

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

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

**Rita de Cássia Ramos Louzada**

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

**João Ferreira da Silva Filho**

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

#### Referências

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

## Uso de fluoxetina no transtorno delirante – subtipo somático

Sr. Editor,

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

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

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

diversas semelhanças entre os mesmos.<sup>2</sup>

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

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

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

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

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

**Susana Carolina Batista-Neves, e Ângela Miranda-Scippa**

Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário Professor Edgard Santos

Universidade Federal da Bahia

**Aline Santos Sampaio**

Departamento de Psiquiatria da Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo

#### Referências

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