

## carta aos editores

**Qualidade de vida em pacientes neoplásicos: estudo transversal**

Sr. Editor;

O câncer e seus tratamentos alteram a qualidade de vida (QV), gerando estresse, desordens afetivas no trabalho e nos momentos de lazer em 25% a 70% dos pacientes. Destes, 85% apresentam depressão ou ansiedade como sintoma principal.<sup>1,2</sup> A maioria dos autores tem utilizado instrumentos não padronizados, dificultando avaliações consistentes. Este estudo identifica grupos de maior risco para a QV em pacientes neoplásicos.

Em 2002, foram selecionados 107 pacientes com tumores de variados sítios e diagnósticos histopatológicos em dois hospitais gerais de Pelotas, RS. Aplicou-se um questionário para informações sociodemográficas e sobre o tumor. Para transtornos psiquiátricos menores, utilizou-se o SRQ-20, para a QV, o SF-36, e para a depressão, o BDI. O teste do qui-quadrado foi empregado para comparações entre as proporções.

Os tumores prevalentes foram de pele (38,8%) e gastrointestinais (23,4%), havendo outras localizações (Tabela). Metástases apareceram em 35,5% dos casos. Homens perfazem 55,1%, tendo 71% primeiro grau incompleto e 11,2% são analfabetos. Homens apresentaram pior QV no Aspecto Físico (AF) ( $p=0,02$ ). A depressão foi prevalente em pacientes com metástases, que apresentaram pior Estado Geral de Saúde (EGS) ( $p=0,003$ ). Aqueles com tumores gastrointestinais apresentaram mais depressão ( $p=0,04$ ), e sua QV foi pior nos domínios AF ( $p=0,04$ ) e Aspecto Emocional (AE) ( $p=0,02$ ). Pacientes que disseram sentir dor tiveram mais depressão ( $p<0,05$ ) e índices baixos nos domínios do SF-36. Sobrevida acima de 24 meses (70%) associou-se com baixa QV no domínio AE ( $p=0,006$ ).

O estudo incluiu todos os pacientes que procuraram os serviços de oncologia dos hospitais referidos, o que atenua viés

de seleção. Em contraste com a literatura, este estudo incluiu pacientes com diversos tipos histológicos, permitindo a comparação da QV entre pacientes com diferentes tipos de tumores. Tumores gastrointestinais associaram-se com depressão e baixos índices na QV nos domínios AF e AE, o que pode relacionar-se à maior limitação física ocasionada por alterações devidas ao tratamento (colostomia), como sintomas obstrutivos, dor, vômitos.<sup>3</sup> Sobrevidas acima de 24 meses apresentaram AE mais comprometido, provavelmente por maior contato com a doença, aumentando o risco de novos procedimentos e de recidivas. Maior incidência de estresse emocional ocorre em pacientes com doença terminal.<sup>4</sup> A dor afetou a QV em todos os domínios, atingindo mais os domínios AE e EGS. Os dados convergem com a literatura e são expressivos para planejar os tratamentos. Metástases influenciaram a QV negativamente, onde o EGS e o AS foram os mais prejudicados, provavelmente porque metástase significa doença avançada para qualquer um dos diagnósticos agrupados.<sup>5</sup>

**Camilla D P Acosta**

Curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas

**Raul Jablonski Junior**

**Bernardo L Horta**

**Paulo L R Sousa**

**Ricardo A Silva**

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento,  
Universidade Católica de Pelotas

**Referências**

1. Deitos TFH, Gaspary JFP. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. Rev Bras Cancer 1997;43(2):117-26.
2. Kovács MJ. Sofrimento psicológico de pacientes com câncer avançado em programas de cuidados paliativos. Bol Psicol 1998;48(109):25-47.
3. Mannix AK. Gastrointestinal Symptoms. In: Doyle D, Hanks GWC,

**Tabela - Depressão e domínios da QV de acordo com gênero, tipo de tumor, presença de dor, tempo de doença, estadiamento.**

Depressão	CF (%)	AF (%)	Dor (%)	EGS (%)	V (%)	AS (%)	AE (%)	SM (%)	N (%)
Sexo	P=0.31	P=0.42	P=0.02	P=0.30	P=0.48	P=0.63	P=0.29	P=0.72	P=0.57
Masculino	15.3	32.2	74.6	27.1	10.2	27.1	18.6	32.2	25.4
Feminino	22.9	39.6	54.2	18.8	14.6	31.3	27.1	35.4	20.8
Diagnóstico agrupado	P=0.04	P=0.76	P=0.04	P=0.83	P=0.70	P=0.34	P=0.38	P=0.02	P=0.26
Cabeça e pescoço	16.7	27.8	66.7	27.8	5.6	16.7	16.7	27.8	22.2
Gastrointestinal	32.0	48.0	88.0	28.0	20.0	40.0	36.0	60.0	36.0
Genitourinário	7.1	28.6	71.4	21.4	14.3	21.4	14.3	14.3	7.1
Pele + partes moles	9.1	33.3	48.5	24.2	9.1	33.3	24.2	30.3	27.3
Ginecológico	4.7	33.3	66.7	8.3	8.3	33.3	16.7	33.3	16.7
Outros	0.0	40.0	40.0	20.0	20.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Sente dor	P=0.05	P=0.002	P=0.002	P=0.00	P=0.009	P=0.02	P=0.181	P=0.005	P=0.014
Sim	25.9	50.0	79.6	46.3	20.4	38.9	27.8	46.3	33.3
Não	11.3	20.8	50.9	0.0	3.8	18.9	17.0	20.8	13.2
Tempo de doença (meses)	P=0.83	P=0.483	P=0.09	P=0.21	P=0.95	P=0.25	P=0.831	P=0.006	P=0.07
1 - 12	20.0	38.6	71.4	27.1	12.9	28.6	21.4	35.7	22.9
13 - 24	14.8	25.9	48.1	11.1	11.1	22.2	22.2	14.8	14.8
Acima de 24	20.0	40.0	70.0	30.0	10.0	50.0	30.0	70.0	50.0
Estadiamento	P=0.13	P=0.13	P=0.18	P=0.59	P=0.03	P=0.65	P=0.09	P=0.16	P=0.13
Com metástase	26.3	44.7	73.7	26.3	21.1	31.6	31.6	42.1	31.6
Sem metástase	14.5	30.4	60.9	21.7	7.2	27.5	17.4	29.0	18.8

- McDonald N. Oxford textbook of paliative medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 491-525.
4. Vachon LSM. The emotional problems of the patient. In: Doyle D, Hanks GWC, McDonald N. Oxford textbook of paliative medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 883-907.
  5. Stetler-Stevenson WG, Kleiner D. Molecular biology of cancer: invasion and metastases. In: Devita V, Hellman S, Rosenberg S. Principle and practice of oncology. 6<sup>th</sup> ed. Lippincott-Raven; 1999. p. 123-36.

## Aspectos éticos envolvidos na seleção de pacientes na pesquisa em psiquiatria

*Sr. Editor,*

Durante o recrutamento de voluntários para um estudo multicêntrico que está sendo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para testar a eficácia de um novo antidepressivo, surgiu uma situação bastante peculiar envolvendo pesquisa e assistência. A divulgação do estudo foi realizada através de um jornal local e de cartazes colocados no próprio hospital. A pré-triagem foi realizada inicialmente por um dos médicos que compõem a equipe de pesquisadores, via telefone. Nesse momento, foi verificado se os potenciais voluntários preenchiam os critérios de inclusão do estudo, entre eles a presença de episódio depressivo unipolar ativo. Nesta entrevista telefônica inicial, algumas pessoas que não eram elegíveis para o estudo apresentaram sintomas indicativos de situação de risco, como ideação suicida, por exemplo, gerando um questionamento sobre os limites de atuação dos médicos pesquisadores frente a uma situação como esta. Cabe ressaltar que o suicídio é responsável por cerca de 1% de todas as mortes, sendo a depressão um dos fatores de risco mais importantes.<sup>1</sup> A questão que suscita uma reflexão ética sobre este assunto é a atitude em relação ao paciente que está supostamente em risco, mas não preenche os critérios para inclusão no estudo. Este questionamento foi levado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

A abordagem ética desta questão remete, primeiramente, ao dever de proteção aos sujeitos de pesquisa, dever este que precede até mesmo o primeiro contato com os possíveis participantes. No caso em questão, o dever de proteção é extensivo àqueles que não preenchem os critérios de inclusão do estudo. A justificativa para a preocupação com os indivíduos que não foram considerados elegíveis está baseada no fato de que o contato para verificar a possibilidade de inclusão no estudo gera um vínculo com o pesquisador.

O vínculo estabelecido neste primeiro contato resulta no comprometimento do pesquisador para com uma pessoa que apresenta um indicativo ou que está efetivamente em risco. Nesta condição, o pesquisador não tem uma obrigação assistencial para com estas pessoas, mas não fica isento de procurar uma alternativa, ou seja, não pode omitir-se de oferecer ajuda. A omissão caracterizaria a consideração dos possíveis sujeitos de pesquisa apenas como um meio e não como um fim em si

mesmos, ferindo um dos mais importantes princípios éticos que é o respeito à pessoa.<sup>2</sup>

Uma vez reconhecido que o pesquisador deve oferecer ajuda às pessoas que não preenchem os critérios de inclusão, mas apresentam algum tipo de risco identificável na entrevista, outra questão que se coloca é quanto aos limites de atuação do pesquisador. A recomendação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA foi de que os pesquisadores sugerissem fortemente que a pessoa buscasse ajuda e indicassem, caso solicitado, instituições ou profissionais que teriam condições de atendê-los. O pesquisador não deve intervir, mas, se não adotar uma postura ativa no sentido de orientar adequadamente os pacientes na busca do atendimento, pode prejudicá-los em função da mobilização decorrente da entrevista. Dentre os ensinamentos de Hipócrates encontra-se a priorização pela ajuda ao paciente e a busca de atos que não os prejudiquem.<sup>3</sup>

**Benício Noronha Frey**

**Flávio Kapczinski**

Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal e Laboratório de Psiquiatria Experimental do HCPA

Departamento de Bioquímica, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, UFRGS

**Marcia Mocellin Raymundo**

**José Roberto Goldim**

Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do HCPA  
Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

## Referências

1. Roy A. Suicide. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2000. p. 2031-9.
2. Kant I. Fundamentos da metafísica dos costumes. Rio de Janeiro: Ediouro.
3. Hippocrates. Hippocratic writings. London: Penguin; 1983.

## Lista de espera para tratamento de transtornos alimentares na infância e na adolescência

*Sr. Editor,*

Não há dados que revelem as taxas de incidência/prevalência dos transtornos alimentares no Brasil. Por outro lado, a realização de estudos epidemiológicos exige a utilização de instrumentos validados, inexistentes no País. Portanto, em curto prazo, não teremos acesso a informações sobre o impacto desses transtornos.

Essa carta apresenta dados da lista de espera de um serviço especializado em transtornos alimentares em jovens, na cidade de São Paulo, para expor uma demanda não atendida.

O diagnóstico alimentar provável do jovem em lista de espera foi estabelecido por entrevista telefônica com seu responsá-

**Tabela** – Dados dos jovens em lista de espera.

Diagnóstico provável	Freq.****	Porc.*****	Idade média (em anos)	IMC médio (em kg/m <sup>2</sup> )	Proporção sexo masculino/feminino	Fora da cidade/ dentro do Estado*****	Fora do Estado*****
Anorexia nervosa	20	40,8	14,7	14,97	1/19	30,0	25,0
Bulimia nervosa	10	20,4	16,4	20,96	0/10	10,0	0
TASOE*	5	10,2	15,4	20,30	1/4	0	0
Comer restritivo	3	6,1	10,0	12,87	1/2	0	0
Comer seletivo	6	12,2	9,2	16,14	4/2	0	0
Fobia alimentar	2	4,1	12,5	14,19	1/1	50,0	0
VAOPP**	1	2,0	13,0	15,42	0/1	0	0
CR + CS***	1	2,0	12,0	15,20	1/0	0	0
Dado perdido	1	2,0	4,0	22,22	1/0	0	0
Total	49	100,0	13,8	16,86	10/39	16,3	10,2

\*TASOE = transtorno alimentar sem outra especificação (DSM-IV)

\*\*VAOPP = vômitos associados a outras perturbações psicológicas (CID-10)

\*\*\*CR + CS = comorbidade comer restritivo e seletivo

\*\*\*\*Freq. = frequência do diagnóstico em lista de espera

\*\*\*\*\*Porc. = porcentagem do diagnóstico na lista de espera

\*\*\*\*\*porcentagem de jovens residentes fora da cidade de São Paulo e dentro do Estado de SP

\*\*\*\*\*porcentagem de jovens residentes fora do Estado de SP

vel legal, na qual se pesquisaram critérios diagnósticos para transtornos alimentares segundo o DSM-IV, outros sinais, sintomas e dificuldades alimentares, peso, altura, sexo, idade e cidade de residência do jovem.

O tempo de atendimento médio por paciente no serviço foi calculado pela média aritmética do tempo de atendimento dos primeiros 15 indivíduos atendidos e resultou em 9,73 meses. Usando-se esse dado, foi feita uma estimativa do tempo para atender os indivíduos da lista, que foi de 22 meses de espera por candidato.

Existem 49 jovens em espera (Tabela). Desses, 38,78% são meninas com o diagnóstico provável de anorexia nervosa, com idade e IMC médios de 14,68 anos e 14,89 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente, quando o IMC mínimo (3º. percentil) para a idade de 14,7 anos, em meninas, é de 15,8 kg/m<sup>2</sup>, segundo a curva do CDC.<sup>1</sup> Segundo Lask,<sup>2</sup> IMC abaixo do 3º. percentil é critério para tratamento em regime de internação. Portanto, essas jovens têm o IMC, em média, uma unidade abaixo daquele a partir do qual a internação pode estar indicada. O panorama torna-se mais desolador com a espera para atendimento de 22 meses, em média. Sabe-se que, quanto maior a duração do quadro de anorexia nervosa, maiores os riscos de cronificação,<sup>3</sup> de seqüelas e de mortalidade.<sup>4</sup>

Também é importante ressaltar que mais da metade dos jovens com diagnóstico provável de anorexia nervosa reside fora da cidade de São Paulo e um quarto deles, fora do Estado (Tabela). Esse dado explicita o quão mobilizadora a doença pode ser, levando famílias a procurarem recursos fora do Estado de origem; além de denunciar a impossibilidade de atendimento local adequado.

Dos indivíduos em espera, 61,2% apresentam quadros típicos de transtornos alimentares. Esse achado se contrapõe aos dados de literatura que afirmam que, em adolescentes, são mais comuns quadros atípicos.<sup>5</sup> Isso pode ser reflexo da demora na procura por serviço especializado, uma vez que síndromes parciais podem evoluir para completas com a ação do tempo e a ausência de tratamento adequado. Essa possibilidade também traz uma questão ética relevante: priorizar o atendimento daqueles com patologia mais grave e postergar o atendimento dos menos graves pode determinar um agravamento dos quadros inicialmente mais simples.

Pelo exposto, fica evidente que o serviço não tem condições atuais de atender essa demanda. De fato, é necessária a criação de novos serviços especializados, inclusive fora da cidade de São Paulo.

**Tatiana Moya**

**Bacy Fleitlich-Bilyk**

Projeto de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e na Adolescência (PROTAD)  
Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

## Referências

1. CDC Growth Charts: United States. Body mass index-for-age percentiles: Girls, 2 to 20 years. Published May 30, 2000. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/growthcharts/set1/chart16.pdf>
2. Lask B. Overview of management. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. 2<sup>nd</sup> ed. Hove, East Sussex: Psychology Press; 2000. p. 167-85.
3. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmulker G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1025-30.
4. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. Int J Eat Disord 2000;28:20-6.
5. Bunnell DW, Shenker IR, Nussbaum MP, Jacobson MS, Cooper P, Phil D. Subclinical versus formal eating disorders: differentiating psychological features. Int J Eat Disord 1990;9:357-62.

## Nem sempre a citação paga o impacto

*Sr. Editor,*

O editorial da professora Clarice Gorenstein neste último número da RBP é oportuno e inteligente na medida em que discute, entre outros aspectos, umas das mensagens do artigo de Lawrence:<sup>1</sup> nem toda publicação, mesmo em periódico com alto fator de impacto, representa, necessariamente, uma contribuição científica. Num processo de seleção natural, como, por exemplo, na luta para obter verbas para pesquisa ou dispu-

tar um cargo universitário, publicar representa a sobrevivência do mais apto, mas não a garantia de que seus genes – as descobertas (caso existam, pois, atualmente, a maioria das publicações são “replicações” de outras) – representem real contribuição científica i.e serão transmitidas para uma geração seguinte. O ditado em inglês “publish or perish” não seria a melhor expressão deste problema?

O editorial da professora Clarice junta-se assim aos vários comentários que se seguiram ao festejado artigo, muitos publicados na própria Nature. Dentre eles destacamos o de um certo Colquhoun,<sup>2</sup> do qual certos trechos merecem ser simplesmente transcritos quase *ipsis literis*: “o artigo de PA Lawrence sobre a “journal mania” e a tirania dos fatores de impacto foi como uma brisa de ar fresco... uma vez que a linha divisória entre cientistas e burocratas é as vezes muito tênue, e é bom lembrar que Eugene Garfield, o inventor do fator de impacto, chamou a atenção que o mesmo não serve para classificar pessoas..” Citando um importante estudo feito por Seglen,<sup>3</sup> o autor da carta chama a atenção que há um outro fator a ser considerado: as taxas de citações de artigos não se correlacionam com o fator de impacto dos periódicos nos quais os mesmos foram publicados, pois os mesmos obtêm seus altos índices de citações graças a uns poucos artigos. O próprio Colquhoun cita-se como exemplo: seu artigo na Nature (fator de impacto 27,9) teve somente 57 citações, mas um outro publicado no *Philosophical Transactions of the Royal Society* (fator de impacto 3,1) recebeu mais de 400...

Em outras palavras: a publicação de um artigo em revista com alto fator de impacto pode representar uma condição necessária, mas não suficiente para garantir que tenha boa qualidade científica. Esta só pode ser devidamente avaliada se, na sua trajetória, o artigo for muito citado, pois, se isso aconteceu, o mesmo deve ter sido lido e produzido algum efeito de propagação do conhecimento. Afinal, de que adianta um artigo publicado em uma revista de alto impacto se ninguém o lê?

De fato, já havíamos chamado a atenção<sup>4</sup> que uma produção científica deve ser avaliada não só a partir do impacto das publicações, mas também através de sua repercussão na literatura, isto é, por meio da análise de citações, ambas hoje bastante acessível através da *webofscience*. Além disso, também não basta simplesmente “multiplicar pelo fator de impacto” para se saber o valor de uma publicação científica, uma vez que outras variáveis devem ser levadas em consideração. Neste sentido Petroianu propôs que uma fórmula que permite analisar o valor de uma publicação científica segundo outros parâmetros, tais como, o tipo de publicação (e.g. uma revisão da literatura teria peso 40, um trabalho de pesquisa clínica 70, mas um artigo que altere um conceito estabelecido teria peso 90) bem como o número de autores e a posição de cada um deles no trabalho.<sup>5</sup>

**Helio Elkis**

Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## Referências

1. Lawrence P. The politics of publication. *Nature* 2003; 422:259-61.
2. Colquhoun D. Challenging the tyranny of impact factors. *Nature* 2003;423:479 [letter].
3. Seglen PO. Why the impact factor of journals should not be used for evaluating research. *BMJ* 1997; 314 (7079):497.
4. Elkis H. Fatores de impacto de publicações psiquiátricas e produtividade científica. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(4):231-6.
5. Petroianu A. Critérios quantitativos para analisar o valor da publicação de artigos científicos. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49(2):173-6.

## Comentário sobre 'Quem paga o impacto'

*Sr. Editor,*

Gostaria de parabenizar a Revista Brasileira de Psiquiatria pelo Editorial “Quem paga o impacto”. As reflexões trazidas pela autora são oportunas e necessárias. Entretanto, eu gostaria de trazer à luz o reverso da moeda, ou seja, “quem paga a ausência de impacto?”. Entendo que um atributo das instituições ligadas ao ensino e à pesquisa é produzir conhecimentos inovadores e disponibilizá-los ao escrutínio da comunidade científica internacional. Este tipo de produção gera “impacto” no meio científico. Quando esta missão não é cumprida, o risco é produzir materiais pouco divulgados e, portanto, destituídos de sua razão social. Neste cenário, a sociedade como um todo, que ampara a pesquisa em centros universitários, paga a ausência de impacto. Esta foi a realidade predominante no cenário médico nacional por longos anos – validou-se o conhecimento paroquial ditado e mantido por catedráticos, senhores do saber, à feição dos “Letrados Chineses”, estudados por Gramsci<sup>1</sup>. Ao longo das últimas décadas, determinados centros universitários do Brasil evoluíram para a condição de pertinência ao debate científico internacional.

É importante frisar que, neste debate, são construídas as “verdades provisórias” que chamaremos em ciência de “estado da arte”. Nunca seria demasiada a ênfase no caráter provisório destas verdades. Ao aceitarmos a premissa de Popper,<sup>2</sup> onde nenhuma hipótese pode ser provada, mas sim rejeitada enquanto verdade, aceitamos uma ciência em permanente movimento. A validação do fazer de um cientista ou grupo de cientistas está na sua habilidade de produzir algum tipo de impacto no debate científico, na sua habilidade de alterar “verdades provisórias” que, num determinado momento histórico, foram chamadas de fatos científicos ou evidências. Entretanto, a construção do saber científico não se faz no éter. Estão sempre presentes disputas comezinhas de paróquias, interesses econômicos, nações e indivíduos. O grande desafio de quem está preocupado em fazer ciência ou ensiná-la aos mais jovens é não ignorar o caráter provisório e sempre manipulável do dito “saber científico”. É de autoria do antropólogo Bourdieu<sup>3</sup> um conceito que bem caracteriza as tensões constituintes do que chamamos de fatos, verdades ou evidências: “Se é que existe uma verdade, é que a verdade

está em permanente disputa”. Esta disputa, ao meu ver, é a essência do debate científico. Está sujeita a todos os tipos de pressões e vieses de ordem econômica, ideológica e pessoal. Infelizmente, nem sempre o mérito científico é o determinante maior do impacto de uma determinada idéia neste debate. Precisamos do espírito crítico, que nos permite avaliar “quem paga o impacto”, que nos resguarda do simplismo que seria conferir a indicadores numéricos a medida do que almejamos enquanto cientistas.

Porém, a busca do debate em alto nível sempre deve nortear o fazer da ciência. Só o impacto do conhecimento inédito, amplamente divulgado, submetido ao escrutínio da comunidade científica como um todo, tem o poder de cindir antigas “verdades”, torná-las improváveis e, eventualmente, expô-las como um equívoco. Só assim passamos da aceitação passiva ao questionamento. Do dogmatismo à ciência.

**Flávio Kapczinski**

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS,  
Coordenador do Laboratório de Psiquiatria, Centro de  
Pesquisa, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

## Referências

1. Forgacs D, editor. *The Antonio Gramsci reader: selected writings (1916-1935)*. New York: New York University Press; 2000.
2. Popper KR. *The logic of scientific discover*. 15ª ed. London: Routledge; 2002.
3. Schwarz D. *Culture and power: the sociology of Pierre Bourdieu*. Chicago: University of Chicago; 1997.

## Clarice Gorenstein responde aos autores:

Gostaria de agradecer às contribuições dos colegas Professores Helio Elkis e Flávio Kapczinski, que acrescentaram questões interessantes à reflexão que o editorial faz. Considero importante ressaltar que as ponderações críticas ao sistema de avaliação atual da produção científica são no sentido de destacar o que esse sistema tem de vulnerável e apontar aspectos que precisam ser aprimorados.

Afinal, como dizia Winston Churchill, “*Democracy is a very bad form of government. Unfortunately all the others are so much worse*”. Ou seja, se esse é o sistema que temos, a comunidade acadêmica precisa estar atenta a suas particularidades para aperfeiçoá-lo cada vez mais.

**Clarice Gorenstein**

Departamento de Farmacologia, Instituto de Ciências  
Biomédicas, Universidade de São Paulo  
Laboratório de Psicofarmacologia, Instituto de Psiquiatria,  
HC-FMUSP

## Basal ganglia hemorrhagic ablation causing temporary suppression of trichotillomania symptoms

*Dear editor;*

We read with interest the recent report of a basal ganglia hemorrhagic ablation causing suppression of obsessive-compulsive symptoms.<sup>1</sup> We had a similar case, but in a patient with trichotillomania, nowadays considered as a disorder of the obsessive-compulsive spectrum,<sup>2,3</sup> we would like to describe our case (consented by the patient) and discuss some aspects of both cases.

The patient is a 64-year-old white man with DSM-IV diagnosis of trichotillomania and skin picking. He came to our service in 1995 with a history of an itching and burning sensation on the face, eyelids, eyebrow and head that made him pick his skin and pull out the hair of those areas. Clomipramine 150 mg/day caused marked improvement, but with important side effects. Clomipramine was discontinued and fluoxetine was introduced up to 70 mg/day. Due to poor response, clomipramine 125 mg/day was associated, but the patient still had only partial response. In June, 2000 the patient had a stroke (right frontal and parietal subcortical areas according to computed tomography) and was hospitalized. At that time all psychiatric medications were withdrawn and the patient was free of symptoms for the first time in years. This period lasted for 6 months, when the symptoms gradually reappeared. Currently, he is taking clomipramine 200 mg/day and carbamazepine 600 mg/day with marked improvement.

The ablation case of Yariura-Tobias and ours strongly suggest a role for basal ganglia in the maintenance of symptoms of OCD and also of OC spectrum disorders. Some basal ganglia structures may be involved mainly with cognitions (e.g., caudatus), while others with motor aspects (putamen) in the maintenance of symptoms.<sup>4</sup> Looping may be generated in some specific neuronal circuits, leading patients to repetitive thinking (obsessions) and behaviors (compulsions). As basal ganglia are linked to other structures, such as amygdala, thalamus, and others, anxiety and emotional aspects may be both activated by and triggers of OC symptoms.<sup>4,5</sup> When hemorrhagic ablation occurs, many structures or circuits may be affected, whilst in the surgical approach is done, although many circuits could also be affected, it is easier to suppose what are those structures. Surgical reports of refractory-OCD patients shows that it is important to proceed to bilateral intervention, and, for some patients, more than once at the same target area.<sup>6,7</sup> This aspect of surgical intervention prevents relapse of OC symptoms, differently from unilateral proceedings, when symptoms may relapse from 6 months to 5 years later.<sup>6,7</sup> If bilateral hemorrhagic ablation had had occurred, neurological consequences could be so important that patients wouldn't survive. When the 'ablation' is surgical, few side-effects are described and, when they exist, can be controlled with adequate treatment. Nevertheless, cases as these must be reported to guide possible future therapeutical interventions.

The answer to what is the exact role of basal ganglia structures on OCD and OC spectrum disorders could support the clinical impression that trichotillomania is a kind of OCD or that it belongs to the OC spectrum. Other questions still remain, as how unilateral hemorrhagic ablation observed in these cases could significantly reduce, although temporarily OC symptoms. Could a unilateral lesion on non-predominant cerebral hemisphere cause the same temporary cessation of symptoms? Could the side of the lesion interfere with some kinds of symptoms, but not with others? Which neuronal looping circuits would be involved and which assumes secondarily the maintenance of symptoms?

Larger, placebo-controlled, double-blind studies are necessary to better define a role for neurosurgical approaches of basal ganglia to suppress OC symptoms, expanding our options for treating OC and related spectrum disorders, specially for refractory patients.

**Ygor Arzeno Ferrão**

Ambulatory for Obsessive-Compulsive Disorders, Mother-Child Presidente Vargas Hospital, Porto Alegre

**Bruno Scheidt**

Foundation Federal School of Medical Sciences of Porto Alegre

## References

1. Yariura-Tobias JA, Neziroglu F. Basal ganglia hemorrhagic ablation causing temporary suppression of obsessive-compulsive symptoms. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(1):40-2.
2. Hollander E, Wong CM. Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *J Clin Psychiatry* 1995;56 Suppl 4:3-6.
3. McElroy SL, Phillips K, Keck PE. Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55 Suppl 10:33-51.
4. Saxena S, Bota RG, Brody AL. Brain-behavior relationships in obsessive-compulsive disorder [review]. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001;6(2):82-101.
5. Zald DH, Kim SW. Anatomy and function of the orbitofrontal cortex, I: anatomy, neurocircuitry, and obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry* 1996;8(2):125-38.
6. Mindus P, Jenike MA. Neurosurgical treatment of malignant obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clin North Am* 1992;15(4):921-38.
7. Jenike M. Neurosurgical treatment of obsessive-compulsive disorder. *British J Psyc* 1998;173(Suppl 35):79-90.

## Yaryura-Tobias responde aos autores:

*Dear Editor,*

I read with utmost interest, Dr. Ferrao's article entitled "Basal Ganglia Hemorrhagic Ablation Causing Temporary Suppression of Trichotillomania Symptoms". It is my opinion that Skin Picking and Trichotillomania are two conditions that may be part of the Obsessive-Compulsive Disorder Spectrum, under special circumstances.

Otherwise these coexisting conditions borderland impulsive and habit-forming pathology. The common denominator in our cases is the suppression of OCD and Skin Picking/Trichotillomania symptoms, caused by brain borderland. It is important to notice that when the borderland reabsorbed the symptoms return. How can we explain that a unilateral ablation suppresses the symptoms has yet to be explained.

**Yaryura-Tobias**

Medical Director

Bio-Behavioral Institute

NYU Professor of Psychiatry