

EDITORIAIS

Nova seção de Debates.....	3
<i>Eduardo Passos</i>	
Um convite aos leitores.....	5
<i>Sérgio Pinto Machado</i>	
O Serviço de Psiquiatria.....	6
<i>Rogério Wolf de Aguiar</i>	
Unidade na diversidade.....	7
<i>Paulo Abreu</i>	

ARTIGOS ORIGINAIS

Desenvolvimento e aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100).....	9
Development and application of the Portuguese version of the instrument for assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)	
<i>Marcelo Fleck, Sérgio Louzada, Marta Xavier, Eduardo Chachamovich, Guilherme Vieira, Lissandra Santos, Vanessa Pinzon</i>	
Terapia comportamental associada a psicofarmacoterapia em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo aberto.....	25
Behavior theory associated with psychopharmacotherapy in patients with obsessive-compulsive disorder: an open study	
<i>Aristides V. Cordioli, Luciana Nerung, Lucia H.F. Ceitlin, Nyvea O. Souza</i>	
Relação entre eventos vitais e história de ansiedade na infância, história familiar de ansiedade e curso do transtorno do pânico	
Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder.....	31
<i>Gisele Gus Manfro, Michael W. Otto, Eliza T. McArdle, John J. Worthington III, Jerrold F. Rosenbaum, Mark H. Pollack</i>	
Perfil epidemiológico do câncer de laringe no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	39
Epidemiological profile of laryngeal cancer in Hospital de Clínicas de Porto Alegre	
<i>Andréa M. Campagnolo, Sady S. da Costa, Osvaldo B. Müller</i>	
Dados epidemiológicos do câncer de colo uterino no Rio Grande do Sul.....	48
Epidemiological data of uterine cervical cancer in Rio Grande do Sul	
<i>João Carlos Prolla, Judite Dietz, Ada R. S. Diehl, Andrea Campagnolo</i>	

Ânus anterior: está ou não associado com a constipação crônica na criança?..56
Is anterior anus associated to chronic constipation in children?
*Lúcia H.S. Kuwe, Letícia R. Machado, Elza D. Mello, Sandra M.G. Vieira,
Rosemeri Alves, Silmara S. Maia, Wilma A.S. Souza, Themis R. da Silveira*

ARTIGOS ESPECIAIS

Psicoterapia das depressões.....62
Depression psychotherapy
Sidnei Schestatsky, Marcelo Fleck

Avaliação e tratamento psiquiátrico do paciente com dor crônica.....71
Psychiatric assessment and treatment of chronic pain patients
Rogério W. de Aguiar, Lorena Caleffi

Psychoanalysis and culture: some contemporary challenges.....81
Psicanálise e cultura: desafios da contemporaneidade
Cláudio L. Eizirik

RELATOS DE CASO

A comunidade terapêutica como modalidade de tratamento para dependentes
químicos: relato de uma observação participante.....91
Therapeutic community as a modality of treatment for chemical dependent
patients: a report by two participant observers
Cátia O. Mello, Flavio Pechansky, James A. Inciardi, Hilary Surrat

Ambulatório Pais-Bebês: experiência em um hospital escola.....108
*Maria L.S. Zavaschi, Flavia Costa, Carla Brunstein, Alceu G.C. Filho, Heloisa
Zimmermann, Betina C. Kruter, Cláudia H. G. Estrella*

Insuficiência renal aguda por sulfadiazina: relato de caso.....117
Acute renal failure due to sulfadiazine: case report
*Raimar Weber, Simone B. Matiotti, André S. Gomes,
Fernando S. Thomé, Elvino Barros*

DEBATES

O princípio da autonomia dos doentes e suas relações com
o ordenamento jurídico.....123
The principle of patient autonomy and its relations with the law
Francisco S. Benfica

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....129

GUIDELINES FOR MANUSCRIPT SUBMISSION.....135

Nova seção de Debates

Todo Hospital Universitário traz em sua base a idéia de assistência, ensino e pesquisa. Porém, nitidamente, nosso Hospital tem uma amplitude maior. Apresentamos programas comunitários, levamos informação e nossas pesquisas têm aplicação na sociedade. Procuramos, apesar dos recursos exíguos, levar a bom termo nossas iniciativas.

Nossos profissionais respondem prontamente ao estímulo de trabalho e participação. Assim está sendo com a Revista HCPA. A participação dos editores associados trouxe um caráter de organização e qualidade científica que permite ser uma revista com artigos originais contemplando o que é feito pelos profissionais que se dispõem a divulgar suas pesquisas e revisões de qualidade que atendem o clínico que merece ter sua atualização assegurada através de uma única revista. Por isso temos tido pedidos de assinatura e maiores interessados em ter a Revista HCPA regularmente.

Esta edição traz inovações em nossa organização como revista. Além do investimento em artigos originais foi colocada uma sessão de debates aonde pretendemos desenvolver um fórum para os assuntos mais controversos. Nossa idéia é colocar os temas a serem debatidos na Internet e recebendo artigos que contemplem o debate publica-los para ampla divulgação dos mesmos.

Continuem participando da Revista que agora tem, através da Internet, sua divulgação assegurada.

The concept of a University Hospital implies the ideas of assistance, teaching and research. However, it is clear that the concept behind Hospital de Clínicas de Porto Alegre is much wider. At our Hospital, we are also concerned with community programs, with sharing pertinent information, and with developing projects that are important for the communities that we serve. Despite the tight resources, we work hard to complete the projects we start.

In our experience with Revista HCPA, we have noticed that HCPA staff are ready to respond promptly to the challenges they are presented with. This is reflected in the enthusiasm with which our colleagues have accepted the task of Associate Editor, helping to organize each issue of our journal around a specific topic. The participation of these Associate Editors has meant more consistency and higher scientific content, with more original, experimental, work. Also, it has given more visibility to the research developed in our Institution, and has ensured space for relevant clinical reviews. Therefore, Revista HCPA has recently been receiving a larger number of inquiries and requests for regular subscriptions.

In the present issue, Revista HCPA introduces a new section, called Debates. We hope the articles published in this section will stimulate people to respond with opinions and data. From now on, several topics will be posted at our Internet site, so that people can refer to them and send articles, letters, etc., for publication in future issues. We hope to hear from you too!

Eduardo Passos
Editor

Um convite aos leitores

É elogiável a iniciativa da Comissão Editorial da Revista HCPA de produzir números especiais dedicados a diferentes áreas do conhecimento em saúde. Imagino que se trata de uma tarefa ao mesmo tempo difícil e fascinante, pois é necessário harmonizar, em uma linha permanente de crescimento, a evolução da instituição como um todo e seus diferentes componentes setoriais. É, em um plano mais amplo, o exercício da dialética individual-grupal. É a arte de se saber separar, dividir, destacar, mas mantendo a harmonia, a funcionalidade, a integração e a unidade. O próprio Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas segue esta linha, e não por acaso recebe o título de Crescimento Integrado.

No caso específico da presente edição, que é dedicada à Psiquiatria, recebi com muita satisfação o convite para a elaboração deste editorial, uma vez que minha relação com a especialidade no Hospital de Clínicas e na Faculdade de Medicina é antiga e profícua. Tive a ventura de liderar o histórico movimento de colegas do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, que culminou com nossa total integração com o Hospital de Clínicas, marcada pela criação do Serviço de Psiquiatria da instituição, em 2 de abril de 1984.

Nestes 15 anos, muitas foram as experiências vividas e grande foi o crescimento da especialidade no Hospital de Clínicas, que se consolidou nos níveis assistencial, de ensino e de pesquisa. Hoje, o HCPA não só atende destacadamente demandas de saúde mental da população, como proporciona o cumprimento das metas acadêmicas do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, forma pessoal e contribui, decisivamente, para a evolução do conhecimento científico na área.

Nada mais oportuno, portanto, do que esta edição da Revista. Suas páginas são um convite para conhecer trabalhos pioneiros em desenvolvimento na especialidade, que revelam o alto nível científico alcançado.

Sérgio Pinto Machado
Presidente, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O Serviço de Psiquiatria

Este número da Revista do HCPA dedicado à psiquiatria tem um significado muito especial. Não é apenas uma especialidade médica que expõe seus trabalhos. A história de isolamento da psiquiatria nos grandes manicômios e nos hospícios faz deste número um evento especial. Sua inserção no hospital geral aproximou a psiquiatria das demais especialidades médicas. A metodologia das pesquisas tem dado um caráter mais científico ao conhecimento psiquiátrico. Ao mesmo tempo, a experiência clínica acumulada em psicoterapia e no exercício da interdisciplinaridade traz ao campo médico um conhecimento novo que o enriquece também.

Além de uma unidade de internação e de um ambulatório, o Serviço de Psiquiatria estabelece várias conexões com as demais especialidades através da interconsulta. Esta tem aberto um ramo novo do conhecimento. Muitos pacientes com comorbidade têm sido diagnosticados e tratados com maior propriedade. O treinamento dos futuros médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde tem ocorrido no contexto de uma visão mais global do ser humano.

O Serviço de Psiquiatria é sede de treinamento do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal e está ligado ao Centro de Estudos Luis Guedes, que engloba uma biblioteca com mais de 3500 livros, assina mais de 15 revistas nacionais e internacionais e organiza eventos científicos de expressão maior na especialidade.

Seus programas especializados atendem e desenvolvem pesquisas de ponta em esquizofrenia, transtornos do humor e de ansiedade, psicofarmacoterapia, estudo sobre a dor, psicoterapia e outros. Seus professores têm publicado artigos, capítulos e livros na área da saúde mental e têm participado de Congressos Científicos em todo o mundo. Têm sido freqüentemente solicitados a assessorar as autoridades em saúde no Estado e no País.

A Residência em Psiquiatria é reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica. O Departamento mantém associado um Curso de Especialização em Psiquiatria há mais de 40 anos, sendo o mais antigo em atividade ininterrupta no Brasil. Está também na iminência de iniciar seu Mestrado e Doutorado, no ano 2000.

Rogério Wolf de Aguiar
Chefe, Serviço de Psiquiatria
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Unidade na diversidade

Unidade na Diversidade. Este slogan do Chefe do Serviço de Psiquiatria por ocasião de sua recente gestão na associação Brasileira de Psiquiatria é bastante ilustrativo da seqüência de trabalhos reunidos neste número especial da Revista HCPA. Os trabalhos refletem simultaneamente a diversidade do corpo clínico do serviço e sua unidade em torno das missões básicas do Hospital, de geração de conhecimentos sobre ocorrência de doenças, dos fatores que afetam sua distribuição, de seus mecanismos patológicos e mecanismos de tratamento e reabilitação e sua multiplicação através do ensino graduado e pós-graduado e do desenvolvimento de modelos integrados de investigação e assistência. No presente número vocês verão descritas investigações de modelos etiológicos de doenças, relação do conhecimento psiquiátrico contemporâneo e cultura, o trabalho de categorização de novos desfechos de doenças e tratamentos, e a descrição de diferentes modelos de tratamento para transtornos mentais de maior prevalência e importância clínica-epidemiológica, estruturados a partir de diferentes modelos (biomédico, psicodinâmico e cognitivo-comportamental).

Fleck e colaboradores (Desenvolvimento e aplicação da versão em português do instrumento da avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde) expõem a metodologia e os resultados de sua investigação pioneira no desenvolvimento junto à Organização Mundial de Saúde de um instrumento de medida da qualidade de vida (Q.V.) das pessoas adaptado às características da população brasileira. O conceito de QV muitas vezes tem sido empregado de forma retórica sem adequada sistematização e verificação de validade e confiabilidade. Ao mesmo tempo cada vez mais é descrito como um novo desfecho de tratamentos, ao lado de alta, reabilitação, controle de sintomas, redução de dias de hospitalização, de licença médica, etc. Fleck e colegas nos trazem de forma clara e precisa o método de desenvolvimento de uma forma operacional de medida de resultados, aplicável a qualquer contexto biomédico, não só o psiquiátrico.

Manfro e colegas (Relação entre eventos vitais e história da ansiedade na infância, história familiar de ansiedade e curso do transtorno do pânico) descrevem uma investigação sobre a associação entre eventos vitais precoces na vida do indivíduo e a ocorrência de transtornos de ansiedade (no caso, de pânico) na vida adulta. Na verdade uma dentro de uma série de pesquisas desenvolvidas pela autora, a presente investigação levanta evidências clínico-epidemiológicas de que os adultos portadores de transtornos de pânico possuem em sua biografia um excesso de eventos vitais adversos em sua infância. Em estudos posteriores a autora demonstrou perfil imunológico diferente nos portadores deste transtorno, completando empiricamente evidências de interação entre ambiente precoce, estresse e vulnerabilidade a doenças mentais mais tarde na vida.

Eizerik (Psychoanalysis and culture: some contemporary challenges.) nos fala dos desafios contemporâneos da contribuição e interação entre psiquiatria e psicanálise e cultura, ainda intrigantes e instigantes no ano em

que a psicanálise completa cem anos, demonstrando que os conhecimentos da mesma ainda estão longe de se esgotar, mesmo neste final de século com o anunciado fim da história, do estudo do metabolismo cerebral em minúcia por métodos de neuroimagem, e do desenvolvimento de drogas que afetam pensamentos, emoções e comportamentos.

Aguiar e Caleffi (*Avaliação e tratamento psiquiátrico do paciente com dor crônica*) nos dão exemplos de abordagem integrada do paciente com dor crônica, que está presente no dia-dia do trabalho de qualquer profissional da área biomédica. Integrada na investigação e no manejo, onde em ambos se faz necessária a atuação simultânea de múltiplos profissionais visando outros desfechos além da remoção da dor, como a melhora da qualidade de vida.

Mello e colegas (*A comunidade terapêutica como modalidade de tratamento para dependentes químicos: relato de uma observação participante*) nos descrevem sua experiência pessoal em um modelo fechado de tratamento cognitivo-comportamental de abusadores de drogas em um presídio norte-americano, com ênfase no papel modelador de comportamento do modelo de comunidade terapêutica. Neste são revidados os ingredientes que seguem atuais da comunidade terapêutica, na primeira intervenção do gênero desenvolvida e aplicada por um Universidade em sistema penitenciário. Com isto mostram também o potencial criativo das Universidades e Centros de pesquisa fora de seus muros tradicionais, igualmente aplicável ao HCPA.

Cordioli e colegas (*Terapia comportamental associada a psicofarmacoterapia em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo aberto*) nos possibilitam uma visão mais integrada do fenômeno clínico das obsessões e compulsões, em sua neurobiologia e tratamento, onde descrevem o efeito de uma abordagem efetuada no HCPA de intervenção simultânea com drogas e técnicas psicoterápicas cognitivo-comportamentais.

Schestatski e Fleck (*Psicoterapia das depressões*) revisam os aspectos essenciais da abordagem psicoterápica das depressões, separando o que é dispensável e o que é essencial como ingrediente terapêutico, e assim nos fornecendo um roteiro prático de intervenção deste problema.

Em suma, diferentes estudos, sob diferentes modelos teóricos e metodologias, mostrando que a capacidade de integração de diferentes modelos na busca de um maior conhecimento e maior resolutividade dos problemas de saúde mental. Esperamos que seja de bom proveito para os leitores.

Paulo Abreu
Serviço de Psiquiatria
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Editor Associado

Desenvolvimento e aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)

**Marcelo Fleck¹, Sérgio Louzada², Marta Xavier²,
Eduardo Chachamovich³, Guilherme Vieira⁴,
Lissandra Santos⁵, Vanessa Pinzon⁵**

OBJETIVO: A Organização Mundial da Saúde desenvolveu um instrumento para avaliação de qualidade de vida através de um projeto colaborativo multicêntrico. São descritas a metodologia e as diferentes etapas de desenvolvimento do instrumento original. A seguir é apresentado o desenvolvimento da versão em português e a aplicação deste em uma amostra de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre, sul do Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS: Através de uma metodologia própria foi realizada a tradução, discussão em grupos focais com membros da comunidade, pacientes e profissionais de saúde seguida de retrotradução.

RESULTADOS: O Instrumento mostrou um bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

CONCLUSÕES: Os autores concluem que o instrumento está em condições de ser usado no Brasil, sendo importante avaliar seu desempenho em outras regiões e em diferentes amostras de indivíduos.

Unitermos: Qualidade de vida; Organização Mundial da Saúde; transcultural; validade; escala de avaliação.

Development and application of the Portuguese version of the instrument for assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)

OBJECTIVE: The World Health Organization developed an instrument to assess quality of life in the framework of a collaborative multicentric project. The methodology and the different stages of developing the original instrument are described. Next, the developing of the portuguese version is presented as well as its application in 300 patients in Porto Alegre, south Brazil.

MATERIALS AND METHODS: Through a singular methodology, translation, discussion

¹ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Dr. Marcelo Pio de A. Fleck, Rua Ramiro Barcellos 2350, 4º andar, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. e-mail: mfleck@voyager.com.br.

² Médico Psiquiatra.

³ Residência em Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁴ Residência em Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico São Pedro.

⁵ Médico.

in focal groups with community members, patients and health professionals was performed followed by back translation.

RESULTS: The instrument showed a good psychometric performance with good internal consistency, discriminant validity, criterion validity, concurrent validity and reliability.

CONCLUSIONS: The authors concluded showing that the instrument is ready to be used in Brazil, being important to evaluate its performance in other regions and different samples.

Key-words: Quality of life; World Health Organization; cross-cultural; validity; rating scale.

Revista HCPA 1999;19(1):9-24

Introdução

A Organização Mundial da Saúde definiu saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença...”. No entanto, as diferentes áreas da Medicina sempre priorizaram o estudo da doença e das formas de avaliar sua frequência e intensidade.

Recentemente tem havido uma busca no sentido de desenvolver instrumentos que avaliem bem estar e qualidade de vida. Na sua grande maioria, estes instrumentos são desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países. A utilização destes instrumentos em culturas diferentes tem sido objeto de críticas (1).

A busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração do World Health Organization Quality Of Life Measurement Instrument, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens.

O grupo de qualidade de vida da OMS, sob a coordenação do Dr. John Orley, definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (2). O reconhecimento da multidimensionalidade do construto “qualidade de vida” refletiu-se na

estrutura do instrumento, baseada em seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade.

O instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS está atualmente disponível em 20 idiomas diferentes.

O objetivo deste trabalho é descrever a metodologia utilizada pela OMS para desenvolver o WHOQOL-100, apresentar o desenvolvimento de sua versão em português e mostrar a aplicação do teste de campo do WHOQOL-100 em uma amostra de pacientes da cidade de Porto Alegre, RS.

O desenvolvimento do WHOQOL-100

Os estágios do desenvolvimento do WHOQOL-100 estão descritos de forma mais detalhada em outros documentos da Organização Mundial da Saúde (2-12). A tabela 1 resume os diferentes estágios.

Clarificação do conceito

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao construto “qualidade de vida” foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas: 1) subjetividade; 2) multi-dimensionalidade; 3) presença de dimensões positivas (por exemplo: mobilidade) e negativas (por exemplo: dor).

O reconhecimento da multi-dimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em seis domínios.

Tabela 1. Estágios no desenvolvimento do WHOQOL-100 (Grupo WHOQOL, 1995)

Estágio	Método	Produto	Objetivos
1) Clarificação do conceito	Revisão por especialistas internacionais	Definição de qualidade de vida - Definição de um protocolo para o estudo	Estabelecimento de um consenso para definição de qualidade de vida e para uma abordagem internacional da avaliação de qualidade de vida
2) Estudo piloto qualitativo	Revisão por especialistas Grupos focais Painel escrito de especialistas e leigos	Definição de domínios e subdomínios Elaboração de um conjunto de questões	Exploração do conceito de qualidade de vida através das culturas e geração de questões
3) Desenvolvimento de um piloto	Administração do WHOQOL piloto em 15 centros para 250 pacientes e 50 normais	Padronização de um questionário de 300 questões	Refinamento da estrutura do WHOQOL. Redução do conjunto de questões.
4) Teste de campo	Aplicação em grupo homogêneos de pacientes	Estrutura comum de domínios Conjunto de 100 questões Escala de respostas equivalentes nas diferentes línguas	Estabelecimento de propriedades psicométricas do WHOQOL.

Estudo piloto qualitativo

Os investigadores principais e consultores de cada centro relacionaram uma lista de domínios e subdomínios (facetas) para serem discutidos através da técnica de grupo focal com diferentes amostras nos diferentes centros, utilizando indivíduos normais, indivíduos portadores de doença e profissionais de saúde. Quinze centros em todo o mundo estiveram envolvidos nesta etapa. O centro brasileiro não participou desta.

Os grupos focais foram realizados com seis a oito indivíduos com características demográficas representativas da população alvo, discutindo-se de que forma cada faceta interferia com a sua qualidade de vida e qual a melhor forma de perguntar sobre cada uma das facetas. Foram realizados painéis para redação

das questões que incluíam o investigador principal do centro, os moderadores dos grupos focais além de uma pessoa leiga para assegurar que as questões eram formuladas com uma linguagem natural e compreensível.

As sugestões provenientes de todos os centros foram reunidas, perfazendo aproximadamente 1800 questões. Estas foram analisadas em relação à qualidade semântica e a quanto interferem na qualidade de vida. A combinação da classificação das perguntas de todos os centros permitiu que 235 questões fossem selecionadas.

As questões do WHOQOL foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). Os pontos âncora são

Tabela 2. Metodologia para desenvolvimento das escalas de respostas do WHOQOL-100

Definição das palavras âncoras para cada uma das escalas (intensidade, capacidade, frequência e avaliação).

Seleção de 15 palavras com significados intermediários entre os dois pontos âncoras através de dicionários, literatura e outros instrumentos psicométricos (por exemplo: escala de intensidade: âncora 0% = nada ; âncora 100% = extremamente; palavras selecionadas: quase nada, levemente, pouco, ligeiramente, nem muito nem pouco, moderadamente, razoavelmente etc.)

Confecção de uma escala visual analógica de 100 mm para cada uma das palavras selecionadas.

Aplicação das escalas em 20 indivíduos representativos da população que procura o serviço de saúde em questão.

Seleção das palavras que tiveram média entre 20 - 30 mm (25%), entre 45 - 55mm (50%) e entre 70 - 80 mm (75%). Se mais de uma palavra ficou com média entre as faixas acima, seleciona-se a de menor desvio padrão.

Verificação da característica ordinal da escala em 10 indivíduos que ordenam as palavras sorteadas entre as duas palavras âncoras.

de fácil tradução nas diferentes línguas, porém a escolha dos termos intermediários apresenta dificuldades de equivalência semântica. A escolha das três palavras entre os dois pontos âncoras seguiram metodologia descrita na tabela 2.

Desenvolvimento de um teste piloto

O instrumento piloto do WHOQOL 100 tinha 235 questões que avaliavam 29 facetas de qualidade de vida. A testagem deste instrumento envolveu a aplicação em 250 pacientes e 50 normais em 15 centros (n=4500). O plano de análise destes dados visava examinar a validade de construto das facetas e domínios do WHOQOL, selecionar as melhores questões para cada faceta e estabelecer a consistência interna e validade discriminante do instrumento. Estas análises resultaram na composição final do instrumento com 100 questões.

Teste de campo

O quarto estágio consistiu em estabelecer a sensibilidade à mudança, confiabilidade teste-reteste, validade de critério, especificamente

com relação a validade convergente, discriminante e validade preditiva. A versão do WHOQOL foi a versão com 100 questões com escores de seis domínios e 24 facetas (tabela 3).

A inclusão de novos centros

Após a elaboração do WHOQOL-100, novos centros foram admitidos. Para as novas versões, foi estabelecida pelo grupo WHOQOL uma metodologia que consistia das etapas, descritas a seguir.

Tradução do instrumento

A Organização Mundial da Saúde vem acumulando uma considerável experiência na tradução de instrumento de saúde (13). Esta metodologia apresenta vantagens em relação àquela da tradução simples ou da tradução-retrotradução. Esta metodologia é descrita na tabela 4.

Preparação do teste piloto

A versão do WHOQOL-100 é discutida nos grupos focais do novo centro. Os grupos

Tabela 3. Domínios e facetas do WHOQOL

Domínio I - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Domínio II - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

Domínio III - Nível de Independência

9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio IV - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio V- Ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais : disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Domínio VI- Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

focais devem ser compostos por seis a oito indivíduos representativos da população do centro em questão, em relação a sexo, idade, nível educacional, nível sócioeconômico,

estado civil e grupo étnico. Três categorias diferentes devem ser estudadas em cada centro, com dois grupos focais por categoria:

a) Pessoas em contato com um serviço de saúde: pacientes com doenças agudas, crônicas, pacientes ambulatoriais e internados

b) Pessoas da população geral incluindo cuidadores informais: pessoas que representam a população "normal", bem como indivíduos que cuidam de pessoas "doentes".

c) Profissionais da área de saúde: enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e médicos que trabalham no hospital participante. Devem discutir a qualidade de vida dos pacientes sob seus cuidados.

Os grupos focais dos novos centros podem propor questões adicionais para facetas já existentes ou novas facetas adicionais. As novas facetas devem ser acompanhadas de uma definição e de pelo menos quatro questões para serem investigadas.

1) Desenvolvimento das escalas de respostas: as escalas de respostas referentes aos quatro tipos básicos de questão (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) devem ser desenvolvidas na língua do centro, utilizando a metodologia descrita na tabela 4.

2) Administração do piloto: o instrumento deve ser aplicado em 300 pessoas adultas, sendo o termo "adulto" culturalmente definido. Em relação a idade, 50% devem ter menos que 45 anos, 50% devem ser do sexo masculino, 250 devem ser pacientes e 50 normais. É importante que a amostra seja composta por pacientes com diferentes níveis de qualidade de vida. Uma forma de obter esta amostra é incluindo pacientes com doenças crônicas severas, algumas pessoas com doença mais leves, transitórias, e outras procurando por condições que em nada modificariam sua qualidade de vida. Um mínimo de 50 pessoas (25 "normais" e 25 "doentes") cujo estado de saúde é improvável de mudar substancialmente no decorrer de 2 semanas deverá ser seguido e retestado.

Tabela 4. Metodologia de tradução da OMS

- 1) Tradução por tradutor com entendimento detalhado do instrumento.
- 2) Revisão da tradução por um grupo bilíngüe composto por entrevistadores, clínicos e antropólogos.
- 3) Revisão por um grupo monolíngüe representativo da população onde o instrumento vai ser aplicado.
- 4) Revisão pelo grupo bilíngüe para incorporação das sugestões do grupo monolíngüe.
- 5) Retrotradução por tradutor independente.
- 6) Reavaliação da retrotradução pelo grupo bilíngüe. Qualquer diferença significativa é revisada interativamente.

O desenvolvimento da versão em português do WHOQOL-100

A versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Método

A tradução do instrumento

A tradução para o português foi realizada seguindo metodologia apresentada na tabela 4. A tradução inicial foi realizada por um tradutor com familiaridade com tradução de instrumentos e conhecedor da literatura referente a ciências sociais. A seguir foi realizado um painel bilíngüe composto por um psiquiatra professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, uma professora de antropologia da mesma Universidade e três residentes em psiquiatria do 3º ano. Após alguns ajustes, a tradução foi discutida em quatro grupos focais compostos por pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre hospitalizados, de ambulatório, profissionais de saúde e pessoas da comunidade, alunos do curso de mestrado em Sociologia. A formulação das questões no original em inglês seguindo uma metodologia que enfatiza a clareza, objetividade e simplicidade facilitou o processo de tradução. Optou-se por manter palavras de uso corrente na língua portuguesa. A retrotradução para o inglês por um tradutor independente mostrou que ela guardava forte semelhança com a versão do instrumento

original.

Discussão em grupos focais da versão em português

A versão em português do WHOQOL-100 foi discutida em quatro grupos focais na cidade de Porto Alegre, sul do Brasil. Os grupos focais foram compostos por indivíduos representativos das características demográficas da população que procura o Hospital de Clínicas de Porto Alegre em relação a sexo, idade, nível educacional e nível sócioeconômico. Os participantes dos grupos focais preencheram um termo de consentimento informado para a realização do estudo. Os grupos foram compostos por seis a oito pessoas. Três membros da equipe envolvida no projeto participaram de cada sessão: um como coordenador, outro anotando os aspectos relevantes da discussão e um terceiro realizando a gravação da sessão em fita cassete.

A duração média das sessões foi de 2 horas, sendo realizada uma sessão com cada grupo de participantes.

Foram realizados os seguintes grupos focais, todos compostos por sete indivíduos.

Grupo 1: Pessoas da população geral: Quatro mulheres e três homens com média de 28 anos de idade (25 a 35). Todos eram estudantes universitários, alunos de pós-graduação em antropologia

Grupo 2: Profissionais da área de saúde: Seis mulheres e um homem com média de idade de 33 anos (25 a 47). Participaram três enfermeiras, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e dois médicos residentes (psiquiatria e medicina interna). Este grupo foi

centrado na qualidade de vida dos pacientes por eles atendidos.

Grupo 3: Pacientes internados: Quatro mulheres e três homens com média de idade de 62 anos (36 a 71). Em relação ao diagnóstico, três eram pacientes deprimidos em remissão, um estava em investigação diagnóstica (dores abdominais), um tinha infecção respiratória com DBPOC, um em investigação de doença hepática e o último com litíase renal.

Grupo 4: Pacientes ambulatoriais: Quatro mulheres e três homens. Todos eram portadores de doenças crônicas. Todos estes pacientes seguiam algum programa regular de cuidado de saúde com o serviço de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O objetivo dos grupos focais foi 1) revisar a formulação e a compreensão das 100 questões do questionário; 2) discutir o quanto cada uma das facetas afeta a qualidade de vida das pessoas; 3) investigar se existiriam outras facetas não investigadas que seriam importantes especificamente para o Brasil.

Desenvolvimento das escalas de respostas

As perguntas do WHOQOL-100 possuem quatro tipos de escalas de resposta: intensidade, capacidade, avaliação e frequência. A escala de intensidade será utilizada para exemplificar a metodologia utilizada (conforme tabela 2). Entre as âncoras “nada” (0%) e “extremamente” (100%) listaram-se 15 palavras que descrevem diferentes graduações entre estes dois extremos. Cada uma das palavras foi colocada em uma escala analógica de 100mm, tendo as duas âncoras como extremos. A seguir, 20 indivíduos graduaram na escala analógica cada uma das palavras. Foi calculada a média e desvio padrão de cada uma das palavras. A palavra selecionada para o descritor 25% foi aquela que teve média entre 20mm e 30mm e o menor desvio padrão (“muito pouco”); para o descritor de 50% escolheu-se a que teve média entre 45mm e 55mm e o menor desvio padrão (“mais ou menos”) e para o descritor de 75% a que teve média entre 70mm e 80mm (“bastante”),

Tabela 5. Desempenho das palavras da escala de intensidade

	Média	Desvio Padrão	Descritor
Nada (âncora)			
Quase nada	2,70	2,32	25%
Levemente	3,95	2,00	25%
Muito pouco	2,45	1,74	25%
Pouco	2,80	2,09	25%
Ligeiramente	3,97	2,28	50%
Mais ou menos	4,77	0,95	50%
Nem muito nem pouco	4,86	1,37	50%
Razoavelmente	5,20	1,46	50%
Moderadamente	5,05	1,09	50%
Médio	5,73	0,97	50%
Nem tanto	4,78	1,79	50%
Muito	7,80	1,15	75%
Demasiadamente	7,55	1,74	75%
Excessivamente	8,07	0,87	75%
Bastante	7,79	0,96	75%
Extremamente (âncora)			

Tabela 6. Escala de respostas para as escalas de avaliação, capacidade e frequência

Escala	0% (âncora)	25%	50%	75%	100% (âncora)
Avaliação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
Capacidade	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre

já que ambas tinham o menor desvio padrão (tabela 5).

Para as escalas de avaliação, capacidade e frequência utilizou-se a mesma metodologia. A tabela 6 mostra as palavras selecionadas.

Resultados da discussão em grupos focais

Tradução

Os grupos focais sugeriram pequenas modificações na maneira de formular as questões. Estas sugestões foram posteriormente discutidas num segundo painel bilingüe, sendo incorporadas à versão final do instrumento. O painel decidiu manter as sugestões que fornecessem o sinônimo mais simples e de uso comum para facilitar o entendimento do maior número de pessoas.

Um problema que diz respeito à versão em português ocorrido em outras versões de línguas latinas, foi a tradução de algumas questões de avaliação (por exemplo: “*How satisfied?*” ou “*How difficult...?*”). A formulação “Quão.....” (por exemplo, “Quão satisfeito...?” ou “Quão difícil....”) é gramaticalmente correta em português. O painel bilingüe discutiu sobre o fato de não ser uma formulação de uso corrente no sul do Brasil. Decidiu-se manter esta formulação para ser discutida nos grupos focais. Os pacientes, mesmo os de nível educacional mais baixo, consideraram que, embora não usassem no

seu vocabulário diário, diziam entender perfeitamente como sendo a mesma coisa que “Quanto”, “para ver a quantidade de dificuldade”.

Validade

A lista de facetas foi considerada como válida pela grande maioria dos participantes. Pessoas da comunidade, pacientes (internados e ambulatoriais) bem como profissionais de saúde salientaram que as facetas descrevem de forma detalhada o que cada um dos participantes entende por qualidade de vida no seu meio ambiente.

Os pacientes internados por mais de 2 semanas encontraram alguma dificuldade em discriminar se as questões referiam-se a antes da hospitalização ou se deveriam responder com base na qualidade de vida dentro do hospital.

Uma vez finalizado o processo de versão do instrumento original para o português, a OMS recomenda que o instrumento no novo idioma seja submetido a uma aplicação piloto no contexto cultural para avaliar a adequação da versão e estimar as qualidades psicométricas desta. O centro brasileiro optou por ampliar esta avaliação, aplicando simultaneamente outros dois instrumentos destinados a medir depressão e desesperança, visando estabelecer ainda uma correlação entre os achados dos três instrumentos. Serão descritos a seguir o processo de aplicação do novo instrumento e os resultados obtidos.

Tabela 7. Características gerais da amostra

Idade: média (dp)	43,80 (15, 72)
Sexo (mulheres / homens)	149/151
Estado civil:	
Solteiros	80 (26,7%)
Casados	179 (59,7%)
Separados	27 (9,0%)
Viúvos	14 (4,7%)
Nível de escolaridade	
Analfabeto	8 (2,7%)
I Grau	145 (48,3%)
II Grau	81 (27,0%)
III Grau	66 (21,9%)

Sujeitos e métodos

Entre os meses de julho e dezembro de 1996, foram aplicados em 250 pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e em 50 voluntários normais os seguintes instrumentos: a versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100), o inventário de Beck para a depressão (BDI) e a escala de desesperança de Beck (BHS).

A amostra de pacientes seguiu os critérios propostos pela OMS e explicitados no subitem 4 (administração do Piloto) no item inclusão de novos centros. Os pacientes foram recrutados das quatro grandes áreas de atendimento médico: clínica médica, cirurgia, ginecologia e psiquiatria

Os indivíduos normais foram selecionados entre os funcionários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e deveriam apresentar resposta negativa às três perguntas que se seguem: a) Você tem alguma doença crônica? b) Você usa algum remédio

de forma regular atualmente? c) Você consultou algum médico ou profissional de saúde no último mês (exceção feita às consultas de prevenção, por exemplo revisões em ginecologia)?

Assim, dos 250 pacientes, 121 (48%) eram pacientes ambulatoriais e 129 (52%) estavam internados. Os pacientes provinham das seguintes áreas básicas: clínica (104 pacientes), cirurgia (65 pacientes), ginecologia (29 pacientes) e psiquiatria (52 pacientes).

Com o objetivo de avaliar a percepção subjetiva da saúde foi feita a pergunta "Como está sua saúde". Os pacientes se distribuíram da seguinte forma: 6,7% consideraram muito ruim; 9,7%, fraca; 33,3%, nem ruim nem boa; 38%, boa e 12,3% muito boa.

As demais características da amostra encontram-se na tabela 7.

Como o WHOQOL-100 é um instrumento de auto-avaliação, ele é auto-explicativo. Quando o respondente não entendia o significado de alguma pergunta o entrevistador relia a pergunta de forma lenta

Tabela 8. Coeficiente de fidedignidade de Cronbach das facetas, domínios, domínios + facetas, 100 questões

	Coeficiente de Cronbach	Número de casos	Número de itens
Facetas	0,8272	288	25
Domínios	0,8211	297	6
Domínios + facetas	0,8886	288	31
100 questões	0,9308	246	100

Tabela 9. Análise de variância do domínio em relação a normal x paciente

	F	Probabilidade de F
Domínio 1 (Físico)	28,03	0,00001
Domínio 2 (Psicológico)	16,38	0,0001
Domínio 3 (Nível de independência)	54,06	0,00001
Domínio 4 (Relações sociais)	10,64	0,001
Domínio 5 (Meio-ambiente)	8,85	0,003
Domínio 6 (Espiritualidade/religião/crenças pessoais)	3,51	0,06

(aplicação assistida). Não foram utilizados sinônimos ou dadas explicações em outras palavras da questão, para evitar a modificação do sentido original da questão. Quando o respondente não tinha condições de ler o questionário em função de suas condições de saúde ou de alfabetização, o questionário era lido pelo entrevistador (aplicação administrada). Assim, em relação à forma de administração do questionário, 48,7% foram auto-administrados, 32,3% foram assistidos pelo entrevistador e 19% foram administrados pelo entrevistador.

Resultados da aplicação

Consistência interna

A consistência interna do WHOQOL-100 para as facetas, domínios, domínios + facetas e questões foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach e é apresentada

na tabela 8.

Validade discriminante

Para avaliar a validade discriminante, comparou-se o escore médio de cada um dos seis domínios entre o grupo de pacientes (n=250) e de normais (n=50). Com exceção do domínio 6 (espiritualidade/religião/crenças pessoais) em que a probabilidade de F foi limítrofe ($P = 0,06$), nos demais domínios os pacientes tiveram piores escores de qualidade de vida do que entre os normais (tabela 9).

A tabela 10 mostra as análises de variância dos diferentes domínios em relação à especialidade em que os pacientes eram atendidos. Observa-se que os pacientes da psiquiatria têm uma tendência a ter os piores escores independente dos domínios com exceção do domínio 3 (nível de independência) em que os pacientes da clínica tem escores inferiores. Por outro lado os "normais"

Tabela 10. Análise de variância dos seis domínios em relação à origem do paciente

Origem	Domínio 1 (físico)	Domínio 2 (psicológico)	Domínio 3 (Nível indep)	Domínio 4 (Rel sociais)	Domínio 5 (Meio-amb)	Domínio 6 (Espiritual)
Psiquiatria	11,6 ^c	12,7 ^a	13,1 ^c	12,9 ^a	12,7 ^c	14,5 ^b
Clínica	12,1 ^d	13,8 ^d	13,0	14,4 ^d	12,8 ^d	15,4
Ginecologia	12,2	14,0	13,5	14,8	13,4	16,0
Cirurgia	13,2	14,8	14,3	15,4	13,8	16,0
Controle	14,6 ^e	15,2 ^e	17,1 ^e	15,7 ^f	14,0 ^f	16,3

Diferença significativa entre os grupos (Duncan's multiple range test $\alpha=0,05$): ^aPsiquiatria < todos os demais grupos ^bPsiquiatria < Ginecologia, Cirurgia e Controle ^cPsiquiatria < Cirurgia e Controle ^dClínica < Cirurgia e Controle ^eControle > todos os demais grupos ^fControle > Psiquiatria e Clínica

Tabela 11. Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação a qualidade de vida geral (faceta 25)

Variável	B	T	Significância T
Domínio 1 (Físico)	0,1654	2,659	0,0083
Domínio 2 (Psicológico)	0,2484	2,791	0,0056
Domínio 3 (Nível de independência)	0,1080	2,320	0,0210
Domínio 4 (Relações sociais)	0,1962	3,225	0,0014
Domínio 5 (Meio-ambiente)	0,5106	6,435	0,0001
Domínio 6 (Espiritualidade/crenças)	0,4050	1,032	0,3028
Constante	-3,7965	-4,217	0,0001

Porcentagem da variância explicada (R quadrado): 60,5%

apresentam os melhores escores.

Validade de critério

Nas duas tabelas que seguem serão apresentados os dados referentes à análise da validade de critério.

A tabela 11 apresenta uma regressão linear múltipla dos domínios em relação à faceta que avalia a qualidade de vida geral. Observa-se que, com exceção do domínio 6, todos os domínios aparecem num modelo linear, explicando 60,5 da variância.

Na tabela 12 são apresentados os coeficientes de correlação dos domínios entre

si. Observa-se que todos os domínios apresentam coeficientes de correlação significativos. O domínio 6 apresenta os coeficientes de correlação mais baixos em relação aos demais domínios. Os melhores coeficientes de correlação encontram-se entre *nível de independência e domínio físico, domínio físico e domínio psicológico, relações sociais e domínio psicológico, meio ambiente e domínio psicológico.*

Validade concorrente

Todos os domínios apresentam coeficientes de correlação significativos com o

Tabela 12. Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios na amostra total (n=300)

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Nível independente)	Domínio 4 (Relações sociais)	Domínio 5 (Meio-ambiente)	Domínio 6 (Espiritual)
Domínio 1 (Físico)		0,67	0,71	0,41	0,51	0,22
Domínio 2 (Psicológico)	0,67		0,55	0,67	0,62	0,46
Domínio 3 (Nível indep)	0,71	0,55		0,37	0,43	0,18 *
Domínio 4 (Rel sociais)	0,41	0,67	0,37		0,53	0,40
Domínio 5 (Meio-amb)	0,51	0,62	0,43	0,53		0,33
Domínio 6 (Espiritualidade)	0,22	0,46	0,18	0,40	0,33	

^a P = 0,002; demais P < 0,0001.

Tabela 13. Coeficiente de correlação entre os escores dos domínios e o escore total do inventário de Beck para depressão e escala de desesperança de Beck na amostra total (n=300)

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Nível indep)	Domínio 4 (Rel sociais)	Domínio 5 (Meio-amb)	Domínio 6 (Espiritualidade)
Inventário de Beck para depressão	- 0,61	- 0,70	- 0,54	- 0,50	- 0,43	- 0,32
Escala de desesperança de Beck	- 0,37	- 0,59	- 0,35	- 0,47	- 0,38	- 0,43

$P < 0,0001$.

inventário de depressão de Beck e a Escala de desesperança de Beck, conforme mostra a tabela 13. A correlação é inversa na medida em que o escore maior na medida de qualidade de vida indica uma “melhor qualidade de vida”. Nos dois outros instrumentos o escore maior

Tabela 14. Comparação teste-reteste entre os escores nos domínios (n=50)

Domínio		Média	Sig
Domínio 1 (Físico)	Teste	13,47	0,40
	Reteste	12,99	
Domínio 2 (Psicológico)	Teste	14,15	0,39
	Reteste	13,73	
Domínio 3 (Nível indep)	Teste	14,92	0,27
	Reteste	14,21	
Domínio 4 (Rel sociais)	Teste	14,14	0,80
	Reteste	14,01	
Domínio 5 (Meio-amb)	Teste	13,28	0,50
	Reteste	12,99	
Domínio 6 (Espiritualidade)	Teste	14,66	0,86
	Reteste	14,78	

Tabela 15. Coeficiente de correlação dos escore dos diferentes domínios entre o teste e reteste

	Coeficiente de correlação teste-reteste	Sig
Domínio 1 (Físico)	0,05	0,73
Domínio 2 (Psicológico)	-0,10	0,50
Domínio 3 (Nível de Independ)	0,08	0,60
Domínio 4 (Relações sociais)	0,17	0,23
Domínio 5 (Meio-ambiente)	-0,01	0,93
Domínio 6 (Espiritualidade)	0,03	0,84

Tabela 16. Coeficiente de correlação entre a diferença dos escores dos domínios entre o teste e reteste (n=300)

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Nível indep)	Domínio 4 (Rel sociais)	Domínio 5 (Meio-amb)	Domínio 6 (Espiritual)
Domínio 1 (Físico)		0,64	0,74	0,51	0,50	0,17 ^a
Domínio 2 (Psicológico)	0,64		0,61	0,74	0,65	0,61
Domínio 3 (Nível indep)	0,74	0,61		0,47	0,48	0,21 ^a
Domínio 4 (Rel sociais)	0,51	0,74	0,47		0,57	0,54
Domínio 5 (Meio-amb)	0,50	0,65	0,56	0,56		0,47
Domínio 6 (Espiritualidade)	0,17 ^a	0,61	0,54	0,54	0,47	

^a Correlação não significativa para $P = 0,05$; demais correlação significativa para $P < 0,001$.

significa “mais depressão” e “mais desesperança”.

Fidedignidade teste-reteste

Nas tabelas 14 a 16 são apresentados os dados referentes aos 50 pacientes a quem foram aplicados o reteste aproximadamente 4 semanas após. Nestes pacientes não foi possível controlar a evolução de sua doença, isto é alguns poderiam ter seu estado inalterado, melhorado ou piorado. A tabela 14 mostra a comparação da média entre os escores nos diferentes domínios entre o teste e reteste. Observa-se que não houve diferença significativa na médias entre os domínios quando se considera o teste e o reteste.

No entanto, os coeficientes de correlação entre a medida do teste e reteste mostram-se baixos e não significativos, sugerindo que não houve estabilidade na medida caso a caso (tabela 15). Isto poderia ser devido a uma instabilidade do estado dos pacientes (os pacientes alteraram sua qualidade de vida no intervalo entre as duas medidas) ou a uma instabilidade do instrumento.

Na tabela 16 são apresentadas as correlações entre a variação dos escores do teste e reteste. Com a exceção do domínio 6 em relação aos domínios 1 e 3, as diferenças dos escores entre o teste e reteste apresentaram coeficientes de correlação significativos entre todos os domínios. Isto sugere que a qualidade de vida dos pacientes variou e que o instrumento através de seus

diferentes domínios variou de forma correlacionada.

Discussão

O trabalho com os grupos focais permitiu concluir que as questões de qualidade de vida apresentam uma boa validade de face quando examinadas por pessoas da comunidade, pacientes ambulatoriais, hospitalizados e profissionais de saúde da cidade de Porto Alegre, Brasil. A simplicidade do vocabulário e da estrutura da formulação das questões facilita a leitura mesmo por pessoas com nível educacional baixo e com vocabulário restrito. Por tratar-se de um auto-questionário ele apresenta os problemas inerentes a este método em populações de baixo nível educacional.

As eventuais comparações mostradas neste estudo têm por objetivo investigar de forma inicial algumas características de validade discriminante do instrumento. Foge ao objetivo deste estudo inicial testar reais diferenças entre as distintas subpopulações de pacientes.

As características psicométricas do WHOQOL-100 preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e validade de conteúdo básicos em uma avaliação preliminar.

O WHOQOL-100 apresentou boa consistência interna, medidos pelo coeficiente α de Cronbach, quer se tomem as 100 questões ou as 24 facetas, ou ainda os 6 domínios.

A capacidade de discriminar pacientes de indivíduos normais (validade discriminante) foi observada em todos os domínios exceto no domínio 6 (“espiritualidade/religião/crenças pessoais”) que obteve nível de significância limítrofe. A não discriminação por parte deste domínio pode ser entendido por fatores referentes ao instrumento ou à amostra estudada. Por ser um domínio composto por apenas uma faceta e avaliado por 4 questões, é possível que ele tenha um poder de discriminação menor se comparado com outros domínios do instrumento. Por outro lado, é possível que a espiritualidade, religião ou crenças pessoais não estejam necessariamente afetadas pela condição de doença. Na medida que o WHOQOL-100 se propõe a ser um instrumento geral de qualidade de vida e não apenas um instrumento para avaliar Qualidade de vida relacionada à saúde (“Health-related quality of life”), o domínio “espiritualidade/religião/crenças pessoais” pode eventualmente ser útil para avaliar qualidade de vida em outras situações que não a de saúde-doença,

Quando os pacientes foram divididos segundo a sua origem (clínica, cirurgia, ginecologia e psiquiatria) houve uma tendência aos pacientes psiquiátricos apresentarem os escores mais baixos em todos os domínios (exceto “nível de independência”). No outro extremo, os indivíduos normais apresentaram os melhores escores em cada um dos domínios. A noção de que os pacientes psiquiátricos, especialmente pacientes deprimidos, têm uma qualidade de vida e de funcionamento social inferiores ou semelhantes a doenças clínicas graves tem sido evidenciada em outros estudos (14).

Para estudar a validade de critério do WHOQOL-100, realizou-se uma regressão linear múltipla dos domínios em relação à faceta que avalia a “qualidade de vida geral”. Observou-se que cinco dos seis domínios fizeram parte do modelo, explicando 60,5 % da variância. Assim, podemos inferir que, com exceção do domínio 6, (“espiritualidade/religião/crenças pessoais”) os demais domínios foram importantes na definição de qualidade de vida numa amostra de pacientes com doenças de diferentes naturezas e severidades.

Quando se comparou a correlação entre os diferentes domínios entre si, observou-se que todos os domínios apresentaram coeficientes de correlação significativos entre si. Novamente, o domínio 6 (“espiritualidade/religião/crenças pessoais”) foi o que apresentou coeficientes de correlação mais baixos.

O fato de todos os domínios apresentarem um coeficiente de correlação significativo remete necessariamente à questão da possibilidade ou não de se poder utilizar um “escore total” de qualidade de vida para o WHOQOL-100. O WHOQOL-100 foi desenvolvido a partir da premissa de que qualidade de vida é um construto multidimensional (7) e de que somar itens relativos ao “domínio psicológico” com itens do “domínio de meio ambiente”, por exemplo, seria como adicionar “laranjas a bananas”. Desta forma, haveria mais sentido em considerar-se cada domínio e seus escores individualmente. Dentro deste mesmo enfoque, os escores por domínios trariam muito mais informações, na medida em que um determinado tratamento ou política de saúde poderia afetar um determinado domínio e não outro, ou ainda, afetar os domínios em sentidos opostos e o escore total, assim, ficaria inalterado. Por outro lado, a possibilidade de um instrumento ter um escore total é útil do ponto de vista de análise de dados, pois simplifica sua interpretação, muito embora com os riscos de perda de informações. Os dados iniciais deste estudo não permitem responder a esta questão, pois os coeficientes de correlação entre os domínios, embora sejam estatisticamente significativos, têm um valor intermediário (entre 0,4 e 0,7) na sua maioria.

A escala de Beck para depressão (BDI) e a escala de desesperança de Beck (BHS) foram utilizados como instrumentos de avaliação indireta de validade concorrente. Tanto o BDI como o BHS apresentaram os maiores coeficientes de correlação com o domínio psicológico. O domínio psicológico apresentou coeficiente mais alto em relação ao BDI ($r=0,70$) do que BHS ($r=0,59$). Este achado é coerente com a proposição do domínio, que é ao de avaliar os aspectos psicológicos envolvidos na qualidade de vida em que facetas como “sentimentos negativos”, “auto-estima” e

“concentração” são avaliados. Já o BHS apresentou coeficiente de correlação mais alto que o BDI para o domínio 6 (espiritualidade / religião / crenças pessoais). Na medida que este domínio é avaliado por uma faceta que examina “as crenças pessoais e como elas afetam a qualidade de vida” (8-11), é coerente esperar que uma escala que avalia especificamente desesperança esteja mais correlacionada do que a que avalia depressão.

Finalmente, quando foi avaliada a fidedignidade teste-reteste, observou-se que não houve diferença significativa entre as médias. No entanto, como houve coeficiente de correlação estatisticamente não significativo entre os escores do teste e do reteste, não foi possível discriminar se isto era devido a uma não-estabilidade do instrumento ou uma não-estabilidade da condição em estudo (qualidade de vida). Como estes pacientes eram avaliados 1 mês após, não havia como prever se sua condição mórbida iria manter-se igual, piorar ou melhorar e nem qual seria o impacto sobre sua qualidade de vida. O estudo das diferenças entre o escore do teste e do reteste mostrou que estas diferenças eram bastante correlacionadas entre os diferentes domínios, com exceção do domínio 6 em relação aos domínios 1 e 3.

Conclusões

O teste de campo da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de Vida da OMS na sua versão original de 100 itens (WHOQOL-100) mostrou um bom desempenho psicométrico quando estudado a partir de uma amostra de pacientes e indivíduos normais na cidade de Porto Alegre, na região sul do Brasil. O instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

O presente estudo é uma aplicação inicial do instrumento e está longe de responder às inúmeras questões referentes à aplicação de um instrumento de avaliação de qualidade de vida no meio brasileiro. Estamos cientes de que variáveis culturais regionais, diferenças sócio-culturais e peculiaridades de algumas situações

específicas merecem ser estudadas em profundidade para que este instrumento possa ter a abrangência a que ele se propõe. No entanto, a metodologia utilizada para o desenvolvimento do instrumento e desta versão em português, bem como este estudo inicial, indicam que este instrumento tem um papel importante no estudo da qualidade de vida em nosso meio, além de uma possibilidade de comparação com dados de outros países.

Agradecimentos. Os autores agradecem aos componentes do WHOQOL. O Grupo WHOQOL compreende um coordenador, investigadores colaboradores nos centros originais, investigadores colaboradores dos novos centros e um painel de consultores. Dr. J. Orley dirige o projeto assistido pelo Dr. W.Kuyken, Dr. N. Sartorius, Dr. M. Power e Dr. R. Billington. Nos centros colaboradores originais os investigadores são: Professor H. Herrman, Dr. H. Shofield and Ms. Murphy, University of Melbourne, Australia; Professor Z. Metelko, Professor S. Szabo and Mrs. Pibernik-Okanicov, Institute of Diabetes, Endocrinology and Metabolic Diseases and Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Zagreb, Croácia; Dr. N. Quemada and Dr. A. Caria, INSERM, Paris, France; DR. S. Rajkumar and Mrs. Shuba Kumar, Madras, Medical College, Índia; Dr. S. Saxena, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, Índia; Dr. D. Bar-On and Dr. M. Amir, Bem-Gurion University, Beer-Sheeva, Israel; Dr. Miyako Tazaki, Department of Science, Science University of Tokyo, Japan and Dr. Ariko Noji, Department of Community Health Nursing, ST. Luke's College of Nursing, Japão; Dr. G. van Heck and Mrs. J. De Vries, Tilburg University, Holanda; Professor J. Arroyo Sucre and Professor L. Picard-Ami, University of Panama, Panamá; Professor M. Kabanov, Dr. A. Lomachenkov and Dr. G. Burkovsky, Bekhterev Psychoneurological Research Institute, ST. Petersburg, Rússia; Dr. R. Lucas Carrasco, Barcelona, Espanha; Dr. Yooth Bodharamik and Mr. Kiticorn Meesapya, Institute of Mental Health, Bangcoc, Tailândia; Dr. S. Skevington, University of Bath, Reino Unido; Dr. D. Patrick, Ms. M. Martin and Ms. D. Wild, University of Washington, Seattle, USA e Professor W.

Acuda, Dr. J. Mutambirwa, University of Zimbabwe, Harare, Zimbabwe.

Nos novos centros os investigadores são: Dra. Sylvia Bonicatto, FUNDONAR, Fundacion Oncológica Argentina, La Plata, Argentina; Dr. Gao Yonping, Hebei Mental Health Center, Hebei, China; Dr. Marcelo P. A. Fleck, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil; Dra. Anita Motzahn, Faculty of Human and Social Development, University of Victoria, Victoria BC, Canadá;

Dr. Ginette Page, School of Nursing University of Quebec, Rimouski, Canadá; Professor Jiqian Fang, Department of Medical Statistics and Community Medicine School of Public Health, GuangZhou, China; Professor M.C. Angermeyer, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Leipzig, Alemanha; Mr. Leung Kwok-fai, Department of Occupational Therapy Queen Elizabeth Hospital, Kowloon, Hong-Kong; Dr. Judith Harangozo, Semmelweis University of Medicine, Dr. Lajos Kullmann, National Institute for Medical Rehabilitation, Budapeste, Hungria; Dr. G. de Girolamo, Department of Mental Health, Bolonha, Itália; Dr. Mary Kalfoss, Department of Public Health and Primary Health Care, Division of Nursing Science, University of Bergen, Bergen, Noruega; Dr. Malik H. Mubbashar, Department of Psychiatry, Rawalpindi General Hospital, Rawalpindi, Paquistão; Professor Ingela Wiklund, Health Economics & Quality of Life, Mölndal, Suécia; Dr. Caner Fidaner, Balçova/Izmir, Turquia; Professor Per Bech, Psychiatric Research Unit, Hilerod, Dinamarca; Professor Mare Teichmann, Tallinn Technical University, Tallinn, Estônia.

Um painel internacional incluiu: Dr. N.K. Aaronson, Dr. P. Bech, Dr. M. Bullinger, Dr. He-Nian Chen, Dr. J. Fox-Rushby, Dr. C. Moinpour and Dr. R. Bosser. Consultores que contribuíram com a OMS nos vários estágios do desenvolvimento do projeto incluíram: Dr. D. Buesching, Dr. D. Bucquet, Dr. L.W. Chambers, Dr. B. Jambon, Dr. C.D. Jenkins, Dr. D. De Leo, Dr. L. Fallowfield, Dr. P. Gerin, Dr. P. Graham, Dr. O. Gureje, Dr. K. Kalumba, Dr. Kerr-Correa, Dr. C. Mercier, Mr. J. Oliver, Dr. Y. H. Poortinga, Dr. R. Trotter e Dr. F. van Dam.

Referências

1. Fox-Rushby J, Parker M. Culture and the measurement of health-related quality of life. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 1995;45(4):257-63.
2. World Health Organization. Protocol for new centers WHOQOL. [MNH/PSF/94.4]. Genebra: WHO; 1994.
3. World Health Organization. WHOQOL focus group moderator training. Genebra. [MNH/PSF/92.9]. Genebra: WHO;1992.
4. World Health Organization. WHOQOL Rating scales. [Draft 30.08.93]. Genebra: WHO; 1993.
5. World Health Organization. WHOQOL Study protocol. [MNH/PSF/93.9]. Genebra: WHO; 1993.
6. The WHOQOL group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
7. Orley J. The World Health Organization (WHO) Quality of Life Project. In: Trimble M, Dodson W. *Epilepsy and quality of life*. New York: Raven Press; 1994. p. 99-108.
8. World Health Organization. Field Trial WHOQOL-100 February 1995. The 100 questions with response scales. [MNH/PSF/95.1D Rev.1]. Genebra: WHO ;1995.
9. World Health Organization. Field Trial WHOQOL-100 February 1995. Scoring the WHOQOL. [MNH/PSF/95.1F]. Genebra: WHO; 1995.
10. World Health Organization. Resources for new WHOQOL centers. [MNH/PSF/95.2] Genebra: WHO; 1995.
11. World Health Organization. Summary of analyses of WHOQOL pilot data. [MNH/PSF/95.3]. Genebra: WHO; 1995.
12. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. [MAS/MNH/PSF/97.4]. Genebra: WHO; 1997.
13. Sartorius N, Kuyken W. Translation of health status instruments. In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 3-18.
14. Wells K, Steward A, Hays R, et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989;262(7):914-9.

Terapia comportamental associada a psicofarmacoterapia em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo aberto

**Aristides V. Cordioli¹, Luciana Nerung²,
Lucia H.F. Ceitlin³, Nyvea O. Souza²**

OBJETIVO: Os autores realizaram um estudo aberto prospectivo, acompanhando durante 6 meses, 20 pacientes com diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo, tratados com a associação de terapia comportamental (TC) e fármacos inibidores da recaptação (IRS) da serotonina com o objetivo de verificar a eficácia da associação de terapia comportamental e psicofarmacoterapia na redução de sintomas obsessivo-compulsivos.

MATERIAIS E MÉTODOS: Foram utilizados como instrumentos para avaliar os resultados do tratamento as escalas YBOCS, Escala Global do NIMH, e Escala Subjetiva de Grau de Desconforto (SUDS), aplicadas antes do início, aos 3 e aos 6 meses de tratamento.

RESULTADOS: Foi observada uma redução média na intensidade dos sintomas, aos 3 meses de 42% na escala YBOCS, de 14,28% na escala NIMH e de 24,4% na escala SUDS; aos 6 meses a redução foi de 72% na escala YBOCS, 71,42% na escala NIMH e de 61,9% na escala SUDS, respectivamente. O tratamento combinado se mostrou eficaz em 75% dos pacientes aos 3 meses, e em 85,6% aos 6 meses.

CONCLUSÕES: Os resultados se revelaram independentes da idade, nível de instrução, situação conjugal, tempo de duração do transtorno, modo de início, presença ou não de evento precipitante, e da intensidade dos sintomas no início do tratamento. Entretanto pacientes que anteriormente haviam utilizado IRS obtiveram uma redução menor na intensidade dos sintomas, avaliados pela escala YBOCS aos 6 meses, num nível estatisticamente significativo, ($p \leq 0.0421$).

Unitermos: Transtorno obsessivo-compulsivo; farmacoterapia; terapia comportamental.

Behavior theory associated with psychopharmacotherapy in patients with obsessive-compulsive disorder: an open study.

OBJECTIVE: The authors carried out a prospective open study by following-up on 20 patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder for 6 months. Patients were treated with association of behavior therapy and pharmaceuticals which inhibit serotonin reuptake. The objective of the study was to verify the efficacy of behavior therapy and

¹ Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Rua Landel de Moura 1261, CEP 91920-150, Porto Alegre, RS, Brasil. e-mail: arco@zaz.com.br

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

psychopharmacotherapy association in reducing obsessive-compulsive symptoms.

MATERIALS AND METHODS: In order to evaluate treatment results we used the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS), the National Institute of Mental Health Global Scale (NIMH), and the Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS) before the treatment and at 3 and 6 months of treatment.

RESULTS: We observed a medial reduction of symptom intensity at 3 months (42% in the YBOCS; 14.28% in the NIMH scale; and 24.4% in the SUDS) and at 6 months (72% in the YBOCS; 71.42% in the NIMH scale; and 61.9% in the SUDS). The combined treatment was effective in 75% of patients at 3 months, and in 85.6% of patients at 6 months.

CONCLUSIONS: Results were independent from age, schooling, marital status, duration of disorder, how disorder started, presence or not of precipitating event, and intensity of symptoms at the beginning of the treatment. However, patients which had previously used reuptake inhibitors, and were evaluated by the YBOCS scale at 6 months, presented a reduction of symptom intensity that was significantly smaller ($P \leq 0.0421$).

Key-words: Obsessive-compulsive disorder; pharmacotherapy; behavior therapy.

Revista HCPA 1999;19(1):25-30

Introdução

Os antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina (IRS) e a terapia comportamental (TC) têm sido utilizados no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Diversos estudos têm demonstrado que a intensidade dos sintomas é reduzida em 30 a 40 % ou mais com o uso dos IRS (1-9). A maioria dos pacientes, entretanto, tem uma redução parcial e apenas 20% ficam inteiramente livres da doença (4). Mesmo aderindo ao tratamento farmacológico, muitos deles são totalmente refratários a este tratamento, outros não toleram os efeitos adversos dos medicamentos, e as recaídas após a interrupção são freqüentes (10).

Já a terapia comportamental vem sendo utilizada há mais de duas décadas no tratamento do TOC (11-15). Reduz, em média, em 61.67% a intensidade dos sintomas, podendo ser eficaz em 75% dos pacientes tratados ou até mais (16). Seus efeitos, em geral, são mantidos a longo prazo, sendo esta técnica particularmente útil em pacientes portadores de rituais de lavagem ou

verificações e bem menos eficaz em pacientes com compulsões de simetria, colecionismo, superstições ou lentificação motora (17). Muitos pacientes, entretanto, temem uma piora da ansiedade com esta abordagem, e entre 10 a 30 % recusam ou abandonam o tratamento (11, 12). Apesar destes resultados, é uma técnica ainda muito pouco utilizada. Dentre os psiquiatras, apenas 10% informam que utilizam em seus consultórios a TC (17).

Em função das limitações inerentes a ambas as modalidades de tratamento, a associação de TC e IRS tem sido recomendada no tratamento do TOC (18-21), embora não esteja demonstrado que tal combinação seja de fato vantajosa.

Os estudos utilizando associação das duas modalidades de tratamento tendem a atribuir os resultados favoráveis à terapia comportamental (9, 22-26). Dois estudos de metanálise recentes (27, 28) concluíram por uma efetividade maior da terapia comportamental comparada aos IRS, permanecendo a dúvida sobre se a utilização dos psicofármacos traria ou não ganhos adicionais.

Os objetivos do presente estudo foram de verificar: 1) a eficácia da associação de terapia comportamental e psicofarmacoterapia, na redução de sintomas obsessivo-compulsivos; 2) se as variáveis demográficas, o modo de início, tempo de duração do transtorno, a presença ou não de fator desencadeante e a realização de tratamentos anteriores influenciaram ou não os resultados.

Materiais e métodos

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idades variando entre 15 e 63 anos, diagnosticados como portadores de transtorno obsessivo-compulsivo pelos critérios do DSM III-R. Para inclusão no estudo, os pacientes deveriam apresentar, na avaliação inicial, escores iguais ou superiores a 16 na Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS) (29). Foram excluídos os pacientes que apresentassem doenças físicas concomitantes, sintomas psicóticos, abuso de álcool e/ou drogas ou qualquer outro transtorno psiquiátrico do Eixo I.

Foi solicitado consentimento informado a todos os pacientes, que concordaram em participar da pesquisa.

As medicações utilizadas foram clomipramina (doses de 100 a 200 mg diários); fluoxetina (doses de 20 a 40 mg diários) ou sertralina (doses de 50 a 150 mg). Os medicamentos foram utilizados de forma flexível em função da idade, tolerância aos efeitos adversos e resposta ao tratamento.

A terapia comportamental constou de tarefas individualizadas de exposição ou prevenção da resposta executadas pelos pacientes em seu domicílio. Os pacientes foram

orientados a envolverem-se por pelo menos 1 hora por dia nas tarefas. O tratamento constou de 15 a 20 sessões e foi realizado por quatro residentes em psiquiatria, que haviam recebido treinamento prévio em terapia comportamental e psicofarmacologia, supervisionados por um psiquiatra senior.

Os pacientes foram avaliados pelas escalas YBOCS (29), NIMH (30) e SUDS (31). A eficácia do tratamento foi avaliada através da comparação das medianas de cada uma das escalas, obtidas pelo grupo, no início do tratamento, com as obtidas aos três e seis meses utilizando-se o teste ANOVA de duas vias de Friedman. Foi calculado o percentual de pacientes cujo tratamento foi considerado eficaz, utilizando-se como critério de eficácia a redução $\geq 35\%$ nos valores iniciais da YBOCS (3, 10). Foram feitas ainda análises estatísticas da influência nos resultados das demais variáveis usando-se os testes estatísticos ANOVA, de duas vias de Friedman; teste de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman, utilizando-se o pacote estatístico SPSS, versão 97.

Resultados

Descrição da amostra

A amostra foi constituída por 9 mulheres (45%) e 11 homens (55%), com idades variando entre 15 e 63 anos (média $37,35 \pm 15,73$); 45% possuíam uma situação conjugal estável; 25% possuíam nível de instrução superior, 25%, segundo grau e 50%, primeiro grau. Os pacientes eram empregados, estudantes ou donas de casa.

A intensidade de sintomas, avaliada pela

Tabela 1. Resultados do tratamento: medianas e percentuais relativos de redução dos escores no início, aos 3 e 6 meses de tratamento

Escalas	Início (n=20)	3 meses (n=20)	6 meses (n=15)	$P^a \leq$
YBOCS	25,00- 100 %	14,50 - 42,0%	7,00- 72, 0%	0,0004
NIMH	7,00- 100%	6,00 - 14,28%	2,00- 71,42%	0,0002
SUDS	80,00-100%	60,50- 24,4%	30,50- 61,9%	0,000

^aTeste de Anova de duas vias de Friedmann.

YBOCS no início do tratamento variou, de 16 a 40 (mediana de 25); na escala NIMH, de 3 a 11 (mediana de 7); e na escala SUDS, de 40 a 100 (mediana de 80).

Os sintomas mais comuns foram: 1) obsessões envolvendo sujeira ou contaminação, seguidas de rituais de lavagem (60%); 2) dúvidas seguidas de verificações (55%); 3) obsessões envolvendo impulsos sexuais ou de causar dano ou ferimentos em outras pessoas, seguidas de evitação ou de compulsões mentais (35%); 4) compulsões por simetria (20%), e 5) obsessões envolvendo imagens ou palavras (10%).

Eficácia do tratamento combinado

A tabela 1 mostra as medianas dos escores, bem como os percentuais relativos da intensidade dos sintomas nas escalas YBOCS, NIMH e SUDS. Comparando-se com os escores iniciais, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas dos escores já aos 3 meses, que se mostraram ainda mais acentuadas aos 6 meses de tratamento.

Grau de eficácia

Utilizando-se como critério de eficácia a redução igual ou superior a 35% na intensidade dos sintomas na escala YBOCS, verificou-se que aos 3 meses o tratamento combinado foi eficaz para 75 % dos pacientes e de 85,6% aos 6 meses.

Influência das variáveis em estudo nos resultados

Os resultados se mostraram independentes do sexo, idade, nível educacional, do fato de os pacientes possuírem ou não um companheiro estável, do modo de início da doença – se abrupto ou insidioso – da presença de fator precipitante e da duração da doença. Entretanto, os pacientes que anteriormente haviam utilizado IRS obtiveram uma redução menor na intensidade do sintomas, avaliados pela escala YBOCS aos 6 meses, num nível estatisticamente significativo ($P \leq 0.0421$).

Discussão

O presente estudo demonstra que o tamanho do efeito da terapia comportamental associada à farmacoterapia, no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo aumenta de forma significativa após os 3 meses iniciais. Os resultados apontaram para uma redução média moderada (42%) na intensidade dos sintomas aos 3 meses de tratamento e marcada (72%) aos 6 meses de tratamento, observada pela redução dos escores da escala YBOCS. Utilizando-se como critério a redução na intensidade dos sintomas $\geq 35\%$ nesta mesma escala, observou-se que o tratamento foi eficaz em 75 % dos pacientes aos 3 meses e em 85.6 % aos 6 meses.

A redução na intensidade média dos sintomas obsessivo-compulsivos, ou seja, de 42% aos 3 meses na escala YBOCS, é semelhante à observada em estudos de eficácia de fármacos inibidores da recaptção da serotonina, que tiveram redução de 37% num estudo aberto com fluoxetina (1); 38 a 42%, no estudo colaborativo da clomipramina (3); e 40% no estudo recente de Milanfranchi e colaboradores (32), utilizando fluvoxamina e clomipramina. Esta redução foi levemente superior àquela observada por Greist e colaboradores (7), de 32.1% a 35.1%; estes investigadores testaram a eficácia de diferentes doses de sertralina durante 13 semanas. Entretanto, o índice de eficácia de 75% observado no presente estudo, aos 3 meses, é superior aos índices de 51% e 60 % observados pelo estudo colaborativo da clomipramina (3).

No que diz respeito à terapia comportamental, estes valores são ligeiramente superiores aos descritos na literatura: redução $\geq 30\%$ na intensidade dos sintomas em 75% dos pacientes (16), ou redução média de 61,67% na intensidade dos sintomas (33), embora outros estudos, utilizando critérios diferentes, tenham verificado reduções superiores a 80% (23).

Em resumo, os resultados obtidos no presente trabalho, utilizando farmacoterapia e terapia comportamental associadas, particularmente aos 6 meses, aparentemente são bem mais favoráveis que os obtidos por

outros estudos que utilizaram farmacoterapia isoladamente, e ligeiramente mais favoráveis que os relatados pelo uso isolado de terapia comportamental, o que está de acordo com o relatado por outros autores (26).

No entanto, é importante salientar algumas limitações de um ensaio aberto como o presente: ausência de grupo controle, de randomização dos pacientes, o fato de os avaliadores não serem cegos aos tratamentos utilizados, o que impede que se possa inferir a qual das duas modalidades de tratamento podem ser atribuídos os efeitos observados, e se os resultados seriam os mesmos com o uso isolado de medicamentos ou de terapia comportamental.

Referências

- Jenike MA, Buttolph L, Baer L, et al. Open trial of fluoxetine in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1989;14:909-11.
- Perse TL, Greist JH, Jefferson JW, et al. Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1988;144:1543-8.
- De Veugh-geiss J, Katz R, Landau P, et al. Clomipramine collaborative study group: clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(8):730-8
- Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:(suppl. 4):29-37.
- Tollefson GD, Rampey AH, Potvin JH, et al. A multicenter investigation of fixed-dose of fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:559-67.
- Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, et al. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. *Brit J Psych* 1995;166:424-43.
- Greist JH, Jefferson JW, Jobk K, et al. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder - a metanalysis. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:52-60.
- Flament MF & Bisslerbe JC. Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder: comparative studies. *J Clin Psychiatry* 1997;58(12-suppl):18-22.
- Van Balkom AJ, Van Oppen P, Vemeulen A, et al. Meta-analysis on the treatment of OCD: comparison of antidepressants, behavior and cognitive psychotherapy. *Clin Psychol Ver* 1994;14:359-81.
- Marks IM, Stern RS, Mawson D. Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. *Brit J Psychiatry* 1980;136:1-25.
- Pato MT, Zohar K, Zohar R. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Amer J Psychiatry* 1988;145:521-5.
- Marks I. Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade in progress. *Can J Psychiatry* 1997;42:1021-7.
- Franklin ME, Kozak MJ, Cashman LA, Coles LE, Foa EB. Cognitive-behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: an open clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(4):412-9.
- Lindsay M, Crino R, Andrews G. Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *Brit J Psychiatry* 1997;171:135-9.
- Baer L, Greist J. An interactive computer-administered self-assessment and self-help program for behavior therapy. *J Clin Psychiatry* 1997;58(suppl.12):23-8.
- Greist JH. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55:(10-suppl):60-8.
- Baer L. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in the office-base practice. *J Clin Psych* 1993;54(suppl.6):10-5.
- Greist JH. An integrated approach to treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:(suppl.4):38-41.
- March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA. The Expert Consensus Guideline Series - treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58(suppl 4):13-72.
- Rachman S, Cobb J, Grey S, et al. The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders with and without clomipramine. *Behav Res Ther* 1979;17:467-78.
- Foa EB, Kozak MJ, Steketee GS, et al. Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *Brit J of Clin Psychology* 1992;31:279-92.
- Abel JL. Exposure with response prevention and serotonergic antidepressants in the treatment of OCD: review and implications for interdisciplinary treatment. *Behav Res Ther* 1993;31:463-78.

23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, et al. The yale-brown obsessive-compulsive scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-11.
24. Insel TR, Murphy DL, Cohen RM, et al. NIMH Global obsessive-compulsive scale. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:605-12.
25. Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press, 1973.
26. Milanfranchi A, Ravagli S, Lensi P, et al. A double-blind study of fluvoxamine and clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 1997;12(3):131-6.
27. Foa EB. How do treatments for obsessive-compulsive disorder compare? *The Harvard Mental Letter*, July, 1995.
28. Mawson D, Marks IM & Ramm L. Clomipramine and exposure for chronic rituals: III. Two year follow-up. *Brit J Psychiatry* 1982;140:11-18.
29. Goodman WK, Mcdougale CJ, Barr L, et al. Biological approaches to treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psych* 1993;54(suppl.6):16-26.
30. Rauch LS, Baer L, Jenike M. Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: practical strategies for management. In: Pollack MH, Otto MW & Rosenbaum JF. *Challenges in Clinical Practice*. New York: The Guilford Press, 1996 - Chapter 8.
31. Marks I, O'Sullivan G. Drugs and psychological treatment for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: a review. *Brit J Psychiatry* 1988;153:650-8.
32. Tollefson GD, Birket TM, Koran L, Genduso L. Continuation treatment of OCD: double-blind and open-label experience with fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1994;55(suppl. 10):69-76.
33. Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure - a two year follow-up and issues in treatment. *Brit J Psychiatry* 1975;127:349-64.

Relação entre eventos vitais e história de ansiedade na infância, história familiar de ansiedade e curso do transtorno do pânico¹

Gisele G. Manfro², Michael W. Otto³, Eliza T. McArdle³,
John J. Worthington III³, Jerrold F. Rosenbaum³, Mark H. Pollack³

OBJETIVO: Os autores examinaram a freqüência de eventos vitais significativos (estressores) durante o ano que antecedeu o transtorno do pânico e sua relação com história de ansiedade na infância, história familiar de ansiedade, comorbidades e curso da doença.

MATERIAIS E MÉTODOS: 223 pacientes foram acompanhados em um estudo naturalístico, longitudinal do transtorno do pânico.

RESULTADOS: Apesar de 80% dos pacientes com transtorno do pânico referirem a presença de um fator estressor durante o ano anterior ao início da sua doença, sua freqüência é mais elevada em pacientes com história de ansiedade na infância e comorbidade com depressão na vida adulta.

CONCLUSÕES: A presença de eventos vitais significativos não está associada com a presença de outros transtornos de ansiedade na vida adulta e nem com história familiar de ansiedade. Apesar de sua associação com história de ansiedade na infância e depressão, a presença de um fator estressor identificável não está associado a severidade ou ao curso do transtorno do pânico.

Unitermos: Eventos vitais; transtorno do pânico; ansiedade na infância; curso.

Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder

OBJECTIVES: The authors examined the incidence of significant life events during the year prior to the onset of panic disorder and its relationship to childhood and family history of anxiety difficulties, comorbidity, and the course of illness.

MATERIALS AND METHODS: 223 panic patients were followed in a naturalistic study of panic disorder.

RESULTS: Similar to previous reports, antecedent negative life events occurred in the majority (80%) of patients. Patients with a childhood history of anxiety and comorbid adulthood major depression were more likely to report an antecedent, stressful life event.

CONCLUSIONS: Antecedent events were not linked with comorbid adulthood anxiety disorders or a family history of anxiety difficulties. Despite its associations with childhood

¹ Artigo originalmente publicado no J Affect Disord 1996;41:35-9.

² Serviço de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Correspondência: Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Anxiety Disorders Program, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Estados Unidos.

anxiety pathology and adulthood major depression, the presence of an identifiable antecedent at the onset of panic disorder was not associated with the subsequent severity or course of the disorder.

Key-words: Life event; panic disorder; childhood anxiety; course.

Revista HCPA 1999;19(1):31-8

Introdução

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado por ataques de pânico recorrentes, acompanhados de sintomas físicos, afetivos e de ansiedade antecipatória (medo de ter um novo ataque). Esse transtorno é freqüentemente complicado por evitação fóbica de locais ou de situações nas quais previamente ocorreu um ataque de pânico, ou de onde é difícil escapar ou obter ajuda no caso de ocorrer um novo ataque (1).

Esta entidade clínica é relativamente freqüente. Estudos recentes indicam uma freqüência de 3,5% na população geral ao longo da vida (2). O TP é duas vezes mais comum em mulheres e tende a iniciar entre a terceira e quarta décadas de vida (3). Pode ser considerado um problema de saúde pública em função da grande utilização dos serviços hospitalares, da perda da produtividade do indivíduo e da diminuição da sua qualidade de vida (4).

Sabe-se que os fatores genéticos, ambientais e os antecedentes psicopatológicos são componentes importantes na etiologia do TP que começa, muitas vezes, no contexto de eventos vitais estressantes (5). Alguns autores sugeriram que o TP desenvolver-se-ia em indivíduos suscetíveis, após a exposição desses aos eventos adversos de vida (6). Faravelli (7) demonstrou que 64% dos pacientes com TP, comparados com 35% dos controles, reportaram a presença de um evento vital estressor no ano que antecedeu o início do TP. Além disto, estudos demonstraram que os pacientes com transtorno do pânico, embora possam não experimentar um número maior de eventos estressores comparados ao grupo controle, percebem os eventos adversos como mais angustiantes, incontrolláveis e indesejáveis (8). Os pacientes apresentam também uma

tendência para aumentar o impacto negativo do evento vital (9). Estudos também demonstraram que somente a antecipação do evento vital adverso (estressor) já poderia ser capaz de precipitar o início do TP (10).

Os estudos com pacientes depressivos sugerem que os fatores genéticos influenciam o risco para o desenvolvimento de depressão maior, em parte por influenciar a suscetibilidade desses indivíduos aos efeitos depressivos dos eventos estressores (11).

Apesar de ser conhecido que aproximadamente 80% dos pacientes com TP referem a presença de fatores precipitantes, ou seja, eventos vitais estressantes no ano que antecedeu o primeiro ataque de pânico (12), não está demonstrado se a história de ansiedade na infância, história familiar, padrão de comorbidades, curso da doença e prognóstico são diferentes em pacientes nos quais o início do TP seguiu a presença de um estressor. Neste caso, ainda não é possível caracterizar um grupo de pacientes cujos ataques de pânico iniciaram precipitados pela presença de um evento vital adverso. Os autores examinaram estas questões em um grupo grande de pacientes seguidos em um estudo longitudinal sobre o transtorno do pânico.

Pacientes e métodos

Foram examinados 223 pacientes (130 mulheres e 93 homens) que participaram do estudo longitudinal do transtorno do pânico do Massachusetts General Hospital entre 1988 e 1995 (13). Os pacientes ingressavam neste estudo longitudinal em diferentes etapas da sua doença, incluindo o início de tratamento, período de manutenção e durante a fase de descontinuação do tratamento. Este tratamento não foi controlado em nenhum momento do

estudo.

Foram incluídos no estudo pacientes com idade entre 18 e 80 anos e diagnóstico de TP segundo os critérios do DSM-III-R. Esses pacientes deveriam ser capazes e ter disponibilidade para preencher diários que continham informações sobre a intensidade, a duração e os sintomas presentes em cada ataque, assim como participar de entrevistas mensais. Foram excluídos do estudo pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

Após obtenção do consentimento informado, todos os pacientes foram submetidos a uma entrevista clínica estruturada segundo o DSM-III-R (SCID-R) (14) para estabelecimento do diagnóstico principal (TP), assim como identificar a presença ou não de outros transtornos de ansiedade, do humor e abuso de substâncias. Foi realizada uma entrevista detalhada com informações sobre o curso da doença e seus tratamentos. Durante esta primeira entrevista os pacientes foram questionados sobre a presença de algum evento estressante (fator precipitante, estressor) durante o ano que antecedeu o início do TP e qual era sua impressão quanto à relação deste evento com o início da doença. Os eventos estressantes foram então classificados em quatro grupos: 1) perda, 2) conflito, 3) doença médica, 4) outros. Entre os eventos classificados como perda incluíam-se a morte de um ente querido, divórcio, mudanças de endereço. Os estressores relacionados com dificuldades nas relações interpessoais, ocupacionais ou problemas financeiros foram agrupados na categoria conflito. Doenças médicas incluíam o início ou exacerbação de uma condição médica e no grupo "outros" estavam agrupados eventos estressantes que não poderiam ser categorizados nos grupos anteriores, como por exemplo, obtenção de carteira de motorista.

Durante a entrevista, o paciente era questionado sobre a presença de transtorno psiquiátrico em membros da família, através de perguntas sobre sintomas específicos e suficientes para preencher critérios diagnósticos para transtornos de ansiedade, assim como a existência de tratamentos prévios. Para investigar a presença de ansiedade na infância, forma utilizadas

entrevistas estruturadas que incluíam o K-SADS-E (Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School Age Children-Epidemiologic Version - Escala para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia em Crianças em Idade Escolar-Versão Epidemiológica) (15) e o DICA-P (Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Parent Version - Entrevista Diagnóstica para Crianças e Adolescentes-Versão dos Pais) (16) foram.

Após a avaliação inicial os pacientes preencheram diários com informações sobre os ataques de pânico (número e intensidade), grau de evitação e sintomas de ansiedade antecipatória. Os pacientes foram posteriormente entrevistados mensalmente por telefone por uma equipe de psiquiatras da unidade de psicofarmacologia clínica do MGH e, em cada entrevista, os sintomas do TP e outros diagnósticos foram revisados. As informações contidas no diário e as alterações no tratamento foram discutidas durante esta entrevista semi-estruturada.

A severidade global da doença foi determinada na primeira entrevista, considerando frequência e intensidade dos ataques de pânico, grau de ansiedade antecipatória, nível de evitação fóbica, prejuízo na qualidade de vida e necessidade de adequação do tratamento (Clinical Global Impairment - CGI - Prejuízo Clínico Global). Este é um instrumento também aplicado pelo entrevistador treinado e seu escore varia de 1 (normal, não doente) até 7 (extremamente doente). Os pacientes foram considerados em remissão caso recebessem escore 1 ou 2 na avaliação por este instrumento.

O teste exato de Fisher foi usado para comparar os grupos em relação à presença de um estressor e sexo dos indivíduos. O mesmo teste foi utilizado na comparação entre presença de um estressor e história familiar, história de ansiedade na infância e diagnósticos atuais de comorbidades. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para as comparações das seguintes variáveis: idade, idade de início do transtorno, duração, severidade e remissões. O programa utilizado para essas análises estatísticas foi o Statview, versão 4.0 para Macintosh. O nível de significância estatística estabelecido foi o de $P < 0,05$.

Resultados

A população em estudo constou de 223 pacientes, 130 mulheres (58,3%) e 93 homens (41,7%), participantes do estudo longitudinal do transtorno do pânico do Massachusetts General Hospital. A média de idade da amostra estudada foi de $39,1 \pm 10,2$ anos (média \pm desvio padrão) e a média de idade dos pacientes no início do transtorno foi de $28,1 \pm 10,7$ anos. O tempo de duração do transtorno desde o seu início até o ingresso do paciente no estudo foi de $11,2 \pm 9,8$ anos.

Na amostra estudada, 178 pacientes (79,8%) referiram a presença de um fator precipitante (estressor) no ano que antecedeu o início do transtorno. Destes pacientes, 147 (82,6%) acreditaram que a presença do estressor estivesse relacionada ao início da sua doença. O fator precipitante mais freqüente foi conflito (48,3%), seguido de perda (25,3%), outros (15,2%) e doenças médicas (11,2%). Como não houve diferenças estatísticas significativas entre os diferentes grupos de estressores e história familiar de ansiedade, história de ansiedade na infância e comorbidades, eles foram analisados como um único grupo, passando-se a caracterizar os pacientes somente quanto à presença ou ausência de um fator precipitante.

Não foram encontradas diferenças em relação ao sexo entre os dois grupos de pacientes: os que apresentaram e os que não apresentaram fatores precipitantes (teste exato de Fisher, $P < 0,09$). Da mesma forma, utilizando-se o teste de Mann-Whitney, não foram encontradas diferenças em relação à idade atual ($P < 0,46$), idade de início do transtorno ($P < 0,82$) nem com a duração do mesmo ($P < 0,34$) entre os dois grupos de pacientes.

A prevalência do fator precipitante (evento vital adverso, estressor) foi examinada em pacientes com e sem história de ansiedade na infância, presença de outros transtornos de ansiedade, depressão e abuso de drogas, usando o teste de Fisher.

O resultado da comparação entre a presença ou ausência de um diagnóstico de ansiedade na infância em relação à presença do estressor não atingiu significância estatística

($P < 0,18$). Entretanto, observou-se que os pacientes com dois ou mais diagnósticos de ansiedade na infância, segundo as escalas aplicadas, apresentaram maior incidência de fatores precipitantes no ano que antecedeu o TP em comparação com o grupo que não apresentou ansiedade na infância. Neste caso, dos pacientes com história de dois ou mais diagnósticos de ansiedade na infância, 88,9% referiram a presença de um estressor, comparados com 74,6% dos pacientes que referem a presença de um fator precipitante, mas não têm história de ansiedade na infância ($P < 0,01$) (tabela 1).

Não foi encontrada, entretanto, associação com a presença de história familiar de ansiedade. Dos pacientes com história familiar de ansiedade, 81% referiam a presença de um fator precipitante, comparados com 78% dos pacientes que referiram a presença do estressor, mas não tinham história familiar positiva para ansiedade ($P < 0,74$).

Entre os pacientes que apresentavam comorbidade com depressão, 87,8% referiram a presença do estressor comparados a 71,3% dos que não apresentavam esta comorbidade ($P < 0,003$) (tabela 3). Não houve diferença significativa, entretanto, em relação à presença de um fator precipitante nos pacientes com TP, com ou sem comorbidades, com outros transtornos de ansiedade (fobia social ou transtorno de ansiedade generalizada) e com transtorno relacionado ao uso de substâncias.

Os dois grupos de pacientes (com e sem a presença de um fator precipitante), foram examinados quanto à severidade do transtorno quando do ingresso no estudo e no decorrer do primeiro ano deste estudo prospectivo. As comparações foram realizadas utilizando o teste de Mann-Whitney, apropriado para amostras de tamanho diferentes. Para medir a severidade da doença foram utilizados o CGI e a presença e a severidade da agorafobia. O curso da doença destes pacientes foi aferido pela média dos escores de CGI obtidos em 1 ano do estudo prospectivo, assim como o número de meses em remissão neste mesmo período. Não foram encontradas diferenças entre os dois grupos em relação a estas medidas (tabela 2).

Tabela 1. Características clínicas dos pacientes com TP associadas à presença de fatores precipitantes

	Fatores Precipitantes (%)		P ^a
	Presente	Ausente	
Dois ou mais transtornos de ansiedade na infância			
Presente	88,9	11,1	
Ausente	74,6	25,4	0,01
Depressão Maior			
Presente	87,8	12,2	
Ausente	71,3	28,7	0,003

^a Teste exato de Fisher.

Discussão

O achado de que 80% dos pacientes referem a presença de um fator precipitante no ano que antecede o início do TP está de acordo com dados da literatura (12, 17). A maioria dos pacientes acredita que este evento esteja relacionado com o início do transtorno, o que também corrobora os achados de outros estudos que sugerem que os pacientes tendem a marcar os eventos próximos ao início das suas dificuldades numa tentativa de explicar e tentar entender a gênese do seu transtorno (8).

As categorias de precipitantes encontradas neste trabalho também são aquelas referidas na literatura como as mais freqüentes em pacientes com TP, tais como conflitos (conjugal e ocupacional) e doenças médicas (18).

No presente estudo encontrou-se que, embora a presença de um fator estressor seja referida como um precipitante do TP na maioria dos pacientes, as taxas mais altas de sua freqüência são encontradas em pacientes que apresentam dois ou mais diagnósticos de ansiedade na infância e em pacientes que apresentam comorbidade com depressão já na vida adulta.

A presença de história de transtornos de ansiedade na infância tem sido investigada, sendo sugerido que estes sintomas na infância possam ser a primeira manifestação de uma diátese de ansiedade que se expressará, na vida adulta, como um dos vários transtornos de ansiedade (19). É interessante observar que a freqüência aumentada de eventos

precipitantes atinge significância estatística quando associada à presença de dois ou mais transtornos de ansiedade na infância. Este achado sugere que somente os pacientes com transtornos de ansiedade mais severos na infância apresentam maior sensibilidade aos eventos estressores negativos. Esses pacientes, então, poderiam ter uma maior tendência para lembrar dos eventos negativos, atribuindo a eles um grande significado (20).

Sabe-se que crianças com idade entre 21 e 31 meses podem apresentar um temperamento inibido, caracterizado por maior latência para vocalização, relutância na aproximação de situações não-familiares e dificuldade em se afastar da mãe, associadas a alterações fisiológicas tais como: aumento da freqüência cardíaca, dilatação pupilar, aumento de tensão nas cordas vocais, assim como aumento de catecolaminas urinárias e cortisol salivar (21). Essas crianças, com comportamento inibido, apresentavam maiores taxas de transtornos de ansiedade na infância quando comparadas a um grupo controle (22, 23). Kagan (21) e colaboradores demonstraram que as crianças com temperamento inibido possuíam um baixo limiar para a excitação do eixo HHA quando deparadas com eventos não esperados e que não podiam ser assimilados facilmente.

Os fatos descritos acima corroboram o achado de que indivíduos com história de ansiedade na infância apresentam maior freqüência de fatores precipitantes. Esses indivíduos, em decorrência de uma hiperexcitabilidade no eixo HHA, poderiam ser

Tabela 2. Escores médios de severidade nos pacientes com e sem eventos negativos prévios

Severidade	Com precipitante (n= 178)	Sem precipitante (n=45)	P ^a
Subtipo de agorafobia (Escala 1 a 4)	2,03 ± 0,77	2,02 ± 0,58	0,92
CGI médio no ingresso	3,52 ± 1,30	3,33 ± 0,83	0,36
CGI médio ^b	3,0 ± 1,04	2,80 ± 0,80	0,29
Meses em remissão ^b	4,81 ± 4,76	5,75 ± 4,74	0,54

^a Teste de Mann-Whitney.

^b Entre os 12 meses do estudo.

particularmente vulneráveis aos efeitos adversos da presença de estressores (eventos vitais negativos), com conseqüências mais deletérias e prejudiciais, desde a tenra infância.

Os pacientes que mais reportaram a presença de um fator estressor foram também aqueles que apresentavam comorbidades com transtornos depressivos. Isto está de acordo com dados da literatura que sugerem que a presença de eventos vitais adversos seja um fator de risco para depressão em pacientes com TP (24, 25).

No presente trabalho, pode-se inferir que a presença de eventos precipitantes antecedeu o TP e atuou como fator de risco para que estes pacientes desenvolvessem quadros depressivos. Alguns autores sugerem que ansiedade e depressão fazem parte de um mesmo *continuum* e que uma das primeiras manifestações de quadros depressivos são as síndromes ansiosas (26).

Estudos demonstram que quadros depressivos ocorrem em 35 a 91% dos pacientes com TP (27) e alguns autores sugerem que pacientes com TP que desenvolvem depressão apresentam maior risco para cronicidade e pior prognóstico (28, 29).

Por outro lado, a presença de fatores precipitantes no ano que antecedeu o início do TP não parece estar relacionada com a presença de história familiar positiva para transtornos de ansiedade.

Os dados encontrados no presente estudo permitem afirmar que a presença de fatores precipitantes para o TP não é um fator

que possa antecipar o grau de severidade da doença, seja no seu início, seja no decorrer da sua evolução. Embora a presença deste precipitante não apresente um valor prognóstico significativo em termos de resposta ao tratamento ou do curso do transtorno, novas pesquisas poderiam ser realizadas com o objetivo de tentar esclarecer se determinadas abordagens terapêuticas são mais eficazes em pacientes com história da presença de um fator precipitante.

Cabe ressaltar, entretanto, que os resultados do presente trabalho são limitados pela avaliação retrospectiva dos eventos vitais negativos. Sabe-se que numa avaliação retrospectiva o humor atual do paciente pode distorcer os fatos ocorridos no passado (30, 31). Também pode ser discutido que, como a amostra do presente estudo fazia parte de um estudo longitudinal, o curso da doença estava fortemente influenciado pela presença de tratamento, podendo ter influenciado resultados sobre o próprio curso e prognóstico do TP.

Considerando todos os aspectos discutidos, pode-se concluir que a presença de um fator estressor, no ano que antecede o início dos ataques de pânico, caracteriza uma população de pacientes com TP que apresenta maior freqüência de transtornos de ansiedade na infância e comorbidade com depressão. Entretanto, contrariando a hipótese inicial deste estudo, a presença do estressor não influencia nem o curso, nem o prognóstico da doença.

A partir dos achados do presente trabalho, sugere-se que novos estudos sejam realizados com o objetivo de selecionar

crianças de risco, ou seja, que manifestem dificuldades com sintomas ansiosos. Estas seriam particularmente vulneráveis aos efeitos nocivos da presença de eventos vitais estressores e poderiam, então, beneficiar-se de intervenções psicossociais precoces com o objetivo de diminuir sua sensibilidade aos fatores estressores, tornando-as mais capazes para produzir respostas adaptativas. Com isto poder-se-ia reduzir o risco delas desenvolverem transtornos de ansiedade e depressão na vida adulta. Este trabalho preventivo poderia reduzir o sofrimento dos pacientes, o prejuízo na qualidade de vida destes indivíduos e diminuir os gastos com problemas de saúde mental.

Referências

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington; 1994.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
3. Rosenberg R, Ottosson JO, Bech P, Mellergard M, Rosenberg NK. Validation criteria for panic disorder as a nosological entity. *Acta Psychiatr Scand* 1991;365:7-17.
4. Keller MB, Hanks DL. Course and outcome in panic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1993;17:551-70.
5. Katon WJ. Panic disorder in the medical setting. Washington, American Psychiatric Press; 1991.
6. Coplan JD, Rosenblum LA, Gorman JM. Primate models of anxiety. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:727-43.
7. Faravelli C. Life events preceding the onset of panic disorder. *J Affect Disord* 1985;22:79-82.
8. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW. Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986a;143:1424-7.
9. Rapee RM, Litwin EM, Barlow DH. Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *Am J Psychiatry* 1990;147:640-4.
10. Pollard CA, Pollard HJ, Corn KJ. Panic onset and major events in the lives of agoraphobics: a test of contiguity. *J Abnorm Psychology* 1989;98:318-21.
11. Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, Maclean C, Neale MC, Heath AC, et al. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry* 1995;152:833-42.
12. Uhde TW, Boulenger JP, Roy-Byrne PP. Longitudinal course of panic disorder: clinical and biological considerations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1985;9:39-51.
13. Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS, O'Neil C, Asher R, et al. Longitudinal course of panic disorder: findings from the Massachusetts General Hospital naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 1990;51(suppl. A):12-6.
14. Spitzer R, Williams J, Gibbon M, First M. Instruction manual for the structured clinical interview for DSM-III-R: biometrics research. New York: NY State Psychiatry Institute; 1987.
15. Orvaschel H, Puig-Antich J. Schedule for affective disorder and schizophrenia for school age children: epidemiologic version (K-SADS-E), 4th version. Pittsburg, PA: Western Psychiatric Institute and Clinic; 1987.
16. Herjanic B, Reich W. Development of a structured psychiatry interview for children: agreement between child and parent. *J Abnorm Child Psychol* 1982;10:307-24.
17. Barlow DH. Anxiety and its disorders. New York: Guilford Press; 1988. p.215-20.
18. Scheibe G, Albus M. Age of onset, precipitating events, sex distribution, and co-occurrence of anxiety disorders. *Psychopathology* 1992;25:11-8.
19. Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy EA, Faraone SV, Chaloff J, Hirshfeld DR, et al. Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry* 1993;1:2.
20. Magnus K, Diener E, Fujita F, Pavot WW. Extroversion and neuroticism as predictors of objective life events: a longitudinal analysis. *J Pers Soc Psychol* 1993;65:1046-53.
21. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988;240:167-71.
22. Biederman J, Rosenbaum JF, Hirshfeld DR, Faraone SV, Bolduc-Murphy EA, Gersten M, et al. Psychiatry correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatry disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:21-6.

23. Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc-Murphy EA, Faraone SV, Chaloff J, Hirshfeld DR, et al. A three-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:814-21.
24. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW. Life events and course of illness in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986b;143:1033-5.
25. Servant D, Bailly D, Allard C. Major depression in panic disorder role of recent life events. *J Affect Disord* 1991;22:79-82.
26. Petty F, Davis LL, Kabel D, Kramer GL. Serotonin dysfunction disorders: a behavioral neurochemistry perspective. *J Clin Psychiatry* 1996;54(suppl. 8):11-6.
27. Stein MB, Uhde TW. Panic disorder and major depression: a tale of two syndromes. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11:441-61.
28. Nutzinger NO, Zapotoczky HG. The influence of depression on the outcome of cardiac phobia (panic disorder). *Psychopathology* 1985;18:155-62.
29. Buller R, Maier W, Benkert O. Clinical subtypes in panic disorder: their descriptive and prospective validity. *J Affect Disord* 1986;11:105-14.
30. Paykel ES, Hollyman JA. Life events and depression: a psychiatry view. *Trends Neurosc* 1983;4:478-81.
31. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW. Life events obtained via interview: the effect of time of recall on data obtained in controls and patients with panic disorder. *J Affect Disord* 1987;12:57-62.

Perfil epidemiológico do câncer de laringe no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Andréa M. Campagnolo¹, Sady S. da Costa²,
Oswaldo B. Müller²

OBJETIVO: O objetivo foi documentar a distribuição e o padrão de comportamento deste tumor entre os nossos pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS: Foi realizado um estudo retrospectivo dos pacientes com diagnóstico de câncer de laringe atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre 1990 e 1996.

RESULTADOS: Foram encontrados 242 casos, a maioria da raça branca (94,2%). A divisão por faixa etária mostrou um pico de ocorrência na sétima década de vida e a proporção de homens em relação às mulheres foi de 15:1. O tipo histológico mais comum foi carcinoma epidermóide (98,76%) e o sítio mais freqüentemente acometido foi a glote (44,7%), conseqüentemente, o sintoma mais comum na apresentação foi a disfonia (76,5%). Os pacientes com tumores na supraglote apresentaram, principalmente, disfagia e, aqueles com tumores transglóticos, dispnéia. Quanto ao estadiamento, 43,2% estavam no estágio IV no momento do diagnóstico. Os tumores localizados na supraglote estão relacionados com pior prognóstico, nesta amostra 38,3% dos pacientes com câncer na supraglote estavam no estágio IV, enquanto que a maioria dos tumores glóticos (74,2%) estavam no estágio I. A cirurgia total foi o tratamento mais realizado (50,7%).

CONCLUSÃO: O diagnóstico do câncer de laringe no Hospital de Clínicas de Porto Alegre é feito, em sua maior parte, em estágio avançado, tornando o prognóstico desses pacientes bastante reservado.

Unitermos: Câncer de laringe; epidemiologia.

Epidemiological profile of laryngeal cancer in Hospital de Clínicas de Porto Alegre

OBJECTIVES: The aim was to document the distribution and pattern of behavior of this tumor among our patients.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective study of patients with diagnosis of laryngeal cancer seen in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre between 1990 to 1996 was carried out.

RESULTS: There were 242 cases, the majority of whom were from the white race (94,2%). The peak incidence was in the seventh decade of life and male to female ratio was 15:1. The most common histological type was squamous cell carcinoma (98,76%) and by site, glottic involvement was the most frequent (44,7%), and so the most common symptom at presentation was hoarseness (76,5%). Supraglottic tumors

¹ Doutoranda, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil.

presented, mainly, with dysphagia and the transglottics with dyspnea. As to staging, 43,3% were in IV stage at the diagnosis. The supraglottic tumors were, mainly, in the stage IV (38,3%), while the majority of glottic tumors (74,2%) were in the stage I, its reflect a worse prognosis for the supraglottic tumors. The total surgery was the most frequent treatment performed (50,7%).

CONCLUSIONS: The laryngeal cancer diagnosis in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre is done at a late stage, making the patient's prognosis really reserved.

Key-words: Laryngeal cancer; epidemiology.

Revista HCPA 1999;19(1):39-47

Introdução

O câncer de laringe é um dos tumores malignos mais freqüentes da região da cabeça e pescoço. Como exemplo, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) ele representa 42,3% das neoplasias do território

craniocervicofacial (1). De todos os casos novos de câncer diagnosticados por ano nos Estados Unidos da América, o câncer de laringe representa 1,3% (2,3). Vários estudos têm demonstrado que os principais fatores de risco para o câncer de laringe são o tabaco e o álcool (2,4-11). Outros fatores de risco incluem a

Quadro 1. Estadiamento T (sítio do tumor)

T - Tumor primário

Tx - Tumor primário não pode ser avaliado

T0 - Sem evidência de tumor primário

Supraglótico

T1 - Tumor limitado a um sítio da supraglote com mobilidade normal das cordas vocais.

T2 - Tumor invade mais de um sítio da supraglote ou glote com mobilidade normal da corda vocal.

T3 - Tumor limitado à laringe com fixação da corda ou aritenóide.

T4 - Tumor invade através da cartilagem tireóide e/ou se estende a outros tecidos além da laringe, por exemplo, à hipofaringe e tecidos moles do pescoço.

Glótico

T1 - Tumor limitado à corda vocal (pode invadir comissura anterior ou posterior) com mobilidade normal das cordas vocais.

T1a - tumor limitado a uma corda vocal.

T1b - tumor envolve ambas cordas vocais

T2 - Tumor se estende à supraglote e/ou subglote e/ou com diminuição da mobilidade da corda vocal.

T3 - Tumor limitado à laringe com fixação da corda vocal.

T4 - Tumor invade através da cartilagem tireóide e/ou se estende a outros tecidos além da laringe, por exemplo, à hipofaringe e tecidos moles do pescoço.

Subglótico

T1 - Tumor limitado à subglote.

T2 - Tumor se estende à(s) corda(s) vocali(s) com mobilidade normal ou diminuída.

T3 - Tumor limitado à laringe com fixação da corda vocal.

T4 - Tumor invade através da cartilagem cricóide e/ou tireóide e/ou se estende a outros tecidos

Quadro 2. Estadiamento N (número de linfonodos acometidos)

N - Gânglios linfáticos regionais.

Nx - Gânglios linfáticos regionais não podem ser avaliados.

N0 - Sem metástases nos gânglios linfáticos regionais.

N1 - Metástases em um gânglio linfático único homolateral de 3 cm ou menos em sua maior dimensão.

N2 - Metástases em um gânglio linfático único homolateral, maior de 3 cm ou menos em sua maior dimensão ou gânglios linfáticos múltiplos homolaterais, nenhum deles maior de 6 cm em sua maior dimensão ou gânglios linfáticos bilaterais ou contralaterais, nenhum deles maior de 6 cm em sua maior dimensão.

N2a - Metástases em um gânglio linfático único homolateral, maior de 3 cm, mas inferior a 6 cm em sua maior dimensão.

N2b - Metástases em gânglios linfáticos múltiplos homolaterais, nenhum deles maior de 6 cm em sua maior dimensão.

N2c - Metástases em gânglios linfáticos bilaterais ou contralaterais, nenhum deles maior de 6 cm em sua maior dimensão.

N3 - Metástases em gânglios linfáticos maiores de 6 cm em sua maior dimensão.

exposição ao asbesto e à poeira do carvão, a ingestão de carne e peixe enlatados (2, 8, 12) e o refluxo gastroesofágico (13-15). A dieta rica em vegetais parece possuir efeito protetor (8).

Os homens são mais afetados que as mulheres numa proporção que varia de 6 a 32:1, dependendo da série estudada (3, 16, 17). Esta razão é maior para os tumores glóticos (9, 3:1), do que para os tumores da supraglote (2, 4:1) (3). No entanto tem se demonstrado uma diminuição nesta proporção, mais provavelmente devido ao aumento no número de mulheres fumantes (2, 3, 18). O pico de incidência situa-se entre os 50 e 70 anos (19-21).

Para o estadiamento do câncer, a laringe é subdividida em três áreas: a supraglote inclui a epiglote, as pregas ariepiglóticas, as pregas faringoepiglóticas, as aritenóides, as falsas cordas e o vestíbulo. A glote compreende as cordas vocais verdadeiras até a borda inferior da cartilagem cricóide (4, 7, 22).

Os tumores da região supraglótica são

Quadro 3. Estadiamento M (metástases à distância)

M - metástases a distância.

Mx - metástases a distância não podem ser avaliadas.

M0 - sem metástases a distância.

M1 - metástases a distância.

lesões altamente metastatizantes (mais de 50% dos casos) devido à extensa rede de vasos linfáticos dessa região. A drenagem linfática da glote é pobre, portanto a incidência de metástases linfáticas locoregionais é pequena. A rede de capilares linfáticos da subglote é considerável, mas os tumores dessa região são bastante raros (1%) (4, 7, 22, 23). Quando o câncer invade mais de uma região da laringe, é denominado "transglótico". Este termo, apesar de não estar incluído nas classificações oficiais, é largamente utilizado e, geralmente, denota uma lesão já avançada (7, 20).

Existem outros fatores envolvidos no prognóstico do câncer de laringe além do sítio invadido pelo tumor. Entre eles, o estágio da lesão no momento do diagnóstico é o principal deles (23). A morfologia da lesão também influencia o prognóstico, sendo este mais favorável nas exofíticas, que crescem em direção à luz do órgão, do que nas ulceroinfiltrativas. Quanto ao grau de diferenciação, em geral, este é inversamente proporcional à sua propensão para metastatização (4).

A fim de orientar o tratamento e o prognóstico e possibilitar a comparação dos resultados com outros centros, as neoplasias da cabeça e pescoço são classificadas de acordo com o sistema internacional TNM (7). O estadiamento T se relaciona ao sítio do tumor

Tabela 1. Características dos pacientes pesquisados^a

Idade	n	%
Raça (n=242)		
Branca	227	94,2
Negra	12	5,0
Mista	2	0,8
Amarela	1	0,4
Sexo (n=242)		
Masculino	227	93,8
Feminino	15	6,2
Tabagismo (n=232)		
Sim	219	94,4
Não	13	5,6
Etilismo (n=223)		
Sim	145	65
Não	78	35

^aMédia de idade (n = 242): 59,3 ± 10,3.

(quadro 1), o N representa o número de linfonodos acometidos pelo tumor (quadro 2) e o M se refere à presença de metástase à distância (quadro 3). A classificação clínica estabelecida pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) analisa de forma diversa as três subregiões (4).

O tratamento do câncer de laringe pode ser feito através de cirurgia total, cirurgia parcial, radioterapia e quimioterapia que podem ser associadas ou não, dependendo do estadiamento, da localização do tumor e das condições orgânicas do paciente (4, 7, 21).

O objetivo deste estudo é traçar o perfil epidemiológico do carcinoma de laringe em nosso meio, uma vez que não existem estudos desse tipo realizados no Rio Grande do Sul. Em particular, nós pretendemos estudar as características epidemiológicas, a distribuição do tumor nas subregiões da laringe, a histologia e o estadiamento deste tumor no momento do diagnóstico.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo. Inclui-se nesta revisão pacientes com diagnóstico de câncer de laringe atendidos no HCPA no período compreendido entre 1990

e 1996. As informações foram colhidas por meio de um protocolo, que visava obter dados de identificação do paciente, idade, sexo, fatores de risco, sintomas, histologia, estadiamento no momento do diagnóstico e tratamento proposto ao paciente.

Os resultados foram expressos em relações de frequência. Nas situações onde se impuseram procedimentos estatísticos, o teste empregado foi o teste do qui-quadrado (χ^2), com um nível de significância estabelecido em 5%.

Resultados

Entre 1990 e 1996 foram diagnosticados um total de 242 casos de câncer de laringe no serviço de otorrinolaringologia do HCPA. A média do número de novos casos vistos por ano foi 34,5. A idade variou de 25 a 82 anos, com uma média de 60 anos (tabela 1). A divisão por faixa etária mostrou um pico de ocorrência na sétima década de vida. Do total de casos, 93,8% (227) eram masculinos e apenas 6,2% (15), femininos. A proporção de homens em relação às mulheres nesta série de pacientes foi de 15:1. A maioria dos casos pertenciam à raça branca (94,2%), seguida pela raça negra (5,0%) e mista (0,8%). Das raças orientais (raça

Tabela 2. Características do câncer de laringe dos pacientes pesquisados

	n	%
Classificação (n=242)		
Carcinoma epidermóide	239	98,76
Carcinoma adenóide cístico	1	0,41
Carcinoma adenoescamoso	1	0,41
Fibrossarcoma	1	0,41
Localização (n=228)		
Supraglote	65	28,5
Glote	100	44,7
Subglote	8	3,5
Transglótico	53	23,2
Sintomas (n=242)		
Disfonia	182	76,5
Dispneia	89	37,4
Disfagia	66	27,7
Dor	34	14,3
Odinofagia	28	11,8
Tosse	20	8,4
Estadiamento (n=216)		
Estágio 1	31	15,0
Estágio 2	38	18,4
Estágio 3	48	23,3
Estágio 4	89	43,2

amarela) houve somente um caso de origem japonesa (tabela 1). Em relação aos principais fatores de risco conhecidos para carcinoma de laringe (tabaco e álcool), história de tabagismo foi aferida no registro de 232 pacientes e uso de álcool em 223. De 232 pacientes, 94,4% (219) eram tabagistas. Em 10 pacientes não havia registro sobre esse hábito. Quanto ao uso de álcool, 65% (145) de 223 pacientes eram etilistas, sendo que em 19 casos, esse dado foi omitido da história (tabela 1).

O diagnóstico histológico foi de carcinoma epidermóide em 98,76% dos casos. Houve um caso de carcinoma adenóide cístico, um de carcinoma adenoescamoso e um de fibrossarcoma (tabela 2). A tabela 2 ilustra a distribuição de acordo com o sítio acometido. Quase metade dos casos eram de câncer glótico (44,7%). Neste trabalho, tumor transglótico se refere a mais de uma região invadida. Em 14 pacientes, o sítio de origem acometido não foi identificado. A proporção de

Tabela 3. Estadiamento em função do local

Estadiamento	Supraglote % (n=57)	Glote % (n=85)	Subglote % (n=8)	Transglote % (n=47)
Estágio 1	16,1 (5)	74,2 (23)	9,7 (3)	0 (0)
Estágio 2	18,4 (7)	60,5 (23)	5,3 (2)	15,8 (6)
Estágio 3	29,8 (14)	44,7 (21)	2,1 (1)	23,4 (11)
Estágio 4	38,3 (31)	22,2 (18)	2,5 (2)	37,0 (30)

Tabela 4. Resultados relacionados ao tratamento do câncer de laringe

Tratamento (n=215)	n	%
Cirurgia total	109	50,7
Cirurgia parcial	43	20,0
Radioterapia	48	22,3
Quimioterapia	7	3,3
Rádio+químio	8	3,7

casos masculinos em relação a femininos foi de 15,25:1 no tumor de supraglote e de 24,25:1 no tumor de glote. Essa diferença não foi estatisticamente significativa ($P = 0,1$).

O principal sintoma apresentado no diagnóstico foi disfonia (76,5%), seguida da dispnéia (37,4%) e da disfagia (27,7%) (tab2). Esses sintomas estão significativamente relacionados com o local envolvido pelo câncer. Dos 99 pacientes com câncer na glote, 90,9% referiam disfonia. Naqueles 53 pacientes em quem o câncer invadiu mais de uma região (transglótico), 56,6% referiam dispnéia; a disfagia foi a queixa de 45,3% dos pacientes com o tumor na supraglote. Essas associações de tumor glótico com disfonia de tumor transglótico com dispnéia e de tumor supraglótico com disfagia foram estatisticamente significativas: $P < 0,00000038$, $P < 0,002$ e $P < 0,000098$, respectivamente.

O estadiamento do câncer foi registrado em 216 dos 242 casos. O estadiamento foi determinado clinicamente, cirurgicamente ou patologicamente. A extensão do tumor, estágio T do sistema internacional TNM, foi determinada através de laringoscopia direta. A percentagem dos casos diagnosticados em cada estágio foi de 15% estágio I; 18,4% estágio II; 23,3% estágio III; 43,2% estágio IV (tabela 2). Em mais da metade dos pacientes (66,5%) o estágio já era avançado no momento do diagnóstico (estágios III e IV).

Na tabela 3 podemos ver que os tumores localizados na supraglote estavam, principalmente, no estágio IV (38,3%), enquanto que 74,2% dos pacientes com câncer na glote estavam no estágio I. Essa diferença foi significativa ($P = 0,00000440$) e confirma que os tumores da supraglote são mais

avançados que os da glote no momento do diagnóstico do câncer.

Os resultados relacionados ao tratamento do câncer de laringe se encontram na tabela 4. A cirurgia total foi o tratamento mais indicado (50,7%), seguido da radioterapia (22,3%) e da cirurgia parcial (20,0%). Radioterapia após tratamento cirúrgico foi indicada para todos os pacientes com lesão T3 e T4. A quimioterapia foi utilizada em 7 casos como tratamento paliativo. Três pacientes recusaram-se a fazer cirurgia total e foram submetidos à radioterapia. Em 16 pacientes o câncer foi considerado inoperável por estar em estágio muito avançado, o tratamento foi feito com radioterapia paliativa. Três pacientes não receberam tratamento devido às péssimas condições orgânicas, apenas terapia para o alívio da dor. Dois pacientes foram ao óbito antes de realizarem o tratamento. Vinte e dois pacientes não fizeram tratamento ou o fizeram em outro local que não o HCPA. A análise estatística (teste do qui-quadrado) do tratamento com o estadiamento do tumor demonstra que a maioria das indicações para a cirurgia total (109, 46,8%) estavam no estágio IV e para a cirurgia parcial (43, 18,5%) no estágio I. A associação do estadiamento do tumor com o tipo de cirurgia indicada (total ou parcial) foi estatisticamente significativa (estágio IV e cirurgia total: $P = 0,00000002$; estágio I e cirurgia parcial: $P = 0,00000000$).

Discussão

O HCPA é considerado um centro de referência no Rio Grande do Sul para o tratamento do câncer de laringe. Nós acreditamos que o estudo deste grupo de pacientes representa o perfil epidemiológico do câncer de laringe do HCPA e, por conseguinte, do Rio Grande do Sul.

O carcinoma de laringe é a neoplasia mais comum vista na prática otorrinolaringológica do HCPA. A faixa etária com maior número de casos em nossa série foi a sétima década de vida, similarmente a outros estudos (24, 25). O paciente mais jovem tinha 25 anos. Este paciente havia sido tratado anteriormente para papiloma de laringe, o qual, provavelmente, tornou-se maligno. O consumo

de tabaco e álcool são implicados na etiologia desse tumor (2, 4-11). Sugere-se que em torno da sétima década de vida os efeitos carcinogênicos acumulados desses hábitos sociais predisponham ao câncer. Esse tipo de comportamento é comparável ao do carcinoma brônquico, que tem como principal causa o fumo, e cujo pico de incidência também situa-se na sétima década. A frequência de tabagismo e, principalmente, de etilismo, pode ter sido subestimada, uma vez que o estudo é retrospectivo e muitos registros continham dados inespecíficos e incompletos.

A proporção de casos masculinos em relação aos casos femininos neste estudo foi de 15,1:1. A razão para os tumores glóticos foi de 24,25:1 e de 15,25:1 para os tumores da supraglote. Apesar de a tendência ter sido similar a outros estudos (2, 3) não houve diferença estatisticamente significativa dessas proporções. Em parte, essa distribuição (câncer glótico mais comum em homens) pode ser explicada pela maior frequência de tabagismo e alcoolismo entre os homens, além de existir uma influência hormonal que contribui para essa diferença (3). Alguns investigadores demonstraram a presença de receptores para estrogênio, progesterona e androgênio em vários tumores de laringe, mas o papel desses hormônios na patogênese e evolução do câncer ainda não foi esclarecido (26).

Na grande maioria dos casos (98,76%) a histologia era de carcinoma epidermóide. Os outros tipos histológicos incluíram carcinoma adenóide cístico, carcinoma adenoescamoso e fibrossarcoma. Na literatura, a proporção situa-se entre 90 e 95%, vindo a seguir o carcinoma verrucoso, que representa 1% dos tumores da laringe (4, 7).

Em nossa série, o sítio mais freqüentemente envolvido pelo tumor foi a região glótica (44,7%), estando em concordância com a maioria dos estudos publicados (2, 22, 24, 25). Devido ao diagnóstico tardio em grande parte dos casos, 23,2% eram câncer transglótico. A disfonia foi o sintoma mais comum, já que a maioria dos tumores eram glóticos ou transglóticos. Os carcinomas de supraglote, significativamente, produziram mais disfagia. A supraglote está intimamente relacionada com o local de

passagem dos alimentos na hipofaringe, o que explica a maior frequência desse sintoma. Os tumores transglóticos por invasão da subglote e obstrução da passagem do ar produziram mais dispnéia.

Quanto ao estadiamento, no momento do diagnóstico do câncer, quase metade dos casos estudados (43,2%) encontrava-se em estágio IV, que é o de pior prognóstico. Essa tendência pode ser devida ao atraso na procura de auxílio médico por parte dos pacientes ou ao atraso por parte de médicos gerais no encaminhamento dos pacientes a especialistas apropriados.

Existem diferenças no comportamento biológico do tumor entre a supraglote e a glote. Os tumores da supraglote, em geral, têm pior prognóstico, devido ao fato de que a maioria destes tumores estão em estágio avançado no momento do diagnóstico. Os fatores que contribuem para a mais rápida expansão do tumor nesse sítio incluem a densa rede de capilares linfáticos ali presentes, a natureza mais anaplásica dos tumores dessa região e o surgimento dos sintomas somente quando a lesão já está avançada (7, 23). Vários estudos têm demonstrado que a presença de metástases nos linfonodos é o mais importante fator relacionado ao prognóstico do câncer de laringe. Como as metástases do câncer de laringe ocorrem, principalmente, por via linfática, os tumores da região supraglótica são altamente metastizantes, mesmo em estágio inicial ao contrário da região glótica, que possui uma drenagem linfática pobre e, portanto, pequena incidência de metástases linfáticas locais em tumores precoces (4, 7, 23). Quanto ao padrão histológico do tumor, as cordas vocais apresentam tumores bem diferenciados, enquanto que os tumores da supraglote são, em geral, pobremente diferenciados. Dos tumores da supraglote, 30 a 50% são indiferenciados, comparados a 10% dos tumores glóticos (23). Os tumores da região supraglótica têm caracteristicamente um padrão de crescimento insidioso e, geralmente, só se tornam sintomáticos nos estágios mais avançados, podendo atingir grandes dimensões antes de se manifestar clinicamente. Por outro lado, os tumores da região glótica costumam causar, já em fases bastante

precoces, uma disфония importante, pela deformação que acarretam à corda vocal (7, 23). Neste trabalho, os tumores da supraglote estavam, significativamente, em estágio mais avançado que os da glote no momento do diagnóstico.

O tratamento varia, principalmente, de acordo com o estágio do tumor. As lesões iniciais (estágio I) supraglóticas e glóticas podem, dependendo do seu volume, ser efetivamente tratadas com radioterapia. Para os tumores um pouco mais avançados (estágio II), pode-se realizar uma laringectomia parcial. O tratamento de escolha para o câncer de laringe no estágio III e IV é a laringectomia total (7, 16, 19). Essa última terapia foi a mais freqüentemente realizada no HCPA entre 1990 e 1996, refletindo que na maioria dos pacientes o câncer já era avançado.

Bons resultados do tratamento destas patologias podem ser alcançados, especialmente, se o câncer é detectado precocemente e permanece limitado a um sítio da laringe (16, 19). A fim de não se retardar o diagnóstico, qualquer disфония com mais de 15 dias de duração em homens fumantes com mais de 40 anos deve ser considerada conseqüência de um tumor maligno, até que se prove o contrário. A laringoscopia direta é necessária à maioria dos pacientes para biópsia e estadiamento (19). Já que grande parte dos pacientes com câncer de laringe é diagnosticada em estágio avançado, é importante fornecer àqueles pacientes com chances de cura após tratamento cirúrgico, acompanhamento periódico para detecção precoce de recidivas locais ou de metástases à distância. Aos pacientes com tumores muito extensos e inoperáveis deve-se oferecer um tratamento paliativo, visando melhorar a qualidade de vida desses pacientes. No acompanhamento de pacientes com câncer de laringe deve ser avaliada a possibilidade da existência de um segundo tumor primário, já que uma das características da biologia do câncer de células escamosas é a multicentricidade (27), isto é, um segundo tumor primário pode estar presente concomitantemente ou aparecer mais tarde em outro local da cabeça ou pescoço. Segundo Davis (28), um câncer sincrônico reduz o índice

de sobrevida em 10% e as opções de tratamento para esse segundo tumor, principalmente se foi utilizada radioterapia prévia, são mais limitadas.

Conclusão

A maioria dos pacientes com câncer de laringe que são atendidos pelo ambulatório de otorrinolaringologia do HCPA apresentam no diagnóstico o tumor em estágio avançado, tornando o prognóstico, principalmente, dos pacientes em estágio IV, bastante reservado. Todo homem acima de 40 anos, fumante, que apresenta disфония há pelo menos 15 dias deve ser investigado, através de laringoscopia para que o tumor, se este estiver presente, seja detectado o mais breve possível.

Referências

1. Pesquisa realizada no SAMIS do HCPA.
2. Harris JA, Meyers AD, Smith C. Laryngeal cancer in Colorado. *Head Neck* 1993;15(5):398-404.
3. Stephenson WT, Barnes DE, Holmes FF, Norris CW. Gender influences subsite of origin of laryngeal carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117(7):774-8.
4. Steffen N, Corrêa MZ. Câncer da laringe. In: Costa SS, Cruz OLM, Oliveira JAA. *Otorrinolaringologia: princípios e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas 1994. p.458-67.
5. Silvestri F, Bussani R, Stanta G, Cossatti C, Ferlito A. Supraglottic versus glottic laryngeal cancer: epidemiological and pathological aspects. *J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1992;54(1):43-8.
6. Tuyns AJ. A etiology of head and neck cancer: tobacco, alcohol and diet. *Adv Otorhinolaryngol* 1991;46:98-106.
7. Cernea CR. Tratamento do câncer de cabeça e pescoço. In: Schwartsmann G e cols. *Oncologia clínica: princípios e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p.407-14.
8. Zheng W, Blot WJ, Shu XO, Gao YT, Ji BT, Ziegler RG, et al. Diet and other risk factors for laryngeal cancer in Shanghai, China. *Am J Epidemiol* 1992;136(2):178-91.
9. Muscat JE, Wynder EL. Tobacco, alcohol, asbestos and occupational risk factors for laryngeal cancer. *Cancer* 1992;69(9):2244-51.
10. Lallemand JG. *Cancers du larynx et de*

- l'hypopharynx: epidemiologie, diagnostic, traitement. *Rev Prat* 1990;40(4):369-74.
11. Montruil CB. Tumeurs malignes du larynx at de l'hypopharynx: epidemiologie, diagnostic, traitement. *Rev Prat* 1993;43(5):631-6.
 12. Smith AH, Handley MA, Wood R. Epidemiological evidence indicates asbestos causes laryngeal cancer. *J Occup Med* 1990;32(6):499-507.
 13. Olson NR. Laryngopharyngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Otolaryngol Clin North Am* 1991;24(5):1202-13.
 14. Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour PH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope* 1991;101(4 Pt 2 Suppl. 53):1-78.
 15. Cote DN, Müller RH. The association of gastroesophageal reflux otolaryngologic disorders. *Compr Ther* 1995;21(2):80-4.
 16. Robin PE, Olofsson J. *Scott-Brown's otolaryngology*. 5th ed. United Kingdom: Butterworth international editions, 1987.
 17. Yang PC, Thomas DB, Daling JR, Davis S. Difference in the sex ratio of laryngeal cancer incidence rates anatomic subsite. *J Clin Epidemiol* 1989;42:755-8.
 18. Van Cauwenberge P, Dooge I, Ingels K. Epidemiology and etiological factors of laryngeal cancer. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1992;46(2):99-102.
 19. McKenna JP. Laryngeal cancer: diagnosis, treatment and speech rehabilitation. *Am Fam Physician GP* 1991;44(1):123-9.
 20. Sani A, Said H, Lokman S. Carcinoma of the larynx in Malaysia. *Med J Malaysia* 1992;47(4):297-302.
 21. Kuhn I. Câncer: definição, incidência, etiologia, patologia, sintomatologia, diagnóstico, tratamento. In: Kuhl I. *Laringologia Prática Ilustrada*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. p.100-6.
 22. Merletti F, Faggiano F, Boffeta P, Lehman W, Rombolá A, Amasio E, et al. Topographic classification, clinical characteristics, and diagnostic delay of cancer of the larynx / hypopharynx in Torino, Italy. *Cancer* 1990;66(8):1711-6.
 23. Stell PM. Prognosis in laryngeal carcinoma: tumour factors. *Clin Otolaryngol* 1990;15(10):69-81.
 24. Robin PE, Powell J, Holme GM, Waterhouse JAH, McConkey CE, Robertson JE. *Clinical carcinoma monograph: carcinoma of the larynx*. Macmillian Press Ltd 1989.
 25. Marck PA, Lupin AJ. Cancer of the larynx: the northern alberta experience. *J Otolaryngol* 1989;18(7):44:344-9.
 26. Virolainen E, Tuohimaa P, Astasalo K, Kytta J, Vanharanta-Hiltunen R. Steroid hormone receptors in laryngeal carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986;94:512-7.
 27. Slaughter JA. Multicentric origin of intraoral carcinoma. *Surgery* 1946;20:133-46.
 28. Davis RK. Prognostic variables in head and neck cancer: tumor site, stage, nodal status, differentiation, and immune status. *Otolaryngol Clin North Am* 1985;18:411-9.

Dados epidemiológicos do câncer de colo uterino no Rio Grande do Sul

João C. Prolla¹, Judite Dietz²,
Ada R. S. Diehl³, Andrea Campagnolo⁴

OBJETIVO: Estudar a epidemiologia descritiva do câncer do colo uterino no Rio Grande do Sul, no período de 1980 a 1994 e verificar a situação da prevenção secundária dessa neoplasia pela citologia.

MÉTODOS: Foram construídas séries históricas com índices de mortalidade padronizados pela população mundial, a partir dos dados da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul e analisadas pelo coeficiente de correlação de Pearson para séries históricas. Os resultados foram comparados com séries anteriores publicadas na literatura e com dados do Instituto Nacional do Câncer do Brasil.

RESULTADOS: A série temporal apresentou tendência ascendente ($P < 0,001$) com $b = 0,09$.

CONCLUSÕES: A mortalidade por câncer de colo uterino no Rio Grande do Sul continua ascendente, apesar dos esforços da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente para sua prevenção pela citopatologia. Sugestões são apresentadas para remediar essa situação no RS.

Unitermos: Câncer do colo uterino; epidemiologia; prevenção.

Epidemiological data of uterine cervical cancer in Rio Grande do Sul

OBJECTIVE: To study the descriptive epidemiology of uterine cervical cancer in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, from 1980 to 1994 and to observe the situation of its secondary prevention by citopathology.

MATERIALS AND METHODS: Temporal series were constructed with standardized mortality rates using data from the Secretaria de Saúde e Meio Ambiente – SSMA (State of Rio Grande do Sul Health Department) and analyzed through Pearson's correlation coefficient for temporal series. The results were compared with reports in the literature and data from the Instituto Nacional do Câncer do Brasil.

RESULTS: The temporal series demonstrated a tendency to increase ($P < 0.001$) with $b = 0.09$.

CONCLUSIONS: Mortality by uterine cervical cancer in the state of Rio Grande do Sul continues to increase, even with the efforts by SSMA to prevent it by citopathology. Suggestions are made to remedy this situation in our state.

Key-words: Uterine cervical cancer; epidemiology; prevention.

Revista HCPA 1999;19(1):48-55

¹ Unidade de Citopatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Prof. João Carlos Prolla, Rua Professor Fernando Carneiro 25, CEP 91330-100, Porto Alegre, RS, Brasil. e-mail: rspenumo@ez-poa.com.br

² Doutorando, Curso de Pós-Graduação em Medicina: Gastroenterologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Unidade de Citopatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Unidade de Citopatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Early diagnosis improves survival when treatment is worthless.

Even early diagnosis maneuvers that save lives will reduce health.

Soliciting the symptomless must promise better health (1).

Introdução

Cerca de 500.000 casos de câncer do colo uterino ocorrem anualmente no mundo inteiro, afetando principalmente mulheres de condições socioeconômicas desprivilegiadas. Além do impacto desse altíssimo número, o mais trágico é constatar que essa neoplasia pode ser quase totalmente prevenida pelo diagnóstico sistemático das lesões precursoras através da citopatologia e sua remoção por técnicas cirúrgicas de pequeno custo e alta eficiência. Estudos recentes de epidemiologia molecular e biotecnologia indicam que o câncer de colo uterino é causado por um vírus (vírus do papiloma humano ou HPV) e esperanças de erradicação por vacinas eficientes já são muito mais do que distantes sonhos. Infelizmente, o caminho a percorrer ainda é longo e está cheio de percalços e dificuldades causadas pelo uso ignorante e talvez ganancioso dessas mesmas tecnologias modernas. Este trabalho é uma revisão crítica dos dados mais recentes da literatura sobre a epidemiologia do câncer do colo uterino e suas repercussões sobre o conhecimento atual do papel do HPV na sua gênese e da citopatologia na sua prevenção secundária. Temos certeza de que os próximos anos serão muito produtivos nessa área do conhecimento e da prática médica, mas para tanto precisamos manter intacta nossa objetividade científica. Vemos com certo receio e apreensão que a comunidade acadêmica mais e mais se torna parte interessada, na medida em que se constitui parceira econômica da indústria, em especial na área da biotecnologia. Essa é uma ameaça real à objetividade científica, que não podemos ignorar, e é o maior desafio que enfrentamos. Oxalá nossos cientistas consigam o melhor dos dois mundos.

Objetivos

Neste trabalho, queremos responder às

seguintes questões: 1) qual é a epidemiologia descritiva, em especial a mortalidade e a incidência do câncer de colo uterino, no Rio Grande do Sul e no Brasil e em que situação em relação a outras regiões do Brasil e do mundo esses dados nos colocam? 2) Como anda a prevenção pelo exame citopatológico no Rio Grande do Sul? 3) Que alterações nas estratégias de rastreamento populacional esses novos conhecimentos estão a exigir?

Materiais e métodos

Foram construídas séries históricas com índices de mortalidade padronizados pela população mundial, a partir dos dados da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SSMA) do Rio Grande do Sul e analisadas pelo coeficiente de correlação de Pearson para séries históricas. Dados do Instituto Nacional do Câncer do Brasil, sobre câncer do colo uterino, foram tabulados para comparações entre cidades brasileiras e dados da literatura mundial.

Resultados

Os resultados estão tabulados nas tabelas 1 a 5 e nos gráficos 1 e 2. Para melhor leitura essas tabelas e gráficos foram incorporados ao texto da Discussão.

Discussão

Mortalidade por câncer de colo uterino

Em 1993, Dietz et al (2) estudaram os coeficientes padronizados por mortalidade do câncer de colo uterino (C53) em Porto Alegre no período de 1970 a 1989. Observaram uma tendência crescente ($P < 0,001$) com $b=0,17$; em 1970 o coeficiente padronizado foi de 3,0 por 100.000 mulheres, em 1980 foi de 5,4 e em 1989 foi de 7,37. Essa tendência crescente é particularmente alarmante, pois a grande maioria dos países tem apresentado sensível diminuição na incidência e mortalidade por essa neoplasia (3-5). Para confirmar os estudos de Dietz et al. (2), repetimos a metodologia para o período de 1980 a 1994 (tabela 1).

No período de 1980 a 1989, em que há

superposição entre a nossa série temporal e a de Dietz et al. (2), verificamos praticamente os mesmos coeficientes de mortalidade, com exceção dos anos de 1987 a 1989, para os quais encontramos coeficientes padronizados menores. Assim, por exemplo, para 1989 encontramos 6,2 óbitos por 100.000 mulheres e a série de Dietz et al. registrou 7,37. A diferença deve ser atribuída ao uso de dados populacionais derivados do censo de 1991, que não estavam disponíveis para Dietz e cols. Embora pareça estar havendo tendência para estabilidade do coeficiente, a série temporal como um todo (1980 a 1994) ainda apresentou também tendência ascendente ($P < 0,001$) com $b = 0,09$. Os dados de 1995 a 1997 serão muito importantes para se determinar se realmente os coeficientes estabilizaram a partir de 1987, pois permitirão que se faça uma nova série temporal com dados de 11 anos.

Em relação a outras cidades brasileiras, Porto Alegre está em situação algo favorável, como a tabela 2 demonstra. A maioria dos países e regiões subdesenvolvidos apresentam

elevados coeficientes de mortalidade para o câncer de colo uterino e o Rio Grande do Sul ocupa uma posição intermediária, como vemos na tabela 3.

Incidência do câncer de colo uterino

Como vemos no gráfico 2, o trabalho de Parkin et al. (6) relaciona Trujillo, no Peru, como tendo o mais alto coeficiente padronizado de incidência do câncer do colo uterino, com 54,7 casos por 10^5 mulheres, e a população não judia de Israel, com o menor coeficiente, de 2,6 casos por 10^5 mulheres (dados referentes ao período de 1984-1987). Os coeficientes de incidência são pouco conhecidos no Brasil e os registros de tumores das principais cidades brasileiras estão praticamente inativos. Em Belém, o coeficiente é tão alto quanto Trujillo: 54,4 por 10^5 mulheres; compare-se isso com Porto Alegre, onde para o ano de 1991 o coeficiente padronizado de incidência por nós calculado foi de 23,9 por 10^5 mulheres. Estes números indicam que muito provavelmente exista no

Tabela 1. Câncer de colo uterino no Rio Grande do Sul, 1980 a 1994^a. Coeficientes de mortalidade padronizados por 100000 mulheres

Ano	Óbitos	Coeficiente padronizado ^b	Coeficiente padronizado ^c
1980	171	5,4	5,48
1981	171	5,2	5,22
1982	127	3,7	3,96
1983	190	5,6	5,44
1984	207	5,8	5,85
1985	207	5,5	5,55
1986	211	5,5	5,52
1987	232	5,8	6,58
1988	240	5,9	6,85
1989	260	6,2	7,37
1990	249	5,8	
1991	270	6,0	
1992	275	6,1	
1993	302	6,4	
1994	294	6,1	

^a Coeficientes de mortalidade padronizados por 100000 mulheres.

^b Presente série.

^c Série de Dietz e cols. (2).

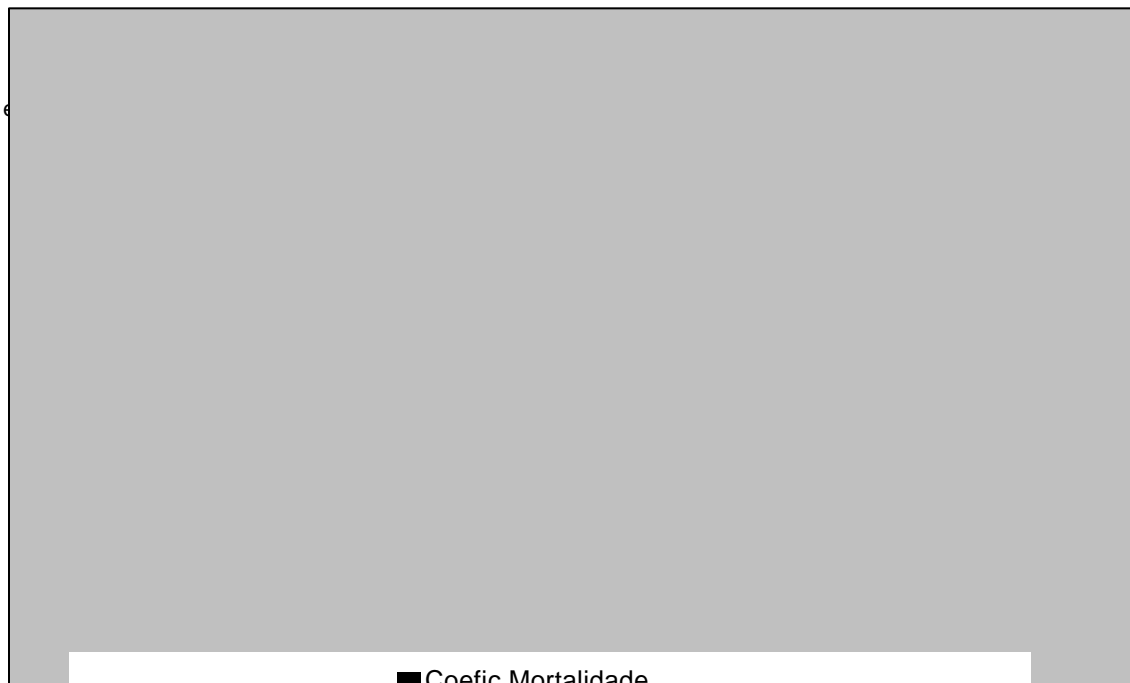


Figura 1. Câncer de colo uterino no Rio Grande do Sul. Dados da tabela 1. Coeficientes padronizados por 100.000 mulheres.

Brasil uma grande subnotificação dos óbitos por câncer de colo uterino (C53): no RS, por exemplo, a essa incidência deveria corresponder uma mortalidade de aproximadamente 10 a 12 óbitos por 10^5 mulheres e não os 6,0 que encontramos! (é muito provável que muitos desses óbitos foram notificados sob a rubrica C55: neoplasma maligno do útero, porção não especificada).

Em todos os locais de onde existem dados confiáveis de incidência e mortalidade por câncer de colo uterino, a relação incidência/mortalidade é de cerca de 1,5:1 a 1,8:1. Em todas as cidades brasileiras, essa relação está bastante aumentada, apontando para a possível subnotificação dos óbitos tendo por causa a rubrica C53. Uma comparação entre as notificações pelas rubricas C53 e C55 da Classificação Internacional de Doenças (CID)

está relacionada na tabela 4. Por exemplo, a cidade de São Paulo, em 1994, registrou 241 óbitos na rubrica C53 e 250 na C55, claramente subnotificando o câncer de colo uterino.

Frequência relativa dos óbitos femininos por câncer

Os dados dessa variável também confirmam o papel importante e crescente da mortalidade por câncer do colo de útero: em 1982 essa neoplasia ocupava o oitavo lugar com 4,1% dos óbitos femininos por câncer e em 1994 passou a ocupar o quinto lugar com 6,1% dos óbitos femininos por câncer. Dados do Instituto Nacional do Câncer, Brasil para o ano de 1985 indicavam que na região Norte a mortalidade por câncer do colo uterino ocupava

Tabela 2. Mortalidade por câncer de colo uterino, C53, Brasil, 1988 e 1994^a

Local	1988	1994
Brasil	4,5	—
Belém	23,3	13,4
Fortaleza	7,7	5,4
Recife	9,5	8,5
São Paulo	4,7	5,1
Goiânia	5,5	12,0
Porto Alegre	6,2	5,7

^a Coeficiente padronizado.

Tabela 3. Estudo comparativo da mortalidade por câncer de colo uterino^a

Grandes Regiões	Locais	1977	1987
Cone Sul	Chile	14,17	13,29
	Paraguai	8,67	10,44 (1986)
	Brasil, RS	4,04	5,8
	Argentina	4,38	5,00 (1986)
	Uruguai	5,96	4,23
Leste Europeu	Hungria	6,06	11,0
	Polônia	9,31	10,6
	Áustria	4,99	5,8
	Ex-Iugoslávia	4,82	4,6
Escandinávia	Dinamarca	9,21	8,0
	Suécia	3,82	5,5
	Noruega	4,76	7,2
América do Norte ^b	EUA		3,4
	Canadá		3,3
	México 1985		21,5
Brasil ^c	Belém 1988		22,6
	Fortaleza 1983		13,6
	Recife 1980		18,9
	São Paulo	7,8	4,7 (1988)
	Porto Alegre		6,5
	Goiânia 1988		13,1

^a Coeficientes padronizados - 1977 e 1987. Adaptado de Dietz e cols. (2). Dados de 1977 apud Segi.

^b Dados da OMS.

^c Dados do Instituto Nacional do Câncer, Brasil.

o primeiro lugar, enquanto que nas regiões Nordeste e Centro-Oeste ocupava o segundo lugar.

Na publicação da OMS, para o período de 1985 a 1988, em 45 países estudados, a mortalidade por câncer de colo uterino aparece em primeiro lugar na freqüência relativa no México e Panamá; em segundo lugar no Chile; em terceiro lugar no Paraguai, Costa Rica, Equador e Brasil (7)

Conforme o estudo de Pisani et al. (4), na maioria dos países subdesenvolvidos o câncer de colo uterino ocupa o primeiro lugar, superando o câncer de mama.

Prevenção secundária pelo exame citopatológico

O exame citopatológico do colo uterino é uma das armas mais eficazes e relativamente de baixo custo de prevenção do câncer dessa localização anatômica. Mas, como os trabalhos de Anderson e cols. (8-10), da província British Columbia, no Canadá, demonstram, a periodicidade do exame (pelo menos a cada 3 anos) e sua realização em pelo menos 85% da população sob risco são características essenciais dos programas eficazes. A incidência de carcinoma invasor de células escamosas do colo uterino caiu em 78% e a mortalidade por essa neoplasia caiu em 72%

Tabela 4. Mortalidade por câncer do colo uterino - C53 e C55 - ano de 1994 - em várias cidades brasileiras

Cidade	Nº de óbitos pelo C53	Nº de óbitos pelo C55
Recife	56	31
São Paulo	241	250
Belém	57	30
Fortaleza	39	44
Goiânia	38	6
Porto Alegre	45	36

Dados do Instituto Nacional do Câncer, Brasil

durante o período de 1955 a 1985 (8). (*“Early diagnosis improves survival when treatment is worthless.”*) (1)

No Rio Grande do Sul, a SSMA tem um programa em andamento há vários anos, com registro confiável de seus exames, mas carecemos de dados dos laboratórios privados e da rede pública municipal e federal de saúde pública. Como a tabela 5 demonstra, no ano de 1996, por exemplo, a SSMA realizou 204.307 exames citológicos, dos quais 59% eram em mulheres cujo exame era o primeiro em suas vidas. A prevalência de anormalidades (displasia mínima ou acima) foi de 1%. O total dos exames representa 7% das 2.894.542 mulheres gaúchas com 20 anos ou mais de

idade pelo censo de 1991 ou 8,2% das 2.498.410 mulheres gaúchas com 25 anos ou mais de idade pelo mesmo censo. Muito longe do recomendado por Anderson e cols. (8), mesmo que se adicionem hipotéticos 300.000 exames atribuíveis aos laboratórios privados e de saúde pública federal e municipal (que não estejam contabilizados nos números da SSMA), a soma 504.307 representaria apenas 17,4% das 2.894.542 mulheres gaúchas com 20 anos ou mais de idade pelo censo de 1991 ou 20,1% das 2.498.410 mulheres gaúchas com 25 anos ou mais de idade pelo censo de 1991. Aceitamos desde logo que esse é um exercício sem nenhuma base real de aferição de sua exatidão, sendo apenas um valor teórico que

Fi

populacionais de cidades brasileiras e do mundo (áreas subdesenvolvidas). Dados da Tabela 4.

não nos parece absurdo. Como comparação, verificamos que na província British Columbia no Canadá, no ano de 1988, foram realizados exames citológicos em 490.985 mulheres (40% de todas as mulheres com mais de 15 anos de idade na população) com 9,2% mostrando anormalidades celulares (10).

A situação na cidade de São Paulo, segundo Nascimento e cols. (11) seria bastante melhor. Em seu trabalho, realizado entre março e setembro de 1987, entrevistando 967 mulheres, esses autores encontraram que 666 mulheres (69%) afirmaram já ter realizado um exame citológico no passado, 588 (61%) afirmaram que tinham feito nos últimos 3 anos, enquanto 399 (41%) afirmaram tê-lo realizado durante o ano antecedente. Como se vê, pela metodologia empregada, cerca de 40% das entrevistadas já haviam deixado transcorrer 3 anos sem realizar o teste. Esses números nos parecem merecer reparos, pois cobertura com exames cada 3 anos de 61% da população feminina sob risco (na amostra foram incluídas pacientes com 15 anos de idade ou mais) exigiria que a cidade de São Paulo estivesse realizando pelo menos 691.000 exames anuais.

A meta de realizar um exame citológico em 85% das mulheres gaúchas com 25 anos ou mais de idade, cada 3 anos, exigiria que todos os laboratórios do Rio Grande do Sul (da SSMA, privados e conveniados ou da rede pública federal e municipal) realizassem em conjunto 707.882 exames citológicos anuais. A um custo mínimo de R\$ 4,32 por exame (valor pago atualmente pelo SUS) são R\$ 3.058.053,00 anuais que deveriam ser alocados ao programa. A isso se deveriam acrescentar os custos de manutenção de um registro central computadorizado, para promoção do programa, controle do intervalo de 3 anos, evitar exames repetidos, etc. Supondo que o programa

evitasse 250 dos 300 óbitos anuais, teríamos um custo aproximado de 14 mil reais por óbito evitado, cifra relativamente modesta. Devemos entretanto acrescentar ainda os custos da investigação das pacientes com exames definitivamente anormais (displasia mínima ou mais): para uma prevalência de 1% de anormalidade seriam 7.079 pacientes. Mas não devemos esquecer que o alvo principal dos programas de prevenção deve ser a identificação e remoção das lesões de alto grau. A mão de obra especializada envolvida somente no escrutínio e controle dos exames em tal programa também não é pequena: o escrutínio por citotécnicos necessitaria de pelo menos 88 desses profissionais (supondo que cada um possa escrutinar 40 casos por dia em 200 dias úteis anuais, ou seja 8.000 casos por ano), sem contar os técnicos envolvidos em processamento das lâminas, emissão e registro dos resultados, e controle interno de qualidade (certamente mais 15 a 17 técnicos). Se um patologista ficar responsável por seis citotécnicos, o programa exigiria pelo menos 18 patologistas dedicados exclusivamente a essa tarefa. O pagamento de mil reais mensais aos patologistas e quinhentos reais mensais aos citotécnicos consumiria cerca de metade dos R\$ 3.058.053,00 anuais, supondo-se que encontraríamos profissionais experientes dispostos a trabalhar por esses estipêndios. Ficaríamos com apenas R\$ 2,16 para a colheita e processamento dos exames, arquivo e logística de entrega dos resultados, muito provavelmente recursos insuficientes. O custo da investigação das pacientes com exames anormais certamente teria que ser coberto por outra fonte de recursos.

Um programa compreensivo e dispendioso como esse dificilmente teria a prioridade suficiente para ser implementado: escalas menores, em nível municipal ou regional deverão ser tentadas, mas a coordenação por alguma organização, governamental ou não, será indispensável. Na opinião de Herrero e cols. (3) sempre que os recursos forem limitados, os programas devem dar preferências às mulheres que nunca fizeram nenhum exame preventivo, ou para as de baixo nível socioeconômico. O estudo de Robles e cols. (12) mostrou que em vez disso, na América Latina a maioria dos exames e programas são dirigidos para

Tabela 5. Exames citológicos realizados pela Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul pelo programa Saúde da Mulher

Ano	Total de exames	Primeiro exame (%)
1993	149.308	68
1994	190.872	67
1995	195.706	62
1996	204.307	59

mulheres com menos de 30 anos de idade, que procuram serviços de planejamento familiar, clínicas de atendimento pré-natal ou de doenças sexualmente transmissíveis.

Que alterações nas estratégias de rastreamento populacional esses novos conhecimentos estão a exigir?

As estratégias de rastreamento populacional, em especial nas populações de alta incidência do câncer de colo uterino, como é o caso do Brasil, deverão ser criticamente analisadas em face desses novos conhecimentos sobre a história natural dessa neoplasia. Como as opções terapêuticas para as lesões de baixo grau são de eficácia limitada e relativamente caras, o alvo principal dos programas de prevenção deve ser a identificação e remoção das lesões de alto grau, como já afirmamos acima. Como o papel das técnicas de identificação do HPV por seu DNA ainda está por ser adequadamente definido (13-15), o exame citológico permanece a primeira opção. Atenção especial deverá ser dada ao intervalo entre os exames citológicos e aos instrumentos de colheita do material citológico. O intervalo não poderá ser menor do que 24 meses e idealmente em torno de 12 meses, embora não deva deixar de considerar que estratégia realizando exames a cada 3 anos foi adotada com sucesso no Canadá (8, 9). Como as lesões de alto grau tendem a se localizar no canal cervical, o uso de escovas citológicas deverá ser amplamente difundido e modelos descartáveis mais econômicos são altamente desejáveis. A presença de material da zona de transformação deverá ser considerada critério rigoroso de adequação do material citológico. Os esforços em atingir as mulheres que nunca fizeram um esfregaço cervical devem ser redobrados. As mulheres com mais de 60 anos devem continuar também a serem consideradas como alvo desses esforços. Estudos epidemiológicos das populações femininas que nunca fizeram um esfregaço cervical devem ser implementados para que se identifiquem os problemas, tanto por parte das mulheres, como por parte dos programas de prevenção do câncer cervical.

Referências

1. Sackett DL. A science for the art of consensus. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:1003-5.
2. Dietz J, Prolla JC, Pohlmann PR, et al. Mortalidade por câncer de colo uterino no Rio Grande do Sul. *Rev Ass Med Brasil* 1993;39:146-50.
3. Herrero R. Epidemiology of cervical cancer. *Monogr Natl Cancer Inst* 1996;21:1-6.
4. Pisani P, Parkin DM, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from eighteen major cancers in 1985. Implications for prevention and projections of future burden. *Int J Cancer* 1993;55:891-903.
5. Devesa SS, Young-Jr JL, Brinton LA, Fraumeni-Jr JF. Recent trends in cervix uteri cancer. *Cancer* 1989;64:2184-90.
6. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao YT, Ferlay J, Powell J. *Cancer Incidence in five continents, Volume VI. IARC Scientific Publication No. 120.* Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 1992.
7. *OMS: World Health Statistics.* Geneve: World Health Organization; 1990.
8. Anderson GH, Boyes DA, Benedet JL, et al. Organization and results of the cervical cytology screening program in British Columbia, 1955-1985. *Brit Med J (Clin Res Ed)* 1988;296:975-8.
9. Boyes DA, Worth AJ, Anderson GH. Experience with cervical screening in British Columbia. *Gynecol Oncol* 1981;12:S143-56.
10. Benedet JL, Anderson GH, Matisic JP. A comprehensive program for cervical cancer detection and management. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1254-9.
11. Nascimento CM, Eluf-Neto J, Rego RA. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. *Bull Pan Am Health Organ* 1996;30:302-12.
12. Robles SC, White F, Peruga A. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ* 1996;30:290-301.
13. Sun XW, Ferenczy A, Johnson D, et al. Evaluation of the hybrid capture human papillomavirus deoxyribonucleic acid detection test. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1432-143.
14. Lorincz AT, Reid R, Jenson AB, Greenberg MD, Lancaster W, Kurman RJ. Human papillomavirus infection of the cervix: relative risk associations of 15 common anogenital types. *Obstet Gynecol* 1992;79:328-37.
15. Kiviat NB, Koutsky LA. Do our current cervical cancer control strategies still make sense? *J Natl Cancer Inst* 1996;88:317-8.

1. Sackett DL. A science for the art of consensus. *J*

Ânus anterior: está ou não associado com a constipação crônica na criança?

Lúcia H.S. Kuwe¹, Leticia R. Machado¹, Elza D. Mello¹,
Sandra M.G. Vieira¹, Rosemeri Alves¹, Silmara S. Maia¹,
Wilma A.S. Souza¹, Themis R. da Silveira¹

OBJETIVO: Estudar a associação entre o deslocamento ventral do ânus, através da medida do índice ânus-genital, e a presença de constipação crônica em crianças.

MATERIAL E MÉTODOS: Foram estudadas 195 crianças atendidas no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do HCPA, com idades entre 10 dias e 9 anos e 10 meses, 94 meninas e 101 meninos. Foram consideradas constipadas as crianças que não evacuavam há mais de 3 dias e que apresentavam fezes disquézicas ou cibalosas. Ânus anteriorizado foi definido como IAG menor do que um desvio-padrão daquele obtido da média das crianças controles não constipadas (IAG < 0,40 em meninos e < 0,24 em meninas).

RESULTADOS: Foram identificadas 58/195 crianças (29,7%) com constipação crônica (28,7% em meninos e 30,9% em meninas). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo (30,9%) ou quanto à presença do ânus anterior. Entre as 58 crianças constipadas, 39,4% apresentavam ânus anteriorizado, enquanto que dentre as não constipadas 60,6% o apresentavam. Não houve correlação estatisticamente significativa entre a presença de ânus anteriorizado e constipação, ou entre constipação e as medidas do IAG.

CONCLUSÃO: Não houve relação entre constipação e a posição anteriorizada do ânus nas crianças estudadas

Unitermos: Constipação crônica; ânus anterior; índice ânus genital.

Is anterior anus associated to chronic constipation in children?

OBJECTIVE: To study the association between the anterior anus, measured through anal position index, and the presence of longstanding chronic constipation in children.

MATERIALS AND METHODS: 195 pediatric patients of the outpatient unit at HCPA were analyzed (ages: from 10 days to 9 years and 10 months; sex: 94 girls and 101 boys). Children were considered constipated when presenting a period of more than 3 days without bowel movements and large and hard, or pelletlike, stools. Anterior anus was identified by anal indexes lower than the average minus the standard deviation of the control group of children without constipation; that is < 0.40 for boys, and < 0.24 for girls.

RESULTS: Chronic constipation was diagnosed in 58 of the 195 children (29.7%; 28.7% of boys, and 30.9% of girls). There was no significant difference in relation to sex, constipation, or regarding the presence of anterior anus. Fifty-eight children

¹ Setor de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Correspondência: Professora Themis Reverbel da Silveira, Rua 24 de Outubro 1181, CEP 90510-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Fone: +55-51-316.8304.

(39.4%) with constipation had anterior anus, whereas 60.6% of children without constipation had anterior anus. There was no significant correlation between anterior position of anus and chronic constipation.

CONCLUSION: There was no correlation between chronic constipation and anterior anus among the analyzed children.

Key-words: Chronic constipation; anterior anus; anogenital index.

Revista HCPA 1999;19(1):56-61

Introdução

O convívio social impõe, em relação ao hábito intestinal, regras bem definidas. É importante considerar que, para crianças, há uma grande variação nos padrões considerados normais. O conhecimento do processo evacuatório, e das suas alterações, é particularmente importante para os pediatras que irão orientar as famílias no treinamento das crianças para a aquisição de controle esfinteriano.

Constipação é um sintoma extremamente comum e que ocorre em todas as idades dos indivíduos. Pode ser definida como uma alteração na frequência, tamanho, consistência e/ou dificuldade na eliminação das fezes. Frequentemente, na prática clínica, o elemento mais valorizado na definição é a maior dificuldade para a exoração intestinal, e não as características das fezes. Praticamente todos os indivíduos, em algum momento de sua vida, apresentaram, ou irão manifestar, constipação. É um motivo freqüente de atendimento nos Serviços de Pediatria em todo o mundo. Quando anualmente, em dezembro, as primeiras consultas do ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre são analisadas, observa-se que a constipação está, sempre, entre as mais freqüentes, oscilando entre 13 a 20%. Nos anos de 1989-1990, por exemplo, a queixa de constipação determinou 14% dos atendimentos de primeiras consultas (1).

Em pacientes pediátricos as causas mais importantes de constipação são alteração estrutural primária (como na doença de Hirschsprung - aganglionose), manifestação de doenças sistêmicas não digestivas

(hipotireoidismo, neuropatias), malformação digestiva (atresias), e distúrbios exclusivamente psicogênicos (2-7). O diagnóstico diferencial da constipação crônica na infância difere daquele das crianças maiores e dos adultos porque as anomalias congênitas ano-retais são muito mais comuns e os fatores psicogênicos, em geral, menos valorizados.

Traçando-se uma linha entre a rafe genital e o cóccix, o orifício anal deve situar-se no ponto médio desta linha ou em sua metade posterior (4, 5). Considera-se localização anterior do ânus, quando este encontra-se deslocado ventralmente (4, 5, 8). Este deslocamento, acreditam vários autores, poderá resultar em perturbações das forças exercidas durante a evacuação intestinal (2, 3, 5). Em 1978, Hendren e colaboradores estudaram 134 pacientes de ambos os sexos, com idade variando de zero a 16 anos, portadores de ânus anterior e constipação crônica, e observaram que a constipação crônica, antes refratária ao tratamento clínico, mostrou uma boa evolução após o tratamento cirúrgico (3). A partir de então, diversos estudos passaram a considerar o deslocamento anterior do ânus como uma entidade clínica definida e causadora de constipação (2, 5, 7). Em 1984, Reisner e colaboradores propuseram um método simples de se determinar a posição anatômica do ânus (6). Bar-Maor e Eitan, utilizando este método, em um estudo controlado, relacionaram as entidades ânus anterior e constipação crônica, sem encontrar diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem constipação (8). Ramirez-Mayans et al., analisaram a localização normal do ânus de 500 crianças mexicanas e sugeriram a existência de variações étnicas

quanto à localização normal do ânus (9). Todas essas observações tornam o assunto controverso e de interesse para a orientação terapêutica de um problema médico tão comum em Pediatria como é a constipação.

Ao realizar o presente estudo os nossos objetivos foram determinar a posição do ânus em crianças atendidas no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do HCPA e estudar a eventual associação entre a posição anteriorizada do ânus e a presença de constipação crônica.

Materiais e métodos

No período de abril a junho de 1991, foram estudadas, prospectivamente, 195 crianças acompanhadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com idade variando de 10 dias a 9 anos e 10 meses (mediana de 1 ano e 7 meses). No grupo havia 94 meninas (48,2%) e 101 meninos (51,2%).

As informações a respeito do hábito intestinal foram obtidas com os responsáveis pelas crianças através de entrevistas para preenchimento de um protocolo específico para constipação, no qual havia perguntas referentes às características das fezes, frequência da exoneração intestinal, dificuldade na eliminação das fezes, hábito alimentar e uso de medicamentos. Foram consideradas constipadas aquelas crianças sem exoneração intestinal por período superior a 2 dias, associada a eliminação, com esforço, de fezes volumosas (disquécicas) ou de consistência aumentada, cibalosas. Foi considerada constipação funcional aquela cujo portador não apresentasse manifestações de outras doenças que pudessem influenciar no hábito intestinal (hipotireoidismo, neuropatias, por exemplo) e que respondesse satisfatoriamente ao treinamento intestinal e orientação dietética. Definiu-se como constipação crônica a que se manteve por tempo igual ou superior a 30 dias.

Utilizamos o índice ânus genital (IAG), proposto por Reisner e colaboradores (6) para definição da localização do ânus. Este índice é calculado pela seguinte fórmula:

$$\text{Índice ânus-genital: } \frac{\text{dist. Vagina (escroto)} - \text{ânus (cm)}}{\text{dist. Vagina (escroto)} - \text{côccix (cm)}}$$

Considerou-se ânus anteriorizado quando o IAG era menor do que um desvio padrão do que aquele encontrado na média das crianças com padrão evacuatório normal.

Análise estatística

A comparação dos IAG entre os constipados foi feita pelo teste qui-quadrado de Pearson e pelo teste de Fischer, sendo também calculado o risco relativo. O nível de significância empregado foi de 5%.

Resultados

Das 195 crianças estudadas, 101 (51,8%) eram do sexo masculino e 94 (48,2%) do sexo feminino. Os pacientes foram divididos em três grupos, em função da faixa etária: grupo 1, crianças com menos de 12 meses ($n = 66$), grupo 2, entre 13 e 60 meses ($n = 68$) e grupo 3, entre 61 e 108 meses de idade ($n = 61$). Conforme o critério previamente estabelecido, 58 crianças (29,7%) apresentavam constipação crônica, enquanto 137 (70,3%) apresentavam padrão evacuatório e características das fezes normais. A medida do IAG destas crianças sem constipação foi utilizada para o cálculo do ânus anterior ($\text{IAG} < 1$ Desvio Padrão da média). Em 72 crianças do sexo masculino, a média e o DP observados foram $0,52 \pm 0,12$; nas 65 meninas os valores foram $0,36 \pm 0,12$. Definiu-se portanto com ânus anteriorizado, um $\text{IAG} < 0,40$ em meninos e $< 0,24$ em meninas.

No grupo dos meninos, 29 (28,7%) apresentavam constipação e 72 (71,3%) não eram constipados. No grupo das meninas, 29 (30,9%) eram constipadas e 65 (69,1%) não o eram. Quando comparamos a presença ou não de constipação em ambos os sexos, não encontramos diferença entre os dois grupos ($P = 0,74$).

A tabela 1 apresenta as médias dos IAG encontradas no sexo masculino, que foram de 0,55 cm ($\pm 0,14$) entre os constipados e de 0,52 cm ($\pm 0,12$) nos não constipados. Na amostra de meninas, os valores 0,31 cm ($\pm 0,12$) para as constipadas e 0,36 ($\pm 0,12$) para as não constipadas.

Na amostra total 33 (16,9%) apresentavam ânus anteriorizado (tabela 2). O

Tabela 1. Distribuição de crianças conforme sexo e presença ou não de constipação e relação com Índice Ânus Genital

	Constipado		Não constipado	
	n	%	n	%
Sexo masculino (n=101)	29	28.7	72	71.3
Sexo feminino (n=94)	29	30.9	65	69.1
Índice Ânus Genital (M-DP)				
Sexo masculino	0.55	(± 0.14)	0.52	(± 0.12)
Sexo feminino	0.31	(± 0.12)	0.36	(± 0.12)

critério de anteriorização do ânus foi preenchido em 14 meninos (13,9%) e 19 meninas (20,2%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Quando foi analisada a amostra de acordo com a idade dos pacientes e a presença ou não de ânus anteriorizado, também não foi verificada qualquer associação estatisticamente significativa.

O IAG na amostra total (tabela 3) foi de 0,44 cm (\pm 0,16), sendo de 0,52 cm (\pm 0,13) entre os meninos e de 0,34 cm (\pm 0,13) entre as meninas. No grupo de crianças consideradas constipadas, o IAG foi de 0,34 cm (\pm 0,18), enquanto na amostra considerada não constipada foi de 0,44 cm (\pm 0,15), sem diferença estatisticamente significativa.

Analisando-se todo o grupo de pacientes (tabela 2), verificou-se que, dentre as crianças constipadas (n = 58), 13 apresentavam ânus anteriorizado, enquanto que 45 não apresentavam. Dentre as crianças não constipadas (n = 137), 20 tinham ânus anteriorizado e 117 não o tinham. Não houve

diferença estatisticamente significativa em relação a presença de ânus anteriorizado e constipação. No grupo de meninos (n = 101), 14 (13,9%) apresentavam ânus anteriorizado e 29 (28,7%) eram constipados. Quando foi estudada a associação entre constipação e IAG não houve diferença estatisticamente significativa ($P = 1,0$). No grupo de meninas (n = 94), 19 (20,2%) apresentavam ânus anteriorizado e 29 meninas (30,9%) eram constipadas. Também não houve diferença estatisticamente significativa quando foram comparados constipação e IAG ($P = 0,08$).

As relações entre a presença ou não de constipação e ânus anteriorizado podem ser vistas na tabela 2.

Discussão

Em relação aos fatores causais da constipação, é muito comum que não se identifique qualquer fator determinante. Na grande maioria das vezes o tratamento clínico, baseado fundamentalmente na orientação

Tabela 2. Relação entre ânus anteriorizado e constipação crônica

	Constipado		Não constipado		
	n	%	n	%	
Ânus anterior	13	39.4	20	60.6	NS
Masculino	4	28.6	10	71.4	NS
Feminino	9	47.4	10	52.6	NS
Ânus não anteriorizado	45	27.8	117	72.2	NS
Masculino	25	28.7	62	71.3	NS
Feminino	20	28.7	55	73.3	NS

NS: Não significativo.

Tabela 3. Valores dos índices anogenitais (cm) e ânus anterior em crianças não constipadas de acordo com o sexo

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	Média	DP	Ânus anterior	Média	DP	Ânus anterior
Reisner et al. Israel	0,58	0,06	<0,46	0,44	0,05	<0,34
Mayans et al. México	0,56	0,10	<0,36	0,39	0,09	<0,02
Bar-Maor Israel	0,50	0,70	<0,36	0,40	0,70	<0,30
Santos Salvador/Brasil	0,55	0,08	<0,39	0,43	0,07	<0,29
Zaslavsky et al Porto Alegre/Brasil	0,48	0,12	<0,46	0,39	0,10	<0,34
Presente estudo	0,52	0,13	<0,40	0,34	0,13	<0,24

dietética adequada, é suficiente para a resolução do problema. Em dois estudos recentes realizados em nosso meio, Zaslavsky e cols. (10, 11) observavam prevalências elevadas de constipação crônica idiopática em crianças (36,6% a 41,1%). A taxa que obtivemos no presente estudo (de aproximadamente 30%), embora menor, também foi bastante significativa. Em crianças, devido à possibilidade sempre presente da associação de dificuldade evacuatória com alterações anatômicas congênitas da região anal, é importante definir criteriosamente a posição do orifício anal e suas relações. A determinação anatômica do ânus já foi motivo de muita controvérsia mas, atualmente, aceita-se que o ânus se situe no ponto médio entre a fúrcula vaginal e o cóccix nas meninas e entre a base do escroto e o cóccix nos meninos (4, 5).

A presença de malformações ano-retais graves é facilmente reconhecida nos recém-nascidos, mas o mesmo pode não acontecer com as formas mais leves das anomalias da região anal. Assim, entre estas últimas, o ânus ectópico anterior e o ânus de localização anterior podem passar despercebidos. Embora sejam anomalias semelhantes, a diferença entre elas é que no primeiro caso o esfíncter externo permanece, como em condições normais, localizado posteriormente, enquanto

no ânus anterior tanto o orifício quanto o esfíncter localizam-se no períneo anterior. A mecânica evacuatória torna-se prejudicada pelas alterações daí resultantes. Sabe-se que a expulsão das fezes normalmente se dá pela presença do movimento que os feixes musculares imprimem no canal anal e que coincide com o relaxamento do esfíncter externo. Em pacientes com ânus anteriorizado foi descrito, ao exame radiológico contrastado, uma imagem descrita como um “degrau” posterior proeminente, muito mais pronunciado do que a angulação normal do canal, o que dificultaria a exoneração intestinal (3). Nestas circunstâncias, o reposicionamento cirúrgico do ânus em localização mais posterior foi considerado corretivo e facilitou a passagem das fezes (2, 3, 5, 7).

Utilizando o método descrito por Reisner e colaboradores (6) para definir a localização anterior do ânus de crianças, Maysans e colaboradores (8) sugeriram a necessidade de utilizar valores de referência de acordo com as diferentes populações. A tabela 3 apresenta os nossos resultados em comparação aos de outros autores. Considerando a inexistência de variação do IAG com a idade (6-8) e com o estado nutricional (11), os dados dos autores foram reunidos em séries, tendo-se o cuidado de manter a divisão de acordo com o sexo. Nota-se que os valores obtidos por nós em

crianças não constipadas do sexo masculino estão de acordo com os dados da literatura. Em relação às meninas, a média do IAG foi algo menor, mas o valor considerado para definir AA encontra-se dentro da variação referida pelos autores. Comparando-se os valores observados na definição de AA os nossos dados foram semelhantes àqueles de outros autores também em relação aos meninos. Assim como para outros autores, também foi observado para o sexo feminino valores médios inferiores aos do sexo masculino. Na tabela 2 está demonstrado que ânus anterior ocorreu em 33 de 195 casos (17%), sendo aproximadamente 40% nos constipados e 60% nos não constipados. A diferença não foi estatisticamente significativa. Por outro lado, quando se considera a presença de AA em constipados, pode-se observar que AA ocorreu em cerca de 22% dos pacientes constipados e em 34% dos não constipados. Também não houve diferença estatística entre os grupos.

Em conclusão: a) a determinação de IAG é um método fácil e conveniente para determinar a posição do ânus e seus eventuais desvios; b) embora muitas crianças apresentem uma posição anteriorizada do ânus, este achado não esteve associado à presença de constipação crônica em crianças.

Referências

- Mello ED, Polla I, Gazal CHA, Silveira TR. Ambulatório de gastroenterologia pediátrica: avaliação dos atendimentos no período de um ano.
- Heinen F & Pietro F. Ano perineal anterior como causa de constipacion. Rev del Hosp del Niños 1986;28(120):173-8.
- Hendren WH. Constipation caused by anterior location of the anus and its surgical correction. J Pediatr Surg 1978;13(6):505-12.
- Larrain F & Aldunate G. Constipación de causa anal. Rev Chil Pediat 1985;56(6):473-8.
- Leape L & Ramenofsky M. Anterior ectopic anus: a common cause of constipation in children. J Pediatr Surg 1978;13(60):627-30.
- Reisner SH, Sivan Y, Nitzan M, Merlob P. Determination of the anterior displacement of the anus in newborn and children. Pediatrics 1984;73(2):216-7.
- Tuggle DW, Perkins TA, Tunnel WP, et al. Operative treatment of anterior ectopic anus. The efficacy and influence of age on results. J Pediatr Surg 1990;25(9):996-8.
- Bar-Maor EA. Determination of the normal position of the anus (with reference to idiopathic constipation). J Pediatr Gastroenterol Nutrion 1987;6(4):559-61.
- Ramirez-Mayans JA, Rivera-Echegoyen M, Rojas-Camacho V. Localización anatómica del anos em niños: estudo de 500 casos. Bol Med Hosp Inf Mex 1986;43(7):417-20.
- Zaslavsky C, Pires ALG, Berti MR, et al. Estudo do índice anogenital (IAG) em lactentes e crianças normais e constipadas. Rev Amrigs 1996;40(1):19-22.
- Santos IR. Determinação da localização anatómica do ânus em recém-nascidos. Mestrado - Universidade Federal da Bahia; 1995.

Psicoterapia das depressões

Sidnei Schestatsky¹, Marcelo Fleck¹

Os autores examinam o status atual das psicoterapias no tratamento das depressões, principalmente das quatro formas melhor testadas empiricamente nos últimos 10 anos: psicoterapia interpessoal, psicoterapia cognitiva e comportamental, e psicoterapia psicodinâmica breve. Descrevem-se os principais estudos de eficácia destas psicoterapias assim como uma revisão meta-analítica dos mesmos. Conclui-se que já há sólidas evidências de bons resultados nas depressões ambulatoriais e unipolares quando tratadas por intervenções psicossociais, combinadas ou não com farmacoterapia.

Unitermos: Psicoterapia; depressões; eficácia dos resultados.

Depression psychotherapy

The present status of psychotherapeutic treatment for depression is examined, especially the impact of the four types of psychotherapy that have been best tested empirically in the past 10 years: interpersonal therapy, cognitive and behavioral therapies, and brief psychodynamic therapy. Both the main efficacy studies of those therapies as well as a meta-analytic review of their results are described. The conclusion is that there is strong evidence of favorable outcome when ambulatorial unipolar depression is treated by psychosocial interventions, in isolation or in combination with pharmacotherapy.

Key-words: Psychotherapy; depression; efficacy of outcomes.

Revista HCPA 1999;19(1):62-70

Introdução

A última década deste século, homenageada em certos círculos como a “década do cérebro”, se aproxima do seu fim confirmando, em parte, várias das expectativas nela depositadas, como o expressivo desenvolvimento das neurociências e a consolidação da chamada revolução nas ciências cognitivas, consideradas, por alguns autores (1), como “a nova ciência da mente”.

O que talvez não fosse tão esperado é que este mesmo período marcasse, igualmente, o ressurgimento científico das psicoterapias, ou, mais amplamente, das intervenções psicossociais, como técnicas efetivas no tratamento e/ou manejo de várias psicopatologias, incluindo até suas formas mais graves, como a esquizofrenia (2, 3). Mas foi sobretudo na área das depressões que nos últimos 10 anos se realizaram os estudos maiores e melhores controlados

1 Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Programa de Transtornos do Humor (PROTHUM), Hospital da Clínicas de Porto Alegre. Correspondência: Dr. Sidnei Schestatsky, Av Taquara 596 conj 204, CEP 90640-210, Porto Alegre, RS, Brasil. Fone/fax: +55-51-330.6363. e-mail: psiq@hcpa.ufrgs.br

metodologicamente, sobre a eficácia de pelo menos quatro tipos de psicoterapia: cognitiva, comportamental, interpessoal e psicodinâmica. Os objetivos desta revisão são o de resumir alguns destes resultados mais significativos e descrever, com algum detalhe, o tipo de psicoterapia interpessoal para as depressões, considerada em vários centros acadêmicos americanos, surpreendentemente, como uma técnica ainda experimental e com um lugar algo indefinido nos programas de treinamento das residências psiquiátricas daquele país (4).

Tipos de psicoterapia testados na depressão

Serão feitos breves resumos das formas mais estudadas para o tratamento da depressão (5) antes de se discutir estes estudos propriamente ditos. A psicoterapia comportamental deriva seus pressupostos da teoria de aprendizado social, ou da análise funcional do comportamento, e seus modelos mais freqüentemente praticados são os de autocontrole, treinamento de habilidades sociais, planejamento de atividades e treinamento na solução de problemas. Ela assume que a depressão e os reforços ambientais sejam fenômenos relacionados, e que os déficits nas habilidades sociais contribuam para a incapacidade do paciente de obter os reforços positivos disponíveis no ambiente social e/ou de lidar com as adversidades do cotidiano. Há quatro elementos básicos nesta terapia: análise funcional do contexto dos sintomas, monitoração e planejamento de atividades com o paciente, manejo de experiências aversivas e desenvolvimento de habilidades sociais.

O modelo de Beck (6) é o mais pesquisado na psicoterapia cognitiva, que extrai seus conceitos da psicologia cognitiva e social, da teoria de processamento de informações e da própria teoria psicanalítica. Pacientes deprimidos expressariam “pensamentos automáticos negativos” (pessimismo, desesperança, auto-depreciação) sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro. Beck notou que estas cognições negativas se mantinham por meio de um modelo distorcido de processar informações, criando um círculo vicioso, em que o afeto deprimido aumentava a intensidade dos

pensamentos negativos que, por seu turno, aumentavam os distúrbios afetivos, cognitivos e comportamentais. As cognições negativas surgiriam da ativação de crenças disfuncionais subjacentes, aprendidas, construídas e mantidas, de forma inconsciente, desde a infância. A característica essencial desta terapia é o uso de uma abordagem colaborativa, de “testagem” das hipóteses distorcidas do paciente. Os sintomas agudos da depressão são enfrentados com o uso de técnicas comportamentais e verbais (identificação, enfrentamento e desafio das cognições negativas). Mais adiante, as intervenções têm como alvo desafiar as crenças disfuncionais mais arraigadas e assim tentar diminuir a vulnerabilidade do paciente a futuros episódios depressivos. A adição de técnicas comportamentais às estratégias cognitivas faz com que freqüentemente se associe ambos os modelos e se fale em uma psicoterapia cognitivo-comportamental (PCC) para a depressão.

As psicoterapias psicodinâmicas breves (7-12) têm em comum a concepção da depressão como um fracasso adaptativo resultante de conflitos intrapsíquicos e, mais modernamente, de distúrbios relacionais. Ao invés de se dirigirem aos sintomas depressivos em si mesmos, elas têm como objetivo usar a relação terapêutica para investigar e esclarecer estes conflitos precoces, principalmente os relacionados com problemas de privação, proximidade e intimidade afetivas. Os diversos formatos destas psicoterapias compartilham pelo menos uma ou mais das seguintes características: foco centralizado em temas de perdas e separação, seleção de pacientes altamente motivados, e ênfase nas interpretações transferenciais e na elaboração da raiva e pesar pela terminação sempre iminente da terapia. Luborsky (12) resumiu assim os principais eixos destas psicoterapias breves “suportivo-expressivas”: a) prover apoio e *containment* para as ansiedades iniciais do paciente e para o estabelecimento de uma aliança terapêutica com o mesmo, e b) usar os conflitos que o paciente expressa na relação transferencial, para entender melhor o contexto de seus sintomas depressivos e as estratégias mais maduras para resolvê-los.

Psicoterapia interpessoal

A psicoterapia ou terapia interpessoal (TIP) é um tratamento de tempo limitado, planejado especificamente para tratar a fase aguda das depressões maiores, unipolares e não-psicóticas, e que foi desenvolvido e testado através de testes clínicos randomizados por Gerald Klerman e colaboradores, que publicaram seu manual em 1984 (13). A TIP foi introduzida no treinamento dos residentes de psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre desde o início da década de 90, por um dos autores deste artigo (SS), fazendo parte atualmente das técnicas terapêuticas padrão, combinada ou não com psicofármacos, Programas de transtorno do humor (PROTHUM).

Baseada principalmente nas idéias da escola interpessoal de psicanálise de Sullivan (14), nos estudos sobre o luto de Freud (15) e na teoria do apego de Bowlby (16), a TIP não considera os fatores interpessoais como causa da depressão. Conceptualiza a depressão como um fenômeno complexo e multi-determinado, que deve ser objeto de investigações científicas em várias áreas do conhecimento. No entanto, parte do princípio de que a depressão ocorre num contexto social e interpessoal e seu início, resposta ao tratamento e prognóstico, são influenciados pelas relações interpessoais do paciente deprimido com suas pessoas significativas (17). Utiliza a conexão entre os fenômenos interpessoais atuais e os sintomas depressivos como um foco de tratamento e lida, de um modo geral, com relações interpessoais mais atuais e não tanto passadas, auxiliando o paciente a manejar de forma mais adequada os problemas interpessoais que estejam associados ao início ou manutenção do episódio depressivo.

A TIP procura concentrar como foco do tratamento uma área problema. São quatro as áreas-problema freqüentemente encontrada nos pacientes deprimidos, e como tal assim definidas pela TIP: 1) luto (perda por morte); 2) disputas interpessoais (com parceiro, filhos, outros membros da família, amigos, companheiros de trabalho); 3) mudança de papéis (novo emprego, saída de casa, término dos estudos, mudança de casa, divórcio, mudanças econômicas ou outras mudanças familiares); 4) déficits

interpessoais (solidão, isolamento social).

Estas áreas podem estar combinadas, mas preferencialmente uma, ou no máximo duas, devem ser eleitas como foco, priorizando-se aquelas mais diretamente relacionadas com o desencadeamento do episódio depressivo atual. A TIP está estruturada para, em geral, ser realizada em 16 sessões, com freqüência semanal.

Fases da terapia interpessoal

Sessões iniciais

Correspondem às três sessões iniciais, em que é colhida a história psiquiátrica, com ênfase no diagnóstico da depressão através dos critérios das classificações vigentes. A seguir é atribuído o "papal de doente" ao paciente, sendo-lhe explicado o que é a depressão e agrupando os seus diferentes sintomas como sendo componentes desta síndrome. A atribuição do papel de doente visa a aliviar o paciente de obrigações sociais usuais, percebidas como acima de suas capacidades durante o episódio depressivo, evitando que se sinta ainda mais culpado por não poder desempenhar-se como antes da doença. Uma importante tarefa desta fase é a elaboração do inventário das relações interpessoais. Este inventário consiste na identificação das relações interpessoais mais significativas na vida do paciente e das características destas relações em termos de padrões de interação, expectativas, aspectos satisfatórios e insatisfatórios, desejos de mudança de comportamentos na sua pessoa e na do outro, padrões de comunicação verbal e não verbal. O terapeuta, então, relaciona a depressão do paciente à sua situação interpessoal, dentro das quatro áreas problema citadas: luto, disputas de papéis, transição de papéis e déficits interpessoais. Nesta etapa, é discutida a necessidade de se associar medicação, baseando-se nos sintomas do paciente, resposta a tratamentos prévios e suas preferências, pesando-se as potenciais vantagens e desvantagens desta combinação.

Sessões intermediárias

Nas sessões intermediárias as áreas problema são investigadas a partir dos objetivos

e estratégias definidos no manual desenvolvido pelos autores da técnica (13). No luto, considerado como uma reação não normal após a morte de alguém amado pelo paciente, a função do terapeuta é facilitar a expressão dos sentimentos associados e auxiliar o paciente a encontrar, gradualmente, novas atividades e relacionamentos, visando uma melhor elaboração da perda. No caso das disputas de papéis, o terapeuta ajuda o paciente a examinar as características da relação e a natureza da disputa, a fim de verificar a possibilidade de resolução dos conflitos, ou a possibilidade da relação ter chegado a um impasse, ou de ter atingido um estágio de irreversibilidade, com um rompimento inevitável e necessidade de busca de outras alternativas. Transição de papéis é uma área problema que inclui as mudanças importantes de estilos de vida, como o início ou fim de uma carreira profissional, aposentadoria, promoção de emprego, diagnóstico de alguma doença grave. O tratamento visa a auxiliar o paciente a lidar com a mudança, reconhecendo de forma mais realista os aspectos negativos e positivos do novo e do velho papel. A quarta área problema é denominada de déficits interpessoais naqueles pacientes com grandes dificuldades nas habilidades sociais, incluindo as de iniciar e manter relações interpessoais. Como estes pacientes raramente têm relações interpessoais importantes atuais, o foco do tratamento recai sobre relações passadas, ou sobre a relação com o terapeuta e sobre o início da formação de novas relações.

No anexo há um resumo dos objetivos e estratégias das diversas etapas da TIP em relação às diferentes áreas problemas (13).

Sessões finais

A fase final dura poucas sessões, centrando-se no estímulo ao paciente de reconhecer e consolidar seus progressos, bem como desenvolver a capacidade de identificar e lidar com novos sintomas depressivos, caso apareçam, no futuro.

Terapia interpessoal de manutenção (TIP-M)

A depressão é uma doença que tende a ser recorrente. Com isto, os tratamentos de

manutenção, destinados a evitar recidivas, têm crescido muito em importância atualmente. O tratamento psicoterápico de manutenção é uma alternativa importante à farmacoterapia nos pacientes em que a medicação não está indicada (p.ex: durante a gravidez), e nos pacientes que não toleram ou não querem receber medicação (18). Além disso, muitos pacientes melhoram sintomaticamente da depressão, mas os problemas sociais e interpessoais associados podem persistir entre os episódios, podendo desencadear recorrências (19).

A TIP-M é uma forma de tratamento de manutenção que parte da idéia de que o paciente deprimido, além de ter vulnerabilidades biológicas e de personalidade, possui um contexto psicossocial e interpessoal que lhe predispõe à recorrência. A TIP-M foi desenvolvida para manter a recuperação e reduzir esta vulnerabilidade para futuros episódios, focando no contexto interpessoal da depressão. Enquanto a TIP se preocupa em modificar o contexto psicossocial associado com o episódio depressivo, a TIP-M procura reforçar o contexto psicossocial do estado de remissão, atuando com pressupostos da "medicina preventiva", para ajudar o paciente ou nos problemas que persistiram após a recuperação, ou, muitas vezes, na resolução daqueles que surgiram com a recuperação (20). Desta forma, o terapeuta que realiza TIP-M deve estar atento para os sinais iniciais de problemas interpessoais que sejam similares àqueles identificados como tendo contribuído para episódios depressivos prévios.

A TIP-M tem sido aplicada com a frequência de uma vez por mês, embora a frequência ideal para um tratamento psicoterápico de manutenção ainda não esteja completamente definida. As áreas problema definidas para a TIP são as mesmas utilizadas pela TIP-M.

Resultados de estudos individuais sobre a eficácia das psicoterapias

São quatro os principais estudos realizados com o fim de testar a eficácia das psicoterapias, dos quais faremos, entre outros, um breve resumo. Três deles examinaram

principalmente os tratamentos nas fases agudas da depressão (com seguimentos de 12 a 18 meses) e um deles acompanhou, de 3 a 5 anos, 230 pacientes, com tratamentos de manutenção. Os três primeiros são a) o programa de pesquisa sobre o tratamento da depressão do NIMH; b) o estudo da Universidade de Minnesota de psicoterapia cognitiva e farmacoterapia; e c) o segundo projeto de psicoterapia de Sheffield (21-24). O quarto estudo é o de psicoterapia de manutenção a longo prazo da Universidade de Pittsburgh (25-28).

Tratamento agudo

Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH)

Realizou, dentro de um programa colaborativo de pesquisa em três centros diferentes, o estudo mais amplo e metodologicamente bem conduzido na avaliação de três diferentes formas de tratamento da depressão (21) e que se tornou referência para todos os demais estudos que se seguiram. Foram selecionados 250 pacientes, dos quais 239 entraram no estudo, sendo aleatoriamente submetidos a quatro condições de tratamento, por 16 semanas: psicoterapia interpessoal, terapia cognitivo-comportamental, imipramina mais manejo clínico – IMI+MC- (média de 185 mg/dia de IMI após a 2ª semana de tratamento) e placebo mais manejo clínico (PLA+MC). Houve uma ordem consistente de respostas, com imipramina + manejo clínico tendo o melhor resultado, placebo + manejo clínico o pior, e as duas formas de psicoterapia um resultado intermediário, mais próximo aos resultados obtidos pela imipramina + manejo clínico. Quando a análise foi realizada com a amostra total de pacientes, sem levar em consideração a gravidade inicial da doença, não houve evidência de maior efetividade de uma das psicoterapias sobre a outra, e mesmo do tratamento padrão (IMI+MC) sobre as psicoterapias. Quando comparadas com PLA+MC, houve limitada evidência de um melhor desempenho da psicoterapia interpessoal e nenhuma evidência para a psicoterapia cognitiva. Foi então realizada uma análise secundária, dividindo a amostra total pela gravidade da sintomatologia depressiva

(Hamilton > 20) e prejuízos do funcionamento. Esta análise ajudou a entender a ausência de diferenças relevantes na análise original. Diferenças significativas entre as formas de tratamento foram obtidas apenas para o subgrupo de pacientes mais gravemente deprimidos e com maior comprometimento de seu funcionamento social. Com estes pacientes, houve alguma evidência da eficácia da TIP e forte evidência da eficácia da IMI+MC. Em contraste, não houve diferenças entre os escores médios dos diferentes tratamentos, inclusive o PLA+MC, para os pacientes menos deprimidos e com menor comprometimento funcional.

A interpretação deste último achado deve ser cuidadosa: ele não se deve ao pobre desempenho nem da TIP, da PCC ou da imipramina, mas sim aos bons resultados dos pacientes no grupo do PLA +MC (pelo menos na sub- amostra de pacientes moderadamente deprimidos): é preciso lembrar que o MC incluía elementos inespecíficos de tranqüilização, esclarecimento sobre os sintomas e instilação de esperança na melhora, o que o qualificaria como uma forma de psicoterapia de apoio mínima (23).

Os autores lembram, também, que a eficácia da IMI, já exaustivamente testada, não foi testada; a IMI foi apenas utilizada (exatamente por já ter sido testada) como um tratamento padrão de referência. Aham, portanto, que os resultados obtidos com as psicoterapias testadas devem ser devidamente valorizados, porque não apenas foram comparadas com um tratamento combinado (IMI+MC=IMPI+psicoterapia mínima de apoio) como se usou um controle dos mais estritos (placebo+psicoterapia mínima de apoio). Em um certo sentido, pode-se inclusive considerar que as diferenças observadas entre PLA+MC e as psicoterapias poderiam refletir diferenças entre os elementos inespecíficos da condição controle e as intervenções técnicas específicas da TIP e da PCC. 2

Em outro estudo, Klein e Rossi criticaram a abordagem estatística utilizada por Elkin e cols. (21) para examinar os dados que apresentaram. Reanalizando-os através da técnica de Johnson-Neyman, obtiveram, no entanto, uma ordenação dos tratamentos semelhante à obtida por aqueles autores, mas com níveis de significância

superiores, especialmente para os pacientes mais sintomáticos. Assim, confirmaram a superioridade da IMI+MC sobre os demais tratamentos, e encontraram alguma superioridade da TIP sobre a PCC e sobre PLA+MC, e da PCC sobre placebo + manejo clínico, nos pacientes mais gravemente deprimidos.

University of Minnesota Study

Preocupados com os resultados algo ambíguos a respeito da eficácia da PCC no estudo do NIMH, Hollon e cols. (26) replicaram-no, em menor escala, contrastando apenas a PCC com a imipramina. Foram incluídos 107 pacientes e, ao fim do estudo, distribuídos entre três regimes terapêuticos de 12 semanas (IMI+MC, PCC apenas, e PCC+IMI) e um quarto regime, que estendia por mais 12 meses um grupo que recebia IMI+MC. No fim do estudo, todos os regimes obtiveram bons resultados nos 64 pacientes que o completaram, sem diferenças significativas entre os mesmos (a PCC foi administrada em mais sessões – 20 – e por terapeutas mais experientes do que no estudo do NIMH, mantendo-se semelhante a condição de MC).

Shapiro e cols. (27) compararam a eficácia da psicoterapia exploratória (uma psicoterapia psicodinâmica-interpessoal) e da psicoterapia prescritiva (análoga à psicoterapia cognitivo-comportamental), estratificando a amostra de acordo com a gravidade da depressão e da duração dos tratamentos (de 8 e 16 semanas). A pesquisa foi realizada na Inglaterra (Sheffield Psychotherapy Project) (24), com uma amostra de 169 pacientes. Na maioria das medidas, os tratamentos foram igualmente eficazes, desencadeando seus efeitos com a mesma rapidez e tendo resultados equivalentes em diferentes níveis de gravidade dos sintomas. Encontrou-se, no entanto, uma interação entre o nível inicial dos sintomas e a duração da terapia: pacientes com depressões de leve a moderada responderam igualmente bem com 8 ou 16 semanas de terapia. Ao contrário, os com depressão mais grave tiveram uma melhora significativamente maior com 16 semanas de tratamento.

Tratamento de continuação e de manutenção

O primeiro estudo que avalia resultados a médio prazo da TIP é de 1974 (29). Neste estudo, 150 pacientes ambulatoriais do sexo feminino, agudamente deprimidos, que responderam com 4 a 6 semanas de tratamento com amitriptilina, foram randomizados para receber 8 meses de tratamento com somente TIP semanal, somente amitriptilina, amitriptilina + TIP, TIP + placebo, somente placebo ou nenhum medicamento. Farmacoterapia mostrou-se eficaz para prevenir recaídas. A associação de TIP com farmacoterapia não diminuiu a frequência de recaídas. Por outro lado, TIP melhorou o funcionamento social. Em função dos efeitos complementares dos tratamentos, o tratamento combinado (psicoterapia + farmacoterapia) foi considerado o de melhor desfecho.

Klerman e cols. (29) estudaram mais detalhadamente o efeito da TIP na mesma amostra do estudo anterior. Concluíram que a psicoterapia melhorou o ajustamento social nos sub-itens performance no trabalho, comunicação e ruminação ansiosa. Estes efeitos só apareceram a partir do 61 ao 81 mês do tratamento e foram complementares ao efeito da farmacoterapia que foi eficaz na prevenção de recaídas.

Weissman e colaboradores seguiram por 1 ano pacientes deprimidos unipolares ambulatoriais, não psicóticos, que receberam TIP, amitriptilina, TIP + amitriptilina e tratamento não agendado. Não houve diferença a longo prazo dos efeitos dos tratamentos inicialmente randomizados nos sintomas clínicos, já que 1 ano depois a maioria dos pacientes estava assintomática (80%). Paciente que receberam TIP (com ou sem farmacoterapia) tiveram um melhor funcionamento social, sugerindo que os pacientes que a TIP poderia ter efeitos mais duradouros nestas áreas.

Frank e cols. (22) estudaram o “tempo de sobrevivência” (*survival time*) durante os primeiros 18 meses depois da descontinuação da medicação em 74 pacientes com depressão recorrente unipolar. Enquanto variáveis demográficas, clínicas ou relacionadas com o tratamento farmacológico não predisseram o

tempo para recorrência, psicoterapia interpessoal de continuação foi significativamente relacionada com maior tempo de sobrevivência. Cinquenta por cento do grupo que freqüentou as visitas clínicas após a suspensão da medicação, experienciaram recorrência de 21 semanas, enquanto aqueles que fizeram TIP de manutenção tiveram 50% de recorrência após 61 semanas.

Frank e cols. (28) conduziram um estudo naturalístico para avaliação de tratamento de manutenção com 128 pacientes com depressão recorrente que responderam ao tratamento agudo e de continuação com imipramina e psicoterapia interpessoal combinadas. Um delineamento de cinco células (imipramina, TIP-M + imipramina, TIP-M, TIP + placebo e acompanhamento clínico + placebo) foi usado para determinar se apenas TIP ou TIP + imipramina podem ter um papel na prevenção de recorrência. Embora a associação imipramina + TIP não tenha mostrado superioridade estatística sobre imipramina, a análise de sobrevivência mostrou efeito significativo da TIP na prevenção de recorrência e nenhuma interação, indicando, portanto, que a direção do efeito da psicoterapia foi similar tanto no tratamento combinado quanto no tratamento psicoterápico isolado. Além disso, para os pacientes não recebendo medicação ativa, sessões mensais de TIP estenderam de forma significativa o “tempo de sobrevivência” com uma mediana de mais de 1 ano. Uma aplicação clínica importante deste achado é que em mulheres grávidas com depressão recorrente, TIP-M pode ser utilizada como tratamento de manutenção durante toda a gravidez e período de aleitamento sem necessidade de uso de medicação.

Frank e cols. (30), interessados em ver os fatores que aumentariam a eficácia da TIP, estudaram a contribuição da qualidade das sessões de TIP (avaliada através da especificidade e pureza das intervenções interpessoais) na duração do intervalo livre de doença. A análise dos dados mostrou que as psicoterapias que eram mais específicas nas intervenções interpessoais estavam associadas com aumento no “tempo de sobrevivência”. Isto foi afirmado a partir da observação de que pacientes nos quais as sessões eram pontuadas como acima da mediana em especificidade para

TIP tinham uma mediana de sobrevivência de 2 anos, enquanto os que tinham uma mediana baixa em especificidade para TIP tinham um tempo de sobrevivência menor do que 5 meses. Os autores concluem afirmando que se paciente e terapeuta são capazes de manter um alto nível de foco interpessoal, sessões mensais de TIP têm benefício profilático substancial.

Um estudo adicional de 2 anos sobre os dados obtidos no seguimento por 3 anos deste estudo do NIMH (31) seguiu os 20 pacientes que mantiveram-se sem recorrência durante 3 anos com imipramina. Estes 20 pacientes foram randomizados para continuar recebendo medicação ou placebo. Treze pacientes continuaram a receber TIP nesta extensão de mais 2 anos e os demais (7) realizaram acompanhamento clínico. O “tempo de sobrevivência” médio no grupo que usava imipramina foi de 99 semanas, enquanto que no grupo placebo foi de apenas 54 semanas. Um número maior de pacientes que recebiam TIP + placebo mantiveram-se sem recorrência comparado com os que não receberam TIP.

Outras aplicações da terapia interpessoal

Distímia

A abordagem interpessoal foi sugerida como potencialmente eficaz para pacientes distímicos, visto que estes pacientes apresentam padrões crônicos de dificuldades interpessoais. Markowitz e Klerman (32) desenvolveram um manual (“Manual for Interpersonal Therapy of Dysthymia”) na Universidade de Cornell, especificando adaptações que incluem o diagnóstico de distímia dentro da terapia como uma nova forma de transição de papéis. Um objetivo central da TIP para distímia é ajudar o paciente a reconhecer que alguns aspectos que ele julgava como inerentes a sua personalidade, são relacionados com seu humor e portanto mutáveis. Por ser (por definição) a distímia um quadro crônico, muitas vezes é difícil para o paciente separar o que é traço de estado. O terapeuta de TIP deve procurar junto com o paciente áreas ou épocas de sua vida de

funcionamento adequado e aquisições genuínas, que freqüentemente o paciente omite ou não valoriza no seu estado disfórico. O reconhecimento destas áreas de competência podem servir de base para o desenvolvimento de uma auto-estima e auto-confiança baseadas em elementos da realidade.

As quatro áreas problema descritas para TIP na depressão maior são utilizadas na distímia, com algumas adaptações. O luto tende a ser uma área menos prevalente para os pacientes com distímia. Nas disputas interpessoais, é freqüente nos pacientes a supressão da raiva como forma de manter uma relação em que o outro fica sendo uma figura supervalorizada. A raiva retrofletida freqüentemente resulta em um padrão masoquista de relação interpessoal.

A transição de papéis é particularmente utilizada como área problema na distímia ao se considerar o próprio diagnóstico e tratamento da distímia como sendo um novo papel. Os déficits interpessoais representam a área problema mais difícil de ser abordada nos pacientes distímicos em parte porque a própria pobreza de relacionamentos interpessoais acaba restringindo muito o material trazido às sessões. Estes déficits muitas vezes são relacionados com o humor e a TIP pode simultaneamente aliviar os sintomas depressivos e questionar crenças e comportamentos ligados ao humor. Para pacientes deprimidos, os déficits tipicamente incluem: isolamento social, sentimento de inadequação, falta de auto-confiança e uma inabilidade culpada de expressar raiva.

Os estudos utilizando TIP na distímia, restringem-se a dois estudos abertos com número restrito de pacientes (33) e o estudo piloto do manual para psicoterapia interpessoal (18). Os resultados até o momento são animadores, mas delineamentos mais elaborados são necessários para realmente evidenciar sua eficácia.

Conclusões

A terapia interpessoal que tem seu desenvolvimento a partir de uma corrente da psicanálise nos anos 30 e 40 nos Estados Unidos foi operacionalizada por Klerman e

Weissman (19) através de um manual que define diretrizes básicas para a condução desta forma de terapia em pacientes deprimidos. O estabelecimento de áreas problema como foco, a sua duração breve, bem como a definição de objetivos, estratégias e formas de atuação do terapeuta possibilitou que ela fosse testada empiricamente em delineamentos metodologicamente consagrados para avaliação de resultados de tratamento, confirmando sua eficácia. A partir desta eficácia como tratamento agudo das depressões, suas aplicações, com algumas adaptações, vêm se expandindo recentemente para outros pacientes como distímicos, HIV positivos, bulímicos entre outros.

Klerman, falecido em 1992, considerava que o paciente tem o direito de receber o tratamento mais adequado existente e a escolha deste tratamento deve ser baseada em métodos empíricos e não em ideologia. Ele não considerava a terapia interpessoal nem como o único e nem como o melhor tratamento das depressões, mas como a formalização de um conjunto de procedimentos utilizados para tratar pacientes e que se mostrou eficaz em estudos metodologicamente bem conduzidos independente do entusiasmo de seus idealizadores (18).

Referências

1. Gardner H. La nueva ciencia de la mente. 2ª ed. Buenos Aires: Ediciones Paidós; 1996.
2. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press; 1996.
3. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, et al. The environmental-personal indicators in the course of schizophrenia (EPICS) research group: family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II: Two-years effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:340-7.
4. Markowitz JC. Teaching interpersonal psychotherapy to psychiatric residents. *Acad Psychiatry* 1995;19:167-73.
5. Scott J. Psychological treatments for depression. An update. *Brit J Psychiatry* 1995;167:289-92.
6. Beck AT, Rush AH, Shaw BF, et al. Cognitive

- therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
7. Sifneos P. Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1972.
 8. Malan D. The frontier of brief psychotherapy. New York: Plenum; 1976.
 9. Davanloo H, editor. Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy. New York: SP Medical&Scientific Books; 1978.
 10. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books; 1984.
 11. Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books; 1984.
 12. Luborsky L, Mark D, Hole AV, et al. Supportive-expressive dynamic psychotherapy for depression: a time-limited version. In: Barber JP, Crits-Cristoph P. Editors. Dynamic therapies for psychiatric disorders (axis I). New York: Basic Books 1995; p. 13-42.
 13. Klerman G, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books; 1984.
 14. Sullivan HS. Clinical studies in psychiatry. New York: Norton; 1956.
 15. Freud S. Luto e melancolia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol 14. Rio de Janeiro: Imago; 1917; p. 271-91.
 16. Bowlby J. Attachment and loss, vol.1: Attachment. London: Hogarth Press; 1969.
 17. Weissman MM, Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy: current status. Arch Gen Psychiatry 1994;51:599-606
 18. Weissman MM. Preface. In: Klerman G, Weissman MM. Editors. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
 19. Klerman G, Weissman MM. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
 20. Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
 21. Elkin I, Shea T, Watkins W, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General Effectiveness of Treatments. Arch Gen Psychiatry 1989;46:971-82.
 22. Frank E, Kupfer D, Perel JM. Early recurrence in unipolar depression. Arch Gen Psychiatry 1989;46:397-400.
 23. Keller MB, Lavori PW, Mueller TI. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow-up of 431 subjects. Arch Gen Psychiatry 1992;49:809-16.
 24. Weissman MM. Psychotherapy in the maintenance treatment of depression. Brit J Psychiatry 1994; 165(suppl. 26):42-50.
 25. Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In: Bergin, AE, Garfield SL. Editors. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York: Wiley & Sons 1994; p. 114-39.
 26. Hollon SD, Du Rubeis RJ, Evans MD, et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly or in combination. Arch Gen Psychiatry 1992;49:774-81.
 27. Shapiro DA, Barkham M, Ressler A, et al. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. J Cons Clin Psychology 1994;62:522-34.
 28. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1990;47:1093-9.
 29. Klerman GL, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. Am J Psychiatry 1974;131(2):186-91.
 30. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. Arch Gen Psychiatry 1991;48:1053-9.
 31. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1992;49:769-73.
 32. Markowitz JC, Klerman GL. Manual for interpersonal therapy of dysrhythmia. cidade... : University of Cornell Press; 1993.
 33. Markowitz JC, Klerman GL, Perry SW. Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. Hosp Community Psychiatry 1992 Sep; 43(9):885-90.

Avaliação e tratamento psiquiátrico do paciente com dor crônica

Rogério W. de Aguiar¹, Lorena Caleffi¹

Neste artigo, os autores descrevem as questões relacionadas à avaliação e manejo da dor crônica, apresentando quatro casos clínicos. São discutidos o diagnóstico psiquiátrico envolvido na dor crônica e os aspectos psicológicos relacionados com o paciente e seus familiares. São apresentados os tratamentos psicológicos, com antidepressivos e anticonvulsivantes. É recomendada uma abordagem interdisciplinar.

Unitermos: Dor crônica; antidepressivos; interconsulta psiquiátrica.

Psychiatric assessment and treatment of chronic pain patients

In this article, the authors describe issues concerning chronic pain assessment and management by presenting four clinical cases. The psychiatric diagnosis involved in chronic pain and the psychological aspects related to the patient and the family members are discussed. Anticonvulsant and antidepressant treatments are presented as psychological treatments. An interdisciplinary approach is recommended.

Key-words: Chronic pain; antidepressives; consultation-liaison psychiatry.

Revista HCPA 1999;19(1):71-80

Introdução

Dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano (1).

Bonica (2) descreve dor crônica como: a dor que persiste 1 mês além do curso normal de uma doença aguda ou do tempo de cicatrização de uma lesão; a dor associada a processos patológicos crônicos que causam dor contínua; ou a dor que recorre em intervalos de meses a anos.

Embora a “experiência emocional desagradável” seja indissociável da própria sensação dolorosa, na dor aguda a resposta afetiva e comportamental tende a ser mais adaptativa, levando à evitação do estímulo nocivo e à busca de auxílio para a reparação de um dano recém-instalado. Tal situação contrasta com a de um paciente cujas queixas de dor, embora igualmente descritas como intoleráveis e incapacitantes, persistem há vários anos ou décadas, período preenchido com a busca incessante de tratamento médico e de exames complementares (muitas vezes invasivos) sem que uma lesão tecidual identificada justifique a intensidade da dor.

1 Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grando do Sul, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Correspondência: Rogério Wolf de Aguiar, Av. Taquara, 198/302 CEP 90460-210, Porto Alegre, RS, Brasil. Fone/Fax: +55-51-3321728. e-mail: rwaguiar@hcpa.ufrgs.br

Neste caso, a resposta emocional tende a ser desadaptativa, a busca de auxílio torna-se uma rotina e o paciente passa a se dedicar quase exclusivamente a comportamentos relacionados à dor. Frequentemente, através de uma anamnese cuidadosa, é possível detectar que, em muitos pacientes, a exacerbação de conflitos emocionais inconscientes, acompanhados ou não de situações de estresse familiar, social ou econômico, está relacionada cronologicamente ao surgimento dos sintomas, e que ganhos primários e secundários estão envolvidos na sua manutenção.

A entrevista psiquiátrica

É importante que o paciente conte sua história, evitando-se o uso excessivo de perguntas dirigidas. Caso o paciente comece a descrever uma sucessão de tratamentos prévios, procura-se explorar com ele seus sentimentos a respeito de tais experiências, dando-lhe a oportunidade de expressar e refletir a respeito de seus afetos, muitas vezes pouco expressos em nível pessoal ou verbal (3). Colhe-se uma história detalhada da vida atual e passada do paciente, procurando estabelecer possíveis conexões entre eventos de sua vida e o início dos sintomas ou sua modificação. Sempre que possível, estas conexões entre eventos de sua vida e o início dos sintomas são estabelecidas junto com o paciente, sem esquecer de validar as hipóteses através das associações conscientes ou inconscientes dele mesmo. Ainda que o paciente negue qualquer relação entre a dor e sua vida emocional, o fluxo associativo por vezes é tão claro que o próprio paciente o percebe (4).

O terapeuta, portanto, deve desenvolver uma atenção especial à linguagem da somatização. Procuram-se pistas através da descrição detalhada das características da dor e das conseqüências que ela gera na vida do paciente, descobrindo ganhos e perdas. Há ganho secundário? Os sintomas encobrem dificuldades conjugais ou sexuais? Existe algum conflito psíquico simbolizado pela dor? Há tensão muscular crônica? Há achados clínicos compatíveis com dor?

É errôneo supor que queixas de dor

crônica estejam sempre relacionadas a conflitos emocionais. Por outro lado, focalizar o sintoma doloroso como expressão de uma possível correlação de eventos psicológicos com eventos orgânicos, sejam eles ligados ou não ao sistema nervoso autônomo, parece importante na medida em que uma abordagem global do paciente tem se mostrado a mais eficaz na interrupção do círculo vicioso de dor.

Hackett e Bouckoms (5) definem o "comportamento de dor" como todo o comportamento gerado por um indivíduo a fim de refletir a presença de estímulo nociceptivo. O psiquiatra deve, então, distinguir entre o comportamento doloroso normal e o patológico. Chamam atenção para o fato de ser a regra, e não a exceção, a combinação de componentes físicos e emocionais no desenvolvimento do sintoma. Arrolaram uma série de características (quadro 1) que quanto mais intensamente estão presentes no paciente indicam um componente proporcionalmente maior de fatores emocionais implicados na gênese ou manutenção do quadro de dor crônica. Tais características podem não ser encontradas ao mesmo tempo em todos os pacientes, mas nos alertam para a presença de uma estrutura psicológica e comportamental que frequentemente pode ser observada em muitos destes doentes crônicos.

Gildemberg e De Vul (6), em sua observação clínica de pacientes com dor crônica observaram semelhanças significativas em seu comportamento definindo-os como caricaturas de pacientes agudos. Destacam os seguintes dados comuns:

- todos tinham dor com meses ou anos de duração;
- a maioria indicava que sua dor atual era parecida com a do início, em geral associada a algum problema médico ou acidente prévios, mas que piorou após várias tentativas frustradas de tratamento clínico ou cirúrgico;
- todos relatavam histórias prévias detalhadas de falhas nos tratamentos anteriores, muitas vezes de uma maneira triunfante;
- todos descreviam a dor como urgente e até então com sua causa não diagnosticada;
- todos permaneciam usando vários analgésicos e tranqüilizantes;
- muitos diziam não haver qualquer outro

problema e que, se a dor desaparecesse, tudo estaria bem na sua vida;

- o exame médico apresentava achados desproporcionalmente menores frente às queixas do paciente.

Diagnóstico psiquiátrico e dor crônica

Não há um diagnóstico psiquiátrico exclusivo associado à dor crônica. Várias síndromes e vários transtornos psiquiátricos podem estar ligados a quadros crônicos de dor, tais como: transtornos afetivos do tipo depressivo; transtornos de ansiedade; transtornos somatomorfos; transtornos psicóticos; abuso de drogas; as assim chamadas neuroses de compensação (fatores psicológicos afetando condições físicas); transtorno factício com sintomas físicos e simulação.

Todas essas condições podem apresentar dor como um dos seus componentes e sua correta identificação tem, obviamente, papel fundamental no tratamento. Na simulação a dor realmente não está sendo sentida, apenas inventada. Entretanto, está listada aqui por que o paciente se queixa de dor. Mais adiante esta situação será

comentada.

A depressão é o quadro mais freqüentemente associado. Vinte e cinco por cento dos pacientes com dor crônica apresentam em algum momento depressão maior. Dependendo da sensibilidade dos instrumentos de avaliação, as pesquisas registram de 60 a 100% dos pacientes com dor crônica com sintomas depressivos.

Os transtornos de ansiedade ocorrem em aproximadamente 30% dos pacientes com dor intratável, mais freqüentemente na forma de ansiedade generalizada ou pânico.

Existem quatro transtornos somatomorfos nos quais a dor pode estar presente: transtorno de somatização, transtorno conversivo, hipocondríase e transtorno doloroso somatomorfo persistente (CID-10). Eles ocorrem em 5 a 15% dos pacientes com dor crônica tratados. Embora mais raramente, também são encontrados transtornos esquizofrênicos e outros psicóticos, nos quais a dor pode até ser uma alucinação.

Os residentes de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre têm chamado a atenção para a freqüência com que fazem o diagnóstico de transtorno factício quando estão estagiando no Serviço de Dor e Medicina

Quadro 1. Características de pacientes com comportamento doloroso crônico.

Multiplicidade	A dor tende a ocorrer em mais de um lugar do corpo do paciente; indica também que, se a dor desaparece espontaneamente ou com o tratamento, outra surge em seu lugar.
Autenticidade	O paciente parece mais interessado em convencer que sua dor é genuína do que na sua cura.
Negação	O paciente tende a negar inconscientemente problemas emocionais e mesmo as próprias emoções.
Relações interpessoais disfuncionais	Identificam-se relações conturbadas e conflitivas na história afetiva, familiar e profissional; o paciente pode expressar desconforto ou sofrimento quando alguém ou algo é mencionado, embora não reconheça tal conexão, mesmo quando assinalada.
Singularidade	O paciente tende a considerar que sua dor é especial, que se trata de um sintoma jamais visto pelo médico ou pela medicina.
Idealização	O paciente diz que aquele médico é a sua última chance, que ele é especial e só ele poderá ajudá-lo.
Imutabilidade	A dor não muda com as horas, dias ou anos, nem com quaisquer eventos ou com procedimentos terapêuticos; traz consigo a consequência inevitável de incluir o médico no rol dos incapazes de curá-lo, após o desafio inicial.

Paliativa, em seu treinamento através da interconsulta psiquiátrica. A maioria não tinha tido a oportunidade de fazer este diagnóstico nos dois anos anteriores de residência. Entretanto, em cada mês de estágio no Serviço de Dor, cada um deles diagnostica ao menos um paciente com este transtorno. A Síndrome de Münchhausen, por exemplo, passa a ser diagnosticada com muito mais frequência a partir desta experiência dos residentes de psiquiatria (7).

Dor “real” versus dor “emocional”

Freqüentemente os psiquiatras são chamados para fazer o diagnóstico diferencial entre uma dor “real” ou “emocional”, em qualquer hospital do mundo inteiro. Na verdade, este é um falso dilema. Entre os especialistas em dor, há uma máxima que diz que se o paciente se queixa de dor, há dor, com a única exceção dos simuladores. Com efeito, é necessário entender que a dor é uma senso-percepção subjetiva, seja ela de origem nociceptiva, a partir de uma lesão tecidual, ou de origem emocional. O mais freqüente é que ambos os componentes estejam presentes, variando apenas o percentual de cada um (quadro 2). O simulador é aquele que mente

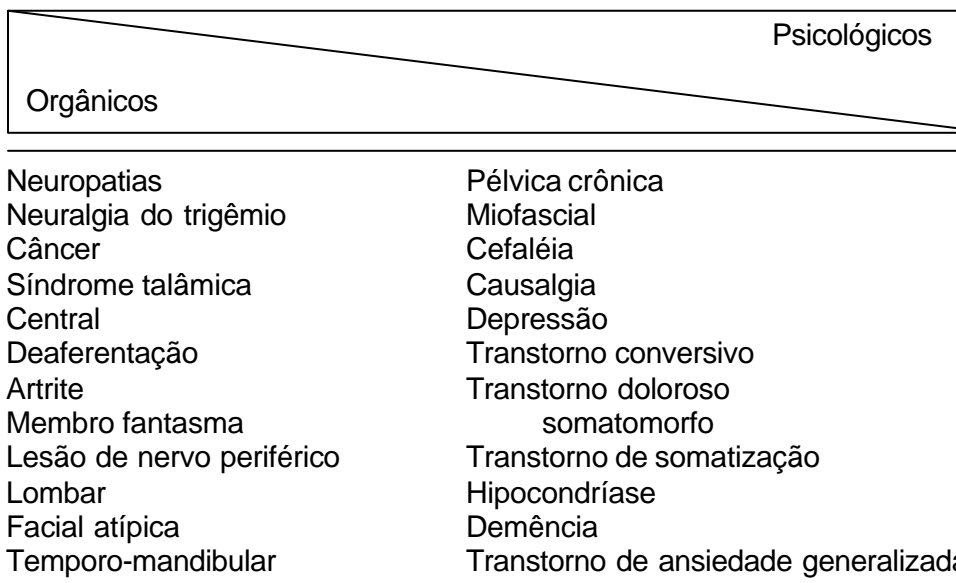
conscientemente. Ele não está sentindo dor, sabe disto, apenas inventa uma falsa informação, em geral com o objetivo de obter algum ganho do tipo imediato, financeiro ou outra vantagem. Nos demais casos, a pessoa que se queixa de dor está realmente percebendo uma sensação desagradável que identifica como dor, seja conversiva, hipocondríaca, alucinatória, ou por uma lesão tecidual em sua origem.

O quadro 2 mostra da esquerda para a direita as situações clínicas nas quais a predominância dos fatores orgânicos na gênese da dor evolui para a predominância dos psicológicos. A assimetria que se observa na diagonal que divide os dois campos (orgânicos versus psicológicos) no box que acima o quadro 2 propositalmente enfatiza que os fatores psicológicos nunca estão totalmente ausentes, mesmo que seja na forma de uma reação emocional à dor ou à doença, enquanto que na extrema direita podemos encontrar casos nos quais a sensação dolorosa é produzida por fatores exclusivamente psicológicos.

Avaliação psiquiátrica

De 1992 em diante, os autores deste

Quadro 2. Classificação baseada nos fatores etiológicos predominantes em dor crônica



Modificado de France R e Krishnan K, *Chronic Pain*, 1988, por Aguiar R e Caleffi L.

artigo avaliaram e trataram, individualmente e em regime de co-terapia, os aspectos psiquiátricos de mais de 150 pacientes com a queixa principal de cefaléia, tanto emocional, como enxaqueca ou mista. A maioria havia procurado o Serviço de Dor e Medicina Paliativa do HCPA, sendo referenciada para avaliação psiquiátrica num sub-programa de atendimento de cefaléias, do Serviço de Psiquiatria, ativo principalmente entre os anos de 1992 e 1995. O atendimento também foi interdisciplinar, pois ocorreu concomitante e integradamente com a atenção clínica adequada. A impressão empírica é a de que predominaram os sintomas de ansiedade e depressão entre estes pacientes, muitos com traços perfeccionistas de caráter, com alto nível de exigência, com sentimentos de culpa decorrentes de conflitos mal resolvidos, seguidamente na esfera dos impulsos sexuais e no manejo da raiva subjacente. Foi identificada também uma alta frequência de dificuldades no reconhecimento das emoções, ou seja, uma alta porcentagem de pessoas que reconheciam mais facilmente sintomas físicos do que emoções, enquadrando-se no que Peter Sífneos chamou de alexitimia.

A maioria dos pacientes do grupo das cefaléias acima citado se beneficiou do uso de tranqüilizantes usados temporariamente, anticonvulsivantes, hipnóticos, psicoterapia de apoio ou psicodinâmica breve e principalmente antidepressivos e psicoterapia cognitivo-comportamental, associados aos tratamentos clínicos. Há pacientes que, mesmo que inicialmente dissociem o quadro doloroso de algum fator desencadeante emocional, respondem a uma abordagem psicodinâmica se assim forem estimulados, ou seja, um grupo

cujas defesas não estão muito rígidas

Voltaremos a abordar os aspectos relacionados com o tratamento mais adiante, na seção tratamento .

O diagnóstico adequado deve ser o ponto de partida. Entretanto, a categorização psiquiátrica em um dos transtornos codificados no CID ou no DSM não é suficiente para que se tenha uma compreensão mais abrangente do paciente. Outros aspectos relevantes precisam ser identificados para que se possa não só entender, mas também tomar medidas terapêuticas mais eficazes. O quadro 3 mostra o que o levantamento deve incluir.

Descrição de casos Ilustrativos e comentários

A seguir, serão relatados e comentados sucintamente quatro casos clínicos atendidos individualmente, mas num sistema de co-terapia, pelos autores, no ambulatório do serviço de Dor e Medicina Paliativa do HCPA, que os referenciou para consultoria psiquiátrica (8).

Caso 1

J, 66 anos, casada há 42 anos, trabalhava como secretária até 5 anos antes da consulta, quando começou a queixar-se de cefaléia incapacitante, parando de trabalhar. A dor é descrita pela paciente como começando no topo da cabeça, dividindo-se para os lados e, quando chega na nuca, não consegue agüentar.

Veio encaminhada para avaliação psiquiátrica com diagnóstico de cefaléia tensional. Iniciada a avaliação, J relacionava

Quadro 3. Avaliação psiquiátrica: aspectos a considerar

Categorização nosográfica dos manuais das classificações oficiais.
Padrões de comportamento do paciente e de seus familiares em relação ao quadro queixoso do paciente.
Mecanismos de defesa inconscientes envolvidos.
Fatores desencadeantes e predisponentes.
Comorbidade.
Dependência a analgésicos, tranquilizantes e outras drogas.
Tratamentos anteriores bem e mal sucedidos.

qualquer menção a início ou piora do sintoma de dor com a morte de sua mãe, 1 ano antes. A mãe da paciente faleceu aos 84 anos, de carcinoma e, de acordo com J, teria ficado em estado terminal por um ano. Neste período, sentiu uma piora importante da dor, mas a informação de ter parado de trabalhar há cinco anos, quando a dor iniciou, ainda não estava esclarecida. A paciente relatou, então, que sofrera na época uma tentativa de estupro quando retornava do serviço para casa. Conta que não viu quem a atacou, mas que este homem queria estuprá-la, sem dúvida. Investigando-se um pouco mais, a paciente contou que sentiu uma mão tapando sua boca e foi empurrada, caindo no chão em um terreno baldio. Ficou sempre de costas para a pessoa que a atacou. Essa pessoa deu-lhe vários socos por todo o corpo, inclusive no rosto. J conta que gritava muito e não sabe dizer se por isto ou pela aproximação de alguém, o atacante foi embora. Acredita ter sido uma tentativa de estupro porque nenhum pertence seu foi levado e estava com um collant que desabotoava na virilha.

J permaneceu 8 meses em repouso, por fratura do úmero e da tibia e vários hematomas. Além da cefaléia, desenvolveu sintomas fóbicos, não mais saía de casa, não foi mais trabalhar, tendo que a irmã trazer-lhe as compras. Refere ainda dor torácica posterior de intensidade moderada. A relação com o marido tornou-se distante, deixaram de manter relações sexuais; ele afirma que o estupro teria realmente ocorrido porque J vestia-se de forma insinuante. Em sua história pregressa, destaca-se que é a mais velha de uma prole de sete irmãos. O pai, alcoolista, batia nos filhos e, de acordo com a paciente, ela era quem mais sofria por ter nascido mulher, após a morte de um filho recém-nascido.

Comentários

J apresenta sua história como uma tentativa de estupro real e não se apercebe que, ao contar o ocorrido, isso não se confirma. De acordo com J não houve manipulação de órgãos sexuais nem mesmo a tentativa de tirar sua roupa.

A vivência pela paciente da agressão

como uma tentativa de estupro foi entendida como a manifestação de uma fantasia inconsciente. Esta fantasia, como sugerido através da conduta sedutora de J (vestia-se “de forma insinuante”) e da própria interpretação de cunho sexual da agressão, parece estar recheada de desejos e impulsos nesta linha, inconscientes para J, que usava a negação como um mecanismo também inconsciente de defesa. Considerou-se, então, o funcionamento de um superego punitivo que, entrando em contato com esses desejos, gerariam um sentimento de culpa, tornando-se a paciente, inconscientemente, passível de punição. O assalto ocorrido se transformou em um fator desencadeante de piora do quadro de cefaléia pois incrementou a ansiedade e a tensão muscular. Concomitantemente, a piora da cefaléia estava sendo entendida pela paciente, então, como uma forma de punição. Após a consulta em que contou sobre a agressão que sofreu, a paciente retornou referindo piora importante da cefaléia, tendo iniciado novo tratamento clínico. J não conseguiu relacionar o sintoma de dor com os seus sentimentos em relação ao episódio desencadeante do quadro.

Em sua história passada, foram encontrados conflitos de natureza sexual e de identidade, inconscientemente negados. A situação traumática vivenciada por ela se fundamenta tanto em elementos da realidade como em suas fantasias inconscientes. A partir daí o quadro doloroso se exacerba, além do esperado por suas lesões físicas.

Caso 2

A, 32 anos, mulher, iniciou a queixar-se de cefaléia após o nascimento da única filha, há 5 anos. A cefaléia é hemicraniana, por vezes à direita, outras, à esquerda. A dor é diária e a paciente faz uso abusivo de ergotamínicos e benzodiazepínicos. Na história, observa-se piora da dor nos períodos de crise conjugal e um curto período de alívio quando a paciente morou com a mãe. O nascimento da filha significou para ela várias perdas. Além de não ser um filho homem, como esperava, sentia-se abandonada pelo marido, cuidando sozinha da filha. Nos primeiros meses temia ficar sozinha com o bebê, sentindo-se capaz de

provocar algum ataque à filha.

Comentários

Para ela, perdera o marido, o bebê masculino (que simbolizava a criação de algo valioso para agradar ao pai e então sentir-se valorizada) e todas as expectativas que tinha sobre sua capacidade de ser mãe.

O nascimento da filha para esta paciente se tornou uma verdadeira dor de cabeça. Conviver com estes intensos conflitos muito provavelmente aumentou a intensidade do seu nível tensional, desencadeando as reações somáticas observadas.

Caso 3

B, 60 anos, mulher, começou a sentir dores incapacitantes em várias partes do corpo há 20 anos. Naquela época havia se separado do marido, que assumira um relacionamento extra-conjugal. Impunha-se uma série de limitações para as quais usava como desculpa a dor, como por exemplo, sua evitação de um novo relacionamento amoroso.

Comentários

Numa visão rápida deste caso, pode-se notar seu comportamento evitativo em relação a possíveis aproximações amorosas. Talvez o insucesso de seu casamento já fosse expressão de suas dificuldades. Posteriormente, as queixas dolorosas se tornaram uma defesa usada sistematicamente por ela.

Caso 4

E, 35 anos, solteira, sente dores em todo o corpo há 14 anos, quando foi diagnosticada úlcera gástrica. Não mantém relações afetivas próximas e, a cada tentativa de aproximação masculina, apresenta crises de dor que a fazem permanecer reclusa vários dias.

Comentários

Para E todos os homens são potencialmente alcoolistas e agressores, assim

como a figura paterna que descreve.

Nas vinhetas clínicas relatadas encontram-se situações que ilustram muitas das características que vêm sendo descritas na literatura como integrantes do comportamento doloroso crônico. Esta situação é desadaptativa e requer uma abordagem multidisciplinar. Muitas vezes, o paciente não responde da maneira esperada às intervenções terapêuticas instituídas pela presença deste tipo de quadro psiquiátrico associado e não diagnosticado.

Tratamento

Para que as medidas terapêuticas sejam mais eficazes, o melhor é que o tratamento da dor crônica seja efetuado de maneira interdisciplinar, ou seja, que os vários especialistas envolvidos ajam integrada e complementarmente, e não isoladamente uns dos outros.

Poucos procedimentos cirúrgicos são eficientes no tratamento ou controle da dor e a maioria deles trazem efeitos colaterais piores que o quadro inicial. A dor pode retornar e mesmo piorar em 1 ano e meio após procedimentos como neurectomias, rizotomias, tractotomias e cordotomias.

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu um protocolo de três degraus para o tratamento da dor. O primeiro degrau envolve o uso de anti-inflamatórios não-esteróides (AINE), como aspirina ou acetaminofem. O segundo degrau adiciona codeína aos AINE, com outros adjuvantes. O terceiro degrau emprega narcóticos opióides com medicação adjuvante. Concebido para a dor no câncer e com uma eficácia de 90% nestes casos, os três degraus são úteis para muitos tipos de dor aguda ajustados para o mecanismo de dor particular que está sendo tratado. Os AINE são úteis em dor aguda e crônica, como dor inflamatória, muscular, vascular e pós-traumática, ou quando o médico deseja usar um potente analgésico não-narcótico. Os AINE são semelhantes em eficácia e efeitos colaterais entre si.

Vários fármacos são utilizados como analgésicos adjuvantes no tratamento tanto da

dor aguda como da dor crônica, entre eles os antidepressivos monoaminérgicos tricíclicos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes como a carbamazepina e a gabapentina, hipnóticos, estimulantes, neurolépticos, anti-histamínicos, peptídeos e inibidores das prostaglandinas.

Antidepressivos

Os antidepressivos tricíclicos têm múltiplos mecanismos de ação e são moduladores de efeitos analgésicos também.

Pelo menos quatro mecanismos são conhecidos pelos quais os tricíclicos agem como analgésicos. Primeiro, aumentam o controle da dor inibitório espinhal periaquedutal descendente mediado pela serotonina e noradrenalina. Segundo, potencializam a ação dos opiáceos endógenos e exógenos. Terceiro, a ação anti-histamínica e nos alfa-receptores pode ser importante. Quarto, parece haver um efeito estabilizador de membrana, com alívio secundário de sintomas como insônia e ansiedade.

Mais freqüentemente, a ação analgésica dos tricíclicos é independente da antidepressiva. Na realidade, seu efeito analgésico é maior em pacientes não-deprimidos.

Nos casos em que a depressão está associada a dor crônica, os antidepressivos devem ser usados em doses e tempo adequados ao tratamento da depressão. As doses antidepressivas são maiores do que as analgésicas. Como os deprimidos são mais queixosos, inclusive de sintomas dolorosos, a melhora da depressão freqüentemente é acompanhada por diminuição das queixas de dor.

Anticonvulsivantes

Carbamazepina, clonazepam, gabapentina, ácido valpróico e fenitoína são cinco agentes usados para tratar dor central. Bloqueiam o disparo espontâneo e de alta freqüência nos neurônios aferentes, no corno dorsal da medula e tálamo. O alívio da dor pode ser conseqüência do bloqueio da hiperexcitabilidade dos neurônios mecanorreceptores centrais de baixo limiar. Uma dose de 100 a 600 mg/dia de gabapentina

tem sido bem tolerada e tem apresentado considerável sucesso no alívio da dor. Clonazepam, em dose de 1 a 4 mg/dia, é útil, por ter poucos efeitos colaterais, diminuir alodínia e ser compatível com outros agentes, como antidepressivos e opióides. Lorazepam intravenoso foi superior a morfina, lidocaína e placebo em um estudo sobre dor neuropática. Carbamazepina tem sido geralmente superior a fenitoína no tratamento da dor, sendo eficaz para neuralgia do trigêmio, dor pós-herpética, dor pós-simpática, neuropatia diabética, esclerose múltipla e neuralgias diversas. Níveis altos são necessários para uma boa eficácia. Ácido valpróico também pode ser utilizado em neuralgia pós-herpética, bem como cefaléia em cluster, enxaqueca, dor pós-operatória e várias neuralgias.

Eletroconvulsoterapia

Pode existir indicação de eletroconvulsoterapia (ECT) em casos graves de depressão maior. Porém, assumir que os quadros de dor crônica têm sempre um diagnóstico associado de depressão maior e, assim, indicar ECT no intuito de tratar a depressão e secundariamente aliviar a dor, está fadado ao insucesso.

Tratamentos psicológicos

As intervenções psicoterápicas têm se revelado um instrumento poderoso na abordagem destes pacientes, especialmente naqueles nos quais se identificou um comportamento doloroso crônico. Há casos em que é possível fazer uma avaliação psicodinâmica e surpreender uma pessoa motivada para este enfoque. Num grande número de pessoas, entretanto, a psicoterapia cognitivo-comportamental tem sido mais viável.

Uma das situações mais freqüentemente encontradas na clínica de dor crônica é o comportamento operante, ou seja, o que é reforçado por estímulos das pessoas próximas do paciente. Este, através de suas queixas, estimula alguém de sua convivência que responde com uma atitude superprotetora, reforçando a sua sensação de incapacidade, e assim por diante. Técnicas que visam cortar

este círculo vicioso, chamadas de técnicas comportamentais operantes, são muito eficazes nestes casos.

O envolvimento de familiares no tratamento também é muito importante, pois a relação destes pacientes com a família tem de ser bem entendida e tratada, pois podem funcionar como obstáculos ou como coadjuvantes.

A educação se relaciona tanto com os pacientes e seus familiares como com a equipe terapêutica. A orientação aos familiares cumpre um papel fundamental no tratamento, uma vez que eles podem favorecer comportamentos regressivos que retardam a reabilitação. Os pacientes também se beneficiam de algum grau de informação dirigida, pois este pode prevenir períodos de desânimo associados a recaídas. Quanto à equipe terapêutica é importante esclarecer aspectos relacionados à dosagem e ao uso da medicação se necessário. Às vezes pode envolver reuniões com a equipe de uma enfermaria, freqüentemente preocupada em não criar dependência química ou psicológica, assim subdosando a quantidade adequada para o controle eficaz da dor. Isto faz com que os pacientes cada vez mais solicitem medicação se necessário, estabelecendo um círculo vicioso.

Uma reabilitação bem sucedida tem por meta diminuir sintomas, aumentar a independência e retornar às atividades habituais. Mesmo em dores lombares, nas

quais 50% dos pacientes têm uma recorrência dentro de 3 anos a partir do episódio inicial, não há evidência que o retorno ao trabalho seja nocivo ao curso da síndrome dolorosa.

A grupoterapia tem também sido utilizada com sucesso para tratamento de pacientes com comportamento doloroso crônico.

Hipnose, condicionamento por imagens, exercícios, ioga e meditação são úteis para obter controle da dor, muitas vezes através do relaxamento muscular que proporcionam.

Lidar com dor crônica sempre ameaça dois fundamentos da sobrevivência: comportamentos de apego e defesas intrapsíquicas. Lidar com a dor significa ter pessoas ao redor que possam reforçar a coragem para enfrentar a dor e ter mecanismos intrapsíquicos adaptativos que ajudem a negociar com os pensamentos e sentimentos que afloram na mente. As formas de lidar também são dependentes do contexto e são mais efetivas quando incluem o casal ou a família.

Os aspectos psicodinâmicos envolvem conflitos sobre a autonomia e cuidados. Antigos conflitos com a maternagem podem sugerir sentimentos ambivalentes com os métodos de reabilitação. A vergonha pode imitar a depressão e desencadear comportamentos evitativos e contra a dependência. Um certo grau de regressão é necessário para que o paciente se submeta aos cuidados indicados para a sua reabilitação, mas pode se manifestar

Quadro 4. Razões para encaminhar um paciente para internação em uma clínica ou serviço multidisciplinar de dor

Quando o diagnóstico da patologia física ou psiquiátrica está completo, ou, ao contrário, quando está tão obscuro que uma observação intensiva é necessária.

Quando a consultoria de um médico independente é necessária para confirmar que nenhuma modalidade única de tratamento ambulatorial é efetiva.

Quando o paciente já obteve o benefício máximo de tratamentos ambulatoriais tais como analgésicos não esteróides, bloqueio nervoso, antidepressivos e reabilitação física e mental.

Se o paciente mostra comportamento doloroso anormal e concorda com as metas de melhorar o manejo da dor, reabilitação e avaliação psiquiátrica.

Quando o uso de medicações para o alívio da dor são muito complexas ou o manejo para adesão ao tratamento exige uma atenção médica direta.

Quando é necessário um contrato entre médico e paciente para estabelecer o uso de estratégias ou esquema medicamentoso especial.

como não-aderência, e queixas contra a ajuda.

O médico, como figura protetora, é alvo de sentimentos tanto idealizados como raivosos. Quando a cura não acontece, uma das tarefas do psiquiatra é clarear como estes problemas interferem na relação médico-paciente. A compreensão destes sentimentos e papéis pode ajudar o médico a ser um continente adequado para o paciente.

Os cuidados modernos de saúde têm se caracterizado por serem fragmentados, facilitando freqüentes desentendimentos entre os profissionais e entre estes e os pacientes e seus familiares. Para ser de ajuda efetiva, o psiquiatra deve ser sensível aos sentimentos inconscientes do paciente e estar preparado para manejar com mecanismos de defesa inconscientes, como a negação, e utilizar e/ou indicar técnicas de aconselhamento familiar, relaxamento, reabilitação física, exercícios, farmacoterapia e psicoterapia.

Tratamento hospitalar

O tratamento ambulatorial de um paciente com uma síndrome dolorosa crônica pode passar a um nível de cuidados hospitalares em determinadas condições, que estão citadas no quadro 4.

Referências

1. International association for the study of pain (IASP). Subcommittees on taxonomy. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Pain 1986;(suppl. 3S): 217.
2. Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. In: Bonica JJ (editor). The management of pain. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger Ed 1990.
3. Catchlove RFH e cols. Incidence and implications of alexithymia in chronic pain patients. J Nerv Ment Dis 1985;4:246-8.
4. Aguiar R, Branchtein LC. Avaliação psiquiátrica do paciente com dor crônica: relato e discussão de um caso clínico. Cadernos do IPUB 1997;(6):155-61.
5. Bouckoms A, Hackett TP. The pain patient. In: Cassem N (editor). Handbook of general hospital psychiatry. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1997. p.367-413.
6. Gildenberg PL, Devaul RA. O paciente de dor crônica. Rio de Janeiro: Colina Ed; 1987.
7. Aguiar R, Lago PF, Minotto A, Becker AL, Caleffi L. Síndrome de münchhausen: relato de dois casos. R AMRIGS 1990;2:119-23.
8. Aguiar R, Branchtein LC. Avaliação psiquiátrica de 15 pacientes com dor crônica: discussão de resultados. Tema-livre apresentado no XII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Gramado, 1992.

Psychoanalysis and culture: some contemporary challenges¹

Cláudio L. Eizirik²

The evolution and current usage of the concept of culture is briefly discussed. Two divergent views on the initial relationship between psychoanalysis and culture are presented and the influence of the former on the latter illustrated, both in the previous decades and at present. Some general aspects of present-day western culture are then outlined, among them the great flood of information, the culture of narcissism, the temptations of conventionality, the ideology of visual and media and the "light culture", and five propositions that attempt to characterize 'post-modern sensibility'. Finally, four challenges faced today by psychoanalysis are discussed: the changing nature of philosophical and cultural cross-currents as it influences psychoanalysis as a discipline; the empiricist versus the hermeneutic approach; attacks on psychoanalysis as an elitist discipline and profession; and the movement away from the subjectivist and existential concerns and the focus on a more collectivist and pragmatic relationship to reality. The author suggests possible ways to face each of these challenges.

Key-words: Western culture; philosophy; history; perspective.

Psicanálise e cultura: desafios da contemporaneidade

A evolução e o uso corrente do conceito de cultura será brevemente discutido. São apresentados dois pontos de vista divergentes sobre a relação inicial entre a psicanálise e a cultura, bem como a ilustração da influência da primeira na segunda, tanto em décadas passadas como no presente. Alguns aspectos gerais da cultura ocidental dos dias atuais são apresentados, incluindo: a avalanche de informação, a cultura do narcisismo, as tentações da acomodação, a ideologia da mídia visual e a cultura "light" e cinco proposições que tentam caracterizar a "sensibilidade pós-moderna". Por fim, quatro desafios enfrentados atualmente pela psicanálise são discutidos: a natureza variável de contracorrentes filosóficas e culturais, enquanto influência na psicanálise como uma disciplina; o empirismo em contraposição à abordagem hermenêutica; os ataques à psicanálise como sendo uma disciplina e uma profissão elitista; o enfraquecimento de preocupações subjetivistas e existenciais e um maior interesse em uma relação mais coletivista e pragmática com a realidade. O autor oferece sugestões para lidar com cada um destes desafios.

Unitermos: Cultura ocidental; filosofia; história; perspectiva.

Revista HCPA 1999;19(1):81-90

¹ Este artigo foi publicado originalmente em Int J Psychoanal 1997;78(4):789-800. Trabalho apresentado no Symposium of the International Psychoanalytical Association on 'Psychoanalysis today: challenges and perspectives' em Buenos Aires, 6 de janeiro de 1997.

² Correspondência: Cláudio Laks Eizirik, Rua Visconde do Rio Branco 708, CEP 90220-230, Porto Alegre, RS, Brasil.

*Chega mais perto e contempla as palavras.
Cada uma tem mil faces secretas sob a face neutra
e te pergunta, sem interesse pela resposta, pobre
ou terrível, que lhe deres:
Trouxeste a chave?*³

Introduction

Culture is considered to be one of the two or three most complicated words in the English language. This seems to be so because of its intricate historical development, in several European languages, but especially because it has now come to be used in several different intellectual disciplines and also in several distinct and incompatible systems of thought (1, 2).

In German, *Kultur* was used in the eighteenth century as a synonym for civilization; firstly in the abstract sense of a general process of becoming 'civilized' or 'cultivated'; secondly, in the sense that had already been established for civilization by the historians of the Enlightenment. A decisive change came when Herder (1) suggested an innovation, that is, to speak of 'cultures' in the plural. By this he meant the specific and variable cultures of different nations and periods, but he also considered the specific and variable cultures of social and economic groups within a nation.

When Freud wrote about human civilization as including 'all those respects in which human life has raised itself above its animal status and differs from the life of beasts - and I scorn to distinguish between culture and civilization' (3, p.5-6) he was employing the current German usage. Nowadays, three broad active categories of usage can be recognized: 1) a general process of intellectual, spiritual and aesthetic development; 2) a particular way of life, whether of a people, a period, a group, or humanity in general; 3) works and practices of intellectual and especially artistic activity. This last seems now to be the most widespread use: culture is music, literature, painting, sculpture, theatre and film, sometimes with the addition of philosophy, scholarship, history (1). Mario Bunge (2) suggested that culture should be considered as a sub-system of society, different

from other sub-systems such as the economy and politics, but keeping a relationship with them. In this sense of a sub-system, culture comprises other sub-systems (art, ideology, technology, humanities, science). So it is possible to speak of 'the culture of a society', to avoid generalizations and to try to focus our attention on some restricted areas that are included in this specific sub-system. With this ideas in mind, what follows is an attempt to look at some aspects of western culture, culture here understood as the second and/or third category mentioned by Williams or the sub-system described by Bunge, and to discuss the challenges that these features present to psychoanalysis.

In the beginnings: Freud, culture and psychoanalysis

The complex relationship between psychoanalysis and culture can be briefly illustrated when we consider that it appeared in fin-de-siècle Vienna, a cultural milieu in which the 'intelligentsia' was developing innovations in many areas simultaneously. The Viennese cultural elite had a rare combination of provincialism and cosmopolitanism, tradition and modernism, which produced a sort of cohesion greater than in other cities. Cafés and frequent meetings were solid institutions, and kept their vitality as places and moments when intellectuals communicated ideas and values, thus stimulating each other (4). Recently, Mezan (5) explored the contrasting views on this relationship, considering two opposite statements. Bettelheim (6) considered that Viennese culture provided the curious simultaneity of the Empire disintegration and the apex of intellectual development, in which the understanding of ambivalence, hysteria and neurosis was a natural consequence; in other words, psychoanalysis could not have appeared in any other place but Vienna. On the other hand, Gay (7) strongly objected to this idea, and suggested that psychoanalysis could perfectly well have developed elsewhere.

Mezan (5) pointed out that psychoanalysis shares certain features with other cultural productions of that period, but no real reciprocal influence can be demonstrated, for the simple

3 Andrade CD. Antologia Poética. Rio de Janeiro: Edição do autor; 1963.

reason that they are contemporaneous, appearing independently, and also because Freud's Vienna was not the same as the cultural elites described by Bettelheim. He was 35 years old when the great transformations associated with effervescent fin-de-siècle Vienna began, and at this point his mind was ready and fully equipped for the discoveries he was already beginning to make. Following Gay's reconstruction, Mezan (5) suggests that Vienna offered a stimulus for the emergence of psychoanalysis, and this consisted in the presence of professors such as Brücke and others at the university, in a school system that provided the students with the best of western, especially German, culture, and in the complex relations between Viennese Jews and their environment, characterized by a combination of mutual attraction, hate and contempt. But the decisive element can only be found in Freud's own singularity and in the many influences he suffered throughout his personal and intellectual development (8). This question was also explored, in as scholarly a way as ever, by Steiner (9), who stressed the significance of Freud's education and the influence of the late eighteenth - and nineteenth-century tradition of the German-speaking intellectuals. He advanced his thesis of the complex interaction between Freud and his cultural background, and stressed that just as Freud's interpretations of Oedipus Rex show the influence of the cultural context in which he operated, our interpretations are also part of a changing historical process, at the same time containing some permanent values.

By choosing Oedipus, Freud seems to tell us that he considers his work no more than the beginning of an indefinite exploration of his patient's symptoms and the cultural products of civilization... starting in the particular time and place, Vienna, that he found himself, and within that particular cultural tradition (9).

Whether we accept Gay's and Mezan's view or we hold to the one suggested by Bettelheim and Steiner there will probably be no dispute as to the enormous influence of psychoanalysis on western culture in the following decades, 'when all intellectuals were playing with the ideas of Freud and his followers' (10).

This was a widespread experience, with varying impacts on different places, but keeping in common the excitement and interest that the new field of knowledge raised almost everywhere. This general trend, with regional differences, was well documented by Kutter (11). More recently, however, the humanistic culture concerned with the development and maturation of the individual, with self exploration and subjectivity is being questioned by a cultural trend to immediate adaptation and social effectiveness, that has led to a decrease in the interest in psychoanalysis on the part of cultural and intellectual elites (12).

In spite of many problems in different areas that led to the general designation of an 'actual crisis of psychoanalysis' (13), 'in many university settings psychoanalytic thinking has continued to grow, for example in the area of literary analysis, art, and the humanities in general...' (12). A recent example of the ambivalent attitude towards psychoanalysis, however, can be found in Harold Bloom's *The Western Canon* (14), in which he explores the Western literary tradition by concentrating on the works of twenty-six authors central to the Canon, among which he includes Freud. Bloom considers him 'possibly the best mind of our century' (p.373), or 'a powerful and sophisticated mind... indeed it is the mind of our age...' (p.375).

In his view, however, Freud suffered from a literary influence and its anxieties; in this sense, Shakespeare was the real inventor of psychoanalysis, and Freud, only its codifier. He charged Freud with misreading Shakespeare and also with trying to dismiss his greatness. In the chapter entitled 'Freud: a Shakespearean reading', Bloom shows very clearly his own ambivalence towards Freud, identifying himself with Shakespeare, and trying to demonstrate that the central conflict was that of Hamlet, and not of Oedipus. He goes so far as to say that 'Shakespeare is everywhere in Freud, far more present when unmentioned than when he is cited' (p. 391), and that 'Freud was anxious about Shakespeare because he had learned anxiety from him, as he had learned ambivalence and narcissism and schism in the self' (p. 394). In spite of Bloom's arrogant and provocative attitude, he is a good example of how

psychoanalytic thinking has deeply penetrated into the Western culture and, at the same time, or exactly because of that, is raising this kind of ambivalent reaction.

Some general aspects of our culture

What follows is an attempt to discern some of the general aspects of our culture and identify the main challenges psychoanalysis is facing in it. The difficulties of this task, which also implies a glance into the future, were well known to Freud (3). Moreover, which culture will be discussing from now on? It has already been stressed that we live in a complex and changing reality, in which many versions of culture can be found. National, regional, economic, social, educational, religious and political differences influence culture on various levels (15). However, as a recent study of the House of Delegates has shown (13), many problems are common to different regions, maybe because on the whole we are dealing with more similarities than differences, in urban centers that share common concerns and in which culture is developing in a growing tendency towards globalization.

With this in mind, I will review some recent contributions that have tried to capture the spirit of the age, our *Zeitgeist*. In an attempt to describe what he called *Modern Times*, Van der Leeuw (16) presented a precious summary that included these trends: 1) a great flood of information, quantification and massive growth that leads to superficiality, hampers independent thinking and is accompanied by a levelling process, as a consequence of which silence, solitude and privacy become endangered, and congestion disturbs man's consciousness of space and the experience of space he needs for his life; 2) changes in the role of the family as the basis of society, motherhood being increasingly neglected; 3) the dominant role of seductive advertising, encouraging immediate gratification and creating the illusion that total gratification is possible; 4) the increasing search for excitement, stimulation, brief explosions of emotions and the urge for rapid discharge, instead of the cultivation of warm, tender feelings, in particular where children are concerned; 5) as a positive development, the disruption of standards in a society that for a

long time was static, which has made it easier to assume an independent posture and to acquire experience in an individual way. As a general conclusion, Van der Leeuw suggests that contemporary society needs a renewal of social ideals.

From another perspective, Christopher Lasch (17) characterized 'the culture of narcissism' as a result of the breakdown of the family as a moral guidance system, the avoidance of conflicts by compromising and the accentuation of instinctual gratification. Lasch produced a synthesis of the ideas of Freud, Marx and the Frankfurt School, which made the first contributions to understanding the individual's dissolution within mass culture. Lasch's central thesis is that capitalism has produced an unprecedented cultural and psychological devastation, eroding our capacity for self-help and self-discipline. As social pressures have invaded the ego, it has become harder to grow up and to acquire maturity. This leads to a failure of normal superego development. So in a world dominated by images, individual progress can only come from projected images and erroneous impressions produced by insecure egos. In this world it is difficult to discriminate reality from fantasy, and what we really are from what the products we consume suggest that we are. The 'culture of narcissism' abolished collective discipline and concentrated work, in favor of a world of impressions, appearances and disguises.

From a psychoanalytic viewpoint, Kernberg (12) explored the nature of the appeal of mass culture, particularly as it is communicated by the mass media. He examined the regressive effects of group processes on the recipients of mass culture, and the striking correspondence between the conventional aspects of mass culture and the psychological characteristics of latency. In his study, Kernberg stressed some points relevant to our attempt at characterizing contemporary culture. Among them he described: the simultaneity of communication; the illusion of being a member of a crowd connected with a central figure who communicates what is important and what one should think about, the denial of complexities; the predominance of conventional assumptions over individual thinking; the stimulation

assumptions over individual thinking; the stimulation of a narcissistic dimension in the receiver, and also a paranoid one, in the form of justified suspicion or indignation; the application of a simplistic morality to social and political matters in the form of clichés (for instance, that good people together will solve problems).

After studying earlier and recent perspectives on conventionality, Kernberg suggested that at this moment it would seem reasonable to conclude that the regression induced by and reflected in mass culture and mass entertainment actualizes tendencies of value systems and morality of latency years triggered by large group activated by mass media (12).

He considers that conventionality may be the price of social stability, in spite of the danger of more severe group regressions. Most people may submerge themselves temporarily in the conventionality of mass culture for recreational purposes, in relatively mild or benign ways; but for some, conventionality might become a permanent prison. In this stimulating paper, what emerges is a clear picture of 'the temptations of conventionality' as a feature of our culture.

Ahumada (18) explored this further in his essay on the crisis of culture and the crisis of psychoanalysis. In his view, what we are witnessing is a crisis in the very possibility of thinking about oneself in a global society. This one is characterized by a radical change from acculturation into the family and through the written word towards acculturation by images, in more and more virtual realities. From this follows the disavowal of primitive mourning and an identificatory deficit leading to endless adolescence. Castoriadis (19), in the same vein, describes a current crisis in the identificatory process due to the lack of a self-representation of society as a shelter for meaning and values. After studying Gaddini's (20) seminal paper on the changes presented by psychoanalytic patients, Ahumada suggests that the 'psychopathologies of immediate gratification' show a growing ambiguity, with mimetic defences against insight, defences that are considered essential for psychic survival. In the emergent culture of virtual reality, one can observe the tendency towards the annihilation of thinking, as an instrument for more effective

advertising. Another important feature is the correspondence of the ambiguity in the social and cultural reality with the very idea of psychopathology, and more intensely of sexual psychopathology. In this current 'normality', dominated by ambiguity, the 'culture of Prozac' and alternative styles of living might be considered as social ideals.

The ideology of visual media and the 'light' culture leads us to equate information with mental growth. Ahumada thus considers that we are facing an intolerance towards what Bion termed 'negative realization'. It is on a tolerance of 'negative realizations', that is, of absence, that mental growth depends.

The same concern was expressed by Medici de Steiner (21), who discussed the endangered spoken word. In her view, the growing presence of the image substituting the real contact, the indispensable dialogue that makes it possible to exchange facts, images, narratives and affects of the daily world and the unforgettable world or literature, of stories that must be told. So this is the current dilemma: family versus machine.

Lyotard's *The Postmodern Condition* (22) has become an essential part of any discussion of our culture. In spite of many confusions and difficulties attached to this term is it a result, the aftermath, the afterbirth, the development, the denial or the rejection of modernity? Lyotard clearly stated that 'this term defines a state of the culture. Modern societies based their discourses on truth, justice and in great historical and scientific meta-narratives. The present-day crisis is precisely the crisis of these discourses' (p. 12). Even if some consider that post-modernity is more of a programme developed by theorists than the common reality of contemporary society and culture, it is necessary to consider this 'condition', 'program' or sensibility, since it has clear connections with the challenges psychoanalysis is facing. Among many authors, Arditi (23) offered five concise propositions in an attempt to characterize the 'postmodern sensibility'.

1. In contrast with modernity, the postmodern condition privileges scepticism, challenging basic assumptions of the project of Enlightenment; to the three 'masters of suspicion' (24), Marx, Nietzsche and Freud,

must be added the influences of Foucault, Deleuze, Lyotard, Feyerabend, Vattimo.

2. There is a recognition of the complexity of the world, which leads to a weakening of concepts such as progress or absorption of the old into the new.

3. There is a challenge to the simplistic model of power; as a consequence, one must consider the presence of a center and a periphery, in terms of power or ideology, and also the existence of pockets as 'microclimates' or 'micropowers' more or less omnipresent in each system.

4. The claim to the right of being different and the tenacious determination to follow alternative ways of living, which leads to the politicization of sexuality, ecology, human rights, daily urban life and so on.

5. The expansion of social demands for participation, in which issues such as citizenship, the state of well-being, and the rights of women, pacifists, homosexuals and other minorities are overtly claimed.

As a whole, it is possible to discern a present-day 'crisis of modernity' or a 'malaise in modernity' (25-27), in which 'the strong ideas of modern ages, including a reigning reason (Descartes), a single history in continued evolution, a teleological vision with theological derivatives, Kantism, positivism and all their "neo" expressions are presently being openly questioned by philosophy and science' (28).

At the same time, it is possible to observe remarkable progress in the area of communications, in that new technologies have led to an unprecedented democratization of information and a wider sharing of knowledge.

With these elements in mind I will now examine some of the challenges psychoanalysis is facing in this culture.

Challenges in the culture

The changing nature of the philosophical and cultural cross-currents of contemporary western culture as they influence psychoanalysis as a discipline

The present-day discussion proposed by the many authors who can be included under a general designation of post-modernist, offers a

curious challenge to psychoanalysis. On the one hand, as mentioned, Freud is considered part of the changing move towards complexity and paradigmatic changes.

But if we are witnessing an era of the end of great meta-narratives, can psychoanalysis be considered to be injured to death? Some may consider it so, if seen as a closed system, not open to questioning and developments, but having reached definitive categories and concepts, such as the unconscious. In this respect the idea of a common ground, suggested by Wallerstein (29), is a useful one, since it encompasses the simultaneous existence of a shared clinical theory and a variety of symbolisms or metaphors designed to grasp and to give coherence to our internal unknowables, our past unconscious (30). In this sense, there are many psychoanalyses, characterizing a metapsychological pluralism. Or, in other words, psychoanalysis can no longer be seen as a great meta-narrative, but as many versions of a basic initial theory. The 'crisis of modernity' is under discussion. Psychoanalysis is presented either as a clear example of modernity (for instance, 25) or as a different and proper field, in which rationality is no more the central concern (e.g. 27). It seems that psychoanalysis is somehow in a central position in the current debate: there are many invitations, many criticisms, some scepticism, but there is a general sense that it is one of the tools intellectuals are handling in order to justify and convince with their own ideas. This debate is producing a new and interesting trend: the rapprochement between psychoanalysis and philosophy, even in places where its positivistic tradition still prevails. The French experience seems to be spreading (31), and the challenge that lies ahead consists in how to integrate psychoanalytic thinking with the various philosophical currents, and to evaluate which of these can better contribute to ongoing psychoanalytic thought.

For instance, two areas of current interest both for psychoanalysis and philosophy are the studies on subjectivity and intersubjectivity (32, 33) and its usefulness as a criterion of truth in communication, and the studies on identity, from both viewpoints. Comparative studies may produce wider areas of co-operation and better

understanding of similarities and divergences.

The challenge of the empiricist's scientific tradition of the hermeneutic approach in psychoanalysis

This is possibly one of the more fascinating areas of the current challenges faced by psychoanalysis, but it is not possible to do justice to the magnitude of this debate in a few lines. As Etchegoyen puts it, 'the problem of the epistemological status of psychoanalysis is extremely topical' (34; p. 8), 'one of the most burning questions within our discipline' (35; p.1110), and it was intensely discussed at the San Francisco Congress (36). Whether psychoanalysis belongs in the realm of the natural sciences, or is a hermeneutical discipline or it has, like every science, a method that is unique but appropriate to its aims (37), is an open question, whose answer would bring us to face the situation described by Blanchot's sentence: 'The answer is the misery of the question' (38). But in spite of the impossibility of going further here, contributions such as those from Bowlby (39), Etchegoyen (34, 35), Grünbaum (40) and Klimovsky (37), among others, illustrate this debate. This discussion and the current pluralism of psychoanalytic theories may be seen as a sign of decadence, as the disintegration of the Roman of British Empire, after a wide expansion of its boundaries. However, this situation provides the stimulating challenge of developing and deepening the discussion, of comparing different approaches, of formulating more clearly its convergences and divergences (41). Two recent events that illustrate this point were the symposium on 'Psychoanalysis as a science', held at the Freud Museum in Vienna in November, 1996 (25) and the discussion on psychoanalytic research between Green (31) and Wallerstein (29) in *International Psychoanalysis*. In both, the main question was the epistemological status of psychoanalysis, and, as a consequence, what kind of research (if any) can be produced by it. After following the arguments presented by Green and Wallerstein, which summarize a lifelong effort to conceptualize and formulate two different positions regarding empirical research, my own

conclusion is that we should not choose one or the other. Rather, we should develop both, reinforce them and invest strongly towards their growth. Another remarkable achievement was the way in which the *International Journal* chose to celebrate its 75th anniversary, after which Tuckett suggested that the challenge for the next 25 years is to build 'a discipline that does not have to rely on past authority, character assassination and assertion, but one whose confidence is based on what we mostly agree we have really learned or still need to learn' (42; p.661). In this arena, what can emerge is the picture of a living discipline, completely committed to the reflection of its own nature and structure.

Attacks on psychoanalysis as an elitist discipline and profession

The public attacks on psychoanalysis have been challenging psychoanalytic societies in many countries, leading to a growing awareness of a certain isolation of our institutions within the social, intellectual and scientific environment, as Kernberg (12) and Sanville (10) have recently pointed out. While an early generation of psychoanalytic pioneers established our discipline in many countries by means of public lectures, information and participation in the life of cultural elites, what we observe now is a turning inwards and a lack of systematic investment in the socio-cultural and scientific milieu. Active efforts to counter this tendency can be observed in places such as Michigan, Santiago, Buenos Aires, São Paulo (43-45).

In university settings where psychoanalytic thinking has continued to grow, mainly in the humanities in general, this interest has often been fostered by academics disconnected from the psychoanalytic community itself, or by the Lacanian movement, presented as an alternative to traditional psychoanalytic thinking, as observed by Kernberg (12).

In an attempt to identify who is talking about psychoanalysis in the press, I reviewed the cultural sections of two of the most important Brazilian newspapers over a 6-month period. In one of them, 50% of all the articles were

written by journalists or PhD students of literature; 40% by members of Lacanian societies and 10% by members of IPA societies. In the other, 50% of the articles were written by former IPA members, mostly with critical or ironic remarks towards institutionalized psychoanalysis; 40% by Lacanians and 10% by journalists.

Despite the many different issues discussed, the general conclusion to be drawn, at least in this sample, is that psychoanalysis is presented, discussed and understood by the general public as something produced outside the IPA walls.

This leads us to the difficult issue of the diffusion of psychoanalysis and its perils. Ahumada (18) shows an overt scepticism, considering that the real danger rests on the banalization produced by a mimetic appropriation of psychoanalytic concepts or its academic versions. The same discussion can be found in Figueira (46), who suggests that we should realize how ready we are to apply psychoanalysis to everything we see and how little we seem to be willing to apply it to itself, thus creating a new area of clinical development. He also tried to demonstrate that, beneath the 'common ground' shared by different types of psychoanalysis, there is a common foundation, that is seldom discussed: the fact that any psychoanalysis has the potential to become a *Weltanschauung*. Addressing the many problems of contemporary society, Etchegoyen (34, 35) stated that it is absolutely necessary for psychoanalysis to make its voice heard, but the main precondition for this is the reinforcement of our theoretical and professional identity. Kernberg (12) also stresses the need to increase the concern with the immediate social, cultural and scientific environment.

Other fields that should be more developed are the application of psychoanalytic theory to other treatments, in the sense of a 'new beginning' of our former intimate relations with psychiatry and the psychoterapies and the application of psychoanalysis to help to understand relevant social problems, such as violence, poverty and discrimination against specific minorities.

The movement away from subjectivist and existential concerns and the focus on a collectivist and pragmatic relation to reality

This shift of interest in contemporary culture was well described by Van der Leeuw (16), Kernberg (12) and Ahumada (18). Baladier (47) speaks about a 'super modernism', an era of simultaneity, a culture of the image and of the immediate accomplishment of ideas, wishes and purposes. In this culture, the private relationship between two persons that characterizes the analytical situation may be experienced as 'unheimlich' (uncanny), says Van der Leeuw, asking whether psychoanalytic treatment is still justifiable in our rapidly changing society. In Ahumada's view, thinking about oneself and the recovery of individual identity - two central instruments and objectives of psychoanalysis - may turn psychoanalysis into a sort of 'enemy of the people'. Moreover, when drugs, brief therapies and alternative treatments are intensely offered and idealized, psychoanalysis may seem old-fashioned and outdated. In a broader sense, however, could it be that psychoanalysis as a system of thought has become irrelevant to or incompatible with the current needs of our culture? We cannot provide quick answers, nor does our way of operating follow the *cito, tuto, jucunde, motto*. The temptations here are to seek a rapid and anxious adaptation to our practical culture or to embark on 'an apocalyptic or melancholic attitude, as might be the case in any field of culture as we advance towards the 'end-of-the-century' myth (28).

A third way, just as an example of the many ongoing efforts that need continuous support and diffusion, is constituted by the studies being carried out into different models of psychoanalytic training (48) and on the specificity of psychoanalysis (49).

If we observe more carefully the recurring waves, we may begin to discern a growing malaise in the present state of affairs of our culture. For instance, a Time Magazine (50) cover admonishes against 'The New Wars' and says: 'Print! Cable! The Internet! We're being bombarded by information, gossip and commentary as never before. Is more news

good news?' What may happen when all the current excitement and the search for more and more virtual realities of the illusions of mass culture reach the end of the rainbow? Certainly psychoanalysis will have something to say about the future of so many current illusions. Psychoanalysis can be used as an effective tool for the understanding and critique of present-day superficiality and conventionality. A more effective presence in the cultural milieu should be sought out, and our voice should be heard beyond our own walls. At the same time we must increase our ability to employ new technologies, as the International Journal, for instance, is doing. The Internet is good example of an effective way of fostering exchanges, both internally and externally. Moreover, as clinical experience has shown in this century, and as psychoanalytic technique is improving and now allows us to work in closer emotional contact with our patients, the resulting evidence is that this is the best way of exploring and developing subjectivity, both as an ethical and therapeutic enterprise.

In this, as well as in the previous issues, even considering the many challenges and critical points to be faced, in a world of so many complexities and uncertainties, there is such an impressive amount of work already done, and to be done, that we can begin our second century with at least one shared conviction: our key was used to open many doors; there are a thousand others waiting for us.

Acknowledgments. I would like to thank Dr. Otto Kernberg, Dr. Daniel Widlöcher, and Dr. Marisa F. Eizirick, for their very helpful suggestions.

References

1. Williams R. Key Words: a vocabulary of culture and society. New York: Oxford Univ Press. 1985.
2. Ferrater Mora J. Diccionario de filosofía. Madrid: Alianza editorial; 1988.
3. Freud S. The future of an illusion. SE 21. 1927.
4. Schorske C. Fin-de-siècle Vienna. London: Weidenfeld and Nicolson; 1980.
5. Mezan R. Viena e as origens da psicanálise. In: A formação cultural de Freud. M Perestrello. Rio de Janeiro: Imago. 1996.
6. Bettelheim B. A Viena de Freud. In: A Viena de Freud e outros ensaios. Rio de Janeiro: Campus. 1991; p. 5-14.
7. Gay P. Sigmund Freud: um alemão e seus dissabores. In: Sigmund Freud e o gabinete do dr. Lacan. PC Souza. São Paulo: Brasiliense. 1989; p. 3-6.
8. Perestrello M. A formação cultural de Freud. Rio de Janeiro: Imago. 1996.
9. Steiner R. In Vienna veritas...? Int J Psychoanal 1994;75:511-83.
10. Sanville J. The crisis. Concept evidences and possible responses. In the actual crisis of psychoanalysis: challenges and perspectives. F Cesio et al. 1996; p. 12-9.
11. Kutter P. Psychoanalysis international. A guide to psychoanalysis throughout the world. Stuttgart: Fromman-Holzboog. 1992-1995.
12. Kernberg O. The temptations of conventionality. Int Rev Psychoanal 1989;16:191-205. Letter to the house of delegates. In the actual crisis of psychoanalysis: challenges and perspectives. F Cesio et al. Report of the house of delegates committee. 1996; p. 37-41.
13. Cesio F, et al. The actual crisis of psychoanalysis: challenges and perspectives. Report of the house of delegates committee. 1996.
14. Bloom H. The western canon. New York: Harcourt Brace. 1994.
15. Eizirick CL. Contexto sócio-econômico e formação psicanalítica. Rev Psicanál 1995;2:277-88.
16. Van der Leeuw PJ. 'Modern times' and the psychoanalyst today. Int Rev Psychoanal 1980;7:137-45.
17. Lasch C. The culture of narcissism. New York: Norton. 1978.
18. Ahumada J. Crise da cultura e crise da psicanálise. Rev Psicanál 1997;4:51-69.
19. Castoriadis C. La crisis actual del proceso identificatório. Zona Erogena 1996;31:37-41.
20. Gaddini E. Changes in psychoanalytic patients up to the present day. In Monograph 4 of the international psychoanalytical association. 1987.
21. Medici de Steiner C. La palabra oral zozobra. 2º Coloquio de Colombia. Uruguay. 1996.
22. Lyotard JF. La concición posmoderna. Barcelona: Anagrama, 1986. (The postmodern condition. 1979. Interview. Zona Erogena 1991, 7.
23. Arditi B. La posmodernidad como coreografía de la complejidad. XVIII Congreso latino-americano

- de sociologia. Montevideo. 1988.
24. Ricoeur P. Freud and philosophy: an essay on interpretation. New Haven, CT: Yale Univ Press. 1970.
 25. Rouanet SP. Mal-estar na modernidade. São Paulo: Companhia das Letras. 1993. Bergasse 19, Vienna. Jornal do Brasil. Dezembro 14, 1996.
 26. Marinho NC. Crise da modernidade/crise da psicanálise/crise da razão. In: A crise da psicanálise e/ou de suas intuições. Sociedade Brasileira de psicanálise do Rio de Janeiro. 1995; p. 21-30.
 27. Melo Bastos LA. A crise da psicanálise e o mal-estar do iluminismo. In: A crise da psicanálise e/ou de suas instituições. Sociedade brasileira da psicanálise do Rio de Janeiro.. 1995; p. 12-20.
 28. Pereda MC, et al. Crisis or declination of psychoanalysis in a wider perspective. In: The actual crisis of psychoanalysis: challenges and perspectives. F Cesio, et al. 1996; p. 7-12.
 29. Wallerstein R. The common ground of psychoanalysis. Northvale, NJ: Jason Aronson. 1992. Psychoanalytic reserch:where do we disagree? International psychoanalysis 1996;5(1):15-7.
 30. Sandler J & Sandler AM. The past unconscious, the present unconscious and interpretation of the transference. Psychoanal Inq 1984;4:367-99.
 31. Green A. Interview. Rev Psicanál 1995;2:141-151. What kind of research for psychoanalysis? International Psychoanalysis 1996;5(1):10-4.
 32. Eizirik MF. Saberes e subjetividade na contemporaneidade. Pós-graduação em educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1996.
 33. Lloyd-Mayer E. Subjectivity and intersubjectivity of clinical facts. Int J Psychoanal 1996;77:709-37.
 34. Etchegoyen RH. Some views on psychic reality. Int J Psychoanal 1996;77:1-14.
 35. Etchegoyen RH. Psychoanalysis today and tomorrow. Int J Psychoanal 1993;74:1109-15.
 36. Grosz S. Multidisciplinary perspectives on the concept of psychic reality (panel report). Int J Psychoanal 1996;77:359-66.
 37. Klimovsky G. Las desventuras del conocimiento científico. Una introducción a la epistemología. Buenos Aires: A-Z Editora. 1994.
 38. Bléandonu G. Bion. Rio de Janeiro: Imago. 1993.
 39. Bowlby J. Psychoanalysis as a natural science. Int Rev Psychoanal 1981;8:243-56.
 40. Grünvaum A. The fundations of psychoanalysis: a phylosophical critique. Berkeley: Univ California Press; 1984.
 41. Widlöcher D. Les nouvelles cartes de la psychanalyse. Paris: Odile Jacob; 1996.
 42. Tuckett D. Editorial afterthoughts. The conceptualisation and communication of clinical facts in psychoanalysis. Int J Psychoanal 1995;76:653-62.
 43. Margolis M. Report on the Michigan Psychoanalytic Society and Institute. In: The actual crisis in psychoanalysis: challenges and perspectives. F Cesio, et al. 1996; p. 19-21.
 44. Jimenez JP. The situation of psychoanalysis in Chile. In: Actual crisis of psychoanalysis: challenges and perspectives. F Cesio, et al. Report of House of Delegates Committee. 1996; p. 21-8.
 45. Nosek L. São Paulo psychoanalytic society. In: The actual crisis of psychoanalysis in a wider perspective: challenges and perspectives. F Cesio, et al. 1996; p. 28-30.
 46. Figueira S. Freud e a difusão da psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.
 47. Baladier G. Le présent de la surmodernité. Sciences Humaines 1995;5:22-4.
 48. Szecsódy I, et al. Evaluation of different training models. Report of the House of Delegates Committee. 1996.
 49. Amati-Mehler, et al. The specificity of psychoanalysis. Report of the House of Delegates. 1996.
 50. The weekly news magazine. Time 1996;21/Oct.

A comunidade terapêutica como modalidade de tratamento para dependentes químicos: relato de uma observação participante

Cátia O. Mello¹, Flavio Pechansky²,
James A. Inciardi³, Hilary Surrat⁴

Este trabalho relata a observação participante de uma psicóloga e de um psiquiatra brasileiros, ao longo de 1 mês, em duas comunidades terapêuticas para dependentes de drogas no estado de Delaware, Estados Unidos. A descrição das atividades realizadas pelos detentos (os pacientes estavam cumprindo pena na prisão de Gander Hill em Newark, Delaware) é acrescida da compreensão teórica segundo os referenciais de psicologia clínica e do desenvolvimento para explicar o funcionamento de comunidades terapêuticas aplicadas a um ambiente correccional. A teoria dos scripts e o uso da metacomunicação como ferramenta terapêutica são especialmente enfatizadas para explicar o andamento do processo terapêutico.

Unitermos: Comunidade terapêutica; dependência química; scripts; metacomunicação.

Therapeutic communities as a treatment modality for chemical dependents: report of a participating experience

This paper presents the report of two Brazilians, a psychologist and a psychiatrist, who over a month observed and participated in two therapeutic communities for drug addicts in the state of Delaware, United States. Besides presenting a description of the activities carried out by the prisoners (the patients were inmates at the Gander Hill prison, in Newark, Delaware), the authors add a theoretical perspective from the point of view of clinical and developmental psychology, to explain the rationale of therapeutic communities applied to a prison environment. Script theory and the use of metacommunication as therapeutic tools are especially emphasized to explain the development of the therapeutic process.

Key-words: Therapeutic community; chemical dependence; scripts; metacommunication.

Revista HCPA 1999;19(1):91-107

Introdução

Este relato baseia-se numa série de visitas que foram feitas aos programas Key e Crest durante o mês de janeiro de 1994.

Durante esses dias, nos quais observamos o funcionamento, a estrutura e o relacionamento entre as pessoas que fazem parte destes programas de tratamento, fomos tratados com enorme consideração, respeito e calor humano.

¹ Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Department of Epidemiology and Public Health, University of Miami, Estados Unidos.

O mais importante de tudo foi que sentimos uma sensação de “pertencer à família” em ambos os centros de tratamento e no Centro de Estudos de Álcool e Drogas da Universidade de Delaware. Este sentimento nos marcou profundamente, e esperamos levá-lo conosco em nossa vida pessoal e profissional.

Descrição da rotina de observação

Seguimos uma rotina de “observação participante” por 2 semanas no Programa Key e 1 semana no programa Crest. Durante esse período de tempo, foi-nos permitido observar e participar de todas as atividades que estavam acontecendo naquelas instalações. Tomávamos notas diariamente e tentávamos estar em contato informal com a equipe e residentes de ambos programas, bem como entrevistar formalmente alguns deles a respeito de suas impressões e sentimentos. Os depoimentos dos residentes sobre seu tratamento e sobre o programa contribuíram significativamente para nossa impressão geral. Parece-nos claro que, sendo uma psicóloga e um psiquiatra, formados no sul do Brasil, nossas apreciações refletem nossos próprios preconceitos em termos de compreensão das nuances específicas de programas de tratamento e, de uma forma geral, refletem o contraste entre a cultura da qual fazemos parte e nossa percepção da cultura em que estivemos envolvidos.

O leitor interessado em conhecer melhor os modelos teóricos que nortearam o desenvolvimento dos programas Key e Crest encontrará descrições detalhadas nos escritos de Hooper et al. (1).

O programa Key: um ambiente total

O Programa Key está localizado dentro da prisão de Gander Hill, e o preso que optar por participar do programa o faz voluntariamente, através de uma solicitação por escrito à equipe. A partir de então sua cela estará localizada na área que pertence ao Programa Key, a qual não tem comunicação com as demais alas da prisão. O Key se desenvolve dentro de uma estrutura de comunidade terapêutica (CT), com a peculiaridade de que o paciente “reside” na CT, razão pela qual é chamado não mais de preso, mas de “residente”. O Programa Key torna-se,

pois, o que se poderia chamar de um ambiente total. Os membros da CT (conjunto de residentes e equipe de profissionais) estão organizados segundo uma estrutura familiar, de forma que cada um tem tarefas, deveres e direitos, como em qualquer família. O dia-a-dia é organizado, tem a sua rotina, e as pessoas se dividem hierarquicamente segundo critérios de antiguidade e atribuição de função. Esta é a razão pela qual os residentes dirigem-se uns aos outros chamando-se de “irmão”, e ao grupo todo como “família”. Durante nosso período de observação, a família contava com 111 membros.

A nossa primeira impressão do Key foi a de que trata-se de um ambiente terapêutico seguro, orientado para homens, não somente porque está situado numa prisão para homens, mas porque parece ter sido projetada para homens e planejada da mesma forma. Explicamo-nos.

A forma de comunicação entre os residentes era bastante peculiar. Não havia espaço para conversas paralelas quando alguma atividade estava sendo realizada em grupo. Trocar idéias sobre alguma coisa com um colega somente era permitido em horários pré-estabelecidos. Se algum residente queria se dirigir à família, o fazia chamando a atenção da comunidade ficando de pé, em posição de sentido e gritava: “Atenção, família!”. Em seguida, todos paravam o que estavam fazendo e o ouviam atentamente. Assim que tivesse transmitido a sua mensagem, dizia, novamente em tom alto: “Obrigado, família!”, e todos voltavam a fazer o que estavam fazendo antes, ou se movimentavam para seguir a ordem que havia sido dada pelo colega. Da mesma forma, quando alguém estranho ao Key, ou mesmo alguém da equipe que chegava ao Programa pela manhã, era anunciado pelo residente responsável pela portaria, este o fazia da mesma maneira: em posição de sentido, gritando: “Atenção, família, o sr. X está na casa!”. Uma outra forma de comunicação muito utilizada era quando a atenção de algum residente era chamada por outros dois residentes. Esta prática era conhecida como “ser chamado ao chão”, o que seria melhor traduzido pela expressão “levar uma sacudida”, ou “ser chamado à realidade”. Também nessa situação os residentes ficavam em posição de

sentido e se comunicavam inicialmente aos gritos. Em todas essas situações o que se ouvia eram formas de comunicação que se assemelhavam às de um campo militar. Da mesma forma a maneira de se movimentar dos residentes era organizada e seguia a preceitos rígidos. Quando se movimentavam de uma peça para a outra, ao realizar alguma atividade de limpeza, moviam-se sem se falar ou se olhar, compenetrados no que faziam.

Ao mesmo tempo em que esta característica mais militar na forma nos chamou a atenção inicialmente, também era perceptível que havia duas mensagens sendo transmitidas, no que concerne ao conteúdo da comunicação. Primeiro, era preciso ter “força” (determinação) para mudar, o que implicaria em coragem, comprometimento, disciplina e muita força de vontade. Era preciso estar verdadeiramente determinado para ser capaz de mudar e suportar as fases do Programa, sendo que não havia nenhum espaço para “fragilidade” neste sentido. No entanto, os aspectos frágeis ou fracos do mundo interior de cada um encontrariam meios de serem expressos de forma ao mesmo tempo masculina e amigável. Quando dois residentes compartilhavam seus sentimentos, se abraçavam e diziam que se amavam (o que acontecia o tempo todo), não havia nenhuma conotação sexual envolvida nem nas palavras nem no abraço. Em outras palavras, a mensagem transmitida era: “você tem que ser muito homem para chorar na frente de outros 111 homens, quando isso precisar ser feito”. Assim, forma e conteúdo se completavam, caminhando juntos em todas as mensagens. O residente, aos poucos, ia se dando conta de que era preciso seguir as regras rigidamente com toda a força de vontade da qual dispunha, e não ter medo de errar. Caso incorresse em algum engano ou erro, haveria espaço para se falar a respeito e mesmo lamentar o erro. O que não seria tolerado era a preguiça e a não-tentativa. Esse aspecto integrado, educativo e curativo, ao mesmo tempo é o que nos fez entender a comunidade terapêutica Key como um ambiente seguro, fator que, na nossa opinião, contribui com metade do caminho para que o tratamento dos residentes tenha sucesso.

A comunidade terapêutica como modalidade de tratamento

O ambiente da comunidade terapêutica dentro de uma prisão é, de fato, bastante impactante aos olhos do observador, mesmo para quem trabalha com CT em outras situações. A prisão Gander Hill é uma instituição correcional de segurança média com propósitos múltiplos, de forma que não esperávamos encontrar ali um ambiente confortável. No entanto, o Programa Key é um ambiente diferenciado dentro da instalação da prisão, e a maioria dos seus residentes tem conhecimento disto. Gostaríamos de traduzir o que um “ambiente seguro” significou para nós ressaltando, no mínimo, dois aspectos:

Trata-se de um local livre de drogas e centralizado no tratamento. As drogas não são de nenhuma forma toleradas, o que diferencia este ambiente de outros sistemas carcerários ou correcionais. Na verdade, uma grande proporção de residentes havia tido experiência com drogas em outros lugares ou em outras seções dentro de Gander Hill, sendo que não tiveram restrições a contar-nos, espontaneamente, suas experiências nesses lugares. Esse primeiro aspecto fala da segurança quanto ao perigo de se drogar dentro da própria prisão, e assim pôr “por terra” o tratamento.

Os residentes masculinos podem expressar seus sentimentos sem a habitual cultura que permeia as instalações correcionais. Isto significa que há espaço psicológico para expressar suas emoções sem precisar se utilizar de seus instrumentos habituais, tais como brigar, esbravejar ou qualquer tipo de comportamento desrespeitoso. A casa (área reservada ao Key) e a família permitem e encorajam seus membros a expressar preocupação, interesse, amor e respeito de forma física (como por exemplo abraçar), ao passo que a expressão de ódio ou raiva será desviada para uma forma completamente controlada, de tal forma que brigas corporais serão punidas com afastamento do Key. No entanto, se alguém sente-se ferido pelo comportamento de alguma outra pessoa, essa pessoa será encorajada a expressar-se em palavras num determinado

momento e local específicos, objetivando resolver o problema de forma verbal. É muito fácil reconhecer quem é novo e quem é membro mais antigo da Família só pela sua conversa e linguagem corporal. O aprendizado deste tipo de comportamento também é encorajado e eventualmente ensinado às “novas gerações” ao longo do processo. Isto transmite a idéia de que a verdadeira cultura está se desenvolvendo dentro da prisão/cenário de tratamento, e esta forte e nova cultura reduzirá a cultura anterior que os residentes trazem para o Key.

O modelo teórico da CT supõe que, para pessoas com determinados problemas de comportamento e/ou patologias mentais, o melhor tipo de terapia seria uma imersão num ambiente o qual, por si só, produzisse resultados terapêuticos na vida da pessoa. Neste modelo, os clientes trariam de seus contatos sociais prévios uma experiência comum de vida pobremente estruturada, seja por uma personalidade desorganizada ou por um ambiente familiar não estruturado ou mesmo caótico. Na CT, o ambiente em si deve ser terapêutico, devido a alguns componentes que a diferenciam, de outras formas de tratamento.

Em primeiro lugar, numa CT, os principais objetivos da equipe são oferecer um ambiente seguro e estruturado, diferente daquele de onde o cliente vem, a fim de proporcionar uma forma alternativa de viver e relacionar-se com as pessoas. A despeito de outros tipos de tratamento, a responsabilidade da equipe não é somente proporcionar compreensão terapêutica ao seu/sua paciente sobre seu comportamento, mas também ser um modelo vivo a quem o(a) paciente pode se referir e imitar como modelo alternativo de homem/mulher na sua vida.

Em segundo lugar, numa CT, o tempo passado pelo(a) paciente no ambiente terapêutico é maior do que em outras modalidades de terapia. Por não ser tão individualizada ou voltada para o interior como outros tipos de terapias, a CT considera que o(a) paciente precisa de tempo para interagir e observar outros comportamentos e atitudes. Através desta observação e interação, lentamente incorporará mudanças em seu comportamento pessoal.

Assim como há características peculiares da CT com relação a outras modalidades de tratamento, a Key, por estar dentro da prisão, também tem suas especificidades.

A primeira delas é o fato de o ambiente ser, como já foi mencionado anteriormente, um ambiente total. Sendo assim, proporciona muito mais tempo (e conseqüentemente mais intensidade) de terapia do que seria possível em qualquer outro tipo de tratamento, mesmo outras TCs. Isto também significa que as reações e sentimentos criados e vividos em tal ambiente não terão tempo nem lugar para serem expressados, além daquele da CT em si. Este fato transforma o Key numa “panela de pressão”, onde todos os sentimentos, comportamentos e pensamentos são “misturados e cozidos” durante o tempo em que o paciente estiver dentro do Key. Como conseqüência, deve haver um número de atividades que vise a liberar o estresse e proporcionar apoio para esta variedade de emoções e comportamentos, o que é bastante difícil dentro de uma prisão. O ambiente demanda uma equipe única, a qual deve estar composta por indivíduos maduros e qualificados, suficientemente capacitados para suportar o alto nível de ansiedade que algumas vezes toma conta do grupo, bem como lidar com contínuas situações que devem ser trabalhadas terapeuticamente. Quando todas estas peças são reunidas – como na analogia da panela de pressão – a sensação que um visitante tem, imediatamente ao chegar, é a de que, ao entrar na “cozinha”, sente-se o cheiro da comida. Analogamente, quando alguém entra no Programa Key, sente o “odor” do tratamento desde o início.

A segunda característica peculiar é que, se por um lado o trabalho da equipe num ambiente potencialmente provocador de ansiedade é difícil, por outro é muito mais fácil de imaginar o seu prognóstico do que em outros tipos de ambientes terapêuticos. Isso porque as variáveis externas estão praticamente todas controladas, criando uma atmosfera de uniformidade algo artificial entre os residentes.

De fato, a uniformidade tem um lugar importante no Programa Key e é usada como um instrumento terapêutico. Já foi mencionado anteriormente que este é um programa opcional oferecido aos presos. Este fato por si só nos faz pensar que provavelmente os candidatos em

potencial para o Programa Key possam ter determinadas características em comum e portanto, estejam sofrendo já em sua motivação para tratamento um processo de auto-seleção. Possivelmente sejam pessoas que identificaram a sua prisão como “o fim da linha” por um determinado período de suas vidas, se não do resto de sua vida. Provavelmente estão, no momento em que escolhem fazer parte do Programa Key, altamente motivados para mudarem suas vidas, pelo menos durante o período em que estiverem presos. Sob esse ponto de vista seria benéfico, uma vez que o Key assegura sua completa segurança, que as semelhanças existentes entre o novato e seus colegas predominassem sobre as suas diferenças. As características individuais de personalidade são também consideradas no tratamento, embora elas não recebam tanta atenção quanto as semelhanças entre o seu estilo de vida e a dos outros residentes, especialmente aquelas características que os conduziram à prisão. É como se os residentes fossem irmãos a serem educados, de uma maneira geral, mais ou menos igualmente pelos pais, respeitadas algumas diferenças individuais inevitáveis.

A família como referencial afetivo

Conforme já foi dito, o residente faz parte de uma família muito especial, a família Key, onde desempenha o papel de um dos filhos. Os outros residentes são metaforicamente seus irmãos, os residentes mais antigos são os filhos mais velhos, os conselheiros (membros da equipe) são seus tios e o coordenador do Key é o pai. Esta analogia com a família possui muitas vantagens. Dentre elas, destacamos a de ser uma forma de demonstrar cuidado para com o residente, tratando-o como um parente muito próximo (oposto à distância emocional com que o preso é tratado numa prisão tradicional). Nós mesmos, como observadores, sentimos o poder desta analogia no processo de nossa adaptação ao ambiente.

Como em qualquer outra família, cada vez que chegam hóspedes ou quando da chegada de novos integrantes, deve haver uma reajustamento em termos de papéis. Assim, quando pela primeira vez fomos ao Key, éramos chamados de “convidados” (Dr. Mello, Dr.

Pechansky). Dissemos a eles que nos chamassem pelos nossos nomes, dando licença para que nos tornássemos, assim, “convidados conhecidos”. Ao final do período de observação, fomos considerados pelos residentes “membros da família” (passamos a ser chamados de Cátia e Flávio), embora tenhamos sempre nos sentido como parentes algo distantes, o que afinal nos parecia o mais próximo do propósito de nossa visita. Sentíamos, no entanto, que o grupo nos acolhera de fato como parte dele.

Da mesma maneira como quando morre alguém numa família, as perdas eram lamentadas, elaboradas e suplantadas no seio da própria Família Key. Um exemplo desta estreita relação de grupo aconteceu quando a filha de um dos residentes morreu e a Família toda (incluindo os conselheiros e o coordenador do Key) se envolveu nos preparativos do funeral, certificando-se de que os residentes poderiam comparecer ao enterro e lamentando a morte junto com ele. Neste dia, não houve atividades de grupo e se podia sentir o ambiente “pesado” em toda as dependências do Key. O pai da menina morta sentiu-se apoiado e confortado pelo grupo, tendo sido dispensado de atividades e encargos que normalmente faria naquele dia e nos dias que a ele se seguiram em função do processo de luto que estava enfrentando.

O mesmo envolvimento do grupo não acontecia quando um residente comportava-se inadequadamente ou se recusava a participar das atividades e do Programa em si. A família possuía diferentes níveis de atitudes para lidar com este tipo de ameaça, variando de uma “sacudida/chamado ao chão” até a expulsão um residente (“veneno”), durante nosso período de observação. A expressão “veneno” claramente identifica o “envelope” no qual este residente está sendo enviado para fora do Key. Poderia ser, também, chamado de “lixo”. No entanto, veneno é algo que contamina o meio no qual está presente. Portanto, deve ser encapsulado e expulso tão logo quanto possível. Como na analogia da panela de pressão, quando identificamos alguma comida que está contaminada, essa deve ser separada do resto dos ingredientes, de forma a proteger a totalidade do alimento a ser preparado. Assim, ficou evidente que o residente pertenceria à família enquanto estivesse agindo de acordo com as regras do grupo. Isso não pressupunha

que não houvesse erros ou tropeços, desde que fizessem parte do processo terapêutico como sendo as naturais dificuldades do processo de recuperação. Se, por outro lado, era identificado que alguém não queria participar ou estava fazendo algo que ia contra o bom andamento do Key (ou a integridade da família), essa pessoa era “envelopada” e mandada para fora do grupo. Dessa maneira, os objetivos do tratamento eram mantidos a salvo.

Objetivo do tratamento

O objetivo do Programa Key, após os residentes estabelecerem um sentido de confiança e de pertencerem à família, é alterar os comportamentos que levaram seus membros à prisão. Busca-se este objetivo através de vários meios. Um deles é a constante supervisão de sua aparência externa (tal como usar roupas limpas, estar sempre bem barbeado, com a higiene corporal em dia), seu desempenho nas funções de serviço a que foram designados e sua aparência interior (seu tom de voz e humor). Esse objetivo é alcançado com o auxílio de atividades terapêuticas, dramatização e o fato de o residente estar inserido num ambiente diferente do que usualmente estava habituado a viver antes de chegar à prisão. Pudemos ver, de fato, um ambiente que foi completamente modificado para criar um impacto sobre o comportamento do residente, mesmo antes de ele ser capaz de pensar sobre ele. A impressão que se tem quando se chega pela primeira vez ao Key é de estar assistindo a uma peça de teatro em que todos estão representando um impressionante script muito bem ensaiado. Acreditamos que isso é, também, o que um novato sente quando inicia o programa. Alguns elementos contribuem para essa impressão e, na nossa opinião, para o bom andamento da peça. A rotina, de tão uniforme, por exemplo, é facilmente identificada por alguém que observava o dia-a-dia da casa.

Rotina, hierarquia e ordem

Toda pessoa que visita o Programa Key, como nós fizemos, pode ver que se trata de um ambiente onde todos têm um papel específico, assim como os objetos têm seu lugar

determinado e o horário é cumprido pontualmente. O visitante logo se dá conta de que é um estranho naquele ambiente e de que, se quiser ser aceito, mesmo que seja apenas como observador, terá que seguir as regras explícitas da casa e descobrir quais as regras implícitas do ambiente, a fim de saber como comportar-se. Cabe pois ao visitante descobrir qual será o seu papel, e como deve agir enquanto estiver desempenhando tal papel. Neste sentido, trata-se de um ambiente irreal que, apesar de tudo, não difere muito do que acontece no dia-a-dia das pessoas fora da prisão, no qual precisamos descobrir qual é o nosso papel nos diferentes ambientes nos quais interagimos, e comportarmo-nos segundo regras implícitas e explícitas de convivência. O primeiro passo para descobrir qual papel o residente deve desempenhar é dar-se conta de que existe uma hierarquia dentro da Casa, e que ao novato são reservadas algumas funções e tarefas e vetadas outras.

O fato de haver regras rígidas a serem seguidas proporciona ao residente um conjunto novo de valores e ensina que a sociedade também possui suas próprias leis, valores e regras. Se quiser fazer parte dessa sociedade novamente, deverá cumprir suas regras. Estar numa prisão é, por definição, estar em contato com a Justiça, o que em termos psicológicos significa estar em contato com o pai (o qual representa, psicologicamente, a Lei, enquanto que a mãe desempenha o papel nutridor). Embora o Programa Key desempenhe tanto o papel de pai quanto o de mãe, não há dúvidas de que todo o ambiente proporciona mais oportunidades para que os residentes aprendam a diferenciar o que se supõe que não deverão fazer do que o que eles poderiam fazer quando estiverem fora da prisão. Além disso, o fato de a equipe ser formada quase que exclusivamente por homens contribui enormemente para que os residentes interajam, reajam e incorporem muito mais um modelo de pai do que um modelo de mãe.

A hierarquia tem, como se vê, um papel importante no tratamento. Além da experiência de estar em contato com a lei (pai/justiça), por encerrar a idéia de que se pode ascender em importância dentro da casa e com relação a si mesmo (seu próprio tratamento), proporciona

também ao residente uma idéia do que pode ser seguir uma carreira profissional na vida. O valor do trabalho e a responsabilidade de ter que arcar com as conseqüências de como foi desempenhada esta ou aquela tarefa são igualmente instrutivos para o novato. Caso o seu trabalho dependa de outras pessoas, quando e como coordená-las pode ser, também, um treinamento que muitos nunca tiveram a oportunidade de ter. Além disso, há situações em que não é possível delegar responsabilidades, e a decisão de fazer toda a tarefa sozinho, nesses casos, também necessita de preparo do residente para ser tomada. Alguns dos residentes nunca tiveram um emprego antes e, conseqüentemente, nunca tiveram que pagar impostos ou calcular como administrar suas vidas com o seu salário. Para alguns deles, a idéia de uma carreira, ou seja, algo que gradualmente pode se desenvolver e se desdobrar em futuras e maiores responsabilidades nem mesmo existe. A idéia de futuro em si pode não existir. Até muito recentemente, a maioria deles vivia apenas do presente, do dia de hoje.

Toda a estrutura do Key está organizada para proporcionar meios de vivenciar, de uma forma estruturada e seqüencial, o que os residentes terão que enfrentar numa vida completamente incerta e real quando saírem da prisão. O principal objetivo de haver uma hierarquia a ser seguida dentro da CT é, assim, oferecer ao residente a oportunidade de estar numa posição onde ele tenha responsabilidades sobre determinadas tarefas e prestar contas a respeito das mesmas a fim de que, assim, se prepare para trabalhar e cuidar tanto de si mesmo quanto de outras pessoas no futuro. O hábito de cuidar de si mesmo é adquirido através, também, do cuidado com a sua cela e com a casa.

A organização e limpeza das celas, o aspecto limpo e brilhante de toda a casa e dos próprios residentes em si parecem ter um objetivo específico: limpar a si mesmo enquanto se limpa o ambiente. Não perguntamos diretamente aos residentes o que a sujeira e os objetos fora do lugar significavam para eles, mas não nos surpreenderíamos se a resposta fosse "drogas". Colocar coisas em seus lugares específicos e limpar obsessivamente a casa

proporciona ao residente a oportunidade de reorganizar a si mesmo: se alguém aparece sem se barbear, com roupas sujas, ou sua cela está em desordem, isto é entendido como um reflexo claro do que está acontecendo dentro de sua cabeça e certamente lhe será chamada a atenção sobre isto. O mesmo acontece com a limpeza da casa.

A cena vista de fora é impressionante. Quando todos os residentes limpam a casa ao mesmo tempo, parecem um enxame de abelhas. Entretanto, ao invés de zumbir, cantam e recitam a "filosofia" (uma espécie de hino) do Key em uma forma hipnótica. Tudo é encerado e absolutamente limpo, obsessiva e repetidamente, não importando quantas vezes tenha sido feito antes. Há regras a serem seguidas, tais como a distância entre as cadeiras (dois dedos), e a maneira adequada de colocar a vassoura e o balde depois de limpar o chão. Estas regras devem ser aprendidas pelos novos residentes, e vimos algumas palestras sobre elas. Caso não sejam seguidas, o residente pode ser severamente punido, seja através de um "chamado ao chão/sacudida" ou perdendo seu lugar na hierarquia da casa.

A rotina, a hierarquia e a ordem rigidamente estruturadas foram tão contagiantes que causaram algumas mudanças em nosso próprio comportamento. Os residentes mais antigos elegantemente chamaram nossa atenção para não nos encostarmos nos móveis enquanto falávamos ou para não cruzar as pernas enquanto comíamos. Após 10 dias de observação nós nos sentávamos eretos, pensávamos duas vezes antes de falar, em geral comportando-nos numa forma mais estruturada. Não sentimos uma atitude negativa da família em relação a nós. Na verdade, ajudou-nos a formar e definir nosso papel dentro do Key, como faz com eles. Ora, se isto aconteceu conosco, que passamos apenas algumas horas de cada dia no programa por somente 2 semanas, não seria difícil tentar ampliar esta experiência para 18 meses de tratamento, 24 horas por dia.

Uma vez estabelecido o pano de fundo da peça a ser encenada, ou seja, quem são os atores (residentes), quem é o diretor (coordenador do Key) e a forma pela qual cada script deve ser encenado (rotina, hierarquia e ordem), cabe a cada um saber exatamente o

que está escrito em seu script.

Os seminários

“Escute, família! Existe uma informação importante a ser compartilhada, e eu preciso de total atenção e respeito de todos os residentes! Porque este é um ambiente terapêutico! Isto é tratamento! O residente “X” vai nos dar um seminário sobre “Y”! Obrigada, família!

Quando os residentes se reuniam para um seminário após o almoço, formavam um semi-círculo, “comprimidos” pelos mais antigos. O residente que ia dar o seminário não era informado com muito tempo de antecedência de que iria fazê-lo. O objetivo de não saber da atividade com tanta antecedência é prepará-lo para aquelas situações em que se tem que enfrentar a vida real com um pouco de improviso. Esperava-se, da audiência, que prestasse atenção, sentasse quieta, mantivesse silêncio e quando dirigisse uma pergunta ao interlocutor, fosse respeitosa e cortês. O assunto geralmente era amplo, como por exemplo “coragem de mudar”, ou “o caminho da recuperação”. O “residente-professor” era encorajado a procurar assuntos em seus livros de alcoólicos anônimos e narcóticos anônimos ou outras fontes e habitualmente começava o seminário tentando focar o assunto proposto. O seminário geralmente tinha uma atmosfera de sala de aula, com quadro negro, etc. Na seqüência, o que acontecia era uma série de eventos bastante interessantes, que podem auxiliar a compreender que, no ambiente terapêutico da CT, algumas vezes a forma pode ser mais poderosa do que o seu conteúdo. Ou, ainda, que a mensagem contida nas entrelinhas pode ser mais forte do que o conteúdo abertamente veiculado.

Todos os seminários que foram preparados e dados pelos próprios residentes tiveram uma característica principal: eles imeditamente mudavam o assunto para uma auto-revelação personalizada e, como resultado, o seminário mudava de tom, transformando-se em um poderoso, às vezes inesperado, momento de interação entre os residentes. O processo de compartilhar experiências no grupo chamando-o de “seminário”, pareceu-nos um importante instrumento terapêutico.

Enquanto estava parado em frente à audiência, o residente devia falar ao grupo sobre um assunto. Ora, ocorre que a maioria deles nunca havia falado em público e, como conseqüência, não possuía nenhuma habilidade sobre como comunicar um assunto específico, ou mesmo como comunicar seu próprio pensamento. Essa situação nova o fazia sentir-se importante, ser o centro das atenções numa situação segura, uma vez que os seminários eram curtos (em torno de 30 minutos) e o ambiente era rigidamente controlado. Por outro lado, o residente-professor estava centrando sua atenção num “seminário”, e não em si próprio, o que pode ser de ajuda para alguns residentes que podem sentir-se desconfortáveis para falar sobre suas experiências anteriores sobre drogas num grupo específico para isso. Ao mesmo tempo, não há dúvidas de que há um processo de aprendizagem dentro do contexto de compartilhar experiências com outros membros do grupo, tanto para o grupo quanto para o professor. Finalmente, depois que o grupo havia feito algumas perguntas ou compartilhado algumas experiências comuns, o seminário era finalizado, com os colegas apoiando o palestrante pelo seu esforço em preparar o assunto e apresentá-lo ao grupo. O palestrante era, então, abraçado, sentindo-se recompensado pela tarefa realizada.

Ao contrário do seminário, que não é uma técnica específica para o tratamento das dependências químicas, a confrontação era uma das poucas técnicas de grupo utilizadas especificamente com esse fim.

A confrontação

A técnica de confrontação, como se sabe, não é um método novo para o tratamento de dependência de drogas. Numa CT, no entanto, essa técnica conta com o apoio de todo o ambiente, o que a faz muito mais severa e, quando adequadamente utilizada, mais efetiva do que usualmente. Conseqüentemente, no Programa Key, para os residentes que ainda estavam se questionando sobre serem ou não dependentes, a confrontação agia de uma forma particular.

Há diferentes situações nas quais poderia ser utilizada a confrontação no ambiente, desde

as menos até as mais graves. As menos sérias, e que podiam acontecer a qualquer hora (de fato, ocorriam dezenas de vezes por dia), geralmente serviam para chamar a atenção sobre algum mau comportamento ou atitude de um residente. Nesses casos, o residente em questão era “chamado ao chão/sacudido” e devia adotar uma postura imóvel (não devia fazer nenhum movimento com o corpo ou com a face), deixando os braços caírem passivamente ao longo do corpo enquanto ouvia o que dois outros residentes tinham a lhe dizer.

O objetivo dessa conduta, segundo nossa compreensão, era deixá-lo sem defesa nesta posição. Os dois outros residentes (geralmente residentes sênior, em final de tratamento) paravam-se a dez passos de distância do residente confrontado. Um deles “cuspiam” (falava gritando, de uma maneira ríspida e sem nenhum cuidado com as palavras) qual havia sido a atitude ou comportamento errado. Este podia ser qualquer coisa: o colarinho da camisa aberto, algo inadequado que o residente em questão tivesse falado ou problemas com as tarefas sob seu encargo. Geralmente essa parte durava menos do que um minuto. O segundo residente fazia a parte de apoio e, falando de uma maneira gentil e cuidadosa, explicava ao “diferente” o que estava acontecendo, enfatizando que a família o amava e se importava com ele e com o seu tratamento. O residente que estava ouvindo não podia retrucar. Ao invés disso, devia agradecer a eles e à família no final.

O objetivo dessa confrontação era que o residente conseguisse não retrucar imediatamente – ao contrário do que seria sua reação habitual – devendo aprender a conter seus sentimentos dentro de si por algum tempo. Caso respondesse de imediato, não teria aprendido com essa experiência, pois estaria repetindo comportamentos e atitudes típicas de indivíduos farmacodependentes: reações impulsivas e ansiosas por satisfação imediata. No caso de ele considerar que foi tratado injustamente, podia colocar um papelzinho numa caixa de reclamações. Esta seria encaminhada a uma sessão de confrontação mais estruturada e complexa (“pinball”, ou “flipperama”), na qual o grupo todo senta-se em

círculo e há etapas da confrontação direcionadas a diferentes membros, de acordo com suas queixas. Essa atividade conta com um conselheiro como mediador das fortes reações que emergem durante o processo.

A hierarquia que norteia todas as atividades também está presente nessa sessão de confrontação mais ampla: nem todo o residente tem sua atenção chamada numa confrontação comum. Para os residentes mais antigos, ou grupos específicos que estão trabalhando juntos em determinadas funções, havia meios de lhes chamar a atenção sobre comportamentos errôneos ou atitudes sem que perdessem o seu lugar na hierarquia da Casa. Eles eram levados para uma peça separada e tinham sua atenção chamada da mesma forma que acontece individualmente com qualquer residente, porém não na presença de toda a família. A idéia é preservar o seu cargo, ao mesmo tempo em que lhes é mostrado que há alguma coisa errada no seu comportamento. Essa situação é chamada de “corte de cabelo”.

Nos casos mais graves, a confrontação é dirigida ao grupo todo, quando os conselheiros e o coordenador do Key consideram que a família está caminhando para metas que não são terapêuticas em sua essência (contratos negativos). Nessas situações, era convocada uma assembléia, que funcionava da seguinte maneira: os que estavam em dúvida sobre se precisavam ou não de tratamento eram considerados “os diferentes”. Sentavam-se na “Ala da Negação” (espaço imaginário no círculo que se formava ao se sentarem uns ao lado dos outros). Vários residentes se levantavam e falavam de maneira agressiva e dura com os diferentes, apontando sem escrúpulos o que lhes parecia errado, e como estavam se afastando do tratamento ou das metas por eles mesmos traçadas, enfatizando o que encontrariam em suas vidas caso não se recuperassem: drogas, roubo, miséria, prisão novamente ou até mesmo a morte. Lembravam os parentes dos residentes, que estavam esperando por eles retornarem da prisão, ou um filho, que dependia deles econômica e financeiramente. Trata-se de uma experiência catártica, que “sacudia” e reformulava as conexões e os relacionamentos no Key. Algumas vezes havia expulsão dos residentes que não acompanhavam as

solicitações ou expectativas do programa. Outros, por outro lado, encaminhavam-se para o tratamento definitivamente.

A equipe

A equipe era organizada segundo uma hierarquia de muitas camadas, porém muito simples em seu funcionamento. Era composta por residentes que se graduaram, tendo se tornado conselheiros, e conselheiros que foram treinados e fizeram estágio em algum outro local, assim como o coordenador do Key. Além disso, cada residente tem um grupo com um coordenador e uma função específica. Os conselheiros auxiliam, com seu próprio conhecimento sobre o programa de tratamento, os residentes a lidar com as dificuldades que enfrentam durante o tratamento e antecipam as que surgirão após saírem da prisão. Servem como modelos reais e palpáveis. Seu trabalho deve ser mesclado com o trabalho de outros conselheiros que vieram de outros lugares ou que não são dependentes recuperados. Estes têm o papel de trazer “sangue novo” ao Key, no sentido de esse não se basear somente em pessoas que ou são dependentes ou foram, no passado. Ao mesmo tempo, entendemos que os conselheiros externos ajudam a prevenir a idéia negativa que o residente é alguém tão complexo que só pode ser tratado por alguém que vivenciou os mesmos problemas pelos quais está passando no momento. Além da equipe de tratamento, estavam presentes nas dependências do Key os funcionários correccionais, os quais eram agentes penitenciários e, portanto, empregados da prisão.

Os funcionários correccionais (FC) que trabalhavam naquela seção da prisão não interferiam nas atividades do Key, embora tivessem que controlar o número de presos diariamente, fazer rondas, etc. Havia respeito entre os residentes e os FC, os quais ficavam dentro de suas cabines. Algumas das mais interessantes vivências que tivemos estiveram envolvidas com os FC e sua relação com os residentes. Como parte de seu treinamento, quatro funcionários correccionais que começariam a trabalhar numa CT recentemente inaugurada para mulheres vieram ao Programa Key. Como parte de seu treinamento, foram

orientados pelos residentes mais antigos do Key nas atividades diárias. Assim, passaram uma semana como residentes durante muitas horas por dia. Esta inversão de papéis nos pareceu possível devido ao ambiente total, onde facilmente se pode perder a identidade prévia, mesmo sendo um agente penitenciário. Tivemos a oportunidade de passar alguns momentos com estes estagiários e compreender o quanto foi importante para eles receber esse impacto, e como adaptaram-se rapidamente a uma realidade diferente, incluindo sua compreensão sobre assuntos como drogas, criminalidade e criminosos. O que se observou nessa situação foi uma total inversão de papéis, onde os 111 residentes (cumprindo pena por algum crime) foram responsáveis por quatro FC.

Numa outra oportunidade, um outro FC convidou-nos para conversar em sua cabine e compartilhou conosco o quanto estava impressionado com o que via. Contou-nos o quanto era disciplinada e tranqüila aquela parte da prisão, quando comparada com outros setores de Gander Hill. Na verdade, ele disse-nos mais: sentando-se em sua cabine muitas horas por dia e observando os residentes executarem suas atividades e reuniões, ele próprio deu-se conta de que tinha problemas com álcool, tendo sido possível procurar ajuda a tempo, tendo inclusive participado de algumas reuniões do programa.

O programa Crest: um ambiente seguro

Uma complementação do Programa Key, o Programa Crest assemelha-se a uma “casa de passagem” para residentes já graduados. As atividades desenvolvidas no Programa Crest eram mais ou menos as mesmas que vimos no Programa Key, embora fossem realizadas com menos restrições, por se tratar de um regime semi-aberto. Tal “liberdade” podia ser observada em toda a atmosfera da casa. As portas não eram chaveadas (mesmo a da frente), os gestos e comportamentos não eram tão rigidamente supervisionados como no Key e os residentes pareciam sentir-se mais à vontade com as regras da casa de uma forma geral. Ao invés de estarem nas dependências da prisão, os residentes ficavam nesta casa, na qual desenvolviam atividades e começavam, lentamente, a se ambientar com o mundo,

através de saídas cada vez mais longas (de poucas horas até um dia inteiro, voltando à casa para dormir, até passar um fim-de-semana inteiro fora). Havia homens e mulheres nesse programa, diferentemente do Key, assim como colegas procedentes de outros setores da prisão. Em termos gerais, os objetivos terapêuticos a serem atingidos haviam mudado. Procurar emprego e ir para casa durante algumas horas ou por todo um fim-de-semana eram, agora, as metas dos residentes, ao mesmo tempo em que deveriam continuar não usando drogas dentro ou fora do Crest. Sentimos que mesmo a nossa visita era menos monitorada do que no Key. Os residentes do Crest falavam conosco espontaneamente muito mais vezes do que em Gander Hill.

Além dessas diferenças, chamou-nos a atenção também o modo como a equipe se conduzia com relação a cada residente. Os conselheiros tinham muito mais conhecimento de seus casos individuais, talvez por se tratar de um grupo muito menor (65 residentes), mas fundamentalmente porque no Crest o grupo adquiria um peso diferente. No Programa Key, a força era atingida pelo grupo que se movia sempre junto, como um exército, um enxame de abelhas ou qualquer outra analogia que possa ilustrar como o grupo reforça o indivíduo. Sempre que se olhasse para qualquer um dos lados, no Key, o que se via era um grupo coeso e uniforme indo na mesma direção.

Já no Crest, o grupo era um veículo, apenas, para a compreensão do indivíduo, e embora expulsões e problemas individuais afetassem todo o grupo, seu impacto era significativamente menor. Os residentes estavam mais auto-centrados, preparando-se para sua própria reentrada na vida, dispondo de menos tempo e espaço internos para dividir com seus colegas. Sentimos que isto era de fato assim quando consideramos qual é o propósito desta fase. No Crest, importar-se com seus próprios assuntos parecia ser o esperado, de tal sorte que os sujeitos podiam participar e compartilhar algumas de suas experiências individuais com o resto dos residentes, o que antes não importava tanto. As diferenças individuais começavam a delinear-se como marcadores das personalidades de cada um, e o grupo passava a ser apenas um ponto de

referência para o indivíduo. Os residentes antigos, ao contrário do Key, não estavam sempre presentes para, com o seu depoimento, auxiliar os novatos. Estavam mais tempo fora da casa do que dentro dela, trabalhando e tentando permanecer livres do uso de drogas no mundo real. Assim, sua disponibilidade emocional não era a mesma encontrada no Key. Os novatos, no Crest, se valiam mais dos conselheiros e dos grupos de sentimento do que de modelos vivos.

A qualidade dos grupos de sentimentos, portanto, fazia-se notar imediatamente ao observador. Quando os residentes estavam no Key, os participantes desse tipo de grupo compartilhavam seus sentimentos sobre situações passadas e atuais. No entanto, o que o grupo tinha para acrescentar era, na maioria das vezes, exemplos de situações que haviam ocorrido dentro do ambiente da prisão. Isso significava situações que envolviam pessoas do mesmo sexo (homens somente) que estavam também imersos na rotina do Key. Neste sentido, as sugestões eram algo padronizadas, menos variadas e tinham menos semelhança com a vida real, externa. Pareceu-nos, dessa forma, que nos grupos do Key os residentes estavam como que armazenando idéias, as quais seriam testadas fora da prisão. Este teste começava a ser feito no Crest.

Embora tivessem relativamente a mesma estrutura e objetivos, os grupos de sentimento no Crest manejavam de maneira mais ampla certos aspectos da vida. Assuntos referentes, por exemplo, ao sexo oposto, eram discutidos em grupos de mesmo gênero (ou somente formados por homens, com um conselheiro como coordenador, ou somente de mulheres, com uma conselheira). Nesses grupos, exemplos da vida fora do Crest eram comuns e proporcionavam um clima mais rico para que se pudessem compartilhar temores e proporcionar alterações no padrão de comportamento dos residentes.

Se, por um lado, os grupos de mesmo gênero eram interessantes, a interação entre homens e mulheres era, claramente, uma fonte de problemas e influências. A equipe, no entanto, sabia prever o que ia acontecer e lidava com essas dificuldades de uma forma natural. Para pessoas que estiveram presas por muitos

meses ou anos, a oportunidade de estar no mesmo ambiente do que pessoas do sexo oposto era ao mesmo tempo bem-vinda e assustadora. Alguns não sabiam como se comportar, e claramente confundiam os limites entre amizade, sexo e relação amorosa. A maioria deles tinha história prévia de ter sido abusado por seus pais e/ou mães na infância. Assim, somente conheciam um tipo de relacionamento com o sexo oposto, qual seja, uma interação sexualizada, abusiva e, freqüentemente, agressiva. Portanto, este era o padrão de comportamento que tendiam a desenvolver no Crest. Ouvimos muitos exemplos sobre as dificuldades de aprender ou adaptar-se a este novo tipo de relacionamento, no qual a boa educação, o cuidado e o respeito eram encorajados. Para alguns, esta era a primeira vez que recebiam tal espécie de afeição procedente de alguém do outro sexo. Esta era a razão pela qual os grupos de mesmo gênero eram tão importantes no Crest. Na maior parte do tempo, essas sessões de grupo eram usadas para manejar situações dentro da casa, embora alguns dos residentes tivessem seus próprios cônjuges e famílias fora do Crest. Era importante controlar a proximidade e a distância entre os residentes, uma vez que os contatos entre homens e mulheres ocorriam dentro do Crest e, como tal, podiam ser monitorados.

Nós podemos comparar os passos dados por um residente vindo do Key para o Crest com uma criança que tem estado muito próxima à sua mãe (ou da casa) e agora é capaz de estar um pouco mais separada. Neste ponto, os residentes são encorajados a afastar-se gradualmente da segurança da família, objetivando começar (ou reiniciar) sua própria família. Mudar-se do Programa Key para o Crest tem um papel importante no sentido de iniciar uma nova vida, porque é um lugar conhecido, com regras e expectativas conhecidas. Há lugar para eles cometerem erros e discuti-los com a equipe, bem como discutir seus sentimentos sobre as novas situações que eles enfrentarão.

A experiência de ir para casa por algumas horas por semana, bem como aumentar o período de tempo passado fora do Crest, permitia aos residentes prepararem-se para

enfrentar o mundo novo e modificado que existe fora da prisão. A vida diária, algumas vezes, havia mudado tanto desde que alguns foram encarcerados, que era-lhes necessário aprender e adaptar-se às mudanças tecnológicas que a sociedade incorporou à vida cotidiana e que não existiam quando eles foram para a prisão. Um dos residentes, por exemplo, que havia estado preso por 20 anos e estava preparando-se para sair, nos disse que tinha visto uma máquina de vender refrigerantes pela primeira vez no Crest. Isso havia feito com que ele se desse conta que o mundo havia mudado bastante enquanto ele havia estado na prisão. Admitiu estar com medo deste mundo novo e transformado, e achou muito útil a oportunidade de sair do Crest por algumas horas e poder retornar para discutir como se sentira com as novas situações que tivera que enfrentar. Essas iam desde caminhar sozinho na rua e esperar pelo sinal verde para atravessar, até lanchar com um amigo num restaurante e pagar a conta. Ainda a título de ilustração, outro residente nos disse que não sabia como lidar com a situação de ir ou não à igreja com duas tias suas, que gentilmente o convidavam a cada fim-de-semana. Ocorre que antes de ir para a prisão, suas tias não o levavam à igreja devido ao seu comportamento e, agora que estavam estabelecendo uma relação amigável, não queria magoá-las dizendo que ele não queria ir à igreja.

Estes dois exemplos simples ilustram o quanto é difícil para um residente reconstruir toda sua vida, algumas vezes remodelando totalmente seus padrões de relacionamento após ter estado na prisão. O período de transição passado no Crest parece ser extremamente útil neste sentido, porque criava uma “bolha de segurança”, na qual os residentes podiam testar suas habilidades de uma forma progressiva. Se as coisas não caminhavam bem quando estavam fora do Crest, podiam retornar ao seu “laboratório” para identificar o erro antes de tentar de novo.

Mais além da comunidade terapêutica

Como já foi descrito, o modelo da CT é o fundamento terapêutico usado em ambos os programas, sendo que as teorias de campo (2, 3), da análise transacional e do psicodrama são

utilizadas como meio de alcançar os resultados terapêuticos. São as estratégias psicodramáticas que gostaríamos de ressaltar nesse trabalho, uma vez que a parte teórica dos referenciais teóricos acima mencionados, aplicados ao trabalho realizado no Key e Crest, já está bastante bem descrita noutro artigo (1).

O que nos chamou a atenção desde o primeiro dia de observação no Key e no Crest foi que lá, como num palco, havia muitos sinais explícitos que guiavam o observador a dar-se conta de que naquele ambiente estavam sendo dramatizados aspectos do dia-a-dia. Havia, por exemplo, um cartaz fixado em uma das paredes do Key que ilustra o propósito dramático do tratamento. A impressão de que todos estavam representando um script bem ensaiado veio, de fato, muito antes de que pudéssemos compreender teoricamente o que estava se passando, ou mesmo de encontrar este cartaz. Nele se lia:

“Estamos ensaiando agora para que você não seja pego de surpresa no futuro”.

À parte do teatro, os scripts são estruturas bastante bem estudadas em psicologia do desenvolvimento, e têm um papel importante no desenvolvimento das representações de eventos para os seres humanos. Segundo esse referencial teórico, os scripts podem ser definidos de maneiras diferentes. Uma das definições usadas pelos autores é a proposta por Nelson (4). Para a autora, os scripts são compostos por uma seqüência de atos e palavras, organizados em torno de um objetivo, que especificam os papéis dos atores, dos objetos e as cenas envolvidas na representação. Corsaro (5), desde um referencial teórico mais ligado à lingüística, entende os scripts como estruturas lingüísticas que descrevem seqüências de eventos em um contexto particular. Para ambos os autores, entretanto, os episódios que contêm scripts são considerados interativos, uma vez que independente das nuances de definição, o compartilhamento de representações faz emergir uma área comum de atenção e de comunicação entre as pessoas. Autores ligados à Sociologia, como Goffman (6), também entendem que o dia-a-dia dos indivíduos pode ser compreendido como uma representação, na qual papéis são desempenhados pelos

indivíduos de acordo com as diversas situações de vida que se lhes apresentam.

Os autores em geral concordam que os scripts são classificáveis em tipos, de acordo com a situação à qual se referem (5, 7, 8). Além disso, possuem uma seqüência temporal própria. Assim, através da aquisição do script de cozinhar, por exemplo, o indivíduo se apropria da seqüência de ações pertinentes ao ato de cozinhar, bem como os papéis assumidos pelas pessoas que nela se incluem, seus objetos e verbalizações correspondentes. Esse processo se inicia na infância, quando as crianças brincam de faz-de-conta, e é algo que lhes permite internalizar um sem número de eventos e maneiras de agir nas mais variadas situações. Conseqüentemente, quanto mais presenciar uma determinada situação em sua vida, mais condições a criança terá de internalizar o seu script e, por conseguinte, de compartilhá-lo no seu dia-a-dia mais adiante.

A partir do estudo metodologicamente rigoroso dos scripts desempenhados pelas crianças, os autores têm em geral concluído que, através do seu uso em grupo, as crianças incrementam o seu conhecimento acerca do script que está sendo encenado em particular (8, 9), bem como do próprio ato de compartilhar significados com outras crianças (5, 10-13). Todos entendem, entretanto, que esta é uma atividade que proporciona e incrementa a interação entre as crianças, devido à necessidade de checar e ajustar simbolismos, informações e percepções a respeito da situação a ser encenada.

Assim, entendemos que também no Key, através da representação de scripts particulares, como o de ser o responsável pela limpeza ou pelo almoço, os residentes estavam internalizando as representações de cada um desses eventos e, portanto, incorporando os scripts dessas atividades em particular ao seu próprio repertório. Conforme mostra a literatura, apesar de sua estrutura mais ampla, sempre que se representa um script em particular, é maior a chance de que aquele evento em especial seja internalizado com mais propriedade pela pessoa. No Key, no entanto, os residentes não eram avisados de algumas atividades com muita antecedência, como por exemplo os seminários, apesar de também aí haver um grande ganho

em termos comportamentais por parte do residente-professor.

Acreditamos que o que se passava neste caso era algo mais amplo, presente em todo o processo: o residente aprendia sobre o que estava acontecendo ao mesmo tempo em que agia, ou seja, o conhecimento era construído, e não ministrado em aulas expositivas dadas de antemão. De fato, o desenvolvimento pessoal do residente dentro do programa contava com um fator importante, o de estar assessorado por outros residentes mais antigos, que já sabiam o script a ser desempenhado e que o auxiliavam a desempenhar a tarefa e a resolver os pequenos problemas que apareciam no dia-a-dia.

Muitos autores se empenharam em estudar como o conhecimento é adquirido pelas pessoas. Dentre eles, Vygotsky (14) é um dos que considera que o desenvolvimento é construído na interação entre os indivíduos, e não simplesmente repassado da pessoa mais para a menos instruída. Para Vygotsky, para que se possa compreender o desenvolvimento é necessário atentar para o fato de que, neste, há dois níveis presentes: um real e outro potencial. O primeiro refere-se àquelas funções ou atividades que a criança pode realizar sozinha, sem necessitar do auxílio de ninguém. Entretanto, há tarefas que a criança não é capaz de realizar por si própria, mas torna-se capaz de fazê-lo se alguém a ajudar, quer seja demonstrando, quer seja dando pistas ou fornecendo assistência durante o processo de realizar a atividade. Esta ajuda pode ser efetuada tanto por um adulto quanto por uma criança mais velha. A “zona de desenvolvimento próximo” (ZDP) é, para o autor, a distância entre as zonas de desenvolvimento real e potencial. Através dela, uma criança pode realizar uma tarefa cujas habilidades necessárias ainda não fazem parte de seu repertório com a ajuda de um adulto que saiba auxiliar a criança a desempenhar a tarefa, não fazendo-a ele próprio.

O auxílio para desempenhar as tarefas que os residentes-novatos recebem dos residentes mais antigos constitui-se, assim, no que se poderia chamar de uma ZDP entre eles, a qual certamente permite que o residente-novato adquira condições para realizar tarefas

desconhecidas suas. É importante lembrar que muitos dos residentes não tinham por hábito diário desempenhar qualquer tarefa que envolvesse responsabilidade, sendo pois ignorantes quanto a essa tarefa.

Como os scripts, a ZDP está presente na brincadeira de faz-de-conta das crianças. Um dos fatores que contribuem para que a brincadeira de faz-de-conta crie uma ZDP é a de ser uma atividade regida por regras próprias. Vygotsky (14) exemplifica tal afirmação através de uma situação em que duas irmãs brincam de fazer de conta que são irmãs. Neste momento, as meninas estão encenando a própria realidade, trabalhando de forma constante e deliberada acerca de quais são as regras das relações entre irmãs. Ao encenar papéis durante a brincadeira de faz-de-conta, pois, o que na vida diária passa despercebido torna-se regra, contribuindo assim para que a criança entenda o universo particular dos diversos papéis que desempenha. Assim, Vygotsky afirma que, no brincar, a criança comporta-se de forma mais avançada do que nas atividades da vida real, situando-se um passo à frente de seu nível de desenvolvimento real. A interação que ocorre durante a brincadeira de faz-de-conta é, pois, uma das situações que propiciam o aparecimento de uma ZDP e, com ela, o desenvolvimento na criança. A semelhança entre o que se passa na brincadeira de faz-de-conta e nas atividades culturais, como no teatro, por exemplo, tem sido estudada pelos autores e já é algo estabelecido.

Ao brincar, não só a criança vai se tornando cada vez mais competente em atribuir significados aos objetos, mas também em comunicar a sua realidade interior a outras pessoas que não a mãe. Cria-se, assim, para Winnicott (15), algo que é fundamental para a saúde mental do ser humano: o surgimento de uma realidade não mais particular, mas compartilhada. Para ele, é no espaço potencialmente existente entre duas pessoas que as relações interpessoais se desenrolam e, como constata Anderberg (16), Winnicott relacionou a atividade de brincar na criança a muitas outras realizadas pelos adultos, como a psicoterapia e a psicanálise, que se desenrolam na intersecção de duas áreas lúdicas: a do paciente e a do terapeuta. Na

verdade, conforme afirma o autor, o espaço potencial é importante não só durante a infância, uma vez que “há uma evolução dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para a experiência cultural” (p. 76).

Voltando, pois, à analogia com a peça de teatro, o que observamos nas duas CT observadas é que o novato é convidado não a sentar-se na platéia e portar-se como observador, mas a subir no palco e representar ele mesmo um dos personagens do enredo. Entendemos que, como numa brincadeira de faz-de-conta ou numa peça de teatro, os residentes do Key são convidados a representar um papel diferente do que habitualmente vinham desempenhando em suas vidas, e nisso constitui-se a essência de seu tratamento. Perguntamo-nos, durante a observação, como o residente fazia a decodificação de que estava sendo convidado a representar, durante o tratamento, um papel, de que era parte daquela família, e de que aquele ambiente seria a sua realidade naquele momento. Como psicoterapeutas que somos, buscamos auxílio em nossas próprias práticas, e concluímos que, como em qualquer outro tratamento, o paciente precisa se envolver com o seu terapeuta, que passa a ser a realidade concreta durante os minutos que durarem a sessão. Assim, na CT também, o residente-paciente se envolve na atmosfera segura do tratamento e passa a transferir para aquele ambiente e para aquelas pessoas sua realidade psíquica, sendo capaz, portanto, de ao mesmo tempo agir concretamente e saber que está imerso num ambiente algo artificial, porém útil para a sua recuperação.

Dessa forma, ao fazer parte do “elenco” da família de Tratamento Key, sem conhecer o seu script antecipadamente, o residente vai construindo diariamente o seu papel e, com ele, internalizando novos comportamentos, ainda sem ter muito tempo para pensar sobre eles. Essa é, no nosso entender, a primeira fase do tratamento. No contexto da CT, o uso de drogas é visto como um sintoma, resultante do estilo de vida desregrado, inconseqüente, sem afeto e impulsivo que os dependentes de drogas muitas vezes têm. Assim, a mudança comportamental é peça-chave no processo de

eliminação da droga da vida do residente.

O fato mesmo de não haver tempo para refletir inicialmente, acrescido de momentos nos quais isso é encorajado (segunda fase do tratamento), faz com que o conhecimento seja construído e não simplesmente “implantado” no modo de ser do residente. Esse interjogo entre agir e refletir é o que nos parece ser a essência do bom andamento do tratamento nas duas comunidades terapêuticas. Além de pensar sobre o seu desempenho no tratamento, o residente é convidado a fazer analogias sobre as situações vivenciadas às vezes forçosamente na CT (não poder retrucar quando chamado à atenção, por exemplo) e as situações reais da vida. Tais analogias vão dando notícia, ao residente, de que o tratamento em si é composto de situações-amostra do que enfrentarão quando saírem da prisão. Assim, podem perceber a intenção dos organizadores do programa em agir da forma como agem. Perceber a intenção de quem nos fala é uma habilidade desenvolvida cedo na vida, e tem sido estudada por pesquisadores de várias áreas do conhecimento (antropólogos, psicólogos, psiquiatras, lingüistas). Um dos autores que primeiro se importou em conceitualizar essa habilidade foi Bateson (17).

Para ele, um importante passo na evolução da comunicação ocorreu quando os indivíduos descobriram que o seu interlocutor se comunicava a partir de sinais, os quais justamente por serem sinais (demonstrações exteriores de pensamentos ou ações e, portanto, não o pensamento ou a ação em si), podiam ser falsificados, exagerados, negados, corrigidos e assim por diante. O autor encontrou evidências de haver algum nível de compreensão de que “sinais são apenas sinais” durante a brincadeira de faz-de-conta entre as crianças e também em outras atividades simulativas, tais como trapaças, ameaças e imitação, assim como as que ocorrem somente na espécie humana, tais como a sátira, o sarcasmo e a histeria. Todas estas atividades têm em comum, consciente ou inconscientemente, um aspecto dissimulado, o qual não é revelado totalmente quando da emissão da mensagem. Além disso, todas contêm sinais de dissimulação, sendo possível

para o interlocutor identificá-los. Trata-se, portanto, de uma habilidade de grande importância para a comunicação humana, e foi definida por Bateson como “mensagens sobre como entender outras mensagens”. A capacidade de emitir mensagens acerca do que estamos falando ou de nosso comportamento constitui-se, pois, da comunicação acerca da comunicação, razão pela qual é chamada de meta-comunicação.

Outro autor preocupado com a veracidade dessa capacidade, Mitchell (18) sintetiza o conceito metacomunicação dizendo que uma mensagem é metacomunicativa quando transmite a informação de que um ato está sendo intencionalmente simulado. Tal informação só é possível de ser comunicada a partir do momento em que a própria pessoa que está realizando a ação reconhece que a está simulando. A metacomunicação é, portanto, o reconhecimento da própria intenção de simular por parte do simulador.

Reportando-nos às CT Key e Crest, podemos ver que o significado de compreender as analogias é proporcionado durante o processo de tratamento juntamente como a informação sobre situações inéditas da vida real, ou situações nas quais os residentes haviam fracassado. Entendemos que a oportunidade de pensar de forma mais abstrata, fazendo o paralelo entre as situações de tratamento vividas por eles e as da vida dá aos residentes a oportunidade de refletir sobre eles mesmos desde uma perspectiva diferente. A capacidade de se metacomunicar, nesse sentido, oferece ao residente um novo instrumento de comunicação com os seus semelhantes. Permite-lhes, quem sabe,

começar a aproveitar uma nova maneira de pensar, que com o tempo poderá ser coadjuvante na tentativa de pensar antes de agir (e não de agir antes de pensar, como é o padrão de muitos dos dependentes químicos). Se adicionamos à capacidade metacomunicativa o aspecto “seguro” do ambiente, no qual o residente pode se arriscar a agir de maneira diferente da sua usual, estaremos potencializando o seu efeito. A capacidade de se metacomunicar só acontece entre pessoas que se conhecem e têm um certo grau de intimidade, o que equivale a dizer que é necessário que haja envolvimento afetivo entre as pessoas para que a metacomunicação se estabeleça. Assim, o aspecto afetivo da representação dos scripts pelos residentes está também presente durante todo o tratamento.

É, pois, também na fase 2 que entendemos que os aspectos emocionais – raivas, tristezas, medos, ansiedades e alegrias – surgidos quando do desempenho das atividades sob o novo tipo de comportamento experimentado pelo residente são trabalhados pela equipe. Esse trabalho complementa a fase comportamental antes alçada, fazendo com que não seja apenas uma repetição de atos autorariamente impostos ao residente. O uso de drogas pode ser entendido, agora, como uma defesa ou válvula de escape para as frustrações, inseguranças e fracassos na área de relacionamento e/ou de desenvolvimento pessoal dos residentes.

Numa terceira fase do seu tratamento o residente tem condições, de posse do conhecimento do processo do tratamento e do entendimento dos sentimentos que emergiram e emergem durante o processo, de optar por

Tabela 1. Fases do tratamento na CT

Fase 1: Mudança comportamental	Como encenar um script sem conhecê-lo	Imitação de modelos, confrontação
Fase 2: Compreensão intelectual e afetiva das mudanças ocorridas na fase 1	Como ler e entender o seu script	Grupos de sentimentos, de gênero, sessões de aconselhamento
Fase 3: Mudança efetiva	Como representar o script, agora com a interpretação desejada pelo ator-residente	Períodos fora do Crest, sessões de aconselhamento

manter os novos comportamentos aprendidos, incorporando-os ao seu repertório antigo. Essa fase, geralmente, se consolida quando o residente está no Crest, com a possibilidade de sair do ambiente seguro do tratamento e incursionar pela vida novamente.

Assim, as três fases do tratamento, considerando a analogia com os scripts podem ser conforme a tabela 1 resumidas:

Tais fases são, no entanto, atingidas de forma horizontal (fases 2 e 3) e vertical (fase 1) ao mesmo tempo. A primeira, horizontal, é contínua e está sempre em andamento, permitindo ao indivíduo o tempo necessário para dar todos os passos no seu próprio ritmo. A outra, vertical, acontece a cada dia, em cada atividade que o residente tem de fazer, não importando se é uma tarefa altamente elaborada ou extremamente simples, demandando alto ou baixo nível de responsabilidade.

Como já foi visto, portanto, a habilidade de fazer comparações e exercitar suas mentes através das múltiplas analogias e comparações com a vida diária, aliada ao exercício metacomunicativo de compreender quando estão representando um papel e quando devem abandoná-lo, possibilita aos residentes anteciparem conseqüências para as decisões que terão que tomar quando saírem da prisão.

Agradecimentos. Gostaríamos de agradecer a cada um daqueles que fizeram nosso trabalho em Delaware tão confortável e interessante, e isto inclui o Prof. James Inciardi, Dorothy Lockwood, Steven S. Martin, Ginny Widdoes e Nova Mckernann, seus colegas e a equipe no Centro, Robert M. Hooper, Harold Parker, Cornell Brunson, Joe Kelly, a equipe e os residentes do Key e do Crest.

Referências

1. Hooper RM, Lockwood D, Inciardi JA.. Treatment techniques in corrections-based therapeutic communities. *The Prison Journal* 1993;73(3 e 4):290-306.
2. Lewin K. *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw Hill; 1933.
3. Lewin K. *Principles of topological psychology*. New York: McGraw Hill; 1936.
4. Nelson K. How young children represent knowledge of their work in and out of language. In: Siegler RS, editor. *Children's thinking: what develops?* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
5. Corsaro WA. Script recognition, articulation and expansion in children's role play. *Discourse Processes* 1983;6:1-19.
6. Goffman E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes; 1983.
7. Duveen G, Lloyd B. Gender as an influence in the development of scripted pretend play. *Br J Develop Psychol* 1988;6:89-95.
8. Eiser C. "Let's play doctors and nurses": a script analysis of children's play. *Early Child Development and Care* 1989;49:17-25.
9. Goldstein H, Cisar CL. Promoting interaction during sociodramatic play: teaching scripts to typical preschoolers and classmates with disabilities. *J Appl Behav Anal* 1992;25:265-80.
10. Ariel S. Semiotic analysis of children's play: a method for investigating social development. *Merril-Palmer Quarterly* 1992;38(1):119-38.
11. Bretherton I. Representing the social world in symbolic play: reality and fantasy. In: I. Bretherton, editor. *Symbolic Play: the development of social understanding*. Orlando: Academic Press; 1984. p.1-41.
12. Nelson K, Seidman S. Playing with scripts. In: Bretherton I, editor. *Symbolic Play: the development of social understanding*. Orlando: Academic Press; 1984. p.45-72.
13. Verba M. Construction and sharing of meanings in pretend play among young children. In: Stambak M, Sinclair H, editors. *Pretend Play among 3-year-olds*. Hillsdale NJ: Erlbaum; 1993. p.1-30
14. Vygotsky LS. O papel do brinquedo no desenvolvimento. Em: *A Formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes; 1984.
15. Winnicott DW. Objetos e fenômenos transacionais. Em *Textos Selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978.
16. Andenberg D. Playing in developmental psychology and in psychoanalytic theory. *Psychoanalysis and Contemporary Thought* 1989;12(4):535-63.
17. Bateson G. A theory of play and fantasy. In: *Steps to an ecology of mind: collected essays in anthropology, psychiatry, evolution and epistemology*. New York: Chandler; 1972. p.177-93.
18. Mitchell RW. Bateson's concept of "metacommunication" in play. *New Ideas in Psychology* 1991;9(1):73-87.

Ambulatório Pais-Bebês: experiência em um hospital escola

**Maria L.S. Zavaschi¹, Flavia Costa², Carla Brunstein³,
Alceu G.C. Filho⁴, Heloisa Zimmermann⁵,
Betina C. Kruter⁶, Cláudia H. G. Estrella⁷**

O presente artigo tem por objetivo apresentar o trabalho que vem sendo realizado no ambulatório pais-bebês, enfatizando a importância desta modalidade de atendimento para os profissionais de áreas afins, em âmbito hospitalar. Os autores destacam a experiência desenvolvida por um grupo multidisciplinar de profissionais, que se dedica à pesquisa, ao ensino e ao atendimento de bebês e suas famílias há cerca de 10 anos. Visa-se estimular a prática e a pesquisa nessa área de conhecimento da psiquiatria da infância e adolescência, ainda pouco exploradas em nosso país. Surgiu da necessidade de atender uma demanda crescente de bebês com problemas de saúde em diversas áreas do desenvolvimento, bem como de prevenir falhas na relação com seus cuidadores. Em geral, apesar dos casos serem graves, as intervenções costumam ser breves e com bons resultados. Os autores acreditam que isso possa ocorrer em função de que, entre 0 e 3 anos de idade, os bebês são muito responsivos às mudanças em seu ambiente. Intervenções terapêuticas, que focalizam tais mudanças, provocam respostas nos bebês que, por sua vez, também estimulam seus cuidadores a proporcionarem uma maternagem mais qualificada. A experiência clínica, ao longo deste tempo, tem demonstrado que tais intervenções são de baixíssimo custo e, conseqüentemente adquirem uma magnitude prioritária na prevenção de problemas mentais em crianças.

Unitermos: Infância; desenvolvimento; saúde mental.

Parent-baby clinic: report of an experience at a teaching hospital

The objective of this article is to present the work developed at the parent-baby clinic (Ambulatório Pais-Bebês) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, so as to emphasize the importance of this assistance modality to professionals of related areas within the hospital environment. The authors emphasize the experience developed by an interdisciplinary group of professionals who are dedicated to research, teaching and providing assistance for babies and their families for about 10 years. It is hoped that

¹ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Correspondência: Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, Rua Ramiro Barcelos 2350, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Centro de Estudos Luiz Guedes (CELG).

³ Mestranda em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

⁴ Aluno, Curso de Especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁵ Residente, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁶ Acadêmica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁷ Médica.

the both research and practice will be stimulated in this area of childhood and adolescent psychiatry, still little explored in Brazil. This collaboration among professionals resulted from the need to assist a growing number of babies who present development-related health problems, as well as to prevent gaps in the relationship with the caretakers. In general, although most cases are serious, intervention tends to be brief and with favorable results. The authors believe that this may result from the fact that, between 0 and 3 years of age, babies are extremely responsive to environmental changes. Therapeutic interventions that focus on such changes elicit responses from the babies who, in turn, also stimulate their caretakers to provide better qualified care. The clinical experience throughout our experience has shown that the cost of such interventions is extremely low, and as a consequence such actions should be prioritized as part of the effort to prevent mental problems in children.

Key-words: Childhood; development; mental health.

Revista HCPA 1999;19(1):108-116

Introdução

Grande número de estudiosos e pesquisadores, preocupados em aprofundar conhecimentos a respeito da psique e do desenvolvimento humano, têm-se dedicado a trabalhos que procuram compreender as primeiras relações interpessoais dos bebês com seus cuidadores como matriz de seus relacionamentos futuros. Nos últimos anos, observa-se um crescente número de artigos científicos destacando a importância do atendimento, ensino e pesquisa que focalizam o entendimento dos fatores envolvidos na interação pais-bebês e na qualidade do desenvolvimento da faixa etária de 0 a 3 anos (1-5).

Contudo, em nosso país, ainda são poucos os trabalhos que enfocam o atendimento de bebês que desenvolveram algum problema de saúde mental ou de desenvolvimento. Mesmo no Rio Grande do Sul existem poucos serviços que dedicam atenção a esta modalidade de tratamento. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, há cerca de 10 anos, um grupo de profissionais, com característica multidisciplinar, sensibilizado por esta demanda específica que recorria ao hospital, organizou o Ambulatório Pais-Bebês. Ele surgiu da necessidade de proporcionar melhores condições de desenvolvimento dos bebês com dificuldades nas mais diversas

áreas, incluindo perturbações na interação com suas mães e famílias.

Diversos fatores de risco têm aparecido na prática clínica ou foram descritos na literatura. Entre eles, destacam-se o baixo nível socioeconômico, doença mental na família (transtornos afetivos, psicóticos, alcoolismo e dependências químicas), situações congênitas como malformações e demais síndromes genéticas, bem como problemas transgeracionais que afetam psicologicamente pais e bebês. A noção de que o ambiente desfavorável influenciará negativamente o desenvolvimento do bebê é amplamente aceita na literatura (2, 4, 5). O objetivo deste trabalho é divulgar o funcionamento do Ambulatório Pais-Bebês do HCPA, assim como mobilizar a atenção dos profissionais de saúde para a necessidade de prestação desta modalidade de atendimento à população.

Fundamentação

Atualmente, é de consenso na literatura científica a hipótese da multiplicidade de fatores envolvidos no desenvolvimento do bebê: fatores biológicos e fatores ambientais, podendo agir como fatores de risco ou fatores protetores.

Freud (6) lançou a frutífera semente quando revelou que a interação entre a mãe e o bebê dá origem a relação especial e única, estabelecida de forma imutável, para toda a

vida, como o primeiro e mais forte objeto de amor e “como protótipo de todas as futuras relações amorosas”.

Segundo Melanie Klein (7), um ego rudimentar, capaz de experimentar e reagir à ansiedade, orienta a criança em suas relações objetais existentes desde o nascimento.

Hartman (8) considera que a criança já nasce em condições de sobreviver em meio adequado, no qual a mãe está capacitada a receber os sinais de seu bebê e este está igualmente apto a receber os sinais de sua mãe. Aí inicia-se, segundo ele, o processo de desenvolvimento psíquico.

Estudos como os de Spitz (9), Berlin (10) e Tyson (11) têm mostrado que o contato inconsistente ou a total privação de interação afetiva entre o bebê e seus cuidadores pode conduzir a sérios distúrbios no desenvolvimento do indivíduo.

Brazelton (12, 13) já enfatizava o que vem sendo reforçado por vários autores como acréscimos a essa idéia. Referem que o êxito de uma interação dual depende, sem dúvida, de um ciclo mútuo de atenção e afeição entre seus membros. Inevitavelmente, o que afeta um deles desencadeia reação no outro (14-16).

Os conceitos de Bowlby (3) a respeito do apego parecem, de alguma forma, ampliar essa idéia. Para ele, o *apego* de uma criança por alguém revela-se a partir de sua forte disposição para buscar contato com uma figura específica. Bowlby destaca que esse sentimento difere do *comportamento de apego*, que caracteriza a atitude que a criança manifesta para manter a proximidade que deseja.

Os estudos de Bick (17), com ênfase na observação de bebês, ofereceram subsídios para que se pudesse identificar os esforços do próprio bebê para construir uma consciência de si mesmo, sem a presença da mãe.

Klaus e Kennel (18), observando gestantes, verificaram que os laços afetivos entre elas e seus filhos, apesar de bastante iniciais e suscetíveis de mudanças durante os primeiros dias de vida do bebê, mostravam-se presentes já antes do parto. Indicaram a existência de um *período sensível* no pós-parto imediato, propício para contato intenso e extremamente importante para a formação das

ligações afetivas entre a mãe e o bebê. Segundo esses autores, a separação da díade nesse momento poderia ser fator predisponente de modificação das respostas afetivas de um ou de outro componente dessa interação.

Aberastury (19) compartilha dessa idéia: “Quando me dediquei à importância fundamental desta tão precoce relação entre a mãe e a criança, enfatizei como o tempo durante o qual a criança é separada da mãe diminui a ligação entre elas e torna esse primeiro contato difícil”.

De maneira semelhante, Fraiberg (15) manifesta-se em relação aos primeiros contatos entre a mãe e o bebê. Acrescenta que as dificuldades demonstradas pela criança para o estabelecimento das conexões humanas vitais, durante o período inicial de vida, podem determinar diferentes níveis de dificuldades vinculares futuras.

Nesse contexto, De Chateau e Wiberg (20) observaram que um contato extra de 15 a 20 minutos durante a primeira hora pós-parto pode ser um facilitador para o início do estabelecimento de vínculo sólido entre mãe e filho. Contudo, ressaltaram que a “interação precoce entre pais e bebê é apenas um dos muitos fatores que contribuem para o processo normal de socialização, e não pode ser considerada mais do que isso”.

Alguns autores questionam o que julgam ser a importância exagerada que se atribui ao chamado *período sensível*, destacando a relevância de outros fatores como determinantes de bom vínculo. Características genéticas, valores culturais, situação socioeconômica, paridade, saúde física e mental da mãe, história prévia da mãe, desejo de um ou outro sexo para o bebê e participação do companheiro são indicativos importantes que exercem influência direta sobre a forma de relacionamento entre mãe e filho que será configurada a partir do nascimento de um bebê. As relações interpessoais da mãe com sua família de origem e, em especial, com sua própria mãe, parecem ser particularmente importantes, podendo-se muitas vezes inferir que tipo de relacionamento ela estabelecerá com seu recém-nascido em desenvolvimento (21-27).

Aspectos prazerosos e frustrantes,

inerentes a qualquer relação entre duas pessoas, estão presentes de maneira muito característica em uma relação materno-filial. A qualidade dos conteúdos afetivos mobilizados na situação inicial de conhecimento mútuo parece estar diretamente ligada às condições prévias da dupla e, em especial, aos desejos e fantasias da mãe em torno da gravidez, determinando sua capacidade para obter gratificação emocional a partir da maternidade (3, 16, 22, 23, 28, 29)

Durante o primeiro ano de vida da criança, suas transformações são enormes e rápidas, e suas relações paulatinamente se ampliam. Lidz (30) reporta-se a esse momento inicial da vida do indivíduo quando sugere que, nos primeiros meses, são formadas as bases para a estabilidade emocional, bem como para os traços de caráter e para o desenvolvimento intelectual futuro.

Sameroff e Emde (31) apontam momentos de contato interpessoal intenso e respostas claras do bebê aos estímulos do ambiente e momentos de maior autonomia concomitantes ao aumento das habilidades motoras. Afirmam que nessas etapas encontram-se os primórdios da estruturação da personalidade. Uma base emocional segura, com pais tolerantes aos movimentos oscilantes de aproximação e afastamento do bebê, dar-lhe-á condições para o estabelecimento de boas relações além do âmbito familiar (31, 35).

Justificativa

Autores têm salientado a relação entre a pobreza e uma inadequada criação das crianças, pondo em risco seu desenvolvimento. O Brasil apresenta altas taxas de pobreza. Esta, além de ser um fator de risco por si só, potencializa outros fatores de risco preexistentes. Sabe-se que mulheres pobres têm, geralmente, famílias numerosas, têm menos acesso a atendimento pré-natal e a serviços de apoio. Apresentam duas vezes mais chance de ter bebês de baixo peso, menos uniões estáveis e, quando têm companheiro, têm menos apoio marital. Pesquisadores enfatizam também que, em geral, condições econômicas e sociais desfavoráveis estão associadas a lares desfeitos, experiências

insatisfatórias ou negativas de cuidados maternos recebidos pela mãe durante a sua própria infância, história de abuso e maus tratos. A possibilidade de transmissão transgeracional de tais práticas chama a atenção dos profissionais, representando um sinal de alerta e uma oportunidade de mudança deste panorama (1-3, 5, 32).

Os mais recentes estudos comprovam que o desenvolvimento do sistema nervoso central depende da qualidade e da adequação dos estímulos recebidos até os 3 anos de idade. Experiências positivas produzem uma maior utilização dos neurônios cerebrais. Ao nascimento o bebê apresenta em torno de 100 bilhões de neurônios. Durante os primeiros anos de vida o cérebro passa por uma série de importantes transformações e, quando não acontece a devida estimulação, ocorre a involução progressiva de conexões nervosas cerebrais. Desde as décadas de 60-70, Selma Fraiberg, especialista americana, a partir de sua experiência em um renomado serviço de assistência a duplas mães-bebês, em Michigan, nos Estados Unidos, revela evidências de que a infância configura-se no período mais favorável para intervenções. Ela salienta que nenhuma intervenção na infância é tão eficaz quanto nos 3 primeiros anos (4, 5, 35).

Entre os referenciais clínicos que utilizamos, podemos citar o modelo de Selma Fraiberg (15). Esta autora organizou um programa de atendimento a bebês vinculado a um serviço de psiquiatria clínica. Existem vários serviços espalhados pelo mundo com os quais temos contato e possibilidade de intercâmbio científico e administrativo: em Portugal, coordenado pela Dra. Maria José Cordeiro; em Genebra, orientado pelo Dr. Palacio Espasa; os serviços americanos do Dr. Robert Emde, da Dra. Alicia Lieberman e do Dr. Charles Zeanah; os serviços franceses dos Dr. Serge Lebovici e Michel Soulé.

Nos países do primeiro mundo, principalmente Europa e Estados Unidos, fica evidente a mudança no eixo de investimento em saúde pública, enfatizando-se práticas de atenção primária. Economiza-se em recursos materiais e minimiza-se danos pessoais à medida em que se realiza a profilaxia da saúde mental. Investindo-se precocemente no

atendimento de bebês e suas famílias, evitam-se tratamentos posteriores longos e onerosos, que demandam o envolvimento das mais diversas áreas da saúde e levam a um conseqüente desgaste do paciente, da sua família e da sociedade.

Atualmente, a importância da intervenção precoce, do investimento na primeira infância, do apoio às famílias, da prevenção em saúde é preocupação do público em geral no mundo inteiro. Nos Estados Unidos tem-se desenvolvido há vários anos o "Zero to Three", projeto de atendimento primário que abrange os 3 primeiros anos de vida, com apoio governamental, que tem atingido uma ampla rede pública (1-3, 15, 35).

Mesmo sendo o Rio Grande do Sul um estado privilegiado, produz de forma crescente indivíduos lesionados em seu desenvolvimento psicossocial. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre atende basicamente população de baixa renda. É um centro de referência para a região Sul, o que torna primordial a existência de um ambulatório que atenda os problemas mais comuns desta clientela que inclui os pais adolescentes, os drogaditos, os HIV positivos, pais deprimidos, monoparentalidade, bebês egressos de UTI neonatal, os prematuros, os malformados, os desnutridos, os seqüelados cerebrais, entre outros.

O Ambulatório Pais-Bebês

O Ambulatório Pais-Bebês se propõe a investigar as interações iniciais entre pais e bebês e suas possíveis repercussões sobre o desenvolvimento desses indivíduos. Visa responder à premência das necessidades dos bebês, seus pais e suas famílias, oferecendo-lhes suporte emocional e promovendo a saúde mental.

O foco principal é a assistência a crianças de 0 a 3 anos e a seus pais, com ênfase na interação entre eles, prevenindo precocemente problemas no desenvolvimento. Busca, também, formar psiquiatras da área materno-infantil aptos a prevenir, diagnosticar e tratar os bebês que possam apresentar distúrbios na interação e/ou no desenvolvimento, bem como seus pais. Além disso, é mantida uma linha de pesquisa que contempla o estudo do

desenvolvimento do bebê, seu relacionamento com os pais e os principais distúrbios nesta faixa etária.

Atividades principais

Assistência

São realizadas entrevistas com os pais e seu bebê para avaliação e direcionamento do atendimento, que pode ser de caráter individual ou de grupo. As crianças são submetidas a testagens psicológicas e as famílias, quando necessário, são avaliadas pelo serviço social buscando-se sempre utilizar os recursos já existentes na comunidade. O tratamento é centrado em psicoterapia breve, com 8 a 12 sessões, de acordo com a necessidade de cada caso, havendo a possibilidade de se aumentar esse número.

Ensino

Visa-se formar profissionais de saúde mental na área materno-infantil, tornando-os aptos a identificar problemas no desenvolvimento do bebê, e distúrbios do vínculo entre o bebê e seus familiares. Visa ainda capacitá-los a diagnosticar e tratar bebês e seus pais.

Pesquisa

Há uma linha de pesquisa que contempla o estudo do desenvolvimento do bebê, bem como os principais distúrbios nesta faixa etária. Todos os atendimentos são registrados em protocolos com o objetivo de se fazer uma contínua avaliação do funcionamento do Ambulatório e propiciando o surgimento de novos projetos a partir dos dados coletados.

Até o presente momento, as queixas mais comuns que levam os pacientes a procurar avaliação dizem a respeito à criança e expressam-se através de problemas como agressividade, dificuldades no sono, dúvida sobre sexualidade, atraso no desenvolvimento e dificuldades no vínculo.

Observa-se que os bebês são muito responsivos às melhoras produzidas em seu ambiente. Essas melhoras podem ser obtidas

através da identificação dos distúrbios do vínculo, dos desvios do desenvolvimento e da compreensão de tais distúrbios. Esta compreensão pode auxiliar os pais a desenvolver uma mudança de postura diante das dificuldades enfrentadas que, por sua vez, produzirá alteração em suas atitudes face a seus filhos. Em outros casos, é necessário apenas o reassuramento de que os pais já vinham agindo de maneira adequada ou de que seu filho está se desenvolvendo conforme o esperado para sua idade.

Os pais não erram intencionalmente. O fato de estarem enfrentando uma situação nova, como criar um filho, se constitui por si só um período de dúvidas e crise. Isso torna-os mais permeáveis às intervenções, aumentando sua aptidão para aceitá-las. Os resultados positivos logo tendem a apaziguar, tanto para a família quanto para os técnicos. Essa melhora, por sua vez, estimula que o comportamento mais saudável seja repetido e mantido, reforçando a atitude nova e mais adequada.

Marcadores das capacidades para interações ou momentos cruciais do desenvolvimento normal do bebê

Quando nascem, os bebês apresentam vários reflexos e capacidades inatas, e sua comunicação voluntária ainda é inexistente ou muito pequena. Aos poucos, vai se dando o entrosamento da dupla mãe-bebê e a compreensão da linguagem que o bebê utiliza. Um exemplo é o choro inarticulado, que aos poucos vai recebendo um colorido diferente, de modo que a mãe passa a identificar o motivo do choro do seu filho, seja por dor, sono ou desconforto. Após a segunda semana de vida, já ocorre a distinção da carga afetiva da voz de quem lhe fala, e com três semanas os bebês já imitam movimentos faciais dos adultos, mostrando que estão atentos às pessoas que os cuidam.

À medida em que amadurecem as estruturas nervosas, os reflexos vão dando lugar à cognição e aos atos voluntários, de forma que o bebê passa a interagir com o ambiente. O estímulo dos pais e cuidadores favorece o amadurecimento e o desenvolvimento da criança como um todo.

Separa-se didaticamente a área cognitiva da afetiva, mas sabe-se que o desenvolvimento emocional segue em paralelo com o cognitivo, formando uma unidade. A interação regular e previsível com o cuidador faz com que o bebê se sinta tranquilo e seguro, ciente do que vai acontecer, tem a sensação de que também controla sua vida. Essa forma de relacionamento favorece uma expansão no seu repertório afetivo e comportamental em decorrência das respostas do cuidador à variação do seu próprio comportamento.

A partir do segundo mês de vida surge o sorriso social, a criança consegue manter sua cabeça firme e, quando deitada de bruços, eleva a cabeça do plano. Começa a seguir com o olhar uma pessoa que se desloca, passa a balbuciar os gorjeios, principalmente em resposta ao cuidador principal. A evolução dessa capacidade depende do reforço parental, ou seja, os pais devem conversar com a criança para que ela siga procurando formas de interagir. Enfatiza-se que a exposição pura e simples à linguagem, como deixar uma criança assistindo à televisão, não melhora sua capacidade verbal. É essencial a interação com pessoas afetivamente importantes para despertar o interesse do bebê para a linguagem.

Por volta do terceiro ou quarto mês, os bebês sorriem voluntariamente, em geral estimulados pela mãe. Por conseguirem sentar com apoio, passam a participar mais do mundo que os rodeia e a prestar ainda mais atenção nas pessoas, nos objetos e nos sons. Deve-se iniciar o jogo de esconder, facilitador da tarefa de separação e individuação.

Ao longo do primeiro ano, o humor do bebê é muito variável e está relacionado aos estados internos de desconforto ou de satisfação. Por exemplo, quando com fome, o bebê fica irritável. Porém, a partir do quarto mês, espera-se que o humor varie mais conforme o meio do que de acordo com seu estado interno. Assim, se o cuidador está presente, ou se é oferecida uma atividade de interesse, o bebê consegue ficar bem por um período de tempo maior, mesmo com fome. Ele já tem capacidade de tolerar algumas frustrações, podendo adiar a satisfação dos seus desejos, no exemplo, a de ser alimentado.

Aos 6 meses, o bebê já consegue pegar objetos (pinça inferior) e sentar-se sem apoio, o que lhe confere um aumento grande na capacidade de olhar, segurar e entender objetos. Na linguagem, observa-se a fala de sílabas repetidas (mamama), ainda sem conotação de sentido. Distingue as pessoas familiares das estranhas, podendo chorar quando se aproximam demais. Gosta de ficar em frente ao espelho observando a sua imagem e a do adulto conhecido. Entende gestos, como “sim”, “não” e “tchau”, e começa a repeti-los.

Aos 8 meses os bebês se mexem com mais desenvoltura. Quando deitados conseguem se virar, tentam se arrastar para engatinhar, ensaiam os primeiros passos ao serem segurados pelas axilas, melhoram sua coordenação na mão e brincam de atirar objetos ao solo. Entende-se que esse brinquedo serve para a criança testar sua segurança em relação aos pais. Ensaia e repete as separações que tem dos pais com os brinquedos, que ora estão em sua mão, ora não, mas depois voltam. Deve-se orientar os pais quanto à importância deste brinquedo para que não se irrite com o bebê que brinca dessa forma, pois esse ato faz parte do crescer normal.

Aos 10 meses, os bebês já conseguem passar da posição sentada para em pé sozinhos, desde que apoiados em algum objeto. Assim se mantêm e podem tentar dar os primeiros passos. Até os 14 meses, espera-se que já estejam caminhando, que entendam o significado de expressões como bater palmas (alegria) e abanar (dar adeus) e que falem algumas palavras simples.

Assim, durante o segundo semestre, o bebê passa a buscar a atenção dos cuidadores de modo ativo. Já ajuda na troca de fraldas, se vira (rola) e depois se locomove (engatinhando e caminhando), começa a falar. Inicia-se o desmame, acompanhado pelo nascimento dos dentes e pela capacidade de morder e, também assim, protestar.

A partir de 1 ano de idade, a criança entende muitas ordens, como a solicitação de entregar um objeto ou proibições em relação a atos que deseja fazer. No entanto, é importante a ressalva de que sua memória ainda não está

completa, esquecendo-se do que foi dito poucos momentos antes. Sabe empilhar cubos, reconhece a sua imagem no espelho, responde ao seu nome e utiliza palavra-frase, como “qué papa”.

No segundo ano de vida, os bebês andam corretamente, correm bem, sobem e descem escadas juntando os pés a cada degrau, chutam uma bola parada, folheiam revistas, desenham um círculo, falam frases curtas, entendem ações de imagens estáticas (fotografia e desenhos), referem-se a si usando o próprio nome.

Aos 3 anos, as crianças fazem tudo com mais desenvoltura. Sobem escadas alternando os pés, desenham mais coisas, usam o “eu”.

O exame do estado mental do bebê pode ser realizado com métodos objetivos (1, 2), incluindo os seguintes parâmetros:

I. Aparência; II. Reação Aparente (A – Ao Setting e a estranhos; B – Adaptação; 1- Exploração; 2-Reação a Transições); III. Auto Regulação (A – Estado de Regulação; B – Regulação Sensorial; C – Comportamentos Atípicos; D – Nível de Atividade; E – (Amplitude) Span de Atenção; F – Tolerância a Frustração; G – Agressão); IV. Motor (A – Coordenação Motora Ampla; B – Coordenação Motora Fina); V. Fala e Linguagem (A – Vocalizações e Produção da Fala; B – Linguagem Receptiva; C – Linguagem Expressiva); VI. Pensamento; VII. Afeto e Humor (A – Formas de Expressão; B – Variedade de Emoções Expressas; C – Responsividade; D – Duração do Estado Emocional; E – Intensidade das Emoções Expressas); VIII. Brinquedo/Jogo (A – Estrutura do Jogo; B – Conteúdo do Jogo); IX. Cognição; X. Relacionamentos (A – Com os Pais; B – Com o examinador; C – Comportamento de Apego).

Intervenção e evolução

De rotina, a avaliação e o atendimento são realizados com consultas semanais, das quais participam vários membros da equipe. São estimuladas várias áreas de interação mãe-bebê através do contato da equipe com a dupla e da correção de distorções de percepções da mãe. Faz-se uma compreensão dinâmica suscinta dos casos que orientará o tipo de intervenção.

Em geral, as mães são mulheres jovens, imaturas, com auto-estima baixa, empobrecidas e com pouco apoio familiar. Face a este contexto tão prejudicado, qualquer esclarecimento quanto aos cuidados e educação dos filhos é recebido com grande motivação por estas mães. O fato mais importante para as melhoras obtidas e o que mais motiva a equipe é o das mães se mostrarem receptivas às observações e orientações. Experimentam o que lhes é sugerido e mostram seu contentamento com as aquisições dos filhos, sentindo-se apoiadas por uma equipe que funciona como "equivalente materno".

Comentários finais

O atendimento de bebês tem como características básicas o trabalho de equipe multidisciplinar, cujas áreas principais são psiquiatria, psicologia, pediatria, pedagogia, enfermagem e serviço social. Os casos são marcados pela gravidade variada ainda que na experiência atual tenham apresentado resposta favorável, rápida e bem sucedida.

Esta é uma área que proporciona muita gratificação ao profissional, pois as intervenções, ou mesmo a simples observação e reassseguramento, geram, via de regra, melhoras importantes, contentamento familiar e gratidão. Acreditamos que isso seja facilitado pelo período sensível em que se encontram as famílias com seus bebês, aproveitando toda e qualquer ajuda para ver seu pequeno filho desenvolver-se com saúde. Os resultados tendem a se manter, uma vez que a qualidade do apego melhora com a liberação dos conflitos que interferiam na interação dos pais com o bebê, e se reforçam mutuamente.

Ao longo destes anos, acumulamos uma valiosa experiência que nos permitiu concluir que, em nosso meio, faz-se necessária especial atenção a esta etapa do desenvolvimento humano. Ressaltamos a necessidade de aprimorarmos nossas pesquisas em busca de identificar melhor os fatores de risco, bem como desenvolver intervenções que visem a prevenção de doença mental. Esses são os grandes desafios que os profissionais de saúde mental da infância

enfrentam atualmente. O Ambulatório Pais-bebês, dentro deste contexto, aparece como importante veículo de promoção de saúde pública.

Referências

1. AACAP Official Action: Practice parameters for the psychiatric assesment of infants and toddlers (0-36 months). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;(Suppl21s-36s)36:10.
2. Bassols AM, Manfro G, Chou K, Zimmermann H, Vainer A. Vínculo materno-infantil. In: Buchabqui JA. Promovendo a saúde da mulher. Editora da Universidade. Porto Alegre; 1995.
3. Bowlby J. Apego e perda. Martins Fontes. São Paulo; 1984.
4. National center for clinical infant prograM. Classificação diagnóstica 0-3. Editora Artes Médicas. Porto Alegre; 1997.
5. Zavaschi ML, Costa FC, Wolf AL, Martins ASG, Martins SO, Záchia S, et al. Influência de aspectos socioeconômicos desfavoráveis sobre a interação mãe-bebê. *Revista ABP-APAL* 1998;20(2):66-70.
6. Freud S. Esboço de psicanálise. Em: Freud S. Obras psicológicas completas. Imago, Rio de Janeiro; 1975.
7. Klein M. Psicanálise da criança. São Paulo: Mestre Jou; 1981.
8. Hartman H. Ensayos sobre la psicologia del yo. México: Fondo de Cultura Economica; 1969.
9. Spitz RA. O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. São Paulo: Martins Fontes; 1980.
10. Berlin IN. Early intervention and prevention. In: Noshpitz JD, editor. Basic handbook of child psychiatry. New York: Basic Books; 1979.
11. Tyson RL. The roots of psychopathology and our theories of development. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986;25:12-22.
12. Brazelton TB. Crying in infancy. *Pediatrics* 1962;29:579-88.
13. Brazelton TB, Koslowsky B, Main M. The origins of reciprocity. In: Lewis M, Rosenblum LA, editors. The effect of the infant on its caregiver. New York: John Wiley & Sons; 1974.
14. Klaus MH e Kennel JH. La relation madre-hijo. Buenos Aires: Panamericana; 1978.
15. Freiberg S. Clinical studies in infant mental health: the first year of health. London: Tavistok

- Publications; 1980.
16. Levobici S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Artes Médicas: Porto Alegre; 1987.
 17. Bick E. "Notes on infant observation in psychoanalytic training". *Int J Psychoanal* 1964;45.
 18. Klaus MH e Kennel JH. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N Engl J Med* 1980;303:597-600.
 19. Aberastury A, Salas E (1978). A paternidade: um enfoque psicoanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.
 20. De Chateau P, Wiberg B. Three year follow-up of early postpartum contact. In: Call J, editor. *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books; 1983.
 21. Prechtl XFR, Bentema D. Neurological examination of the fullterm and newborn infant. London: Heinemann; 1964.
 22. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Rio de Janeiro: Vozes; 1980.
 23. Minde KK, Marton P, Manning D, Hines B. Some determinants of mother-infant interaction in the premature nursery. *J Am Acad Child Psychiatry* 1980;19:1-21.
 24. Paukert S. Maternal-infant attachment in a traditional hospital setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1982;23-26.
 25. Perrota M, Carter C. The effect of neonatal complications in same-sexed premature twins on their mother's preference. *J Am Acad Child Psychiatry* 1982;21:446-52.
 26. Miller BD, Hollingsworth E, Sander LW. Assessment of infant-caregiver interaction using cardiac, respiratory, and behavioral monitoring: conceptual and technical issues in a new methodology. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:286-97.
 27. Osofsky JD. *Handbook of infant development*. New York: John Wiley & Sons; 1987.
 28. Stern D. *The first relationship: mother and infant*. Cambridge: Harvard University Press; 1977.
 29. Ainsworth MD. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum; 1978.
 30. Lidz T. *A pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
 31. Sameroff AJ, Emde RN. *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books; 1989.
 32. Prado LC. O bebê inaugura a família: a terapia de bebês. In: Prado LC. *Famílias e terapeutas – construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
 33. Souza RP. *Nossos filhos – eterna preocupação*. Porto Alegre: Mercado Aberto; 1998.
 34. Zavaschi MLS, Iankilevich E, Recondo R, Rohde LA, Facca AG. Psicoterapia na infância. In: Cordioli AV. *Psicoterapia – abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.376-400.
 35. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*/VI. 1997;33(2):2155-9.

Insuficiência renal aguda por sulfadiazina: relato de caso¹

Raimar Weber², Simone B. Matiotti², André S. Gomes³
Fernando S. Thomé⁴, Elvino Barros⁴

Sulfadiazina e pirimetamina são drogas importantes para o tratamento da toxoplasmose cerebral. Estamos descrevendo o caso de um paciente que desenvolveu insuficiência renal aguda por precipitação de cristais de sulfadiazina e formação de cálculos renais. O diagnóstico do quadro de insuficiência renal aguda foi clínico e laboratorial, sendo importante a presença de inúmeros cristais de sulfadiazina no exame comum de urina e de cálculos renais observados na ecografia abdominal. O tratamento foi conservador com a suspensão da sulfadiazina, alcalinização da urina e hidratação, com rápida recuperação da função renal. Fazemos uma breve revisão da literatura e discutimos alguns pontos relacionados com o diagnóstico, prevenção e tratamento da insuficiência renal aguda secundária ao uso de sulfadiazina. As complicações renais do uso de sulfas podem ser prevenidas com adequada hidratação e alcalinização da urina. Como os casos de encefalite pro toxoplasma têm aumentado ultimamente, o uso da sulfadiazina também tem se tornado mais freqüente e portanto a incidência de complicações da cristalúria pode se tornar maior se medidas de prevenção não forem tomadas.

Unitermos: Insuficiência renal; sulfadiazina; nefrotoxicidade; toxoplasmose.

Acute renal failure due to sulfadiazine: case report

Sulfadiazine and pyrimetamine are used with optimal results in cerebral toxoplasmosis therapy. We describe the case of a patient who developed acute renal failure due to sulfadiazine crystals and stones. Diagnosis was made through examination of the urine for typical sulfonamide crystals. Acetylsulfadiazine crystals were found in urinalysis and a number of stones were present in ultrasound examination. After adequate hydration and discontinuation of sulfadiazine therapy, both crystalluria and renal failure were resolved promptly. We made a brief review of the literature and a discussion on prevention, diagnosis and treatment of sulfadiazine-induced renal failure. Renal complications of sulfonamide therapy are preventable with adequate hydration and alkalization of the urine. As the number of cases of toxoplasmic encephalitis increases and sulfadiazine is used more frequently, the incidence of complications due to

¹ Trabalho realizado pelo Serviço de Nefrologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Acadêmicos, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Raimar Weber. Rua Garibaldi 926/42, CEP 90035-051, Porto Alegre, RS, Brasil. Fone +55-51-211.0128; e-mail: raimar@amrigs.com.br.

³ Residente, Serviço de Nefrologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁴ Departamento de Medicina Interna, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

crystalluria may rise, unless preventive measures are taken.

Key-Words: Renal failure; sulfadiazine; nephrotoxicity; toxoplasmosis.

Revista HCPA 1999;19(1):117-22

Introdução

Nefrotoxicidade é um efeito adverso comum a várias classes de drogas. Antibióticos, imunossupressores, antineoplásicos e substâncias utilizadas como contraste em exames radiológicos representam os exemplos mais importantes (1). Na maioria das vezes uma combinação de eventos fisiológicos e bioquímicos contribui para a suscetibilidade renal a estas drogas (2). Comparado a outros órgãos, o rim é particularmente vulnerável a tóxicos químicos já que recebe 25% do débito cardíaco e concentra dentro do seu parênquima uma variedade de substâncias potencialmente tóxicas (2). Os mecanismos envolvidos na nefrotoxicidade a drogas são vários e incluem alterações celulares, bioquímicas, hemodinâmicas, tubulares e humorais (1, 2).

Insuficiência renal aguda por sulfadiazina é causada geralmente pela precipitação de cristais de seu metabólito nos túbulos renais (3, 4). Esta complicação foi no passado um achado freqüente (3). Nos dias atuais esse

efeito adverso é pouco comum e pouco lembrado pelos médicos de uma maneira geral (3, 5) (tabela 1). Este fato ocorre, em parte, devido à substituição da sulfadiazina por sulfas mais solúveis com menos complicações renais (4, 5). No entanto, com o aparecimento da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) no final da década de 1970 e início da década de 1980, o padrão infeccioso nestes pacientes tem sido muito particular com o surgimento de infecções oportunistas (5-8). Toxoplasmose, tuberculose, nocardiose são alguns exemplos (5). Por esta razão, a sulfadiazina voltou a ser utilizada com maior freqüência, sendo a primeira opção no combate a infecções causadas por microorganismos como o *Toxoplasma Gondii* e a *Nocardia* (5, 9, 10). No caso da toxoplasmose, especialmente do sistema nervoso central, o tratamento com sulfadiazina é obrigatório (10). Desta forma, o uso de sulfadiazina tem se tornado mais freqüente e, conseqüentemente, maior será a probabilidade de ocorrerem efeitos adversos como a cristalúria e a insuficiência renal aguda (11, 12). O médico deve estar atento à possibilidade de tais complicações e procurar tomar medidas preventivas eficazes ao prescrever este tipo de fármaco.

Descrevemos o caso de um paciente com toxoplasmose cerebral tratado com sulfadiazina que apresentou como principal complicação quadro de insuficiência renal aguda.

Caso clínico

Paciente masculino, 47 anos, branco, arquiteto, natural de Cruz Alta, procedente de Porto Alegre, iniciou com quadro de diplopia e parestesia do hemicorpo direito em setembro de 1998. Foi realizada tomografia cerebral que evidenciou uma lesão sólida na região talâmica à esquerda. Como não foi possível fazer o diagnóstico diferencial entre processo

Tabela 1. Efeitos adversos da sulfadiazina

Mais freqüentes

Leucopenia

Irritação cutânea

Trombocitopenia

Febre

Menos freqüentes

Disfunção renal

Cálculos renais

Elevação de

aminotransferases

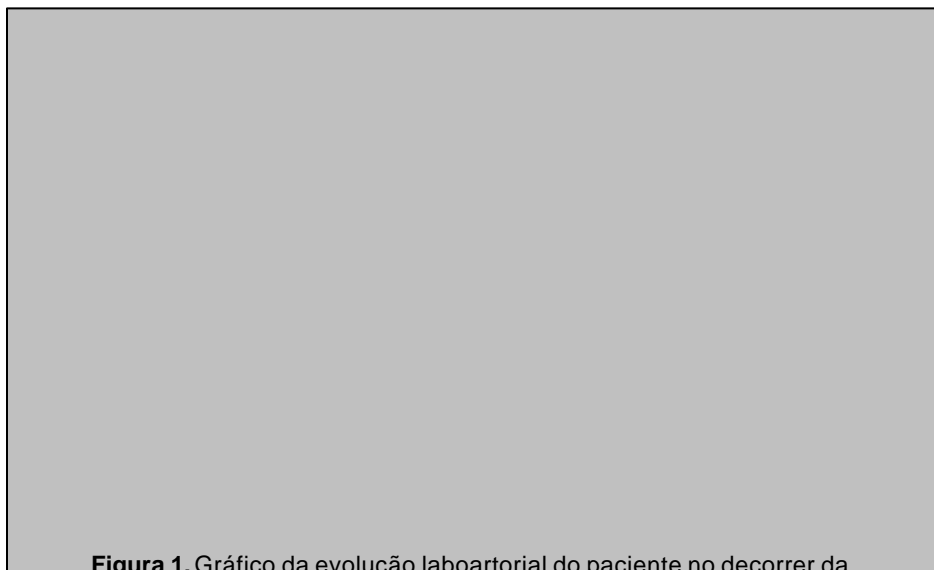


Figura 1. Gráfico da evolução laboratorial do paciente no decorrer da internação (■= creatinina sérica; ▲= uréia sérica).

infecioso ou tumor cerebral primário ou metastático, foi indicada a realização de biópsia de lesão cerebral em outubro de 1998. O resultado anatomopatológico foi de toxoplasmose cerebral, embora as provas sorológicas no líquido fossem negativas para toxoplasmose. A sorologia também foi negativa para o vírus da imunodeficiência adquirida do adulto (HIV), fungos e tuberculose tanto no sangue como no líquido. Devido à presença de toxoplasma na biópsia cerebral, foi iniciado tratamento com sulfadiazina 4g/dia e pirimetamina 100g/dia em 30 de outubro de 1998.

No dia 30 de janeiro de 1999, 3 meses após o início da terapia com antibiótico, o paciente procurou a emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) apresentando anorexia, oligúria, "rash" cutâneo e constipação. Referia diminuição da ingestão hídrica nos últimos dias, quando a temperatura ambiente era bastante elevada. Ao exame, o paciente estava em bom estado geral, lúcido, orientado e com dificuldade de comunicação. Apresentava-se acianótico, anictérico e eupnéico. A pressão arterial era de 140//90 mmHg e a temperatura axilar de 36,4°C. Exame cardiovascular mostrou ritmo regular, bulhas normofonéticas e ausência de sopros. As extremidades estavam frias e sem edema. Exames laboratoriais de rotina mostraram hematócrito de 34%, 12.000 leucócitos com 1% bastonados, potássio 5,7 mmol/dl, sódio 127 mEq/l, uréia 141 mg/dl, creatinina 10,2 mg/dl,

e CO₂ total 16,8 mEq/l. Ecografia abdominal evidenciava rins de tamanho normal, com redução da espessura da cortical do rim esquerdo. Inúmeros cálculos foram identificados à direita, com diâmetro médio de 0,7 cm, e um cálculo medindo 0,8 cm no grupo calicial inferior do rim esquerdo. Não havia evidência de dilatação dos sistemas coletores bilateralmente. Análise de urina indicava pH 5,0, hemoglobinúria 3+/4+, quatro hemácias e cinco leucócitos por campo, e demonstrava a presença de grande quantidade de cristais de sulfato.

O tratamento consistiu de suspensão da sulfadiazina e pirimetamina, hidratação adequada e alcalinização da urina com bicarbonato de sódio. Após um dia de internação, a função renal já havia melhorado, e os sintomas de anorexia e náuseas haviam desaparecido. No dia 2 de fevereiro de 1999 (quarto dia de internação), o paciente já apresentava uréia 27 mg/dl, creatinina 1,2 mg/dl e CO₂ e potássio normais (tabela 2 e figura 1). Durante a internação o paciente eliminou vários pequenos cálculos de aproximadamente 2 a 3 mm de diâmetro.

Discussão

A frequência de insuficiência renal aguda (IRA), nos pacientes internados em um hospital geral clínico-cirúrgico, é de aproximadamente 4 a 5% (1, 2). As causas são múltiplas e os pacientes apresentam uma alta taxa de

Tabela 2. Evolução dos dados laboratoriais do paciente durante a internação

Parâmetros	1º dia	2º dia	1º dia	2º dia	2º dia
	Jan	Jan	Fev	Fev	Fev
Creatinina (mg/dl)	10,2	6,8	2,3	1,7	1,2
Uréia (mg/dl)	141	120	59	37	27
Na (mEq/L)	127	137	139	141	
K (mEq/L)	5,7	5,3	4,4	4,2	3,8

morbidade e mortalidade, apesar de todo o avanço tecnológico dos últimos anos (2). As drogas contribuem de forma significativa para o desenvolvimento de insuficiência renal aguda neste grupo de pacientes (1, 2). O paciente apresentado, neste relato de caso, teve quadro de IRA por uso de sulfadiazina, com evolução rápida, de poucos dias, para uremia e alterações laboratoriais compatíveis com o diagnóstico clínico (tabela 2).

Na insuficiência renal aguda por drogas, dois são os achados anátomo-patológicos mais encontrados: a necrose tubular aguda (NTA) e a intersticial aguda (NIA). Na NTA ocorre uma diminuição da filtração glomerular secundária à lesão renal intrínseca (dano de células tubulares), em geral reversível com a interrupção da droga (1-3). Na nefrite intersticial aguda (NIA), a diminuição da filtração glomerular ocorre por inflamação intersticial

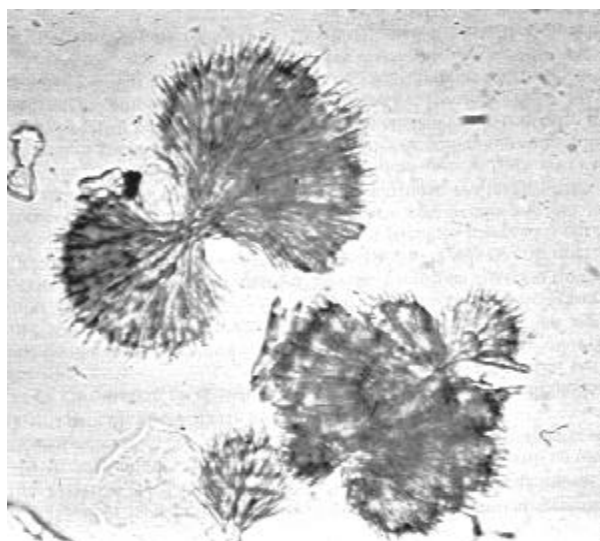


Figura 2. Aspecto característico em feixes de trigo do cristal de sulfadiazina ao microscópio óptico no exame comum de urina. (Fonte: Análisis de Orina, Atlas Color. Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, 1983)

aguda do parênquima renal, causada por drogas ou, menos freqüentemente, por infecções ou infiltrações celulares (1, 2). O diagnóstico diferencial do tipo de lesão histológica responsável pela IRA, no entanto, só pode ser realizado com biópsia renal. Desta forma, é possível supor o mecanismo provável do desenvolvimento da IRA. Neste paciente, não foi indicada a realização de biópsia renal porque o diagnóstico de IRA secundária à precipitação de cristais de sulfa ficou claro através da observação de inúmeros cristais de sulfadiazina no exame comum de urina. Este tipo de cristal é facilmente reconhecido devido à sua morfologia característica em "feixes de trigo" (figura 2). Portanto, se tratava mais de um quadro de obstrução canalicular pelos cristais e não NTA ou NIA. Embora a presença de cristalúria seja comum nos pacientes utilizando sulfadiazina, até 48% a presença de cálculos ou insuficiência renal aguda é menos freqüente, variando de 0,4 a 20% (7). Em geral, a formação de cálculos ou mesmo insuficiência renal aguda necessita de outras co-morbidades associados. De fato, nosso paciente se apresentava bastante desidratado pelo quadro de vômitos e também pelas altas temperaturas ambientais (época de verão). Certamente a presença de cristalúria e a desidratação associadas contribuíram para a precipitação dos cristais de sulfa e o desenvolvimento de IRA.

Em 1940, a sulfadiazina se tornou uma das substâncias mais utilizadas de um grupo de compostos chamados "sulfapirimidinas" no tratamento de infecções sistêmicas. Essas drogas eram sulfonamidas de curta duração com boa absorção via oral, ampla distribuição tecidual e rápida excreção renal, atingindo altas concentrações na urina (3, 7, 14). Devido a estas características farmacocinéticas,

especialmente pela rápida excreção urinária, altas doses eram necessárias para manter níveis plasmáticos adequados (3, 14). No entanto, devido à baixa solubilidade na urina, particularmente na urina ácida, o uso de 4 gramas diários da droga (dose usual contra toxoplasma), necessita teoricamente de 16L de urina, a um pH de 5,5 para manter a sulfadiazina em solução (3, 4). Assim, a combinação de uma alta concentração urinária e baixa solubilidade levaram a uma elevada incidência de precipitação da droga com formação de cristais na urina e desenvolvimento de insuficiência renal aguda nas primeiras décadas de uso desta sulfa – em 1946, a incidência relatada foi de 28% (4, 5). Desta forma, a sulfadiazina e outras sulfas pouco solúveis foram rapidamente substituídas com o advento de compostos mais solúveis, tais como o sulfisoxazol em 1951, reduzindo significativamente a incidência de cristalúria e cálculos renais além de outros efeitos adversos como leucopenia, irritação cutânea e febre (8, 9, 14). Porém, com o surgimento da AIDS associada a infecções oportunistas, especificamente a encefalite por toxoplasma, o uso de sulfonamidas pouco solúveis, como sulfadiazina, voltou a ser muito preconizado, uma vez que sulfonamidas mais solúveis, como sulfisoxazol e sulfametoxazol, são inferiores terapêuticamente no tratamento desta patologia (3, 5). A real incidência da toxicidade renal induzida pela sulfadiazina é difícil de ser determinada, porém a incidência encontrada foi de 5% (três casos num total de 57 pacientes) em 1987, em um estudo que avaliou sua eficácia no tratamento da toxoplasmose cerebral (10). Nosso paciente apresentava quadro de toxoplasmose cerebral diagnosticada por biópsia cerebral, sendo tratado com 4g de sulfadiazina e 100mg de pirimetamina por dia há 3 meses, embora fosse HIV negativo. Curiosa é a negatividade das provas sorológicas e líquóricas para toxoplasma, mas mesmo assim, em função do diagnóstico da biópsia cerebral, foi iniciado tratamento para toxoplasmose com sulfadiazina.

Os cristais de sulfadiazina causam abrasão local e irritação química do epitélio que reveste o trato urinário (3, 6, 14). Antopol et al.

(6) descreveram, em estudos com animais, o efeito da exposição de células epiteliais renais dos ductos coletores a cristais de acetilsulfadiazina, por mais de 24 horas (figura 2). Observaram um significativo dano a este tipo de células com a presença de hemorragia peritubular, infiltração leucocitária, necrose e deposição de cálcio (6). Os cristais também podem formar concreções locais ou cálculos, causando obstrução em qualquer nível como na bexiga, ureter, pelve renal, cálices coletores (6, 7). Dessa forma, um extenso espectro de perturbações clínicas pode ocorrer, desde cristalúria assintomática, hematúria, cólica renal, oligúria e insuficiência renal aguda (3). Nosso paciente, neste relato de caso, apresentou uma série de efeitos adversos à sulfadiazina, considerando o trato urinário como um todo. Apresentava microhematúria, cristais de sulfadiazina e presença de inúmeros cálculos urinários na ecografia abdominal, que foram eliminados durante a internação hospitalar após instituição de hidratação e alcalinização da urina.

É importante salientar que a sulfadiazina pode ter sua solubilidade aumentada significativamente pela alcalinização da urina. A quantidade de sulfadiazina excretada sem que ocorra cristalização poder ser triplicada através do aumento do volume urinário de 1 para 3 L. No entanto, ela pode ser multiplicada 20 vezes através do aumento do pH urinário de 5,5 para 7,5 (7). Fillipin et al. (9) mostraram que a administração de 12g/dia de bicarbonato de sódio, aumentando pH urinário de 5,98 para 7,14, diminuía a incidência de cristalúria de 28% para 6%. O mesmo estudo observou que 6 gramas de bicarbonato eram pouco efetivas e que o uso de 24g por dia não se mostrava mais eficaz que as 12g por dia (9). Desta forma, como medida para a prevenção da ocorrência de cristalúria e da formação de cálculos renais por sulfadiazina, sugere o uso de 12g de bicarbonato de sódio por dia, além do estímulo ao aumento da ingestão de líquidos para, pelo menos, 3L/dia (9).

O tratamento do paciente, relatado neste trabalho, consistiu na suspensão da sulfadiazina, hidratação e alcalinização da urina, não havendo necessidade do uso de qualquer método dialítico (figura 1). O paciente

apresentou uma evolução favorável, com recuperação da função renal, em poucos dias.

Caso haja suspensão da sulfadiazina no tratamento da toxoplasmose, a alternativa usual é sua substituição por clindamicina, que também demonstra alguma eficácia. Neste paciente a sulfadiazina foi suspensa desde o início da internação e após o diagnóstico de IRA secundária à sulfadiazina, sendo prescrita a clindamicina como alternativa. No entanto, alguns autores têm sugerido a continuação do esquema inicial com sulfadiazina e pirimetamina mesmo com diagnóstico de IRA por cristalúria (4). Estes mesmos autores sugerem apenas boa hidratação e a alcalinização da urina com manutenção da sulfadiazina por tempo indefinido (4, 15). Também tem sido sugerido como alternativa o uso da combinação em doses relativamente baixas de três sulfonamidas pouco solúveis, tais como sulfamerazina, sulfadiazina e sulfametazina, com isto reduzindo probabilidade de cristalúria, já que a solubilidade de cada uma delas é independente das outras. Não há, no entanto, estudos que comprovem a eficácia antimicrobiana em humanos (6, 9, 13, 14).

Portanto, o diagnóstico de insuficiência renal aguda por cristalização da sulfadiazina em nível tubular renal e a formação de cálculos renais devem ser pensados nos pacientes com diagnóstico de infecção por toxoplasma, tratados com sulfadiazina por longos períodos. Nestes pacientes, é recomendado o uso de bicarbonato de sódio para alcalinizar a urina assim como uma alta ingestão de líquidos, de preferência acima de 3 a 4 L por dia. Desta forma, a sulfadiazina irá apresentar maior solubilidade na urina, reduzindo o risco de precipitação.

Referências

1. Thomé FS, Barros E, Gonçalves LF, Manfro RC. Insuficiência renal aguda. In: Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LF (editores). *Nefrologia rotinas, diagnóstico e tratamento*. Artmed, Porto Alegre, 1999.
2. Barros E, Rhoden EL. Mecanismos fisiopatológicos da nefrotoxicidade por drogas. *Pesquisa Médica* 1989;23(2):128-33.
3. Dorfman LE, Smith JP. Sulfonamide crystalluria: a forgotten disease. *J Urol* 1970;104:482-3.
4. Oster S, Hutchison F, McCabe R. Resolution of acute renal failure in toxoplasmic encephalitis despite continuance of sulfadiazine. *Rev Infect Dis* 1990;12:618-20.
5. Leport C, Raffi F, Matheron S, Katlama C, Regnier B, Saimot AG, et al. Treatment of central nervous system toxoplasmosis with pyrimethamine/sulfadiazine combination in 35 patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Efficacy of long-term continuous therapy. *Am J Med* 1988;84:94-100.
6. Antopol W, Robinson H. Urolithiasis and renal pathology after oral administration of 2-sulfanylamino-pyridine. *Proc Soc Exp Biol Med* 1939;40:428-30.
7. Simon DI, Brosius FC, Rthstein DM. Sulfadiazine crystalluria revisited. *Arch Intern Med* 1990;150:2379-84.
8. Portoles J, Torralbo A, Prats D, Blanco J, Barrientos A. Acute renal failure and sulphadiazine crystalluria in kidney transplant. *Nephrol Dial Transplant* 1994;9:180-1.
9. Fillipin HF, Reinhold JG. An evaluation of sulfonamide mixtures and adjuvants for control of sulfonamide crystalluria. *Ann Intern Med* 1946;25:433-43.
10. Haverkos HW, TE Study Group. Assessment of therapy for toxoplasma encephalitis. *Am J Med* 1987;82:907-14.
11. Fariñas MC, Echevarria S, Sampedro I, González A, Molino AP, Macias JG. Renal failure due to sulphadiazine in AIDS patients with cerebral toxoplasmosis. *J Int Med* 1993;233:365-7.
12. Sequera P, Albalade M, Hernandez J, Vasquez A, Abad J, Ramiro E, et al. Acute renal failure due to sulphadiazine crystalluria in AIDS patients. *Postgrad Med J* 1996;72:557-8.
13. Sasson JP, Dratch PL, Shortsleeve MJ. Renal US findings in sulfadiazine-induced crystalluria. *Radiology* 1992;185:739-40.
14. Ventura MG, Wybran J, Farber CM. Sulfadiazine revisited. *J Infect Dis* 1989;160:556-7.
15. Marques LPJ, Silva MT, Medeira EPQ, Santos OR. Obstructive renal failure due to therapy with sulfadiazine in an AIDS patient. *Nephron* 1992;62:361.

O princípio da autonomia dos doentes e suas relações com o ordenamento jurídico

Francisco S. Benfica¹

Nenhuma atividade talvez se preste tanto para a discussão e reflexão sobre comportamento ético quanto aquela exercida pelos profissionais da saúde. Sempre que discussões, procedimentos ou ações nesta área afetarem pessoas, dilemas éticos estarão estabelecidos. Isto gera uma tomada de decisões que sempre envolve a autonomia dos indivíduos. E é este princípio da autonomia que aparece, atualmente, como ponto de discussão acirrada entre médicos, juristas e eticistas. O reflexo deste processo vem se manifestando pelo aumento progressivo no número de ações judiciais envolvendo médicos e instituições de saúde. Discussões sobre o conceito de autonomia e a importância de um posicionamento jurídico a este respeito são os objetivos deste artigo.

Unitermos: Autonomia; autonomia do paciente; ordenamento jurídico; bioética.

The principle of patient autonomy and its relations with the law

Perhaps no other professional activity has prompted as much discussion and reflection about ethical behavior as the activity of health care workers. Ethical dilemmas are present in health care every time a discussion, procedure, or action affect people. The decision-making situations generated by these dynamics always involve the principle of individual autonomy. The principle of autonomy appears currently as the most complicated issue in discussions involving doctors, jurists, and ethicists. The consequence of this is made evident by the increasing number of legal actions involving physicians and health care institutions. The objective of the present paper is to discuss the concept of autonomy and the importance of defining a juridical approach regarding this topic.

Key-words: Autonomy; patient autonomy; law; bioethics.

Revista HCPA 1999;19(1):123-8

Introdução

A tomada de decisões em saúde sempre afeta pessoas e bens jurídicos que devem ser preservados. Portanto qualquer decisão passa pela consideração de fatos e valores, que

podem ser avaliados através de quatro princípios normativos gerais: autonomia; beneficência; não-maleficência e justiça (1). Estabelecer o bem, evitar o mal e procurar a justiça são princípios universais. A autonomia, no entanto, aparece, atualmente, como

¹ Faculdade de Direito, Unisinos; Serviço de Cirurgia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Correspondência: Rua Vieira de Castro 285/503, CEP 90040-320, Porto Alegre, RS, Brasil.

princípio gerador de grandes discussões entre profissionais da saúde, pacientes e advogados. Vem se ampliando a consciência dos indivíduos de sua condição de agentes morais autônomos (2) ou seja, pessoas que são capazes de tomar decisões que afetem sua vida e sua forma de agir com bases nestas deliberações (1). Este direito moral do ser humano à autonomia gera um dever das outras pessoas em respeitá-lo, respeito este que não deve ser considerado meramente como um dever legal (2). O agente autônomo é aquele que está se auto-dirigindo, em vez de ser aquele que obedece às ordens de outros. É fato conhecido que as relações humanas adultas e maduras, quer dizer, horizontais e simétricas, podem ser mais conflituosas e instáveis que as paternalistas, assimétricas e verticais. Quando um só manda e os demais obedecem é difícil que possam surgir conflitos graves. Por isso é que as relações entre médicos e pacientes têm aumentado ultimamente em instabilidade e conflitualidade (3). Uma relação médico-paciente horizontal faz com que as ações médicas não sejam concebidas baseadas na “utilidade” mas sim na “moralidade”. A tradição hipocrática na qual “o médico usará o tratamento para o bem dos enfermos, segundo sua capacidade e juízo” perde lugar para o *princípio da autonomia*, pelo qual o médico deve respeitar a vontade do paciente ou de seu representante, assim como seus valores morais e crenças (4).

O Princípio da autonomia

Discussões sobre autonomia não devem ser encaradas como situações novas. Na realidade, Kant já se contrapunha à chamada “falácia naturalista” em que “bom é o que segue a ordem da natureza”. Para ele “o homem é um fim em si mesmo, enquanto a natureza tem um mero caráter de meio”. Ser uma pessoa consiste em ser um sujeito moral autônomo (5), e ser autônomo é ter “uma vontade autolegisladora”. Autonomia significa a capacidade de compreender a própria situação e perseguir objetivos pessoais sem estar dominado por coações (6). O termo autonomia, de acordo com sua origem etimológica grega, significa *autogoverno*, referindo-se ao poder da

pessoa em tomar decisões que afetem sua vida, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais (2). Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista, sendo ele quem deve deliberar e tomar decisões segundo seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando diverjam daqueles dominantes na sociedade (7). Na realidade, ao falar em autonomia, estamos acatando o imperativo categórico kantiano no qual o ser humano é um fim em si mesmo.

Segundo Faden e Beauchamp (8) as ações são autônomas quando cumprem três condições: intencionalidade, capacidade de entendimento e ausência de controle externo. Alguns autores colocam também a autenticidade como fator primordial da autonomia, na medida que os atos devem ser coerentes com o sistema de valores e as atitudes gerais que uma pessoa tenha assumido, reflexiva e conscientemente, durante a vida (9).

A autonomia, portanto, não é algo bipolar, já que entendimento e controle podem ser graduados. Logo, as ações podem ser mais ou menos autônomas. As dificuldades existentes em assegurar a transmissão dos conhecimentos técnicos às pessoas leigas, ou mesmo a profissionais de saúde que estejam na condição de pacientes, levam a que autores, como Weiss (10), se expressem sobre a impossibilidade da existência de um total entendimento. Além disso a autonomia individual completa é sobretudo um ideal e não um fato concreto já que é difícil imaginar a liberdade do indivíduo como sendo total, num ambiente com relações sociais fortemente controladas (11). Na verdade uma ação absolutamente autônoma é provável que nunca tenha existido. Devemos em realidade buscar uma ação “substancialmente autônoma”. Não há, eticamente, necessidade de que as informações prestadas sejam tecnicamente detalhadas e que o homem seja um ser totalmente autônomo. É suficiente que os conhecimentos sejam leais e compreensíveis e que o homem possa se mover dentro de uma margem própria de decisão e de ação (2).

A manifestação prática deste princípio da autonomia é o chamado consentimento

informado, consentimento esclarecido ou consentimento pós-informação (2). Trata-se de um informativo prescritivo, já imperativo legal em alguns países, que deve ser emitido pelo indivíduo quando de atos que afetam sua integridade físico-psíquica (5), de forma ativa, autorizando as condutas a ele apresentadas. Para sua validade alguns princípios devem ser respeitados:

- deve ser recolhido anteriormente ao ato médico;
- deve ser um consentimento voluntário, obtido sem práticas de coação física, psíquica ou moral ou por meio de práticas enganosas;
- as informações devem ser adaptadas às circunstâncias de cada caso e às condições psicológicas e culturais do indivíduo para que haja um entendimento e uma capacidade de deliberação consciente (2).

Estas normas estão baseadas nos conceitos de ação autônoma e o seu entendimento é fundamental para compreensão do valor ético e jurídico do consentimento

Ordenamento jurídico

Possuindo uma ação autônoma ou “substancialmente autônoma”, manifestada por um documento escrito, parece então que encerramos as discussões de fatos. Persistem no entanto as discussões de valores. O princípio básico de todo o ordenamento jurídico brasileiro é a defesa da vida das pessoas, e esta é a razão para que em um conflito entre a vida e as opiniões e desejos do próprio paciente deva prevalecer sempre o primeiro bem. Jurisprudência de tribunais da Europa e do Brasil reconhecem a absoluta prioridade à salvaguarda da vida frente a qualquer outro bem ou interesse. Portanto, quando um médico, por exemplo, não aplica a um doente terminal todos os meios disponíveis, pode cometer um delito de negligência. Porém, dificilmente será condenado se, por excesso de zelo, agredir o paciente, submetendo-o ao que chamamos de “furor terapêutico”, “obstinação terapêutica” ou “futilidade médica” (11,12). Será, no entanto, que o Estado deve ser a grande consciência moral da sociedade? Na verdade devemos discutir se valores relacionados com eutanásia,

paciente terminal, vida vegetativa, aborto ou transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová podem ser corretamente tratados com um racionalismo sistematizado, estabelecido por códigos legais.

Para a bioética, por exemplo, a vida nunca foi e não pode ser considerada hoje, do ponto de vista ético, como o valor máximo (13). A necessidade de ajuda por parte do doente é que justifica a Medicina (14). O paciente é um sujeito autônomo de um direito humano que lhe permite negar um procedimento terapêutico, ainda que a custa da própria vida. Do ponto de vista ético, quando a lei proíbe o médico de respeitar uma decisão autônoma do paciente, sob pena de incorrer em delito de omissão de socorro, cria uma situação em que o direito acerca-se da arbitrariedade (15).

No direito espanhol, por exemplo, a situação vigente difere da nossa realidade. A constituição do Reino da Espanha, de 1978, em seu artigo 15 declara que “todos têm direito à vida”. Contrapondo-se ao próprio ordenamento jurídico, o artigo 10, da Ley General de Sanidad, de 1986, incluiu o consentimento informado como direito dos pacientes em decidir sobre seu próprio corpo (16). Criou-se então, a partir desta data, uma situação contraditória, com duas formas de interpretação. Se o médico não atua e respeita a vontade do paciente incorre no delito de negligência; se, ao contrário, atua contra a vontade deste, comete o delito de coação, também punível. Esta aparente incoerência jurídica, no entanto, pode também ser interpretada de modo positivo. Permitindo uma pluralidade de opções, dentro do marco legal, o direito acabou protegendo a conduta dos médicos que respeitam a vontade do paciente, através da Ley de Sanidad, e salvaguardou os que atuam, através da jurisprudência estabelecida pelos tribunais.

Já para o direito anglo-saxônico prevalece o princípio da completa autodeterminação do indivíduo. Cada ser humano é senhor de seu próprio corpo e pode, se não apresentar restrições psíquicas, proibir expressamente a realização de cirurgias ou qualquer outro tratamento para salvar sua vida. Um médico pode crer, com razão, que uma operação ou um tipo de tratamento é desejável

ou necessário, mas a lei não permite substituir seus juízos pelos do paciente, por meio de qualquer forma de artifício (13). Em 1983, a *Commission for The Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, comissão para estudo de problemas éticos em Medicina e em pesquisa biomédica e comportamental, criada pelo congresso norte-americano em novembro de 1978, publicou um informe com o princípio básico no qual o objetivo principal da assistência médica é, em termos gerais, maximizar o bem-estar de cada paciente. Todavia, atuar somente no interesse do paciente, sem reconhecer o indivíduo como sujeito básico na tomada de decisões, pode afetar o respeito de cada pessoa em sua autodeterminação. Quando surge um conflito entre a autodeterminação de um paciente competente e seu aparente bem-estar, que não consegue ser resolvido por uma adequada deliberação, a autonomia do paciente tem e geralmente deve ter maior peso do que as demais opiniões. O respeito à autodeterminação dos pacientes competentes é de particular importância e eles devem ser a autoridade final para decidir.

No direito brasileiro a situação apresenta-se de um maneira um tanto confusa. A falta de tradição nesta área, dentro do nosso ordenamento jurídico, não permitiu ainda que o princípio da autonomia e o consentimento informado adquirissem uma formulação precisa em termos de legislação. Sucodem-se situações em que o direito não está em condições de produzir princípios reguladores inequívocos ou oferecer respostas adequadas para muitos fenômenos das ciências biomédicas (17). Trata-se de uma situação relevante, já que noções fundamentais e enraizadas, como a vida e a morte, saúde e integridade pessoal, aspectos novos relativos à reprodução e patrimônio genético, todas elas podem ser confrontadas com a capacidade de decidir do indivíduo. O nosso código de ética médica, no seu capítulo 4 – Dos Direitos Humanos – aparentemente estabelece uma orientação quando coloca em seus artigos 46 e 48 que “é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o *esclarecimento e o consentimento* prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de

vida” ou então que “é vedado ao médico exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar” (18).

Discussão

Fica então o questionamento sobre o modelo a ser seguido ou desenvolvido pelo direito brasileiro. Já que todos são indivíduos autônomos e decidem de acordo com sua própria moralidade, inclusive juízes, parece clara a necessidade de uma ordem civil. É fato concreto que, quando a autonomia é levada ao extremo e intenta converter-se em um princípio absoluto e sem exceções, conduz a aberrações não menores que as do paternalismo beneficentista (13). Na realidade, a autonomia é uma categoria de liberdade, mas nem toda a liberdade é autonomia. Não podemos negar, no entanto, o respeito à autonomia do paciente, quando suas decisões são tomadas com intencionalidade, com conhecimento e sem controle externo (14). Logo, o que devemos procurar é uma decisão “substancialmente autônoma” estabelecida de forma autêntica, coerente com o sistema de valores do indivíduo. E somente com esta concepção juridicamente pré-constituída poderemos evitar a arbitrariedade nas abordagens terapêuticas sobre cada caso concreto e ao mesmo tempo satisfazer a pretensão de generalização que caracteriza o direito (17). Este direito legalmente constituído representaria um modo de limitar, por exemplo, o autoritarismo médico, além de proteger tanto o paciente quanto o próprio médico em situações de condutas não autorizadas, tais como cirurgias sem consentimento, internamento involuntário em instituições de doentes mentais, revelação pública de informações contidas em arquivos hospitalares, etc. (6).

Esta maior liberdade de decisão por parte dos pacientes levará a uma maior necessidade de informação adequada a fim de que estes possam tomar decisões maduras e responsáveis (2). Neste sentido estamos diante de um fortalecimento da relação médico-paciente, já que sua representatividade é algo tão profundo que dificilmente os doentes

poderão exercer o direito ao consentimento informado sem a colaboração dos médicos. Ao médico, em realidade, caberá sempre o papel de guia deste processo, devendo atuar segundo os princípios éticos de qualquer outra ação médica, muitas vezes com anterioridade à perda da capacidade de autodeterminação do paciente (13,19).

Trata-se basicamente de um fenômeno histórico, socialmente determinado, que está deslocando paulatinamente a *beneficência* como princípio prevalente da relação médico-paciente e valorizando a *autonomia*. O resultado disso é que os temas médicos, pela própria dinâmica dos acontecimentos, levarão o direito progressivamente a modificar suas normas.

Esta modificação de valores, irreflexiva e sem um ordenamento jurídico, representa um estímulo ao caminho sempre míope e destrutivo da Medicina defensivista, na qual, definitivamente, não se valorizam as necessidades do indivíduo e se confundem os deveres (14). Não se trata de defender o “panjuridicismo”, no qual tudo se pode, deve e tem que ser convertido em norma legal. Mas os contratos sociais devem ser feitos segundo conceitos jurídicos, um conjunto mínimo requerido para que a vida em sociedade possa ser considerada eticamente digna. Neste sentido falta ao direito brasileiro um “pacto estratégico” que contenha a máxima moralidade possível e que sirva tanto para médicos quanto para pacientes no sentido de que não se possa confundir “direito” com “proveito” (19).

Conclusão

Como proceder, então, diante de um confronto de valores. Fica claro que, muitas vezes, a autonomia do paciente poderá se confrontar com o ato médico. Nestes casos, o médico deve ter consciência de que o nosso sistema jurídico, representado pela legislação vigente, demonstra que direito e ética nem sempre coincidem. Podemos ter ações morais que sejam antijurídicas ou ações legais que sejam anti-éticas ou imorais. O que podemos visualizar atualmente é que gradativamente, tanto na jurisprudência quanto na legislação,

vem ganhando terreno a tese de que conflitos se resolverão no futuro em um sentido, qual seja o direito dos pacientes na tomada de decisões sobre seus atos (15). É provável que, em certas ocasiões, o paciente cometa um equívoco em decidir sobre seu corpo ou sua vida. Porém, não há qualquer garantia de que terceiros não cometam erros com maior frequência, provavelmente porque estão dispostos sobre algo que não é seu e tomando decisões nas quais, em última instância, não se acham diretamente envolvidos. Diferentemente do modelo de beneficência, o modelo de autonomia considera os valores e crenças do paciente como a principal consideração moral a ser feita pelo médico na sua assistência aos pacientes. Se os valores do paciente se enfrentam diretamente com a Medicina, a responsabilidade fundamental do médico está em respeitar e facilitar a autodeterminação do paciente na sua tomada de decisões sobre o seu destino (6). No âmbito formal o consentimento informado aparece como a expressão jurídica deste direito à autonomia. É a fórmula que resume a recuperação da autonomia do paciente (13), e aos médico caberá a sua correta utilização.

Já em instituições hospitalares, onde estas discussões proliferam, faz-se necessário uma maturação conjunta na tomada de decisões. Não se pode aceitar que o médico, em cada caso, proceda a estas apreciações baseado no seu arbítrio individual. Assim como não podemos esperar que o racionalismo jurídico tenha uma legislação completa que, como um tratado matemático, apresente respostas para todas as situações possíveis. A legitimação destas respostas deve ficar a cargo das comissões de biodireito e bioética hospitalar, onde estão representadas não só as instâncias sanitárias como a própria sociedade. Para isso estas comissões têm a capacidade não só de substituir o juiz em casos concretos, mas também, como ele, direito por via parajurisprudencial.

A autonomia dos pacientes, o consentimento informado e as comissões de biodireito e bioética são processos lógicos e irreversíveis no nosso ordenamento jurídico, e o entendimento, por parte dos profissionais de saúde a respeito destes tópicos passa a ser

fundamental para o exercício da Medicina e para a caracterização do “médico competente”.

Referências

1. Beauchamp TL & Childress JF. Principles of medical ethics. 2ª ed. New York: Oxford University Press, 1985.
2. Fortes PA. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética* 1994;2:129-135.
3. Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin Barc* 1989; 93(3):100-2.
4. Clotet J. Por que bioética? *Bioética* 1993;1:1-9.
5. Gracia D. El que y el porque de la bioética. *Cuadernos de Bioética* 1995;1:36-53.
6. Beauchamp TL & McCullough LB. Ética médica: las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Editorial Labor, 1987.
7. Gracia D. La bioética médica. In: Organización panamericana de la salud. *Bioética: temas y perspectivas*. Washington, 1990.
8. Faden RR & Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press, 1986.
9. Macklin R. Man, mind and morality: the ethics of behavior control. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1982.
10. Weiss AE. Bioethics: dilemas in modern medicine. Hillside: Englow Publishers, 1985.
11. Loewi EH. Textbook of medical ethics. New York: Plenum medical book company, 1989.
12. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Bioética* 1996;4(1):31-43.
13. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema SA, 1989.
14. Broggi MA. La información clínica y el consentimiento informado. *Med Clin Barc* 1995;104(6):218-20.
15. Casabona CR. El médico ante el derecho. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo, 1986.
16. Ley General de Sanidad, en Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, Madrid.
17. Casabona CR. La relación entre la bioética y el derecho. *Cuadernos de Bioética* 1995;1:66-75.
18. França GV. Comentários ao código de ética médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
19. Mateo RM. Bioética y derecho. Barcelona: Ariel; 1986.

Normas para publicação

A Revista HCPA publica trabalhos na área biomédica. Os artigos enviados para avaliação pelo Conselho Editorial poderão ser submetidos em português, inglês ou espanhol. Todos os artigos serão avaliados pelo Conselho Editorial, com base no parecer de dois revisores.

Informações sobre submissão de artigos e cópias das normas para publicação podem ser solicitadas ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação no seguinte endereço: Revista HCPA, Grupo de Pesquisa e Pós Graduação, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil ou na Internet: www.hcpa.ufrgs.br/revista.

Tipos de Colaboração

Editoriais. Esta seção inclui o editorial de apresentação da Revista, assinado pelo Editor, além de editoriais especiais, que compreendem colaborações solicitadas sobre temas atuais ou artigos publicados na Revista.

Artigos originais. São contribuições novas ao campo de conhecimento, apresentadas de forma a possibilitar a avaliação crítica e global e a replicação por outros investigadores. Os artigos originais podem descrever trabalhos observacionais ou experimentais, prospectivos ou retrospectivos, descritivos ou analíticos. Os artigos submetidos nesta categoria não devem exceder 20 laudas.

Comunicações. Descrevem trabalhos observacionais ou experimentais em andamento, ou seja, os dados apresentados não são conclusivos. As comunicações

não devem exceder 15 laudas.

Artigos especiais. Esses artigos serão solicitados pelo Conselho Editorial e versarão sobre temas atuais ou de interesse permanente, abrangendo políticas de saúde, ensino, pesquisa, extensão universitária e exercício profissional. Também serão considerados nesta categoria artigos clínicos que expressem experiência de grupos ou opinião pessoal de relevância e profundidade, além de artigos de atualização sobre as mais variadas áreas abrangidas pela linha de divulgação científica e tecnológica da Revista. Os artigos especiais não devem ter mais de 25 laudas.

Relatos de casos. Os relatos de casos devem descrever achados novos ou pouco usuais, ou oferecer novas percepções sobre um problema estabelecido. O conteúdo deve se limitar a fatos pertinentes aos casos. Relatos de um caso único não devem exceder

três laudas, conter até duas ilustrações e ter menos de 15 referências bem selecionadas, já que o objetivo dos relatos não é apresentar uma revisão bibliográfica.

Sessões Anátomo-Clínicas. Esta seção publicará uma seleção de assuntos relevantes de sessões anátomo-clínicas previamente apresentadas no HCPA.

Cartas ao Editor.

Correspondência dirigida ao Editor sobre artigos previamente publicados ou sobre temas de interesse relacionados à linha editorial da Revista. Não devem exceder duas laudas.

Instruções para os autores

A Revista HCPA adota o estilo Vancouver para publicação de artigos (conforme *Can Med Assoc J* 1997;156(2):270-7). As instruções relativas ao estilo Vancouver também estão

disponíveis no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Além disso, detalhes sobre o estilo Vancouver são descritos mais adiante.

Submissão dos trabalhos

Os autores deverão submeter quatro cópias da colaboração, juntamente com uma carta de apresentação do artigo dirigida ao Editor e uma cópia preenchida da Lista de Itens para Conferência da Revista HCPA, que pode ser encontrada ao final das Instruções para os Autores. Só serão considerados para publicação artigos experimentais que documentarem a aprovação pelo Comitê de Ética da instituição na qual o estudo foi desenvolvido. Os artigos deverão ser submetidos em laudas de tamanho A4 (21 x 29,7 cm), com margens de no mínimo 2,5 cm. O texto deverá ser datilografado em espaço duplo, na fonte Arial 11. Todas as páginas devem ser numeradas, começando pela página de rosto.

A Revista aceitará para avaliação artigos em português, inglês ou espanhol. Disquetes serão solicitados em caso de aceitação dos artigos. Colaborações deverão ser enviadas para o seguinte endereço:

Revista HCPA
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350
CEP 90035-003
Porto Alegre, RS, Brasil

Todos os artigos serão avaliados por pelo menos dois revisores. Quando os revisores sugerirem modificações, os artigos serão reavaliados pelo Conselho Editorial depois da inclusão das modificações sugeridas. Quando um artigo for aceito para publicação o Conselho Editorial requisitará aos autores o envio de uma cópia em disquete (3½ polegadas) da versão final do artigo em Word. O texto em versão eletrônica deverá ser digitado sem formatação (sem estilos), alinhado à esquerda e sem separação de sílabas. O disquete deve ser identificado com data, nome e telefone do autor responsável e título abreviado do artigo.

Direitos autorais

Os autores cederão à Revista HCPA os direitos autorais das colaborações aceitas para publicação. Os autores poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações desde que indiquem claramente a Revista como o local da publicação original.

Uma cláusula prevendo a cessão dos direitos está incluída na Lista de Itens para Conferência da Revista HCPA, que deverá ser assinada por todos os autores e enviada juntamente com as quatro cópias da colaboração submetidas para avaliação pelo Conselho Editorial.

Página de rosto

As colaborações submetidas à Revista HCPA devem incluir uma página de rosto contendo as seguintes informações: TÍTULO da colaboração, em

português e em inglês (ou em espanhol e em inglês).

NOME completo dos autores, seguidos de credenciais e instituição a qual pertencem. Até CINCO unitermos com tradução para o inglês. Sempre que possível, os autores devem utilizar termos conforme os tópicos listados pelo Index Medicus (MeSH - Medical Subject Headings). ENDEREÇO completo, telefone e correio eletrônico (se disponível) do autor responsável pela correspondência.

Resumo

Os artigos originais e as comunicações devem conter obrigatoriamente um resumo estruturado, com tradução para o inglês. Portanto, o resumo deve explicitar os objetivos, métodos, resultados e conclusões e deve dar ao leitor uma descrição exata do conteúdo do artigo.

Os artigos de revisão e outras colaborações deverão apresentar resumos descritivos dos conteúdos abordados, de até 200 palavras, com tradução para o inglês.

Corpo do artigo

Os artigos originais e comunicações devem seguir o formato "IMRAD", ou seja, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão (e, opcionalmente, Conclusões). A introdução deve incluir o objetivo do trabalho, sua importância, a revisão da literatura pertinente e o desenvolvimento do assunto. A seção de Materiais e Métodos deve descrever as técnicas, estatísticas e outras formas de análise empregadas, de forma que

seja possível a outros autores a repetição do experimento descrito. Os Resultados devem apresentar simplesmente, sem avaliações, os dados obtidos a partir dos experimentos descritos em Materiais e Métodos. Na Discussão, os autores comentarão os resultados e sua relação com dados da literatura revisada e delinearão suas conclusões (a não ser em artigos em que as conclusões são apresentadas separadamente). Os aspectos novos e originais apresentados pelo artigo devem ser enfatizados. Os dados apresentados em sessões anteriores, como Introdução ou Resultados, não devem ser repetidos em detalhe na Discussão.

Agradecimentos

Uma nota de agradecimentos deve ser incluída no final do texto sempre que relevante, por exemplo, no caso de financiamento por alguma instituição específica. Pessoas que contribuíram para a pesquisa e para o artigo, mas cuja contribuição não justifica inclusão na lista de autores, devem ser mencionadas nesta seção.

Referências bibliográficas

As referências bibliográficas devem ser usadas para identificar a fonte de conceitos, métodos e técnicas derivadas de pesquisas, estudos ou experiências anteriores já publicadas; para embasar fatos e opiniões expressadas pelos autores; e para servir como guia para os leitores interessados em conhecer mais sobre pontos específicos descritos no artigo.

As referências devem ser listadas de acordo com a ordem de citação no texto.

Dentro do texto, as citações deverão ser indicadas entre parênteses: "Vários autores (1, 4, 7) observaram...". As referências que aparecem pela primeira vez em tabelas e figuras devem ser numeradas na seqüência das referências citadas na parte do texto onde a tabela ou a figura aparecem pela primeira vez. A seguir serão exemplificados os formatos para os diversos tipos de citação.

Artigos de periódicos

Artigo padrão

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.
Se o artigo tiver mais de seis autores, apenas os seis primeiros nomes serão listados, seguidos de "et al.":
Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

Organização como autor do artigo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

Artigos sem autor

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

Volume com suplemento

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Número com suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

Cartas ou outros tipos especiais de artigos

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996;347:1337.

Livros e outras monografias

Autor pessoal

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Editor ou compiladores como autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

Anais de congresso

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of

the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Artigo apresentado em congresso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Tese ou dissertação

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertação]. St Louis (MO): Washington Univ; 1995.

Outros tipos de materiais

Artigos de jornal

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col 5).

Audiovisuais

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassete]. St Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Artigos ou livros no prelo

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. No prelo 1996.

Material eletrônico

Artigo de periódico em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [série online] 1995 Jan-Mar [citado 1996 Jun 5]; 1(1):[24 telas]. Disponível de: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Monografia eletrônica

CDI, clinical dermatology illustrated [monografia em CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Tabelas e quadros

As tabelas e quadros devem ser datilografados em folhas separadas e numerados consecutivamente com números arábicos (tabela 1, tabela 2, quadro 1, etc.). Todas as tabelas e quadros devem ser referidos no texto. Abreviaturas devem ser explicadas em notas, no final das tabelas. As notas devem ser indicadas com letras sobrescritas.

Figuras e gráficos

Devem ser apresentados, em folhas separadas, com suas legendas, em desenho a nanquim, impressão a laser de computador, ou em fotografias que permitam boa reprodução gráfica. As figuras e gráficos devem ser referidos no texto e numerados consecutivamente com números arábicos (figura 1, figura 2, etc.).

Abreviaturas

O uso de abreviaturas deve ser mínimo, porém, sempre que utilizadas, as abreviaturas devem ser introduzidas imediatamente depois do termo a ser abreviado quando este aparecer pela primeira vez no texto. Em tabelas e figuras, todas as abreviaturas devem ser definidas na legenda. O título e o resumo não devem conter abreviaturas.

Experiências com seres humanos e animais

Trabalhos submetidos para avaliação pelo Conselho Editorial da Revista HCPA devem seguir os princípios relativos a experimentos com seres humanos e animais delineados nos seguintes documentos: Declaration of Helsinki; e Guiding Principles in the Care and Use of Animals (DHEW Publication, NIH, 80-23).

Além destes documentos internacionais, deverão ser seguidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e as resoluções normativas sobre pesquisa do HCPA.

A compilação destas normas foi baseada em: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Can Med Assoc J 1997;156(2):270-7.

LISTA DE ITENS PARA CONFERÊNCIA

Leia com cuidado as Normas para Publicação antes de completar a lista. Esta lista deve ser anexada ao artigo original e à versão revisada.

Nome do autor que recebe correspondência:

Data:

Telefone:

Fax/email:

PÁGINA DE ROSTO

- Título da colaboração;
- Nome completo dos autores, seguidos de credenciais e instituição a que pertencem;
- Endereço completo, telefone e correio eletrônico do autor que recebe as correspondências.

CORPO DO ARTIGO

- Resumos em português e inglês;
- Unitermos em português e inglês;
- Tabelas numeradas com números arábicos. Todas as abreviaturas foram explicadas em notas no final das tabelas e indicadas por letras sobrescritas.
- Figuras numeradas com números arábicos.
- O texto inclui todas as divisões principais: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados

e Discussão (e, opcionalmente, Conclusões).

- Nenhuma abreviatura está sendo utilizada no título ou no resumo.
- No texto, termos abreviados são escritos por extenso na primeira vez em que aparecem, seguidos da abreviatura entre parênteses. As mesmas abreviaturas são usadas consistentemente em todo o texto, tabelas e figuras.

- Pacientes são identificados por números, não por iniciais.

REFERÊNCIAS

- A lista de referências começa em uma página separada. Todas as citações são indicadas no texto em números arábicos, na ordem em que aparecem, entre parênteses.
- As referências foram

conferidas e formatadas cuidadosamente. Os títulos de periódicos foram abreviados conforme o Index Medicus.

- O nome de todos os autores foi listado em cada uma das referências. Quando há mais de seis autores, os seis primeiros nomes foram citados, seguidos de *et al.*

FORMATO GERAL

- O manuscrito está datilografado em espaço duplo, em folhas de tamanho A4 (21 x 29,7 cm), com margens de no mínimo 2,5 cm.
- Quatro cópias do texto, tabelas e figuras estão sendo enviadas à *Revista HCPA*.
- Esta lista foi preenchida, assinada por todos os autores e será enviada juntamente com as quatro cópias do texto e uma carta de apresentação dirigida ao Editor.

DIREITOS AUTORAIS

Ao assinar este formulário, os autores estarão cedendo os direitos autorais do artigo para a *Revista HCPA*. A republicação ou publicação resumida deste artigo é permitida desde que a *Revista* seja citada, em nota de rodapé, como fonte original de publicação. No espaço abaixo, o nome de todos os autores deve constar de forma legível. Cada autor deverá assinar e datar este formulário.

A quarterly journal published by Hospital de Clínicas de Porto Alegre since 1981.

Guidelines for Manuscript Submission

Revista HCPA publishes works in the biomedical area. Manuscripts submitted for evaluation by the Editorial Board are accepted in Portuguese, English, or Spanish. All manuscripts will be evaluated by the Editorial Board, based on reviews by two referees.

Information regarding submission and copies of the Guidelines for Manuscript Submission can be obtained from Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brazil, or from the Internet (www.hcpa.ufrgs.br/revista).

Contents of the Journal

Editorial. This section includes the Editor's comments regarding the contents of each issue, as well as the opinion of invited contributors regarding current topics or articles published in Revista.

Original articles. These are reports of original research presented so as to allow critical evaluation and duplication by other researchers. Articles submitted to this section can be observational, experimental, prospective or retrospective, descriptive or analytic. Manuscripts should not be longer than 20 pages.

Communications. Reports of preliminary results derived from ongoing observational or experimental research can be submitted to this section. Manuscripts should not be longer than 15 pages.

Special articles. These will be requested by the Editorial Board from invited contributors. Special articles cover current topics or topics of permanent interest,

including health policies, teaching, research, extra-curricular activities, and professional issues; also, clinical papers that express the experience of a group of professionals or the personal opinion of recognized professionals; and state-of-the-art reports on various fields. Special articles are not to exceed 25 pages.

Case studies. These describe new or unusual findings, or new insights regarding specific problems. Case studies must be succinct and are limited to a description of the facts observed. These contributions should not be longer than three pages, with a maximum of two illustrations and 15 references. Case studies are not a review of literature.

Grand Rounds. This section will bring a selection of relevant topics previously presented in Grand Rounds at Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Letters to the Editor. Letters regarding previously published papers or topics of interest. Not to

exceed two pages.

Preparation of Manuscripts

Manuscripts submitted to Revista HCPA should follow the Vancouver style (see *Can Med Assoc J* 1997;156(2):270-7). The Vancouver Group uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals can also be obtained at the Graduate and Research Group (GPPG) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Relevant details regarding this style are described in this guidelines.

Submission

Authors will send four copies of the manuscript along with a covering letter addressed to the Editor and a completed checklist. A copy of the checklist can be found after these instructions. Experimental papers will only be considered if authors include a copy of the written approval by the Ethics Committee of the institution in which the study was carried out. Manuscripts should be typed double-spaced, with 1 in (2.5 cm) margins, on A4 (21 x 29.7 cm) paper. All pages

must be numbered, beginning with the face page. If possible, authors should use Arial size 11 font. Articles can be submitted in Portuguese, English, or Spanish. Diskettes will only be requested from authors whose articles are accepted for publication. Collaborations should be mailed to:

Revista HCPA
Grupo de Pesquisa e Pós-
Graduação
Hospital de Clínicas de Porto
Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350
Largo Eduardo Zaccaro Faraco
CEP 90035-003 Porto Alegre, RS,
Brazil

All articles will be reviewed by two referees. Articles sent back to the authors for additions will be re-evaluated by the Editorial Board prior to acceptance. After acceptance, the Editorial Board will request an electronic copy of the article. This should be sent in a 3½ inch diskette. Text should be typed in Word for Windows, minimally formatted, aligned at left, without word separation. Diskettes should be labeled with date, name and telephone number of the corresponding author and abbreviated title.

Copyright

The copyright of articles published in Revista HCPA will be held by the journal. A copy of the checklist, signed by all authors, must be attached to all submissions. Authors can use the same results in collaborations submitted to other publications, provided that a footnote on the title page of the

secondary version acknowledges that the paper has been published in whole or in part and states the primary reference.

Face page

Manuscripts submitted to Revista HCPA must include a face page with the following information: TITLE; FULL name of all authors with credentials and institution of affiliation; Up to FIVE key words in English and Portuguese; the medical subject headings (MeSH) list of Index Medicus should be used. If suitable MeSH headings are not yet available for recently introduced terms, present terms may be used. Complete ADDRESS, telephone number, and email (if available) of the corresponding author.

Abstract

Original articles and communications must include a structured abstract, i.e., the abstract should describe objectives, methods, results, and conclusions, thus enabling readers to determine the relevance of the content of the article. Special articles and other collaborations must include descriptive abstracts of up to 200 words. Abstracts must be submitted in English and Portuguese.

Body of the article

Original articles and communications must be organized according to the "IMRAD" format: Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion. The introduction must state the objectives of the study being

described and its importance; also, a review of relevant literature and the development of the topic must be presented in the Introduction. In Materials and Methods, authors should describe in detail procedures, statistics, and other forms of analysis employed, so as to allow duplication of the experiment being described by other authors.

Results must present, without comments, the data obtained following the experiments described in Materials and Methods. In the Discussion, authors will comment on the results and the relationship with data from the review of literature. Conclusions will be described in this section (unless authors include a separate Conclusions section). New and original aspects presented in the article should be emphasized. Data presented in previous sections such as Introduction and Results should not be repeated exhaustively in the Discussion.

Acknowledgments

These should be included at the end of the manuscript if relevant, e.g., to acknowledge financial support. Persons who have contributed intellectually to the work but whose contributions do not justify authorship should be named in this section.

References

References should be included to identify the source of concepts, methods, and technical procedures previously described and published; to base facts and opinions; and to guide readers

interested in learning more about specific points mentioned in the article.

References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Inside the text, references will appear in parentheses: "As several authors (1, 4, 7) have noted...." References which appear for the first time in tables or figures must be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the text of the particular table or figure. Examples of different types of references are shown below:

Articles in journal

Standard journal article

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

If the article has more than six authors, the first six names should be cited followed by "et al.":
Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

Organization as author:

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

No author given

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

Volume with supplement

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Issue with supplement

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

Letters and other special articles

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.

Books and other monographs

Personal author(s)

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Editor(s), compiler(s) as author(s)

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Chapter in a book

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Conference proceedings

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of

EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Conference paper

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertation

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St Louis (MO): Washington Univ; 1995.

Other published materials

Newspaper article

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col 5).

Audiovisual material

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Forthcoming publications

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Electronic material

Journal article in electronic format

Morse SS. Factors in the

emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Monograph in electronic format

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Tables

Tables should be typed on separate pages and numbered consecutively using Arabic numerals (table 1, table 2, etc.). All tables must be mentioned in the text. Abbreviations should be explained in footnotes at the end of

the table. For footnotes, use superscript letters.

Figures

Should be submitted with their legends on separate pages. Figures should be professionally drawn or printed on a laser printer. All figures must be cited in the text and numbered consecutively using Arabic numerals (figure 1, figure 2, etc.).

Abbreviations

Abbreviations should be avoided. However, if used, they should be introduced in parentheses immediately after the term they stand for, when it appears in the text for the first time. The title and the abstract should not contain abbreviations. In tables and

figures, all abbreviations should be defined in footnotes or in the legend.

Human and animal experiments

Authors should follow the Declaration of Helsinki and the Guiding Principles in the Care and Use of Animals (DHEW Publication, NIH, 80-23). The editors have the right not to accept papers if the principles described in these documents are not respected.

Compilation of these guidelines was based on: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Can Med Assoc J* 1997;156(2):270-7.

REVISTA HCPA

CHECKLIST

Please read the guidelines for manuscript submission before completing this list. Attach the completed list to the original manuscript and to the revised version.

Corresponding author:

Date:

Telephone:

Fax/email:

FACE PAGE

- Title of the article;
- Full names of all authors, with credentials and institutional affiliation
- Full address, telephone and email of corresponding author.

BODY OF THE ARTICLE

- Abstract and key-words in English and Portuguese;
- Tables are numbered with Arabic numerals. All abbreviations have been explained in notes at the end on the table and indicated with superscript letters.
- Figures are numbered with Arabic numerals.

- The text is organized according to the IMRAD style.
- There are no abbreviations in the title or summary.
- In the text, terms to be abbreviated are written out the first time they appear, followed by abbreviation in parentheses. The same abbreviations are used consistently throughout the article, and in the tables and figures.
- Patients are identified by numbers, not by initials.

REFERENCES

- The reference list starts on a separate page. All citations are indicated in the text with Arabic numerals, in order of appearance.
- References were checked and carefully formatted. Titles of

journals were abbreviated according to the Index Medicus.

- The names of all authors were listed in each reference. When there are more than six authors, the six first names have been listed, followed by *et al.*

GENERAL FORMAT

- The manuscript is typed double-spaced on A4 (21 x 29.7 cm) pages with 2.5 cm margins.
- Four copies of the text, tables and figures are being sent to *Revista HCPA*.
- This list was completed and signed by all authors, and will be included with the copies of the manuscript and a covering letter addressed to the Editor.

COPYRIGHT

When signing this form authors will be transferring copyrights to *Revista HCPA*. Authors are allowed to resubmit or submit a condensed version of this same article to other publications, provided that a footnote on the title page of the secondary version acknowledges that the paper has been published previously and states the primary reference. Below, please write the names of all authors. Each author must sign and date this form.