

methylphenidate, methylphenidate SR, clordiazepoxide and imipramine. At the end of evaluation, the diagnostic hypotheses were ADHD and depression.

At the beginning of treatment, all the medications were gradually tapered off. Without medication, P. became more aggressive, agitated, manipulative, and presented out-of-control behavior. P. had to leave the school due to violent behavior towards his peers. Next, bupropion was prescribed, 37.5 mg twice a day and, after 15 days, the dosage was gradually increased to 75 mg twice a day. Bupropion was the drug of choice for several reasons: 1) P. had already been treated with many different medications, including stimulants and SSRIs which are the first and second choice, respectively, to treat comorbid ADHD and depression,² without improvement; 2) P. had both severe ADHD and depressive symptoms; 3) bupropion has been helpful in the treatment of children who have both ADHD and depression.³ Pharmacotherapy was associated with cognitive behavioral psychotherapy, including individual work with the child and the parents. After three months of treatment, P.'s agitation and aggressive behavior had reduced. His speech, walking, and affect had improved significantly. He was able to express his interests and his frustrations in a more appropriate way. Eighteen months after the beginning of the treatment, P. is still on monotherapy with bupropion. He is polite, compassionate and is well adapted to school. He doesn't experience any fears, sadness or thoughts of death. Some restlessness is still observed and he presents occasional tantrums.

ADHD may be mistaken by depression because both disorders share some of the same symptoms.⁴ In addition, some depressive symptoms may be caused by the patients' problems in several areas of their lives.⁴ When treating ADHD children, it is important to consider that depression may coexist. Bupropion may be useful when treating children who have both ADHD and depression.³ Bupropion has few side effects,³ and since psychostimulants have been associated with physical and psychological dependence,⁵ it may be a good alternative.

Marcela Alves de Moura

Centro Médico Integrado do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, Piracicaba (SP), Brazil

Financing: None

Conflict of interests: None

References

1. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annu Rev Med.* 2002;53:113-31.
2. Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS, McCracken JT, Swanson JM, Lopez M. The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(6):642-57.
3. Wilens TE. Straight talk about psychiatric medications for kids. New York: Guilford Press; 1999.
4. Miller JA. O livro de referência para a depressão infantil. São Paulo: M Books do Brasil; 2003.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Concise textbook of clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.

Suicídio em Belo Horizonte entre 2004 e 2006

Suicide in Belo Horizonte between 2004 and 2006

Sr. Editor,

O suicídio é um problema sério de saúde pública em todo o mundo, estando o Brasil entre os dez países com maior número absoluto de mortes.¹ Além disso, alterações socioeconômicas em desenvolvimento resultam em uma expectativa de aumento substancial das taxas de mortalidade por suicídio nos próximos anos.¹⁻² A realização de pesquisas epidemiológicas adequadas para uma melhor compreensão do assunto possibilitaria o desenvolvimento de estratégias para prevenção e adequação dos serviços de saúde para lidar com o problema.

Devido à inexistência de estudos epidemiológicos envolvendo o assunto no Estado de Minas Gerais, selecionamos os laudos de suicídios (n = 438) do Instituto de Medicina Legal de Belo Horizonte, no período de setembro de 2004 – quando foi iniciada a informatização e uniformização dos laudos – a julho de 2006. Os dados analisados foram os sociodemográficos: idade, sexo, estado civil, localidade (região metropolitana ou não), além de dosagem sanguínea da alcoolemia e os dados referentes aos métodos utilizados para a execução.

Do total de laudos, 47 (10,73%) foram excluídos pela falta de dados ou pela grande maioria das informações não estarem preenchidas. Observamos que os suicídios foram mais frequentes em pessoas do sexo masculino (77,23%), da região metropolitana de Belo Horizonte (64,45%) e entre solteiros (61,12%). A faixa etária mais atingida foi a de até 40 anos para ambos os sexos, respondendo por 58,05% de toda a amostra. Os métodos mais utilizados pelos homens foram enforcamento (52,64%) e arma de fogo (18,21%); e, pelas mulheres, intoxicação/veneno (34,83%) e enforcamento (23,59%). Entre os homens, 20,86% apresentavam exame positivo para consumo de álcool, fato observado em apenas 3,37% das mulheres. Através do teste Qui-Quadrado, observamos associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o sexo feminino e métodos não violentos de suicídio, e o uso de álcool com métodos violentos. Essas características dos suicídios necropsiados no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte guardam semelhanças com aquelas observadas em estudos de outras regiões do Brasil.²⁻³

Um problema que já foi previamente observado quando se trata de mortes por causa externa é o grande número de laudos inadequadamente preenchidos, fato preocupante, pois pode prejudicar a realização e validação de estudos mais completos e abrangentes. Estima-se que, no final da década de 90, cerca de 10% das mortes por causa externa no Brasil não apresentavam informações que possibilitassem averiguar se eram secundárias a homicídio, suicídio ou acidente.⁴ Além disso, acredita-se que os registros de óbito por suicídio são duas a três vezes menores que os reais, fato que, mais uma vez, pode levar a uma compreensão deficitária do problema.²

Apesar de se tratar de um estudo estritamente descritivo, que não permite, portanto, identificar fatores de risco ou características mais específicas dessa população, ressaltamos que mesmo esses tipos de estudos têm sido pouco realizados em nosso País, assim como pesquisas epidemiológicas sobre ideação, tentativas e situações concomitantes responsáveis por favorecerem o desencadeamento do comportamento suicida.

Felipe Filardi da Rocha, Karla Cristhina Alves de Sousa
Serviço de Psiquiatria, Hospital das Clínicas,
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Belo Horizonte (MG), Brasil

Naray Paulino
Instituto de Medicina Legal,
Belo Horizonte (MG), Brasil

Juarez Oliveira Castro, Humberto Correa
Serviço de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Universidade
Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (MG), Brasil
Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Belo Horizonte (MG), Brasil

Financiamento: Inexistente
Conflito de interesses: Inexistente

Referências

1. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 – 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(2):131-4.
2. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):804-10.
3. Marin-Leon L, Barros MB. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica.* 2003;37(3):357-63.
4. Jorge MH, Gottlieb SL, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II - Mortes por causas externas. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;5(2):212-23.

Transtorno do estresse pós-traumático após cardioversor-desfibrilador automático implantável

Posttraumatic stress disorder after automatic implantable cardioverter defibrillator

Sr. Editor,

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é caracterizado por sintomas ansiosos diversos subseqüentes à exposição a uma situação traumática, vivenciada como extremamente ameaçadora e catastrófica pelo indivíduo. Pacientes com TEPT apresentam recordações recorrentes do trauma através de imagens, pensamentos e sonhos aflitivos, além de reatividade aumentada e esquiva de situações associadas ao evento.¹

O surgimento do TEPT está associado a uma variedade de situações traumáticas, entre elas a exposição a procedimentos de emergências médicas. Apesar das características distintas daquelas vivenciadas por indivíduos expostos à violência, essa apresentação tem sido pouco estudada. Na literatu-

ra, já foram inclusive relatados casos que sugerem a associação entre o uso de cardioversores-desfibriladores automáticos implantáveis com o desenvolvimento do TEPT.²⁻³

Relatamos aqui o caso de um paciente de 55 anos, casado, sem história de transtorno psiquiátrico prévio. Era portador de miocardiopatia chagásica e se encontrava em uso de marcapasso cardioversor/desfibrilador automático há cerca de dois anos. Neste período, experimentou numerosas passagens por pronto-socorros e internações clínicas em razão de arritmias cardíacas. Em cada uma dessas ocasiões, o marcapasso desfibrilador/cardioversor foi automaticamente acionado.

Transcorridos seis meses da avaliação psiquiátrica inicial, o paciente evoluiu com constante re-experienciação das situações de emergência acima descritas, incluindo pesadelos recorrentes. Em determinados momentos vivenciava os sintomas como se estivesse apresentando uma arritmia cardíaca e recebendo choques; em outros, mostrava-se extremamente apreensivo com a possibilidade de apresentar novo episódio de arritmia. Evoluiu com sintomas de pânico, melhorando após ser avaliado e ressegurado pela equipe médica de que estava bem. Passou então a apresentar sensação de estar distanciado das outras pessoas, crença de que teria uma vida curta, hipervigilância e ansiedade antecipatória intensa nos dias anteriores às consultas médicas. Apresentava piora dos sintomas em locais onde apresentou arritmias (sobretudo o metrô) e quando se aproximava de serviços de saúde (em especial locais de atendimento de emergência), apresentando, nesses locais, uma resposta exagerada a qualquer sensação que recordasse os vários episódios anteriores em que foi automaticamente acionado o marcapasso. Evoluiu também com insônia importante, diminuição da concentração e irritabilidade. Foi encaminhado por seu cardiologista para a avaliação psiquiátrica, onde foi formulada a hipótese de TEPT e iniciada sertralina, com aumento progressivo da dose até a dosagem de 200 mg. Também foi iniciado seguimento psicoterápico de orientação cognitivo-comportamental. Após dois meses de tratamento, evoluiu com melhora significativa dos sintomas, mantendo apenas, em menor intensidade, alguns sintomas de evitação.

Há evidências na literatura de que intervenções médicas de emergência podem estar associadas ao surgimento de TEPT.⁴ O desenvolvimento de sintomas ansiosos associados ao uso de cardioversores-desfibriladores pode ser atribuído à constante ameaça à vida e às perdas sociais, pessoais e materiais decorrentes da doença cardíaca de base.²⁻³ Entretanto, há evidências de que também o funcionamento destes aparelhos poderia acarretar efeitos sobre os circuitos cerebrais envolvidos na gênese dos sintomas ansiosos. Estimulações elétricas constantes poderiam estimular vias do sistema nervoso autônomo envolvidas na resposta adrenérgica, além de sensibilizar estruturas cerebrais envolvidas no reconhecimento de perigo.^{1-2,5}

Em suma, o uso de marcapassos cardioversores pode implicar em considerável estresse para seus portadores, e o estabelecimento de transtornos psiquiátricos em indivíduos susceptíveis. É recomendável que pacientes submetidos a esta modalidade de tratamento sejam monitorados em relação a seus aspectos emocionais e encaminhados para atendimento psiquiátrico quando necessário.

Gustavo Daud Amadera
Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM),
Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima,
São Paulo (SP), Brasil