

ção de modelos com desenhos mais complexos, que combinem métodos quantitativos e qualitativos.

Paulo L R Sousa, Bernardo L Horta, Ricardo T Pinheiro e Maria L Tiellet Nunes

Programa de pós-graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil, e Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Financiamento: Núcleo de Pesquisa em Saúde e Comportamento (NUPESC), Universidade Católica de Pelotas. Registro: 561/03-2.

Referências

1. Editorial. *The epistemology of epidemiology*. *CMAJ*. 2002;166(2):157.
2. Stiles WB & Shapiro DA. Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clin Psychol Rev*. 1989;9:521-43.
3. Victora GG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiology*. 1997;26:224-7.

Aripiprazol e Síndrome de Tourette

Sr. Editor,

A Síndrome de Tourette (ST) é caracterizada por tiques motores e vocais crônicos. Desde a década de 60, os neurolépticos vêm sendo usados na ST, estabelecendo-se como os medicamentos mais eficazes. Os neurolépticos mais utilizados e para os quais há estudos controlados ou relatos de séries de casos são o haloperidol, pimozide, sulpiride, risperidona, olanzapina e ziprazidona.¹ Atualmente, neurolépticos típicos têm sido cada vez menos prescritos, dados seus efeitos colaterais. Apresentaremos um caso de ST resistente ao tratamento, que teve resposta ao aripiprazol, o qual apresenta mecanismo de ação diferente tanto dos anti-psicóticos típicos como dos atípicos.² Até o presente momento não existem publicações sobre o aripiprazol na ST.

P., 20 anos, masculino, solteiro, estudante, natural e procedente do interior de São Paulo, apresenta, desde seus cinco anos, tiques motores e vocais múltiplos. Esses tiques apresentaram piora progressiva causando muito sofrimento ao paciente e sua família. Adicionalmente, o paciente apresentava sintomas obsessivo-compulsivos, além de episódio depressivo maior, ansiedade de separação e pânico com agorafobia. Submeteu-se a todos os tratamentos convencionais (haloperidol, pimozide, trifluoperazina, sulpiride, olanzapina, quetiapina, ziprazidona, clonidina, toxina botulínica) e alternativos (pergólida, nicotina, clonazepan, reserpina) para os tiques sem sucesso. Foi adicionado aripiprazol (15 mg/dia) ao esquema anterior (sertralina + olanzapina, esta última gradualmente retirada) com melhora dos tiques, observada a partir da segunda semana do uso da medicação e persistente após três meses de uso contínuo (15 mg/dia).

A natureza flutuante dos tiques dificulta avaliar se a melhora ocorreu devido ao medicamento ou a uma fase de remissão própria da doença. No entanto, os tiques vocais, sempre extremamente resistentes aos tratamentos farmacológicos, diminuíram significativamente, juntamente com os tiques motores, quando se introduziu o aripiprazol.

Nos modelos atuais sobre a patogênese da ST envolvendo os circuitos cortico-subcorticais, acredita-se que o aumento da estimulação dopaminérgica na região estriatal implica maior liberação

de glutamato nas projeções talâmico-corticais, levando à liberação de movimentos.^{3,4}

O aripiprazol tem sido descrito como estabilizador do sistema dopamina/serotonina. Seu mecanismo de ação – agonismo parcial em receptores D2 – é sugerido por ligar-se mais a receptores D2 acoplados à proteína G do que aos não acoplados.² A afinidade pelo D2 é de 4 a 20 vezes menor do que o haloperidol, clorpromazina ou outros antipsicóticos típicos.⁵ Além disso, apresenta atividade agonista parcial nos receptores 5HT1A e antagonismo em receptores 5HT2A. A maioria dos receptores 5HT1A no neocórtex localiza-se em neurônios piramidais glutamatérgicos. Esses receptores possuem ação inibitória, o que reduziria a ação glutamatérgica excitatória. Acredita-se que parte do controle dos tiques poderia ser devido a esse controle nas vias de projeção glutamatérgicas.

O aripiprazol – com perfil de efeitos colaterais caracterizado por menor ganho de peso, menor sedação, ausência de elevação de prolactina e de alargamento do espaço QT do eletrocardiograma quando comparado a outros antipsicóticos – torna-se uma opção para os casos de ST que não responderam a terapias clássicas. Entretanto, seu custo elevado exige apoio governamental para que a população menos favorecida possa utilizá-lo. Evidentemente, são necessários estudos controlados comparando o aripiprazol a terapêuticas já consagradas na ST.

Ana Hounie, Alice De Mathis, Aline Santos Sampaio e Marcos Tomanik Mercadante

PROTOC – Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo, Departamento de Psiquiatria da USP

Referências

1. Sandor P. Pharmacological management of tics in patients with TS. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;55:41-8.
2. Burris KD, Molski TF, Xu C, et al. Aripiprazole, a novel antipsychotic, is a high-affinity partial agonist at human dopamine D2 receptors. *J Pharmacol Exp Ther*. 2002;302(1):381-9.
3. Alexander GE, De Long MR, Strick PL. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annu Rev Neurosci*. 1986;9:357-81.
4. Singer HS. Neurobiology of Tourette Syndrome. *Neurol Clin*. 1997;15:357-79.
5. Lawer CP, Prioleau C, Lewis MM, et al. Interactions of the novel antipsychotic aripiprazole (OPC-14597) with dopamine and serotonin receptor subtypes. *Neuropsychopharmacol*. 1999;20(6):612-27.

Situação atual da residência de psiquiatria no Centro-Oeste

Sr. Editor,

Mato Grosso do Sul foi um dos estados pioneiros, no Centro-Oeste, na criação de residência médica em Psiquiatria. A primeira surgiu em 1992, na Santa Casa de Campo Grande, completando, este ano, 12 anos ininterruptos de funcionamento e ofertando, no momento, duas vagas. Após uma década (2002), foi criada a residência no Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, que conta atualmente com uma vaga. Ressaltamos que os dois serviços são credenciados pelo MEC¹ e formaram 32 psiquiatras, desde seu início até dezembro de 2003.

A importância de mais serviços de residência no Centro-Oeste decorre da situação, há muito diagnosticada, de falta de especia-

listas, principalmente fora dos grandes centros. O número de psiquiatras no Brasil, segundo estimativas da ABP, citadas por Torello,² gira em torno de 6 mil e este ressalta que as instituições universitárias são numericamente escassas e concentradas geograficamente. As regiões Norte e Centro-Oeste representam esta tendência, pois na primeira não existe residência de Psiquiatria e, na segunda, temos apenas em Campo Grande (2), Goiânia (1) e Brasília (3), sendo que anualmente são formados, nestas seis instituições, 14 psiquiatras/ano,¹ enquanto que a população da região atinge mais de 11 milhões de pessoas.³ Só o Instituto de Psiquiatria da USP⁴ forma, anualmente, 15 psiquiatras!

Em relação à qualidade dos serviços, em Mato Grosso do Sul, no período de 1992-2002, 28 médicos concluíram a residência ou especialização. Destes, 25 prestaram prova de Título de Especialista pela ABP e 22 (88%) foram aprovados. Acreditamos que esta é uma forma objetiva e bastante criteriosa de avaliar os profissionais que querem atuar na área, pois se exige que estejam atualizados e com conhecimentos suficientes para serem aprovados. A taxa de aprovação dos egressos dos serviços de Mato Grosso do Sul provavelmente é superior à média nacional.

Um dado interessante, em relação à interiorização dos médicos: observamos que nosso estado tornou-se um centro de formação de psiquiatras e propagação de novos conhecimentos, para diversos locais, principalmente para as regiões mais desprovidas de especialistas. Os ex-residentes estão espalhados por sete estados: Mato Grosso do Sul (20 colegas), Mato Grosso (5), Roraima (2), Goiás (1), São Paulo (2), Paraná (1) e Santa Catarina (1).

Estes dados indicam uma necessidade urgente de criação e/ou ampliação da residência em Psiquiatria no Centro-Oeste, onde observamos a carência de serviços de atendimento em Saúde Mental, numa área tão vasta e, ao mesmo tempo, tão promissora para os novos colegas, com a abertura de novas frentes de trabalho, onde não haverá o fenômeno da saturação de profissionais, que já é uma realidade em praticamente todas as grandes cidades do Sul e Sudeste.

Fabiano Coelho Horimoto e Juberty Antônio de Souza
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS

Referências

1. MEC. *Residência Médica de Psiquiatria*. Disponível em: URL: <http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/residencia/psiquiatria.xls>.
2. Torello G. *Psychiatry on Line Brazil*. Disponível em: URL: <http://www.priory.com/psych/mlitalia.htm>.
3. IBGE. *Censo Populacional 2000*. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov>.
4. Instituto de Psiquiatria da USP. Disponível em: URL: <http://www.hcnet.usp.br/ijpq>.

Treinamento de integração auditiva: “mildre” no tratamento para o autismo?

Sr. Editor,

Os problemas da sensação auditiva têm sido associados ao autismo, tendo sido observadas hipossensibilidade auditiva (i.e., “dessintonizar o comportamento”), hipersensibilidade (e.g., cobrir as orelhas) e hiperseletividade ao som. O autismo é associado a um padrão anormal de ativação do córtex temporal (córtex asso-

ciativo auditivo e sulco temporal superior).¹

O treinamento de integração auditiva (AIT) é uma abordagem audiológica para o tratamento das “distorções auditivas” e hiperacusia, que seus propositores consideram como central para a disfunção experimentada por pessoas com autismo.²

O objetivo da AIT é o de reduzir os sintomas que estão interferindo no funcionamento auditivo. O tratamento requer que um audiograma acurado seja obtido e que este seja avaliado para determinar se o indivíduo demonstra “audição hipersensível” ou possui “audição desigual”. Nesse caso, o indivíduo é considerado como um candidato para o tratamento, que consiste em ouvir música por meia hora, duas vezes ao dia, durante 10 dias. A música é filtrada para eliminar as frequências para as quais a pessoa é “hipersensível”, ou nas quais o audiograma demonstra picos, e é também modulada de forma que diferentes partes da frequência de banda sejam aleatoriamente modificadas em intensidade. Os audiogramas são repetidos na metade e no final das sessões de treinamento, para documentar o “progresso” e determinar se são necessárias sessões adicionais.

A AIT baseia-se na teoria de que escutar música alterada pode melhorar a capacidade do ouvinte em processar os estímulos auditivos. A efetividade do tratamento é determinada pelas alterações tanto na audição como no comportamento.²

Vários estudos investigativos sobre a eficácia da AIT no autismo têm sido publicados.^{3,4} As melhorias mais frequentemente relatadas incluem atenção e processamento auditivo melhorados, irritabilidade diminuída, letargia reduzida, melhoria na linguagem expressiva e na compreensão auditiva e redução da sensibilidade sonora. Infelizmente, há pouca documentação científica para embasar essas afirmações.

Mesmo que duas investigações indiquem que a AIT pode auxiliar algumas crianças com autismo, ainda não existem estudos controlados para apoiar sua utilização.^{4,5}

A posição da Academia Americana de Pediatria é de que a AIT não está cientificamente comprovada e deve ser considerada atualmente como um enfoque experimental.⁴

Vários problemas contribuem para a falta de consenso:

- A literatura disponível fornece poucas informações sobre variáveis de desfecho e suas médias em grupos experimentais e controle;
- As alterações estatisticamente significativas nos limiares dos indivíduos foram menores do que 1-5 dB (variação clínica normal em teste-reteste);
- A AIT utiliza os dados audiométricos comportamentais para confirmar suas afirmações de benefício, mesmo que muitas crianças sejam difíceis de serem testadas.

São necessários estudos de seguimento de longo prazo sobre esse método para obter-se uma avaliação empírica justa.

Recomenda-se que, antes de participarem do tratamento, os consumidores sejam informados de que a AIT é experimental em sua natureza e é uma opção controversa de tratamento para o autismo.

Ainda há muito o que aprender sobre a AIT. Pode ser útil perguntar em que condições ela demonstra efetividade. A eficácia da AIT deve ser mais investigada, como, por exemplo, em um ensaio controlado, aleatorizado, com avaliadores cegos para o tipo de tratamento.