressupõe a constituição de um código interpretativo constituído de princípios ordenadores de julgamento. Essa matriz interpretativa depende da forma peculiar de atuação e inserção social do profissional. Sendo assim, a decisão (ou julgamento) não pode ser pensada independentemente das influências políticas de uma prática social⁹.

Para Gomes⁵, a capacidade laborativa é a relação de equilíbrio entre as exigências de uma dada ocupação e a capacidade para realizá-las. O conceito de incapacidade deve ser analisado quanto ao grau, à duração e à profissão desempenhada^{5,7,10}. A terminologia utilizada deve contribuir para maior proximidade entre as pessoas, favorecendo a comunicação e possibilitando a construção de pontes culturais, conforme a sugestão de Fernald e col.¹¹.

Quanto ao grau, a incapacidade pode ser parcial ou total: O médico perito considerará como parcial o grau de incapacidade que ainda permita o desempenho da atividade, sem risco de vida ou agravamento maior, e que seja compatível com a percepção do salário aproximado daquele que o interessado auferia antes da doença ou do acidente, a incapacidade total é a que gera a impossibilidade de permanecer no trabalho, não permitindo atingir a média

de rendimento alcançada, em condições normais pelos trabalhadores da categoria do examinado⁷.

Quanto à duração, a incapacidade pode ser temporária ou permanente: Considera-se temporária a incapacidade para a qual pode se esperar recuperação dentro de prazo previsível; e incapacidade permanente é aquela insusceptível de alteração em prazo previsível com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis⁵.

Quanto à profissão, a incapacidade laborativa pode ser uniprofissional, ou seja, aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica; multiprofissional, em que o impedimento abrange diversas atividades profissionais e omniprofissional, que implica na impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa, sendo conceito essencialmente teórico, salvo quando em caráter transitório¹⁰.

A incapacidade em um determinado papel não significa, necessariamente, incapacidade em outro. Nem todas as pessoas incapacitadas para trabalhar requerem assistência na vida diária; por sua vez, nem todas as pessoas que precisam de assistência nas atividades diárias são incapacitadas para o trabalho⁸.

O código internacional de doenças (CID-10)¹² é usado para uniformização da linguagem médica e permite que estes profissionais se comuniquem sobre o nível de comprometimento que uma doença ou distúrbio acarreta para o periciando. Considerando os estudos de vários autores¹³, a integração entre os conceitos, com relação aos níveis de manifestação, pode ser esquematizada como na figura 1.

“O momento no qual a pessoa em crise vem a ser objeto de atenção pode ser identificado como o ponto de simplificação máxima da relação. Por um lado, o sujeito, para se manifestar, já veio simplificando progressivamente a complexidade de sua existência sofrida, reduzindo-a a um certo número de sintomas; por outro lado, o serviço, seja qual for, se equipou, como por um efeito de espelho, para perceber e reconhecer esses sintomas que se apresentam como modelo de simplificação ulterior” Dell'Acqua e Mezzina¹⁴.

Vale ressaltar que a incapacidade psiquiátrica está tratando de homens e mulheres cuja complexidade existencial não se reduz a um conjunto de sintomas clínicos¹⁵.

Aspectos epidemiológicos dos transtornos psiquiátricos e benefícios previdenciários

Revisando a literatura que discute as questões referentes aos aspectos epidemiológicos e sociais que envolvem a política previdenciária nacional, analisando os benefícios concedidos por incapacidade temporária, Possas¹⁶ encontrou os transtornos neuróticos, síndrome de dependência do álcool, outras psicose não orgânicas e a psicose esquizofrênica como responsáveis por cerca de 10% do total de benefícios concedidos^{15,16}. Quando ainda levou em conta a epilepsia (1%), a psicose alcoólica (0,7%) e as psicose afetivas (0,5%), esse total se elevou, no ano referido, para 12% dos benefícios considerados¹³. Outros diagnósticos psiquiátricos frequentes foram depressão, ansiedade e neurose^{18,19,20}.

Além desses agravos, verifica-se também um número igualmente crescente de indivíduos com distúrbios de interação social que são jovens, desempregados e sem perspectivas de trabalho, desprotegidos do sistema de seguro social, frequentemente com experiências com a justiça criminal e/ou agências de tratamento de toxicômanos²¹.

Em serviços de neurologia, a somatização também foi amplamente encontrada, chegando a 18% no sexo feminino. Pacientes com sintomas somatoformes representam uma importante carga econômica para os serviços de saúde e Previdência Social²⁰.

Martinez⁸ refere que a incidência anual de distúrbios neuropsicológicos persistentes é de 370 por 100.000, portanto muito maior que a incidência de esquizofrenia.

Segundo Ramos e Bertolote²², a prevalência da síndrome de dependência de álcool mais o abuso do álcool (ou ingestão patológica) têm sido estimados em torno de 5 a 10% da população adulta, o que compreenderia 3,5 a 7 milhões de pessoas. Os autores demonstram que 40% das consultas prestadas pelo ministério da Previdência Social foram para pacientes com abuso de álcool, sendo o alcoolismo isoladamente a oitava causa de requerimento de concessão de auxílio-doença.

Objetivo e metodologia

Este trabalho tem por objetivo avaliar os Transtornos psiquiátricos e a correlação entre eles e a incapacidade profissional em uma população que recorreu à Justiça Federal de São José dos Campos. A pesquisa foi realizada conforme as disposições contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

realizados na 3ª Vara da Justiça Federal de São José dos Campos e os diagnósticos seguiram a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID – 10). Não houve entrevista com os participantes e seus nomes foram mantidos em sigilo. Apenas os laudos foram utilizados na coleta dos dados.

Foram avaliados 198 laudos psiquiátricos realizados no período de um ano (2009), por perito judicial nomeado pelo juiz coordenador da III Vara Federal e do Fórum da Justiça Federal de São José dos Campos e da respectiva Vara, com autorização formal do Juiz titular da Vara, Renato Barth Pires.

Os dados biopsicossociais (idade, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão) e clínicos (diagnóstico psiquiátrico pela CID-10, patologias clínicas associadas e tratamentos) foram obtidos de cada indivíduo através

das anotações do próprio laudo, e não foram realizadas entrevistas com os indivíduos. Todas as informações do trabalho foram realizadas através dos prontuários (laudos).

Utilizamos o software Minitab 4.0 para análise dos dados. Nas análises inferenciais fixamos o erro alfa em $p = 0,05$.

Resultados e discussão

A amostra ($n = 198$) foi equilibrada em relação ao sexo (52% eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino), estado civil (53% casados, 47% solteiros) e filhos (51% com filhos, 49% sem filhos). O grau de instrução prevalente foi o fundamental (59%), os graus médio e o universitário corresponderam, respectivamente, a 9% e 12% da amostra. A maioria dos requerentes (aproximadamente dois terços) tinha idade abaixo dos 50 anos (69%).

Na amostra estudada as patologias mais prevalentes pertenciam à categoria F30-39 (50%) da CID-10, e secundariamente à categoria F40-48 (16,7%) que somaram aproximadamente 67% da amostra, dois terços do total. A figura 1 mostra a distribuição das categorias dos diagnósticos nas perícias, proporções que se mantinham mais ou menos as mesmas tanto para o grupo masculino quanto para o feminino. 63% da amostra apresentaram patologias clínicas associadas às suas patologias psiquiátricas (hipertensão, diabetes, cardiopatias, etc.).

A tabela 1 mostra os números de periciados segundo a categoria de sexo e tipo de incapacitação, usando como idade de corte 50 anos, pois dois terços dos periciados estão abaixo desta idade. Não houve diferenças significativas entre as proporções de incapacitados laborais e civis no grupo dos homens ou das mulheres, acima ou abaixo do 50 anos. Entretanto, quando essas condições foram comparadas entre homens e mulheres obtivemos os seguintes resultados:

- Abaixo dos 50 anos: a proporção de incapacitados era significativamente maior para os homens, tanto para incapacidade laboral ($X^2, p = 0,0002$) quanto para incapacidade civil ($X^2, p = 0,0031$);
- Acima dos 50 anos: não houve diferenças significativas para nenhuma dessas categorias ($X^2, p = 0,4001$ e $p = 0,9778$, respectivamente).

Percebe-se que homens abaixo de 50 apresentam significativa proporção de incapacitação em relação às

Idade de corte	Tipo de Incapacidade	Casos*	Homens	Mulheres
>50	Laboral	Sim Não Temporária	55 2 21	23 1 35
	Civil	Sim Não	49 29	22 37
<50	Laboral	Sim Não	15 1 8	18 7 10
	Civil	Sim Não Temporária	9 15	13 22

- S = sim, N = não, T = temporária

Os dados do trabalho foram obtidos de laudos periciais realizados na 3ª Vara da Justiça Federal de São José dos Campos e os diagnósticos seguiram a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID – 10). Não houve entrevista com os participantes e seus nomes foram mantidos em sigilo. Apenas os laudos foram utilizados na coleta dos dados.

Foram avaliados 198 laudos psiquiátricos realizados no período de um ano (2009), por perito judicial nomeado pelo juiz coordenador da III Vara Federal e do Fórum da Justiça Federal de São José dos Campos e da respectiva Vara, com autorização formal do Juiz titular da Vara, Renato Barth Pires.

Os dados biopsicossociais (idade, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão) e clínicos (diagnóstico psiquiátrico pela CID-10, patologias clínicas associadas e tratamentos) foram obtidos de cada indivíduo através das anotações do próprio laudo, e não foram realizadas entrevistas com os indivíduos. Todas as informações do trabalho foram realizadas através dos prontuários (laudos).

Utilizamos o software Minitab 4.0 para análise dos dados. Nas análises inferenciais fixamos o erro alfa em $p = 0,05$.

Resultados e discussão

A amostra ($n = 198$) foi equilibrada em relação ao sexo (52% eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino), estado civil (53% casados, 47% solteiros) e filhos (51% com filhos, 49% sem filhos). O grau de instrução prevalente foi o fundamental (59%), os graus médio e o universitário corresponderam, respectivamente, a 9% e 12% da amostra. A maioria os requerentes (aproximadamente dois terços) tinha idade abaixo dos 50 anos (69%).

Na amostra estudada as patologias mais prevalentes pertenciam à categoria F30-39 (50%) da CID-10, e secundariamente à categoria F40-48 (16,7%) que somaram aproximadamente 67% da amostra, dois terços do total. A figura 1 mostra a distribuição das categorias dos diagnósticos nas perícias, proporções que se mantinham mais ou menos as mesmas tanto para o grupo masculino quanto para o feminino. 63% da amostra apresentaram patologias clínicas associadas às suas patologias psiquiátricas (hipertensão, diabetes, cardiopatias, etc.).

A tabela 1 mostra os números de periciados segundo a categoria de sexo e tipo de incapacitação, usando como

idade de corte 50 anos, pois dois terços dos periciados estão abaixo desta idade. Não houve diferenças significativas entre as proporções de incapacitados laborais e civis no grupo dos homens ou das mulheres, acima ou abaixo do 50 anos. Entretanto, quando essas condições foram comparadas entre homens e mulheres obtivemos os seguintes resultados:

- Abaixo dos 50 anos: a proporção de incapacitados era significativamente maior para os homens, tanto para incapacidade laboral ($X^2, p = 0,0002$) quanto para incapacidade civil ($X^2, p = 0,0031$);
- Acima dos 50 anos: não houve diferenças significativas para nenhuma dessas categorias ($X^2, p = 0,4001$ e $p = 0,9778$, respectivamente).

Percebe-se que homens abaixo de 50 apresentam significativa proporção de incapacitação em relação às mulheres.

Para conhecer melhor os perfis da amostra usamos as variáveis sexo, estado civil, escolaridade, filhos, história familiar, tipo de incapacidade, patologia clínica associada e tratamento, obtidas nas fichas dos periciados, para uma análise multivariada. A variável “tratamento” foi excluída dado que ocorreu em todos os casos (portanto, sem variância), e também a variável escolaridade foi removida por ter se mostrado irrelevante para as conclusões.

Uma análise de correspondência múltipla (ACM) foi realizada em duas dimensões para estudar o comportamento das variáveis “incapacidade laboral” (Figuras 2) e “incapacidade civil” (Figura 3). Como já tínhamos verificado que essas variáveis eram em grande parte superpostas, os resultados foram semelhantes para ambos os casos. Verificando os gradientes das variáveis associadas no gráfico nomeamos a dimensão 1 (onde espalham-se as variáveis filhos/estado civil/incapacidade) subjetivamente como “grau de envolvimento familiar”, e a dimensão 2 (onde espalham-se história familiar/sexo/idade) como “grau de envolvimento social”. Essas denominações não são definitivas e representam os aspectos mais evidentes da amostra no plano da análise. A Figura 4 mostra essas variáveis e também a relação dos quadrantes da ACM e seus respectivos significados dentro do marco conceitual por nós adotado.



A ACM mostrou haver um perfil claro de incapacitados (tanto civil quanto laborativa) na amostra, em que predominavam homens solteiros, com menos de 50 anos e sem condições clínicas associadas, cujas características são dadas no quadrante Q3 da figura 4. Este perfil contrasta com aquele que caracterizou os não incapacitados, em que predominavam mulheres casadas, com mais de 50 anos, com condições clínicas associadas cujas características estão assinaladas no quadrante Q4 da figura 4.

Conclusões

A coorte de periciados considerados Incapazes para o trabalho e para vida civil nas perícias previdenciárias de uma Vara federal, no período do nosso estudo, tinha como perfil indivíduos masculinos com pouco envolvimento social e familiar (solteiros, sem filhos). A maioria apresentou transtornos de humor e os achados encontrados em nossa análise sugerem que indivíduos adultos, com menos de 50 anos, com fracos laços sociais, são psicossocialmente mais vulneráveis a este grupo de transtornos psiquiátricos.

Figuras e legendas

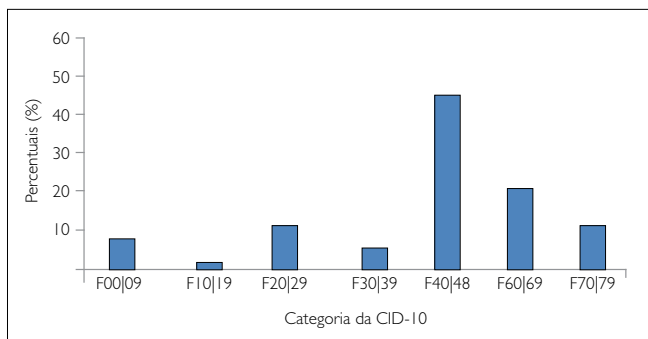


Figura 1. Distribuição dos transtornos mentais e do comportamento diagnosticados na amostra de periciados.

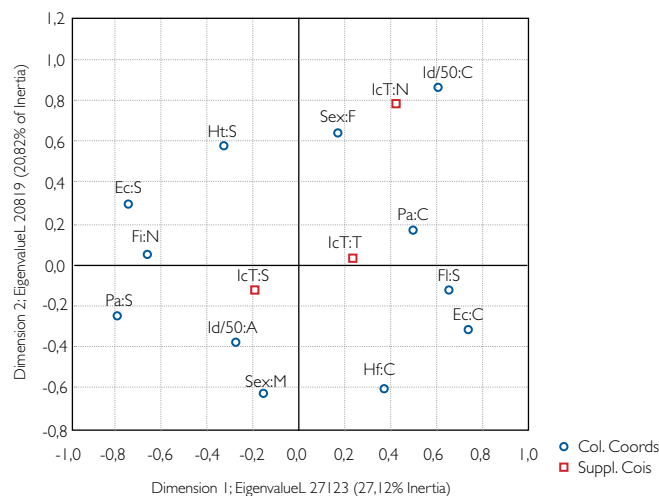


Figura 2. Análise de correspondência múltipla para os casos de incapacidade laboral (trabalhista). Veja também a figura 4. Note que no quadrante Q3 (inferior esquerdo) concentra o grupo com incapacidade declarada na perícia: na maioria homens com menos de 50 anos, solteiros, sem filhos, sem outras doenças. No quadrante Q4 (inferior direito) concentram-se aqueles que não foram declarados incapazes, predominando mulheres com mais de 50 anos, casadas, com filhos, apresentando outras condições clínicas. As siglas significam: Fi – filhos; Ec – estado civil; Hf – história familiar; Pa – patologia associada; Sex – sexo; IcT – incapacidade trabalho (laborativa); IcC – incapacidade civil; Id/50A – idade < 50; Id/50C – idade > 50.

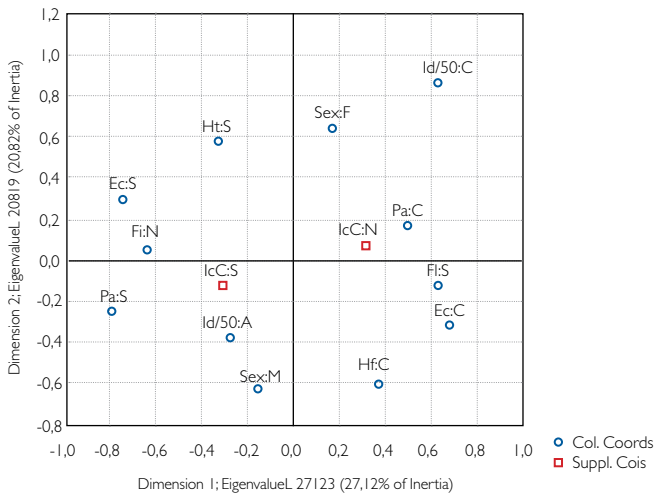


Figura 3. Análise de correspondência múltipla para os casos de incapacidade civil. Veja também a figura 4. Note que no quadrante Q3 (inferior esquerdo) concentra o grupo com incapacidade declarada na perícia: na maioria homens com menos de 50 anos, solteiros, sem filhos, sem outras doenças. No quadrante Q4 (inferior direito) concentram-se aqueles que não foram declarados incapazes, predominando mulheres com mais de 50 anos, casadas, com filhos, apresentando outras condições clínicas. As siglas significam: Fi – filhos; Ec – estado civil; Hf – história familiar; Pa – patologia associada; Sex – sexo; IcT – incapacidade trabalho (laborativa); IcC – incapacidade civil; Id/50A – idade < 50; Id/50C – idade > 50.

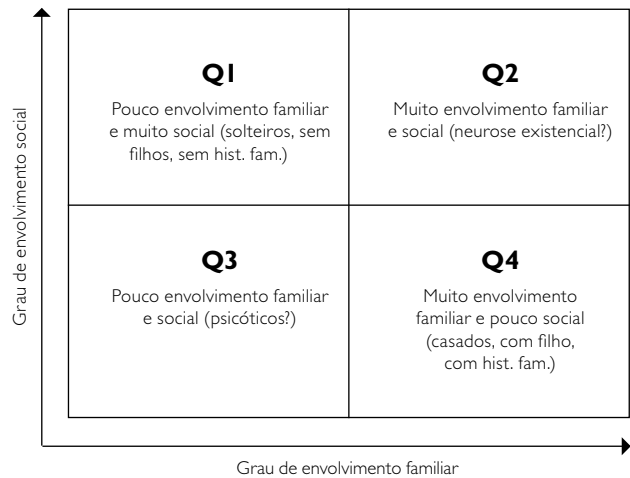


Figura 4. Esquema da análise de correspondência usada neste trabalho. As dimensões 1 e 2 estão nomeadas nos eixos horizontal e vertical, respectivamente, e o significado dos quadrantes indicados (ver texto e figuras 2 e 3).

Agradecimentos

A Renato Barth (Juiz coordenador do Fórum da Justiça federal de São José dos Campos da 3 região).

Correspondência:

Márcia Gonçalves
margonps@yahoo.com.br

Trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Taubaté – Conep e não apresenta conflitos de interesse ou fonte de financiamento.

Referências bibliográficas

- ¹ Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.627/2001. 2001 [acessado em 28.08.2010]. Disponível em: pnnass.datasus.gov.br/documentos/normas/89.pdf.
- ² Atkinson D. Language terminology across time and space: changing labels in the United Kingdom. *Annals of The 10th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities*; Helsinki, 1996, p. 61.
- ³ Brasil. Decreto n. 3.048 de 6 de maio 1998. *Diário Oficial da União*; Brasília, 1999 [acessado em 11.06.2005]; Seção 1:50-108. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>.
- ⁴ Freire SA. Educação permanente e qualidade de vida na velhice: Meta e desafio na atualidade. III Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, SBGG, Santos, São Paulo, 2003.
- ⁵ Gomes MM. Epilepsy and labor incapacity; *J. Epilepsy Clin. Neurophysiol.* 2009; 15:130-4.
- ⁶ Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2008; 13: 1199-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>.
- ⁷ Badley EM. An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. *Disabil Rehabil.* 1993; 15:161-78.
- ⁸ Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem. Fund.* 1976; 54: 493-67.
- ⁹ Melo MP; Assuncao AA. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2003; 13: 343-65. [acessado em 23.04.2010]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200007&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-73312003000200007.
- ¹⁰ Hutchison T. The classification of disability. *Arch Dis Child.* 1995; 73:91-3.
- ¹¹ Fernald CD, Atkinson D, Keynes M, Hutchison T. Disability language preferences: towards some universal, culture free principles. *Annals of The 10th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities.* Helsinki; 1996, p. 61.
- ¹² Organização Mundial da Saúde. CID-10: Revisão da Classificação Internacional de Doenças. Porto Alegre: Sagra; 1976.
- ¹³ Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MI, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev. Saúde Pública.* 2000; 34: 97-103. [acessado em 29.08.2010]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100017&lng=en&nrm=i so>. access on 17 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000100017>.
- ¹⁴ Dell'acqua G, Mezzina R. Réponse à la crise, stratégies et intentions de l'intervention dans le service psychiatrique territorial. *Perspectives.* 1991;18:7.
- ¹⁵ Freitas FFP. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública.* 1998; 14: 93-106.
- ¹⁶ Possas C. A especificidade do quadro sanitário no Brasil: principais características. In: Possas, C. *Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil.* São Paulo: HUCITEC. 1989, p. 19-115.
- ¹⁷ Mattos P. Aspectos neuropsicológicos dos traumatismos cranianos. *J Bras Psiquiatria.* 1992; 41: 495-502
- ¹⁸ Martinez DMC, Rico IR, Hernández JAF, Jiménez JL. Costo de los síntomas somatoformes. *Rev. Med. IMSS. México.* 1997; 35: 31-36.
- ¹⁹ Lopez TR, Haces MC. Incapacidad y limitaciones de la actividad laboral en pacientes neuróticos. *Rev. Hosp. Psiquiatr. Habana.* 1994; 35: 127-130.
- ²⁰ Bittencourt C, Ferreira MA, Marasciulo AC, Collares CF. Condições mais frequentes em um ambulatório de perícia neurológica. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [periódico online] 2001; 59: 214-218. ; [acessado em 29.08.2010] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000200012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2001000200012>.
- ²¹ Talbott JA. Toward a public policy on the chronically mentally ill patient. *American Journal Orthopsychiatry.* 1980; 50: 43-53.
- ²² Bertolote JM. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. In: Ramos SP, Bertolote JM. *Alcoolismo hoje.* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997, p. 131-138.

LEGALIZAR OU NÃO LEGALIZAR AS DROGAS NO BRASIL?

LEGALIZE OR NOT LEGALIZE DRUGS IN BRAZIL?

Resumo

A Comissão Global de Políticas de Drogas em 2011 anunciou que a “guerra contra as drogas falhou” e a legalização das drogas seria uma das respostas para conter o tráfico, à violência, o excessivo encarceramento e o consumo de drogas entre os mais jovens. No entanto, reforça-se a estrita necessidade de analisar a questão a partir de uma perspectiva científica de quais seriam os hipotéticos benefícios que resultariam da legalização das drogas, principalmente para a saúde pública. Assim, este artigo tem por objetivo de forma resumida apontar alguns dos principais pontos baseados em evidências que reforçam que a legalização das drogas neste momento no Brasil é atitude no mínimo precipitada, descuidada e errônea.

Palavras Chaves: legalização, drogas de abuso, saúde pública.

Abstract

The Global Commission on Drug Policies in 2011 announced that the “war on drugs has failed” and the legalization would be one of the answers to curb trafficking, violence, excessive incarceration and drug use among young people. However, it reinforces the strict necessity to consider the matter starting from a scientific perspective of what would be the hypothetical benefits that would result from drug’s legalization, primarily for public health. Thus, this article aims to briefly point out some of the key points based on evidence that reinforces that legalization in Brazil currently is an attitude at least hasty, careless and erroneous

Key words: legalization, drug abuse, public health.

Introdução

O debate sobre a legalização das drogas no Brasil tem aparecido com certa frequência em diferentes tipos de mídia como uma possível solução para os problemas relacionados ao tráfico de drogas, à violência, ao excessivo encarceramento e ao consumo desenfreado de drogas entre os mais jovens. Isto tudo particularmente após o entendimento de que a “guerra contra as drogas falhou” conforme anunciado pela Comissão Global de Políticas de Drogas em 2011.¹

O fato é que a legalização das drogas segue sendo um assunto muito complexo, o qual envolve não somente a área social, educação e jurídica, mas também acarreta repercussões importantes para a saúde pública.² É de fato um assunto atual e extremamente polêmico e que, portanto não existem soluções “mágicas e simplistas” para um fenômeno que acompanha praticamente toda a história da humanidade.^{3,4}

Além disso, reforça-se a estrita necessidade de analisar a questão a partir de uma perspectiva científica de quais seriam os hipotéticos benefícios que resultariam da legalização das drogas. Certamente, do ponto de vista de saúde pública, são difíceis de encontrar tais benefícios.⁵ Esta ação, portanto, implica em pros e muitos contras e nesta balança de decisão os contras ainda estão prevalecendo.^{6,7}

Descriminalizar, regulamentar e legalizar as drogas no Brasil são termos com definição ainda imprecisas para este contexto pelos textos científicos nacionais tanto da saúde como da justiça. Mesmo assim, neste sentido, como tentativa de esclarecimentos, deste momento, pode-se com algum grau de imprecisão entender descriminalizar como meio de oficializar o uso recreativo em locais preparados para venda e uso desta substância; regulamentar como meio de permitir uso de propriedades terapêuticas dos derivados e legalizar como sendo mais amplo e permissivo de acordo com leis bem estabelecidas desde o cultivo até a distribuição comercial.⁸

Este artigo irá tentar de forma resumida explicar os

¹ Psiquiatra, especialista em Dependência Química e em Sexualidade Humana.

² Psiquiatra Forense e psicogeriatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

principais pontos que reforçam que legalizar as drogas neste momento no Brasil não é a resposta ainda para os argumentos de que a “guerra contra as drogas falharam”, uma vez que a grande maioria de nós concorda que não faz sentido algum colocar todos os usuários de drogas na cadeia⁹ - pois estamos falando de um fenômeno social e de saúde - mas esta atitude neste momento é no mínimo precipitada, descuidada e errônea.

Prós e contras

Um dos primeiros argumentos contra a legalização está centrado na possibilidade de aumento do consumo destas substâncias, especialmente entre os adolescentes e adultos jovens. Considerando que os usuários adultos parecem relativamente menos vulneráveis aos efeitos da maconha por exemplo, em induzir alterações morfológicas e comportamentais do cérebro, o mesmo não pode ser dito dos indivíduos que iniciam o uso durante o início da adolescência, quando os efeitos são tanto mais graves e mais duradouros do que em adultos,¹⁰ Durante a puberdade - período caracterizado pela estruturação cerebral significativa - , particularmente os lobos frontais que estão implicados no comportamento, uma vez que o cérebro adolescente ainda é especialmente vulnerável aos efeitos adversos de canabinóides exógenos.¹¹

A experiência holandesa é a mais citada entre os defensores desta política, com a proposição de regulamentação de consumo e venda de maconha através da criação dos coffeshops como ocorreu naquele país desde 1978. A evidência disponível sugere que a prevalência do consumo de cannabis entre os cidadãos holandeses subia ou descia a medida que o número de coffeshops ia aumentando. Os coffeshops não parecem incentivar a escalada para um consumo mais pesado de maconha ou consumo desta droga de forma crônica entre os holandeses, muito embora paradoxalmente as taxas de tratamento para maconha são maiores do que no resto da Europa.⁷

Países como a Austrália onde existem estados com e sem descriminalização do uso da maconha já tem dados apontando que apesar desta diferença legislativa não mudar significativamente o número de usuários e dependentes ao longo da vida, isto repercutiu em jovens iniciando o uso mais precoce em estados com descriminalização levando a prejuízos escolares e ao longo do tempo com menor desempenho no trabalho com obtenção de ganhos salariais

menores em comparação aos jovens dos estados onde permanece criminalizado. Então, a descriminalização tem repercussões negativas claras dentro de um mesmo país.¹²

O modelo português de descriminalização (posse e consumo) de todas as drogas tem sido revelado principalmente por ativistas como um “caso de sucesso” por aumentar acesso ao tratamento dos usuários naquele país conforme dados fornecidos pelo Instituto de Droga e da Toxicodependência através de indicadores indiretos de consumo.¹³ Fato, no entanto, é que não se encontra muita literatura científica analisando esta questão com maior rigor metodológico naquele país desde a introdução da lei apontando taxas de idade de iniciação e consumo em padrão de dependência.

O Afeganistão pode servir como outro exemplo, uma vez que este país produz 90% das drogas de ópio lançadas no mundo, mas até há pouco tempo atrás o país não era um grande consumidor. O ópio está presente no Afeganistão há muitos séculos, sendo usado como uma espécie de remédio para diversos tipos de problemas de saúde. Porém atualmente, de uma população de 35 milhões, mais de 1 milhão de pessoas são dependentes de drogas - proporcionalmente, a maior taxa do mundo. São incertos os motivos pelos quais tantos afegãos estão recorrendo às drogas. Décadas de tanta violência no país certamente contribuíram para este aumento de consumo. No entanto, outro fator a ser considerado é a crescente disponibilidade de heroína, que na última década começou a ser refinada a partir do ópio no próprio Afeganistão. Comprar heroína em Cabul é segundo relatos de reportagens da mídia eletrônica, “tão fácil quanto comprar comida”. Um grama custa o equivalente a R\$ 12 e parece estar disponível em fáceis pontos de acesso da cidade. Tradicionalmente, a agência antidrogas da Organização das Nações Unidas (ONU) diz que a demanda cria a oferta, sendo que a mera aparição do produto no mercado pode criar uma demanda local. O Ministério da Saúde (MS) do Afeganistão tem 95 centros de tratamento de dependentes químicos no país, com 2,3 mil leitos. Seu orçamento total para tratar um milhão de pessoas é de US\$ 2,2 milhões, ou seja, dois dólares (R\$ 4) por pessoa por ano. Certamente muitos dos dependentes consomem o triplo desse montante em heroína diariamente.¹⁴

No Brasil, se a busca de tratamento aumentar teremos de fato mais um problema a solucionar, pois não temos uma rede estruturada para dar conta de tratar os que já

usam droga neste momento. Daí podemos imaginar o que pode acontecer se houver um incremento por busca de tratamento? A rede de tratamento da dependência química está repleta de problemas estruturais e organizacionais que afetam negativamente a efetividade do serviço prestado. Se por um lado observamos alguns avanços nas intervenções farmacológicas, nas técnicas comportamentais e na integração do sistema social na prestação de cuidados a este público, por outro lado temos serviços com extrema dificuldade de trabalhar em rede, alta rotatividade de profissionais, inadequado financiamento para os serviços oferecidos, conselheiros, monitores e técnicos com baixa remuneração e não necessariamente com habilidades para exercerem as funções que ocupam e efetivamente desempenhar uma boa prática clínica.¹⁵

No Brasil, observamos um cenário carente de modelos específicos e eficientes de atendimento para o dependente de crack. Vivemos um momento no qual a carência de leitos para internação de usuários de drogas, somados a ausência de uma real política de saúde nacional operante ao dependente de crack e os 'ideologismos' diversos que ainda reinam nesta área têm gerado dispositivos com potencial de atendimento terapêutico limitado, desvinculado muitas vezes das necessidades locais e pouco baseado em evidências científicas. A falta de leitos públicos e o desespero e a urgência de famílias diante do desmoronamento causado pelo crack aumentaram rapidamente o surgimento de clínicas de tratamento sem qualquer registro na vigilância sanitária. Muitos destes serviços são desenhados a partir da experiência pessoal do gestor, do profissional contratado ou do voluntário.

Nestes casos, as chances são maiores de pouca resolutividade e principalmente prática de abordagens inadequadas e pouco efetivas. Constantemente nos deparamos com noticiários nos jornais e na televisão de 'clínicas para tratamento da dependência química' onde existe extremo desrespeito, maus-tratos, imperícia, negligência e aviltamento de direitos.¹⁵

Outros estudos, sinalizam que o custo de produção legal de cannabis estará drasticamente abaixo dos preços vendidos no atual modelo de tráfico, assim os impostos e regulação será insuficiente para aumentar o preço de varejo para os níveis de proibição. Assim, espera-se que a legalização irá aumentar substancialmente o consumo, mas o tamanho deste incremento é incerto, uma vez que depende entre outros fatores ainda desconhecidos, como por exemplo a

real demanda de cannabis.¹⁶

A liberalização da legislação sobre as drogas atuais, muito provavelmente levará a uma queda nos preços das drogas comercializadas até então ilegalmente. Estudos econômicos recentes que analisaram os efeitos de uma queda nos preços das quantidades de drogas consumidas e demanda de mercado revelam através de estimativas de elasticidades que um aumento substancial no consumo dos usuários atuais de drogas deve ser esperado se os preços diminuïrem, enquanto as estimativas de elasticidades de participação sugerem um aumento no número de usuários.¹⁷


Algo semelhante já ocorre com uma droga legalizada que é o tabaco, uma vez que sabe-se da existência da produção de cigarros de forma clandestina, muito mais barato que o vendido legalmente em pontos autorizados e estes continuam a sustentar o terrorismo por exemplo em alguns lugares do mundo. De certa forma, a droga legalizada continua atrelada a violência.¹⁸

Outro argumento muito utilizado na questão contra a legalização está nas pessoas com risco de adoecimento devido a este consumo. A maconha, por exemplo é a droga ilícita mais utilizada por mulheres grávidas em todo o mundo. A exposição in utero a Δ -tetrahydrocannabinol (Δ -THC), um importante componente psicoativo da maconha, está associada a um risco aumentado de anencefalia e deficiências neurocomportamentais nos bebês, incluindo déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), dificuldades de aprendizagem e prejuízo de memória.¹⁹ Os custos envolvidos com tratamento destas crianças são altos. Quem de fato pagaria por eles? Os contribuintes? As famílias com seu ente adoecido? As indústrias produtoras da droga legalizada?

A prioridade de prevenção e assistência deveriam ser sempre as crianças, os adolescentes e as gestantes; com a ampliação e criação de serviços específicos para o tratamento ambulatorial e de internação para essas populações quando do adoecimento devido ao uso de substâncias. Nenhum adolescente deveria ficar sem receber o melhor atendimento possível e disponível, incluindo o ensino escolar, uma vez que às repercussões e prejuízos do uso de drogas nesta população são imensos. Será que a venda de droga legalizada para adolescentes iria ser tão bem controlada como não controlamos no Brasil a venda de bebidas alcoólicas e venda de cigarros para menores? As drogas legalizadas como o álcool e o tabaco vêm também nos ensinando na prática que o dia a dia a regulamentação existente é pouco efetiva em muitos

¹ Psiquiatra, especialista em Dependência Química e em Sexualidade Humana.

² Psiquiatra Forense e psicogeriatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)



dos casos. Isto porque as estradas seguem tendo muitas mortes e traumas associadas ao beber e dirigir sob o efeito do álcool, assim como o adolescente facilmente consegue comprar bebida alcoólica em qualquer boteco de seu bairro sem nenhum vendedor questionar a sua maioridade.¹⁵

Além disto, estudos empíricos e clínicos demonstram claramente os efeitos negativos significativos de consumo de drogas na saúde física e mental, bem como a sua interferência com o funcionamento social e ocupacional. Esses dados negativos superam alguns benefícios documentados para um conjunto limitado de indicações médicas da maconha por exemplo, para as quais já existem tratamentos alternativos mais seguros e eficazes prontamente disponíveis. Se houver qualquer papel médico para drogas contendo canabinóides, estes certamente não são com a planta cannabis fumada. Tanto a legalização quanto o uso médico da cannabis na forma fumada aumenta a susceptibilidade de significativos riscos à saúde pública, incluindo um risco aumentado de esquizofrenia, psicose, e outras formas de transtornos por uso desta substância.⁶

Os Estado Unidos da América (EUA) já usaram estratégias de pesquisas em humanos com uso experimental de derivados do ópio e de anfetaminas e em todos os casos os resultados e as consequências foram negativos em diversos aspectos. Entre eles cita-se: o início de sintomas adoeceadores entre os indivíduos participantes até uma falsa ideia que se tratava de uma possibilidade segura ou mais permissiva de uso, já que estava em pesquisa, com consequências nefastas desde redução do quociente de inteligência até psicose para os que usaram. Tendo participado deste tipo de experiência negativa no passado, não há perspectivas claras no momento que os EUA dos irão estimular amplas pesquisas sobre uso medicinal da maconha apontando para uma perspectiva mais conservadora sobre este tema.

Conclusão

Diante destes cenários legislativos possíveis para o Brasil, somado aos resultados de pesquisas em locais onde fizeram experimentos e a outros dados de países com estados com ou sem uso regulamentado, a conclusão é que fica muito mais seguro do ponto de vista da saúde preventiva, manter a legislação atual conservadora, pois qualquer flexibilidade de permissão tem muito mais riscos do que benefícios vislumbrados. Isto porque para os possíveis usos medicinais não há doença cujo tratamento seja exclusivo com derivados

da maconha e porque o risco de dependência química precoce aumentará demanda de tratamento que o país não consegue no momento dar a mínima assistência. Assim, entendemos como sendo mais prudente, responsável e legítimo a manutenção da atual legislação e ampliar imediatamente os investimentos na prevenção e no tratamento dos que estão precisando no país inteiro.

Correspondência: Alessandra Diehl
Rua Dr. Neto de Araujo 320 sala 910
04111-001 - São Paulo - SP

* Parte deste texto foi publicada na Revista Pátio Ensino Médio. Editora Penso, Grupo A, Porto Alegre, 2013 pelos mesmos autores, com o título Legalização de drogas no Brasil.

** Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

*** Não houve fonte de financiamento

Referências

1. Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas, junho 2011. Disponível em URL: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Portuguese.pdf. Acessado em 30/05/2013.
2. Laranjeira R. Legalização das Drogas e a Saúde Pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15: 621-631.
3. Bessa MA. Contribuição à discussão sobre a legalização de drogas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010, 15: 632-636.
4. Crippa JA, Hallak JE, Zuardi AW. Marijuana, feijoada and the debate on drug legalization. *Front Psychiatry*. 2013, 4:7.
5. Babín Vich F de A. The debate over drug legalization. *Adicciones*. 2013;25:6-9.
6. Svrakic DM, Lustman PJ, Mallya A, Lynn TA, Finney R, Svrakic NM. Legalization, decriminalization & medicinal use of cannabis: a scientific and public health perspective. *Mo Med*. 2012;109:90-8.
7. MacCoun RJ. What can we learn from the Dutch cannabis coffeeshop system? *Addiction*. 2011 ;106:1899-910.
8. Gomes LF. Nova Lei de Tóxicos: descriminalização da posse de droga para consumo pessoal. *Revistas Jurídicas*, 2006. Disponível em URL: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/>

COMUNICAÇÃO BREVE

ALESSANDRA DIEHL¹
E HEWDY LOBO RIBEIRO²

ARTIGO

criminal/material/nova_lei_toxicos_luiz_flavio_gomes.pdf. Acesso em 30/05/2013.

⁹. Mamber N. Coke and smack at the drugstore: harm reductive drug legalization: an alternative to a criminalization society. Cornell J Law Public Policy. 2006 Summer; 15:619-64.

¹⁰. Amirav I, Luder A, Viner Y, Finkel M. Decriminalization of cannabis--potential risks for children? Acta Paediatr. 2011 ;100:618-9.

¹¹. Bostwick JM. Blurred boundaries: the therapeutics and politics of medical marijuana. Mayo Clin Proc. 2012 ;87:172-86.

¹². Bretteville Jensen AL e Williams J. Decriminalization and Initiation into Cannabis Use. Department of Economics. Working Paper Series. 2011, 3: 1-34

¹³. URL: http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Documents/2012/REDUCAO_PROCURA_CONSUMOS/2_RA_2011_TRATAMENTO.pdf.

Acesso em 30.05.2013.

¹⁴. Afeganistão se torna país com maior proporção de viciados em drogas. URL: <http://gl.globo.com/mundo/noticia/2013/04/afeganistao-se-torna-pais-com-maior->

proporcao-de-viciados-em-drogas.html. Acesso em 13/04/2013.

¹⁵. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Editora Artmed, Porto Alegre, 2011.

¹⁶. Caulkins JP, Kilmer B, MacCoun RJ, Pacula RL, Reuter P. Design considerations for legalizing cannabis: lessons inspired by analysis of California's Proposition 19. Addiction. 2012 ;107:865-71.

¹⁷. Bretteville-Jensen AL. To legalize or not to legalize? Economic approaches to the decriminalization of drugs. Subst Use Misuse. 2006;41:555-65.

¹⁸. Reuter P. Can tobacco control endgame analysis learn anything from the US experience with illegal drugs? Tob Control. 2013;22:i49-i51.

¹⁹. Psychoyos D, Vinod KY. Marijuana, Spice 'herbal high', and early neural development: implications for rescheduling and legalization. Drug Test Anal. 2013 ;5: 27-45.

dfa.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

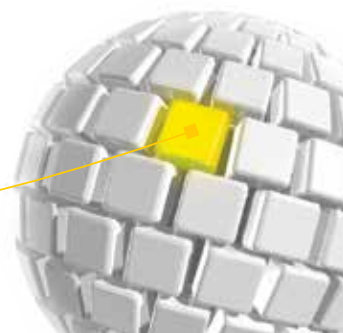


www.bairral.com.br
19 3863.9400 PABX
19 3863.4255 FAX
bairral@bairral.com.br



BAIRRAL

A PSIQUIATRIA HOSPITALAR DO FUTURO
HOJE



CONTRIBUIÇÕES DOS “ESTUDOS DE FAMÍLIAS” EM TDAH - UMA FERRAMENTA ÚTIL PARA PESQUISAS SOBRE A ETIOLOGIA DO TDAH.

CONTRIBUTIONS OF FAMILY-BASED STUDIES IN ADHD - A USEFUL TOOL FOR RESEARCHES ON ADHD'S ETIOLOGY.

Resumo

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é amplamente reconhecido como um transtorno de etiologia neurobiológica, porém suas bases etiológicas ainda não são completamente reconhecidas. Achados sobre epidemiologia do TDAH apontam para aumento de prevalência de sintomas em familiares de indivíduos portadores. Estes resultados incentivaram um grande número de pesquisas sobre genética do TDAH, bem como sobre as influências da gestação e até mesmo do ambiente familiar na gênese do TDAH.

Os estudos epidemiológicos que investigam portadores de um transtorno e seus familiares tornaram-se ferramentas úteis para auxiliar a melhor compreensão das bases genéticas e ambientais dos diversos transtornos mentais.

O artigo apresentado revisa, de forma não sistemática, alguns dos principais achados sobre etiologia do TDAH, focando-se mais precisamente nos estudos que se utilizam de bases familiares.

Os achados aqui apresentados devem servir como base para o entendimento atual dos estudos de famílias em TDAH, e auxiliar pesquisadores que se interessam tanto por epidemiologia genética, quanto por pesquisas em TDAH.

Palavras chaves: TDAH, “estudos de famílias”, etiologia, genética, ambiente familiar.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is widely recognized as a disorder of neurobiological etiology. However, ADHD's etiologic basis is not yet fully recognized. Findings on the epidemiology of ADHD point to an increased prevalence of symptoms in relatives of ADHD patients. These results encouraged a lot of research on genetics of ADHD as well as research on the influences of pregnancy and even the family environment in the pathogenesis of ADHD.

Epidemiological studies investigating patients with a distinct disorder and their relatives have become a useful tools to help better understanding of the genetic and environmental bases of multiple mental disorders.

This article revises, unsystematically, some of the main findings on the etiology of ADHD, focusing more specifically on family-based studies.

These findings may help as a basis for current understanding of family studies in ADHD, and assist researchers interested in genetic epidemiology and ADHD.

Keywords: ADHD, family-based studies, etiology, genetics, family environment.



I. HISTÓRICO E DIAGNÓSTICO

I.1. Histórico

O relato sobre sintomas de desatenção e hiperatividade é razoavelmente antigo na literatura médica. Mesmo antes da definição de um transtorno específico ou primário da atenção já havia relatos médicos semelhantes ao que definimos hoje como Transtorno do Déficit de Atenção (TDAH). Numa revisão sobre o histórico do conceito de TDAH, Lange e cols¹ citam a descrição feita em 1798 por Sir. Alexander Crichton como a primeira referência à desatenção como sintoma. Embora Crichton não tenha feito referências a sintomas de hiperatividade, ou definido o conjunto de sintomas que descrevia como um transtorno específico, ele descreveu claramente a dificuldade de manter (sustentar) atenção sobre determinado foco atencivo. Também apontou para o fato de que frequentemente o sujeito nasce com esta dificuldade atenciva e que este sintoma já se manifesta nos primeiros anos de vida².

Os sintomas de hiperatividade e impulsividade foram inicialmente citados de forma expressiva pelo médico Heinrich Hoffman em 1844, num relato que não caracterizava um estudo sobre hiperatividade infantil, mas sim uma história infantil para divertir seu filho. Possivelmente, naquela época não havia interesse na publicação daqueles manuscritos³.

O primeiro relato em periódico médico mais próximo do conceito de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi publicado por George Still, em 1902. Sua descrição tinha foco sobre crianças que apresentavam múltiplos sintomas comportamentais, incluindo hiperatividade, impulsividade e dificuldades atencivas. Still denominou este quadro de "déficit de controle da moral" – em face à ênfase no desrespeito às regras – e considerou a possibilidade de que o mesmo ocorresse em crianças sem qualquer déficit intelectual⁴.

Nos anos que se seguiram, novos relatos surgiram na literatura. Franz Kramer reportou em 1932 casos que denominou "transtorno hipercinético infantil"⁵. Alguns anos depois, a literatura médica passou a usar a denominação "lesão cerebral mínima", substituído pouco tempo depois por "disfunção cerebral mínima" (este último termo, acredita-se, pela inexistência das lesões sugeridas pelo primeiro).

Somente na segunda revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico para Doenças Mentais (DSM)⁶, da Associação Americana de Psiquiatria, em 1968, um diagnóstico formal foi incorporado aos manuais diagnósticos com o nome de "Reação Hiperkinética da Infância". Nesta época, a descrição clínica tinha como foco os sintomas de hiperatividade e descrevia uma melhora ocorrendo na adolescência. Nas décadas seguintes, com o aumento progressivo de pesquisas sobre o tema, o diagnóstico foi revisto e modificado. Na terceira edição do manual (DSM 3)⁷, em 1980,

os sintomas de desatenção foram incorporados ao diagnóstico, e o nome modificado para Transtorno do Déficit de Atenção: com ou sem hiperatividade. Esta edição trouxe o conceito de dois possíveis subtipos, algo que persistiu até recentemente. A revisão que se sucedeu (DSM 3-R)⁸, em 1987, trouxe a nomenclatura atual do transtorno, porém extinguiu os subtipos. Os sintomas foram alocados em apenas uma lista, com um ponto de corte único.

Com a expansão dos estudos em adolescentes e adultos, a quarta revisão do DSM⁹ passou a considerar como sendo possível a persistência de alguns sintomas de TDAH na vida adulta. Estes casos receberam a denominação de TDAH, forma residual do adulto. Também na DSM 4 retornou-se à classificação por subtipos de TDAH, incluindo assim, novamente, a possibilidade de uma forma predominantemente desatenta. Em 2000, o texto da DSM 4¹⁰ foi revisado e publicado como DSM 4-TR. No que se refere à descrição clínica do TDAH as modificações foram mínimas, restringindo-se à revisão da descrição dos sintomas clínicos.

As duas últimas décadas, até a recente publicação da DSM 5¹¹ em 2013, foram marcadas por um aumento exponencial das pesquisas sobre diagnóstico clínico e etiologia do transtorno. A última revisão da DSM não apresenta diferenças quanto à lista de sintomas que compõe o transtorno; as diferenças recaem, principalmente, na idade de início de sintomas e a substituição dos "subtipos" por "apresentações (clínicas)"

A grande maioria dos autores enfatiza a necessidade de boa caracterização do quadro clínico, incluindo a demonstração de início precoce dos sintomas, a investigação de outros transtornos que possam explicar os mesmos, sua presença em diferentes contextos e um comprometimento clinicamente significativo. Alguns estudos mais novos motivaram algumas das recentes modificações dos critérios da DSM para o diagnóstico de TDAH. Dentre estas, têm destaque o aumento da idade limite para início dos sintomas de 7 para 12 anos, e a inclusão dos Transtornos do Espectro Autista (TEA) como comorbidade possível.

I.2. Diagnóstico do TDAH

O diagnóstico do TDAH é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde e apresenta descrições semelhantes em diversos manuais e classificações de doenças mentais. No Brasil, as duas classificações mais utilizadas estão presentes na Classificação Internacional de Doenças – Décima edição (CID 10)¹² e no Manual Diagnóstico e Estatístico para Doenças Mentais – Quinta edição (DSM 5), de 2013. A utilização no Brasil da DSM está mais vinculada à pesquisa, enquanto a CID à prática clínica e assistencial. Embora apresentem inúmeras semelhanças, a nova edição da DSM aumentou o número de diferenças entre elas.

Existem 5 critérios clínicos que devem ser atendidos para o diagnóstico formal de TDAH. O primeiro critério é composto por uma lista de 9 sintomas de desatenção e 9 de hiperatividade e impulsividade. A presença frequente de ao menos 6 de desatenção e/ou 6 de hiperatividade define este critério. O segundo critério ratifica a presença de alguns destes sintomas antes dos 7 anos de idade. O terceiro critério define a necessidade de que estes sintomas ocorram em pelo menos dois contextos diversos. O quarto critério se refere à existência de comprometimento em atividades/ambientes diferentes; este comprometimento deve ser diretamente relacionado a presença dos sintomas de TDAH. O quinto critério exclui a possibilidade de diagnóstico de TDAH na vigência de um transtorno mais grave, que pode melhor explicar o quadro clínico. Desta forma, não se pode fazer o diagnóstico de TDAH, por exemplo, em pacientes com Transtornos invasivos ou Esquizofrenia.

A definição do TDAH, utilizando-se critérios bem definidos, foi fundamental para a prática clínica. A organização e sistematização do conhecimento sobre o transtorno trouxe maior precisão para o diagnóstico feito por clínicos em seus consultórios. Se, por um lado, houve benefícios que facilitaram a construção de diretrizes diagnósticas e terapêuticas, por outro lado, reforçou-se o entendimento de que os sintomas de TDAH se enquadravam em um modelo de diagnóstico categorial.

Contrariando esta perspectiva, observações clínicas mais cuidadosas deram origem a intrigantes questões que incentivaram um retorno à pesquisa sobre a fenomenologia e etiologia do TDAH. Entre estas, podemos destacar: (1) a identificação de indivíduos com quadro clínico típico, porém com menor número de sintomas (formas subclínicas)³; (2) pacientes com início tardio do quadro clínico de TDAH⁴; (3) declínio de sintomas, sobretudo de hiperatividade, ao longo dos anos;⁵ (4) comprometimento presente até a vida adulta;¹⁶ (5) familiares de crianças com TDAH com maior prevalência de sintomas, porém sem diagnóstico característico;¹⁷ (6) achados neuropsicológicos associados a diferentes graus de resiliência em indivíduos com risco aumentado para TDAH.¹⁸

Estas linhas de pesquisas, aliadas à expansão dos estudos com bases familiares, e também aos avanços em genética, marcaram o aumento recente do interesse por modelos explicativos *dimensionais* para o TDAH¹⁹. Em recente estudo de 2011, Marcus e col.²⁰ investigaram se os sintomas de TDAH poderiam ser estudados através de um modelo dimensional. Os resultados revelaram uma estrutura latente dimensional para os sintomas de desatenção, hiperatividade / impulsividade e também para o diagnóstico de TDAH. Neste estudo, os modelos dimensionais mostraram maior validade que os modelos dicotômicos.

Atualmente, diferentes transtornos são entendidos através de modelos dimensionais para investigação das suas bases etiológi-

cas, sobretudo as genéticas (como por exemplos, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e os Transtornos Invasivos; no caso deste último a quinta edição do DSM chega a denominá-lo de “Espectro”). O TDAH pode ser incluído entre os transtornos mais estudados através da perspectiva dimensional. O uso destes modelos para estudos de famílias vem trazendo soluções promissoras e novos desafios para o campo.

2. Etiologia do TDAH: achados genéticos e contribuições do meio

Os estudos epidemiológicos, especialmente os de base familiar, representaram um marco inicial na investigação etiológica do TDAH. Um dos achados mais relevantes foi o reconhecimento do aumento da prevalência de sintomas de TDAH em familiares de portadores do transtorno, tomando como base de comparação a população em geral. Demonstrou-se também que familiares de primeiro grau possuem risco aumentado em 2 a 8 vezes de também apresentarem TDAH quando comparados a controles.²¹ Quando são avaliados os filhos de pacientes com TDAH, o aumento do risco deles também apresentarem o transtorno chega a 57%²². Estudo comparando aumento de risco em irmãos de portadores mostrou que este é ainda maior em irmãos de adultos com TDAH, quando comparados a irmãos de crianças com o mesmo diagnóstico²³.

A pesquisa sobre a etiologia do TDAH pode ser dividida em três diferentes linhas, inicialmente estudada em separado. A primeira delas, o estudo da genética, tornou-se expressiva por ocasião do término do projeto genoma e o desenvolvimento tecnológico que permitiu análises de grandes amostras. A segunda linha envolveu pesquisas sobre gestação, hábitos de vida de gestantes (tabagismo e uso de álcool, por exemplos) e saúde fetal, demonstrando a influência do meio intrauterino na gênese do déficit de atenção. A terceira linha de pesquisa se dedicou ao estudo das influências do meio, especialmente dos hábitos de vida da família ou criação dos filhos.

Resultados significativos nestas três direções deram origem ao mais recente interesse da área que atualmente aposta na interação gene X ambiente como melhor forma de se investigar a etiologia do TDAH.

2.1 Genética e TDAH

Existem diferentes modelos propostos para a investigação das bases genéticas do TDAH. Podemos relacionar os principais a seguir:

- (1) Investigação de genes candidatos;
- (2) Análise de variantes comuns através de varreduras genômicas;
- (3) Análise de variantes raras através de varreduras genômicas.



Em uma metanálise de 2009²⁴, que reúne resultados sobre a investigação de genes candidatos, Gizer e cols. apontam para associações relevantes entre TDAH e genes que codificam o Transportador de dopamina (DAT1) e receptores dopaminérgicos (DRD4 e DRD5), dentre outros. Entretanto, os autores também salientam a importante heterogeneidade entre os achados de associações e sugerem a necessidade de outros estudos que levem em consideração fatores moderadores (como gênero, subtipo de TDAH, fatores ambientais e etc).

Em 2010, Neale e cols.²⁵ publicaram resultados surpreendentes referentes à metanálise de variantes comuns em TDAH através de varreduras genômicas. Em sua investigação, não foram encontradas associações com resultados estatísticos relevantes necessários para estudos de varredura (P-valor de 5×10^{-8}). Seus resultados ratificam que as contribuições individuais de variantes comuns são pouco expressivas e a importância de pesquisas sobre variantes raras para etiologia do TDAH.

A busca por variantes raras vem aumentando em frequência nestes últimos anos. Recente achado sobre variante rara em DRD4 pode exemplificar um dos promissores caminhos do estudo da genética do TDAH. Tovo-Rodrigues e cols.²⁶, em 2012, demonstraram que indivíduos que apresentavam mais frequentemente o achado de 7R/7R para o VNTR do exon 3 do DRD4 também apresentavam uma quantidade superior de variantes raras. Estes indivíduos também apresentavam chances aumentadas de TDAH. A mesma análise para indivíduos com 4R/4R para este VNTR não mostrou associação significativa para o diagnóstico de TDAH.

Recente publicação sobre o tema resume muito bem o momento atual. Genro e cols.²⁷ revisam os principais marcos do estudo de genética do TDAH, com ênfase na produção brasileira. Concluem que as investigações realizadas até o momento estão longe de apresentar resultados definitivos. A maioria das variantes estudadas estão localizadas em regiões não codificadoras do genoma humano. Vários estudos vêm sendo realizados para compreender o papel funcional de polimorfismos comuns do genoma humano.

Pesquisas abordando genes relacionados à divisão celular, migração neuronal, e a processos de remodelação do citoesqueleto indicam um amplo campo de novas e promissoras possibilidades de estudos em genética molecular do TDAH²⁸.

2.2 Influências do meio na gênese do TDAH

Podemos dividir os estudos mais relevantes sobre a influência do meio na gênese e expressão do TDAH entre aqueles que avaliam os riscos pré-natais e perinatais, e os estudos sobre a incidência de fatores psicossociais adversos em crianças, tanto em âmbito familiar quanto social e escolar. As influências do meio são apresentadas de modo sumário a seguir:

Uma revisão sobre riscos pré-natais, publicada em 2003²⁹ sugere que o uso de nicotina durante a gravidez aumenta o risco para o transtorno; estudo posterior sugeriu uma razão de chance significativa (OD= 2,36)³⁰.

A literatura apresenta resultados contraditórios sobre consumo de álcool por gestantes; nenhuma conclusão pôde ser obtida sobre o consumo de caféina.

Os resultados dos estudos sobre o estresse psicológico durante a gravidez revelaram-se inconsistentes, mas indicaram uma possível contribuição (modesta) para os sintomas de TDAH na prole.

Em estudo de 2011³¹, fatores psicossociais que definem altos níveis de adversidade familiar (como discórdia conjugal, baixa classe social, família numerosa, criminalidade paterna e transtorno mental materno), além de baixa coesão familiar, estiveram associados ao aumento do risco para TDAH subtipo predominantemente desatento.

A mensuração de diferentes fatores ambientais, frequentemente ocorrendo de modo simultâneo e aditivo, é tarefa árdua e aumenta as chances de vieses.

2.3 Interação gene X ambiente

Provavelmente o maior desafio para o estudo da etiologia do TDAH é o aperfeiçoamento dos modelos explicativos da interação dos achados genéticos aos ambientais.

Os estudos sobre interação gene e ambiente vêm se tornando mais frequentes na literatura. Recente revisão sobre o tema³² aponta achados positivos na interação genes X riscos pré-natais e na interação genes X fatores psicossociais adversos.

Todd, em 2007³³, relatou que a presença de um polimorfismo da região exon 5 do gene CHRNA4 teve interação significativa com história de tabagismo materno durante a gravidez, aumentando o risco para uma grave forma de TDAH subtipo combinado.

Um exemplo significativo sobre a influência de fatores psicossociais sobre a expressão do TDAH pode ser observado no estudo publicado por Nikolas e cols. em 2012³⁴. A percepção da criança sobre os conflitos parentais (especialmente a culpa relacionada pela própria) teve ação moderadora sobre outros fatores etiológicos, incluindo os genéticos, do TDAH.

Estudos com bases familiares e desenhos mais sofisticados, que envolvem múltiplas variáveis ambientais e genéticas, indicam um caminho promissor num entendimento mais consistente do transtorno.

3. Estudo de bases familiares

Pesquisas com famílias são fundamentais para os estudos genéticos e de fatores psicossociais. Pode-se estudar também a agregação de características comportamentais através de com-

parações entre diferentes gerações.

Além dos desenhos intergeracionais, os estudos de famílias também permitem a comparação entre irmãos. Estes, por sua vez, podem utilizar gêmeos monozigóticos ou dizigóticos, irmãos adotados, ou mesmo irmãos biológicos, porém não gêmeos. Estudos mais complexos podem envolver três ou mais gerações, ou então somar estudos intergeracionais aos estudos de irmãos.

Cada desenho de estudo fornece um tipo específico de resposta e deve ser escolhido em função do aspecto a ser estudado.

3.1. Estudos intergeracionais

O objetivo mais amplo deste tipo de pesquisa consiste em descrever as associações de determinadas características entre gerações e elucidar os mecanismos que formam a base destes achados. Mais especificamente, podem contribuir para quantificar os diferentes pesos atribuídos aos componentes genéticos e ambientais.

Existem três objetivos mais específicos. O primeiro, já citado, consiste em pesquisar a associação entre características parentais e da prole. Este modelo responde melhor as perguntas relacionadas a agregação de sintomas de TDAH e a relação com o componente genético do TDAH.

O segundo objetivo é o de se estudar como a exposição a fatores de risco, ou proteção se associam a transtornos na prole ou a determinados desfechos. O exemplo clássico são os estudos sobre exposição materna a tabaco e aumento de prevalência de TDAH na prole. Este modelo pode ser utilizado para pesquisas de riscos pré-natais e perinatais, bem como pesquisas de estressores ambientais na gênese do TDAH.

O terceiro objetivo, menos comum, consiste no inverso. A exposição parte da prole, com consequências sobre os pais.

Um exemplo deste tipo de estudo se refere ao impacto da presença de filhos deficientes sobre o status empregatício da mãe 2001³⁵. Pesquisa realizada em 2007³⁶ demonstrou que famílias de crianças com TDAH estão submetidas a maiores gastos com saúde; mais precisamente, com saúde mental das mães. A tabela 1, a seguir, resume estes modelos de estudos.

3.2. Estudos de pares de irmãos

Como os estudos intergeracionais, cada tipo de desenho de estudo de irmãos possui determinada finalidade.

A primeira grande divisão se refere à pesquisa dos fatores ambientais (ou exposições) que incidem sobre os irmãos e produzem um determinado desfecho e os estudos sobre genética comportamental.

Tabela 1. Estudos Intergeracionais

	Subtipos	Finalidade	Nível de dificuldade	Exemplos
Agregação de Características	Entre pais e filhos biológicos	Relevância da agregação	+	Lunde, 2007. Am J Epid. 165: 734-41
	Entre pais e filhos, incluindo irmãos e primos	Compara linhas familiares/inclui meio	++	Ounsted, 1986 Ann Hum Biol. 13: 143-51.
	Óvulos de doadores / surrogate mother	Estudar meio intra-uterino	+++	Brooks, 1995. Early Hum Dev. 42:29-35
	Comparação de força de associação usando gênero como variável	Parent-of-origin-effects	+	Magnus, 2001. J Comm Health. 55:837-7.
	Famílias migrantes	Influência de aspectos socioeconomicos	+++	Dhawan 1995. BMJ. 311:86-8
Exposição X Desfecho clínico entre gerações	Exposição em pais e desfecho em filhos	Influência de meio familiar sobre doença dos filhos	++	Leary, 2006. Obesity. 14:2284-93.
	Exposição em filhos com desfecho em pais	Repercussão em pais de doença de filhos	++	Martin 2007. Pediatrics 119:947-55

+ Menor nível de dificuldade; ++ Nível Moderado de dificuldade; +++ Maior nível de dificuldade (em relação a metodologia, especialmente seleção de amostra e custo).



3.2.1 - “Sibling fixed effects (FE) models”

O primeiro tipo de estudo não coloca em foco as origens genéticas associadas ao desfecho. Seu interesse é estudar especialmente os fatores estressores ou protetores ambientais que possam guardar relação causal com o desfecho. Estes estudos são frequentemente denominados de “sibling fixed effects (FE) models”.

Pode-se compreender o racional teórico que embasa estes modelos da seguinte forma: ao compararmos exposições e desfechos entre pares de irmãos (que compartilham diversas variáveis genéticas e ambientais) conseguimos tornar constantes potenciais confundidores e com isso nos aproximamos, com menor margem de erros, dos pressupostos causais investigados.

Estes modelos são muito eficientes para os estudos que procuram definir causalidade a partir de fatores de exposição ambientais. Entretanto, existe uma condição fundamental para sua adequada realização. É necessário que a incidência do fator de exposição seja diferente entre os irmãos e que estes possam ser adequadamente mensurados. Este tipo de modelo seria inadequado, por exemplo, para se estimar o impacto da educação parental sobre um determinado desfecho entre irmãos.

3.2.2 Epidemiologia genética

Outro tipo de estudos tem como finalidade investigar as características genéticas de um determinado fenótipo e estabelecer a magnitude da interferência do meio na expressão do mesmo. Este campo recebe o nome de Epidemiologia genética. Neste caso, teremos a variação de um fenótipo (Vp) sendo de-

finida pelas contribuições de três variáveis: (1) fatores genéticos (Vg); (2) fatores ambientais compartilhados (Vc); (3) fatores ambientais não compartilhados (Ve).

Podemos definir a hereditariedade como sendo a porcentagem de variação atribuída apenas aos fatores genéticos ($h^2 = Vg/Vp$). A interferência do meio seria a porcentagem de variação atribuída ao meio, que pode ser dividida entre meio compartilhado ($c^2 = Vc/Vp$) e não compartilhado ($e^2 = Ve/Vp$).

Neste tipo de estudo podemos comparar pares de irmãos a partir de premissas diferentes. Os estudos podem compreender: gêmeos monozigóticos e dizigóticos, irmãos adotados e irmãos biológicos ou mesmo irmãos dos mesmos pais biológicos comparados a meio irmãos. A escolha do desenho e da amostra varia com o objetivo da investigação.

3.2.3 “Genetic Linkage Studies”

Por último, devem ser citados os estudos em que o desenho pressupõe a existência de mais de um familiar afetado pela doença estudada (desfecho). Uma vez que irmãos dos mesmos pais compartilham em média 50% dos seus alelos, a existência de pares de irmãos afetados contribui para pesquisa de regiões cromossômicas que já sabidamente possuem variações associadas a presença da determinada doença em estudo³⁷. Embora muito importantes, estes estudos possuem algumas desvantagens, como a dificuldade de replicar resultados, bem como a necessidade de amostras muito grandes³⁸. A tabela 2 resume estes modelos de estudos.

Tabela 2. Estudos entre irmãos

	Subtipos	Finalidade	Nível de dificuldade	Exemplos
Sibling Fixed Effects (FE) Models		Ambiente e influência no desfecho	+	Hack, 2002. NEJM 346:149-57.
Epidemiologia Genética	Comparativos com adotados	Compara linhas familiares/inclui meio	+++	Loehlin, 1989. Child Dev. 60:993-1004
	Comparativo com gêmeos MZ e DZ	Estudar meio intra-uterino	++	Loobs, 2001. Br J. Obst Gynaecol. 108:943-8.
	Comparativo com meio-irmãos	Distingue aspectos genéticos e ambientais (menor força)	+++	Magnusson, 2006. Int J. Obes. 26:1225-31
Genetic linkage analysis		Identificar bases genéticas a partir de famílias com mais de um membro afetado	++	Greenwood, 2007. Genetic Epidemiol 31:195-210.

+ Menor nível de dificuldade; ++ Nível Moderado de dificuldade; +++ Maior nível de dificuldade (em relação a metodologia, especialmente seleção de amostra e custo).

4. Contribuições dos estudos de bases familiares para investigação da etiologia do TDAH

Há extensa literatura sobre a utilização dos estudos com famílias na pesquisa sobre etiologia do TDAH. Entretanto, a maioria dos estudos iniciais que investigaram associações de sintomas ou mesmo diagnósticos entre integrantes de uma mesma família não mostraram resultados com relevância estatística ou que fossem reproduzidos em outras amostras. Isso acabou se repetindo nos estudos posteriores que tentavam associar sintomas de TDAH e achados de genética molecular, ou ainda nos estudos que investigavam associação de TDAH e fatores ambientais.

Como as investigações que partiram do fenótipo se mostraram imprecisas, houve um crescente aumento pelo interesse de se usar fenótipos intermediários, denominados endofenótipos, nos estudos de TDAH.

O conceito de endofenótipo foi introduzido nas pesquisas em psiquiatria, há cerca de 40 anos³⁹. Pode ser considerado como intermediário ao genótipo e o fenótipo, sendo definido como traços hereditários, quantitativos, que apontam para a possibilidade de um indivíduo desenvolver uma determinada doença.

Algumas condições precisam ser atendidas para identificarmos um aspecto específico como possível endofenótipo.

É necessário que os mesmos genes que influenciam um endofenótipo guardem relação também com o fenótipo. Os endofenótipos estão presentes em pacientes e também devem estar presentes em familiares de primeiro grau que não apresentam o transtorno. Sua associação com achados genéticos é potencialmente mais precisa que a encontrada para o fenótipo estudado. Os endofenótipos necessitam ser mensurados e não são diretamente observados como os fenótipos. Há diferentes categorias de endofenótipos: cognitivos (neuropsicológicos), neuroquímicos, anômicos e neurofisiológicos⁴⁰.

Os primeiros estudos que utilizaram o conceito de endofenótipo para investigação de etiologia do TDAH não mostraram resultados consistentes. À época, a escolha de possíveis endofenótipos ocorreu através da literatura que sugeria ser o TDAH um transtorno eminentemente cognitivo. Por isso, foram escolhidas medidas que refletiam alterações neuropsicológicas. Em revisão sobre o assunto, Rommelse faz sugestões para os novos estudos em endofenótipos, sendo a possibilidade de considerar as comorbidades como confundidor para os achados endofenotípicos, que estariam associados a elas e não ao transtorno primariamente investigado.

5. Considerações finais

A pesquisa sobre as bases etiológicas do TDAH se encontra em momento especialmente importante. Modelos tradicionais, que se utilizaram de estratégias estatísticas mais simples, não conseguiram avançar no conhecimento sobre a gênese do transtorno.

As contribuições obtidas através dos diversos modelos de estudos de famílias sugerem fortemente a necessidade de se avançar na pesquisa de novos modelos. Novas técnicas de modelagem com equações estruturais vêm fornecendo instrumentos mais promissores para as análises multifatoriais mais complexas.

Correspondência: Daniel Segenreich
Rua Dona Mariana, 73, 401
22280-020, Rio de Janeiro, RJ
danielsegen@gmail.com

Não há conflito de interesses ou fonte de financiamento. Trata-se de um artigo de revisão (não sistemática). Não há metodologia específica de revisão sistemática.

Referências bibliográficas

¹ Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2010; 2: 241-55.

² Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases. *J Atten Disord*. 2008; 12: 200-4.

³ Thome J, Jacobs KA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*. 2004; 19: 303-6.

⁴ Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures. *Lancet*. 1902; 1:1008-1012.

⁵ Kramer F, Pollnow H. Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter. *Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Charité in Berlin (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoefer)*. *Mtschr Psychiat Neurol*. 1932; 82:21-40.

⁶ American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)*, 2nd edn. American Psychiatric Association, Washington DC.

⁷ American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*, 3rd edn. American Psychiatric Association, Washington DC.



⁸ American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R), 3rd edn rev. American Psychiatric Association, Washington DC.

⁹ American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th edn. American Psychiatric Association, Washington DC

¹⁰ American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th edn Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC

¹¹ American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V), 5th edn. American Psychiatric Association, Washington DC.

¹² Organização Mundial da Saúde (1997). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), 10a rev. Universidade de São Paulo, São Paulo SP.

¹³ Shankman SA, Lewinsohn PM, Klein DN, Small JW, Seeley JR, Altman SE. Subthreshold conditions as precursors for full syndrome disorders: a 15-year longitudinal study of multiple diagnostic classes. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 ; 50:1485-94.

¹⁴ Faraone SV, Biederman J, Doyle A, Murray K, Petty C, Adamson JJ, Seidman L. Neuropsychological studies of late onset and subthreshold diagnoses of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2006, 60:1081-7.

¹⁵ Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 ; 52:1015-25.

¹⁶ Biederman J, Petty CR, Woodworth KY, Lomedico A, Hyder LL, Faraone SV. Adult outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. *J Clin Psychiatry*. 2012 ; 73: 941-50.

¹⁷ Rasmussen ER, Neuman RJ, Heath AC, Levy F, Hay DA, Todd RD. Familial clustering of latent class and DSM-IV defined attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) subtypes. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004 ;45:589-98.

¹⁸ Nigg J, Nikolas M, Friderici K, Park L, Zucker RA. Genotype and neuropsychological response inhibition as resilience promoters for attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder under conditions of psychosocial adversity. *Dev Psychopathol*. 2007,19 :767-86.

¹⁹ Larsson H, Anckarsater H, Råstam M, Chang Z, Lichtenstein P. Childhood attention-deficit hyperactivity disorder as an extreme of a continuous trait: a quantitative genetic study of 8,500 twin pairs. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 ; 53:73-80.

²⁰ Marcus DK, Barry TD. Does Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Have a Dimensional Latent Structure? A Taxometric Analysis. *J Abnorm Psychol*. 2011 ; 120: 427-442.

²¹ Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., ... & Sklar, P. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2005, 57, 1313-1323.

²² Biederman J, Faraone SV, Mick E, Spencer T, Wilens T, Kieley K 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: 431-435.

²³ Manshadi M, Lippmann S, O'Daniel RG, Blackman A. Alcohol abuse and attention deficit disorder. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 379-380.

²⁴ Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum Genet*. 2009 ;126:51-90.

²⁵ Neale BM, Medland SE, Ripke S, Asherson P, Franke B, Lesch KP, Faraone SV, Nguyen TT, Schäfer H, Holmans P, Daly M, Steinhausen HC, Freitag C, Reif A, Renner TJ, Romanos M, Romanos J, Walitza S, Warnke A, Meyer J, Palmason H, Buitelaar J, Vasquez AA, Lambregts-Rommelse N, Gill M, Anney RJ, Langley K, O'Donovan M, Williams N, Owen M, Thapar A, Kent L, Sergeant J, Roeyers H, Mick E, Biederman J, Doyle A, Smalley S, Loo S, Hakonarson H, Elia J, Todorov A, Miranda A, Mulas F, Ebstein RP, Rothenberger A, Banaschewski T, Oades RD, Sonuga-Barke E, McGough J, Nisenbaum L, Middleton F, Hu X, Nelson S; Psychiatric GWAS Consortium: ADHD Subgroup. Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 ;49 :884-97.

²⁶ Tovo-Rodrigues L, Rohde LA, Roman T, Schmitz M, Polanczyk G, Zeni C, Marques FZ, Contini V, Grevet EH, Belmonte-de-Abreu P, Bau CH, Hutz MH. Is there a role for rare variants in DRD4 gene in the susceptibility for ADHD? Searching for an effect of allelic heterogeneity. *Mol Psychiatry*. 2012 ;17:520-6.

ARTIGO DE REVISÃO

DANIEL SEGENREICH¹, PAULO MATTOS²

ARTIGO

²⁷ Genro JP, Roman T, Rohde LA, Hutz MH. The Brazilian contribution to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder molecular genetics in children and adolescents. *Genet Mol Biol.* 2012 ; 35:932-8.

²⁸ Poelmans G, Pauls DL, Buitelaar JK, Franke B. Integrated genome-wide association study findings: identification of a neurodevelopmental network for attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 2011; 168:365-77.

²⁹ Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, Kotimaa A, Moilanen I, Thomsen PH, Olsen J, Jarvelin MR. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1028-40.

³⁰ Langley, K., Rice, F., van den Bree, M.B., & Thapar, A. Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva Pediatrica,* 2005, 57, 359–371.

³¹ Pheula, G.F., Rohde, L.A., & Schmitz, M. Are family variables associated with ADHD, inattentive type? A case-control study in schools. *European Child and Adolescent psychiatry,* 2011, 20: 137–145.

³² Nigg J, Nikolas M, Burt SA. Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010 ;49 :863-73.

³³ Todd RD, Neuman RJ. Gene-environment interactions in the development of combined type ADHD: evidence for a synapse-based model. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2007, 144B :971-5.

³⁴ Nikolas M, Klump KL, Burt SA. Youth appraisals of inter-parental conflict and genetic and environmental contributions to attention-deficit hyperactivity disorder: examination of GxE effects in a twin sample. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40 :543-54.

³⁵ Powers ET. New Estimates of the Impact of Child Disability on Maternal Employment. *The American Economic Review,* 2001, 91: 135-139.

³⁶ Hakkaart-van Roijen L, Zwirs BW, Bouwmans C, Tan SS, Schulpen TW, Vlasveld L, Buitelaar JK.

Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Ado-*

lesc Psychiatry. 2007; 16:316-26.

³⁷ Hernandez L, Blazer D. Genes, Behaviour, and the Social environment: moving beyond the nature/nurture debate. National Academy of Sciences, Washington, 2006.

³⁸ Greenwood TA, Libiger O, Kardia S, Hanis C, Morrison AC, Gu CC, Rice T, Miller M, Turner ST, Myers RH, Grove J, Hsiao CF, Weder AB, Schork NJ. Comprehensive linkage and linkage heterogeneity analysis of 4344 sibling pairs affected with hypertension from the Family Blood Pressure Program. *Genet Epidemiol.* 2007 ; 31:195-210.

³⁹ Gottesman II, Shields J. *Schizophrenia and Genetics: A twin study Vantage Point.* Academic Press, NY, USA, (1972)

⁴⁰ Rommelse NN. Endophenotypes in the genetic research of ADHD over the last decade: have they lived up to their expectations? *Expert Rev Neurother.* 2008; 8:1425-9.

Programa de Benefícios

Acesse o Portal da Psiquiatria e conheça os benefícios de ser associado.

ALIMENTAÇÃO E ENTRETENIMENTO



www.fogodechao.com.br



www.johnniepepper.com.br



www.porcao.com.br



www.porcao.com.br/gourmet

SEGUROS E CONSÓRCIOS



www.seguosunimed.com.br



sulamericapacotevantagens.com.br/abp

EDITORAS



www.grupoa.com.br

TECNOLOGIA



www.appsy.com.br



www.centralpoint.com.br

SAÚDE E BEM ESTAR



www.oticasdopovo.com.br

TURISMO, VIAGENS E HOTELARIA



www.gjphotels.com



www.windsorhoteis.com.br



www.bancorbras.com.br/



www.accorhotels.com/pt-br



VOCÊ JÁ CONHECE O PEC DA ABP?



O **Programa de Educação Continuada (PEC)** é um sistema de e-learning oferecido pela ABP através do formato audiovisual.

Ele é transmitido via internet 24 horas por dia com **8 aulas** novas por ano e que acontecem também de forma presencial e gratuita.

Acesse agora e tenha um mundo de conhecimento.

Conheça, informe-se e participe!
www.pec-abp.org.br