

relatos dos próprios pacientes e de seus responsáveis, melhora do quadro inicial após 6 semanas de tratamento, com diminuição da agressividade, da impulsividade, do comportamento anti-social e do abuso de drogas. Houve, também, melhora da capacidade de concentração e prospecção, e maior interesse por atividades produtivas. Nenhum outro medicamento utilizado neste serviço trouxe resultados satisfatórios neste número de pacientes e duração de tratamento.

São necessários estudos com casuística mais ampla e bem controlada, no futuro, para verificar o achado positivo relatado.

Hilda C P Morana

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Maria Laura Ramalho Olivi

Serviço Público de Saúde de São Paulo - SUS-SP

Claudiane Salles Daltio

Instituto Psiquiátrico da Escola de Medicina da Universidade de São Paulo
IPq-HC FMUSP

Referências

1. Cawthra R, Gibb R. Severe personality disorder – whose responsibility? *Br J Psychiatry* v. 173; 1998. p. 8-10.
2. Bloom FE, David MD, Kupfer J. *Psychopharmacology: the fourth generation of progress. Am Coll Neuropsychopharmacol* v.30. p. 2002. Available at: <http://www.acnp.org/g4/GN401000152/Default.htm>. Access in May 2003.
3. Herranz JL. *Gabapentin: its mechanisms of action in the year 2003. 2003;(12);1159-65.*
4. Silveira A. *Prova de Rorschach: elaboração do psicograma. São Paulo: Edbras; 1985.*
5. Morana H. *Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial. Doctorate thesis submitted to the University of São Paulo. São Paulo, SP; 2004. Available at www.teses.usp.br.*

Comentário sobre o editorial “Uso de maconha na adolescência e risco de esquizofrenia”

Neste editorial, os autores K Weiser, M Weiser e M Davidson comentam:

“Na população brasileira, recente pesquisa da SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) demonstrou que 9% dos adolescentes (grifo nosso) já utilizaram maconha pelo menos uma vez. Este conceito (grifo nosso), no entanto, tem sido contestado por recentes estudos longitudinais(...). Isto nos alerta para o fato de que o uso “inocente” (aspas pelos autores) de drogas...”

Devido à confusão não propositada dos autores, acreditamos ser importante fornecer os seguintes esclarecimentos:

1. A pesquisa citada foi planejada e desenvolvida pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas) da UNIFESP/EPM (Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina); a SENAD apenas financiou a pesquisa;
2. Na nossa pesquisa, 6,9% da população entrevistada, com idade variando de 12 a 65 anos, declarou ter feito uso de maconha pelo menos uma vez na vida; não foi; portanto, 9% dos adolescentes que declararam este uso;
3. O conceito de uso na vida (*lifetime use*) não pode ter sido contestado “*pelos recentes estudos longitudinais*” por se tratar de diferentes desenhos metodológicos. De fato, uso na vida revela

apenas que a pessoa já utilizou, pelo menos uma vez na vida, a droga; ou seja, pode ter usado, uma, duas, dez ou mil vezes a maconha;

4. Portanto, sugerir que uso na vida possa ser um uso “inocente” pode ser contestado.

EA Carlini, José Carlos Galduróz, Ana Regina Noto e Solange A Nappo
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da UNIFESP/EPM

Quem paga o impacto: algumas observações sobre saúde

Senhor Editor,

O editorial intitulado “Quem paga o impacto: considerações sobre conflitos de interesse”, publicado em setembro/2003, centrou seu foco sobre os fatores de impacto, políticas de publicação e conflitos de interesse. Gostaríamos de adendar alguns comentários ao material apresentado, especialmente no que tange ao trabalho de De Meis e cols., inicialmente apresentado numa conferência no IEA/USP e, alguns meses depois, publicado, integralmente, no *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*.¹ No artigo completo, é importante destacar, aparecem os impactos das atuais regras acadêmicas sobre a saúde dos pesquisadores. Essa ressalva não é de todo irrelevante na medida em que, diferentemente do conflito de interesses, a saúde mental desse tipo de trabalhador é tema pouquíssimo estudado em nosso meio. Mas, afinal, os pesquisadores são trabalhadores? Sofrem com as novas configurações do trabalho acadêmico? Em que medida os aspectos psíquicos interferem nesse tipo de trabalho? Como se pode aferir a qualidade do trabalho em ciência? Existem diferenças nas relações e condições de trabalho em função da área de conhecimento?

A pesquisa de De Meis e cols. parece indicar que pelo menos a segunda pergunta deve ser respondida afirmativamente. Seus achados, a partir de entrevistas com pesquisadores estabelecidos e pós-graduandos da área de bioquímica, apontaram a existência de síndrome de *burnout* naquele grupo. Vinte e um por cento (21%) das pessoas pesquisadas haviam buscado pelo menos um atendimento psiquiátrico ou terapia psicológica. Em suas conclusões, esses autores afirmam que o crescimento da ciência brasileira se dá graças a um enorme desgaste emocional das pessoas envolvidas.

Em que medida isso interessaria ao clínico? Nossos pesquisadores – e especialmente os pós-graduandos, porque ainda sem estatuto de pesquisador – recebem que tipo de atenção diante desse quadro? Temos dados no Brasil a esse respeito? Afinal, se a ciência é fundamental para o crescimento do país, o que vem sendo feito por seus construtores? São perguntas que pretendem ampliar a reflexão proposta por Clarice Gorenstein. Já é hora de iniciar, em nosso meio, um debate amplo sobre o tema, a exemplo do que começa a acontecer na literatura internacional, onde é possível encontrar dados de ansiedade e frustração em pesquisadores contratados e jovens pesquisadores (Reino Unido, EUA), em função das dificuldades de inserção laboral ou adaptação às exigências atuais do trabalho científico.²⁻⁴ Nesse debate, a maior parte do material se encontra em artigos de opinião ou científicos com metodologia qualitativa. Alguns autores apontam

a dificuldade desse tema ser abordado por *surveys*. De toda maneira, é possível identificar dois *surveys* recentes: um norueguês,⁵ de 2001, em que se encontrou transtornos mentais em 17,2% de estudantes (n=396) de pós-graduação em ciências, graduados inicialmente em medicina; e um outro estudo,⁶ canadense, que abordou o estresse em estudantes de medicina, residentes e pós-graduandos em ciências e cujos resultados apontaram maiores níveis de estresse nesses últimos: 50% dos estudantes diziam-se estressados (n=829).

Embora as abordagens sejam diferenciadas, os estudos apontam a existência de sofrimento psíquico em pesquisadores e estudantes, o que exige maior investimento em pesquisa, para caracterizar melhor cada um desses grupos, seus sofrimentos e posições no campo científico. A nosso juízo, esse é um debate que interessa tanto aos clínicos quanto aos acadêmicos, na medida em que, para além dos resultados científicos, pode lançar luzes sobre o processo de trabalho em ciência.

Rita de Cássia Ramos Louzada

UFES e Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental/IPUB/UFRJ

João Ferreira da Silva Filho

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Referências

1. De Meis L, Velloso A, Lannes D, Carmo MS, De Meis C. *The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and burnout*. *Braz J Med Biol Res* 2003 Sep;36(9):1135-41.
2. Allen-Collinson J, Hockey J. *Capturing contracts: informal activity among contract researchers*. *British Journal of Sociology of Education* 1998 19(4):497-513.
3. Stephan P, Mangematin V. *Le stress des jeunes chercheurs américains*. *Biofutur* 1997;171:37-9.
4. Louzada RCR, Silva Filho JF. *Competitiveness is pushing scientists to the edge*. *SciDev. Science and Development Network*. 2 Dec 2003. Available from: URL: <http://www.scidev.net/EditorLetters/index.cfm?fuseaction=readeditorletter&itemd=19&language=1>
5. Tyssen R, Vaaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. *Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study*. *Medical Education* 2001;35:110-20.
6. Toews JA, Lockyer JM, Dobson DJ, Simpson E, Brownell AK, Brenneis F, MacPherson KM, Cohen GS. *Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine*. *Acad Med* 1997 Nov;72(11):997-1002.

Uso de fluoxetina no transtorno delirante – subtipo somático

Sr. Editor,

Os transtornos delirantes caracterizam-se pela presença de uma idéia inabalável, circunscrita de conteúdo não bizarro e sem deterioração da personalidade. Os delírios são monotemáticos e possíveis de ocorrer na vida cotidiana como traição ou estar infectado. O período mínimo do quadro deve ser de um mês.¹

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela ocorrência de obsessões e/ou compulsões. As obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens mentais recorrentes, intrusivos e desagradáveis, reconhecidos como próprios e que causam ansiedade. Compulsões são comportamentos ou atos mentais repetitivos que o indivíduo é levado a executar voluntariamente em resposta a uma obsessão para reduzir a ansiedade ou prevenir algum evento determinado.¹

A correlação entre transtorno delirante – subtipo somático (TDSS) e TOC é pouco conhecida, mas que chama a atenção pelas

diversas semelhanças entre os mesmos.²

IMS, 65 anos, doméstica, negra, católica, ensino primário incompleto. Queixava-se, no ano de 2001, de prurido generalizado, que atribuía à presença de pequenos insetos na sua pele, há um ano. Foi encaminhada pelo serviço de dermatologia, após serem excluídas causas físicas para as queixas. Cuidava intensamente da limpeza da casa, temendo que sua neta e seu filho se infestassem e ainda evitava tocá-los. A paciente apresentava pensamento delirante, monotemático, referente à infestação pelos insetos. Sensopercepção com indícios de alucinações cenestésicas. Não apresentava crítica da doença psíquica. Sem outras alterações psicopatológicas ou déficits cognitivos. Exame neurológico e tomografia de crânio normais.

Foi formulado diagnóstico de TDSS e iniciado tratamento. Utilizou-se pimozide 8 mg diários por sete meses, trifluoperazina 10 mg por seis meses, haloperidol 10 mg por cinco meses. A elevação da dose das medicações foi limitada pela ocorrência de efeitos extrapiramidais. Utilizou-se ainda risperidona 3 mg, que descontinuou após 15 dias por não adesão. Não cursou com melhora. Passou a apresentar novas ritualizações para certificar-se do estado de sua pele, o que diminuía sua ansiedade. Foi decidido iniciar tratamento com fluoxetina 40 mg ao dia, devido aos sucessivos fracassos com antipsicóticos e baseando-se em algumas experiências relatadas na literatura.² Após dois meses de tratamento, a paciente encontrava-se praticamente assintomática, com crítica quanto a estar infestada e não se preocupando com a transmissão para familiares.

A aproximação entre TDSS e TOC deve-se a semelhanças clínicas como ocorrência de pensamentos intrusivos e recorrentes, não deterioração da personalidade e comportamentos de verificação e limpeza corporal. Alguns autores propuseram que pacientes portadores de TOC com crítica prejudicada pertenceriam a um subtipo diferente, dentro de um espectro esquizo-obsessivo, enquanto outros incluíram o TDSS entre as condições psiquiátricas relacionadas ao TOC.³

O tratamento do TDSS baseava-se, até a década de 1980, no uso de antipsicóticos, com preferência ao pimozide, que além de antagonista dopaminérgico tem ação antagonista opióide.⁴ Após esse período, foram relatados casos que evoluíram com melhora em uso de antidepressivos tricíclicos e, em especial, clomipramina e inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS).³ Apesar do presente caso adicionar evidências da associação entre o TDSS e o TOC, são necessários estudos com um número maior de pacientes para compreendermos melhor esta associação.

Lucas de Castro Quarantini, Maria Conceição do Rosário-Campos,

Susana Carolina Batista-Neves, e Ângela Miranda-Scippa

Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário Professor Edgard Santos

Universidade Federal da Bahia

Aline Santos Sampaio

Departamento de Psiquiatria da Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo

Referências

1. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, DSM-IV, 4th Edition, Washington DC, American Psychiatric Press; 1994. p. 886.*
2. Torres AR. *Hipocondria e Transtorno Delirante Somático*. In: Miguel EC, editor. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 138-49.
3. Torres A. *Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo*. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23:21-3.
4. Reilly TM. *Delusional infestation*. *Brit J Psychiatry* 1988;153:44-6.