



**ABP**  
Associação  
Brasileira de  
Psiquiatria

Ano 8 • nº3 • Mai/Jun 2018  
ISSN 2236-918X  
<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-8-3>

REVISTA

DEBATES EM

# psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

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

Mala Direta

9912341582/2014-DR/RJ  
ABP



**AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E  
DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA EM SERGIPE**

**DESIGUALDADES NO ACESSO À SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES  
NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO BIPOLAR**

**POLIDIPSIA PSICOGÊNICA E HIPONATREMIA: IMPLICAÇÕES  
CLÍNICAS E IMPORTÂNCIA DIAGNÓSTICA**

**SÍNDROME DE EKBOM NO IDOSO**



# Atendimento 360

Dr. Ricardo do Amaral Mesagão - Diretor Técnico Médico - CRM: 68467



Com mais de **100 leitos** na ala psiquiátrica, o **Hospital São Marcos** está preparado para atender os mais diversos casos de doenças mentais com todo o suporte necessário.

O paciente conta com uma estrutura preparada para todos os tipos de tratamentos psiquiátricos e clínicos oferecidos, dessa forma não precisa se locomover para cuidar de outros aspectos de sua saúde.

O paciente do **Hospital São Marcos** conta com:

- **Especialidades Clínicas** - Cardiologia, Neurologia, Pneumologia, etc;
- **Especialidades Cirúrgicas** - Cirurgia Geral, Aparelho Digestivo, Ortopedia, etc;
- **Exames Diagnósticos Laboratoriais e de Imagem;**
- **Tratamentos Odontológicos** - Cirurgias, Traumas Bucomaxilofacial, etc;
- **Nutricionistas.**

**Tudo que o paciente precisa, em um só lugar.**



Atendimento 24 horas  
**(16) 3209-1666**

Saiba mais em:  
[hospitalsaomarcos.com](http://hospitalsaomarcos.com)

 **HOSPITAL  
SÃO MARCOS**  
CUIDADO HUMANIZADO



# APRESENTAÇÃO

Prezado leitor,

Abrimos esta terceira edição de 2018 com um artigo original de autoria de Gabriela de Santana Mendes Rollemberg et al., que se dedicaram a investigar sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina em Sergipe. Os autores avaliaram uma amostra de 143 estudantes, os quais responderam ao Beck Depression Inventory e ao Beck Anxiety Inventory. Os resultados mostraram que 25,87% dos estudantes apresentaram algum grau de ansiedade, e 24,47%, de depressão, com maior prevalência no sexo feminino. Considerando o potencial impacto dessas patologias na vida acadêmica, esses resultados mostram a importância da avaliação e acompanhamento do bem-estar emocional dos estudantes e da criação de serviços de apoio à saúde mental dos estudantes.

A seguir, Elisa Brietzke e Rodrigo B. Mansur revisam a literatura disponível sobre desigualdades no acesso à saúde e suas repercussões no tratamento do transtorno bipolar. Considerando que portadores de transtorno bipolar têm maior risco de morbimortalidade por doenças médicas gerais, especialmente cardiovasculares, comparados à população geral, os autores colocam que, entre outras causas, desigualdades no acesso e no tipo de tratamento implementado para condições médicas gerais são um contribuinte importante. Os autores descrevem como diferentes países têm buscado atenuar esse problema com soluções que passam pela implementação de cuidado integrado com psiquiatras e clínicos gerais, melhora das estratégias de comunicação e uso mais eficiente da tecnologia.

Encerrando a revista, temos dois relatos de caso. No primeiro deles, Eduardo Henrique Teixeira et al. descrevem um caso de polidipsia psicogênica e hiponatremia, discutindo as implicações clínicas e importância diagnóstica deste achado. Conforme discorrem os autores, a esquizofrenia é o transtorno com a maior prevalência de polidipsia psicogênica, definida como sede excessiva ou aumento da ingestão hídrica sem que haja um estímulo fisiológico ou orgânico predisponente. Neste relato, o paciente diagnosticado com esquizofrenia paranoide há 12 anos foi internado devido a reagudização de quadro psicótico crônico e ingestão hídrica descontrolada. Os autores apresentam o manejo e evolução do paciente, tratado com clozapina, e alertam para a necessidade da estabilização clínica e correção do sódio sérico para evitar complicações graves da hiponatremia, como convulsões e, em estados críticos, parada cardíaca.

Encerrando, Pedro Lautenschlager Teixeira et al. apresentam um caso de síndrome de Ekbom no idoso. Esta síndrome, ou delírio de infestação parasitária, caracteriza-se por uma crença delirante de que a pele está infestada por insetos, vermes ou outros pequenos animais. Pode chegar a provocar irritação ou lesão local pela tentativa de extração mecânica, além da procura por médicos clínicos e dermatologistas, os quais com frequência utilizam fármacos que não têm eficácia. No artigo, os autores descrevem um caso do transtorno em um paciente idoso que apresentou remissão com uso de risperidona. O estudo se fundamenta em artigos de periódicos, relatos de casos, compêndio de psiquiatria e fontes de farmacologia.

Desejamos a todos uma boa leitura!

Antônio Geraldo da Silva e João Romildo Bueno  
Editores Seniores, Revista Debates em Psiquiatria





## DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Carmita Helena Najjar Abdo - SP  
Vice-Presidente: Alfredo José Minervino - PB  
Diretor secretário: Claudio Meneghello Martins - RS  
Diretor secretário adjunto: Maria de Fátima Viana de Vasconcellos - RJ  
Diretor tesoureiro: Antônio Geraldo da Silva - DF  
Diretor tesoureiro adjunto: Maurício Leão de Rezende - MG

## DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Cleber Naief Moreira - AM  
Diretor Regional Adjunto Norte: Kleber Roberto da Silva Gonçalves de Oliveira - PA  
Diretor Regional Nordeste: André Luis Simões Brasil Ribeiro - BA  
Diretor Regional Adjunto Nordeste: Everton Botelho Sougey - PE  
Diretor Regional Centro-Oeste: Renée Elizabeth de Figueiredo Freire - MT  
Diretor Regional Sudeste: Érico de Castro e Costa - MG  
Diretor Regional Adjunto Sudeste: Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ  
Diretor Regional Sul: Eduardo Mylius Pimentel - SC  
Diretor Regional Adjunto Sul: Carla Hervê Moran Bicca - RS

## CONSELHO FISCAL

Titulares:  
Itiro Shirakawa - SP  
Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro - SP  
Ronaldo Ramos Laranjeira - SP

Suplentes:  
Francisco Baptista Assumpção Junior - SP  
Marcelo Feijó de Mello - SP  
Sérgio Tamai - SP

ABP - Rio de Janeiro  
Rua Buenos Aires, 48 - 3º Andar - Centro  
CEP: 20070-022 - 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 SENIORES

Antônio Geraldo da Silva - DF  
João Romildo Bueno - RJ

## EDITORES-CHEFES

Marcelo Feijó de Mello - SP  
José Carlos Appolinário - RJ  
Valeria Barreto Novais - CE

## EDITORES ASSOCIADOS

Alexandre Paim Diaz - SC  
Antonio Peregrino - PE  
Carmita Helena Najjar Abdo - SP  
Érico de Castro e Costa - MG  
Itiro Shirakawa - SP  
Marcelo Liborio Schwarzbold - SC

## EDITORES JUNIORES

Alexandre Balestieri Balan - SC  
Antonio Leandro Nascimento - RJ  
Camila Tanabe Matsuzaka - SP  
Emerson Arcoverde Nunes - RN  
Izabela Guimarães Barbosa - MG  
Larissa Junkes - RJ

## CONSELHO EDITORIAL

Almir Ribeiro Tavares Júnior - MG  
Ana Gabriela Hounie - SP  
Analice de Paula Gigliotti - RJ  
César de Moraes - SP  
Elias Abdalla Filho - DF  
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  
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 Jurueña - SP  
Paulo Belmonte de Abreu - RS  
Paulo Cesar Geraldês - RJ  
Ricardo Barcelos - MG  
Sergio Tamai - SP  
Valentim Gentil Filho - SP  
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  
Revisão de Textos e Editoração Eletrônica: Scientific Linguagem  
Projeto Gráfico e Ilustração: Daniel Adler e Renato Oliveira  
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP  
Gerente Geral: Simone Paes  
Impressão: Gráfica Editora Pallotti





# SUMÁRIO

//////////////////// SUMÁRIO

MAI/JUN 2018

## 6/original

Avaliação da presença de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina em Sergipe

GABRIELA DE SANTANA MENDES  
ROLLEMBERG, ANTONIO JUVINIANO SANTANA  
DE ARAGÃO, ANA MARIA FANTINI SILVA

## 15/revisão

Desigualdades no acesso à saúde e suas repercussões no tratamento do transtorno bipolar

ELISA BRIETZKE, RODRIGO B. MANSUR

## 21/relato


Polidipsia psicogênica e hiponatremia: implicações clínicas e importância diagnóstica

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA,  
ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR,  
GUILHERME SHIRAKAWA,  
CARINA ZUINI PEREIRA,  
CARLA NAKAO NONATO,  
PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES

## 27/relato

Síndrome de Ekbom no idoso

PEDRO LAUTENSCHLAGER TEIXEIRA,  
JULIANA MARIM, MELISSA YURI MIZUKAMI



As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

GABRIELA DE SANTANA MENDES ROLLEMBERG  
ANTONIO JUVINIANO SANTANA DE ARAGÃO  
ANA MARIA FANTINI SILVA

## AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA EM SERGIPE

### EVALUATION OF PRESENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS IN MEDICAL STUDENTS OF SERGIPE

#### Resumo

A presença de transtornos psiquiátricos durante a formação acadêmica é comum, sendo os depressivos e ansiosos os mais presentes. A depressão e a ansiedade são transtornos multifatoriais que envolvem diversos aspectos que devem ser levados em consideração para sua avaliação, acompanhamento e tratamento. Essas patologias podem afetar a vida acadêmica do estudante, fazendo com que o mesmo abandone suas atividades, saia de seu círculo social ou até mesmo desista do curso. Esta pesquisa avaliou a presença de sintomas de ansiedade e depressão em 143 estudantes do curso de medicina, com amostras semelhantes em cada ano do curso da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto. Os participantes responderam dois questionários, o BDI (Beck Depression Inventory) e o BAI (Beck Anxiety Inventory) em aplicações coletivas presenciais em intervalos de aulas. Os resultados principais evidenciaram que 25,87% dos estudantes apresentaram algum grau de ansiedade de leve a grave, e 24,47% de depressão de leve a grave. A maior prevalência se encontrou no sexo feminino (68,57% dos casos de depressão e 70,27% dos de ansiedade, ambos de leve a grave) e índices significativamente mais altos de depressão no segundo ano (45,45% dos casos moderados e 66,67% dos graves), e de ansiedade no segundo ano (55,56% dos casos moderados e 50% dos graves) e no quinto ano (37,5% dos graves), que corresponde ao início do internato. Estes resultados mostram a importância da avaliação e acompanhamento do bem-estar emocional dos estudantes durante a graduação e da criação de serviços de apoio à saúde mental dos estudantes.

**Palavras-chave:** Estudantes de medicina, depressão, ansiedade.

#### Abstract

The presence of psychiatric disorders during academic training is common, with the depressive and anxious being the most present. Depression and anxiety are multifactorial disorders that involve several aspects that must be taken into account for evaluation, follow-up and treatment. These pathologies can affect the academic life of the student, causing him to abandon his activities, leave his social circle or even give up the graduation. This research evaluated symptoms of anxiety and depression in 143 medicine students from Federal University of Sergipe - Lagarto. The participants had answered to two questionnaires, the BDI (Beck Depression Inventory) and BAI (Beck Anxiety Inventory) in collective applications between classes. The main results showed that 25.87% of the students presented some degree of anxiety from mild to severe, and 24.47% from mild to severe depression. The highest prevalence was found in females (68.57% of cases of depression and 70.27% of anxiety cases, both mild to severe) and significantly higher rates of depression in the second year (45.45% of moderate cases and 66.67% of the severe ones), and anxiety in the second year (55.56% of the moderate cases and 50% of the severe ones) and in the fifth year (37.5% of the severe ones), which corresponds to when they become interns. These results show the importance of the evaluation and monitoring of emotional well-being during the graduation period and of the creation of student mental health support services.

**Keywords:** Medicine students, depression, anxiety.





**GABRIELA DE SANTANA MENDES ROLLEMBERG<sup>1</sup>,  
ANTONIO JUVINIANO SANTANA DE ARAGÃO<sup>2</sup>, ANA MARIA FANTINI SILVA<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, SE. <sup>2</sup> Professor orientador. Médico psiquiatra, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Hospital Universitário – Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), Aracaju, SE. Professor assistente, Universidade Tiradentes, Aracaju, SE. Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria, Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Aracaju, SE. <sup>3</sup> Professora orientadora. Professora, Departamento de Medicina, UFS, Lagarto, SE.

## INTRODUÇÃO

A presença de transtornos psiquiátricos durante a formação acadêmica é comum, estima-se que de 15% a 25% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de transtorno mental durante o seu curso, sendo os depressivos e ansiosos os mais presentes<sup>1</sup>. Entre os cursos de nível superior, o curso de Medicina é aceito como um dos mais difíceis, por exigir demais dos alunos. Os estudantes, desde que começam a estudar para o vestibular e ao longo da graduação, são submetidos constantemente a eventos estressores. O processo seletivo para entrar na faculdade e o curso exigem muito esforço, dedicação, sacrifício e, sobretudo, resistência física e emocional<sup>2-4</sup>.

A depressão é um transtorno de humor multifatorial que envolve diversos aspectos que devem ser levados em consideração para sua avaliação, acompanhamento e tratamento. Entre eles, destacam-se aspectos cognitivos, afetivos, motivacionais e neurovegetativos<sup>2,5</sup>. Essa patologia pode afetar a vida acadêmica do estudante, fazendo com que o mesmo abandone suas atividades, saia de seu círculo social ou até mesmo desista do curso. Já a ansiedade pode trazer como consequências prejudiciais à vida do aluno questionamentos como as incertezas do futuro, insegurança em relação ao seu desempenho, à sua autoeficácia<sup>6</sup>.

Estudos mostram que, apenas de 8% a 15% dos estudantes de medicina procuram cuidado psiquiátrico durante a sua graduação, apesar do alto nível de aflição que os acomete. Esse fato acarreta em uma das dificuldades para que haja uma assistência e cuidados psiquiátricos adequados para esses estudantes. Isso pode ser justificado por inúmeras razões: pouco tempo disponível para cuidar da própria saúde, estigma associado à busca de serviços de saúde mental, custos, dificuldade em assumir que precisa de ajuda e medo das consequências em nível curricular<sup>1</sup>.

Assim, o presente estudo tem como objetivo determinar a presença de sintomas de ansiedade e depressão nos estudantes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto (UFS-Lagarto) e possíveis fatores associados.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal quantitativo, cuja amostragem foi composta por 143 estudantes de Medicina da UFS-Lagarto, dos seis ciclos do curso.

O campus da UFS-Lagarto é composto por 8 cursos, todos eles da área da saúde. Todos os seus cursos funcionam por metodologia ativa, o PBL (Problem based learning). Por ser uma metodologia ativa, os alunos têm poucas aulas expositivas, e são estimulados desde o início do curso a estudarem sozinhos, e construir o seu aprendizado em discussões de temas entre os próprios alunos em salas de aula. O professor se encontra apenas como um facilitador das discussões, e não mais o único a fornecer conhecimento, como é de costume em metodologias tradicionais<sup>7</sup>.

Os cursos não são fracionados em semestres, que comumente são chamados períodos. Eles são divididos anualmente, e cada ano corresponde a um ciclo. No primeiro ciclo, todos os alunos de todos os cursos do campus estudam o mesmo conteúdo, é chamado de ciclo comum. As aulas acontecem com grupos misturados de alunos de todos os cursos, e só no segundo ano da faculdade, os cursos se dividem, os alunos passam a conviver apenas com seus colegas de turma do mesmo curso e começam a estudar temas mais específicos do seu curso.

Os dados foram obtidos através de dois questionários padronizados, baseados no Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI) e no Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI), que são constituídos por 21 itens que classificam em quatro graus de gravidade (mínimo, leve, moderado e grave) a ansiedade. E 4 graus de gravidade (mínimo, leve, moderada e grave) a depressão<sup>8</sup>.

Cada turma de medicina possui, em média, 50 alunos. Na coleta de dados, houve uma média de 23 questionários respondidos por turma. Todos os questionários foram anônimos, para preservar a privacidade dos estudantes, e as variáveis sociodemográficas presentes nos questionários aplicados foram idade, sexo, ciclo em que estuda e estado civil. Os questionários foram distribuídos de forma aleatória em intervalos de aulas dos alunos.

Após a coleta presencial dos dados através de questionários impressos, eles foram tabulados no Excel, e em seguida analisados. Os dados foram descritos por meio de frequência simples e percentual. As associações entre os diferentes níveis de sintomatologia positiva para depressão (BDI) e ansiedade (BAI) e perfil sócio acadêmico foram avaliadas por meio do teste Exato de

# ARTIGO ORIGINAL

**GABRIELA DE SANTANA MENDES ROLLEMBERG**  
**ANTONIO JUVINIANO SANTANA DE ARAGÃO**  
**ANA MARIA FANTINI SILVA**

# ARTIGO

Fisher. O software utilizado foi o R Core Team 2018 e o nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil para aprovação. Foi aprovado, com número de CAAE: 81914017.7.0000.5546. A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética.

Foi apresentado aos voluntários do estudo um termo de consentimento livre esclarecido, no qual estão delimitados os parâmetros que serão seguidos para a aplicação da pesquisa, e são apresentados riscos e benefícios, esclarecendo que as informações serão mantidas em sigilo. Foi solicitada a assinatura do estudante declarando estar ciente e de acordo com a pesquisa.

## RESULTADOS

Participaram desta pesquisa, 143 estudantes de medicina da UFS-Lagarto. Destes, 40 alunos se encontram na faixa etária entre 18 e 21 anos, 62 entre 21 e 25 anos, e 41 são maiores que 25 anos. Dos estudantes que responderam os questionários, 45,45% (65) são do sexo feminino, 88,81% (127) são solteiros, enquanto 9,09% (13) são casados, e apenas 2,1% (3) são divorciados. Em relação ao ciclo em que estudam, 20 estudantes (13,99%) são do primeiro ciclo, 23 (16,08%) do segundo, 28 (19,58%) do terceiro, 29 (20,28%) do quarto, 23 (16,08%) do quinto e 20 (13,99%) do sexto ciclo.

Entre os alunos de medicina que participaram deste estudo, 24,48% (35) deles apresentaram algum grau de depressão de leve a grave diante dos escores do BDI. Os estados depressivos variaram entre depressão mínima 108 (75,52%), leve 21 (14,69%), moderada 11 (7,69%) e grave 3 (2,1%).

O BAI na amostra geral, apresentou 25,87% (37) dos estudantes com graus de ansiedade entre leve e grave. Sua distribuição variou entre mínimo 106 (74,13%), leve 20 (13,99%), moderado 9 (6,29%) e grave 8 (5,59%). Todos os dados supracitados podem ser visualizados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Resultados gerais do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

	N (%)
Faixa etária	
18 -21	40 (27,97)
21-25	62 (43,36)
>25	41 (28,67)
Sexo	
Feminino	65 (45,45)
Masculino	78 (54,55)
Estado civil	
Solteiro	127 (88,81)
Casado	13 (9,09)
Divorciado	3 (2,1)
Ciclo de estudo	
Primeiro	20 (13,99)
Segundo	23 (16,08)
Terceiro	28 (19,58)
Quarto	29 (20,28)
Quinto	23 (16,08)
Sexto	20 (13,99)
Beck Depression Inventory	
Mínimo	108 (75,52)
Leve	21 (14,69)
Moderado	11 (7,69)
Grave	3 (2,1)
Beck Anxiety Inventory	
Mínimo	106 (74,13)
Leve	20 (13,99)
Moderado	9 (6,29)
Grave	8 (5,59)

N = frequência observada; % = frequência percentual.



**GABRIELA DE SANTANA MENDES ROLLEMBERG<sup>1</sup>,  
ANTONIO JUVINIANO SANTANA DE ARAGÃO<sup>2</sup>, ANA MARIA FANTINI SILVA<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, SE. <sup>2</sup> Professor coordenador. Médico psiquiatra, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Hospital Universitário – Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), Aracaju, SE. Professor assistente, Universidade Tiradentes, Aracaju, SE. Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria, Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Aracaju, SE. <sup>3</sup> Professora orientadora. Professora, Departamento de Medicina, UFS, Lagarto, SE.

Na relação entre a idade dos estudantes e os graus de depressão, pôde-se observar que 100% dos casos graves ocorreram entre 18-21 anos, e 72,72% dos casos moderados entre 18 e 25 anos. O sexo feminino apresentou 37,96% dos casos mínimos, 61,9% dos casos leves, 81,82% dos casos moderados, e 66,67% dos casos graves. Os solteiros representaram 86,11% dos casos mínimos, 95,24% leves, e 100% dos casos moderados e graves. Dos casados não houve nenhum caso classificado como leve, moderado ou grave, e dos divorciados, apenas 1 caso (4,76%) foi classificado como leve.

Em relação ao ano de estudo, o primeiro ciclo apresentou 1 (4,76%) caso leve e 1 (33,33%) caso grave. O segundo ciclo apresentou 23,81% dos casos leves, 45,45% dos casos moderados e 66,67% dos casos graves. O terceiro ciclo teve 23,81% dos leves e 9,09% dos moderados. O quarto ciclo, 14,29% dos casos leves e 27,27% dos moderados. Já o quinto ciclo, 19,05% dos leves e 18,18% dos moderados, e o sexto ciclo apresentou apenas 14,29% dos casos leves, sem casos moderados ou graves, como é possível visualizar na Tabela 2.

**Tabela 2 - Resultados do Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

	Mínimo, N (%)	Leve, N (%)	Moderado, N (%)	Grave, N (%)	p-valor*
Faixa etária					
18 -21	28 (25,93)	5 (23,81)	4 (36,36)	3 (100)	0,111
21-25	46 (42,59)	12 (57,14)	4 (36,36)	0 (0,00)	
>25	34 (31,48)	4 (19,05)	3 (27,27)	0 (0,00)	
Sexo					
Feminino	41 (37,96)	13 (61,90)	9 (81,82)	2 (66,67)	0,011
Masculino	67 (62,04)	8 (38,10)	2 (18,18)	1 (33,33)	
Estado civil					
Solteiro	93 (86,11)	20 (95,24)	11 (100)	3 (100)	0,466
Casado	13 (12,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Divorciado	2 (1,85)	1 (4,76)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Ciclo de estudo					
Primeiro	18 (16,67)	1 (4,76)	0 (0,00)	1 (33,33)	0,074
Segundo	11 (10,19)	5 (23,81)	5 (45,45)	2 (66,67)	
Terceiro	22 (20,37)	5 (23,81)	1 (9,09)	0 (0,00)	
Quarto	23 (21,30)	3 (14,29)	3 (27,27)	0 (0,00)	
Quinto	17 (15,74)	4 (19,05)	2 (18,18)	0 (0,00)	
Sexto	17 (15,74)	3 (14,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	

N = frequência observada; % = frequência percentual.

\*Teste Exato de Fisher.

No questionário sobre ansiedade, como é possível ver na Tabela 3, 50% (4) dos casos graves se enquadraram entre 18 e 21 anos, 55,56% (5) dos casos moderados e

50% (10) dos casos leves estavam entre 21 e 25 anos. O sexo feminino representou 36,79% dos casos mínimos, 65% dos casos leves, 77,78% dos casos moderados,

# ARTIGO ORIGINAL

GABRIELA DE SANTANA MENDES ROLLEMBERG  
ANTONIO JUVINIANO SANTANA DE ARAGÃO  
ANA MARIA FANTINI SILVA

# ARTIGO

e 75% dos casos graves. Os solteiros representaram 87,74% dos casos mínimos, 85% leves, e 100% dos casos moderados e graves. Dos casados houve apenas 1 (5%) caso leve e nenhum classificado como moderado ou grave, e dos divorciados, apenas 2 (10%) casos foram classificados como leves.

Em relação ao ano de estudo, o primeiro ciclo apresentou 16,04% dos casos mínimos, 10% dos casos leves e 12,5%

dos casos graves. O segundo ciclo apresentou 20% dos casos leves, 55,56% dos casos moderados e 50% dos casos graves. O terceiro ciclo teve 25% dos leves e nenhum caso moderado ou grave. O quarto ciclo, 25% dos casos leves e 22,22% dos moderados. Já o quinto ciclo, 5% dos leves e 11,11% dos moderados e 37,5% dos graves, e o sexto ciclo apresentou 15% dos casos leves, e 11,11% dos casos moderados.

**Tabela 3** - Resultados do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

	Mínimo, N (%)	Leve, N (%)	Moderado, N (%)	Grave, N (%)	p-valor*
Faixa etária					
18 -21	29 (27,36)	3 (15,00)	4 (44,44)	4 (50,00)	0,268
21-25	45 (42,45)	10 (50,00)	5 (55,56)	2 (25,00)	
>25	32 (30,19)	7 (35,00)	0 (0,00)	2 (25,00)	
Sexo					
Feminino	39 (36,79)	13 (65,00)	7 (77,78)	6 (75,00)	0,005
Masculino	67 (63,21)	7 (35,00)	2 (22,22)	2 (25,00)	
Estado civil					
Solteiro	93 (87,74)	17 (85,00)	9 (100)	8 (100)	0,268
Casado	12 (11,32)	1 (5,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Divorciado	1 (0,94)	2 (10,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Ciclo de estudo					
Primeiro	17 (16,04)	2 (10,00)	0 (0,00)	1 (12,50)	0,011
Segundo	10 (9,43)	4 (20,00)	5 (55,56)	4 (50,00)	
Terceiro	23 (21,70)	5 (25,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Quarto	22 (20,75)	5 (25,00)	2 (22,22)	0 (0,00)	
Quinto	18 (16,98)	1 (5,00)	1 (11,11)	3 (37,50)	
Sexto	16 (15,09)	3 (15,00)	1 (11,11)	0 (0,00)	

N = frequência observada; % = frequência percentual.

\*Teste Exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

Essa pesquisa buscou identificar a presença de sintomatologia de ansiedade e depressão em uma amostra de universitários de uma instituição pública do interior de Sergipe. Nos questionários, foi possível observar que o perfil dos participantes pesquisados, na

sua maioria jovens e solteiros, se assemelha a outros estudos com universitários, tanto de instituições públicas quanto privadas<sup>2,3,5,6,9</sup>.

Em concordância com a literatura, os maiores níveis de ansiedade e depressão se apresentaram nos estudantes solteiros, não apresentando nenhum caso moderado





**GABRIELA DE SANTANA MENDES ROLLEMBERG<sup>1</sup>,  
ANTONIO JUVINIANO SANTANA DE ARAGÃO<sup>2</sup>, ANA MARIA FANTINI SILVA<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, SE. <sup>2</sup> Professor coordenador. Médico psiquiatra, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Hospital Universitário – Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), Aracaju, SE. Professor assistente, Universidade Tiradentes, Aracaju, SE. Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria, Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Aracaju, SE. <sup>3</sup> Professora orientadora. Professora, Departamento de Medicina, UFS, Lagarto, SE.

ou grave entre os casados. É importante destacar que a depressão é das principais causas de suicídio entre jovens<sup>2,6,10</sup>.

Os alunos que apresentam sintomas de depressão mais significativos no BDI são os do segundo ciclo do curso. Dos 3 casos classificados como graves, 2 foram do segundo ciclo, e um do primeiro ciclo, com uma tendência a reduzir nos ciclos mais adiantados; 9% de casos moderados entre alunos do terceiro, 27,27% do quarto ano; e 18,18% entre alunos do quinto ciclo. Não houve nenhum caso moderado ou grave no sexto ciclo. ( $p = 0,074$ ). Outras pesquisas semelhantes realizadas em outras universidades, mostraram graus mais preocupantes de depressão em períodos de transição, como nos dois primeiros anos de faculdade, quando os alunos ainda estão se adaptando ao curso, e no momento de início do internato<sup>2,10</sup>.

Também houve associação importante entre o ciclo do curso e o resultado do BAI, com respostas com características semelhantes as apresentadas no BDI em relação ao segundo ano do curso, apresentando um segundo pico de casos graves no quinto ciclo.

Talvez um dos motivos para níveis maiores de ansiedade e depressão se concentrarem no segundo ano de faculdade, se deva ao fato de os alunos se acostumarem com a rotina e com o método PBL com o tempo, (metodologia ativa de ensino com ensino baseado em problemas) que é um choque de realidade para os estudantes que estão acostumados a estudarem a vida inteira em escolas de método tradicional<sup>7</sup>.

Algumas pesquisas semelhantes realizadas em outras universidades mostraram que fatores como a adaptação de estar saindo da escola e entrando na universidade, aprender a lidar com as dificuldades de um curso que cobra bastante do aluno, sair da sua cidade para cursar medicina em outra cidade longe da sua família e amigos, também são fatores que influenciam nos níveis maiores de ansiedade e depressão nos primeiros anos do curso<sup>6,9,10</sup>.

No caso da UFS-Lagarto que, de acordo com o seu projeto pedagógico do curso, tem o primeiro ciclo comum com os outros cursos e só inicia temas específicos da medicina no segundo ciclo, e tem o internato de dois anos, se iniciando no quinto ciclo, o impacto da transição entre o ciclo comum e o segundo ciclo, que tem uma carga horária mais densa e temas

que exigem mais esforço por parte do aluno, pode ser um dos fatores estressores que influenciem em maiores níveis de ansiedade e depressão. Assim como o início do internato, que também é uma fase de transição em que os alunos são inseridos no campo prático, ambientes hospitalares estressantes, com alta cobrança, adquirindo mais responsabilidades, e tendo uma imersão nos seus futuros campos de trabalho, o que gera um impacto na saúde mental dos estudantes.

De modo geral, estudantes que precisam se afastar das suas famílias e amigos, por conta da localização da universidade, tornam-se mais vulneráveis a distúrbios psicológicos. Como a faculdade se encontra no interior de Sergipe, e a maioria dos seus alunos são oriundos de outras cidades, coincide com o encontrado na literatura, a exemplo de um estudo com alunos de Medicina colombianos que afirma ter ocorrido aumento do risco de depressão à medida que diminuiu o contato com a relação familiar por conta da distância<sup>4,5</sup>. Além disso, a literatura mostra que o estudante dispor de vínculos com pessoas próximas, com quem possa compartilhar suas angústias, é um elemento importante para desacelerar os processos de estresse e burnout<sup>4,11,12</sup>.

Durante o curso, os estudantes se deparam com a necessidade de se adaptar ao novo ambiente, aos novos colegas. Morar fora de casa os obriga a assumir responsabilidades que nunca tiveram que lidar antes, como limpeza da casa, pagamentos de boletos, providenciar sua própria alimentação, sem suas famílias para dar suporte como estavam acostumados; além disso, existe a angústia de dependerem dos pais, de não poderem ter estágios remunerados ou empregos como outros jovens de idades semelhantes e cursos diferentes. Durante todo o curso, o aluno se depara com cobranças da instituição, professores, colegas, familiares, competição, que já se inicia no processo seletivo do vestibular, o que cria um ambiente estressante e desgastante<sup>3,6</sup>.

Finalmente, no internato, o contato maior com os pacientes, a carga horária excessiva faz com que os internos repensem sua escolha profissional: aumentam a falta de tempo para o lazer e dúvidas em relação ao futuro profissional, como por exemplo, que especialidade escolher. Isso justifica índices maiores de ansiedade e depressão nesse momento<sup>6,13</sup>. Também há de se

# ARTIGO ORIGINAL

**GABRIELA DE SANTANA MENDES ROLLEMBERG**  
**ANTONIO JUVINIANO SANTANA DE ARAGÃO**  
**ANA MARIA FANTINI SILVA**

# ARTIGO

considerar que o contato com pacientes graves, lidar com a impotência em situações que estão fora do seu controle, o sofrimento e a morte, abalam a autoestima do futuro médico ainda em formação<sup>6</sup>.

Quanto ao sexo dos estudantes, foi evidenciado, em concordância com outros estudos semelhantes, que maiores níveis de ansiedade e depressão são encontrados no sexo feminino. No BAI, dos casos leves, 65% eram mulheres, dos moderados, 77,78%, e dos graves 75%. No BDI, o sexo feminino representou 61,9% dos casos leves, 81,82% dos casos moderados, e 66,67% dos casos graves<sup>2,4,9,10,14</sup>.

Diversas pesquisas demonstraram uma prevalência maior no sexo feminino, mas não se sabe ao certo o motivo. Não está definido na literatura se as mulheres são de fato mais suscetíveis, ou se elas apenas são mais atentas às suas alterações emocionais, podendo descrever melhor o que estão sentindo, ou também, se pode ser influenciado pelo fato de culturalmente os homens não falarem e/ou não expressarem bem seus sentimentos, e se sentirem constrangidos em expor, ou apenas não terem a sensibilidade de observar e detectar bem o que estão sentindo<sup>2,4,9,10,14</sup>.

Sugere-se o uso de psicoterapia preventiva e interventiva, associada a criação de ações e centros especializados para avaliações psicológicas e psiquiátricas periódicas para oferecer assistência aos estudantes universitários no campus<sup>6</sup>. Os alunos devem ser estimulados a criar meios de adaptação e estratégias para lidar com as situações estressantes a que serão inevitavelmente expostos em sua vida acadêmica e profissional, para que haja um impacto menor na sua saúde mental. Devem ser estimulados a estudar a fisiologia do estresse, conhecer técnicas de relaxamento, reconhecimento e manejo do estresse no seu meio, para que aprendam a separar sua vida profissional da pessoal<sup>6</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É interessante observar que nesse estudo, como já apontavam outros autores, sintomas de ansiedade e depressão atingem, em média, 25% dos estudantes de medicina que participaram da pesquisa. Os maiores índices se concentraram nos mais jovens, solteiros e em mulheres. As médias mais elevadas de depressão se

concentraram no segundo ano do curso, e de ansiedade no segundo e quinto anos. Esses índices se mostraram maiores em momentos de transição, como no início do curso, e no quinto ano, quando se inicia o internato. O que mostra que é necessário ter uma rede de apoio à saúde mental dos estudantes na universidade, para que se minimize o impacto nas vidas pessoais, sociais e acadêmicas desses estudantes, tanto no presente, quanto no seu futuro profissional.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os estudantes que participaram da pesquisa, tanto respondendo os questionários quanto auxiliando em aplicá-los, e aos professores que de alguma forma contribuíram cedendo espaço entre suas aulas para que fosse possível a coleta de dados.

Artigo submetido em 10/07/2018, aceito em 16/07/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Gabriela de Santana Mendes Rollemberg, Rua João Victor de Matos, 34, Central Park, apto 902, Farolândia, CEP 49032-300, Aracaju, SE. Tel.: (79) 999779595. E-mail: gabriela.rollemberg@hotmail.com

## Referências

1. Saravanan C, Wilks R. Medical students' experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiety. *ScientificWorldJournal*. 2014;2014:737382.
2. Brandtner M, Bardagi M. Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. *Gerai Rev Interinst Psicol*. 2009;2:81-91.
3. Al Raddadi W, Aljabri JN, Kareem MA, Alattas AM, Alkhalawi MJ. The prevalence of depression and anxiety among medical students in comparison with non-medical students: a cross-sectional study in Taibah University, Al Madinah Al Munawwarah, Saudi Arabia, 2016. *Int J Acad Sci Res*. 2017;5:72-80.
4. Vasconcelos TC, Dias BRT, Andrade LR, Melo GF, Barbosa L, Souza E. Prevalência de prevalência de



**GABRIELA DE SANTANA MENDES ROLLEMBERG<sup>1</sup>,  
ANTONIO JUVINIANO SANTANA DE ARAGÃO<sup>2</sup>, ANA MARIA FANTINI SILVA<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, SE. <sup>2</sup> Professor coordenador. Médico psiquiatra, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Hospital Universitário – Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), Aracaju, SE. Professor assistente, Universidade Tiradentes, Aracaju, SE. Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria, Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Aracaju, SE. <sup>3</sup> Professora orientadora. Professora, Departamento de Medicina, UFS, Lagarto, SE.

- sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina. Rev Bras Educ Med. 2015;39:135-42.
- Gaviria S, Rodriguez MA, Alvarez T. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2002;40:41-6.
  - Benevides-Pereira AMT, Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. Rev Bras Educ Med. 2009;33:10-23.
  - Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface (Botucatu). 1998;2:139-54.
  - Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
  - Bassols AM, Okabayashi LS, Silva AB, Carneiro BB, Feijó F, Guimarães GC, et al. First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? Rev Bras Psiquiatr. 2014;36:233-40.
  - Noronha MAG Jr, Braga YA, Marques TG, Silva RT, Vieira SD, Coelho VAF, et al. Depressão em estudantes de medicina. Rev Med Minas Gerais. 2015;25:111-222.
  - Arab M, Rafei H, Safarizadeh MH, Ahmadi JS, Safarizadeh MM. Stress, anxiety and depression among medical university students and its relationship with their level of happiness. GSTF J Nurs Health Care. 2016;5:44-7.
  - Benevides-Pereira AMT. O processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 105-32.
  - Alves TCTF. Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde. Rev Med USP. 2014;93:101-5.
  - Kulsoom B, Afsar NA. Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015;11:1713-22.

**ENVIE A SUA SUGESTÃO DE TEMAS  
PARA OS PROGRAMAS DE 2018**



**TODAS AS SEGUNDAS-FEIRAS  
21 horas ao vivo  
Facebook: abpbrasil**

**O programa ABP TV proporciona educação  
continuada para você associado e ajuda na  
luta contra o estigma. Participe!**



## VOCÊ JÁ CONHECE O PEC-ABP?

"O Programa de Educação Continuada (PEC) oferece uma excelente oportunidade de atualização profissional para os Associados ABP e dispõe dos mais variados temas, apresentados por grandes nomes da Psiquiatria nacional, com conteúdos que podem ser acessados a qualquer hora e em qualquer lugar.

Não perca tempo e aproveite um mundo de conhecimento com apenas um clique!

[WWW.PEC-ABP.ORG.BR](http://WWW.PEC-ABP.ORG.BR)



Apoio:





## DESIGUALDADES NO ACESSO À SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO BIPOLAR

### INEQUALITIES IN HEALTH CARE AND ITS REPERCUSSION IN BIPOLAR DISORDER TREATMENT

#### Resumo

Portadores de transtorno bipolar (TB) têm maior risco de morbimortalidade por doenças médicas gerais, especialmente cardiovasculares, comparados à população geral. Embora múltiplas causas contribuam para esse desfecho, desigualdades no acesso e no tipo de tratamento implementado para condições médicas gerais são um contribuinte importante. Diferentes países têm buscado atenuar esse problema com soluções que passam pela implementação de cuidado integrado com psiquiatras e clínicos gerais, melhora das estratégias de comunicação e uso mais eficiente da tecnologia.

**Palavras-chave:** Transtorno bipolar, mortalidade, doenças cardiovasculares.

#### Abstract

Individuals with bipolar disorder (TB) have a higher risk of morbidity and mortality due to general medical illnesses, especially cardiovascular diseases, compared to the general population. Although multiple causes contribute to this outcome, inequalities in access to care and in the type of treatment implemented for general medical conditions are an important contributor. Different countries have sought to alleviate this problem with solutions that include the implementation of integrated care with psychiatrists and general practitioners, improvement of communication strategies and more efficient use of technology.

**Keywords:** Bipolar disorder, mortality, cardiovascular diseases.

#### INTRODUÇÃO

Os últimos 5 anos marcaram um momento de grandes inovações teóricas nos modelos de doença adotados pela Psiquiatria. Talvez o mais óbvio seja o modelo dimensional de psicopatologia, difundido através do projeto Research Domain Criteria (RDoC), do National Institute of Mental Health<sup>1</sup>. De acordo com o mesmo, doenças como o transtorno bipolar (TB) poderiam ser concebidas como uma confluência de domínios de sintomas que se combinam em intensidade, frequência e duração variáveis em cada indivíduo. O segundo grande avanço foi a elaboração de modelos focados na trajetória dos transtornos do humor, tais como os modelos de estadiamento e neuroprogressão, que visam entender em que extensão é possível prever e potencialmente evitar um curso funcional deteriorante<sup>2</sup>. Alvo de menos grupos de pesquisa no mundo, mas nem por isso menos relevante, o terceiro modelo teórico foi a da síndrome metabolismo-humor (SMH), onde a altíssima taxa de comorbidade entre as formas clássicas do TB e diferentes parâmetros da síndrome metabólica (obesidade, especialmente com acúmulo de gordura abdominal, alterações no metabolismo da glicose, hipertensão arterial sistêmica e hiperlipidemia) é interpretada como intrínseca ao processo de doença<sup>3</sup>.

De acordo com essa concepção, o TB poderia ser concebido não só como uma doença que acomete o cérebro e com manifestações no comportamento e nas emoções, mas como uma doença sistêmica, com fisiopatologia complexa atingindo uma miríade de órgãos e sistemas<sup>4</sup>. Os sistemas afetados incluem, mas não estão

restritos ao eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, outros sistemas hormonais (tireoide, estrógeno, testosterona)<sup>5</sup>, sistema imunológico, alterações no estresse oxidativo e diferentes sistemas metabólicos<sup>6</sup>, de mecanismos moleculares envolvidos no envelhecimento<sup>7</sup> e até mesmo da microbiota intestinal<sup>8</sup>.

A integração desses achados sob a alcunha de SMH tem sido um grande avanço do ponto de vista de pesquisa. Ela permitiu o estudo das manifestações comportamentais e metabólicas de forma integrada, entendendo as últimas como um domínio da fisiopatologia<sup>9</sup>. Porém, do ponto de vista clínico, representou um desafio ainda maior para o psiquiatra, de quem passou a se exigir uma visão holística e integrada do paciente. O objetivo final passou a ser mitigar os sintomas emocionais, mentais e comportamentais, atentando, também para a saúde metabólica. Em termos de organização de serviços e da assistência oferecida a portadores de TB, esse paradigma se choca com um robusto corpo de evidências evidenciando um grave aumento de morbimortalidade por condições médicas gerais nessa população<sup>10</sup>.

O objetivo desse estudo é investigar os dados existentes na literatura a respeito do desafio de prover cuidados efetivos para doenças médicas gerais e fatores de risco para morbimortalidade sistêmica e avaliar criticamente a literatura no que diz respeito a possíveis diferenças no cuidado recebido por portadores de TB no que diz respeito à sua saúde geral.

## MORBIMORTALIDADE SISTÊMICA NO TB

É bem descrito na literatura que indivíduos com TB têm um risco de mortalidade de duas a três vezes maior que a população em geral bem como uma redução na expectativa de vida (em 15 anos em média). Embora o suicídio seja inquestionavelmente um fator importante nesse aspecto, estudos robustos e replicados indicam que a principal causa de mortalidade excessiva e prematura nessa população é a doença cardiovascular<sup>11</sup>. A mortalidade por doença cardiovascular é evidente principalmente em pacientes mais velhos, mas não é exclusiva desse grupo. Ela aparece também nos grupos etários mais jovens, nos quais as doenças cardíacas, juntamente com outras doenças físicas, também são responsáveis pela maior parte do excesso de mortalidade<sup>11</sup>. Ainda mais importante, é a

constatação de que o intervalo de mortalidade entre a idade de morte da população geral e de portadores de TB vem aumentando com o tempo, sugerindo que essas diferenças estão seguindo uma tendência de se aprofundarem gradualmente<sup>12</sup>.

O aumento progressivo da expectativa de vida em todos os países do mundo é uma história de sucesso na ciência médica. Infelizmente, indivíduos com TB não parecem estar se beneficiando dessa tendência. Enquanto as taxas gerais de mortalidade por diferentes condições como doenças cardíacas, câncer e doenças infecciosas diminuíram acentuadamente, esse declínio é menos evidente na população com TB. Por exemplo, enquanto a incidência de infarto do miocárdio diminuiu em quase 50% na população em geral, as taxas de mortalidade por essa causa mudaram muito pouco entre portadores de TB desde o ano de 2003<sup>13</sup>.

Diferentes variáveis têm sido exploradas como possíveis mediadores da prevalência de doença cardiovascular e da mortalidade excessiva ou prematura no TB. Esses fatores incluem, mas não estão limitados a: efeitos metabólicos e cardíacos de medicamentos (especialmente antipsicóticos de segunda geração, antidepressivos e estabilizadores de humor); maus hábitos de saúde (por exemplo, tabagismo e abuso de álcool); e mecanismos fisiopatológicos intrínsecos à SMH<sup>3,14</sup>. No entanto, as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade do atendimento recebido, principalmente no que se refere à detecção e tratamento de doenças cardiovasculares e outros problemas físicos em pessoas com TB têm sido menos discutidas.

## DESIGUALDADES NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE GERAL NO TB

Ao examinarem-se as evidências no assunto, verificamos que os sistemas de saúde em todo o mundo, incluindo aqueles de países desenvolvidos, não estão fornecendo intervenções baseadas em evidências e com boa relação custo-benefício para essa população já vulnerável. Há evidências replicadas de que os indivíduos com transtornos mentais graves, incluindo o TB têm menor probabilidade do que a população geral de ter atendimento médico em nível de atenção primária. Essas diferenças permanecem mesmo após os resultados serem controlados para uma série de possíveis fatores de confusão, como idade, sexo,

<sup>1</sup> Mood Disorders Psychopharmacology Unit (MDPU), University Health Network (UHN), Toronto Western Hospital, Toronto, Canadá. <sup>2</sup> Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. <sup>3</sup> Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canadá.

etnia, educação, renda e tipo de seguro saúde<sup>15</sup>. Estes dados poderiam nos levar a pensar, então, que o psiquiatra estaria sendo o médico responsável pelo cuidado clínico geral de pacientes com TB.

Porém, resultados obtidos em diferentes países sugerem que nem psiquiatras nem clínicos gerais conseguem rastrear e monitorar adequadamente indivíduos com TB para fatores de risco metabólicos, apesar das recomendações de várias agências, como a Food and Drug Administration, a American Diabetes Association e a American Psychiatric Association. Por exemplo, as taxas de avaliação metabólica basal em indivíduos que tomam antipsicóticos de segunda geração variam de 8 a 30%, e apenas 8,8% desses pacientes são submetidos ao monitoramento metabólico periódico conforme recomendado<sup>16</sup>. Além disso, o mesmo grupo de autores descreveu que as anormalidades metabólicas basais não são levadas em conta na escolha de medicações com perfil metabólico mais favorável, incluindo aquelas com menor potencial de causarem ganho de peso<sup>16</sup>.

Indivíduos com transtornos mentais graves têm menor probabilidade de receberem medicações cardiovasculares (como por exemplo, anti-hipertensivos, anti-hiperlipidêmicos)<sup>17</sup>. Dados de estudos epidemiológicos e de ensaios clínicos mostram de 62% dos pacientes com hipertensão e transtornos mentais graves não recebem tratamento anti-hipertensivo satisfatório<sup>18,19</sup>.

O mesmo acontece com o tratamento de doenças ligadas ao metabolismo glicêmico como a intolerância à glicose e o diabetes. Estimativas sugerem que no máximo 30% dos pacientes com TB recebem cuidado ótimo para a diabetes<sup>20</sup>. Isso é especialmente preocupante na medida que existem dados bastante robusto sobre o impacto funcional deletério da diabetes no curso dos transtornos do humor. Sabe-se, por exemplo, que, comparados a portadores de TB sem diabetes, pacientes com TB e diabetes tem risco 3,5 vezes maior de estarem desempregados<sup>21</sup>.

Além disso, diferentes sistemas de saúde falham em oferecer orientação sobre a cessação do tabagismo, mesmo que portadores de TB sejam duas vezes mais propensos a fumar<sup>22</sup>. Programas de cessação de tabagismo usualmente não rastreiam a presença de transtornos mentais<sup>23</sup>. As medidas preventivas ao uso do tabaco têm obtido resultados positivos na população

em geral, porém não têm sido efetivas para portadores de TB, uma população em que as taxas de tabagismo permanecem inalteradas desde os anos 90<sup>24</sup>. Pacientes com TB são raramente referidos a serviços especializados em cessação do tabagismo<sup>22</sup> e o tabagismo é pouco tratado na atenção primária<sup>25</sup>, mesmo com evidências de que pacientes com TB apresentam o mesmo nível de motivação para parar de fumar que indivíduos da população geral<sup>26</sup>.

Também existem diferenças consideráveis no que se refere à assistência para uma doença cardiovascular já instalada. Indivíduos com um transtorno mental grave, quando em face a um diagnóstico de infarto agudo do miocárdio têm menor chance se serem submetido a tratamentos mais agressivos, especialmente procedimentos cirúrgicos para revascularização, como implante de *stent* e cirurgia de revascularização. Como resultado, sua taxa de mortalidade após um infarto do miocárdio é três vezes maior do que a da população geral<sup>27</sup>. Da mesma forma, os pacientes com TB são menos propensos a receberem cuidados intensivos, como, por exemplo, receber arteriografia cerebrovascular ou varfarina após um acidente vascular cerebral<sup>28</sup>.

Além disso, pessoas com transtornos mentais graves têm menor probabilidade de receber cuidados clínicos ideais para artrite de receber rastreamento de rotina para câncer<sup>29</sup>. Esse padrão de acesso precário a cuidados de saúde de qualidade inclui também condições agudas, como apendicite aguda: pessoas com transtornos mentais tendem a ser diagnosticadas mais tardiamente, apresentam mais complicações (por exemplo, gangrena ou perfuração do apêndice) e têm piores desfechos após a cirurgia<sup>30</sup>.

#### REDUZINDO DESIGUALDADES NO CUIDADO MÉDICO GERAL

Evidências indicam a possibilidade de uso de diferentes estratégias para a redução das desigualdades no cuidado à saúde geral de portadores de TB e de outros transtornos mentais<sup>31</sup>. A maioria passa pelo fornecimento de cuidados integrados, tais como ter um psiquiatra e um clínico geral trabalhando no mesmo local, reduzindo as barreiras para o tratamento. Intervenções preventivas, incluindo, mas não se limitando a educação do paciente, cessação do tabagismo e programas de perda de peso, mostraram benefícios nessa população. O uso da tecnologia e



# ARTIGO DE REVISÃO

ELISA BRIETZKE  
RODRIGO B. MANSUR

# ARTIGO

de melhores estratégias de comunicação também parecer ter benefícios em integrar serviços e facilitar o envolvimento do portador de TB e de sua família no tratamento<sup>31</sup>. Efeitos adversos de medicamentos psicotrópicos também podem ser gerenciados de forma eficaz por meio de uma combinação de intervenções comportamentais (por exemplo, dietéticas e de exercícios) e farmacológicas (por exemplo, metformina e liraglutida) ou ainda pela priorização de medicações metabolicamente neutras<sup>32</sup>.

Artigo submetido em 05/06/2018, aceito em 06/06/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Elisa Brietzke, Rua Pedro de Toledo, 570, Vila Clementino, CEP 04038-000, São Paulo, SP. Tel.: (11) 5576.4990. E-mail: elisabrietzke@hotmail.com

## Referências

1. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167:748-51.
2. Kapczinski F, Magalhães PV, Balanzá-Martinez V, Dias VV, Frangou S, Gama CS, et al. Staging systems in bipolar disorder: an international society for bipolar disorders task force report. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130:354-63.
3. Mansur RB, Brietzke E, McIntyre RS. Is there a "metabolic-mood syndrome"? A review of the relationship between obesity and mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015;52:89-104.
4. Nestsiarovich A, Hurwitz NG, Nelson SJ, Crisanti AS, Kerner B, Kuntz MJ, et al. Systemic challenges in bipolar disorder management: a patient-centered approach. *Bipolar Disord*. 2017;19:676-88.
5. Mansur RB, Zugman A, Ahmed J, Cha DS, Subramaniapillai M, Lee Y, et al. Treatment with a GLP-1R agonist over four weeks promotes weight loss-moderated changes in frontal-striatal brain structures in individuals with mood disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27:1153-62.
6. Wang LY, Chiang JH, Chen SF, Shen YC. Systemic autoimmune diseases are associated with an increased risk of bipolar disorder: a nationwide population-based cohort study. *J Affect Disord*. 2018;227:31-7.
7. Alageel A, Tomasi J, Tersigni C, Brietzke E, Zuckerman H, Subramaniapillai M, et al. Evidence supporting a mechanistic role of sirtuins in mood and metabolic disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;86:95-101.
8. Rios AC, Maurya PK, Pedrini M, Zeni-Graiff M, Asevedo E, Mansur RB, et al. Microbiota abnormalities and the therapeutic potential of probiotics in the treatment of mood disorders. *Rev Neurosci*. 2017;28:739-49.
9. McIntyre RS, Mansur RB, Lee Y, Japiassú L, Chen K, Lu R, et al. Adverse effects of obesity on cognitive functions in individuals at ultra high risk for bipolar disorder: results from the global mood and brain science initiative. *Bipolar Disord*. 2017;19:128-34.
10. Kessing LV, Vradi E, McIntyre RS, Andersen PK. Causes of decreased life expectancy over the life span in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2015;180:142-7.
11. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:931-9.
12. Hayes JF, Marston L, Walters K, King MB, Osborn DP. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000-2014. *Br J Psychiatry*. 2017;211:175-81.
13. Schulman-Marcus J, Goyal P, Swaminathan RV, Feldman DN, Wong SC, Singh HS, et al. Comparison of trends in incidence, revascularization, and in-hospital mortality in ST-elevation myocardial infarction in patients with versus without severe mental illness. *Am J Cardiol*. 2016;117: 1405-10.
14. Czepielewski L, Daruy Filho L, Brietzke E, Grassi-Oliveira R. Bipolar disorder and metabolic syndrome: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35:88-93.
15. Bradford DW, Kim MM, Braxton LE, Marx CE, Butterfield M, Elbogen EB. Access to medical care

<sup>1</sup> Mood Disorders Psychopharmacology Unit (MDPU), University Health Network (UHN), Toronto Western Hospital, Toronto, Canadá. <sup>2</sup> Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. <sup>3</sup> Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canadá.

- among persons with psychotic and major affective disorders. *Psychiatr Serv.* 2008;59:847-52.
16. Morrato EH, Cuffel B, Newcomer JW, Lombardo I, Kamat S, Barron J. Metabolic risk status and second-generation antipsychotic drug selection: a retrospective study of commercially insured patients. *J Clin Psychopharmacol.* 2009;29:26-32.
  17. Hippisley-Cox J, Parker C, Coupland C, Vinogradova Y. Inequalities in the primary care of patients with coronary heart disease and serious mental health problems: a cross-sectional study. *Heart.* 2007;93:1256-62.
  18. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res.* 2006;86:15-22.
  19. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry.* 2011;10:52-77.
  20. Liu J, Brown J, Morton S, Potter DE, Patton L, Patel M, et al. Disparities in diabetes and hypertension care for individuals with serious mental illness. *Am J Manag Care.* 2017;23:304-8.
  21. O'Neill EA. The role of diabetes in predicting employment status for individuals with bipolar disorder. *Soc Work Public Health.* 2016;31:646-55.
  22. McNally L, Ratschen E. The delivery of stop smoking support to people with mental health conditions: a survey of NHS stop smoking services. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:179.
  23. Tedeschi GJ, Cummins SE, Anderson CM, Anthenelli RM, Zhuang YL, Zhu SH. Smokers with self-reported mental health conditions: a case for screening in the context of tobacco cessation services. *PLoS One.* 2016;11:e0159127.
  24. Drope J, Liber AC, Cahn Z, Stoklosa M, Kennedy R, Douglas CE, et al. Who's still smoking? Disparities in adult cigarette smoking prevalence in the United States. *CA Cancer J Clin.* 2018;68:106-15.
  25. Szatkowski L, McNeill A. The delivery of smoking cessation interventions to primary care patients with mental health problems. *Addiction.* 2013;108:1487-94.
  26. Morris CD, Waxmonsky JA, May MG, Giese AA. What do persons with mental illnesses need to quit smoking? Mental health consumer and provider perspectives. *Psychiatr Rehabil J.* 2009;32:276-84.
  27. Bodén R, Molin E, Jernberg T, Kieler H, Lindahl B, Sundström J. Higher mortality after myocardial infarction in patients with severe mental illness: a nationwide cohort study. *J Intern Med.* 2015;277:727-36.
  28. Kisely S, Campbell LA, Wang Y. Treatment of ischaemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal healthcare. *Br J Psychiatry.* 2009;195:545-50.
  29. James M, Thomas M, Frolov L, Riano NS, Vittinghoff E, Schillinger D, et al. Rates of cervical cancer screening among women with severe mental illness in public health system. *Psychiatr Serv.* 2017;68:839-42.
  30. Cooke BK, Magas LT, Virgo KS, Feinberg B, Adityanjee A, Johnson FE. Appendectomy for appendicitis in patients with schizophrenia. *Am J Surg.* 2007;193:41-8.
  31. Rodgers M, Dalton J, Harden M, Street A, Parker G, Eastwood A. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations. *Int J Integr Care.* 2018;18:9.
  32. McIntyre RS. Overview of managing medical comorbidities in patients with severe mental illness. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:e17.





# RELATO DE CASO

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA  
ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR  
GUILHERME SHIRAKAWA  
CARINA ZUINI PEREIRA  
CARLA NAKAO NONATO  
PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES

# RELATO

## POLIDIPSIA PSICOGÊNICA E HIPONATREMIA: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E IMPORTÂNCIA DIAGNÓSTICA

### PSYCHOGENIC POLYDIPSIA AND HYPONATREMIA: CLINICAL IMPLICATIONS AND IMPORTANCE OF DIAGNOSIS

#### Resumo

Em relação aos transtornos psiquiátricos, a esquizofrenia é a que apresenta maior prevalência de polidipsia psicogênica, definida como uma sede excessiva ou um aumento da ingestão hídrica sem que haja um estímulo fisiológico ou orgânico predisponente, levando a complicações como hiponatremia, pela intoxicação hídrica. Neste relato, o paciente previamente diagnosticado com esquizofrenia paranoide há doze anos, em seguimento em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), foi internado devido reavaliação de quadro psicótico crônico e ingestão hídrica descontrolada. Seu quadro psiquiátrico de base era caracterizado por prejuízo na autonomia pessoal, comportamento desorganizado, discurso desconexo, solilóquios e delírios pouco estruturados, com resposta satisfatória após iniciar uso de clozapina. Aproximadamente quatro meses antes da internação, passou a recusar medicação de uso diário e a ingerir água excessivamente, tomando cerca de 5 a 6 litros por dia. Evoluiu com piora acentuada do quadro psicótico apresentando-se bastante inquieto, irritado, falando e gesticulando sozinho, com alucinações auditivas e discurso delirante de conteúdo persecutório e grandeza. Na internação foi reintroduzida clozapina por estar de acordo com a literatura em relação à polidipsia. Evoluiu com melhora do quadro após quatro semanas de internação. Recebeu alta e orientações para seguimento ambulatorial. A escolha do caso descrito ressalta a importância de se descartar causa orgânica inicialmente para explicar a hiponatremia e polidipsia, inclusive em pacientes psicóticos crônicos. A estabilização clínica e

correção do sódio sérico devem ser feitas para se evitar complicações graves da hiponatremia como convulsões e em estados críticos, parada cardíaca. Além disso, mostra uma opção de tratamento da polidipsia psicogênica em pacientes euvolêmicos e sem comorbidades, através do uso da clozapina.

**Palavras-chave:** Psiquiatria, polidipsia psicogênica, esquizofrenia, hiponatremia, clozapina.

#### Abstract

Regarding the psychiatric disorders, schizophrenia is the one that shows the most prevalence of psychogenic polydipsia, defined as an excessive thirst or an increase in the water intake without having a physiological or organic predisposing and the main complication is the water intoxication leading to hyponatremia. In this case report, a patient with paranoid schizophrenia diagnosis for twelve years, referred from PSAC (Psychosocial Attention Center), was hospitalized due to acute relapse of chronic psychosis and uncontrolled water intake. His psychiatric condition of base was categorized due to loss of personal autonomy, unorganized behavior, slurred speech, soliloquies and non-structured delirium, and had a satisfactory response after starting the use of clozapine. Approximately four months before this admission, without triggering event, he started to refuse medication of daily use and started to ingest water excessively, drinking about 5 to 6 liters per day. There were two weeks with sharp worsening of the condition. It presented itself very restless, irritated, speaking and gesturing by himself, with auditory hallucinations and delirious speeches with persecutory and grandeur

# RELATO DE CASO

**EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA**  
**ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR**  
**GUILHERME SHIRAKAWA**  
**CARINA ZUINI PEREIRA**  
**CARLA NAKAO NONATO**  
**PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES**

# RELATO

content. During hospitalization, clozapine was the antipsychotic of choice due to the approach being in compliance with the literature related to polydipsia, with partial improvement of polydipsia after four weeks of hospitalization. Discharged and received orientations to care and guidance. The choice of the described case highlights the importance of discarding organic causes initially to explain the hyponatremia and polydipsia, including in chronic psychotic patients. The clinical stabilization and sodium serum correction must be done to avoid grave complications of the hyponatremia such as convulsions and in critical states, cardiac arrest. Furthermore, it shows an option of treatment of psychogenic polydipsia in euvoletic patients and without comorbidities, through the use of Clozapine.

**Keywords:** Psychiatry, psychogenic polydipsia, schizophrenia, hyponatremia, clozapine.

## INTRODUÇÃO

A polidipsia psicogênica é definida como uma sede excessiva ou um aumento da ingestão hídrica sem que haja um estímulo fisiológico ou orgânico predisponente. É encontrada principalmente em pacientes psicóticos e a principal complicação é a intoxicação hídrica levando a hiponatremia, definida como sódio sérico menor que 135 mEq/mL, que pode ocorrer nos casos em que a ingestão é superior a 12 litros por dia. As manifestações clínicas podem ser fraqueza, adinamia, fadiga, vômito, mal estar ou sintomas neurológicos como sonolência, confusão, convulsão e coma<sup>1</sup>.

A hiponatremia constitui um distúrbio muito frequente na prática clínica, por isso é importante descartar causa orgânica antes de atribuí-la à polidipsia psicogênica. Fatores que aumentam o risco de hiponatremia são idade avançada (> 75 anos), sexo feminino, uso de vários medicamentos, insuficiência renal e presença de comorbidades<sup>2</sup>.

Quando o paciente está com volemia normal (nenhum estado edematoso, nem desidratado ou hipovolêmico), temos uma hiponatremia hipotônica euvoletêmica. Nesse caso, deve-se investigar transtorno psiquiátrico (polidipsia primária): o paciente ingere muitos litros de água compulsivamente, "lavando" a medula renal, impedindo o mecanismo fisiológico de concentração urinária<sup>3</sup>. Deve-se investigar também hipotireoidismo,

insuficiência adrenal em pacientes com dor abdominal, hipotensão, vômitos, escurecimento da pele e hiponatremia acompanhada de hipercalemia;

Em relação aos transtornos psiquiátricos, a esquizofrenia é a que apresenta maior prevalência de polidipsia psicogênica. Geralmente se nota a polidipsia psicogênica de 5 a 10 do início da história de enfermidade psiquiátrica, sendo necessária uma maior atenção aos pacientes psicóticos crônicos com este sintoma, devido ao risco de complicações graves como a hiponatremia<sup>4</sup>.


Em relação ao tratamento, deve-se tomar como base a etiologia da hiponatremia, o fato de o paciente apresentar ou não edema, desidratação, hipovolemia, ou como no caso clínico apresentado a seguir, não apresentar comorbidades e estar euvoletêmico. Neste caso, a correção do sódio sérico é feita através da restrição hídrica e do tratamento da causa básica, que no caso é atribuída à esquizofrenia<sup>2,3</sup>.

Para pacientes com esquizofrenia, polidipsia e hiponatremia, a abordagem com clozapina está associada, além da melhora na sintomatologia psicótica, a melhora da regulação da sede, na retenção de água e estabilização dos níveis de sódio sérico<sup>5-10</sup>.

Na investigação clínica da hiponatremia, deve-se avaliar a presença de algum estado edematoso (ascite, edema de membros inferiores) sugerindo uma hiponatremia hipotônica hipervolêmica cujas principais causas são: insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, insuficiência renal e síndrome nefrótica; deve-se avaliar também sintomas de desidratação ou de hipovolemia, que apontam para uma hiponatremia hipotônica hipovolêmica.

A perda de sódio pode ser renal (uso de diuréticos, hiperglicemia com diurese osmótica, insuficiência adrenal, acidose tubular renal, nefropatia perdedora de sal) ou extra renal (diarreia, vômitos, hemorragia, esmagamento muscular ou queimaduras, perda de fluidos para terceiro espaço - pancreatite, obstrução intestinal, peritonite).

Outro diagnóstico diferencial é a síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SSIADH), que pode ser atribuída a doença do sistema nervoso central (AVCI, AVCH, hemorragia, lesões com efeito de massa, trauma, doenças inflamatórias); doença pulmonar (insuficiência respiratória aguda, ventilação mecânica, tuberculose, abscesso pulmonar); câncer (pulmão,



**EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA<sup>1</sup>, ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR<sup>2</sup>,  
GUILHERME SHIRAKAWA<sup>2</sup>, CARINA ZUINI PEREIRA<sup>2</sup>, CARLA NAKAO  
NONATO<sup>3</sup>, PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Professor pesquisador e Chefe do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP. <sup>2</sup> Médico Residente de Psiquiatria, Hospital Universitário, PUC-Campinas, Campinas, SP. <sup>3</sup> Acadêmico de Medicina, PUC-Campinas, Campinas, SP.

mediastino, rins, outros); pós-operatório, especialmente associado a vômitos e dor, que aumenta o risco de SSIADH e hiponatremia<sup>2</sup>.

#### RELATO DE CASO

Paciente de 35 anos de idade, sexo masculino, natural e procedente de Campinas, ensino fundamental completo, aposentado, solteiro, sem filhos, sem religião, mora com a madrasta, apresentou-se com a queixa principal de ingesta hídrica excessiva há quatro meses.

Com diagnóstico de esquizofrenia paranoide há doze anos, foi internado devido a reagudização de quadro psicótico crônico e ingestão hídrica descontrolada. Veio encaminhado do CAPS e foi internado após ser atendido em Pronto Socorro de Psiquiatria de um hospital universitário local.

Seu quadro psiquiátrico de base era caracterizado por prejuízo na autonomia pessoal, comportamento desorganizado, discurso desconexo, solilóquios e delírios pouco estruturados. Fazia seguimento em CAPS e tinha resposta satisfatória após iniciar uso de clozapina, que resultou também no número de internações. Aproximadamente quatro meses antes desta internação, sem evento desencadeante, passou a recusar medicação de uso diário e passou a ingerir água excessivamente, tomando cerca de 5 a 6 litros por dia. Quando não tinha acesso à água potável, tinha o costume de ingerir água diretamente da torneira ou do chuveiro. Nos dias de maior ingestão chegou a ingerir 12 litros de água no dia.

Havia duas semanas com piora acentuada do quadro. Apresentava-se bastante inquieto, irritado, falando e gesticulando sozinho, com alucinações auditivas e discurso delirante de conteúdo persecutório e grandeza. Dizia ser dono de empresa de transporte e que havia recentemente demitido um grande número de funcionários, pois estavam lhe roubando o que lucrava. Dizia-se também conhecido e amigo de artistas famosos. Sem relato de episódios de hetero e auto agressividade, porém paciente tinha o costume de bater na mesa e parede quando permanecia irritado.

No início do quadro, três meses antes de ser internado, apresentou uma crise convulsiva que no atendimento de urgência já teria sido atribuída a uma hiponatremia por ingesta excessiva de água. Não há relato de histórico convulsivo prévio.

Nega doenças prévias, nega hipertensão arterial sistêmica, nega diabetes, nega alergia medicamentosa. Tabagista de um maço de cigarros desde a adolescência. Experimentou cocaína aos 16 anos. Nega uso de outras substâncias psicoativas. Envolvimento em um roubo aos 18 anos. Permaneceu preso por 04 anos. Durante a prisão, familiar percebeu mudança de comportamento do paciente. Preferia atividades isoladas, falava e gesticulava sozinho, com piora progressiva durante o período que ficou preso. Iniciou tratamento no CAPS após sair da prisão, onde foi firmado o diagnóstico de esquizofrenia. Não tem antecedentes familiares de transtorno psiquiátrico.

Ao exame físico realizado na admissão, apresentou-se com bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril. Ausência de alterações no restante do exame físico.

O exame do estado mental, também realizado na admissão, foi como segue:

- Aparência: vestes limpas e adequadas; aseado e com boa higiene.
- Afeto: ansioso e desconfiado, pouco ressonante, sem hostilidade, lábil em alguns momentos.
- Pensamento: com fluxo acelerado, fuga de ideias, conteúdo delirante de cunho persecutório. Pouco linear e com conteúdo algo empobrecido.
- Sensopercepção: falando e gesticulando sozinho quando a conversa não lhe era dirigida. Eventuais risos imotivados.
- Psicomotricidade: aumentada, gesticulando e andando pelo ambiente durante a avaliação.
- Orientação: orientado autopsiquicamente e desorientado no tempo.
- Memória: sem alterações.
- Atenção: hipotenaz.
- Insight: negativo.
- Juízo crítica de realidade: prejudicado.

Optou-se por internação em enfermaria psiquiátrica para estabilização do quadro psicótico. Durante a internação manteve comportamento inquieto, desconfiado e irritado. No ambiente era comum falar e gesticular sozinho e sem motive aparente. Teve várias tentativas de fuga e manteve ingestão hídrica excessiva de água proveniente da torneira ou chuveiro.



# RELATO DE CASO

**EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA**  
**ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR**  
**GUILHERME SHIRAKAWA**  
**CARINA ZUINI PEREIRA**  
**CARLA NAKAO NONATO**  
**PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES**

# RELATO

Foram solicitados exames complementares que evidenciaram alteração somente em sódio sérico - 132 mEq/mL. Não havia alterações no restante dos exames como eletrólitos, hemograma, urina 1, função renal, hepática, TSH e T4 livres. Radiografia de tórax e tomografia de crânio sem alterações.

Devido ao fato de paciente não ter comorbidades, não fazer uso de outras medicações, foi aventada a hipótese de hiponatremia dilucional decorrente de polidipsia psicogênica, secundária ao quadro esquizofrênico de base. A conduta inicial baseou-se na tentativa por parte da equipe multidisciplinar de restrição de ingesta hídrica através de monitoramento, sem sucesso, e reintrodução de clozapina com aumento gradual de dose a cada três dias associado a diazepam.

A clozapina foi o antipsicótico de escolha devido ao fato do paciente ter histórico de estabilização do quadro psicótico somente com seu uso e desta conduta estar de acordo com a literatura em relação à polidipsia.

Evoluiu com melhora do quadro de irritabilidade e solilóquios, e melhora satisfatória da polidipsia após quatro semanas de internação. Recebeu alta e orientações para seguimento ambulatorial.

## Discussão

No caso descrito, o paciente previamente portador de esquizofrenia paranoide, se apresentava com polidipsia de origem psicogênica após serem afastadas outras causas que pudessem justificar a hiponatremia.

Estudos revelam que entre os diagnósticos psiquiátricos com este sintoma, a esquizofrenia explica 83% dos casos e há uma estimativa de que a polidipsia pode estar presente em 20 % dos pacientes esquizofrênicos.

Além disso, nestes pacientes há maior prevalência de sintomatologia negativa, quando comparado aos pacientes esquizofrênicos sem polidipsia<sup>11,12</sup>, redução na região anterior do hipocampo, órgão com função neuroendócrina associado ao controle da sede, e podem apresentar prejuízo de funções neurocognitivas<sup>13</sup>.

A hipótese diagnóstica do paciente foi mantida com base no referencial diagnóstico da DSM-5 devido à presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, acompanhadas de alucinações auditivas.

A estabilização clínica e correção do sódio sérico devem ser feitas para se evitar complicações graves da hiponatremia como convulsões e, em estados críticos, parada cardíaca. Além disso, a condução terapêutica deste caso clínico confirmou a opção de tratamento da polidipsia psicogênica em pacientes euvolêmicos e sem comorbidades, através do uso da clozapina.

A clozapina foi proposta como uma possível alternativa terapêutica com base em alguns relatos de casos. Apesar da sua potencial morbidade, a polidipsia em pacientes esquizofrênicos não tem sido objeto de investigações clínicas controladas até o momento. Como resultado, as opções de tratamento para esta condição são escassas e a evidência sobre sua eficácia é fraca<sup>1,2</sup>.

A escolha do caso descrito ressalta a importância de se descartar causa orgânica inicialmente para explicar a hiponatremia e polidipsia, inclusive em pacientes psicóticos crônicos, nos quais se observa maior prevalência destes distúrbios.

Artigo submetido em 21/05/2017, aceito em 18/05/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Eduardo Henrique Teixeira, Rua Paulo Cezar Fidélis, 39, sala 112, Alto Taquaral, CEP 13087-757, Campinas, SP. Tel.: (19) 3756.1080. E-mail: eduardo@psiquiatriaforense.com.br

## Referências

1. Macías Robles M, López Fonticiella MP, Maciá Bobés M, Fernández San Martín A. [Severe and acute hyponatremia in a schizophrenic patient with potomania]. *An Sist Sanit Navar*. 2009;32:117-20.
2. Verbalis JG, Goldsmith SR, Greenberg A, Korzelius C, Schrier RW, Sterns RH, et al. Diagnosis, evaluation, and treatment of hyponatremia: expert panel recommendations. *Am J Med*. 2013;126:S1-42.
3. Vergheze C, de Leon J, Josiassen RC. Problems and progress in the diagnosis and treatment of polydipsia and hyponatremia. *Schizophr Bull*. 1996;22:455-64.

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA<sup>1</sup>, ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR<sup>2</sup>,  
GUILHERME SHIRAKAWA<sup>2</sup>, CARINA ZUINI PEREIRA<sup>2</sup>, CARLA NAKAO  
NONATO<sup>3</sup>, PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Professor pesquisador e Chefe do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP. <sup>2</sup> Médico Residente de Psiquiatria, Hospital Universitário, PUC-Campinas, Campinas, SP. <sup>3</sup> Acadêmico de Medicina, PUC-Campinas, Campinas, SP.

4. Illowsky BP, Kirch DG. Polydipsia and hyponatremia in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1988;145:675-83.
5. de Leon J, Verghese C, Stanilla JK, Lawrence T, Simpson GM. Treatment of polydipsia and hyponatremia in psychiatric patients. Can clozapine be a new option? *Neuropsychopharmacology*. 1995;12:133-8.
6. Gupta S, Baker P. Clozapine treatment of polydipsia. *Ann Clin Psychiatry*. 1994;6:135-7.
7. Lee HS, Kwon KY, Alphas LD, Meltzer HY. Effect of clozapine on psychogenic polydipsia in chronic schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 1991;11:222-3.
8. Munn NA. Resolution of polydipsia and hyponatremia in schizophrenic patients after clozapine treatment. *J Clin Psychiatry*. 1993;54:439.
9. Spears NM, Leadbetter RA, Shetty MS Jr. Clozapine treatment in polydipsia and intermittent hyponatremia. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:123-8.
10. Wakefield T, Colls I. Clozapine treatment of a schizophrenic patient with polydipsia and hyponatremia. *Am J Psychiatry*. 1996;153:445-6.
11. Patel JK. Polydipsia, hyponatremia, and water intoxication among psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:1073-4.
12. Torres IJ, Keedy S, Marlow-O'Connor M, Beenken B, Goldman MB. Neuropsychological impairment in patients with schizophrenia and evidence of hyponatremia and polydipsia. *Neuropsychology*. 2009;23:307-14.
13. Siegel AJ. Hyponatremia in psychiatric patients: update on evaluation and management. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16:13-24.



**bairral**

um modelo único de bem-estar mental

Na busca incessante por excelência naquilo que fazemos, nos tornamos o maior complexo de saúde mental da América Latina e atualmente possuímos seis frentes de atuação: **internações psiquiátricas**, **atendimento especializado em saúde mental**, **residências terapêuticas**, **comunidade terapêutica**, **centro de formação** e **centro de pesquisa**.

São quase mil leitos de internação distribuídos em dezenove unidades especializadas por perfil funcional, mais de mil colaboradores e oitenta anos de conhecimento e dedicação.

**Bairral, um modelo único de bem-estar mental**

[in]

[ae]

[rt]

[ct]

[cf]

[cp]

# ESSENCIAIS PARA PROFISSIONAIS E PACIENTES NA PRÁTICA DA DBT

CONTEÚDO PUBLICITÁRIO



21x28 cm | 528p.

21x28 cm | 444p.

Desenvolvida por Marsha M. Linehan, a terapia comportamental dialética (DBT) demonstrou eficácia no tratamento de uma ampla gama de problemas psicológicos e emocionais. Em *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta*, você encontrará notas de ensino, além de fichas explicativas e de tarefas aplicadas há mais de duas décadas por milhares de profissionais e constantemente revisadas e atualizadas de acordo com os avanços clínicos e em pesquisa na área. Já o manual para o paciente auxilia no desenvolvimento das habilidades de DBT e deve ser utilizado com o acompanhamento do terapeuta.

LEMBRE-SE: ASSOCIADO ABP TEM **20% DE DESCONTO** EM LIVROS IMPRESSOS!

Para acessar o desconto, compre pelo SAC 0800 703 3444 ou na página [loja.grupoa.com.br/abp](http://loja.grupoa.com.br/abp)

Conheça o catálogo no site [loja.grupoa.com.br](http://loja.grupoa.com.br)

 [facebook.com/grupoaeducacao](https://facebook.com/grupoaeducacao)  
[facebook.com/artmededitora](https://facebook.com/artmededitora)

 **ABP**  
Associação Brasileira de Psiquiatria



A Artmed é a editora oficial da ABP.



# RELATO DE CASO

PEDRO LAUTENSCHLAGER TEIXEIRA  
JULIANA MARIM  
MELISSA YURI MIZUKAMI

# RELATO

## SÍNDROME DE EKBOM NO IDOSO

### EKBOM'S SYNDROME IN THE ELDERLY

#### Resumo

O delírio de infestação parasitária, também conhecido como síndrome de Ekbom, é uma síndrome psiquiátrica na qual o paciente apresenta uma crença delirante de que sua pele está infestada por insetos, vermes ou outros pequenos animais. Pode chegar a provocar irritação ou lesão local pela tentativa de extração mecânica, além da procura por médicos clínicos e dermatologistas, os quais com frequência utilizam fármacos que não tem eficácia. Devido sua raridade, o presente estudo tem por objetivo relatar um caso deste transtorno em um paciente idoso, do sexo masculino, sem comorbidade psiquiátrica, que apresentou remissão com uso de risperidona. Este estudo se fundamenta em uma base de dados que inclui artigos de periódicos, relatos de casos, compêndio de psiquiatria e fontes de farmacologia.

**Palavras-chave:** Psiquiatria geriátrica, delírio de parasitose, transtornos psicóticos.

#### Abstract

Delusional of parasitosis, also known as Ekbom's syndrome, is a psychiatric disorder in which the patient has a fixed and false belief that one is infested by insects, worms or other small animals. It can lead to local injury by attempting mechanical extraction, as well searching for doctors and dermatologists, who often use drugs that have no efficacy. Due to its rarity, the present study brings a case report of this disorder in an elderly male patient without psychiatric comorbidity who presented remission with Risperidone. This study is based on a database that includes journal articles, case reports, compendium of psychiatry and sources of pharmacology.

**Keywords:** Geriatric psychiatry, delusional parasitosis, psychotic disorders.

#### INTRODUÇÃO

Delírios são crenças fixas, inabaláveis, que não estão de acordo com a cultura na qual o indivíduo está inserido.

Estão entre os sintomas mais interessantes na psiquiatria, em parte pela variedade de crenças que podem ser encontradas, em parte pelo desafio de serem tratados. Dentre os transtornos psicóticos incluídos na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o Transtorno Delirante tem a peculiaridade de apresentar delírios sobre situações que podem ocorrer na vida real, tais como ser seguido, amado a distância ou ser infectado, sendo este último, parte dos tipos mais raros<sup>1</sup>, que será o tema deste caso clínico.

O delírio de infestação, foi primeiramente documentado em 1884 por Thibierge, utilizando o termo acarofobia. O neurologista sueco Karl Ekbom, em 1938 descreveu os sintomas como delírio pré-senil parasitário dermatozoico<sup>2</sup>, sendo então conhecido como Síndrome de Ekbom, uma síndrome na qual o paciente apresenta uma crença delirante de que sua pele está infestada por insetos, vermes ou outros pequenos animais, chegando a provocar irritação ou lesão local pela tentativa de extração mecânica<sup>1,3</sup>.

É uma síndrome rara, com poucos relatos na literatura, e apresenta grande interesse na área da saúde por abranger, além da psiquiatria, especialidades como a dermatologia, neurologia, geriatria e o clínico da atenção básica<sup>4,5</sup>. Neste cenário, o paciente acaba passando por tentativas de tratamento com anti-histamínicos, corticoesteroides, de uso tópico ou via oral, e demora a ser encaminhado à psiquiatria<sup>6,7</sup>. A causa deste transtorno delirante, como em outros transtornos psiquiátricos maiores, é desconhecida. Pode ser um quadro psiquiátrico primário, ou secundário a outros transtornos orgânicos, tais como hipotireoidismo, diabetes, insuficiência renal e anemia severa<sup>8</sup>.

Mais comum no sexo feminino, após 50 anos<sup>9</sup>, prevalência menor de 100 casos por milhão<sup>5</sup>, com início do quadro insidioso e o delírio tipicamente é precedido por sensações táteis primárias, como prurido, e alterações psíquicas como alucinações visuais, alucinações táteis



# RELATO DE CASO

**PEDRO LAUTENSCHLAGER TEIXEIRA**  
**JULIANA MARIM**  
**MELISSA YURI MIZUKAMI**

# RELATO

e delírio de infestação, com preservação de outras funções psíquicas<sup>2,10</sup>. O diagnóstico é clínico e o tratamento farmacológico instituído de acordo com as evidências abrange o uso de antipsicóticos típicos como a pimozida, haloperidol, e atípicos, como a sulpirida e a risperidona<sup>11-13</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 83 anos, casado, ensino fundamental completo, aposentado, natural e procedente de Bragança Paulista no interior de São Paulo. Comparece encaminhado da Dermatologia ao ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco em abril de 2017, com queixa de prurido intenso causado por bichos que nascem em sua pele e caminham pelo seu corpo há 1 ano. Refere que é possível visualizá-los saindo de seu couro cabeludo e da região lombar.

Já tentou diversos tratamentos dermatológicos de uso tópico e via oral, como anti-histamínicos e corticoesteroides, porém sem melhora. A acompanhante refere que ninguém consegue enxergá-los além do paciente, e que este chega a se machucar ao se coçar, demandando tempo diário procurando em seus pertences, e em móveis da casa possíveis locais onde poderiam habitar, e não entende como a infestação ocorreu.

O paciente é tabagista desde os 8 anos de idade (aproximadamente 1 maço ao dia), fez uso recreativo de álcool interrompido há 15 anos, hipertenso controlado com enalapril, hidroclorotiazida e anlodipino. Sem antecedentes psiquiátricos prévios.

Exame neurológico sem alterações, não apresenta lesões ou corpo estranho em pele mesmo o paciente dizendo que os visualiza. Sem alterações nos demais aparelhos. O mini exame do estado mental apresentou 23 pontos (devido baixa acuidade visual, catarata).

Ao exame psíquico, paciente apresenta-se consciente, vigil, eufórico com humor e afeto congruentes, eufórico, pragmatismo preservado, sem alterações de sono e apetite. Memória e atenção sem alterações, pensamento linear organizado. Estão presentes alucinações visuais e táteis, delírio de conteúdo de infestação parasitária. Juízo crítico de realidade e morbidade prejudicados.

Após a avaliação clínica, de acordo com o DSM-5 o paciente apresentava Transtorno Delirante do tipo somático com delírios de infestação, correspondente no CID-10 como F22.0. Foram solicitados exames complementares laboratoriais e de imagem, e prescrito risperidona 2mg 1 comprimido à noite.

## DISCUSSÃO

Segundo o DSM-5, o transtorno delirante tem a característica de apresentar um delírio estruturado em algum tema específico durante pelo menos 1 mês, e quando presentes, as alucinações acompanham a crença delirante<sup>1</sup>. No caso relatado, o tema é de infestação parasitária, e de causa primária, uma vez que o paciente não apresentava comorbidades clínicas ou alterações nos exames complementares que sugerissem causa secundária.

Realizado o diagnóstico, o tratamento farmacológico instituído de acordo com as evidências abrange o uso de antipsicóticos como a pimozida, haloperidol, sulpirida, amisulpirida e a risperidona<sup>11-13</sup>. Sendo a pimozida mais observada na literatura internacional<sup>14</sup>. Foi optado pela risperidona 1mg, pensando na metabolização mais lentificada no idoso e evitar efeitos extrapiramidais. O paciente apresentou remissão completa dos sintomas delirantes e das alucinações 5 meses após o tratamento, com a mesma dose prescrita, evitando-se o aumento pela senilidade do paciente. Mantendo a remissão até janeiro de 2018, constatada pelo discurso de que os “bichos” tinham deixado o seu corpo, e observado pela família que não estava mais se coçando ou procurando os parasitas pela casa.

## CONCLUSÃO

A síndrome de Ekbom é rara, com poucos relatos na literatura, sendo os relatos de casos importantes ferramentas para divulgação e contribuição científica<sup>10,14</sup>. Devido a raridade do quadro, a dificuldade no diagnóstico e a importância de seu tratamento adequado, visto que há resistência do paciente em procurar ajuda da psiquiatria<sup>15</sup>, este estudo evidenciou uma resposta eficaz da risperidona no tratamento, uma vez que a pimozida é a que possui mais relatos<sup>14</sup>, e no paciente idoso propicia menos efeitos extrapiramidais em dose baixa, e menor interação cardiovascular e metabólica<sup>13</sup>.

Artigo submetido em 19/06/2018, aceito em 16/07/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Pedro Lautenschlager Teixeira, Rua Felice Constantino Mastrococo, 106, ap. 35, Jardim do Sul, CEP 12916-570, Bragança Paulista, SP. E-mail: pedro.schlager@gmail.com

### Referências

1. Kaplan H, Sadock B. Compêndio de psiquiatria. 11<sup>a</sup> ed. Porto alegre: Artmed; 2017.
2. Munoz H, Bayona L. [Ekbom syndrome: apropos of a case]. Rev Colomb Psiquiatr. 2015;44:61-5.
3. Vidal CEL, Barbosa TSO, Nunes AR, Souza CSF. Delírio de Infestação parasitária e transtorno bipolar: relato de caso. Rev Psiquiatr Rio Gs Sul. 2009;31:79-81.
4. Pérez de Arce E, Rosset D, Arcos M, Castillo D, Gil C, Beltrán C, et al. [Delusional parasitosis intestinal and dermatological: clinical cases]. Rev Chilena Infectol. 2017;34:276-9.
5. Amancio EJ, Peluso CM, Santos ACG, Magalhães CCP, Pires MFC, Dias APP, et al. Síndrome de Ekbom e torcicolo espasmódico: relato de caso. Arq Neuro-Psiquiatr. 2002;60:155-8.
6. Lepping P, Russel I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. Br J Psychiatry. 2007;191:198-205.
7. Situm M, Dediol I, Buljan M, Živković MV, Buljan D. Delusion of parasitosis: case report and current concept of management. Acta Dermatovenerol Croat. 2011;19:110-6.
8. Alves CJM, Martelli ACC, Fogagnolo L, Nassif PW. Síndrome de Ekbom secundária a transtorno orgânico: relato de três casos. An Bras Dermatol. 2010;85:541-4.
9. Goi PD, Scharlau CT. Síndrome de Ekbom acompanhada de automutilação. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2007;29:97-9.
10. Dias AB, Bazzano BAV, Palhares MB Jr. Revisão sistemática: casos clínicos de delírio de parasitose. Rev Uninga. 2015;45:56-9.
11. Generali JA, Cada DJ. Pimozide: parasitosis (delusional). Hosp Pharm. 2014;49:134-5.
12. Takahashi T, Ozawa H, Inuzuka S, Harada Y, Hanihara T, Amano N. Sulpiride for treatment of delusion of parasitosis. Psychiatry Clin Neurosci. 2003;57:552-3.
13. Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos: consulta rápida. 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre, Artmed; 2015.
14. Winsten M. Delusional parasitosis: a practical guide for the family practitioner in evaluation and treatment strategies. J Am Osteopath Assoc. 1997;97:95-9.
15. Elena M, Barreras R, Mantecón Fernández B, Capó de Paz V, Almeida Lorente JM, González Rubio D, et al. [Delusional parasitosis: apropos of a case]. Rev Cubana Med Trop. 2005;57:233-6.

# Alcance o público certo!

## **INVISTA** ↑ NA SUA ASSOCIAÇÃO NO SEU NEGÓCIO

Se você tem uma clínica ou deseja divulgar seu negócio, aproveite, você também pode utilizar nossas mídias e publicações para isso!

PREÇO ESPECIAL PARA DATAS COMEMORATIVAS



Entre em contato: [comercial@abp.org.br](mailto:comercial@abp.org.br)





# XXXVI CBP CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

17 a 20 de Outubro de 2018

Diretrizes para um modelo de assistência  
psiquiátrica no Brasil, isso é possível?



# XXX CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSIQUIATRÍA

17 a 19 de octubre de 2018

"Psiquiatria Global de las Américas:  
diversidad cultural, desafiando el estigma, con equidad"

# 17 A 20 OUTUBRO DE 2018

CENTRO INTERNACIONAL  
DE CONVENÇÕES  
DO BRASIL - BRASÍLIA



## PÚBLICO ALVO

*Psiquiatras  
Médicos de outras especialidades  
Estudantes (graduação e pós graduação)  
Profissionais da área da saúde  
Profissionais Relacionados*

Inscrições em: [cbpabp.org.br](http://cbpabp.org.br)

Siga nossas redes sociais



PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO



INSTITUIÇÕES PARCEIRAS



APOIO



AFILIADA À







# Latuda®

cloridrato de lurasidona

TREAT THE  
**MIND**  
RESPECT THE  
**BODY**®

## Eficácia e tolerabilidade no tratamento da depressão bipolar\*1-3

- **Potência** na redução dos sintomas depressivos em **monoterapia ou associação** com lítio e valproato (MADRS; HAMA).<sup>1,2</sup>
- **Sem alterações metabólicas e de peso** significativas no curto e longo prazos.<sup>1-3</sup>
- **1x ao dia.**<sup>4</sup>
- **Não necessita de titulação.**<sup>4</sup>

\*Depressão bipolar tipo I

**Referências bibliográficas:** 1. Loebel A, et al. Lurasidone monotherapy in the treatment of bipolar I depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2014;171(2):160-168. 2. Loebel A, et al. Lurasidone as adjunctive therapy with lithium or valproate for the treatment of bipolar I depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2014;171(2):169-177. 3. Ketter TA, et al; Lurasidone in the long-term treatment of patients with bipolar disorder: a 24-week open-label extension study. *Depress Anxiety*. 2016;33(5):424-34. 4. Bula do produto.

**Latuda® (cloridrato de lurasidona).** **INDICAÇÕES:** Tratamento da esquizofrenia e dos episódios depressivos associados ao transtorno bipolar I (depressão bipolar) em monoterapia ou associada com lítio ou valproato.

**CONTRAINDICAÇÕES:** **alergia a qualquer componente da fórmula;** uso concomitante de inibidores potentes da CYP3A4 (ex: cetoconazol) e ; uso concomitante de indutor potente da CYP3A4 (ex: rifampicina). **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** não deve ser utilizada em pacientes idosos com Psicose Relacionada a Demência. Deve ser descontinuada em casos de Síndrome Neuroleptica Maligna, Discinesia Tardia, queda de leucócitos desde que ausentes outros fatores causadores ou como neutropenia grave. Deve ser usada com cautela em pacientes em condições que predisõem à hipotensão. Deve ser utilizada com cautela em pacientes com história de convulsão ou em condições que diminuem o limiar convulsivo. **Gravidez e amamentação:** só deve ser utilizada durante se o benefício justificar o risco potencial para o feto. **População pediátrica:** A segurança e eficácia em pacientes pediátricos ainda não foram estabelecidas.

**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: inibidores e indutores da enzima CYP3A4.** Interações com alimentos: Toranja (suco e fruta) deve ser evitada. **Interações com o álcool:** não são conhecidas interações entre o medicamento e o álcool. **REAÇÕES ADVERSAS: Estudos clínicos:** Reações muito comuns: acatasia, sonolência, náusea, insônia, parkinsonismo e cefaleia. **Reações comuns:** agitação, ansiedade, dor nas costas, prolactina sérica aumentada, CPK aumentada, apetite reduzido, diarreia, tontura, distonia, dispepsia, erupção cutânea (rash), inquietação, hipersalivação, vômitos e aumento de peso. **Reações incomuns:** sonhos anormais, dor abdominal, amenorreia, anemia, bloqueio AV de 1º grau, triglicérides séricos aumentados, bradicardia, disartria, disúria, dismenorreia, disfunção erétil, gastrite, hipoestesia, pânico, prurido, hipotensão ortostática, distúrbio do sono, ideação suicida, síncope, taquicardia, discinesia tardia, urticária e vertigem. **Reações raras:** angina pectoris, angioedema, visão turva, dor no peito, acidente vascular cerebral, ginecomastia, disfagia, galactorreia, leucopenia, neutropenia, síndrome neuroleptica maligna, falência renal aguda, rabdomiólise, convulsões, morte súbita; **freqüência desconhecida:** hipersensibilidade. Pós-comercialização: freqüência desconhecida: hipersensibilidade. **POSOLOGIA:** deve ser administrada com alimentos (no mínimo 350 calorias). A titulação de dose inicial não é necessária. **Esquizofrenia:** dose inicial recomendada é de 40 mg uma vez ao dia; dose máxima recomendada é de 160 mg por dia. Pacientes devem ser tratados com a menor dose efetiva. **Troca de Antipsicóticos:** dose inicial recomendada é de 40 mg/dia. **Episódios Depressivos Associados ao Transtorno Bipolar I:** dose inicial recomendada é de 20 mg uma vez ao dia em monoterapia ou em terapia adjuvante com lítio ou valproato. **Comprometimento renal:** recomenda-se ajuste da dose em pacientes com comprometimento renal moderado e grave; dose inicial recomendada é de 20 mg; a dose não deve exceder 80 mg/dia. **Comprometimento hepático:** recomenda-se ajuste da dose em pacientes com comprometimento hepático moderado; a dose inicial recomendada é de 20 mg; a dose não deve exceder 80 mg/dia. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. Reg M.S.: 1.0454.0184. Farm. Responsável: Dr. Eduardo Mascari Tozzi – CRF-SP 38.995. Importado e Registrado por:** Daiichi Sankyo Brasil Farmacêutica Ltda. Serviço de Atendimento ao Consumidor: 08000-556596. MB\_02.

**Latuda é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.**

**SAC**  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR.  
**08000 556596**

Material destinado exclusivamente à classe médica.  
LT(06) Março/2018 - 550569

  
Daiichi-Sankyo