

E R R A T A

Página 9, item 4º, leia-se potencial de ação, invés de ação potencial.

Página 126, 2º parágrafo, leia-se Tabela 40, invés de Tabela 39.

Página 130, na legenda da Tabela 39, leia-se nº de pacientes distribuidos quanto a sexo, invés de nº de pacientes, apenas.

MARA APARECIDA ALVES CABRAL

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DO LÍLIO NUMA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA LIGADA A UM
HOSPITAL-ESCOLA, NA CIDADE DE CAMPINAS - S.P.

Dissertação de mestrado apre-
sentada à Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual
de Campinas - S.P.

Orientador: Prof. Dr. Isac Germano Karniol

Campinas - 1982

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

A meu pai (in memoriam)

A minha mãe

Aos meus pacientes

"Sim, prefiro o risco do manicômio ao risco do cárcere. Prefiro acreditar demais — sem fanatismo ou intolerância — a ter pouca fé. Se tenho que errar, quero errar achando que esta é uma grande vida, misteriosa, complicada, maravilhosa, e não cair no erro oposto de vê-la menor e mais simples do que a minha imaginação".

J. B. Priestley, em *O Homem e o Tempo*

"... Os tristes e alegres sofrimentos da gente ..."

João Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

A meu pai (in memorian) e a minha mãe, que com sacrifícios imensos ajudaram-me na realização de meu desejo mais profundo — ser médica.

Ao Dr. Aníbal Silveira (in memorian), "um grande mestre em minha vida", cujo exemplo de humildade, sabedoria e trabalho, tem sido por demais influente em tudo o que faço, por tudo o que dele recebi.

Ao Prof. Dr. Maurício Knobel, pelos ensinamentos recebidos, pelas "portas" que me abriu, e pela liberdade profissional concedida à realização do meu trabalho.

Ao Dr. Isac Germano Karniol, pela orientação a essa Dissertação de Mestrado, e pelo convívio científico que me proporcionou.

Ao Dr. Durval Checchinato, pela amizade, pelo aprendizado, por ter dividido comigo o árduo, mas gratificante trabalho terapêutico junto aos nossos pacientes.

Ao Prof. Aquiles Eugênio Piedrabuena, pela orientação carinhosa na análise estatística dos dados desse trabalho.

Ao Prof. Dr. João Potério Filho, pela compreensão e orientação segura em muitos momentos difíceis.

Ao Dr. Quivo Tahin e ao Dr. Waldir Murari, pela colaboração nas dosagens de lítio, e outros exames complementares.

À técnica Eliete B. Silva, pela atenção dedicada aos pacientes, e pela colaboração a mim prestada.

À "FAPESP", pela concessão de uma verba para aquisição de um filtro especial, para dosagens das litemias.

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUÇÃO	1
A. Considerações preliminares	1
B. Histórico do lítio	3
C. Mecanismo de ação, propriedades físico-químicas, distribuição na natureza, utilização comercial do lítio	8
D. Metabolismo do lítio: Absorção, distribuição, ex- creção	12
E. Indicações do tratamento com lítio em psiquiatria e em outras desordens não psiquiátricas	14
F. Critérios de seleção de pacientes para tratamento psiquiátrico com lítio, segundo diversos autores..	19
G. Contra-indicações e cuidados em relação ao uso do lítio, como medicação psiquiátrica	24
H. Interação do lítio com outras drogas terapêuticas.	29
I. Efeitos colaterais ligados ao uso dos sais de lí- tio	34

	Página
J. Cuidados especiais para se evitar problemas renais	41
K. Tratamento da intoxicação provocada pela ingestão de lítio	42
L. Utilização do lítio em crianças e adolescentes (subpopulação até 18 anos)	45
M. Utilização do lítio em pacientes geriátricos (subpopulação acima de 65 anos)	46
N. Utilização do lítio em gestantes e na lactação....	47
O. Monitorização do nível sérico de lítio	49
P. Outros exames subsidiários pedidos, segundo Johnson e colaboradores	51
Q. Psicoterapia em pacientes submetidos à litioterapia	51
II. OBJETIVOS DESSE TRABALHO	53
III. MATERIAL E MÉTODOS	55
IV. RESULTADOS E DISCUSSÕES	60
V. CONCLUSÕES	136
VI. RESUMO	137
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138

	Página
VIII. APÊNDICES	153
1. Dados Clínicos relevantes das anamneses psiquiá- tricas e evoluções clínicas	154
A. Pacientes medicados com Li_2CO_3	154
B. Pacientes não medicados com Li_2CO_3	228

I. INTRODUÇÃO

A. Considerações preliminares

Distúrbios afetivos são conhecidos e descritos desde a Grécia antiga, por Hipócrates (67), ganhando relevante interesse nos últimos anos, haja visto a importância dedicada a este assunto nas últimas décadas, por vários tratadistas psiquiátricos e por revistas médicas especializadas.

Falret, Baillarger, Ritti, Griesinger, Morel, e tantos outros estudiosos, colaboraram na descrição dos conhecimentos sobre desordens afetivas porém, foi somente a partir da 6.^a edição do "Tratado de Psiquiatria" de Kraepelin, em 1899, que a Mania e a Melancolia vieram a ser consideradas uma única entidade nosológica e, portanto, constituintes de um mesmo quadro patológico, a que Kraepelin denominou "Loucura Maníaco-Depressiva" (14,67,68).

Neste tratado, Kraepelin acentuava as três características consideradas fundamentais a esta enfermidade mental (67).

a) Possibilidade de alternância de *polos ou fases de ex

(*) Neste trabalho, operacionalmente, utilizaremos indistintamente os termos período, ataque, crise, polo, fase, episódio, que conceituamos como: estágio ou etapa de uma evolução clínica, que compreende uma série de sintomas e sinais característicos (16,79).

citação e/ou depressão, em um mesmo indivíduo.

b) Presença de sintomas característicos das formas expansivas, depressivas, e da mescla entre elas, denominadas de forma mista.

c) Possibilidade de recuperação, praticamente completa, da personalidade do indivíduo após cada episódio. Esta característica é importante no diagnóstico diferencial, em relação a outras patologias mentais cíclicas, ou descontínuas, como por exemplo as psicoses senis, em que pelo menos em um de seus subtipos, pode mimetizar a psicose maníaco-depressiva, distinguindo-se desta, por deixar seqüelas dos episódios anteriores, nos períodos de melhora sintomatológica.

A partir desta importante contribuição de Kräepellin, e da evolução que se seguiu das discussões conceituais, doutrinárias e etiológicas sobre distúrbios afetivos, muito se tem pesquisado e escrito sobre suas prevenções (conceituado aqui como atos ou medidas terapêuticas para se evitar novas recaídas, ou então, em caso delas ocorrerem, que sejam de menor intensidade do que até então vinham acontecendo (16)), diagnósticos (conhecimento ou determinação da doença pelos seus sinais e/ou sintomas clínicos, considerados quando do episódio da doença, ou então, num estudo longitudinal de seu histórico (16, 79)) e, tratamentos utilização de medicamentos e/ou técnicas psicoterapêuticas, para diminuir de intensidade, ou mesmo abolirem os sinais e/ou sintomas da doença (16,79)).

Inclui-se nestas pesquisas, a descoberta e utilização dos sais de lítio,** no tratamento e prevenção dos quadros afeti

(**) O lítio pode ser apresentado na forma de vários sais, sendo o carbonato, sulfato e cloreto, os mais conhecidos e utilizados. Outros cinco sais de lítio podem ser citados, como o acetato, citrato, di-succinato, glutamato e orotato(7,9). Em nossa pesquisa utilizamos o "carbonato de lítio", na forma de comprimidos de 300 mg, chamado comercialmente de "Carbolitium".

vos (2, 3, 4, 13, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 54, 55, 61, 63, 64, 73, 74, 75, 76, 77, 83, 84, 86, 88, 89 e 92).

Visando aproveitar os benefícios clínicos desta terapêutica, criamos em 1980, junto ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Unicamp, uma "Clínica de lítio", local onde doentes com distúrbios afetivos pudessem receber tratamento ambulatorial especializado, quando em fase aguda, e/ou preventivo, quando em interfase, além de submeterem-se a exames clínicos e laboratoriais, relacionados com o controle da doença e da ingestão medicamentosa.

B. Histórico do lítio

Um brasileiro chamado José Bonifácio de Andrade e Silva, teve papel destacado na descoberta do lítio, ao encontrar, no início do século XIX, um mineral de cor clara, constituído fundamentalmente de silicato de alumínio, e que foi chamado "petalite" (55).

Arfvedson, um químico sueco, em 1817, encontrou numa ilha da costa sueca, um mineral que nada mais era que o petalite, que analisado mais detalhadamente por este pesquisador e pelo Baron Jons Jakob Berzelius, verificaram tratar-se de um sal de metal alcalino, que continha 4% de um elemento químico que foi chamado por Berzelius de LITHION, derivado de "LITHOS", que em grego significa "pedra" (7, 55, 89).

Há evidências históricas que já em 1801, um mineral chamado "Spodumene", havia sido descoberto por um químico francês, chamado Louis Nicolas Vauquelin. Este mineral contém em sua com

posição, 8 a 10% do elemento lítio (89).

Em 1859 o lítio é utilizado em medicina no tratamento da "Gota", visando dissolver os depósitos de uratos nas articulações, por acharem que o urato de lítio era o mais solúvel dos uratos e, conseqüentemente, seria eliminado com mais facilidade do organismo (89).

Em 1874 Levy começa a estudar mais profundamente as propriedades sedativas e hipnóticas dos brometos, concluindo que o "brometo de lítio" tratava-se de um sal muito sedante (89).

Em 1903, em estudos experimentais realizados com gatos, Good demonstra efeitos tóxicos do lítio, que posteriormente vêm a ser largamente confirmados, quando utilizado em altas doses (89).

Em 1907, propriedades depressivas do lítio e, evidências de que esta substância poderia acarretar dilatação cardíaca, são anunciadas por um pesquisador chamado Luff (89).

Em 1909 Robin, estudando os efeitos da ingestão do lítio por via oral, conclui que este poderia acarretar severa irritação gástrica (89).

Por volta de 1910 até fins de 1940, devido o maior conhecimento dos efeitos tóxicos dos brometos, e por ser o "brometo de lítio" o mais utilizado, ocorre um declínio na utilização e nas pesquisas sobre este cátion (89).

Em 1947 as doenças cardio-vasculares, particularmente a "Hipertensão Arterial", começam a ser mais profundamente estudadas, e o cloreto de sódio é apontado como um fator importante na causa e no agravamento destes quadros orgânicos. Pesquisas foram feitas, no sentido de se encontrar um sal substituto apropriado, e o cloreto de lítio é então proposto, devido o seu sabor e por não ser dispendioso (84, 89).

Passando a ser usado por pacientes hipertensos, como substituto do sal de cozinha, grande número de intoxicações severas ocorreram, devido falta de controles clínicos apropriados e, uso abusivo. Os grandes danos causados por seu uso indiscriminado fez com que, em 1950, o lítio fosse retirado do mercado, como elemento altamente tóxico (89).

A descoberta do efeito antimaniaco do lítio, coincidentemente se faz em 1949, por John Cade, um psiquiatra australiano (55, 84, 89), que achava que os quadros maniacos seriam resultantes do excesso de um metabólito circulante, e que os quadros depressivos seriam conseqüentes a uma deficiência dos mesmos (55).

O paciente maniaco, segundo sua concepção, excretaria pela urina este metabólito ou, algum produto resultante do metabolismo do mesmo. Esta substância tóxica, no sangue, seria um composto nitrogenado, possivelmente a uréia, que na urina apareceria principalmente como ácido úrico (55).

Cade resolveu investigar melhor este problema, e para tanto injetou urina de pacientes maniacos em cobaias, comparando os efeitos com os produzidos pela urina de pacientes deprimidos, esquizofrênicos, e de controles normais (55). Verificou que todas as amostras de urina eram muito tóxicas e letais, mas que as de pacientes maniacos o eram de modo mais intenso (55). Pensou, então, em estudar de forma mais detalhada a urina de pacientes maniacos, e para facilitar a administração nas cobaias, resolveu adicionar um metal ao ácido úrico, com a intenção de obter um composto, na forma de urato, mais solúvel. O lítio foi o metal escolhido, por se saber ser o urato de lítio, o mais solúvel destes.

Para surpresa do investigador, ao adicionar este elemento ao ácido úrico, e ao injetá-lo nos animais, houve diminuição

da toxicidade da substância injetada, e as cobaias manifestavam efeito tranqüilizante, tornando-se quietos, menos responsivos aos estímulos externos, sem chegarem, no entanto, ao sono (84).

A idéia que ocorreu a Cade, é que o urato de lítio poderia ser usado no tratamento de pacientes psiquiátricos violentos, com mais sucesso que os sedantes conhecidos na época (84).

Visando estudar mais detalhadamente os efeitos tranqüilizantes do lítio, Cade deu esta substância a vários grupos de pacientes. Em alguns não obteve qualquer efeito benéfico; em outros, o resultado foi incerto; mas em dez pacientes maníacos houve melhora dos sintomas excitatórios, em aproximadamente uma semana. O mais interessante é que os sintomas reapareceram, quando o tratamento foi suspenso (84).

Cade publicou sua descoberta, em um jornal australiano, porém não teve a repercussão que ocorreria mais tarde, com a confirmação de suas importantes observações, por outros pesquisadores (84).

Em 1952, esta terapia começou a ser estudada de forma mais controlada, em um hospital de doenças mentais, em Risskov, Dinamarca, através de um estudo duplo-cego, com um grupo de 40 a 50 pacientes (84). Foram dadas cápsulas contendo lítio e outras contendo placebo, e nesta investigação os achados de Cade confirmaram-se: o lítio era, ao contrário do placebo, claramente ativo na melhora dos sintomas maníacos (84).

A partir da comprovação destes fatos, o lítio passou a ser utilizado no tratamento dos distúrbios afetivos.

Apesar de seu uso benéfico em Psiquiatria ter sido descoberto há mais de 3 décadas, vários fatores retardaram a sua introdução como medicação psiquiátrica:

1º) impressão de que se trata de uma droga de grande toxicidade, principalmente a nível renal, devido, por exemplo, dados relatados em seu histórico, quando foi usado como sal de cozinha (55).

2º) coincidência de sua introdução e a de várias drogas eficientes no tratamento da Mania, como a Clorpromazina, em 1951 (91), de aparente menor toxicidade, e efeito mais rápido, visto que o lítio leva de 7 a 10 dias para começar a agir (55).

3º) fator econômico: o lítio é uma droga barata, o que não despertou inicialmente grande interesse das indústrias farmacêuticas, em sua comercialização (55).

4º) diferença entre o nível plasmático terapêutico e o nível tóxico é muito pequena (50).

5º) necessidade de dosagens sangüíneas periódicas, da droga, para se verificar seu nível plasmático (55).

Paralelamente a estas dificuldades, inúmeras vantagens no uso dos sais de lítio começam a ser evidenciadas:

1º) é uma droga que não tem grande efeito sedante, quando comparada com outras medicações utilizadas no tratamento das desordens afetivas, particularmente na "Mania".

2º) é uma droga que indiscutivelmente modera e estabiliza o humor tendo, portanto, efeito preventivo contra novas crises (4, 25, 76, 84, 86).

3º) possibilidade de saber se o paciente toma a medicação corretamente, através das dosagens periódicas do nível sangüíneo da droga (31, 32).

4º) no controle sérico, há só um elemento clinicamente ativo a ser dosado, enquanto que em outras drogas, como a Clorpromazina, a presença de vários metabólitos circulantes, também ati

vos, torna esta tarefa muito mais difícil.

Em decorrência dos efeitos terapêuticos comprovados do lítio, cerca de 0,1% (1:1.000) da população na Dinamarca, Suécia e Inglaterra, faz tratamento com lítio, e cerca de 50.000 a 80.000 pessoas nos Estados Unidos da América recebem tratamento com lítio, anualmente (39). No Brasil, por diversas razões (algumas já enumeradas nesse trabalho) apenas 2.000 a 3.000 pessoas tomam lítio (informação obtida junto ao laboratório ISA, que no período de 1979 a 1980 era o único que comercializava a droga em nosso meio), quando o esperado, se comparado a população de outros países, seria de que cerca de 100.000 pessoas deveriam estar tomando tal medicação em nossos dias, em nosso país, e de uma maneira regular. Nesta estimativa de 2.000 a 3.000 pessoas que tomam a droga no Brasil, não estão consideradas aquelas que a importam em preparações especiais de outros países, ou então aqueles que recebem a medicação gratuitamente, através de entidades como hospitais beneméritos e universidades, que produzem o lítio. Os números, provavelmente, não se alterariam muito com esta inclusão.

C. Mecanismos de ação do lítio; suas propriedades físico-químicas e distribuição na natureza; utilização comercial fora do campo médico.

c.1) Mecanismo de ação do lítio

Há várias teorias que tentam explicar o mecanismo de ação do lítio no organismo humano. Como nada se tenha comprovado de-

finitivamente, até o momento, discorreremos brevemente sobre algumas delas:

1º) o lítio atuaria a nível periférico, alterando os níveis plasmáticos de cálcio e magnésio. Como estes elementos são importantes no metabolismo e no mecanismo de ação das aminas cerebrais, esta seria a ponte pela qual o elemento lítio acabaria atuando sobre o metabolismo e ação destas aminas, restabelecendo o seu funcionamento, que estaria alterado nas doenças afetivas (6, 55).

2º) o lítio regularizaria o "Turnover da dopamina", que estaria alterado nas doenças afetivas (6, 13).

3º) o lítio inibiria a adenil-ciclase, que é uma enzima importante na conversão do A.T.P. em A.M.P. cíclico, e com isto atuaria sobre o metabolismo de uma série de substâncias, inclusive das catecolaminas cerebrais, bem como na transmissão dos estímulos nervosos (6, 89).

4º) o lítio, por competir com o sódio, atuaria na bomba de sódio-potássio, inibindo a ação potencial do neurônio, e alterando as reações de despolarização e repolarização das células nervosas, afetadas nas doenças afetivas bipolares e unipolares (6, 89).

c.2) Propriedades físico-químicas do lítio

O lítio é um cátion monovalente, de símbolo químico Li (figura 1). Possui número atômico, (que corresponde ao número de prótons no núcleo ou, número de elétrons na eletrosfera de um átomo) igual a 3. Seu número de massa (que é igual a soma do nú

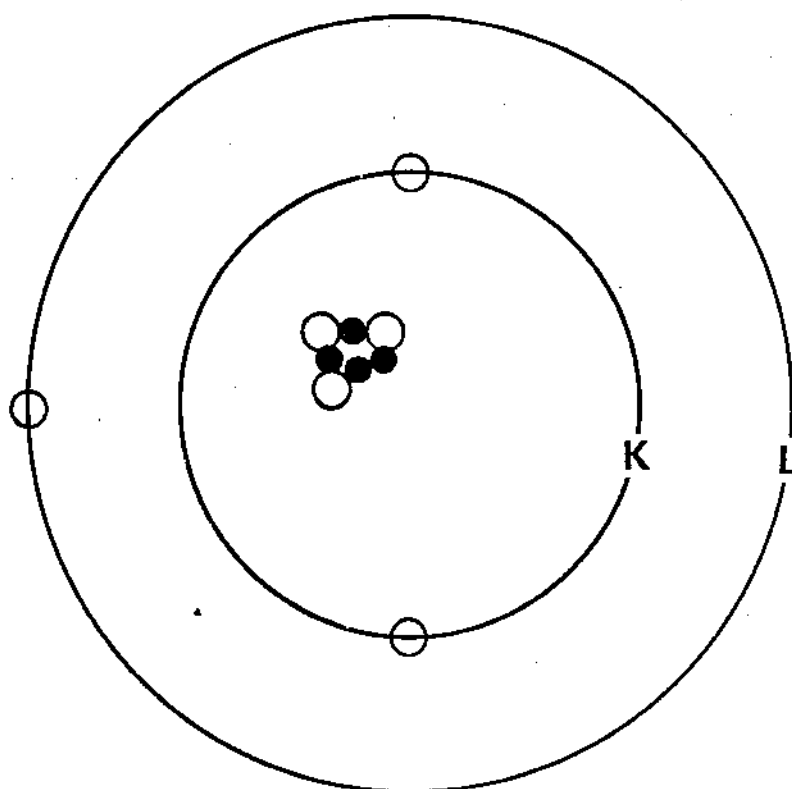


Figura 1. Representação esquemática de um átomo de lítio (Li), com seus 3 prótons e 4 neutrons no núcleo, e 3 elétrons na eletrosfera, sendo 2 elétrons na camada K e 1 elétron na camada L (7).

mero de protons e número de neutrons, que constituem seu núcleo) é 7 (7, 89).

É o terceiro elemento da tabela periódica (89).

Seus sais, sob a forma de fluoreto, hidróxido, fosfato, carbonato, são pouco solúveis em água, enquanto os cloratos, uratos, nitratos e sulfatos, são bastante solúveis em água (7,89).

É o mais brilhante de todos os metais sólidos, atraindo a atenção de físicos, químicos e engenheiros, por possuir baixo peso molecular e alta reatividade química (89).

c.3) Distribuição na natureza

O lítio é encontrado na natureza em águas do mar, em nascentes de água mineral, e também, em baixos teores em matérias biológicas como tecidos pulmonares, cérebro, e fígado, além dos ossos, dentes e músculos. Pode também ser encontrado, em quantidades mínimas, no leite humano (89).

Plantas como o tabaco, cana-de-açúcar e algas marinhas, têm pequenas quantidades de lítio em suas composições (89).

O lítio é também encontrado na natureza em diversos minerais, como o "petalite", que é constituído de silicato de alumínio e cerca de 4% de lítio, além do "lepidolite" que possui de 3 a 4% deste cátion em sua composição, e do "amblygonite", que é um fosfato que contém cerca de 7,5 a 9% de lítio (7, 89).

c.4) Utilização comercial fora do campo médico

O lítio, nos últimos 30 anos, tem sido utilizado princi-

palmente em ligas metálicas de chumbo, prata, cobre e alumínio (7, 89).

Em forma de estearato é usado como componente de lubrificantes, devido sua resistência a elevadas temperaturas (7, 89).

Também tem utilização destacada na indústria de desumidificantes e na indústria da borracha.

D. Metabolismo do lítio

1º) Absorção

O lítio, ao ser ingerido por via oral, passa rapidamente pela mucosa gástrica e intestino delgado, sendo que após 2 a 4 horas de sua ingestão, já se encontra um nível sanguíneo considerável da droga, dependente da dose ingerida, peso corporal e condições hidroeletrólíticas (89).

Sabe-se que pacientes de baixo peso corpóreo, atingem níveis sanguíneos mais altos de lítio. Outro fator que eleva a litemia é a hiponatremia. Um paciente idoso pode também atingir níveis sanguíneos de lítio mais elevados, se comparados a pacientes mais jovens, quando da administração de uma mesma dose, num mesmo intervalo de tempo (89).

2º) Distribuição

O lítio no soro aumenta em cerca de 0,2 a 0,4 mEq/l, após a ingestão de 300 mg de carbonato de lítio, variáveis com peso

corporal, idade e condições de balanço hidroeletrolítico (89).

É contraditório se o lítio se liga ou não às proteínas do plasma, na corrente sangüínea, porém ele se distribui por toda água corporal, tanto intra como extra-celular (89).

Sua concentração tissular depende de vários fatores, como: concentração plasmática de lítio, quantidade de água nos tecidos, velocidade de penetração do lítio nos fluidos intracelulares e, velocidade de saída do lítio destes fluidos (89).

A velocidade de penetração do lítio nos tecidos é variável, sendo rápida nos rins, e lenta nos ossos, músculos, fígado e cérebro (89).

39) Excreção

O lítio é excretado pelos rins, e em apenas 1%, pelas fezes (89). Quantidades mínimas também podem ser eliminadas pela transpiração e saliva (34, 89).

Mais de 90% é excretado em 48 horas, e em até 2 semanas podemos encontrar vestígios de lítio na urina (89).

O lítio é livremente filtrado pelo glomérulo, e é reabsorvido, principalmente, ao nível de túbulo proximal. Acredita-se que durante cada circulação de sangue pelos rins, cerca de 1/5 de íon de lítio é filtrado pelas membranas do glomérulo, e excretado pela urina. O restante (4/5) é reabsorvido ativamente pelos túbulos proximais (89).

E. Indicações do tratamento com lítio em psiquiatria e em outras desordens não psiquiátricas

Das indicações clínicas em psiquiatria, três são consideradas precípuas:

1º) na "Psicose Maníaco-Depressiva Circular ou Bipolar", que é uma doença caracterizada basicamente por períodos de mania, alternando-se com períodos de depressão e normalidade (1, 12, 14, 67, 68, 72, 84, 89, 96).

Os episódios de "MANIA" caracterizam-se por aumento da atividade psico-motora, com elação anormal, expansão exagerada das tendências instintivas, particularmente sexuais. O humor é eufórico, com tendências a sentimentos de intenso despreendimento de seus objetos materiais, podendo chegar à cólera e ao ódio, quando contrariados. A fuga de idéias, a supervalorização de alguns planos e pensamentos, e a megalomania podem estar presentes, assim como o colecionismo, e o exagero de combinação de cores no vestuário e nos adornos utilizados (1, 10, 11, 12, 14, 65, 67, 68, 72, 78, 84, 89, 96).

Os episódios de depressão caracterizam-se por inibição psico-motora, tristeza profunda sem relação causal direta com fatores desencadeantes, e que em alguns pacientes se acentua principalmente pela manhã. Podem ocorrer idéias de suicídio e de auto-mutilação, assim como falta de apetite e de sono, ou o inverso (1, 10, 11, 12, 14, 65, 67, 68, 72, 78, 84, 89, 96).

Idéias hipocondríacas, sentimentos de auto-condenação e de culpa, sentimentos de negativismo, em geral estão presentes acentuando as idéias suicidas e de ruína (10, 11, 12, 14, 67, 68, 84).

Entre estes dois episódios (MANIA e DEPRESSÃO), podem ocorrer períodos de completa normalidade, conforme já referido, e que tendem a ser menos duradouros com a progressão da doença através dos anos (1, 12, 14, 67, 68, 84, 96).

Os períodos depressivos tendem a ser mais freqüentes e mais extensos que os maníacos, podendo haver mescla das duas fases num mesmo período (12, 14, 67, 68, 96).

A Psicose Maníaco-depressiva bipolar, segundo vários autores, é mais comum na mulher do que no homem, sendo que na população mais jovem, o risco é quase duas vezes maior para o sexo feminino (12, 14, 67, 68, 96).

Rafaelsen, didaticamente, através de esquemas (Figura 2), relembrou a existência de vários modelos teóricos, para explicar a sucessão dos estados maníaco-depressivos bipolares (aqueles em que num mesmo paciente ocorre episódios de mania e de depressão) (80).

As vantagens dos modelos teóricos triangulares, segundo Rafaelsen (80), seriam duas:

1º) eles poderiam explicar que se pode ir do polo depressivo para o polo maníaco, ou vice-versa, sem necessariamente ter um estado de normalidade entre ambos.

b) Eles podem também demonstrar que se pode ter estados clínicos mistos, os quais são difíceis de serem demonstrados em modelos unidimensionais.

2º) Mania Recorrente*** ou Unipolar, que se caracteriza

(***) O termo recorrente, aqui empregado, é utilizado no sentido de exacerbar-se a intensidade dos sintomas depressivos ou maníacos, sem que tenha havido necessariamente remissão anterior destes (16,79).

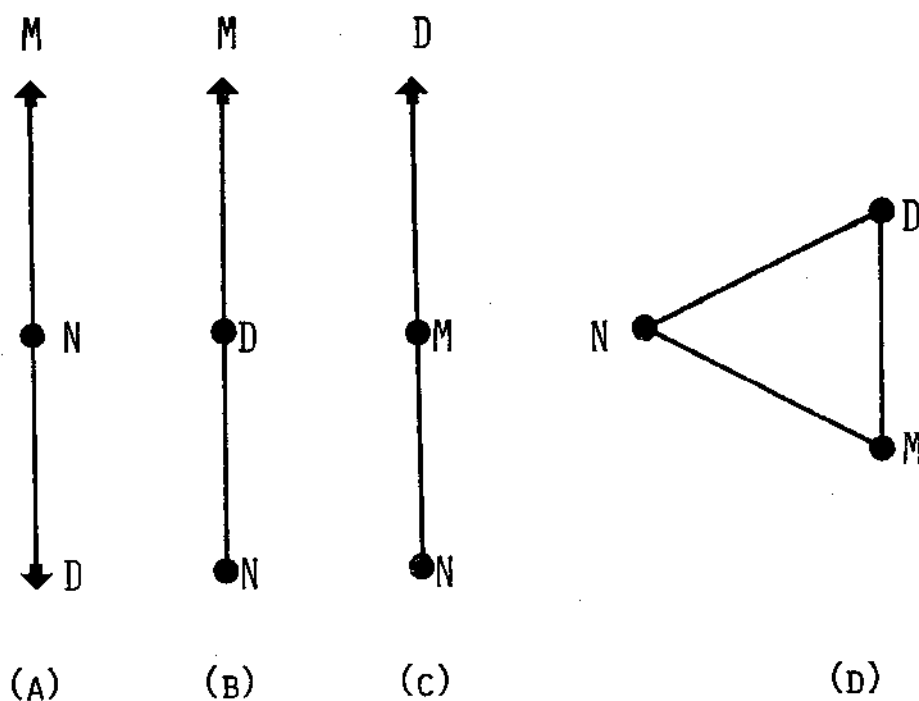


Figura 2. Classicamente, um modelo unidimensional, em contrapon-
to pode ser erigido (Figura 2-A). Neste, a partir da
normalidade, pode haver um encaminhamento para a de-
pressão ou mania. Existem, no entanto, outras possi-
bilidades, por exemplo, o ir da normalidade para a de-
pressão, e desta, por uma compensação, à mania (Figu-
ra 2-B); ou então, o passar da normalidade para a ma-
nia, e desta para a depressão (Figura 2-C). Uma ou-
tra alternativa, que este modelo com pontos estanques
não aventa, é a existência de estados mistos, com con-
comitância de sintomatologia depressiva e maníaca.
Daí, Rafaelsen ser favorável aos modelos planares
triangulares (Figura 2-D) (80).

pela recorrência de episódios maníacos (1, 2, 14, 18, 23, 68, 72, 73, 84, 89, 96).

3º) Depressão Recorrente ou, Unipolar, em que ocorrem episódios depressivos recorrentes (1, 2, 14, 24, 54, 63, 64, 68, 72, 84, 89, 96).

Para a "Psicose Maníaco-Depressiva Bipolar" e para a "Mania Recorrente", não há nenhuma medicação psiquiátrica preventiva tão eficaz quanto o lítio (2, 25, 76, 84, 86), enquanto que na depressão recorrente, o efeito preventivo desta medicação seria semelhante ao do uso crônico de anti-depressivos (24).

De acordo com alguns autores, o uso crônico de antidepressivos na doença bipolar seria até mesmo prejudicial, pois facilitaria a eclosão de episódios maníacos (24). Teoricamente, existe a possibilidade de um indivíduo que só apresentou episódios depressivos, vir a apresentar, subitamente, um episódio maníaco. Em virtude disto, mesmo em casos de depressão unipolar, o uso crônico de antidepressivos poderia ser prejudicial para alguns pacientes.

Além destas indicações principais, têm sido citadas outras utilizações clínicas psiquiátricas do lítio, embora de sucesso terapêutico não totalmente confirmados, no tratamento de:

1º) Psicoses Esquizo-Afetivas Reicidivantes, em que o paciente apresenta sintomas esquizofrênicos característicos, como: idéias delirantes persecutórias, distúrbios alucinatórios auditivos, e mais raramente visuais, desorganização da personalidade, além de sintomas afetivos típicos, caracterizados por mudanças no humor, seja de caráter depressivo ou eufórico, ou mesmo alternância de ambos, subitamente (26, 69, 77, 83, 85).

29) Esquizofrenias, que constituem um grupo de doenças mentais caracterizadas por sintomas psicológicos específicos, e que determinam na maioria dos casos uma desorganização da personalidade do paciente, apresentando sintomas que acometem o pensamento, as emoções, a volição, e o comportamento motor (26, 69, 77, 85).

39) Alcoolismo periódico, em que o indivíduo faz uso indiscriminado de bebidas alcoólicas, ultrapassando o quadro dos hábitos sociais, apresentando sintomas depressivos que o levam a se embriagar, com a intenção de amenizá-los (28, 55, 66, 83, 85).

49) Agressividade Patológica Periódica, em que o indivíduo apresenta períodos de intensa agressividade, levando-o a cometer crimes violentos, incluindo assaltos, assassinatos, raptos etc. (26, 55, 83, 85).

59) Instabilidade Emocional Patológica de Crianças e de Adolescentes, considerando-se como parte deste quadro a doença maníaco-depressiva clássica, ou mesmo a atípica, que nesta faixa etária poderia ocorrer com sintomas alternantes de hiperatividade, distraibilidade, além de sintomas melancólicos e de cólera, incluindo evidências de baixa tolerância à frustração. (50, 57, 83).

69) Neurose Obsessiva-Compulsiva, em que, segundo Henry Ey, ocorrem compulsões dos sentimentos, das idéias ou das condutas, que se impõem ao sujeito, e que o levam a uma luta intensa, incoercível consigo mesmo. Caracteriza-se pela emergência de fenômenos obsessivos, por atos de defesa contra esta obsessão, e por uma série de transtornos afetivos, caracterizados por sentimentos de dúvidas e de angústia (15, 28, 83, 85).

79) Tensão pré-menstrual, que se acompanha de sintomas depressivos e instabilidade emocional severa (28, 55, 83, 85).

F. Crítérios de seleção de pacientes, para tratamento psiquiátrico com lítio, segundo diversos autores (23,24,25,26,28,46,76,84,85,86)

19) Tratamento de curta duração

a) Ser indicação precípua, ou seja, Psicose Maníaco-Depressiva, Mania Recorrente ou Depressão Recorrente, com mais de dois episódios bem caracterizados, no intervalo de no mínimo 2 anos, e com duração de cada episódio de no mínimo um mês.

b) Outras desordens afetivas, que já tenham tentado outras terapêuticas alternativas, de forma correta (dose adequada, assiduidade no tratamento, nível correto da medicação), sem sucesso algum, e cujo quadro clínico implique em graves riscos para o paciente e sua família.

c) Outras desordens afetivas, que não as indicações precípua, que apresentem histórico familiar de doença afetiva, bem caracterizada.

29) Tratamento de longa duração

a) Todos os pacientes indicados para tratamento de curta duração, e que tiveram sucesso terapêutico, e cuja suspensão da litioterapia representa sérios riscos de novas recaídas.

b) Disposição familiar para doença afetiva bipolar.

c) Possibilidades de crises sociais, geradas por novas recaídas, como: perda de emprego, crises conjugais, desavenças familiares, etc.

d) Não ter qualquer doença orgânica pré-existente ao tratamento, que contra-indique a terapêutica de longa duração com o lítio, como hipotireoidismo, doenças renais, doenças cardíacas, etc.

e) Ter 40 anos ou mais.

Com utilidade ainda a ser confirmada, o lítio também tem sido usado no manejo de algumas doenças não psiquiátricas, como:

1º) Em síndromes neurológicas, provavelmente interferindo com a neurotransmissão central:

a) na Coréia de Huntington(29, 83, 85)

b) em outras desordens do movimento como: Discinesia Tardia, Torcicolo Espasmódico, Hipercinesia em Parkinsonismo Induzido por L-Dopa, Síndrome de Gilles de la Tourette (29,83,85).

c) na Epilepsia: devido ao efeito sedante, o brometo de lítio foi tido como medicação anticomicial, fato não confirmado posteriormente.

Atualmente o lítio tem sido usado no tratamento de pacientes convulsivos com alterações afetivas, por alguns autores (29, 83).

2º) Em doenças endócrinas

a) Diabetes Mellitus

O uso do lítio aqui, deve-se ao fato desta droga possuir

algumas propriedades semelhantes à insulina, como: aumento da captação de glicose pelas células hepáticas, e aumento na formação de glicogênio (29, 83).

b) Hipertireoidismo

A ação do lítio em inibir a liberação dos hormônios tireoidianos, tem levado muitos pesquisadores a utilizarem esta droga no tratamento do hipertireoidismo, porém a litioterapia é incerta em relação a outros tratamentos mais seguros e, o risco da ocorrência de efeitos colaterais e de uma gradual acumulação de iodo na glândula, deve ser considerada (5, 8, 29, 39, 59, 81, 82, 83, 85).

c) Câncer de tireóide

O lítio tem sido usado, em combinação com iodo radioativo, no tratamento do câncer de tireóide, por inibir a liberação hormonal, e consequentemente, prolongar a presença de radioatividade na glândula, aumentando a média de irradiação desta (29,83, 85).

d) Uso na síndrome de secreção inapropriada de hormônio anti-diurético (A.D.H.)

Uma das queixas mais comuns apresentadas por pacientes submetidos ao tratamento com lítio, é a poliúria. Isto é atribuído, à diminuição da atuação do A.D.H., conseqüente a inibição da adenil-ciclase renal, pelo lítio.

Esta medicação tem sido proposta, em decorrência do cita

do, em casos de secreção aumentada de A.D.H., a qual leva a retenção de água, elevação da osmolaridade urinária e aumento do nível sanguíneo de sódio (29, 42, 82, 85).

39) Em doenças hematológicas

O uso do lítio, em particular, parece ter sido benéfico na "Síndrome de Felty", que se caracteriza por leucopenia associada com artrite, esplenomegalia e pigmentação da pele. Esta proposição, deve-se ao fato desta droga levar a um aumento no número de leucócitos, particularmente de granulócitos e neutrófilos, no curso de seu uso (29, 41, 60, 82, 83, 85).

49) Em doenças reumáticas

Como já referido nesse trabalho, por acharem que o lítio dissolvia os depósitos de ácido úrico (uratos) nas articulações e nas vias urinárias, o lítio foi usado em pacientes que sofriam de Gota. Os resultados clínicos foram, até o momento, insatisfatórios (29, 83, 89).

59) Em doenças cardio-vasculares

Conforme consta em seu histórico (89), o lítio foi usado em fins de 1940 como substituto do sal de cozinha (cloreto de sódio), em pacientes portadores de problemas cardio-vasculares e renais, sem qualquer controle clínico e laboratorial, devido o seu sabor e seu baixo custo.

Particularmente nestas condições, somadas à deficiência de sódio (hiponatremia), o lítio é altamente tóxico e, pode ser

letal, fato que parece ter ocorrido na época (29, 83, 89).

69) Uso em desordens do equilíbrio

Pelo fato do lítio interferir no equilíbrio de eletrólitos importantes, como o sódio, potássio, cálcio e magnésio, o seu uso tem sido proposto em patologias como a Doença de Menière, que para muitos autores é provocada por distúrbios hidroeletrolíticos no tímpano interno (29, 83, 85).

79) Uso em doenças imunológicas

Os estudos são contraditórios, visto que alguns autores sugerem que o lítio poderia ser usado como coadjuvante de agentes imunológicos, e em outros experimentos verificou-se que o lítio produziu ação imunossupressora (24, 47).

89) Uso em doenças de curso periódico

Devido serem as indicações precípua do lítio, em doenças afetivas endógenas cíclicas, periódicas, outras patologias com características rítmicas de periodicidade (Doença de Menière, Paralisia hipopotassêmica periódica, Vômitos Cíclicos, Enxaquecas, Hipersonia, Dores de cabeça crônicas periódicas), têm sido tratadas experimentalmente com esta droga, sem resultados conclusivos e, alguns claramente sem sucesso terapêutico (29, 83, 85).

G. Contra-indicações e cuidados em relação ao uso do lítio como medicação psiquiátrica

Segundo Mann e Gershon (1980), (36), a decisão de se usar o lítio como psicofarmacoterapia, depende da análise conjunta de vários fatores, tidos como fundamentais:

a) da necessidade premente de sua utilização, levando-se em conta as indicações precípuas.

b) avaliação dos riscos em se usar a litioterapia.

c) avaliação dos riscos em se utilizar outros tratamentos alternativos, pois não devemos esquecer que medicações como os neurolépticos, antidepressivos tricíclicos e, inibidores da monoaminoxidase, entre outras, também trazem riscos, principalmente quando utilizados por longos períodos. O risco, aqui também deve ser entendido, como o não uso do lítio, quando esta deveria ser a droga de eleição, a ser prescrita.

d) facilidades disponíveis em se ter um médico conhecedor dos efeitos do lítio, e de se ter um laboratório confiável para a sua quantificação plasmática.

Analisando os riscos em se utilizar a terapêutica com lítio, evidenciamos que doenças clínicas ou cirúrgicas, pré-existents ao tratamento, correspondem a contra-indicações absolutas ou relativas a sua prescrição, de acordo com seus graus de gravidade. Citaremos a seguir, algumas destas doenças:

a) Doenças renais

Doenças renais, como a glomerulonefrite aguda ou crônica,

a pielonefrite, rins policísticos, etc., que reduzem a taxa de filtração glomerular ou, possibilitam o aumento da reabsorção tubular de lítio no túbulo proximal, podem elevar a litemia, com sérios riscos de grave toxicidade (36, 42).

Em casos de lesões menos severas, nos glomérulos e nos túbulos renais, o uso do lítio pode ser feito em tratamentos de curta duração, com controles rigorosos da litemia, do balanço hidroeletrólítico, da função renal e da função cardíaca (36,42,43).

b) Doenças neurológicas

Em casos de epilepsia, em que as crises convulsivas ocorrem comumente, está contra-indicado o uso do lítio, pois tem sido relatado em inúmeros trabalhos científicos, que o lítio pode provocar convulsões em alguns indivíduos, mesmo em doses terapêuticas usuais (36, 38, 82, 83, 84).

Abre-se exceção, nestes casos, a pacientes convulsivos com graves distúrbios afetivos, porém, levando-se em conta que alterações nas ondas do eletroencefalograma (E.E.G.), ou o aumento no número de crises convulsivas, são fatores indicativos para a suspensão do tratamento (29, 36, 38, 82, 83, 84).

A "Doença de Parkinson" também tem sido agravada, de acordo com vários autores, com a litioterapia (38). O mesmo se pode dizer em relação a pacientes portadores de "Síndrome Orgânico Cerebral" e de "Doenças Cerebelares", em que as possibilidades de neurotoxicidade provocada pelo lítio são maiores, ocorrendo muitas vezes em níveis séricos baixos do medicamento (36,38,82,84).

O uso do lítio está também contra-indicado na "Miastenia Gravis", pois está demonstrado experimentalmente, que o lítio interfere na liberação de acetil-colina, e também na despolariza-

ção e repolarização da placa motora terminal (36, 38, 71, 84).

c) Doenças cardíacas

Pacientes portadores de "Bloqueio de Ramo", "Infarto do Miocárdio", ou outras complicações cardíacas, são contra-indicações absolutas ou relativas ao uso da litioterapia, dependendo do grau de gravidade destas patologias (21, 36, 40).

Em casos de doenças afetivas severas acometerem pacientes com danos cardíacos pré-existentes ao tratamento com lítio, esta droga poderá ser usada em tratamentos de curta duração, com vigilância médica intensa e rigorosa, com monitorização do eletrocardiograma (E.C.G.) para detectar qualquer intercorrência clínica, ou agravamento de sua condição geral (36, 40).

Estas complicações cardíacas poderão ser agravadas, ou mesmo provocadas, pelo uso concomitante de diuréticos, por distúrbios hidroeletrolíticos, falhas cardíacas e diminuição da função renal, que podem levar à arritmias cardíacas (21,36,40, 82, 84).

d) Doenças endócrinas

Pacientes com histórias progressas de "Tireoidite", "Tireoidectomia", Iodoterapia, Bócio, Câncer de tireóide são particularmente sensíveis a apresentarem complicações relacionadas com a função desta glândula quando sob tratamento com lítio (5, 8, 36, 37, 39, 59, 81, 82, 84).

Em casos de indivíduos com "Diabetes Mellitus", os efeitos do lítio quando associados à insulina e/ou metabolizadores de carboidratos, são contraditórios e inconclusivos (29, 36).

Recomenda-se cautela no uso da litioterapia em pacientes com endocrinopatias, levando-se em conta a monitorização rigorosa da litemia, da função das diversas glândulas e dos órgãos vitais, assim como do balanço hidroeletrólítico (30, 36, 39).

e) Doenças gastrointestinais

Pacientes portadores de "Retocolite ulcerativa", "Gastrites", "Úlceras pépticas ou duodenais", "Ileopatias" são contra-indicações ao uso da litioterapia, devido efeitos do lítio sobre a mucosa gástrica e duodenal, provocando irritações, e também alterando a motilidade intestinal, agravando sobremaneira os quadros patológicos pré-existentes (36,37,48,55,82,84).

f) Doenças dermatológicas

O lítio tem sido responsabilizado em causar dermatites, alopecia e recrudescer psoríase (36,37,45,82,84).

Em casos de pacientes com distúrbios afetivos severos apresentarem lesões cutâneas pré-existentes ao tratamento com lítio, esta terapêutica poderá ser empregada, de forma cautelosa, seguida de observação clínica dermatológica especializada. Agravamento destas lesões deve levar à suspensão da litioterapia e à tentativa de tratamentos alternativos (36, 45).

g) Doenças hematológicas

Uma das contra-indicações absolutas do uso do lítio, em pacientes com quadros hematológicos pré-existentes a este tratamento, é a "Leucemia Mielóide, que poderá ser agravada com esta

droga (36, 41, 60, 82, 84).

h) Doenças Oftalmológicas

Quadros oftalmológicos pré-existent, como a catarata, o glaucoma, são contra-indicações relativas ao uso do lítio (20, 36).

Em casos em que o tratamento com esta medicação é imprescindível, a litioterapia poderá ser utilizada, desde que contro-les oftalmológicos mais apurados e frequentes sejam efetuados, to-mando-se precauções de manter-se a litemia a mais baixa possível, dentro do nível terapêutico eficaz para o paciente (20, 36).

i) Gravidez e Lactação

O lítio é contra-indicado, de forma absoluta, no primeiro trimestre da gestação.

Caso seu uso seja necessário e premente, poderá ser utilizado após o primeiro trimestre, em terapia de curta duração, mantendo-se a litemia a mais baixa possível e com monitorização frequente, pois o lítio atravessa a barreira placentária, e pode levar a graves anomalias fetais (36, 52, 84).

O lítio já foi detectado, por inúmeros pesquisadores, no leite materno, com cerca de 30% a 100% da concentração do nível sanguíneo de lítio apresentado pela mãe, logo, o aleitamento está contra-indicado em pacientes com distúrbios afetivos severos, que necessitem, de forma premente, da litioterapia (36, 52, 84).

H. Interação do lítio com outras drogas terapêuticas

Levando-se em conta a possibilidade de interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas complexas, por vezes não bem conhecidas, procura-se na farmacoterapia moderna evitar a associação de substâncias terapêuticas. Como na prática nem sempre isto é possível, passaremos a focalizar alguns aspectos que cercam a interação do lítio com algumas outras drogas:

1º) Diuréticos

É conhecido que o lítio é reabsorvido, competitivamente com o sódio, ao nível do túbulo proximal, logo, diuréticos como as tiazidas, que diminuem a reabsorção de sódio levam, indiretamente, a um aumento na reabsorção de lítio (36, 84).

Em casos de ser estritamente necessário a associação medicamentosa do lítio e de um diurético devemos tomar algumas precauções:

1º) dar preferência a diuréticos retentores de potássio, como o Amiloride e Triamterene.

2º) reduzir a dose de lítio ingerida, para se evitar o aumento súbito da litemia.

3º) monitorização frequente do nível sérico de lítio.

4º) controle frequente do balanço hidroeletrólítico.

5º) extremo cuidado com pacientes que venham se submetendo à dieta pobre em sal, pois a hiponatremia predispõe a efeitos tóxicos do lítio.

6º) Monitorização das funções renais e cardíacas

(36,84).

29) Antibióticos

A Tetraciclina e a Streptomicina são tidas como medicações lesivas ao néfron, logo, a associação do lítio, que tem eliminação principalmente renal, com estas drogas, deve ser cautelosa e criteriosa (36).

39) Drogas anti-inflamatórias

Por mecanismos não bem esclarecidos até o momento, parece que drogas anti-inflamatórias, quando associadas ao lítio, acarretam uma elevação do nível sanguíneo deste cátion, possibilitando o aparecimento de efeitos tóxicos severos. Portanto, esta associação deve ser cuidadosa, tomando-se a precaução de reduzir a dose ingerida de lítio, e se efetuar monitorizações frequentes da litemia, do balanço hidroeletrolítico e de outras funções orgânicas vitais.

Uma explicação para este fenômeno é de que drogas anti-inflamatórias como o Indometacin e a Fenilbutazona, elevariam a ação do hormônio anti-diurético, diminuindo o clearance de água e a eliminação do lítio (36).

49) Anti-hipertensivos

Um dos anti-hipertensivos mais utilizados é a Metil-dopa. A associação do lítio com esta droga, por mecanismos não bem conhecidos, parece acarretar em alguns indivíduos, uma diminuição

na função renal, com consequente retenção de lítio e aparecimento de efeitos tóxicos (36).

59) Digitálicos

É sabido que o lítio, por interferir com vários outros cátions, pode acarretar uma hipopotassemia intracelular, o que potencializa os efeitos colaterais dos digitálicos (36).

O uso combinado de lítio, diuréticos tiazidas e, digitálicos, é tido como perigoso, devido a possibilidade de uma depleção de sódio, que pode acarretar uma elevação acentuada da litemia, a qual por sua vez piora a depleção de potássio, potencializando a ação tóxica dos digitálicos (36).

69) Neurolépticos

Tem sido relatado na literatura, alguns casos isolados, em que a associação de lítio e neurolépticos, particularmente o Haloperidol, provocou uma síndrome orgânico-cerebral, com confusão mental, ataxia, hiper-reflexia, sintomas extrapiramidais, crises convulsivas e anormalidades nas ondas do E.E.G. Na maioria dos casos descritos, a sintomatologia referida foi reversível após a suspensão do lítio (27, 36, 84).

O número de casos em que este quadro ocorreu é muito pequeno (nove), se comparado a tantos outros (mais de quatrocentos), relatados na literatura especializada (36, 84).

Ressaltamos, no entanto, a necessidade de monitorização

frequente da litemia, do balanço hidroeletrólítico e, da seleção adequada de pacientes em que esta combinação poderá ser útil.

7º) Psicoestimulantes

O lítio tem sido indicado no tratamento de pacientes adictos à Anfetamina e Cocaína, por alguns pesquisadores (36, 84).

Os estudos que procuram mostrar que o lítio poderia antagonizar os efeitos de excitação psicomotora provocados por drogas psicoestimulantes, não são conclusivos até o momento, assim como não são conhecidos eventuais efeitos tóxicos resultantes desta combinação (36).

8º) Antidepressivos

Estudos recentes sugerem que o lítio pode potencializar a ação dos antidepressivos tricíclicos, melhorando rapidamente quadros depressivos crônicos, não responsivos aos tratamentos clássicos para depressão (61). No entanto, a combinação destas duas drogas merece cautela, principalmente em pacientes idosos e/ou portadores de doenças orgânicas pré-existentes, que contraindiquem o uso de lítio, e mesmo de antidepressivos isoladamente (27, 36, 84).

9º) Alcool

O lítio tem sido utilizado, por alguns estudiosos, em ca

sos de alcoolismo periódico com sintomas de desordens afetivas, conforme já referido (28, 55, 83, 85).

No entanto, há inúmeras dificuldades em se tratar o paciente alcoólatra, pois eles são pouco persistentes ao tratamento e, comumente ingerem álcool associado com medicamentos.

A associação de lítio e substâncias alcoólicas, pode produzir efeitos tóxicos em alguns indivíduos, caracterizando-se por sintomas e sinais de neurotoxicidade como: turvamento da consciência, ataxia, tremores de extremidades, incoordenação motora (36, 84).

10) Analgésicos

O lítio, em associação com o Ácido acetil salicílico, poderá acarretar severa irritação gástrica em alguns pacientes, ou mesmo úlcera péptica e/ou duodenal (36). Pode também potencializar efeitos sedativos de alguns analgésicos (36).

11) Anticonvulsivantes

Como já referido, em casos onde existem concomitância de manifestações convulsivas e desordens afetivas graves, o uso do lítio pode ser favorável, com até potenciação do efeito do anticonvulsivante. Em outros casos, porém, parece haver uma potenciação recíproca das ações tóxicas dos dois tipos de drogas. Portanto, a literatura apresenta controvérsias a respeito desta associação medicamentosa (27, 29, 36, 84).

129) Anestésicos que provocam relaxamento muscular

A combinação terapêutica destes dois tipos de drogas parece potencializar o efeito relaxante muscular e sua utilização merece extrema cautela (36). No caso de cirurgias onde drogas como a D-Tubocurarina vai ser utilizada, o tratamento com o lítio deverá ser descontinuado e, retomado somente após o retorno do funcionamento normal do aparelho digestivo. A suspensão do lítio deve preceder de 48 a 72 horas o pré-operatório (36).

139) Insulina ou outros agentes hipoglicemiantes

Conforme já referido, há informações muito controvertidas e inconclusivas sobre esta associação medicamentosa, visto que alguns pesquisadores acham que o lítio aumenta a tolerância à glicose, e outros admitem o oposto (36).

149) L-Dopa

Esta associação requer muita cautela, pois segundo alguns pesquisadores, o lítio poderia agravar a síndrome Parkinsoniana (36, 38).

I. Efeitos colaterais ligados ao uso dos sais de lítio

Muitos são os efeitos colaterais descritos na literatu-

ra, porém embora eles sejam possíveis, quando a medicação é utilizada de forma criteriosa, com acompanhamento clínico e controles laboratoriais adequados, a incidência destes efeitos não é maior e mais alarmante do que os que ocorrem com a utilização de outros medicamentos psiquiátricos.

São eles, a saber, catalogados segundo os efeitos provocados sobre os diversos sistemas orgânicos:

1º) Sistema Nervoso Central:

- a) alterações incaracterísticas das ondas do E.E.G.
- b) crises convulsivas tipo grande mal
- c) letargia
- d) distúrbios da memória de fixação
- e) perda da capacidade de concentração e atenção
- f) vertigens
- g) distúrbios da fala (Disartria)
- h) anestesia da pele
- i) incontinência urinária e fecal
- j) borramento da visão
- k) tonturas
- l) estupor
- m) incoordenação motora
- n) coma

(37, 38, 55, 56, 82, 84, 89, 92).

2º) Efeitos Neuro-Musculares:

- a) tremores de extremidades
- b) fadiga muscular

- c) hipersensibilidade muscular, como: fasciculação, contrações musculares súbitas, movimentos clônicos dos membros.
- d) movimentos coreiformes
- e) ataxia
- f) hiperatividade dos reflexos tendinosos
(37, 38, 55, 56, 82, 84, 89, 92).

39) Efeitos Renais:

- a) poliúria
- b) glicosúria
- c) polidipsia
- d) atrofia do néfron
- e) fibrose intersticial
- f) glomérulos endurecidos
(37, 42, 53, 55, 82, 84, 87, 89, 92).

49) Efeitos Hematológicos:

- a) granulocitose
- b) neutrofilia
- c) linfocitopenia
- d) alterações contraditórias quanto ao número de plaquetas: aumento, diminuição, não alterações.
- e) alterações na aglutinação plaquetária.
(37, 41, 82, 84, 89, 92).

59) Efeitos Cardio-Vasculares

- a) alterações das ondas T

- b) bloqueio atrio-ventricular (21)
- c) prolongamento do segmento ST
- d) pulso irregular
- e) queda da pressão arterial
- f) falhas circulatórias periféricas
- g) colapso circulatório

(37, 40, 82, 84, 89, 92).

69) Efeitos Gastrointestinais:

- a) irritação gástrica
- b) dor abdominal
- c) vômitos
- d) náuseas
- e) diarréias pastosas, semipastosas ou liquefeitas
- f) anorexia
- g) constipação
- h) gosto metálico
- i) secura da boca

(37, 48, 55, 56, 82, 84, 89, 92).

79) Efeitos Metabólicos e Endocrinológicos:

- a) ganho de peso (93, 94, 95)
- b) decréscimo dos estoques de glicogênio hepático
- c) hipoglicemia
- d) hipotireoidismo (5,8, 59, 81)
- e) Bócio (5, 8,81)
- f) perda de peso

g) hiperparatireoidismo moderado
(37, 39, 55, 56, 82, 84, 89, 92).

8º) Efeitos Dermatológicos:

- a) lesões máculo-papulosas
- b) alopecia
- c) recrudescimento de psoríase
- d) acne
- e) ulcerações na pele
(37, 45, 55, 82, 84, 89, 92).

9º) Efeitos Ósseos:

- a) acúmulo de lítio nos ossos
- b) osteoporose
(37, 44, 82, 84, 89).

10º) Outros:

- a) anomalia de Ebstein
- b) Síndrome de Down
- c) fadiga geral
- d) desidratação
- e) distúrbios do comportamento
- f) edema de membros inferiores, mãos, faces e mais raramente do abdomen.
(37, 48, 56, 82, 84, 89).

Os efeitos colaterais foram também catalogados, por

Johnson e Brown (1980) (37), de acordo com a época de aparecimento e, correlacionados com os níveis séricos de lítio mantidos. São eles, a seguir:

1º) Precoces (com baixo nível sérico de lítio): até a 6.^a se
mana de tratamento:

a) Inicial (após 2 horas da primeira dose, até 5º dia de
tratamento):

- a.1) náuseas
- a.2) tremores finos de extremidades
- a.3) sede
- a.4) frequência aumentada de micções
- a.5) aumento do volume urinário
- a.6) desconforto abdominal

b) Ocorrência mais tardia (após 5º dia de tratamento, até
6.^a semana):

- b.1) fadiga muscular
- b.2) letargia
- b.3) fraqueza muscular
- b.4) polidipsia
- b.5) poliúria
- b.6) alterações das ondas do EEG
- b.7) tremores das mãos

29) Durante a manutenção da litioterapia (com mais de 6 semanas de tratamento)

a) Com baixo nível sérico de lítio:

- a.1) tremores das mãos
- a.2) bócio
- a.3) hipotireoidismo
- a.4) leucocitose
- a.5) edema de membros inferiores
- a.6) ganho de peso
- a.7) polidipsia
- a.8) poliúria
- a.9) distúrbios da memória de fixação

b) Em níveis tóxicos de lítio:

- b.1) toxicidade iminente (nível sérico de lítio em geral maior que 1,4 mmol/l até \pm 2,0 mmol/l).
 - b.1.1) vômitos e diarreias incoercíveis
 - b.1.2) tremores grosseiros das mãos
 - b.1.3) lentidão psicomotora
 - b.1.4) sonolência
 - b.1.5) vertigem
 - b.1.6) disartria
 - b.1.7) perda do apetite

- b.2) toxicidade instalada (nível sérico de lítio em geral maior que 2,0 mmol/l).
 - b.2.1) perda de consciência

- b.2.2) fasciculação muscular
- b.2.3) hiper-reflexia
- b.2.4) nistagmo
- b.2.5) crises epileptiformes
- b.2.6) coma
- b.2.7) oligúria
- b.2.8) anúria

J. Cuidados especiais para se evitar problemas renais

Nos últimos três anos, os estudos sobre os efeitos colaterais provocados pelo lítio, particularmente a nível renal, se intensificaram. O medo destas lesões levou muitos psiquiatras, alarmados com as publicações abordando tais efeitos, a suspenderem abruptamente a droga, e em consequência a este fato, muitos pacientes que vinham se beneficiando com a medicação, se suicidaram ou tiveram agravamento de seus quadros clínicos psiquiátricos, com reagudização dos sintomas maníacos e/ou depressivos(87).

Pesquisadores como Hullin e colaboradores, que vêm estudando as alterações renais provocadas pelo tratamento de longa duração com o lítio, com prudência e visão crítica, concluíram através de estudos controlados, que o uso crônico desta droga não resulta em sérios danos para a função renal, como se quer atribuir, pois muitos estudos efetuados apresentam sérios erros metodológicos, não levando em consideração doenças renais pré-existentes ao tratamento com lítio, ingestão anterior ou concomitante de outras drogas lesivas renais, etc. (75).

Eles, no entanto, não negaram a possibilidade de ocorrên

cia destas lesões, e enumeram uma série de fatores (75) que são importantes na prevenção dos mesmos:

- 1) seleção apropriada de pacientes
- 2) decisão em conjunto com o paciente, de se usar ou não a medicação, explicando as vantagens e desvantagens da droga.
- 3) pedir Urina I e Creatinina sérica, caso surjam sintomas sugestivos de lesão renal.
- 4) caso seja necessário, pedir outras provas de concentração renal, como: Densidade de 12 horas e Clearance de Creatinina.
- 5) a cada 6 meses pedir Urina I.
- 6) a cada 6 ou 12 meses de tratamento, pedir Densidade de 12 horas.
- 7) manter a litemia tão baixa quanto possível, dentro de uma faixa terapêutica onde esteja havendo benefícios clínicos, com monitorização frequente da litemia.

K. Tratamento da intoxicação provocada pela ingestão de lítio

O quadro inicial de uma intoxicação provocada pela ingestão de lítio pode, muitas vezes, ser confundido com um quadro de "depressão agitada", visto que o paciente frequentemente mostra-se letárgico, desanimado, porém com queixas de inquietação e aflição (49). É comum referirem dificuldades de concentração e atenção, assim como distúrbios da memória de fixação (38, 49). Os sinais e sintomas de incoordenação motora e fadiga muscular podem estar presentes.

Uma das queixas mais frequentes, e um dos primeiros si-

nais a serem evidenciados, são os tremores nas mãos, que com a progressão do quadro tóxico, podem se tornar cada vez mais grosseiros e generalizados (38, 49).

Distúrbios na contração muscular, assim como na articulação das palavras, são observados. Náuseas, vômitos, e diarreias incoercíveis são queixas frequentes nos quadros de intoxicação pelo lítio, podendo levar à desidratação e queda da pressão arterial. Vertigens e crises convulsivas também podem ocorrer (49).

A primeira conduta a ser tomada, em casos de intoxicação por esta droga é o exame clínico do paciente, averiguando-se a dose de lítio ingerida nos últimos dias, e particularmente, nas últimas horas, assim como o tempo transcorrido quando da ingestão da última dose.

Situações que podem aumentar os riscos de intoxicação devem ser minuciosamente investigadas, como: presença de infecções, associações do lítio com outras drogas, idéias de suicídio, ingestão concomitante de bebida alcoólica, dieta pobre em sal, ingestão de alimentos condimentados ou, mudança de hábitos alimentares, que são situações que predispõem a gastroenterocolite aguda, e que favorecem a perda de líquidos e eletrólitos (49).

Uma dosagem do nível sérico de lítio deverá ser imediatamente pedida, tomando-se o cuidado de levar em consideração o tempo de ingestão da última dose, em relação a colheita da amostra de sangue (31, 49).

O nível sérico terapêutico de lítio, medido 12 horas após a última ingestão da droga, para a maioria dos autores é variável entre 0,6 a 1,2 mmol por litro (19,31,32,55,84,89,92). Em intoxicações, em geral, a litemia encontra-se maior que 1,5 mmol por litro de sangue, havendo relatos de níveis sanguíneos extre-

mamente elevados da medicação, atingindo mais de 10 mmol por litro, assim como casos da litemia estar abaixo de 0,6 mmol por litro, em situações de severa toxicidade (49). Este último caso é possível de ocorrer, principalmente em indivíduos idosos ou debilitados (51).

Tratamento das Intoxicações

As medidas a serem tomadas, fundamentalmente dependerão da gravidade da intoxicação, e portanto, é imprescindível conhecer os sintomas e sinais dos quadros tóxicos provocados pelo lítio, pois um diagnóstico rápido e preciso, poderá evitar danos maiores para a vida do paciente.

Em intoxicações brandas, ou diagnosticadas em seu início, muitas vezes a suspensão imediata da droga, ou até mesmo a redução da dose, poderá ser eficiente, e a única medida a ser tomada.

Em quadros mais severos, recomenda-se (49):

- 1º) suspensão imediata da medicação.
- 2º) determinação urgente do nível sérico da droga.
- 3º) determinação dos níveis séricos de sódio, potássio, cálcio e magnésio. Determinação do grau de hidratação.
- 4º) efetuar uma infusão hídrica e/ou salina diante das alterações encontradas no balanço hidroeletrólítico.
- 5º) promover uma rápida eliminação da droga do organismo, através de uma diurese osmótica, provocada pela administração de fluidos e diuréticos.

Em casos extremamente graves, com riscos iminentes de vi

da, deveremos recorrer a:

6º) diálise peritoneal, ou

7º) hemodiálise, que remove rapidamente o lítio do organismo, e corrige o balanço hidroeletrólítico.

Deverão ser tomados cuidados em relação a monitorização dos dados vitais, da função cardíaca, renal e circulatória. A profilaxia de infecções e o acompanhamento do balanço hídrico, de sódio, potássio, cálcio e magnésio, que são os íons mais afetados nestas intoxicações, deverão ser cuidadosamente dosados e, se necessário, corrigidos.

Ingestão de líquidos e cuidados alimentares também são recomendados.

L. Utilização do lítio em crianças e adolescentes (subpopulação até 18 anos).

O uso do lítio, em grupos mais jovens, tem sido acompanhado de muitas controvérsias e de resultados terapêuticos, por vezes, insatisfatórios.

Devido tratar-se de pacientes em uma faixa etária em crescimento e desenvolvimento, os riscos que envolvem o aparecimento de efeitos colaterais, devem ser criteriosamente avaliados, principalmente considerando-se que a margem entre o nível terapêutico e o nível tóxico é muito pequena (50, 57). Em virtude disto, muitos pesquisadores têm recomendado o uso da litioterapia, apenas em crianças com mais de 12 anos de idade, e em condições de desordens afetivas severas, em que outros tratamentos alternativos não tenham sido eficientes (50, 57).

As doenças psiquiátricas em que se tem indicado a litio-terapia são (50, 57):

1º) doença maníaco-depressiva clássica (semelhante a do adulto).

2º) doença maníaco-depressiva atípica, com sintomas e sinais de hiperatividade, (ou hipercinesia), comportamento agresivo, e baixa tolerância à frustração.

Nestes casos, as funções cardíaca, renal e a monitorização freqüente da litemia e do balanço hidroeletrólítico, devem ser minuciosamente controlados, assim como as taxas de hormônios tireoideos, paratireoideos e de crescimento.

M. Utilização do lítio em pacientes geriátricos (subpopulação acima de 65 anos)

É importante não nos esquecermos que pacientes idosos podem apresentar com mais freqüência deficiências orgânico-funcionais, particularmente ligadas aos rins, coração e vasos sanguíneos, pulmões, fígado e outros órgãos importantes. Logo, a administração de qualquer droga, nesta faixa etária, requer maior cautela e rigor de controles.

De fato, sabe-se que no idoso, comparativamente aos jovens, são necessárias doses bem menores de lítio, para obtenção de níveis séricos terapêuticos (51), e portanto, maior rigor nos controles das litemias, e dos efeitos colaterais que poderão advir, mesmo em doses baixas do medicamento.

As doenças afetivas, no paciente idoso podem se apresen-

tar de forma atípica, com sintomas e sinais de irritabilidade intensa, aumento da atividade psicomotora, distúrbios do sono e do apetite, além das alterações características no humor (51).

A litioterapia tem sido usada nestes casos, por pesquisadores cuidadosos, sempre após uma avaliação médica minuciosa de doenças pré-existentes ao tratamento com lítio, averiguando-se também a concomitância de tratamentos com outras drogas, que podem potencializar os efeitos tóxicos da litioterapia.

Outra condição de vigilância, é o diagnóstico diferencial da doença afetiva bipolar, com quadro orgânico-cerebral, de características cíclicas no humor, pois estes podem ser seriamente agravados, com a administração de lítio (51).

N. Utilização do lítio em gestantes e na lactação

Foi recentemente organizado um registro de casos, incluindo mães que se submeteram à litioterapia durante a gestação, particularmente no 1º trimestre (52). Neste registro constam 225 casos atendidos por Schou (Dinamarca), Villeneuve (Canadá) e Goldfield (Estados Unidos), e destes, 25 (11%) resultaram em malformações congênitas infantis, diagnosticadas (52) como:

1º) malformações cardio-vasculares, particularmente "Anomalia de Ebstein" (18 casos).

2º) "Anomalia de Stillborn" (7 casos)

3º) "Síndrome de Down" (2 casos)

4º) "Toxoplasmose Intracelular" (1 caso)

É importante ressaltar que muitas destas mães incluídas

neste registro, e cujos filhos apresentam as referidas malformações, receberam também outros medicamentos durante a gestação, como: benzodiazepínicos, antidepressivos, neurolépticos, e outros (52).

De qualquer forma, com uma taxa tão elevada de malformações, sem dúvida não se recomenda a utilização do lítio durante a gestação, principalmente no primeiro trimestre. Caso seja necessário o uso do lítio no 2º e 3º trimestres, que os tratamentos sejam de curta duração e, com litemia a mais baixa possível, dentro da faixa terapêutica eficaz para a paciente.

Em casos de pacientes já estarem recebendo lítio e ocorrer uma gravidez, a droga só não deverá ser retirada, se isto acarretar sérios riscos de sobrevivência para a mãe ou para a continuidade da gestação. Devido a melindrosidade desta situação, convém sempre se discutir os riscos e benefícios da utilização da droga, com o casal envolvido.

Aleitamento

Está comprovado, por inúmeros pesquisadores, que o lítio passa facilmente para o leite materno, e que a concentração atingida neste, é de 30 a 100% da concentração sérica presente na mãe. Nestes casos, a criança poderá atingir de 10 a 50% do nível sérico do lítio presente no sangue materno (52).

Analisando os riscos citados anteriormente (50, 57), e considerando-se a imaturidade funcional de vários órgãos do neonato, não se recomenda o aleitamento para crianças cujas mães necessitem imperiosamente ingerirem lítio.

Em casos de intoxicação por esta droga, em neo-natos, recomenda-se as seguintes medidas (52):

- 1º) oxigenação
- 2º) controle da temperatura corporal
- 3º) dosagem do nível sérico de lítio e eletrólitos
- 4º) cuidados rigorosos quanto ao grau de hidratação e da manutenção da nutrição
- 5º) prevenção de riscos de infecção e, monitorização das funções renais, cardíaca e circulatória .

Em situações de letargia, ou mesmo coma, a nutrição parenteral e o controle hidroeletrólítico deverá ser efetuado, assim como poderá se proceder a realização de uma hemodiálise, para uma rápida eliminação de lítio do organismo, e restabelecimento da homeostase (52).

O. Monitorização do nível sérico de lítio

A grande maioria dos autores recomenda que se mantenha um nível sérico de lítio dentro da faixa terapêutica, variável entre 0,6 a 1,2 mmol/l (19, 31, 32, 55, 84, 89, 92).

Recomendam também, que a amostra de sangue para se fazer a determinação deste nível, seja colhida pela manhã, após 12 horas de ingerida a última dose desta droga, visto que fatores como desintegração e dissolução das preparações ingeridas, absorção, média de distribuição através do organismo (32, 84), e a média de eliminação através dos rins (33), repercutem sobre o nível sanguíneo da droga e, em cerca de 12 horas temos uma leitura

mais segura da quantidade de lítio que permanece na corrente sanguínea, e a quantidade eliminada pelos rins.

Há também uma orientação para que a dose diária seja parcelada em 2 ou mais tomadas, com intervalos de 12 em 12 horas, ou de 8 em 8 horas, para maior segurança na utilização do medicamento, quanto ao aparecimento de efeitos colaterais (32, 55,84).

Para Karniol (comunicação pessoal) após as primeiras semanas de tratamento, quando é necessário subdividir a dose total diária, em 2 ou 3 tomadas, é possível passar a administração diária da droga, em uma, ou no máximo, 2 ingestões. Neste esquema terapêutico, a maior porção da dose diária, ou a sua totalidade, poderá ser administrada à noite, antes do paciente se deitar. Desta forma, os maiores níveis plasmáticos ocorrem quando o indivíduo já adormeceu, e portanto, eventuais efeitos colaterais que possam advir, não trarão transtornos maiores. Logicamente a "clínica", através de uma observação rigorosa do paciente, deverá predominar na escolha do regime de administração da droga.

O steady-state do lítio ("equilíbrio entre a quantidade ingerida e a eliminada") é atingido em torno do 4º ao 7º dia de tratamento, e portanto, aconselha-se pedir a primeira dosagem por volta desta data (32). Uma segunda dosagem poderá ser efetuada ao fim da segunda semana de tratamento, e uma terceira, ao fim do primeiro mês. As dosagens subsequentes das litemias poderão ser efetuadas cada 3 ou 6 meses de litioterapia. Não é necessário jejum absoluto para se colher as amostras de sangue, visto que uma dieta leve não prejudica a determinação do nível sérico da droga.

P. Outros exames pedidos, segundo Johnson e colaboradores (30)

<u>Tipo</u>	<u>Intervalo de tempo</u>
1. Hemograma (série branca e vermelha)	cada 6 meses
2. Uréia e Creatinina sérica	cada 6 meses
3. Volume urinário de 24 horas	cada 6 meses
4. Densidade urinária de 12 horas	cada 6 meses
5. Determinação de T3, T4 e T.S.H.	após 6 meses
6. Controle de Pulso, PA	regularmente
7. Eletrocardiograma	anualmente
8. Dosagem de sódio, potássio, cálcio e magnésio	cada 6 meses

Na verdade estas considerações citadas, se referem a condições ideais. Quando não possíveis, o acompanhamento clínico rigoroso poderá evidenciar a necessidade de exames mais cuidadosos. A litemia periódica, no entanto, é imprescindível.

Q. Psicoterapia em pacientes submetidos à litioterapia

São inúmeras as dificuldades psicológicas e sociais envolvendo os relacionamentos interpessoais dos indivíduos acometidos de doenças afetivas, e entre elas citamos: as crises conju-

gais, desavenças com parentes, amigos e vizinhos, dificuldades de colocação profissional e perda de empregos, gerando sérias crises sócio-econômicas, dificuldades em estabelecer ligações afetivas mais duradouras, etc. Isto evidencia a necessidade de medidas terapêuticas agregadas ao atendimento psicofarmacológico com lítio e/ou outras drogas, como a psicoterapia e os cuidados sociais (35, 62, 89).

A própria etiologia das desordens afetivas não está bem esclarecida, e portanto, a psicoterapia associada à terapia farmacológica, parece contribuir de forma mais favorável para a melhora clínica destes pacientes, do que cada uma destas condutas de tratamento aplicadas isoladamente (35, 89).

O atendimento psicológico abrange diversas linhas de orientação, e consiste no atendimento individual e, muitas vezes abrange também um acompanhamento familiar, que constitui o círculo social do paciente.

Visa-se com isto, reconhecer fatores psicológicos importantes na determinação e desencadeamento da doença afetiva, além de reforçar a importância do medicamento em sua melhora sintomática (46). Colabora na readaptação social do indivíduo, e orienta a família em como lidar com o paciente. Em alguns casos, o tratamento da família tem se mostrado necessário e mais eficaz, do que a psicoterapia realizada apenas com o doente mais evidente do núcleo familiar (35).

II. OBJETIVOS DESSE TRABALHO

1º) Descrever a montagem de uma "Clínica de lítio", dentro do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, relatando entre outros fatos:

- Início das atividades
- Fontes de encaminhamento dos pacientes
- Local de atendimento
- Providências tomadas para a instalação
- Componentes da Clínica
- Outros aspectos.

2º) Descrever o acompanhamento clínico dos pacientes:

- Número de pacientes encaminhados, e características destes (dados demográficos e sociais).
- Critérios de seleção dos pacientes para serem tratados com lítio.

- Diagnósticos efetuados.
- Nível sérico do medicamento, doses e parcelamento das doses.
- Caracterização dos casos atendidos, mediante serem "agudos" ou "crônicos".
- Associações medicamentosas.
- Evolução dos pacientes.
- Efeitos colaterais apresentados.
- Encaminhamento para psicoterapia: número de pacientes, persistências ou abandonos deste tratamento.
- Outros aspectos.

3º) Estudo das alterações de peso, provocadas pela administração crônica do lítio.

Em relação a esse último item, resolvemos verificar se à semelhança do que ocorre num modelo animal (Teixeira e Karniol, Acta Pharmac. et Toxicol., no prelo), a administração de lítio, de forma continuada, leva a um aumento de peso em mulheres, e a não engordar, ou mesmo, a emagrecer, em homens. Tal conhecimento, acreditamos seria de grande valia no esclarecer detalhes sobre este efeito colateral do lítio, bem como poderia ter importantes implicações no estudo do mecanismo de ação desta droga.

III. MATERIAL E MÉTODOS

Os dados desse trabalho, foram colhidos através da análise retrospectiva das pastas clínicas de 100 pacientes, atendidos na "Clínica de lítio" do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, no período de Março de 1980 a Outubro de 1981.

Por "Clínica de lítio", aqui designamos o atendimento ambulatorial de pacientes que, por indicação de colegas psiquiatras, ou outros como: clínicos, estudantes de medicina, psicólogos, etc., nos procuravam, para se submeterem ao tratamento com lítio. Tal atendimento deu-se, em seu início, de uma forma não sistematizada, mas devido ao crescimento da demanda, passou a se constituir na atividade principal de assistência e pesquisa da autora desse trabalho. A partir dos atendimentos iniciais, e da experiência adquirida pelo orientador dessa tese, na "Clínica de lítio do Psychochemistry Institute", da Universidade de Copenhague (Serviço do Prof. Rafaelsen), diretrizes gerais para o atendimento, adaptadas às nossas condições, foram sendo delineadas.

Um princípio básico, estabelecido desde o início do atendimento, foi o de colher dados sobre os pacientes, os mais am-

plos e completos possíveis, isto através de elaboradas histórias clínicas, evoluções e pela colheita de dados vitais, de uma maneira padronizada, como: pressão arterial, pulso, peso corporal, altura, etc. Com exceção da altura, os demais dados eram tirados a cada retorno, e com isto objetivamos, não só possibilitar uma avaliação retrospectiva do atendimento realizado, como também fornecer subsídios para pesquisas com o lítio em modelos animais, que são realizados no "Setor de Psicobiologia do Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp".

Logo no início desse trabalho, tomamos algumas providências, entre as quais:

1) providenciamos uma sala fixa de atendimento, no caso a de "Pesquisas em Psicofarmacologia Clínica do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da F.C.M., Unicamp".

2) através do único "Laboratório Farmacêutico" que produz comercialmente o lítio, em nosso meio, solicitamos e conseguimos a vinculação ao nosso serviço, de uma auxiliar técnica, através de uma bolsa de estudos concedida pelo mesmo.

A atividade desta técnica, consiste basicamente no desempenho de atividades burocráticas do atendimento, como: marcação de consultas, preenchimento de fichas junto ao Hospital-Escola, anotação de dados vitais, etc.

3) de um modo modesto, devido às nossas limitações materiais, constituímos o nosso próprio "arquivo médico". Com isto, possibilitamos diminuir ao máximo o desvio de pastas, a demora em consegui-las nos dias de atendimento, sigilo das informações

obtidas dos pacientes, etc.

4) providenciamos condições para que o "Laboratório de Patologia Clínica" de nossa Faculdade, fosse capaz de dosar o lítio. Para tanto foi conseguido junto à "Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo" (FAPESP), um filtro para lítio, que foi adaptado a um "fotômetro de chama de Zeiss", devido ter sido utilizada a fotometria de chama, como método para determinação da litemia (31).

Procurou-se, pelo contato com o "Departamento de Patologia Clínica", criar-se condições para a dosagem de lítio, mesmo em emergências.

Devido problemas como falta de verbas para consertos de aparelhos, apesar da boa vontade dos Docentes e Técnicos do Departamento de Patologia Clínica, passamos longos períodos sem poder dosar o lítio. Nestas ocasiões recorriamos a "Laboratórios de Análises Clínicas" particulares, da cidade de Campinas. Um acordo "não escrito", estabeleceu-se com algumas destas entidades, de tal modo que pacientes que tinham condições sócio-econômicas razoáveis, pagavam as determinações, e os mais carentes faziam as dosagens gratuitamente.

É necessário ressaltar, que quando iniciamos os nossos atendimentos, o Departamento de Patologia Clínica da F.C.M. da Unicamp, era o único local onde o lítio sérico era dosado na cidade de Campinas e região. Nessa ocasião, chegamos a colaborar com outras entidades assistenciais, realizando determinações da litemia. Posteriormente, e ao que nos parece, devido influências do nosso serviço, outros laboratórios particulares passaram também a fazer esta mensuração.

5) logo no início da utilização do lítio, como medicamento, em alguns pacientes, entramos em contato com o Pronto-Socorro de nosso Hospital-Escola, fornecendo artigos científicos sobre as indicações e efeitos colaterais provocados por esta droga, bem como dando informações sobre medidas a serem tomadas no caso de eventuais intoxicações. O nosso número de telefone, e locais precisos de atendimentos foram fornecidos ao "Responsável Clínico" pelo funcionamento daquele serviço.

6) estabelecemos, como normas básicas e iniciais de atendimento dos pacientes, critérios para indicação do lítio, época e condições quando seriam solicitadas as litemias, etc. Posteriormente, e à medida que íamos adquirindo experiência clínica com a droga, adaptávamos a cada paciente, as condições que acreditávamos serem melhores ao interesse clínico individual de cada caso.

Apesar da colaboração de alguns elementos se dar de um modo informal, não sistematizado, ou então previamente planejado, os elementos básicos que colaboraram de um modo direto ou indireto no atendimento dos pacientes foram:

1) MARA APARECIDA ALVES CABRAL, autora dessa dissertação e responsável pelo atendimento clínico dos pacientes.

2) ISAC GERMANO KARNIOL, orientador desse trabalho, que entre outras coisas fornecia material bibliográfico, orientava sobre aspectos gerais, e discutia casos clínicos.

3) DURVAL CHECCHINATO, Psicólogo do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da F.C.M. da Unicamp, que orientava

uma equipe de psicólogos, conjunta a ele, dava atendimento psicoterápico aos nossos pacientes.

4) Quivo S. Tahin e Waldir Murari, responsáveis pelas dosagens laboratoriais, realizadas pelo Departamento de Patologia Clínica.

5) Eliete B. da Silva, "Auxiliar Técnica", com funções já referidas.

É necessário ressaltar, que houve nesse trabalho uma aproximação principalmente clínica, onde o benefício dos pacientes era a linha mestra que procurávamos seguir, e não um planejamento prévio, rígido, sobre o qual se buscava a confirmação de dados da literatura, como a eficácia da ação preventiva do lítio nas "Psicoses Afetivas", fato este, aliás, sobejamente conhecido e explorado cientificamente.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Análise da distribuição dos pacientes, segundo terem sido ou não, tratados com $\text{Li}_2(\text{CO}_3)$

Pelos dados da tabela 1, verificamos que dos 100 pacientes atendidos em nossa clínica, no período de Março de 1980 a Outubro de 1981, 70% dos mesmos foram medicados com lítio, associado ou não a outras drogas, e 30% receberam outras condutas psicofarmacológicas.

A grande proporção de pacientes que foram tratados com lítio, por nós, deve-se, provavelmente, ao fato de que os indivíduos encaminhados pelas diversas fontes, apresentavam distúrbios afetivos e, a litioterapia lhes aparecia como uma das possibilidades terapêuticas ainda não utilizadas pela maioria deles. Além disto, o nosso serviço, na época, era um dos únicos, e no início do funcionamento, provavelmente o único, a efetuar dosagens séricas do lítio na região de Campinas, o que levava a convergir para nosso ambulatório, os que faziam uso, ou poderiam vir a fazer uso, da referida medicação.

Tabela 1

Distribuição dos 100 pacientes atendidos na "Clínica de lítio", no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo terem sido ou não tratados com Li_2CO_3 . Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Tratamento com Li_2CO_3	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Sim	35 (79,55)	35 (62,50)	70 (70%)
Não	9 (20,45)	21 (37,50)	30 (30%)
Total	44 (100%)	56 (100%)	100 (100%)

Análise da distribuição diagnóstica dos 100 pacientes atendidos em nossa Clínica

O predomínio de pacientes com distúrbios afetivos pode ser visto nas tabelas 2 e 3. De fato, dos 100 pacientes atendidos, 44 foram diagnosticados, de acordo com a CID-9, como tendo "Psicoses Afetivas" em suas diversas formas, e 15 sofriam de "Psicoses Esquizo-afetivas". Além disto, em pacientes com outros diagnósticos, como: "Transtornos Afetivos de Personalidade", as alterações do humor eram marcantes.

Dos pacientes com "Psicoses Afetivas", todos satisfaziam os critérios de inclusão para serem submetidos à litioterapia, conforme descritos na introdução desse trabalho, tendo sido obedecidos os itens referentes ao número de episódios anteriores da doença, a gravidade do quadro atual, como será visto mais adiante, através das tabelas e anamneses clínicas. Provavelmente, em sua maioria, pacientes graves nos estavam sendo encaminhados (por exemplo, casos, 2, 3, 5, 9, 34, 51, 52, 53 etc.).

Em relação a pacientes com "Psicoses Esquizo-afetivas", estes não vinham respondendo satisfatoriamente a tratamentos somente com neurolépticos, associados ou não a outros medicamentos, daí o encaminhamento para utilização do lítio, geralmente concomitante a estas drogas, na tentativa de se encontrar uma alternativa terapêutica mais eficiente, o que aliás, já foi feito por outros autores (26, 27, 77, 83, 85). Em relação a pacientes com outros diagnósticos, como "Neurose Obsessiva-Compulsiva", "Neurose Fóbica", "Transtorno Afetivo de Personalidade" tratavam-se de casos muito graves, gerando crises sociais profundas para os pa-

cientes e seus familiares, pois tratamentos medicamentosos e/ou psicoterápicos anteriores, tinham se mostrado totalmente ineficientes (por exemplo, casos: 60, 61, 62, 70). Nestes, a litioterapia foi utilizada buscando-se um alívio aos sofrimentos destes pacientes, mesmo sabendo-se que a literatura é inconclusiva quanto aos resultados obtidos. Vários autores relatam casos isolados onde esta tentativa terapêutica foi usada com algum sucesso (26, 28, 55, 83, 84, 85, 89, 92). Baseado nisto, é que tentamos esta aproximação terapêutica, que sabíamos ser "não tradicional".

Em relação aos resultados terapêuticos que obtivemos no tratamento de todos os nossos pacientes com distúrbios afetivos, devemos ressaltar que a sua descrição, não se constitui no objetivo desse trabalho, apesar de mais adiante tecermos algumas referências sobre a evolução clínica dos mesmos. Temos em mente, que o período evolutivo de tratamento considerado — de Março de 1980 até Outubro de 1981, é muito curto para uma melhor avaliação dos resultados obtidos, com o uso de uma droga, cuja principal finalidade é prevenir episódios de doenças afetivas. Além disto, nossos pacientes estavam tendo um atendimento todo especial, com retornos freqüentes, o que possibilitava um estreito relacionamento médico-paciente, além de serem tratados muitas vezes com a combinação de outras drogas psicotrópicas, isto principalmente no início do tratamento, e de em muitos casos, serem submetidos, concomitantemente, à psicoterapia. Estes fatores, entre outros, provavelmente influenciaram no tratamento, porém, em alguns casos era indiscutível que, a partir da introdução do lítio, uma volta à vida familiar e em sociedade, até então impossível com outros tratamentos (por exemplo, casos: 5, 21, 51, 57, 58) se concretizou.

Além dos casos diretamente atendidos em nossa clínica de lítio, que estão incluídos nas tabelas 1, 2 e 3, fornecíamos, de um modo informal, orientação sobre as indicações e contra-indicações da litioterapia, e outros dados sobre a droga, a vários colegas da região de Campinas, e mesmo de outras cidades e Estados. Deste modo, muitos colegas iniciaram a terapêutica com lítio em seus pacientes, e somente casos mais graves é que nos foram diretamente encaminhados.

Entre os pacientes não medicados com esta droga, predominavam os que apresentavam diagnósticos de "Neuroses" ou quadros "Reativos". Em sua maioria, eram parentes de pacientes que tratávamos, ou então, funcionários de nossa Universidade e/ou seus familiares, que sabendo dos bons resultados obtidos com o lítio, também queriam receber esta terapêutica. Na medida do possível, após diagnóstico e tratamento inicial, estes eram posteriormente encaminhados para psicoterapia.

Havia, entre nossos pacientes, um número praticamente igual de homens e mulheres, ou seja, 23 homens e 21 mulheres (Tabelas 2 e 3) com "Psicoses Afetivas", atendidas e medicadas com lítio, em nosso serviço. Como, de acordo com a literatura, doenças afetivas são mais comuns em mulheres (12, 68), não sabemos a causa desta proporção ser praticamente igual entre os sexos, em nossa população com "Psicoses Afetivas".

Tabela 2

Distribuição dos 100 pacientes atendidos na "Clínica de lítio", no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o sexo e diagnósticos (CID-9), e segundo terem sido ou não tratados com lítio. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Receberam Lítio Diagnósticos (CID-9)*	Sim		Não		Total	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
292.0+301.7	0	0	1(11,11)	0	1(2,27)	0
295.0	1(2,86)	0	0	0	1(2,27)	0
295.7	5(14,28)	9(25,72)	0	0	5(11,37)	9(16,07)
296.0	1(2,86)	2(5,71)	0	0	1(2,27)	2(3,57)
296.1	12(34,28)	11(31,42)	0	0	12(27,28)	11(19,64)
296.2	7(20)	1(2,86)	0	0	7(15,91)	1(1,79)
296.3	3(8,57)	7(20)	0	0	3(6,82)	7(12,50)
298.8+305.2	0	0	1(11,11)	0	1(2,27)	0
298.9	0	0	0	1(4,76)	0	1(1,79)
300.0	0	0	3(33,33)	10(47,62)	3(6,82)	10(17,85)
300.0+303.0	0	0	1(11,11)	0	1(2,27)	0
300.1	0	0	0	1(4,76)	0	1(1,79)
300.2+303.0	1(2,86)	0	0	0	1(2,27)	0
300.3	1(2,86)	1(2,86)	0	0	1(2,27)	1(1,79)
300.4	0	0	3(33,33)	8(38,09)	3(6,82)	8(14,28)
300.4+300.7	0	1(2,86)	0	0	0	1(1,79)
300.4+303.0	2(5,71)	0	0	0	2(4,55)	0
300.7	0	0	0	1(4,76)	0	1(1,79)
301.1	1(2,86)	3(8,57)	0	0	1(2,27)	3(5,35)
301.1+304.3	1(2,86)	0	0	0	1(2,27)	0
T o t a l	35(100%)	35(100%)	9(100%)	21(100%)	44(100%)	56(100%)

* 292.0= Síndrome de abstinência de drogas; 295.0= Esquizofrenia simples; 295.7= Psicose esquizoafetiva; 296.0= Psicose maníaco

depressiva, tipo maníaco; 296.1= Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo; 296.2= Psicose maníaco-depressiva circular, fase maníaca; 296.3= Psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva; 298.8= Psicoses reativas ou não especificadas; 298.9= Psicoses não especificadas; 300.0= Neurose de ansiedade ou reação ansiosa; 300.1= Neurose histérica ou reação de conversão; 300.2= Neurose fóbica ou estados fóbicos; 300.3= Neurose obsessiva-compulsiva; 300.4= Neurose depressiva ou depressão reativa; 300.7= Neurose hipocondríaca ou hipocondria; 301.1= Transtorno afetivo de personalidade; 301.7= Transtorno sociopático de personalidade; 303.0= Síndrome de dependência do álcool; 304.3= Dependência de "Cannabis Sativa"; 305.2= Abuso de "Cannabis Sativa" (sem dependência).

Tabela 3

Distribuição dos 100 pacientes atendidos na "Clínica de lítio", no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o sexo e diagnóstico principal, pelo CID-9 (aqui são considerados apenas os três primeiros dígitos desta classificação). Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna que é 100%.

Recebe- ram Lítio Diagnóstico *	Sim		Não		Total	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
292	0	0	1(11,11)	0	1(2,27)	0
295	6(17,14)	9(25,71)	0	0	6(13,64)	9(16,08)
296	23(65,71)	21(60)	0	0	23(52,27)	21(37,50)
298	0	0	1(11,11)	1(4,76)	1(2,27)	1(1,78)
300	4(11,43)	2(5,72)	7(77,78)	20(95,24)	11(25)	22(39,28)
301	2(5,72)	3(8,57)	0	0	2(4,55)	3(5,36)
T o t a l	35(100%)	35(100%)	9(100%)	21(100%)	44(100%)	56(100%)

* 292= Síndrome de abstinência de drogas; 295= Esquizofrenias; 296= Psicoses afetivas; 298= Psicoses não orgânicas (exceto as Esquizofrenias); 300= Transtornos neuróticos; 301= Trans-tornos de personalidade.

Análise da distribuição dos pacientes tratados com Li_2CO_3 , segundo a faixa etária

Entre os pacientes tratados com lítio, mais da metade tinha menos de 40 anos de idade (Tabela 4). Pela literatura, esperávamos uma população preponderantemente mais idosa, visto que autores como Mayer-Gross e Roth citam que na faixa etária próxima ou acima de 50 anos, predominam os casos com distúrbios afetivos (68). Outros, no entanto, como Honório Delgado (12) descrevem em seus "Tratados" que os distúrbios afetivos podem iniciar-se mais precocemente, ou seja, entre os 15 e 35 anos, daí não ser de se estranhar, que havendo principalmente casos graves em nossa população, um número grande de pacientes mais jovens já estivessem sendo acometidos de distúrbios afetivos severos, e consequentemente, tratados com lítio. Ressalte-se que quando somente os pacientes com Psicoses Afetivas eram considerados, a distribuição etária era aproximadamente a mesma que a da tabela 4.

Tabela 4

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo a faixa etária, ao iniciarem o tratamento em nossa Clínica. Os números entre parênteses representam os valores percentuais em relação ao total de coluna, que é 100%.

Sexo Idade (em anos)	Masculino	Feminino	Total
menor que 20	1 (2,86)	0	1 (1,43)
20 ─ 30	9 (25,71)	11 (31,43)	20 (28,57)
30 ─ 40	9 (25,71)	11 (31,43)	20 (28,57)
40 ─ 50	9 (25,71)	6 (17,14)	15 (21,43)
50 ─ 60	4 (11,43)	5 (14,28)	9 (12,86)
60 ─ 70	3 (8,57)	2 (5,71)	5 (7,14)
maior que 70	0	0	0
Total	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Análise da distribuição dos pacientes tratados com Li_2CO_3 , segundo o estado civil

Quanto ao estado civil dos pacientes tratados com lítio, em nossa clínica, metade da população era constituída de indivíduos casados, e 31,43% de solteiros.

Na população dos casados, era muito freqüente referirem crises conjugais em decorrência dos episódios de doença e da freqüência de internações psiquiátricas, o que levava os cônjuges a uma situação de intranqüilidade e instabilidade matrimonial, e sócio-econômica.

A maioria dos cônjuges não acometidos de distúrbios afetivos, referiam não saberem da doença do outro, antes do casamento, mesmo porque em muitos dos casos, os sintomas clínicos se tornaram mais evidentes após a união amorosa.

Entre os solteiros, viúvos e desquitados, era comum a queixa de sentimentos de solidão e de dificuldades no relacionamento com o sexo oposto, principalmente após as manifestações clínicas da doença afetiva.

Tabela 5

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o estado civil, ao iniciarem o tratamento em nossa Clínica. Os números entre parênteses representam os valores percentuais em relação ao total da coluna, que é 100%.

Estado Civil \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
Casado	19 (54,28)	16 (45,71)	35 (50)
Solteiro	11 (31,43)	11 (31,43)	22 (31,43)
Viúvo	2 (5,71)	3 (8,57)	5 (7,14)
Desquitado	3 (8,57)	3 (8,57)	6 (8,57)
Amasiado	0	2 (5,71)	2 (2,86)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Análise da distribuição dos pacientes tratados com Li_2CO_3 , segundo o extrato sócio-econômico

Em relação ao extrato sócio-econômico dos pacientes tratados com lítio, podemos verificar pelas tabelas 6 e 7, que havia um predomínio de pacientes com nível de escolaridade correspondente ao secundário ou universitário, e com ocupações que normalmente são bem remuneradas.

Quanto à Classificação de Guidi e Duarte, (17) utilizada por nós na tabela 8, verificamos que quase 50% dos nossos pacientes, não são enquadráveis nos níveis ocupacionais estipulados por estes autores. É que estes, levam em conta o nível salarial proporcionado pelas ocupações, e o grau de aprendizado para exercê-las, tornando-se portanto difícil a categorização de estudantes, mesmo os de nível universitário, e das mulheres que se ocupam de prendas domésticas. De qualquer forma, mesmo nesta classificação, 60% dos 38 pacientes catalogados, possuem ocupações de nível médio ou superior. Esta maior proporção de pacientes pertencentes a extratos sócio-econômicos superiores, entre os acometidos de doenças afetivas e tratados com lítio, em nossa clínica, está de acordo com dados da literatura (68).

Um aspecto importante é que não fazíamos qualquer seleção em relação à origem dos pacientes que nos foram encaminhados.

Tabela 6

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o sexo e nível de escolaridade, ao iniciarem o tratamento em nossa Clínica. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Escolaridade \ Sexo	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
Analfabeto	1 (2,86)	2 (5,71)	3 (4,28)
Primário incompleto	0	2 (5,71)	2 (2,86)
Primário completo	4 (11,43)	4 (11,43)	8 (11,43)
Secundário incompleto	8 (22,85)	5 (14,28)	13 (18,58)
Secundário completo	9 (25,71)	10 (28,57)	19 (27,14)
Universitário incompleto	3 (8,58)	4 (11,43)	7 (10)
Universitário completo	9 (25,71)	5 (14,28)	14 (20)
Pós-graduação	1 (2,86)	3 (8,57)	4 (5,71)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Tabela 7

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o sexo e ocupações que exerciam ao iniciarem o tratamento em nossa clínica. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Sexo Ocupações	Masculino	Feminino	Total
	Prendas Domésticas	0	17(48,57)
Doméstica	0	1(2,86)	1(1,43)
Comerciante	3(8,57)	1(2,86)	4(5,71)
Vendedor	1(2,86)	0	1(1,43)
Serralheiro	1(2,86)	0	1(1,43)
Sociólogo	1(2,86)	0	1(1,43)
Lavrador	2(5,71)	0	2(2,86)
Industriário	5(14,28)	0	5(7,14)
Advogado	1(2,86)	0	1(1,43)
Secretária	0	2(5,71)	2(2,86)
Médico	1(2,86)	0	1(1,43)
Economista	1(2,86)	0	1(1,43)
Engenheiro Eletrônico	1(2,86)	0	1(1,43)
Engenheiro Agrônomo	1(2,86)	0	1(1,43)
Técnico em Desenho	1(2,86)	0	1(1,43)
Dentista	1(2,86)	0	1(1,43)
Professor(a) Primário	0	2(5,71)	2(2,86)
Professor(a) Univers.	1(2,86)	1(2,86)	2(2,86)
Professor(a) Aposent.	0	2(5,71)	2(2,86)
Func. Público na Ativa	6(17,14)	5(14,28)	11(15,71)
Func. Público Aposent.	2(5,71)	2(5,71)	4(5,71)
Sem Ocupação	4(11,43)	1(2,86)	5(7,14)
Estudante	2(5,71)	1(2,86)	3(4,29)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Tabela 8

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o sexo e ocupações que exerciam ao iniciarem o tratamento em nossa clínica, baseado na Classificação de Guidi-Duarte. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Sexo Ocupação (Guidi-Duarte)	Masculino	Feminino	Total
Não Qualificadas	2 (5,72)	1 (2,86)	3 (4,29)
De Nível Inferior de Qualificação	10 (28,57)	2 (5,71)	12 (17,14)
De Nível Médio de Qualificação	2 (5,72)	8 (22,86)	10 (14,28)
Superiores	12 (34,28)	1 (2,86)	13 (18,57)
De Alta Renda	0	0	0
Não enquadrados na Classificação de Guidi-Duarte	9 (25,71)	23 (65,71)	32 (45,72)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Análise da distribuição de distúrbios afetivos, entre os familiares dos pacientes tratados e não tratados com Li_2CO_3

Quanto à presença de distúrbios afetivos, entre os familiares dos pacientes que tratamos ou não, com lítio, verificamos que 61,43% dos tratados, e 63,33% dos não tratados, apresentavam pelo menos um familiar mais próximo com sintomas afetivos (tabelas 9 e 10 respectivamente). Esse critério, portanto, não serviu para diferenciar os pacientes tratados com lítio, em relação aos não tratados com esta droga.

De acordo com autores como Winokur e colaboradores (96), que estudaram minuciosamente o hereditário de muitos pacientes acometidos de doenças afetivas, quadros como: Psicose Maníaco-Depressiva, Mania, Depressões, Depressões acompanhadas de Alcoolismo e, Psicoses Esquizo-afetivas, seriam muito frequentes entre os familiares destes pacientes.

Tabela 9

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, em nossa clínica, segundo terem ou não familiares com distúrbios afetivos, baseados no critério de Winokur e colaboradores (96). Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Presença de familiares com dist. afetivos	Sexo	Masculino	Feminino	Total
	Sim		21 (60%)	22 (62,86)
Não		14 (40%)	13 (37,14%)	27 (38,57%)
T o t a l		35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Tabela 10

Distribuição dos 30 pacientes não medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, em nossa Clínica, segundo terem ou não familiares com distúrbios afetivos, baseados no critério de Winokur e colaboradores (96). Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Sexo Presença de familiares com dist. afetivos	Masculino	Feminino	Total
Sim	5 (55,56)	14 (66,67)	19 (63,33)
Não	4 (44,44)	7 (33,33)	11 (36,67)
T o t a l	9 (100%)	21 (100%)	30 (100%)

Análise da distribuição dos pacientes tratados com Li_2CO_3 , segundo o número de recaídas ou reagudizações, antes e após o início do tratamento com esta droga

Na tabela 11 podemos verificar que aproximadamente 90% dos pacientes tratados com lítio, tinham tido 3 ou mais episódios de doença, antes de iniciarem o tratamento com esta droga, associado ou não a outros medicamentos. Verificamos também, através dos dados da tabela 12, que quase 50% desses pacientes tinham tido 2 ou mais internações em hospitais psiquiátricos, sendo que 25,71% tinham 4 ou mais hospitalizações. Conforme já referido, tratava-se de uma população gravemente enferma.

É interessante assinalar, que na grande maioria dos casos clínicos com distúrbios afetivos, atendidos em nosso serviço, as internações psiquiátricas eram em geral de iniciativa dos familiares dos pacientes, e ocorriam quando de episódios maníacos (por exemplo, casos: 49, 51, 52), e muito mais raramente, quando de depressões. Neste último caso, recorria-se a internações somente em situações desesperadoras, ou seja, quando em geral havia sérios riscos de suicídio "percebidos" pelos familiares. Nas crises maníacas, o paciente incomodava francamente o meio, com o seu procedimento e com a sua agitação psicomotora, levando rapidamente os parentes próximos a um desgaste físico e, também, à intranquilidade emocional.

Tabela 11

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o número de recaídas ou reagudizações apresentadas antes de iniciarem o tratamento em nossa Clínica. Os números entre parênteses re apresentam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Nº de Recaídas ou Reagudiz.	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1	3(8,57)	0	3(4,28)
2	4(11,43)	0	4(5,72)
3	6(17,14)	7 (20)	13(18,57)
4	7 (20)	7 (20)	14 (20)
5	1 (2,86)	8(22,86)	9(12,86)
Mais de 5	14 (40)	13(37,14)	27(38,57)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Tabela 12

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o número de internações ocorridas antes de serem encaminhados à nossa Clínica. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Sexo Número de Internações	Masculino	Feminino	Total
	Zero	16 (45,72)	13 (37,14)
1	4 (11,43)	3 (8,57)	7 (10)
2	8 (22,85)	3 (8,57)	11 (15,71)
3	2 (5,72)	3 (8,57)	5 (7,14)
4	0	5 (14,28)	5 (7,14)
5	0	1 (2,86)	1 (1,43)
Mais de 5	5 (14,28)	7 (20)	12 (17,14)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Análise da distribuição dos pacientes tratados com Li_2CO_3 , segundo apresentarem ou não sintomatologia produtiva, em seu atendimento inicial.

Quando da primeira consulta em nosso serviço, 70% dos pacientes, que posteriormente seriam medicados com lítio, apresentavam sintomatologia produtiva, ou seja, não estavam em interfase, conforme se pode verificar pelos dados da tabela 13. Em muitos destes casos, o estado clínico psiquiátrico dos pacientes era muito grave, parecendo ser o encaminhamento à nossa Clínica, uma última atitude a ser tomada, na tentativa de se evitar uma internação.

Tabela 13

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo a presença ("casos agudos ou em reagudização"), ou ausência ("casos não agudos") de sintomatologia produtiva, quando do atendimento inicial em nossa Clínica. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Casos \ Sexo	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Agudos ou em Reagudização	25 (71,43)	24 (68,57)	49 (70)
Não agudos	10 (28,57)	11 (31,43)	21 (30)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Análise da distribuição de pacientes que estavam ou não ingerindo Li_2CO_3 , quando do atendimento inicial em nossa Clínica. Tratamento inicial dos pacientes tratados com Li_2CO_3 .

Dos 70 pacientes tratados com Li_2CO_3 em nosso serviço, 12 já vinham tomando tal medicamento quando da consulta inicial, conforme dados da tabela 14.

Como, em sua grande maioria, nas primeiras consultas os pacientes apresentavam sintomatologia produtiva, em apenas 15,71% dos casos, a medicação prescrita foi somente o Li_2CO_3 (Tabela 15). Em grande número de casos, era necessário acrescentar um neuro-léptico, ou um antidepressivo e/ou um benzodiazepínico, utilizado com fins hipnóticos. O neuro-léptico de escolha foi o Haloperidol; o antidepressivo a Amitriptilina, e o hipnótico o Nitrazepan ou o Flurazepan.

De um modo geral, as doses de neuro-lépticos, e mesmo dos antidepressivos usados conjuntamente com a administração oral de lítio, eram bem menores do que aquelas utilizadas isoladamente pelos pacientes em crises anteriores. A não ser em casos isolados, não notamos com estas combinações farmacológicas, efeitos colaterais mais intensos ou diferentes, daqueles comumente encontrados quando do uso isolado destas drogas.

A medida que o tratamento evoluía, procurávamos restringir o número de drogas utilizadas pelos pacientes, de tal modo que após alguns meses, o Li_2CO_3 fosse a única droga ingerida pelos mesmos.

Tabela 14

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo já estarem ou não recebendo esta medicação, quando do atendimento inicial em nossa Clínica. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Lítio anteriormente	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Sim	3 (8,57)	9 (25,71)	12 (17,14)
Não	32 (91,43)	26 (74,29)	58 (82,86)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Tabela 15

Distribuição dos 70 pacientes atendidos na "Clínica de lítio", no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo terem recebido como tratamento inicial somente Li_2CO_3 ou, Li_2CO_3 combinado com outras medicações. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Tratamento inicial	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Li_2CO_3	7 (20)	4 (11,43)	11 (15,71)
Li_2CO_3 + Neuroléptico	6 (17,14)	9 (25,71)	15 (21,43)
Li_2CO_3 + Antidepressivo	14 (40)	16 (45,71)	30 (42,85)
Li_2CO_3 + Benzodiazepínico	6 (17,14)	3 (8,57)	9 (12,86)
Li_2CO_3 + Neuroléptico + Outros	2 (5,71)	3 (8,57)	5 (7,14)
Li_2CO_3 + Antidepressivos + Outros	0	0	0
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Análise da distribuição dos pacientes tratados com Li_2CO_3 , segundo o número de meses de atendimento em nossa Clínica, no período de Março de 1980 até Outubro de 1981.

Em outubro de 1981, portanto 19 meses após o início de funcionamento de nossa Clínica, 46 pacientes estavam sendo tratados com Li_2CO_3 , visto que, dos 70 que iniciaram a litioterapia alguns, por diversas razões que serão discutidas mais adiante (Tabela 20), a abandonaram. Como algumas considerações serão feitas, em particular, sobre esses pacientes, achamos necessário tabular o número de meses de atendimentos dos 46 que permaneceram em terapia com o Li_2CO_3 , associado ou não a outras condutas psicofarmacológicas e psicoterápica.

Podemos verificar, por dados da tabela 16, que 58,67% dos 46 pacientes em tratamento com lítio, em Outubro de 1981 estavam, no mínimo, com 7 meses ou mais de litioterapia.

Tabela 16

Distribuição dos 46 pacientes medicados com Li_2CO_3 , e que estavam em tratamento com esta droga em Outubro de 1981, segundo o número de meses de atendimento em nossa Clínica. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Número de meses de atendimento	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Menos de 1 mês	0	0	0
1 — 3	3 (14,28)	5 (20)	8 (17,39)
3 — 5	4 (19,04)	3 (12)	7 (15,21)
5 — 7	3 (14,28)	1 (4)	4 (8,69)
7 — 9	4 (19,04)	5 (20)	9 (19,56)
9 — 11	0	0	0
11 — 13	1 (4,76)	2 (8)	3 (6,52)
13 — 15	1 (4,76)	3 (12)	4 (8,69)
15 — 17	3 (14,28)	3 (12)	6 (13,04)
17 — 19	2 (9,52)	3 (12)	5 (10,86)
T o t a l	21 (100%)	25 (100%)	46 (100%)

Análise da distribuição das litemias de nossos pacientes

Uma idéia do nível sérico de lítio, atingido pelos 46 pacientes tratados com Li_2CO_3 , em Outubro de 1981, pode ser visualizada na tabela 17.

Podemos verificar que a maioria dos pacientes tinha um nível sérico entre 0,6 e 1,2 mEq/litro, ou seja, estavam dentro da faixa terapêutica recomendada na literatura (19,32,55,84,89,92). Esta litemia refere-se à medida feita pela manhã, 12 horas após a ingestão da última tomada da droga. Na medida do possível, procurávamos manter o menor nível sérico de lítio, tendo em vista as características individuais do paciente, sua evolução clínica, etc. Dentro destas características individuais, o peso corporal, o sexo e a idade, eram dados muito importantes no se estabelecer a dose inicial da droga a ser ingerida. Assim, em pacientes idosos, iniciávamos o tratamento com doses baixas, o mesmo ocorrendo com pacientes de baixo peso corporal.

O lítio, sob a forma de comprimidos de 300 mgs de "Carbonato de lítio" (nome comercial do medicamento é "Carbolitium"), era administrado em doses totais diárias que variavam de 600 a 1.200 mgs, divididos em 2 ou 3 ingestões. De preferência, os pacientes ingeriam o medicamento em 2 tomadas, uma pela manhã e outra após o jantar. A dose maior era concentrada neste último horário, visando com isto acarretar um pico plasmático da droga à noite, e conseqüentemente, se efeitos colaterais ocorressem, os mesmos se dariam quando o indivíduo estivesse em sua casa, acarretando, de acordo com nossa experiência, menor incômodo para os pacientes.

Tabela 17

Distribuição dos 46 pacientes medicados com Li_2CO_3 , e que estavam em tratamento com esta droga em Outubro de 1981, segundo o nível lítêmico a que vinham sendo mantidos nesta data, em nossa Clínica. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Litemia (mEq/l)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Menor que 0,3	1(4,76)	0	1(2,17)
0,3 — 0,5	5(23,80)	3 (12)	8(17,39)
0,5 — 0,7	9(42,85)	7 (28)	16(34,78)
0,7 — 0,9	3(14,28)	5 (20)	8(17,39)
0,9 — 1,1	1(4,76)	4 (16)	5(10,86)
1,1 — 1,3	1(4,76)	3 (12)	4(8,69)
Acima de 1,3	0	1 (4)	1(2,17)
Sem resultado da 1ª Litemia	1(4,76)	2 (8)	3(6,52)
T o t a l	21(100%)	25(100%)	46(100%)

Análise do número de consultas mensais, dos pacientes atendidos em nossa Clínica

Quando do início do tratamento em nossa Clínica, a media na do número de consultas mensais, dos pacientes tratados com Li_2CO_3 associado ou não a outras drogas, era 4, sendo a média de 4,4. Com a evolução da terapia, a mediana reduzia-se para 2 e a média, para aproximadamente 2, a partir do 5º mês de tratamento.

É necessário ressaltar que não houve um planejamento inicial em relação ao número de consultas mensais que seria oferecido a cada paciente. A evolução do quadro clínico e a necessidade individual de cada caso foram fundamentais para estabelecer o número de retornos mensais. De qualquer modo, os pacientes em litioterapia, aparentemente, estavam melhorando, pois houve, gradativamente, uma redução no número de consultas mensais efetuadas, conforme mostra a tabela 18.

Tabela 18

Número de consultas mensais (Média \pm Desvio Padrão e Mediana) dos pacientes atendidos na "Clínica de lítio", no período de Março de 1980 até Outubro de 1981. Nesta tabela, estão incluídos homens e mulheres, que nos sucessivos meses foram tratados apenas com Li_2CO_3 ou Li_2CO_3 combinado com outras medicações psicotrópicas. Foram considerados os meses, onde pelo menos 8 pacientes estavam sendo tratados.

Meses	Nº de Consultas Média \pm Desvio Padrão	Mediana
1	4,4 \pm 1,4	4
2	3,6 \pm 1,2	4
3	3,7 \pm 4,4	3
4	2,9 \pm 1,3	3
5	2,7 \pm 1,2	2
6	2,1 \pm 1,4	2
7	2,4 \pm 1,2	2
8	3,5 \pm 4,0	2
9	2,0 \pm 0,8	2
10	2,1 \pm 1,1	2
11	2,5 \pm 1,0	2
12	2,3 \pm 1,2	2
13	2,1 \pm 1,0	2
14	2,3 \pm 1,5	2
15	2,4 \pm 1,2	2
16	2,8 \pm 2,1	2

Análise do número de pacientes que abandonaram a litioterapia em nossa Clínica, e dos motivos que levaram a esta atitude

Apesar do atendimento cuidadoso dispensado, por diversas razões, 34,28% dos pacientes abandonaram o tratamento com lítio em nossa Clínica (Tabela 19). Dos que abandonaram, 58,33% o fizeram por motivos que desconhecemos, 12,50% por se recusarem a continuar ingerindo o lítio e, 16,67% por mudança de cidade, sendo que alguns destes pacientes encontram-se ainda em litioterapia, embora sob outra orientação clínica.

Uma pequena porcentagem de abandono (12,50%), conforme mostra a tabela 20, deve-se ao aparecimento de efeitos colaterais como: gastralgias, e a um "eritema pigmentar fixo palmar", ocorrido em uma mulher (caso 40), e não necessariamente atribuído ao lítio. Como esta paciente fazia uso de duas drogas concomitantemente, ambas foram retiradas temporariamente. Devido não se conhecer ainda, a etiologia desta lesão dermatológica, este efeito colateral não foi incluído na tabela 24.

Pelos dados das tabelas 21 e 22, podemos verificar que dos que abandonaram a litioterapia, 8 eram "Esquizofrênicos", 12 tinham "Psicoses Afetivas", 2 apresentavam "Transtornos Afetivos de Personalidade" e 2 eram "Neuróticos", ou seja, dos 44 pacientes com "Psicoses Afetivas" (Tabela 3) 27, 27% do total, abandonaram o tratamento; dos 15 pacientes com "Esquizofrenia", sendo 14 com "Psicoses Esquizoafetivas", 53,33% abandonaram a litioterapia; dos 5 pacientes com "Transtornos Afetivos de Personalidade", 40% deles deixaram o tratamento em nossa Clínica, enquanto que dos 6 pacientes neuróticos medicados com lítio, 2 não persistiram nesta terapêutica (33,33% do total). Aparentemente, houve

uma tendência menor de abandono entre as "Psicoses Afetivas" (Tabela 22), que de acordo com a literatura parecem ser as indicações precípuas para a terapia com lítio (22, 76, 83, 84, 89).

De um modo geral, o abandono do tratamento com esta droga, ocorria após a remissão dos sinais e sintomas produtivos da doença que tinham levado o paciente à consulta inicial.

Tabela 19

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo terem ou não abandonado este tratamento psicofarmacológico, em nossa Clínica. Os números entre parênteses representam os valores percentuais em relação ao total da coluna, que é 100%.

Abandono ao tratamento com Li_2CO_3	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Não	21 (60)	25 (71,43)	46 (65,72)
Sim	14 (40)	10 (28,57)	24 (34,28)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Tabela 20

Distribuição dos 24 pacientes que abandonaram a litioterapia em nossa Clínica, no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo as possíveis razões para esta atitude. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Motivos	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Efeitos colaterais	1(7,14)	2 (20)	3(12,5)
Mudança de cidade	2(14,29)	2 (20)	4(16,67)
Recusa espontânea do paciente em tomar o lítio	1(7,14)	2 (20)	3(12,5)
Outros motivos (desconhecidos do Terapeuta)	10(71,43)	4 (40)	14(58,33)
T o t a l	14(100%)	10 (100%)	24(100%)

Tabela 21

Distribuição dos 24 pacientes que abandonaram a litioterapia em nossa Clínica, no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o diagnóstico (CID-9). Os números entre parênteses representam os valores percentuais em relação ao total da coluna, que é 100%.

Diagnóstico (CID-9)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
295.0	1(2,86)	0	1(1,43)
295.7	3(8,57)	4(11,42)	7 (10)
296.0	0	1(2,86)	1(1,43)
296.1	5(14,28)	2(5,71)	7 (10)
296.2	2(5,71)	0	2(2,86)
296.3	1(2,86)	1(2,86)	2(2,86)
301.1	1(2,86)	1(2,86)	2(2,86)
300.7	0	1(2,86)	1(1,43)
300.4 + 300.3	1(2,86)	0	1(1,43)
Não abandonaram	21(60)	25(71,43)	46(65,71)
T o t a l	35(100%)	35(100%)	70(100%)

Tabela 22

Distribuição dos 24 pacientes que abandonaram a litioterapia em nossa Clínica, no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o diagnóstico (CID-9), considerando-se apenas os três primeiros dígitos desta Classificação. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Diagnóstico (CID-9)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
295	4 (11,42)	4 (11,42)	8 (11,43)
296	8 (22,86)	4 (11,42)	12 (17,14)
301	1 (2,86)	1 (2,86)	2 (2,86)
300	1 (2,86)	1 (2,86)	2 (2,86)
Não abandonaram	21 (60)	25 (71,43)	46 (65,71)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Análise do tratamento inicial dos pacientes que não receberam oLi₂CO₃

Como mais adiante faremos algumas considerações sobre os efeitos colaterais apresentados pelos pacientes que foram tratados ou não com Li₂CO₃, sob nossos cuidados clínicos, achamos oportuno tecer algumas referências sobre o tratamento inicial dos pacientes que não receberam esta droga.

Conforme podemos visualizar pela tabela 23, em grande parte (46,66%) dos 30 pacientes não submetidos à litioterapia, verificamos que os mesmos foram tratados com benzodiazepínicos isoladamente ou, em combinação com outras drogas.

O benzodiazepínico mais utilizado foi o Bromazepan, procurando-se em todos os casos usar a medicação por períodos curtos mas, em tempo suficiente para haver remissão dos sintomas produtivos e, estabilização da melhora clínica, para possibilitar inclusive, um melhor acompanhamento da psicoterapia, por parte desses pacientes.

Os antidepressivos mais utilizados foram a Amitriptilina e a Imipramina, e o neuroléptico mais prescrito foi o Haloperidol.

Tabela 23

Distribuição dos 30 pacientes atendidos na "Clínica de lítio", no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, e que não foram medicados com Li_2CO_3 , segundo o tratamento psicofarmacológico recebido. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Sexo Tratamento	Masculino	Feminino	Total
	Neuroléptico	0	1(4,76)
Antidepressivo	3(33,33)	6(28,57)	9(30)
Benzodiazepínico	4(44,44)	10(47,61)	14(46,66)
Neuroléptico + Benzodiazepínico	2(22,22)	1(4,76)	3(10)
Antidepressivo + Benzodiazepínico	0	1(4,76)	1(3,33)
Nenhum medicamento	0	2(9,52)	2(6,66)
T o t a l	9(100%)	21(100%)	30(100%)

Análise das queixas apresentadas pelos pacientes tratados e não tratados com o Li_2CO_3

Quanto às queixas mais frequentes entre os pacientes medicados com o Li_2CO_3 , associado ou não a outras drogas, encontramos: ganho de peso de um modo exagerado, sintomas gastrointestinais como náuseas e diarréias explosivas, aumento do apetite, poliúria e polidipsia (Tabela 24). Entre as queixas de diarréias, estão também incluídas as referências de fezes amolecidas, que são bastante comuns ao início do tratamento.

É importante ressaltar que, apesar de provavelmente boa parte destes efeitos colaterais serem devidos ao uso do lítio, não podemos descartar que alguns deles estivessem sendo acarretados pelo uso concomitante desta droga com outros psicofarmacos, o que ocorria no início do tratamento de pacientes com sintomatologia produtiva.

Houve uma ligeira tendência das queixas relacionadas com aumento do apetite e do peso, serem mais comuns no sexo feminino. Isto coincide com o dado objetivo de que mulheres, de um modo geral, engordaram muito mais que os homens, com o tratamento (ver referências adiante). De um modo geral, no entanto, ficou muito difícil comparar se a frequência de algumas queixas era mais comum a um dos sexos, pois os valores numéricos foram muito semelhantes, e as queixas eram relativamente infreqüentes.

No início do tratamento, as queixas de diarréias, náuseas, poliúria e polidipsia eram mais comuns. O esclarecimento aos pacientes sobre o possível aparecimento destes efeitos passageiros, já era suficiente para que eles fossem encarados com mais

naturalidade. Em muitos casos, isto era reforçado pelos benefícios clínico-psiquiátricos que o paciente estava obtendo com a medicação.

Em casos mais graves, com diarréias incoercíveis, náuseas intensas e tremores grosseiros de extremidades, a medicação foi suspensa, sendo uma litemia solicitada com urgência. Isto ocorreu raramente, e em geral foram casos que já vieram medicados com lítio, sem qualquer controle clínico e laboratorial feitos anteriormente ao nosso acompanhamento.

Queixas gastrointestinais, por vezes mais sérias, ocorreram em alguns pacientes que em sua dieta ingeriam alimentos condimentados, leite muito gorduroso, ou então, bebidas alcoólicas, ainda que em doses moderadas. Tremores de extremidades eram mais comuns em pacientes com mais de 50 anos, e no início do tratamento.

As queixas apresentadas, aparentemente não se relacionavam com litemias elevadas, ou seja, com níveis acima de 1,2 mEq/l, tendo ocorrido em muitos pacientes com valores abaixo de 0,6 mEq/l.

As queixas relacionadas ao ganho excessivo de peso, levaram muitos pacientes a fazer regime alimentar, eventualmente a fazer ginástica, pois, principalmente as mulheres, não aceitavam a sua nova imagem estética. Nestes casos, recomendávamos que não houvesse abstenção de alimentos que contivessem sal (NaCl). Mesmo fazendo regime, e não tendo, em alguns casos, aparentemente aumento do apetite, muitas mulheres tiveram elevação considerável do peso corporal.

Em apenas um caso, uma paciente apresentou marcha desordenada, tremores grosseiros de extremidades e, súbitas contra-

ções musculares. Tratava-se de uma senhora, recentemente internada em hospital psiquiátrico, e que teria recebido durante a sua hospitalização doses elevadas de neuroléptico, concomitantes às doses altas de lítio. A nossa conduta, neste caso, foi a suspensão do neuroléptico, seguida de rigorosa vigilância clínica, da litemia e do balanço hidro-eletrolítico. Foi necessário também reduzir a dose de lítio. Com estas medidas, a evolução clínica e psiquiátrica desta paciente, foi muito satisfatória.

As queixas apresentadas pelos trinta pacientes que não ingeriram lítio, mas outras drogas psicotrópicas, podem ser vistas na tabela 25. Como as frequências destas são relativamente baixas, comparações entre as queixas dos pacientes tratados e não tratados com lítio, torna-se relativamente difícil. De qualquer modo, secura na boca e sonolência, parecem ter sido mais frequentes neste grupo, do que naquele que recebeu lítio associado com outras drogas. Neste grupo, de trinta pacientes, praticamente não houve queixas de aumento de peso, apesar da boa evolução clínica de vários pacientes.

Tabela 24

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 em nossa Clínica, no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo as queixas apresentadas, devido o acometimento dos diversos sistemas orgânicos. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

A) Sistema Nervoso Central (S.N.C.)

Queixas \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
Sonolência	1 (2,86)	0	1 (1,43)
Marcha desordenada	0	1 (2,86)	1 (1,43)
Sem queixas de S.N.C.	34 (97,14)	34 (97,14)	68 (97,14)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

B) Sistema Neuro-Muscular (S.N.M.)

Queixas \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
Tremores de extremidades	4 (11,43)	4 (11,43)	8 (11,43)
Contrações musculares súbitas	2 (5,71)	2 (5,71)	4 (5,71)
Fadiga Muscular	1 (2,86)	1 (2,86)	2 (2,86)
Sem queixas do S.N.M.	28 (80)	28 (80)	56 (80)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

C) Sistema Osteo-Articular (S.O.A.)

Queixas \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
Artralgias	2 (5,71)	1 (2,86)	3 (4,29)
Sem queixas do S.O.A.	33 (94,29)	34 (97,14)	67 (95,71)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

D) Sistema Digestivo (Gastrointestinal)

Queixas \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
Diarréias	6 (17,14)	6 (17,14)	12 (17,14)
Náuseas	0	7 (20)	7 (10)
Cólicas abdominais	1 (2,86)	1 (2,86)	2 (2,85)
Flatulência	0	2 (5,71)	2 (2,85)
Gastralgia	2 (5,71)	0	2 (2,85)
Asia	0	1 (2,86)	1 (1,43)
Gosto salgado	0	1 (2,86)	1 (1,43)
Sem queixas digestivas	26 (74,29)	17 (48,57)	43 (61,43)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

E) Sistema Renal

Queixas \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
Poliúria	4 (11,42)	7 (20)	11 (15,71)
Sem queixas renais	31 (88,58)	28 (80)	59 (84,29)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

F) Outros Sistemas

Queixas \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
Ganho de peso	9 (25,72)	14 (40)	23 (32,86)
Aumento de apetite	3 (8,57)	6 (17,15)	9 (12,86)
Polidipsia	4 (11,42)	4 (11,42)	8 (11,43)
Atraso menstrual	-	4 (11,42)	4 (5,71)
Acne	3 (8,57)	0	3 (4,28)
Emagrecimento	1 (2,86)	0	1 (1,43)
Edema de MMIIs	0	1 (2,86)	1 (1,43)
Embaralhamento nas vistas	0	1 (2,86)	1 (1,43)
Aumento de cáries dentárias	0	1 (2,86)	1 (1,43)
Sem queixas sobre estes sistemas citados	15 (42,86)	4 (11,43)	19 (27,14)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	70 (100%)

Tabela 25

Distribuição dos 30 pacientes atendidos na "Clínica de lítio", no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, e que não foram medicados com Li_2CO_3 , mas sim, com outras drogas psicotrópicas, segundo as queixas apresentadas, devido o acometimento dos diversos sistemas orgânicos. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

A) Sistema Nervoso Central (S.N.C.)

Queixas \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
Sonolência	2 (22,22)	3 (14,29)	5 (16,67)
Tonturas (vertigens)	0	1 (4,76)	1 (3,33)
Sem queixas do S.N.C.	7 (77,78)	17 (80,95)	24 (80)
T o t a l	9 (100%)	21 (100%)	30 (100%)

B) Sistema Gastrointestinal (S.G.I.)

Queixas \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
Secura na boca	3 (33,33)	5 (23,81)	8 (26,66)
Obstipação intestinal	2 (22,22)	2 (9,52)	4 (13,33)
Gosto amargo	1 (11,11)	1 (4,76)	2 (6,66)
Sem queixas do S.G.I.	3 (33,33)	13 (61,90)	16 (53,33)
T o t a l	9 (100%)	21 (100%)	30 (100%)

Evolução clínica dos pacientes submetidos à litioterapia

Apesar desse estudo ter se desenvolvido por um período relativamente curto (cerca de 19 meses), em que os pacientes no decorrer deste tempo, encontravam-se em diferentes durações do tratamento (Tabela 16), no levantamento que fizemos em Outubro de 1981, tentamos visualizar qual foi a evolução de nossa clientela, que de início era geralmente tratada com lítio, associado ou não a outras drogas psicotrópicas e à psicoterapia, e que no decorrer do tratamento, tinha sua medicação geralmente reduzida ao Li_2CO_3 ; ao lado disto, alguns pacientes continuaram ou não com a psicoterapia. Para o estudo da evolução clínica, foram considerados somente os pacientes que estavam em tratamento com esta droga, por um período mínimo de 6 meses, em Outubro de 1981.

Pela tabela 26, verificamos que 88,46% dos pacientes apresentavam melhora inicial já nas primeiras semanas de tratamento, ou persistência de não sintomatologia produtiva, enquanto 11,54%, não só não melhoraram inicialmente, como posteriormente se beneficiaram pouco com a continuação da terapêutica psicofarmacológica (casos 4, 52, 60).

Destes 26 pacientes, 3 já estavam recebendo lítio antes do contato inicial com nosso serviço. Dos 23 restantes, afora o episódio atual que motivou a consulta à nossa Clínica, 14 tinham tido no mínimo uma recaída sintomatológica no período de 6 meses que antecede o início do tratamento; 5 tinham tido duas recaídas no mesmo período considerado anteriormente, e 4 pacientes apresentaram três recaídas (Tabela 27).

Durante os 6 primeiros meses de tratamento conosco, 15

pacientes não apresentaram mais recaídas, 6 tiveram uma (casos: 5, 9, 12, 43, 51, 55), enquanto 2 tiveram duas (casos 49, 64). Segundo informações dos pacientes e familiares dos mesmos, estas crises foram em geral mais brandas e mais rápidas em recuperação, comparativamente às apresentadas anteriormente.

Destes 8 pacientes que tiveram reaparecimento dos sintomas produtivos, 3 tinham deixado de tomar os medicamentos algumas semanas antes das crises. Isto se reflete nas litemias zero detectadas nos mesmos (Tabela 29). Mesmo entre os demais, existe a possibilidade de que estivessem tomando com irregularidades as medicações. Isto se reflete no fato de que 2 pacientes se recusaram a permitir a colheita de sangue para realização da litemia, quando anteriormente a faziam, sem qualquer receio. Logicamente, nestes casos, fica muito difícil concluir se a recaída levou à suspensão gradual da medicação pelo paciente ou, se a suspensão do medicamento é que possibilitou o reaparecimento dos sintomas produtivos. É interessante assinalar, que os 2 pacientes que tiveram duas recaídas tinham suspendidas as medicações quando da ocorrência destas (Tabela 30). A facilidade de, através da litemia, rapidamente saber se o paciente vinha ou não ingerindo a droga prescrita, fica então ressaltada nestes casos, fato mais difícil em outras terapias psicofarmacológicas, onde dosagens dos níveis sanguíneos dos diversos metabolitos ativos das drogas, necessitam, para sua realização, uma técnica mais complexa.

Quanto às internações psiquiátricas, podemos verificar que dos 23 pacientes com mais de 6 meses de litioterapia em nossa Clínica, 8 tinham tido duas hospitalizações em clínicas especializadas, e 2 tinham duas internações nos 6 meses que antecede

ram o início do tratamento (Tabela 31). Já nos 6 meses de tratamento em nosso serviço, em apenas 2 casos foi necessário recorrer a internações psiquiátricas (casos: 43 e 64), conforme mostra a tabela 32. Nos demais, o aumento das doses medicamentosas e do número de retornos, o apoio à família do doente, e a psicoterapia foram suficientes para contornar as crises e evitar hospitalizações.

Vale ressaltar, que dos casos que já vieram medicados com Li_2CO_3 , uma mulher apresentou recaída, com sintomas produtivos maníacos, sendo internada pelos familiares (caso 52).

Tabela 26

Distribuição dos 26 pacientes atendidos na "Clínica de lítio", no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, com mais de 6 meses de litioterapia, segundo terem ou não evoluído com melhora clínica inicial (remissão, ou melhora substancial dos sintomas produtivos em até 20 dias do início do tratamento com Li_2CO_3 combinado ou não com outras drogas) ou, persistência de não sintomatologia produtiva, para os que já vinham tomando esta medicação. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Evolução	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Melhora clínica inicial ou persistência de não sintomatologia produtiva durante o tratamento inicial	11 (91,67)	12 (85,71)	23 (88,46)
Sem melhora clínica inicial (sem remissão dos sintomas produtivos)	1 (8,33)	2 (14,29)	3 (11,54)
T o t a l	12 (100%)	14 (100%)	26 (100%)

Tabela 27

Distribuição dos 23 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, e com mais de 6 meses de litioterapia em nossa clínica (excluídos os que já vieram medicados com Li_2CO_3), segundo o número de recaídas ou reagudizações, nos 6 meses anteriores ao início de tal tratamento. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Recaídas ou Reag. nos 6 meses anteriores	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Zero	0	0	0
1	6 (54,55)	8 (66,67)	14 (60,87)
2	3 (27,27)	2 (16,66)	5 (21,74)
3	2 (18,18)	2 (16,66)	4 (17,39)
Mais de 3	0	0	0
T o t a l	11 (100%)	12 (100%)	23 (100%)

Tabela 28

Distribuição dos 23 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, e com mais de 6 meses de litioterapia em nossa Clínica (excluídos os que já vieram medicados com Li_2CO_3), segundo o número de recaídas apresentadas após o início de tal tratamento. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Número de Recaídas após início do tratamento	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
zero	7 (63,64)	8 (66,67)	15 (65,22)
1	2 (18,18)	4 (33,33)	6 (26,09)
2	2 (18,18)	0	2 (8,69)
3	0	0	0
Mais de 3	0	0	0
T o t a l	11 (100%)	12 (100%)	23 (100%)

Tabela 29

Distribuição dos 8 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, e com mais de 6 meses de litioterapia em nossa Clínica, segundo os valores das litemias, mantidos no momento da primeira recaída. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Litemia (mEq/l)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
zero	3 (75)	0	3 (37,5)
0,35	0	1 (25)	1 (12,5)
0,56	0	1 (25)	1 (12,5)
0,71	0	1 (25)	1 (12,5)
Desconhecida	1 (25)	1 (25)	2 (25)
T o t a l	4 (100%)	4 (100%)	8 (100%)

Tabela 30

Distribuição dos 2 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, e com mais de 6 meses de litioterapia em nossa Clínica, segundo os valores das litemias mantidos no momento da segunda recaída. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Litemia (mEq/l)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Zero	2 (100)	0	2 (100)
T o t a l	2 (100%)	0	2 (100%)

Tabela 31

Distribuição dos 23 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, e com mais de 6 meses de litioterapia em nossa Clínica (excluídos os que já vieram medicados com Li_2CO_3), segundo o número de internações psiquiátricas apresentadas nos 6 meses anteriores ao início de tal tratamento. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Número de Internações nos 6 meses anteriores	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Zero	5 (45,46)	8 (66,67)	13 (56,52)
1	4 (36,36)	4 (33,33)	8 (34,79)
2	2 (18,18)	0	2 (8,69)
3	0	0	0
Mais de 3	0	0	0
T o t a l	11 (100%)	12 (100%)	23 (100%)

Tabela 32

Distribuição dos 23 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, e com mais de 6 meses de litioterapia em nossa Clínica (excluídos os que já vieram medicados com Li_2CO_3), segundo o número de internações psiquiátricas apresentadas após o início de tal tratamento. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Número de internações após início tratamento	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Zero	9 (81,82)	12 (100)	21 (91,30)
1	2 (18,18)	0	2 (8,70)
2	0	0	0
3	0	0	0
Mais de 3	0	0	0
T o t a l	11 (100%)	12 (100%)	23 (100%)

Psicoterapia concomitante ao tratamento com lítio

Afora o atendimento clínico-psiquiátrico, onde o tratamento psicofarmacológico era efetuado, procurava-se manter um estreito relacionamento médico-paciente e encaminhar todos os casos para psicoterapia, já no início do tratamento. Esta era realizada por psicólogos estagiários do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, ou pelo próprio psicoterapeuta responsável pela supervisão de sua equipe.

A aproximação psicoterápica seguia a "Escola Psicanalítica fundamentada nos ensinamentos Lacanianos". Era realizada, em geral, num prédio independente, situado a seis quadras do Ambulatório de Psicofarmacologia, onde se realizava o atendimento medicamentoso.

Na verdade, alguns pacientes já vinham se submetendo à psicoterapia anteriormente, alguns deles neste mesmo serviço, e outros, em menor proporção, em consultórios psicanalíticos na cidade de Campinas.

Do total de 70 pacientes medicados com lítio, 47 decidiram-se fazer psicoterapia, conforme mostra os dados da tabela 34. Os demais pacientes se recusaram a iniciar este tipo de abordagem terapêutica. Nestes 47, estão incluídos os que já vinham realizando este tratamento.

Nos casos acompanhados psicoterapeuticamente em nosso Departamento, o número de sessões semanais variava de 1 a 5, dependendo das características individuais do paciente, e da gravidade clínica da fase da doença a que o indivíduo estava sendo acometido.

Apesar das dificuldades em se avaliar objetivamente a evolução clínica de nossos pacientes, a nossa impressão é que a psicoterapia, concomitantemente ao tratamento psicofarmacológico, foi de um modo geral de grande valia no evitar o agravamento dos casos, no enfatizar a importância do seguimento do tratamento psicofarmacológico e, no apoio familiar diante das situações de crises. No entanto, a litioterapia parece ter sido essencial, quando seguido de um estreito relacionamento médico-paciente, visto que, mesmo os indivíduos que não se submeteram à psicoterapia, a abandonaram ou há muitos anos frequentavam-na sem melhora, tiveram, de um modo geral, uma evolução favorável. Como o objetivo do nosso trabalho não foi o de avaliar a validade ou não, da psicoterapia concomitante à litioterapia, pois não usamos metodologia adequada para tanto, não pudemos logicamente chegar a maiores conclusões.

Conforme podemos visualizar pela tabela 35, dos 47 pacientes que estavam se submetendo à psicoterapia, no início do tratamento com o lítio, 20 a abandonaram. Os motivos relatados pelos pacientes para este abandono, variavam desde o conciliar horários para os retornos, a incompatibilidade com a orientação psicoterápica seguida, ou então, pela sensação de que não adianta "falar para duas pessoas os mesmos problemas (no caso, o psiquiatra e o psicoterapeuta), sendo preferível contá-los apenas para um".

Dos 20 que abandonaram a psicoterapia, 14 o fizeram concomitantemente, ou posteriormente, ao abandono da litioterapia.

Tabela 33

Distribuição dos 70 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, em nossa Clínica, segundo terem sido ou não submetidos à Psicoterapia, no decorrer da litioterapia. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Tratamento psicoterápico \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
Sim	22 (62,86)	25 (71,43)	47 (67,14)
Não	13 (37,14)	10 (28,57)	23 (32,86)
T o t a l	35 (100%)	35 (100%)	35 (100%)

Tabela 34

Distribuição dos 47 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, em nossa Clínica, e que faziam psicoterapia associada à litioterapia, segundo a época de início da mesma, em relação ao começo do tratamento com esta droga. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Sexo Início da Psico- terapia	Masculino	Feminino	Total
	Anterior ao tratamento com lítio	6 (27,27)	10 (40)
Concomitante ao tratamento com lítio	16 (72,73)	15 (60)	31 (65,96)
T o t a l	22 (100%)	25 (100%)	47 (100%)

Tabela 35

Distribuição dos 47 pacientes medicados com Li_2CO_3 , no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, em nossa Clínica, e que faziam tratamento psicoterápico associado à litioterapia, segundo terem ou não abandonado a psicoterapia com a evolução do tratamento. Os números entre parênteses representam os valores percentuais, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Psicoterapia	Sexo	Masculino	Feminino	Total
	Abandono		11 (50)	9 (36)
Não abandono		11 (50)	16 (64)	27 (57,45)
T o t a l		22 (100%)	25 (100%)	47 (100%)

Alterações de peso corporal provocadas pela administração crônica de lítio

Alterações de peso corporal, constitui-se numa queixa freqüente de pacientes tratados com lítio, por longos períodos (37,48,93,94,95). Esta queixa, de acordo com a literatura, seria particularmente freqüente entre as mulheres, levando-as, em alguns casos, até mesmo a abandonar o tratamento, apesar das vantagens terapêuticas obtidas.

Entre os nossos pacientes, no entanto, como "queixa subjetiva", como mostra a tabela 24, a incidência foi aproximadamente a mesma entre homens e mulheres, com relação a ganho de peso.

Em investigações com animais de laboratório, Teixeira e Karniol detectaram que ratos fêmeas, quando se injetava cronicamente o lítio em sua cavidade peritoneal, engordavam, enquanto ratos machos, não só não engordavam, como emagreciam, chegando em até 50% de animais adultos ou velhos, a morrerem (Acta Pharmac. et Toxicol., no prelo). Estes modelos animais não podem ser confundidos com o que ocorre no homem, mas podem nos oferecer hipóteses sobre um possível efeito diferencial desta droga no peso de ambos os sexos.

Como além das histórias e evoluções clínicas, anotávamos periodicamente os sinais vitais dos pacientes e o peso corporal, resolvemos analisar retrospectivamente esta última variável.

Um primeiro aspecto que poderia ter influenciado nossos resultados, é que os pacientes tinham recebido além do lítio, outros medicamentos. No entanto, como isto ocorreu preponderante-

mente nos primeiros 3 meses de tratamento, tempo a partir do qual, a medicação era simplificada, e na medida do possível reduzida somente ao lítio, achamos que se este período inicial não fosse considerado, poderíamos superar, pelo menos em parte, este inconveniente na análise dos resultados. Devemos ter em mente também, que a própria melhora clínica, nos 3 primeiros meses, poderia levar a um incremento de peso em alguns pacientes, influenciando os dados.

Inicialmente utilizamos o método de Thomas, A.E. e colaboradores (1976) (90), para verificar se nossos pacientes poderiam ser considerados com peso normal, abaixo do normal (magros) ou acima do normal (obesos), no início do tratamento. Este método é utilizado por Companhias de Seguro Americanas, tendo em vista aprovação ou não de contratos de seguro pessoal. Acreditamos que ele poderia ser aplicado à nossa população, pois ela era, de um modo geral, constituída de pacientes de extratos sócio-econômicos superiores, provavelmente semelhantes à população Americana. Neste método, o peso do indivíduo (em kgs) é dividido pela sua altura (em ms) ao quadrado. O resultado desta divisão, é então diretamente comparado aos valores de uma escala, onde constam os pesos médios teoricamente esperados, com uma variação de 20%, para mais ou para menos. Se o resultado obtido encontra-se dentro desta faixa, o indivíduo é considerado como tendo um peso dentro do normal. Se for superior será obeso, e inferior, magro.

Os pacientes em que analisamos as alterações de peso corporal, foram os de sexo masculino e feminino submetidos à litioterapia, por um período mínimo de 3 meses, e as mulheres que não receberam como conduta medicamentosa o lítio, mas sim, outras dro

gas psicotrópicas, por um período mínimo semelhante. Como apenas 3 homens não medicados com Li_2CO_3 , obedeciam a este critério citado de tempo, constitui-se em uma amostra por demais pequena, não sendo, desta forma, considerados nesse estudo. Do mesmo modo, o período total de tratamento dos pacientes que não ingeriram lítio, embora superior há 3 meses, era muito inferior ao daqueles tratados com lítio, portanto não achamos conveniente fazer comparações entre estes grupos. Os dados referentes aos meses são, portanto, apenas constituintes de informações complementares.

Na tabela 36, verificamos que em sua grande maioria, homens e mulheres nos diversos grupos, pelo critério de Thomas, A.E. e colaboradores, tinham o peso dentro da faixa considerada normal. As demais caselas, nesta tabela, apresentam números pequenos, o que dificulta uma melhor análise. Parece, no entanto, ter havido uma tendência em se ter uma maior proporção de mulheres obesas entre aquelas que foram tratadas com lítio.

Usando o mesmo critério de distribuição dos pacientes, segundo a faixa de peso, e considerando-se o valor máximo do peso corporal atingido no decorrer do tratamento psicofarmacológico, verificamos, de acordo com os dados da tabela 37, que a proporção de pacientes obesos no grupo dos homens e mulheres tratados com lítio aumentou, em relação ao início do tratamento.

Quando a proporção de obesos e não obesos entre homens e mulheres tratados com lítio foi comparado pelo método do χ^2 (70), verificamos de acordo com os dados da tabela 38, que a diferença não era estatisticamente significativa (p no mínimo $\leq 0,05$).

Verificamos, por outro lado, que quando a diferença em kgs entre este peso máximo atingido e o peso inicial era conside

rada, que havia uma proporção estatisticamente maior de pacientes do sexo feminino, em relação aos do sexo masculino, que engordavam 5 ou mais quilos (Tabela 39).

Da mesma forma, quando este diferencial de peso era considerado como percentagem do peso inicial, e a mediana destes diferenciais era comparada, verificamos que o grupo de pacientes do sexo feminino tinha um diferencial de peso, estatisticamente maior e significativo, em relação aos pacientes do sexo masculino (Tabela 39).

Quando a evolução longitudinal de peso foi analisada (Figura 3), verificamos que mulheres tratadas com lítio, tendiam a engordar significativamente mais que os homens, isto em diversas medidas efetuadas a partir do 3º mês de tratamento. Esta diferença se acentuava e tornava-se constante a partir do 7º mês.

Curvas individuais de incremento de peso, para pacientes do sexo feminino e masculino tratados com lítio e, do sexo feminino tratados com outras drogas que não o Li_2CO_3 , podem ser visualizados nas figuras 4, 5 e 6 respectivamente.

Em conclusão, confirmando o que é referido em estudos não sistematizados na literatura, parece que realmente o lítio, administrado cronicamente às mulheres, tem uma tendência maior em acarretar-lhes um aumento mais acentuado de peso, do que quando administrado em pacientes do sexo masculino.

À semelhança do que ocorre em modelos animais, várias hipóteses podem ser aventadas para explicar este fenômeno, como por exemplo, uma tendência maior ao hipotireoidismo em mulheres do que em homens, com o uso crônico desta droga.

Tabela 36

Distribuição dos 19 pacientes do sexo masculino e 20 do sexo feminino, tratados por um período mínimo de 3 meses com lítio (grupos 1 e 2 respectivamente), e 8 pacientes do sexo feminino que não receberam tal medicação, mas sim, outras drogas (grupo 3), na "Clínica do lítio", no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o peso relativo, avaliado pelo método de Thomas, A.E. e colaboradores (1976), que tinham no início do tratamento. Os números entre parênteses representam os valores em porcentagem, em relação ao total da coluna, que é 100%.

<i>Peso relativo</i> / <i>Grupos</i>	1	2	3
Normal	13 (68,42)	12 (60)	5 (62,5)
Magro	4 (21,05)	1 (5)	3 (37,5)
Obeso	2 (10,53)	7 (35)	0
T o t a l	19 (100%)	20 (100%)	8 (100%)

Tabela 37

Distribuição dos 19 pacientes do sexo masculino e 20 do sexo feminino, tratados por um período mínimo de 3 meses com lítio (grupos 1 e 2 respectivamente), e 8 pacientes do sexo feminino que não receberam tal medicação, mas sim, outras drogas (grupo 3), na "Clínica de lítio", no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o peso relativo, avaliado pelo método de Thomas, A.E. e colaboradores (1976), quando apresentavam o peso máximo após o início do tratamento medicamentoso (não se considerando os 3 meses iniciais). Os números entre parênteses representam os valores em porcentagem, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Peso relativo	Grupos		
	1	2	3
Normal	12 (63,16)	9 (45)	7 (87,5)
Magro	2 (10,52)	1 (5)	0
Obeso	5 (26,32)	10 (50)	1 (12,5)
T o t a l	19 (100%)	20 (100%)	8 (100%)

Tabela 38

Distribuição dos 19 pacientes do sexo masculino e 20 do sexo feminino, tratados por um período mínimo de 3 meses com lítio, em nossa Clínica, no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo pertencerem ao grupo de obesos, ou não obesos (magros e de peso normal), avaliados pelo método de Thomas, A.E. (1976), quando os pesos máximos atingidos durante o tratamento psicofarmacológico foram considerados (excluindo-se os 3 meses iniciais). Os números entre parênteses representam os valores em percentagem, em relação ao total da coluna, que é 100%.

Faixa de peso \ Grupos	Masculino	Feminino	Total
Obesos	5 (26,32)	10 (50)	15 (38,46)
Não obesos	14 (73,68)	10 (50)	24 (61,54)
T o t a l	19 (100%)	20 (100%)	39 (100%)

Tabela 39

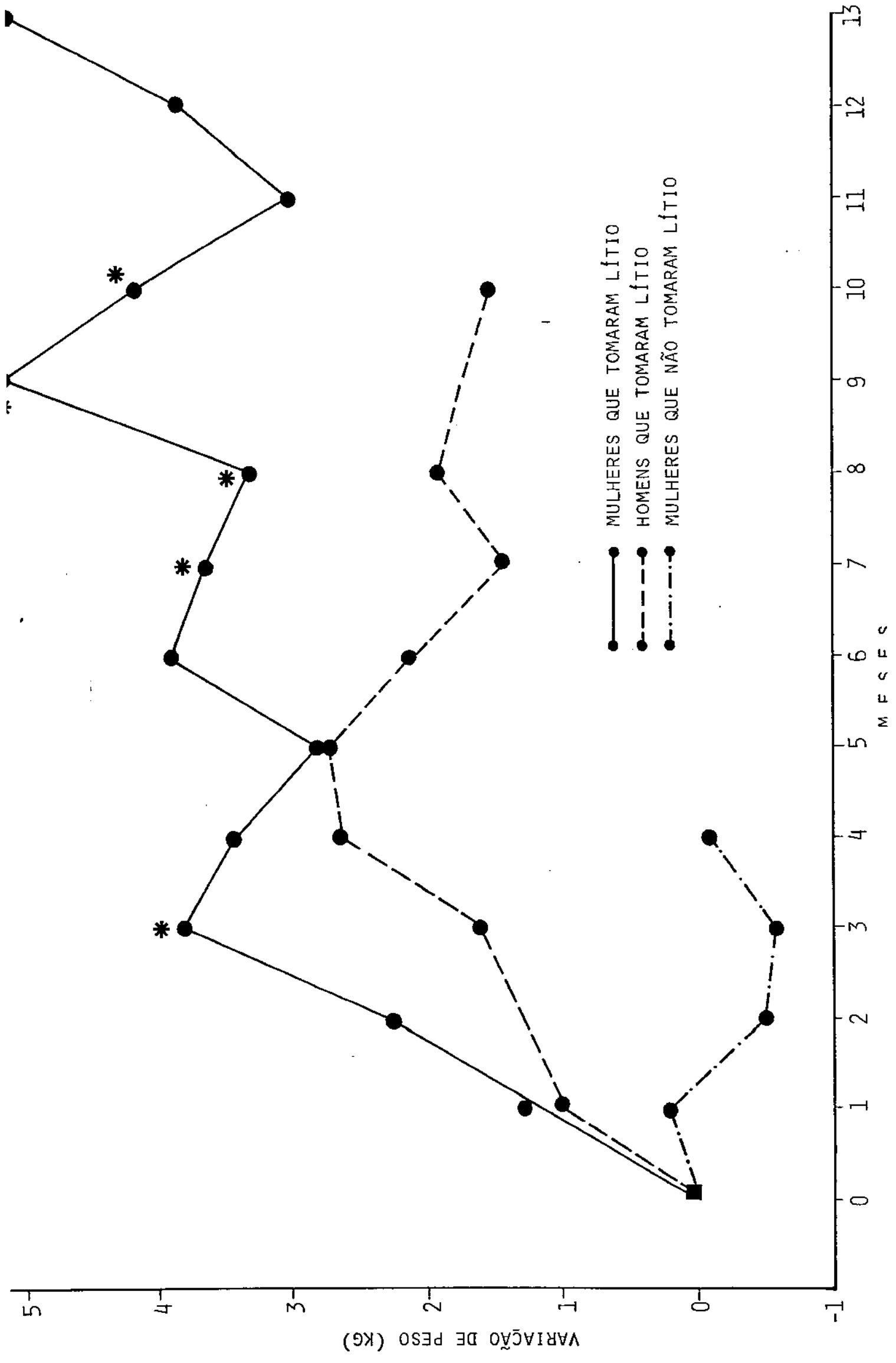
Distribuição dos 19 pacientes do sexo masculino e 20 do sexo feminino, tratados por um período mínimo de 3 meses com lítio, em nossa Clínica, no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, segundo o aumento de peso em kgs apresentado. Os asteriscos indicam uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, na linha considerada (p no mínimo $\leq 0,05$). Os números entre parênteses representam o número de pacientes tabulados em percentagem, em relação ao total de pacientes possíveis em cada coluna, isto é, 19 homens (100%) e 20 mulheres (100%), respectivamente.

Nº de pacientes Aumento de peso	Masculino	Feminino	Total
1	16 (84,21)	18 (90)	34 (87,18)
2	14 (73,69)	18 (90)	32 (82,05)
3	13 (68,42)	17 (85)	30 (76,92)
4	8 (42,10)	14 (70)	22 (56,41)
5	2 (10,52)	12* (60)	14 (35,89)
6	2 (10,52)	12* (60)	14 (35,89)
7	2 (10,52)	8 (40)	10 (25,64)
8	1 (5,26)	6 (30)	7 (17,95)

Tabela 40

Mediana do diferencial entre o peso máximo atingido e o peso inicial, representado em percentagem deste último, em grupos de pacientes do sexo masculino (1) e feminino (2) tratados com lítio, por um período de no mínimo 3 meses, e mulheres tratadas com outras drogas psicotrópicas, no período de Março de 1980 até Outubro de 1981, em nossa Clínica. O asterisco indica diferença estatisticamente significativa entre os grupos tratados com lítio (1 e 2) [(para p no mínimo $\leq 0,05$, pelo Teste U, de Mann-Whitney (referência 58)].

Grupo	Número de pacientes	Tratamento	Mediana do diferencial de peso (%)
1 (Homens)	19	lítio	5,18*
2 (Mulheres)	20	lítio	9,15
3 (Mulheres)	8	não lítio	1,00



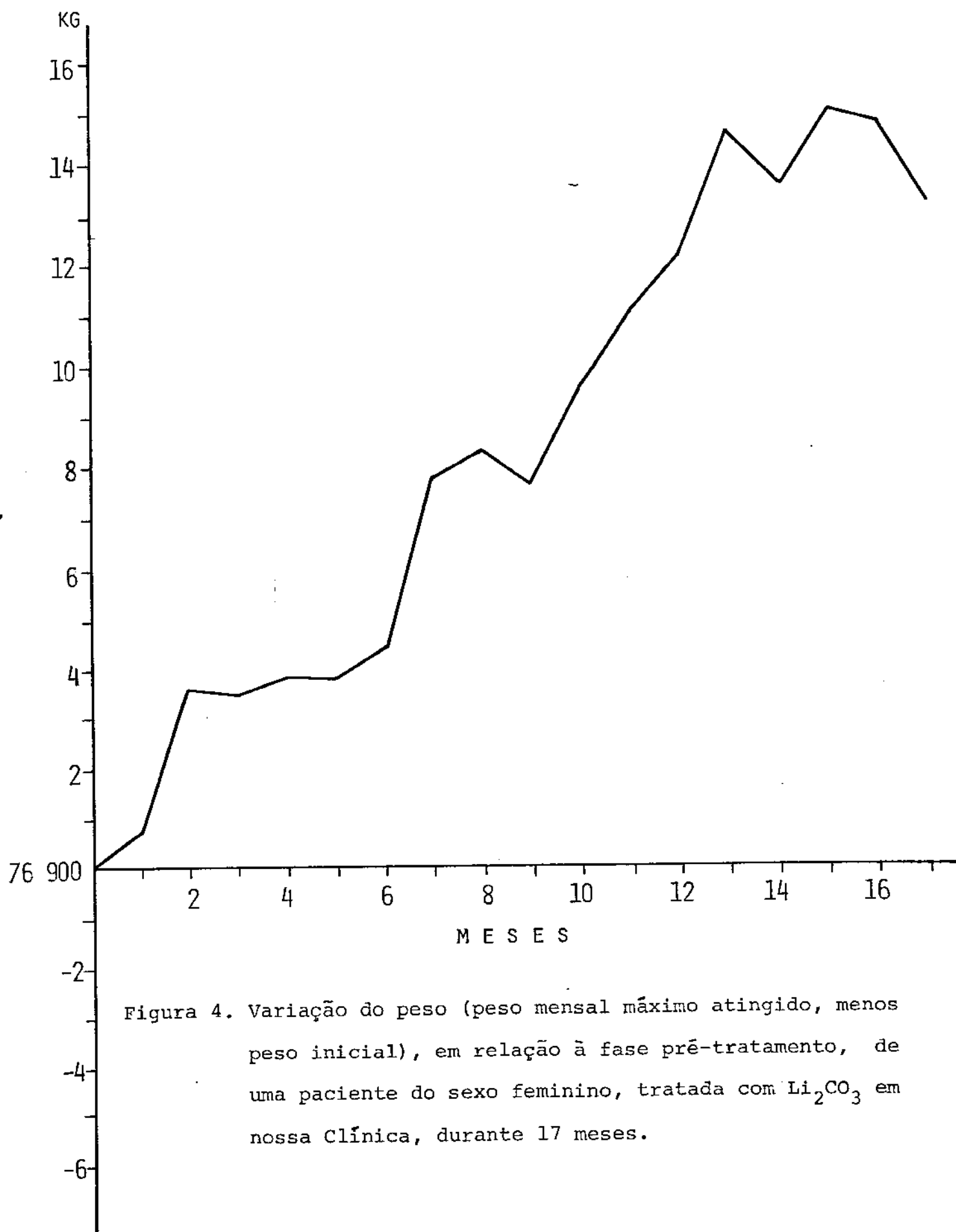


Figura 4. Variação do peso (peso mensal máximo atingido, menos peso inicial), em relação à fase pré-tratamento, de uma paciente do sexo feminino, tratada com Li_2CO_3 em nossa Clínica, durante 17 meses.

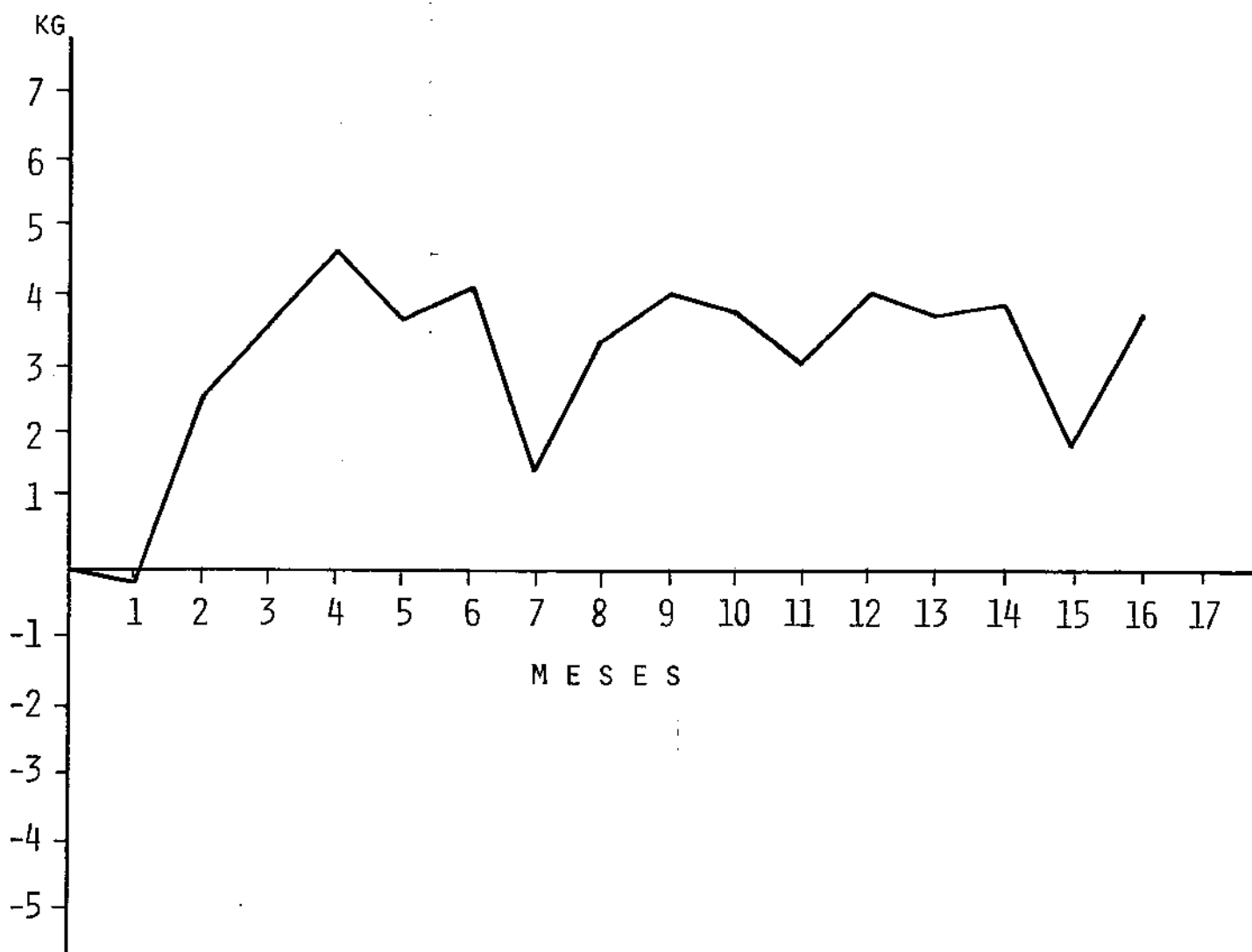


Figura 5. Variação do peso (peso mensal máximo atingido, menos peso inicial), em relação à fase pré-tratamento, de um paciente do sexo masculino tratado com Li_2CO_3 em nossa Clínica, durante 16 meses.

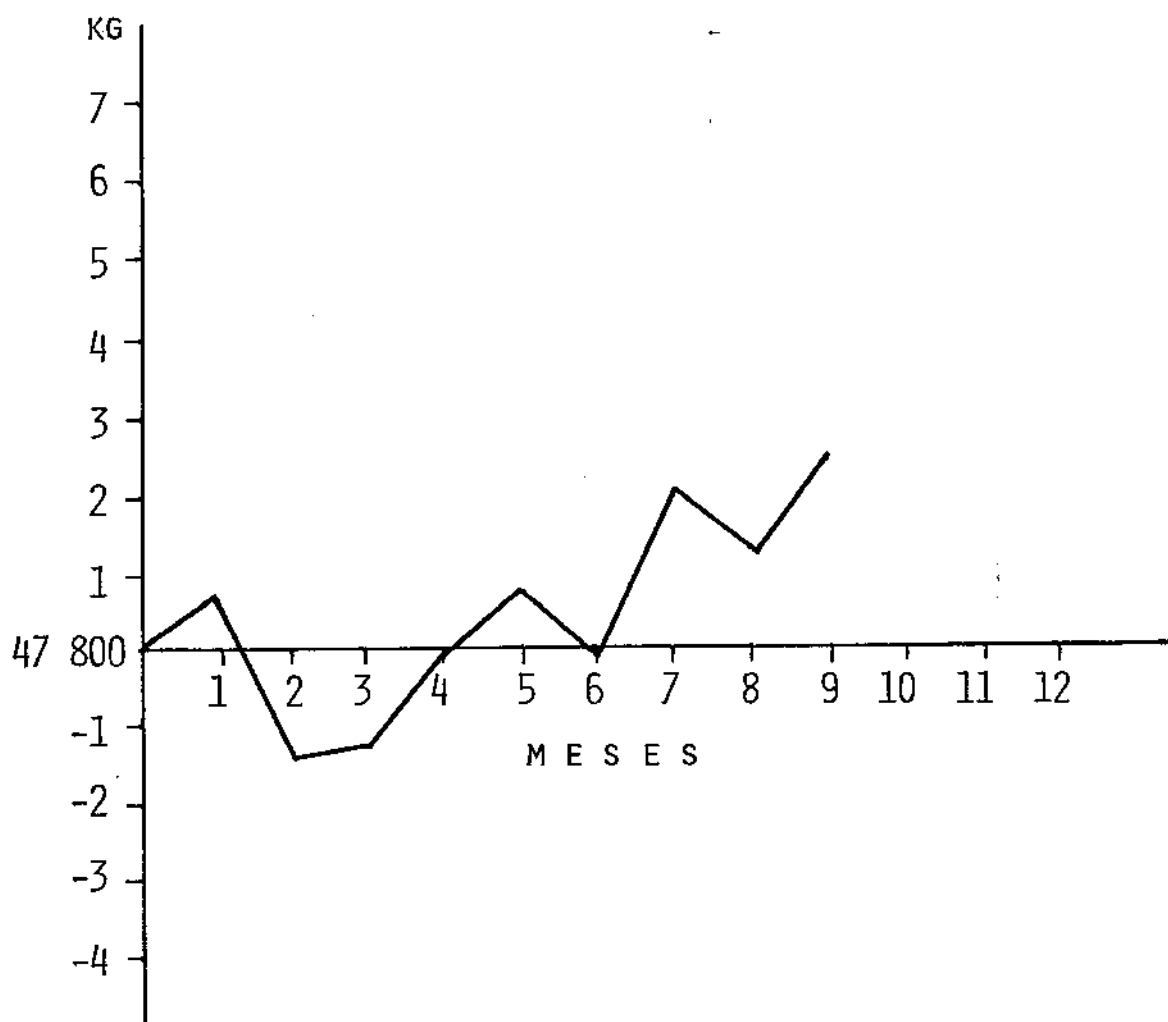


Figura 6. Variação do peso (peso mensal máximo atingido, menos peso inicial), em relação à fase pré-tratamento, de uma paciente do sexo feminino, não tratada com Li_2CO_3 em nossa Clínica, mas sim, com outra droga psicotrôpi ca, durante 9 meses.

V. CONCLUSÕES

1º) Viabilidade da utilização clínica do lítio em nosso meio, em pacientes portadores de distúrbios afetivos.

2º) Com relação aos efeitos colaterais, observamos que as mulheres tendem a engordar significativamente mais do que os homens, com o uso crônico desta droga.

VI. RESUMO

Esse trabalho descreve o atendimento de 100 pacientes em uma "Clínica de lítio", junto ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, no período de Março de 1980 até Outubro de 1981.

Desses 100 pacientes, de acordo com critérios que são por menorizadamente descritos, 70 receberam como conduta medicamentosa o lítio, associado ou não a outras drogas e, 30 pacientes receberam outros tratamentos alternativos.

Em todos os casos, os pacientes foram encaminhados para tratamento psicoterápico, concomitante à terapia psicofarmacológica, não sendo submetidos àquele tratamento, apenas os que se recusaram a fazê-lo.

São analisados, nesse estudo, entre outros aspectos, os dados demográficos e sociais dos pacientes, o acompanhamento clínico dos casos, as dificuldades encontradas nesse acompanhamento, e os efeitos colaterais provocados pelo uso crônico do lítio, tendo sido pesquisado, em particular, as alterações de peso em homens e mulheres. Verificou-se, à semelhança do que ocorre num modelo animal, que as mulheres engordaram significativamente mais do que os homens, com a administração prolongada desta droga.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANGST, J., BAASTRUP, P., GROF, P., HIPPIUS, H., PÖLDINGER, W. and WEIS, P.: The course of monopolar depression and bipolar psychoses. Psychiat. Neurol. Neurochir. (Amst.), (76), p.489-500, 1973.
2. BARRACLOUGH, B.M.: Suicide prevention, recurrent affective disorder and lithium. Brit. J. Psychiat. (121), p.391-392, 1972.
3. BECH, P., VENDSBORG, P.B. and RAFAELSEN, O.J.: Lithium maintenance treatment of manic-melancholic patients: its role in the daily routine. Acta Psychiat. Scand. (53), p.70 - 81, 1976.
4. BAASTRUP, P.C. and SCHOU, M.: Lithium as a prophylactic agent. Arch. Gen. Psychiat. (16), p.162-172, 1967.
5. BONNYNS, M., GLINOER, D., ERMANS, A.M.: Effects secondaires du lithium sur la fonction thyroïdienne. Acta Psychiat. Belg., (79), p.570-577, 1979.

6. BUNNEY, W.E., PERT, A., ROSEMBLATT, J., PERT, C.B. and GALLAPER, D.: Mode of action of lithium — some biological considerations. Arch. Gen. Psychiat. (36), p.898-901, July, 1979.
7. BACH, R.O., KAMIENSKI, C.W. and ELLESTAD, R.B.: Lithium and lithium compounds. Encyclopedia of Chemical Technology, 2^a ed., New York, Edit. Board, 1972, 22 vols + 1 suppl. + 1 Index, vol. 12, p.529-556.
8. CARNEY, M.W.P., MACLEOD, S. and SHEFFIELD, B.F.: Thyroid function screening in psychiatric in - patients. British J. Psychiat. (138), p.154-156, 1981.
9. DARCOURT, G.: Comparaison entre les différents sels de lithium. L'Evolution Psychiatrique, XLI (III), p.595-609, Juillet/Septembre, 1976.
10. DELGADO, H.: Anormalidades del sentimiento. Curso de Psiquiatría, 6^a ed., Barcelona, Edit. Científico-Médica, 1978, 485p., Cap. IV, p.69-85.
11. DELGADO, H.: Anormalidades de las tendencias instintivas. Curso de Psiquiatría, 6^a ed., Barcelona, Edit. Científico - Médica, 1978, 485p., Cap. V, p.87-105.
12. DELGADO, H.: Psicosis maniaco depresivas. Curso de Psiquiatría, 6^a ed., Barcelona, Edit. Científico-Médica, 1978, 485p., Cap. XX, p.321-331.

13. ENGEL, J. and BERGGREN, U.: Effects of lithium on behaviour and central monoamines. Biogenic amines and affective disorder. Acta Psych. Scand., Suppl. (280), p.133-143 , 1980.
14. EY, H., BERNARD, P., BRISSET, C.H.: Las psicosis periódicas maniaco-depresivas. Tratado de Psiquiatria, 7^a ed., Barcelona, Edit. Toray-Masson S.A., 1975, 1091p., Cap. IV, p. 250-255.
15. EY, H., BERNARD, P., BRISSET, C.H.: La Neurosis obsesiva. Tratado de Psiquiatria, 7^a ed., Barcelona, Edit. Toray-Masson S.A., 1975, 1091p., Cap. VI, p.428-441.
16. FERREIRA, A.B. de H.: Novo Dicionário da Língua Portuguesa, 1^a ed., Rio de Janeiro, Edit. Nova Fronteira, 1499p.,1975.
17. GUIDI, M.L.M. e DUARTE, S.G.: Um esquema de caracterização sócio-econômica. Rev. Bras. Est. Pedag. (52), p.67-92, 1969.
18. GOODWIN, F.K. and ZIS, A.P.: Lithium in the treatment of mania. Arch. Gen. Psychiatry. (36), p.840-844, July, 1979.
19. GROF, P.: Some practical aspects of lithium treatment. Arch. Gen. Psychiatry (36), p.891-893, July, 1979.
20. HIROZ, C.A., ASSIMACOPOULOS, T., CUENDET, J.F., CALANCA, C.A., CARRON, R.: Les effets secondaires du lithium en Ophtal-

- mologie. L'Encéphale, VII (2), p.123-128, 1981.
21. JAFFE, C.M.: First degree atrioventricular block during lithium carbonate treatment. Am. J. Psychiat. (134), p. 88-89, 1977.
 22. JOHNSON, F.N. and FIEVE, R.R.: The place of lithium in biological psychiatry. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., chapter 1, p.3-6.
 23. JOHNSON, F.N. and KOCSIS, J.H.: Lithium in the acute treatment of mania. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 2, p.9-16.
 24. JOHNSON, F.N., RANSEY, T.A., MENDELS, J.: Lithium in the acute treatment of depression. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 3, p.17-25.
 25. JOHNSON, F.N. and BAASTRUP, P.C.: Lithium in the prophylactic treatment of recurrent affective disorders. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 4, p.26-38.
 26. JOHNSON, F.N., WATANABE, S., ISHINO, H.: Special cases of affective disorder and their treatment with lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ.

- Park Press, 1980, 453p., Chapter 5, p.39-46.
27. JOHNSON, F.N., HIMMELHOCH, J.M. and NEIL, J.F.: Lithium therapy in combination with other forms of treatment. Handbook of Lithium therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 7, p.51-67.
28. JOHNSON, F.N. and SCHOU, M.: The psychiatric uses of lithium outside manic-depressive illness. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 8, p.68-72.
29. JOHNSON, F.N. and SCHOU, M.: The range of non psychiatric uses of lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 9, p.73-79.
30. JOHNSON, F.N. and HULLIN, R.P.: Physiological functions monitored in association with lithium therapy. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 20, p.159-168.
31. JOHNSON, F.N. and COOPER, T.B.: Monitoring lithium dose levels-estimation of lithium in blood. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 21, p.169-178.

32. JOHNSON, F.N. and AMDISEN, A.: Monitoring lithium dose levels-clinical aspects of serum lithium estimation. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 22, p.179-195.
33. JOHNSON, F.N. and AMDISEN, A.: Monitoring lithium dose levels - estimation of lithium in urine. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 453p., Chapter 23, p.196-199.
34. JOHNSON, F.N. and SIMS, A.: Monitoring lithium dose levels-estimation of lithium in saliva. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 24, p.200-204.
35. JOHNSON, F.N.: Social and psychological supportive measures during lithium therapy. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 30, p.248-261.
36. JOHNSON, F.N., MANN, J., GERSHON, S.: Absolute and relative contra-indications to lithium treatment. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 32, p.265-275.
37. JOHNSON, F.N. and BROWN, W.T.: The pattern of lithium side-effects and toxic reactions in the course of lithium therapy. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 33, p.279-288.

38. JOHNSON, F.N., TYRER, S. and SHOPSIN, B.: Neural and neuromuscular side-effects of lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 34, p.289-309.
39. JOHNSON, F.N. and MÄNNISTÖ, P.T.: Endocrine side-effects of lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 35, p. 310-322.
40. JOHNSON, F.N., ALBRECHT, J.W., and OERLINGHAUSEN, B.M.: Cardiovascular side-effects of lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit., Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 36, p.323-337.
41. JOHNSON, F.N., TISMON, G., WU, S.J.G.: Haematological side-effects of lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 37, p.338-344.
42. JOHNSON, F.N. and VESTERGAARD, P.: Renal side-effects of lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 38, p.345-357.
43. JOHNSON, F.N. and SARAN, B.M.: Electrolyte and water balance side-effects of lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 39, p.358-364.

44. JOHNSON, F.N. and BIRCH, N.J.: Bone side-effects of lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 40, p.365-371.
45. JOHNSON, F.N., BAKKER, J.B. and PEPPLINKHUIZEN, L.: Cutaneous side-effects of lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 41, p.372-377.
46. JOHNSON, F.N. and SCHOU, M.: Social and psychological implications of lithium therapy. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 42, p.378-381.
47. JOHNSON, F.N.: Immunological side-effects of lithium. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 43, p.382-390.
48. JOHNSON, F.N. and SCHOU, M.: Miscellaneous. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 44, p.391-393.
49. JOHNSON, F.N. and SCHOU, M.: The recognition and management of lithium intoxication. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 45, p.394-402.

50. JOHNSON, F.N. and LENA, B.: Lithium treatment of children and adolescents. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 46, p.405-413.
51. JOHNSON, F.N., FOSTER, J.R. and ROSENTHAL, J.S.: Lithium treatment of the elderly. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 47, p.414-420.
52. JOHNSON, F.N. and WEINSTEIN, M.R.: Lithium treatment of women during pregnancy and in the post-delivery period. Handbook of Lithium Therapy, 1^a ed., Baltimore, Edit. Univ. Park Press, 1980, 453p., Chapter 48, p.421-429.
53. JENNER, F.A.: Lithium and the question of kidney damage. Arch. Gen. Psychiatry (36), p.888-890, July, 1979.
54. KARNIOL, I.G. e TEIXEIRA, N.A.: O lítio no tratamento das depressões. Rev. Bras. Méd. (Psiqu.), (3), p.140-145, Junho 1980.
55. KARNIOL, I.G.: Lítio e psiquiatria. Bol. Centro Est. Franco da Rocha, XII (1), p.11-18, 1979.
56. KARNIOL, I.G., DALTON, J. and LADER, M.H.: Acute and chronic effects of lithium chloride on physiological and psychological variables in normal volunteers. Psychopharm. (57), p.289-294, 1978.

57. LENA, B.: Lithium in child and adolescents psychiatry. Arch. Gen. Psychiatry (36), p.854-855, July, 1979.
58. LEHMAN, E.L.: Nonparametrics methods based on ranks, 1^a ed., New York, Edit. McGrawHill, 1974.
59. LINDSTEDT, G.; NILSSON, L.A., WALINDER, J., SKOTT, A. and ÖHMAN, R.: On the prevalence diagnosis and management of lithium-induced hypothyroidism in psychiatric patients. British J. Psychiatry (130), p.452-458, 1977.
60. LEBER, P.: Adverse drug reactions-lithium leukocytosis and leukemia: the probable influence of biologic plausibility on clinical concern. Psychopharmacology Bulletin, 17(2), p.10-13, April, 1981.
61. MONTIGNY, C.D., GRUNBERG, F., MAYER, A. and DESCHENES, J.P.: Lithium induces rapid relief of depression in tricyclic antidepressant drug non-responders. British. J. Psychiatry (138), p.252-256, 1981.
62. MAY, P.R.A.: Psychotherapy and ataraxic drugs. Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. An Empirical Analysis, 1^a ed., New York, Edit. Bergin, A.E. and Garfield, S. L. and Wiley, J., p.495-540, 1971.
63. MENDELS, J.: Lithium in the treatment of depression. Am.J. Psychiat. (133), p.373-378, 1976.

64. MENDELS, J., RANSEN, A., DYSON, W.L., FRASER, A.: Lithium as an antidepressant. Arch. Gen. Psychiatry (36), p.845-846, July, 1979.
65. MELO, A.L.N. de: Psicologia e psicopatologia da afetividade. Psiquiatria, 2^a ed., Rio de Janeiro, Edit. Civilização Brasileira S.A., 1979, 2 vols., Cap. XIII, Vol. I, p. 501-541.
66. MELO, A.L.N. de: Alcoolismo e psicoses alcoólicas. Psiquiatria, 2^a ed., Rio de Janeiro, Edit. Civilização Brasileira S.A., 1979, 2 vols., Cap. XIV, Vol. II, p.147-164.
67. MELO, A.L.N. de: Psicose maniaco-depressiva. Psiquiatria, 2^a ed., Rio de Janeiro, Edit. Civilização Brasileira S.A. 1979, 2 vols., Cap. XX, Vol. II, p-223-233.
68. MAYER-GROSS, W., SLATER, E., ROTH, M.: Distúrbios afetivos. Psiquiatria Clínica, 1^a ed., São Paulo, Edit. Mestre Jou, 1972, 2 vols., Cap. IV, vol. 1, p.197-248.
69. MAYER, GROSS, W., SLATER, E., ROTH, M.: Esquizofrenia. Psiquiatria Clínica, 1^a ed., São Paulo, Edit. Mestre Jou, 1972, 2 vols., Cap. V, vol. 1, p.249-355.
70. NICK, E. and KELLNER, S.R.O.: Fundamentos de Estatística para as Ciências do Comportamento, 3^a ed., Rio de Janeiro, Edit. Renes, 1971, 312p.

71. PESTRONK, A. and DRACHMAN, D.B.: Lithium reduces the number of acetylcholine receptors in skeletal muscle. SCIENCE 210(17), p.342-343, October, 1980.
72. PAYKEL, E.S., COPPEN, A. and HAMILTON, M.: Mania and depression: classification, description, and course. Psychopharmacology of Affective Disorders, 1^a ed., Oxford, Edit. Oxford University Press, 1979, 261p., Chapter 1, p. 1-13.
73. PAYKEL, E.S., COPPEN, A. and SHAW, D.M.: Lithium and anti-manic drugs: clinical usage and efficacy. Psychopharmacology of Affective Disorders, 1^a ed., Oxford, Edit. Oxford University Press, 1979, 261p., Chapter 9, p.179-192.
74. PAYKEL, E.S., COPPEN, A. and PEET, M.: The long-term management of patients with affective disorders. Psychopharmacology of Affective Disorders, 1^a ed., Oxford, Edit. Oxford University Press, 1979, 261p., Chapter 13, p.248-256.
75. PRIEN, R.J.: Update on lithium: 1979-1980. Psychopharmacology Bulletin, 16(4), p.13-15, October, 1980.
76. PRIEN, R.J.: Lithium in the prophylactic treatment of affective disorders. Arch. Gen. Psychiatry (36), p.847-848, July, 1979.

77. PRIEN, R.J.: Lithium in the treatment of schizophrenia and schizoaffective disorders. Arch. Gen. Psychiatry (36), p.852-853, July, 1979.
78. PAIM, I.: Alterações da afetividade. Curso de Psicopatologia, 3^a ed., São Paulo, Edit. Grijalbo Ltda., 1976, 216p., Cap. X, p.163-179.
79. PACIORNIK, R.: Dicionário Médico, 3^a ed., Rio de Janeiro, Edit. Guanabara-Koogan, 903p., 1978.
80. RAFAELSEN, O.J.: The biology of manic-melancholic disorders. Neuroleptics and Szhizophrenia. Proceeding of an International Symposium, Edit. J.M.Simister, Cambridge, March 29th, 1978, p.123-137.
81. ROSSER, R.: Thyrotoxicosis and lithium. British J. Psychiatry (128), p.61-66, 1976.
82. REISBERG, B. and GERSHON, S.: Side-effects associated with lithium therapy. Arch. Gen. Psychiatry (36), p.879-887, July, 1979.
83. SCHOU, M.: Indications des sels de lithium en dehors de la psychose maniaco-dépressive. L'Evolution Psychiatrique, XLI(III), p.533-549, Juillet/Septembre, 1976.
84. SCHOU, M.: Lithium Treatment of manic-depressive Illness: a practical guide, 1^a ed., New York, Edit. Basel, 1980, 71p.

85. SCHOU, M.: Lithium in the treatment of other psychiatric and non psychiatric disorders. Arch. Gen. Psychiatry(36), p.856-859, July, 1979.
86. SCHOU, M.: Lithium as a prophylatic agent in unipolar affective illness. Arch. Gen. Psychiatry (36), p.849-851, July, 1979.
87. SCHOU, M. and VESTERGAARD, P.: Lithium and the kidney score. Psychosomatics, 22(2), p.92-94, 1980.
88. SPRING, G.K.: The current role of lithium in the treatment of affective disorders. Psychosomatics, XVIII(3), July/Aug./Sept., 1976.
89. SILVA, J.A.C.: O Lítio e Psiquiatria - sua ação profilática nas desordens afetivas endógenas recorrentes. Rio de Janeiro, 1976. (Tese de Livre-Docência - Faculdade de Medicina da U.E.R.J.).
90. THOMAS, A.E., MCKAY, D.A. and CUTLIP, M.B.: A nomograph method for assessing body weight. The American Journal of Clinical Nutrition (29), p.302-304, March, 1976.
91. TOURNEY, G.: History of biological psychiatry in America. Am. J. Psychiat. (1), p.126, July, 1969.
92. VERSIANI, M.: Terapêutica (II) - Lítio. J. Bras. Psiq., 29 (1), p.9-15, 1980.

93. VENDSBORG, P.B., BACH-MORTENSEN, N. and RAFAELSEN, O. J.: Fat cells number and weight gain in lithium treated patients. Acta Psychiat. Scand. (53), p.355-359, 1976.
94. VENDSBORG, P.B., BECH, P. and RAFAELSEN, O.J.: Lithium treatment and weight gain. Acta Psychiat. Scand. (53), p.139-147, 1976.
95. VENDSBORG, P.B. and PRYTZ, S.: Glucose tolerance and serum lipids in man after long-term lithium administration. Acta Psychiat. Scand. (53), p.64-69, 1976.
96. WINOKUR, G. and CLAYTON, P.J. and REICH, T.: Manic-depressive illness, 1st ed., Saint Louis, Edit. C.V.Mosby Company 186p., 1969.

APÊNDICES

DADOS CLÍNICOS RELEVANTES DAS ANAMNESES PSIQUIÁTRICAS E EVOLUÇÕES CLÍNICAS, DOS 100 PACIENTES ATENDIDOS NA "CLÍNICA DE LÍTIO" NO PERÍODO DE MARÇO DE 1980 ATÉ OUTUBRO DE 1981.

A. Pacientes medicados com $Li_2(CO_3)$

Caso 1.: N.S.T., 17 anos, solteiro, sexo masculino, natural de São Paulo - Capital, residente em Jundiaí-SP, estudante, início do atendimento em 19/08/80.

Paciente há 2 anos vem se mostrando calado, "esquisito". Abandonou as atividades escolares, e se mostra inseguro frente a qualquer decisão que tem que tomar. Não dorme durante a noite, permanecendo muito tempo olhando para o teto e para as paredes do quarto. Não cuida mais de sua higiene pessoal. Não sai mais com os colegas.

Dos 14 para 15 anos fez uso de "Cannabis Sativa", e quando interpelado sobre a utilização de drogas, responde que não fuma mais, e que anteriormente tinha um "tráfico pequeno".

Durante a primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se muito calado, respondendo em monossílabos. Negava ter qualquer problema físico ou psíquico, que justificasse sua consulta naquele local. Tinha sido tratado anteriormente com neurolépticos, antidepressivos e ansiolíticos, sem resultados satisfatórios.

Foi medicado por nós com Carbolitium - 900 mg ao dia e Penfluridol (20 mg) - 1 comprimido por semana, que lhe era administrado no próprio consultório, devido informações dos pais de que o paciente se recusava a tomar qualquer medicamento com regu

laridade.

Iniciou tratamento psicoterápico conjuntamente com o tratamento psicofarmacológico, porém abandonou a ambos, após 4 meses, por motivos desconhecidos dos terapeutas. Obteve melhora sensível do quadro clínico psiquiátrico, que motivou o seu tratamento em nosso serviço, durante o tempo em que o acompanhamos clinicamente.

Diagnóstico = Esquizofrenia simples - 295.0 (Classificação Internacional das Doenças = CID-9).

Caso 2.: D.C.S., 42 anos, solteiro, sexo masculino, natural de Pernambuco, residente em Brasília - D.F., funcionário público, início do atendimento em 20/02/81.

Doente há cerca de 2 anos. Conta ter sido sempre "muito fechado", isolado dos amigos e dos familiares: "guardo muito as coisas para mim mesmo, falo pouco, e por isto me acham esquisito".

De novembro de 1980 para cá, houve piora de seu quadro clínico. No início, os familiares pensaram tratar-se de uma estafa, porém depois da apresentação de uma intensa inquietude psico-motora, acompanhada de muita depressão e idéias insistentes do paciente em "acabar com tudo", e inclusive com a própria vida, é que perceberam a gravidade do quadro mental.

Em dezembro de 1980 começou a fazer tratamento psicoterápico. Já fez uso de medicações antidepressivas, neurolépticas, e ansiolíticas, prescritas por especialistas.

No momento da primeira consulta em nosso serviço, mostrava-se muito deprimido e com idéias delirantes persecutórias: "acha que vão derrubá-lo de seu cargo, pois subiu muito rápido na vida, e não se acha em condições de suportar as pressões dos complôs". Diz "ter auto-falantes espalhados por sua casa, ouvindo tudo o que ele diz, e captando o que pensa". Não estava dormindo à noite, e nem se alimentando adequadamente, pois julgava que iriam envenená-lo.

Tentou suicídio há 1 dia da primeira consulta em nossa Clínica, cortando os pulsos, e abrindo o gás de seu pequeno apartamento. Em março de 1980 tentou suicídio pela primeira vez, abrindo a porta do carro em movimento, e tentando atirar-se deste, tendo sido seguro pelo irmão. Chora muito, e só pensa em morrer.

Foi medicado com Haloperidol - 5 mgs ao dia, Carbolitium-900 mgs ao dia e Nitrazepan - 5 mgs ao deitar. Iniciou tratamento psicoterápico, conjuntamente com os medicamentos. Apresentou sensível melhora clínica, com desaparecimento dos sintomas produtivos, após 7 dias de terapêutica. Em torno do 15º dia, retornou à Brasília, onde se encontra seguindo a mesma conduta, sem ter tido recaídas até o momento atual (outubro de 1981).

Diagnóstico = Psicose Esquizo afetiva- 295.7 (CID-9).

Caso 3. C.K., 32 anos, casada, sexo feminino, natural de N.York, residente em Campinas - S.P., funcionária pública, início do atendimento em 08/08/80.

Está doente desde maio de 1979, quando começou a apresen-

tar insônia e inapetência. Após 1 mês, outros sintomas eclodiram: começou a ficar eufórica, alegre demais, sem motivo aparente. Ria muito e se mostrava inquieta. Falava demais, fugia de seu domicílio e, não dormia e não se alimentava. Estes sintomas duraram cerca de 4 dias, após os quais a paciente começou a ficar deprimida, desanimada, e com idéias de que um dos familiares iria morrer. Foi levada a um psiquiatra, que a medicou com Haloperidol gotas - 20 gotas ao dia e Flurazepan - 30 mgs ao deitar. Com estes remédios, melhorou um pouco, e com isto, (8 dias após), suspenderam os medicamentos.

A paciente passou duas semanas bem, mas após este período, voltou a se sentir inquieta, a não dormir e a não se alimentar. O especialista retornou à mesma conduta medicamentosa.

No momento da primeira consulta conosco, mostrava-se bastante agitada, rindo muito e preconizando o acontecimento de uma terceira guerra mundial. Apresentava idéias delirantes persecutórias, imaginando-se perseguida pela CIA, e que a mãe era traficante de entorpecentes, e deveria ser presa pelo F.B.I.

Segundo relatos de seu esposo, havia momentos em que a paciente chorava muito, e se tornava apática. Não dormia e não se alimentava há vários dias de sua primeira consulta à nossa clínica.

Foi medicada por nós, inicialmente, com Carbolitium - 900mg ao dia, Penfluridol (20 mg) - 1 comprimido por semana e, Flurazepan - 30mgs ao deitar. A escolha de tal neuroléptico, se deu em consequência a dificuldades em se conseguir que a paciente ingerisse vários medicamentos diariamente.

A paciente iniciou tratamento psicoterápico concomitante à terapia farmacológica.

Após 1 mês e meio de terapia medicamentosa, suspendemos o neuroléptico e o benzodiazepínico de ação hipnótica, e mantivemos o lítio. Esta conduta vem sendo mantida há 14 meses, sem que a paciente tenha tido recaídas.

Houve abandono do tratamento psicoterápico após 5 meses.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 4. M.H.S.A., 29 anos, solteira, sexo feminino, natural de Itu - S.P., residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 26/03/81.

Doente há 10 anos, quando começou a se mostrar "esquissita": "na faculdade apresentava falsos reconhecimentos, dizia ouvir vozes que cochichavam em seus ouvidos, não dormia e não se alimentava bem. Era vista falando sozinha e ria muito, sem motivo aparente.

Teve duas internações psiquiátricas, pois apresentava períodos de intensa inquietude psicomotora, falando muito, rindo demais, e se tornando agressiva contra os familiares. Por vezes chora muito, permanecendo isolada em seu quarto, e recusando, inclusive cuidar de sua higiene pessoal.

Vem sendo medicada, continuamente, há 1 ano e meio, com neurolépticos e benzodiazepínicos, sem resultados satisfatórios. Faz psicoterapia há 2 anos e meio.

Há 3 semanas, a contar da primeira consulta ao nosso serviço, vem apresentando os mesmos sintomas produtivos, já descritos.

Foi medicada, por nós, com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Clorpromazina - 400 mgs ao dia. Mesmo com elevação progressiva da dose de neuroléptico, não apresentou remissão completa dos sintomas produtivos, mas em relação a tratamentos anteriores, tem respondido melhor a esta terapia, segundo os familiares e o psicoterapeuta.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 5. C.S.T., 29 anos, solteira, sexo feminino, natural de Pinhal - S.P., residente em Campinas - S.P., professora secundária, início do atendimento em 10/07/80.

Doente há 7 anos e meio.

Informantes descrevem o início da doença como uma intensa agitação psicomotora, em que a paciente falava muito e dizia ou vir vozes. Havia momentos em que se mostrava deprimida, chorando sem motivos aparentes, e evitando o contato interpessoal com familiares e amigos. Foi internada durante 1 mês, nesta primeira crise.

Em 1975 teve novamente os mesmos sintomas já descritos, tendo sido reinternada por 1 mês e meio.

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se inquieta, com curso do pensamento acelerado, instabilidade no humor: ora ria muito, ora chorava. Falava continuamente, e manifestava idéias delirantes de auto-referência. Dizia estar ouvindo as vozes das vizinhas, que a chamavam de "nomes indecorosos como puta e vaca", ofendendo também a sua mãe e a sua avô.

Não estava dormindo e nem se alimentando bem.

Foi medicada, por nós, com Carbolitium - 900 mgs ao dia, Haloperidol - 15 mgs diários e Nitrazepan - 10 mgs ao deitar. Concomitantemente, iniciou tratamento psicoterápico.

Em comparação a outros tratamentos psiquiátricos efetuados, vem evoluindo bem, tendo reassumido suas atividades profissionais, melhorando a sua sociabilidade e publicado inúmeros poemas. Teve uma recaída, branda em comparação às descritas, em agosto de 1981, tratada em ambulatório.

Atualmente (outubro de 1981), toma Carbolitium - 1200 mgs ao dia e Haloperidol - 2,5 mgs diários. Continua em Psicoterapia. Vem tendo boa evolução.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 6. D.B., 28 anos, solteira, sexo feminino, natural de Indaiá do Sul - P.R., residente em Campinas, prendas domésticas, início do atendimento em 07/07/80.

Doente dos nervos há 17 anos, quando começou a se tornar agressiva contra os familiares e a jogar pedras nos vizinhos. Aos 20 anos o quadro se intensificou, com as queixas de que "ouvia as vozes de Nossa Senhora e de Jesus Cristo", manifestando o desejo de ter relações sexuais com os dois, pois as vozes assim lhe pediam".

Fez inúmeros eletroencefalogramas (E.E.G.), não se constata qualquer anormalidade.

No momento da primeira consulta ao nosso serviço, a pa-

ciente se mostrava intensamente deprimida, chorosa, e com queixas de insônia e inapetência. Dizia "ouvir vozes de Nossa Senhora e da pomba-gira". Reagia agressivamente contra os familiares, preferindo passar quase todo o tempo trancada em seu quarto.

Já recebeu inúmeros tratamentos com anticomerciais, neuro-lépticos e ansiolíticos, sem resultados satisfatórios. Fez aplicações de ECT (eletroconvulsioterapia) e de insulina.

Foi medicada em nossa Clínica com Carbolitium 900 mgs ao dia e Haloperidol - 5 mgs diários. Não tomava as medicações corretamente, recusando-se terminantemente a seguir as condutas propostas, inclusive de fazer psicoterapia.

Abandonou o tratamento após 9 meses de acompanhamento irregular. Recusava-se a continuar tomando medicamentos.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 7. R.R., 47 anos, casada, sexo feminino, natural de Novara - Itália, residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 29/07/81.

Apresenta distúrbios psíquicos há 21 anos, quando, segundo suas palavras, "começou a sentir-se muito intranquila, agitada, e a interpretar os fatos de forma delirante". Achava que "lhe queriam prejudicar e lhe causar danos, até mesmo através da água que ingeria". Não conseguia dormir e nem se alimentar adequadamente.

Relata que há períodos em que se sente muito deprimida, achando que a vida não vale a pena, e que não tem capacidade pa-

ra realizar nada. Neste estado, atribui a si mesma uma série de defeitos e de sentimentos de menos valia. Já tentou suicídio por três vezes nestas crises, ingerindo doses maciças de tranquilizantes.

Teve inúmeras internações psiquiátricas, tendo recebido medicamentos como Haloperidol, Clorpromazina, Imipramina, etc. Fez insulino-terapia e foi submetida a mais de 20 aplicações de ECT (eletroconvulsioterapia).

Antes de procurar nosso serviço, há 14 dias, já fazia uso de Carbolitium - 900 mgs ao dia.

Foi medicada por nós com Haloperidol - 3 mgs ao dia, e foi mantido o Carbolitium na dose de 600 mgs ao dia, devido aparecimento de tremores grosseiros nas mãos.

A paciente relata sensível melhora em relação a tratamentos anteriores, já efetuados.

Iniciou conjuntamente com tratamento psicofarmacológico, a psicoterapia.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 8. J.F.L., 22 anos, solteiro, sexo masculino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas - S.P., estudante, início do atendimento em 26/08/81.

Doente há mais de 2 anos.

Em sua primeira crise, o paciente mostrava-se muito deprimido, dizendo "ouvir aviões que sobrevoavam sua casa para lançar bombas, e que o mundo encontrava-se em guerra total". Dizia "ser

perseguido por carros e por indivíduos estranhos à vizinhança". Foi internado, em consequência a estes sintomas, por 3 dias, tendo sido medicado com Haloperidol, Levomepromazina e Lorazepam.

Teve mais duas crises semelhantes à primeira, apresentando, no entanto, acompanhando o quadro delirante e alucinatório auditivo, uma intensa inquietude psicomotora, em que ria sem motivo aparente ou chorava subitamente. Passou a usar adornos femininos, como colares no pescoço e pulseiras. Gesticulava muito ao falar, e mostrava uma desinibição que não lhe era peculiar.

No momento da primeira consulta em nosso serviço, dizia ter um bloqueio na cabeça, e dizia sentir-se muito deprimido e desanimado, a tal ponto de não conseguir acompanhar as aulas na faculdade. Mostrava-se, segundo relatos da mãe, muito estranho e com tendências a se isolar dos familiares.

Foi medicado por nós, com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Haloperidol - 3 mgs diários. O paciente evoluiu bem, e após 3 semanas de tratamento retiramos o neuroléptico, tendo o mesmo permanecido apenas com o lítio. Não iniciou tratamento psicoterápico, alegando "não acreditar nisto". Abandonou a terapia farmacológica após 2 meses de seguimento.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 9. M.S.N.C., 41 anos, casada, sexo feminino, natural de São Paulo, residente em Campinas - S.P., professora, início do atendimento em 25/02/81.

Apresenta distúrbios mentais há 5 anos, quando começou a sentir-se intranquãila, a não dormir e a não se alimentar adequadamente — "a cabeça trabalhava a mil, falava muito rápido tudo o que eu pensava e associava". "Sentia-me inquieta e ansiosa, a tal ponto de não conseguir parar um segundo no mesmo lugar".

O quadro psíquico foi evoluindo, e "começaram as vozes e os delírios": "achava que tinham pessoas que conversavam comigo, que colocavam as roupas nas vitrines para eu ver e escolher, e que microfones captavam o que eu pensava". "Era invadida por intensos sentimentos de rejeição, o que me levava a sentir deprimida e angustiada".

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se com idéias persecutórias, intensamente deprimida e ansiosa. Não dormia há várias noites.

Foi medicada com neuroléptico — 4 mgs diários, Carbolitium - 900 mgs ao dia e Flurazepan - 30 mgs ao deitar. Obteve boa evolução, com remissão dos sintomas produtivos, porém após 3 meses de tratamento começou a tomar os medicamentos de forma irregular, e recaiu. Retomamos a conduta inicial, e até o momento a paciente vem apresentando melhora, com remissão dos sintomas produtivos.

Faz tratamento psicoterápico há 8 meses.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 10. C.L., 25 anos, solteiro, sexo masculino, natural de Valinhos, residente em Valinhos - S.P., técnico em contabilidade, início do atendimento em 21/08/80.

Doente desde 1976, e desta data em diante teve mais de 10 internações em hospitais psiquiátricos.

Havia períodos em que o paciente tornava-se muito inquieto, falando muito e com curso de pensamento acelerado. Ria sem motivo aparente, e dizia escutar vozes que cochichavam em seus ouvidos. Em suas crises não dormia e não se alimentava.

Melhorando os sintomas de agitação, o paciente tornava-se apático, triste e desanimado. Não se comunicava com os familiares, passando o tempo todo trancado em seu quarto. Chorava muito e não se alimentava adequadamente. Mostrava-se desde o início da doença, "muito emagrecido e abatido".

Ao fazer a primeira consulta em nosso serviço, mostrava-se intensamente deprimido, cabisbaixo, e respondendo às perguntas em monossílabos. Não apresentava idéias delirantes e nem distúrbios de senso-percepção. Chamava a atenção o seu aspecto emagrecido, e a palidez cutânea. Já vinha sendo submetido à psicoterapia há mais de 1 ano.

Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia, e encaminhado para exames clínicos, no serviço de "Clínica Médica", de nosso Hospital-Escola. Diagnosticou-se, algumas semanas após, um quadro grave de Tuberculose Pulmonar e Desnutrição, o que motivou a interrupção de nosso seguimento psiquiátrico, devido transferência para um hospital especializado em doenças pulmonares. Abandonou posteriormente o tratamento psiquiátrico.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 11. F.T., 36 anos, casado, sexo masculino, natural de Jundiaí - S.P., residente em Jundiaí - S.P., lavrador, início do atendimento em 13/07/81.

Doente há mais de 5 anos, quando começou a apresentar-se muito deprimido, chorando muito e a não dormir bem, e nem se alimentar. Achava que a esposa estava querendo matá-lo, colocando veneno em sua comida, e que os vizinhos queriam prejudicá-lo. Por vezes se tornava muito agitado, agressivo, querendo colocar fogo em suas vestes e nas roupas de cama. Explicava esta conduta, dizendo que precisava evitar que suas roupas entrassem em contato com as vestes da esposa. Foi internado em hospital psiquiátrico nesta primeira crise, permanecendo uma semana hospitalizado.

Desta data em diante, teve inúmeras recaídas, semelhantes ao quadro descrito.

Em sua primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se muito deprimido, chorando muito e com idéias de suicídio. Não conseguia ver saída para seus problemas. Apresentava distúrbios alucinatórios auditivos, e idéias de auto-referência.

Foi encaminhado pelo seu psicoterapeuta, para ser medicado por nós.

Recebeu Haloperidol - 3 mgs ao dia e Carbolitium - 900mgs diários. Foi necessário aumentar a dose do neuroléptico para 7,5 mgs ao dia. O paciente evoluiu bem, com remissão completa dos sintomas produtivos.

Após um mês e meio, foi possível retirar o neuroléptico e manter-se apenas o Carbolitium, na dose de 900 mgs diários. Vem tendo boa evolução.

Diagnóstico = Psicose esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 12. T.V.N.A.R.L., 25 anos, solteiro, sexo masculino, natural de São Matheus do Sul - PR, residente em Campinas - S.P., funcionário público, início do atendimento em 10/04/81.

Relata ter sido sempre uma pessoa tímida, que não conversava abertamente com ninguém e, com sérias dificuldades em fazer amigos. Na escola não tinha coragem de expor suas dúvidas, e ficava à espera de que outros colegas perguntassem o que ele não se sentia capaz de fazê-lo.

Em 1977 começou a "ter idéias de que poderia transmitir e captar os pensamentos de outras pessoas". Isto lhe dava uma euforia imensa, e uma modificação em seu estado de ânimo, muito depressivo e introvertido, "pois lhe colocava numa posição superior aos demais". Na época foi tratado com neurolépticos e tranquilizantes.

Teve novas recaídas, com os sintomas já descritos, em 1979, 1980, e em fevereiro de 1981, após o falecimento de seu pai. Fez insulino-terapia, sem sucesso terapêutico, em 1978.

Quando "não está em crise" (com sintomas produtivos), sente "intenso sentimento de ser rejeitado pelas pessoas, preferindo não sair de sua casa para nada". Chora muito, e muitas vezes pensa em suicídio.

Em sua primeira consulta, ao nosso serviço, apresentava os mesmos sintomas já descritos: "impressão de que capta e transmite os pensamentos das pessoas". Mostrava-se eufórico, muito inquieto, e inapetente.

Foi medicado com Haloperidol - 3 mgs ao dia, Carbolitium 900 mgs diários, e Nitrazepan - 5 mgs, via oral, ao deitar. Após 2 meses de tratamento, suspendemos o neuroléptico, e mantivemos

apenas o lítio.

Devido irregularidades em tomar o medicamento, há períodos em que o paciente perde muito peso, mostra-se inapetente, e mais deprimido e ansioso. Teve uma recaída após 4 meses de terapia, porém branda e de melhora rápida.

Faz psicoterapia, desde o início do tratamento psicofarmacológico.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 13. V.A.S.A., 33 anos, casada, sexo feminino, natural de Casa Branca, residente em Vinhedo - S.P., professora, início do atendimento em 11/07/81.

Doente há mais de 10 anos, quando começou a sentir-se deprimida, sem vontade de cuidar de seus afazeres domésticos, e a "escutar vozes", que cochichavam em seus ouvidos. Não conseguia dormir e não se alimentava adequadamente. Pensava muito em se suicidar. Fez tratamento ambulatorial, em decorrência destes distúrbios, obtendo melhora.

Há 6 anos atrás, após se casar, teve nova recaída, em que "ouvia ecos e vozes de pessoas queridas, já falecidas". Isto mobilizava muito as suas emoções, e o quadro depressivo voltou a se acentuar. Começou a frequentar "centros espíritas", e com isto o quadro clínico se agravou. Foi hospitalizada por mais de 1 mês.

No momento de sua primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se muito deprimida, chorosa, e apresentava distúrbios alu-

cinat6rios auditivos, e id6ias de auto-refer6ncia.

Foi medicada com Haloperidol - 7,5 mgs ao dia, Carbolitium - 900 mgs ao dia. Apresentou boa evolu76o, com remiss6o dos sintomas produtivos, por6m abandonou terapia farmacol6gica e psicoterapia, aos 3 meses de tratamento, por motivos desconhecidos dos terapeutas.

Diagn6stico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 14. A.L.B.G., 27 anos, casada, sexo feminino, natural de S6o Jo6o da Boa Vista - S.P., residente em Pinhal - S.P., prendas dom6sticas, in6cio do atendimento em 06/08/80.

Doente h6 mais de 4 anos, quando come7ou a apresentar ci6mes exagerado do marido, manifestando intensa irritabilidade e agressividade contra ele. Nesta 6poca, iniciou tratamento psicoter6pico, abandonando, no entanto, a terapia, ap6s 3 meses de frequ6ncia.

Em 1979 come7ou a ficar deprimida, ap6tica e a n6o se alimentar. Foi internada, em quadro de intensa depress6o e inibi76o psicomotora, por 1 m6s.

Em abril de 1980 apresentou nova crise depressiva, em que n6o comia, n6o dormia e chorava muito. Come7ou a achar que o filho de 6 anos queria seduzi-la, e o chamava de "tarado", espancando-o muito. Foi internada em hospital psiqui6trico, onde foi submetida 6 insulinoterapia, e atrav6s desta, apresentou s6rias complica76es, chegando a um coma profundo e quase irreversível.

Na primeira consulta à nossa Clínica, a paciente mostrava-se intensamente deprimida, com inibição psicomotora, inapetente e insone. Achava que a televisão captava os seus pensamentos e que assistia às suas relações sexuais. Insistia em que o marido tivesse relações sexuais com a mãe dela.

Foi medicada por nós com Haloperidol - 5 mgs ao dia e Carbolitium - 900 mgs ao dia. Apresentou remissão dos sintomas produtivos, porém após 2 meses, abandonou a terapia farmacológica e psicoterápica, por motivos desconhecidos.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 15. C.A.C., 21 anos, solteira, sexo feminino, natural de Jundiaí - S.P., residente em Jundiaí - S.P., profissão liberal, início do atendimento em 21/08/80.

Doente há 2 anos e meio, quando iniciou quadro de depressão intensa, com insônia, apatia e inapetência. Isolava-se dos familiares, preferindo ficar trancada em seu quarto, o dia e à noite. Chorava muito, e apresentava sentimentos de menos valia e idéias suicidas. Fez inúmeros tratamentos psiquiátricos, sem resultados satisfatórios.

De julho de 1980 até o momento do primeiro atendimento em nosso serviço, vinha se mostrando prostrada em seu leito e bastante esquisita, pois conversava baixinho e aos prantos. Dizia estar recebendo um aviso do céu, e que todos os que recebiam aviso como aquele, se não cumprissem a bíblia, seriam severamente castigados. Não se alimentava mais, pois achava que tinha

que jejuar.

Foi medicada por nós com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Haloperidol - 3 mgs ao dia, apresentando remissão dos sintomas produtivos, porém após algumas semanas de tratamento, a paciente recusava-se terminantemente a continuar ingerindo os medicamentos. Recusou-se também a fazer tratamento psicoterápico.

Como não houve cooperação familiar, a paciente deixou de comparecer aos retornos marcados.

Diagnóstico = Psicose Esquizo-afetiva - 295.7 (CID-9).

Caso 16. O.D., 41 anos, casado, sexo masculino, natural de São Paulo - S.P., residente em Campinas - S.P., técnico em desenho, início do tratamento em 02/02/81.

Doente desde 1976, quando começou a apresentar crises de inquietude psicomotora, falando muito (quando normalmente tende a ser mais calado), com curso do pensamento muito acelerado e mudando rapidamente de um assunto para outro. Mostrava-se intensamente irritado e agressivo com quem tentasse contê-lo em sua agitação, ou contrariá-lo em suas idéias. Gastava todo o dinheiro que possuía, e fazia dívidas desnecessárias, trocando os móveis de seu domicílio, e comprando peças novas para o seu carro. Não se alimentava e não dormia bem. Foi internado em hospital psiquiátrico por 45 dias.

Em 1977 teve uma segunda crise, semelhante à primeira, tendo sido reinternado e medicado com lítio.

Em maio de 1980 recaiu novamente, com os mesmos sintomas

de agitação e euforia. Permaneceu internado por 70 dias, tendo, após alta médica, sido encaminhado a nosso serviço para acompanhamento ambulatorial.

Foi medicado por nós com um benzodiazepínico de ação hipnótica, tendo sido mantido o Carbolitium - 900 mgs ao dia, não tendo apresentado recaídas até o momento.

Diagnóstico = Psicose maniaco-depressiva, tipo maniaco (em remissão sintomática, no momento) - 296.0 (CID-9).

Caso 17. C.R.R.L., 31 anos, casada, sexo feminino, natural de Cosmópolis, residente em Cosmópolis - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 08/09/81.

Doente há 15 anos, relatando o início de seu quadro mental, após começar a dançar em programas de calouros. Na época mostrava-se inquieta, muito falante, alegre demais e hiperativa, a ponto de não se sentir cansada com nada. Não dormia e não sentia fome. Achava-se poliglota, e dizia ser médica, advogada, professora, dentista, etc. "Tudo era possível e realizável", justifica ela.

Desta data em diante, vem tendo inúmeras crises semelhantes à descrita, tendo sofrido 19 internações até o momento, em hospitais psiquiátricos.

Foi medicada por nós, em sua primeira consulta, com Carbolitium - 900 mgs ao dia, e mantido o Haloperidol - 10 mgs diários, visto que a paciente se mostrava verborréica e inquieta, tendente à euforia. Vem evoluindo muito bem, e atualmente (outu

bro de 1981), está tomando apenas o Carbolitium - 1200 mgs ao dia, mostrando-se com curso do pensamento normal e eutmica.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo maníaco - 296.0 (CID-9).

Caso 18. M.S., 58 anos, solteira, sexo feminino, natural de Minas Gerais, residente em Campinas, prendas domésticas, início do atendimento em 09/12/80.

Doente há 20 anos, apresentando períodos em que fica muito agitada, eufórica, falante demais e irritada por qualquer motivo. Nestas crises não dorme e não se alimenta bem. Faz gastos exagerados, e distribui tudo o que tem a quem passa nas ruas próximas ao seu domicílio. Já fez inúmeros tratamentos psiquiátricos, tendo 7 internações em hospitais para doentes mentais.

Fez várias aplicações de E.C.T. e de insulino-terapia.

Há períodos em que passa bem, com remissão completa dos sintomas descritos.

Veio procurar-nos após sua última internação psiquiátrica, aparentando estar muito bem. Queixava-se apenas de insônia.

Foi medicada com Carbolitium - 600 mgs ao dia e Bromazepam - 3 mgs ao deitar. Recusou-se a iniciar tratamento psicoterápico.

Abandonou tratamento em nossa Clínica, após 4 meses de seguimento, por motivos desconhecidos dos terapeutas.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, fase maníaca (em remissão sintomática) - 296.0 (CID-9).

Caso 19. V.H.M., 49 anos, casado, sexo masculino, natural de Rio Claro, residente em Rio Claro, industriário, início do atendimento em 23/09/81.

Paciente encontra-se deprimido há 3 anos, tendo feito inúmeros tratamentos psiquiátricos desde então, com medicações antidepressivas e E.C.T.

Em fevereiro de 1979 tentou suicídio com arma de fogo, tendo sido socorrido pela esposa, pois segundo palavras do paciente: "não aguentava mais viver". Diz ser sempre perseguido por uma idéia de auto-eliminação, principalmente quando pensa que seu pai e seu avô paterno se suicidaram.

Sente-se mais triste pela manhã, chorando muito no decorrer do dia e à noite. Não vem dormindo e não está se alimentando adequadamente. Não estabelece desencadeantes importantes para sua depressão - "sinto-me angustiado, deprimido, sem justificativas". Não se sente animado em iniciar o tratamento em nossa Clínica, pois "não acredita que possam ajudá-lo".

Relata que desde a adolescência sempre teve tendências depressivas, e muitas vezes, sem motivo algum, "sentia-se desanimado e indisposto com a vida".

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se apático, com humor deprimido e bastante emagrecido. Foi medicado com Imipramina - (25 mgs) - 100 mgs ao dia e Carbolitium - 900 mgs ao dia. Mostrou melhora sintomática nos primeiros 30 dias de tratamento, porém recusou-se a iniciar terapia de base analítica quando esta lhe foi recomendada.

Abandonou tratamento psicofarmacológico após 40 dias de acompanhamento, por motivos desconhecidos dos terapeutas.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo (Depressão endógena) - 296.1 (CID-9).

Caso 20. L.A.A.S., 62 anos, solteira, sexo feminino, natural de Sarapuí - S.P., residente em Campinas - S.P., funcionária pública, início do atendimento em 16/03/81.

Doente dos nervos há 18 anos, quando começou a apresentar problemas, que atribui serem de "estafa": "ficava triste, chorava por qualquer motivo, e tinha medo de morrer dormindo". Apresentava idéias de suicídio e insônia. Não tinha ânimo para cuidar de seus afazeres domésticos e nem de sua higiene pessoal. Melhorou espontaneamente destes sintomas, que duraram quase um ano.

Quatro anos após a primeira crise, voltou a se sentir deprimida, apática e insone.

Depois deste segundo episódio, vários outros se sucederam, sendo que o último ocorreu há 6 meses atrás (setembro de 1980), tendo durado 3 meses e meio. Todos apresentavam os mesmos sintomas já descritos.

Durante estas crises foi tratada com aplicações de E.C.T., insulino-terapia, antidepressivos e ansiolíticos.

Ao procurar a nossa Clínica, mostrava-se muito deprimida, chorosa e com medo de morrer. Não estava conseguindo dormir, e nem se alimentar adequadamente.

Foi medicada, com Carbolitium - 600 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mg ao deitar. Apresentou boa evolução, com remissão dos sintomas depressivos.

Negou-se a fazer tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 21. A.M.S.A., 57 anos, viúva, sexo feminino, natural do Rio de Janeiro, residente em Campinas - S.P., funcionária pública aposentada, início do atendimento em 30/06/80.

Paciente relata sentir-se deprimida há 10 anos. Desde esta data apresenta sentimentos de menos valia e de auto-recriminações, chorando muito e por motivos banais.

Diz sentir-se pior pela manhã e quando se aproximam os períodos menstruais, quando entra em crise de hiperatividade e aumento dos desejos sexuais, inclusive em relação aos próprios filhos e a mulheres grávidas.

Não estabelece desencadeantes nítidos para as suas crises depressivas, principalmente quando elas se tornam mais intensas. Nestes períodos, isola-se dos familiares e diz sentir medo de tudo, pensando unicamente em acabar com a própria vida.

Há vários anos não consegue contatar com as pessoas, vivendo uma vida reclusa em seu domicílio.

Faz psicoterapia há 2 anos e meio, sem qualquer melhora sintomática. Já fez insulinoterapia, e vários tratamentos psiquiátricos, sem sucesso terapêutico.

Foi medicada em nossa clínica com Carbolítium 750 mgs ao dia. Vem obtendo boa melhora clínica, até o momento, com remissão sintomática, passando a sair mais de casa, a fazer compras, ler jornais, etc., melhorando muito a sua sociabilidade.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 22. F.R., 30 anos, amasiada, sexo feminino, natural de Sumaré - S.P., residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 17/10/80.

Paciente relata estar doente há 5 anos, quando começou a sentir-se muito deprimida, chorando por qualquer motivo, e mesmo sem motivo algum. Não dormia e não conseguia se alimentar. Queria apenas ficar isolada das pessoas, pois não agüentava sequer o ruído das vozes destas. Sentia muita cefaléia e náuseas, acompanhando a tristeza, que se acentuava pela manhã.

Fez tratamento medicamentoso com inúmeros antidepressivos, como: Amitriptilina, Imipramina e outros, sem resultados satisfatórios.

Desde a infância relata ter tido tendências depressivas, pois preferia brincar sozinha, e era tida como "muito chorona".

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se muito deprimida, chorando muito, e bastante apática. Não conseguia estabelecer qualquer desencadeante para suas crises.

Foi medicada por nós com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mg ao deitar. Foi encaminhada para psicoterapia.

A paciente vem apresentando boa evolução clínica, com remissão sintomática, e atualmente (outubro de 1981) toma apenas o Carbolitium, na dose de 900 mgs ao dia.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 23. J.M.Z., 34 anos, casado, sexo masculino, natural de Sumaré - S.P., residente em Sumaré, comerciante, início do atendimento em 23/03/81.

Paciente relata sentir-se deprimido há mais de 3 anos: "nada mais está bom para mim, desde então. Sinto-me triste, vazio, e sem disposição. Não consigo dormir, e a única coisa que faço, é comer como um louco".

Conta haver períodos em que passa bem, mas "subitamente, vem de novo a tristeza e o desânimo". Nestas fases sente vontade de acabar com a própria vida. Piora muito "a sensação de vazio interior", pela manhã e à noite, e em dias nublados.

Relata que os períodos depressivos duram de 7 a 10 meses, mas que ultimamente tendem a ser mais duradouros.

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se muito deprimido e apático. Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Imipramina - 75 mgs ao dia, tendo evoluído muito bem, com remissão dos sintomas depressivos.

Concomitantemente à terapia farmacológica, iniciou psicoterapia.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 24. S.R.O., 40 anos, casado, sexo masculino, natural de Brumado - Bahia, residente em Campinas - S.P., funcionário público, início do atendimento em 23/06/80.

Doente dos nervos há 9 anos, quando começou a se sentir muito triste e a apresentar insônia, sem fatores desencadeantes nítidos. Desde então o quadro depressivo vem se intensificando, sem causas aparentes, justificáveis pelo paciente. Sente-se pior no período matutino, quando diz levantar cansado, desanimado e com intensa vontade de chorar: "parece que o mundo vai desabar, e que não tenho forças para desempenhar o que vem pela frente".

Já tentou duas vezes suicídio, mas diz que estas idéias foram superadas, pois "não se sente mais capaz de cometer um ato destes".

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se intensamente deprimido, com queixas de somatizações e de insônia.

Foi medicado por nós com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar.

O lítio teve que ser suspenso nos primeiros dias de tratamento, visto que o paciente apresentou queixas intensas de gastralgia. Em consequência a isto, não deu continuidade ao tratamento, não comparecendo mais aos retornos marcados, para acompanhamento psicoterápico e psicofarmacológico.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 25. G.E., 33 anos, casado, sexo masculino, natural de Americana - S.P., residente em Americana, industriário, início do atendimento em 09/07/81.

Há 7 anos e meio, vem apresentando períodos em que se sente muito deprimido, apático, com tendências a se isolar dos familiares e amigos.

Desde esta data faz tratamento psicoterápico, sem resultados clínicos satisfatórios.

Apresenta sentimentos de menos valia e de auto-recriminações. Acha que "nada tem sentido" e que "a vida não vale a pena", preferindo muitas vezes "fantasiar" situações melhores, para continuar vivendo.

Há fases de sua vida, em que passa bem, sem qualquer sintoma.

Sente intensificação de seu quadro depressivo no período matutino. Apresenta hipersonia durante estas fases.

Já fez tratamentos anteriores com antidepressivos e ansiolíticos, sem melhora marcante.

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se apático e depressivo. Foi medicado por nós com Carboli-tium - 900 mgs ao dia e Imipramina - 75 mgs ao dia. Vem evoluindo bem, comparativamente a tratamentos anteriores.

Continua em tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 26. M.T.G., 39 anos, casada, sexo feminino, natural de São Paulo - Capital, residente em Campinas - S.P., funcionária pública, início do atendimento em 02/10/80.

Doente há 3 anos e meio, quando começou a sentir-se intensamente deprimida, apática e desanimada com tudo. Não sente gosto em viver. Pensa em suicídio, muitas vezes, porém "reluta contra isto, pois tem filhos para cuidar". Há acentuação dos sintomas pela manhã e à noite.

Sente muita ansiedade, a tal ponto de sentir dificuldades para engolir. Nestas situações procura os Pronto-Socorros, para se aliviar com medicações tranqüilizantes.

Não consegue estabelecer fatores desencadeantes nítidos para as suas crises.

Desde a infância sempre foi "muito emotiva", em comparação aos irmãos.

Já fez inúmeros tratamentos psiquiátricos, com antidepressivos, ansiolíticos e insulino-terapia, sem resultados satisfatórios.

Foi medicada em nossa Clínica com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, por via oral, e encaminhada para psicoterapia. Vem evoluindo com melhora.

Diagnóstico = Psicose maniaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 27. M.I.A.S., 57 anos, casada, sexo feminino, natural de Santa Rosa de Viterbo - S.P., residente em Barretos, professora aposentada, início do atendimento em 13/05/81.

Doente há mais de 8 anos, quando começou a apresentar períodos de depressão profunda, em que chora por qualquer motivo e se auto-recrimina por falhas que possa ter cometido no passado, principalmente relacionados à criação dos filhos. Nestas fases de depressão, acha que nada caminha bem, que a vida não vale à pena, e apresenta idéias de suicídio. Muitas vezes torna-se irritada e agressiva, por motivos banais.

Há períodos em que passa muito bem, mesmo sem tomar qualquer medicamento.

Nega fases de euforia e de excitação psicomotora.

Não consegue estabelecer desencadeantes importantes para suas recaídas depressivas, e mesmo justificativas para seu quadro mental.

Já tomou antidepressivos e ansiolíticos, porém acha que "eles melhoram apenas enquanto estão atuando".

Foi medicada por nós, com Carbolitium - 750 mgs ao dia e com Amitriptilina - 75 mgs ao dia, pois encontrava-se deprimida e muito ansiosa, no momento da primeira consulta.

Vem evoluindo muito bem, e há 8 meses não tem recaídas. Não quis se submeter à psicoterapia, alegando não ter disponibilidade de tempo (SIC).

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 28. M.M., 26 anos, solteira, sexo feminino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas, secretária, início do atendimento em 10/09/81.

Paciente relata apresentar períodos de depressão, desde 1977. Nestas crises tem tendências a se isolar, a chorar sem motivo, e apresenta medo de tudo, não conseguindo sequer sair de casa.

Conta que seu quadro depressivo se acentua pela manhã, quando "já acorda desanimada e indisposta com a vida". Chora muito, e em inúmeras vezes já pensou em se suicidar.

Fez tratamentos psiquiátricos com medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, sem obter grande melhora.

Nega períodos de euforia, e relata passar fases em que se sente em perfeita saúde física e mental.

Em sua primeira consulta em nossa clínica, encontrava-se apática, desanimada e deprimida. Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Imipramina - 75 mgs ao dia. Vem evoluindo satisfatoriamente, comparativamente a tratamentos anteriores.

Foi encaminhada para tratamento psicoterápico, não sendo constante, no entanto, a esta terapia.

Diagnóstico = Psicose maniaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 29. L.F.M.B., 35 anos, casado, sexo masculino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas - S.P., professor, início do atendimento em 25/09/81.

Doente desde os 17 anos de idade, quando começou a sentir-se angustiado e com idéias de auto-eliminação. Nesta fase de sua vida chorava muito, isolava-se dos familiares, e adquiriu a "mania" de lavar continuamente as mãos. Procurou tratamento psiquiátrico, tendo sido tratado com insulino**te**rapia, apresentando melhora sintomática (SIC).

Aos 20 anos teve nova crise depressiva, com as mesmas características: choro fácil, isolamento social, intensos sentimentos de culpa e de auto-recriminação. Apresentava idéias suicidas e, insônia inicial. Nesta crise, iniciou tratamento psicoterápico, ao qual não deu continuidade após 1 ano de seguimento. Tomou vários tipos de antidepressivos e ansiolíticos.

Há 4 anos vem se sentindo muito inseguro, deprimido, e com distúrbios do sono. Não consegue exercer suas atividades profissionais, pois se vê acometido de uma vontade imensa de chorar, e de taquicardia e sudorese profusa.

Ao procurar nossa Clínica, encontrava-se em quadro depressivo e ansioso. Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, e encaminhado para psicoterapia.

O paciente vem evoluindo bem, com melhora clínica.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 30. A.R.A.S.J., 30 anos, casada, sexo feminino, natural de Lins - S.P., residente em Campinas - S.P., técnica de laboratório, início do atendimento em 11/06/81.

Paciente conta estar apresentando "períodos de depressão", que duram de 3 a 7 meses, há mais de 5 anos.

Caracteriza as suas crises, como uma tristeza profunda, um vazio muito grande, e uma falta de interesse pela vida e pelas pessoas que a cercam. Há piora acentuada no período matutino, quando não sente ânimo sequer para levantar-se de sua cama, e cuidar de seus afazeres.

Apresenta inúmeras queixas somáticas, durante estes períodos, como: cefaléia latejante, ardor no estômago, obstipação intestinal.

Há fases em que se sente melhor, porém subitamente "afunda novamente em sua depressão". Nega crises de euforia.

Já recebeu inúmeros tratamentos com antidepressivos, e até mesmo E.C.T. e insulino-terapia.

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, encontrava-se com sintomas produtivos do quadro depressivo. Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Imipramina - 75 mgs ao dia.

Concomitantemente ao tratamento psicofarmacológico, foi encaminhada para psicoterapia.

Vem apresentando boa evolução clínica.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 31. M.G.C., 25 anos, solteiro, sexo masculino, natural de São Paulo - Capital, residente em Leme - S.P., engenheiro, início do atendimento em 25/04/80.

Doente desde os 11 anos de idade, quando começou a manifestar sintomas depressivos, com tendências a se isolar, a se achar inferiorizado em relação aos irmãos e amigos, e a não dormir. Apresentava crises de choro e medos indefinidos. Foi levado ao psiquiatra, que iniciou tratamento psicoterápico de apoio, ao qual não deu seguimento, por não compreender bem a finalidade da terapia.

Os sintomas depressivos continuaram, e progressivamente vêm se acentuando, a tal ponto do paciente não conseguir mais realizar suas atividades profissionais, sentir medo de ficar sozinho, e chorar com muita frequência e sem motivos aparentes.

No momento da primeira consulta à nossa Clínica, mostrava-se apático, desanimado, com queixas de insônia e inapetência. Verbalizava sentimentos de menos valia e de auto-recriminação.

Já vinha se submetendo a tratamento psicoterápico há 1 mês, e a tratamento com antidepressivo, há 5 meses.

Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, em nosso serviço.

O paciente vem evoluindo satisfatoriamente.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 32. M.H.G.P., 38 anos, casada, sexo feminino, natural de Serra Negra - S.P., residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 03/07/81.

"Doente dos nervos" há 5 anos.

Apresenta períodos de intensa depressão e apatia, em que "não consegue ver graça em nada". Nestas crises, permanece calada o tempo todo, recusa a companhia do marido e dos filhos, o que provoca muitos atritos em seu lar, já que seu esposo "não consegue entender a sua doença".

Sofre de constantes dores de cabeça e zumbidos no ouvido, chegando a consumir 3 caixas de analgésicos por mês. Não apresenta disposição para cuidar de sua higiene pessoal.

Fez tratamentos anteriores com antidepressivos e ansiolíticos, sem resultados satisfatórios.

Em seu primeiro atendimento a nosso serviço, mostrava-se deprimida e com manifestações de ansiedade. Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, tendo sido encaminhada para tratamento psicoterápico. Vem evoluindo com melhora.

Diagnóstico = Psicose maniaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 33. F.L.S.R., 29 anos, desquitado, sexo masculino, natural de Pinhal - S.P., residente em Campinas - S.P., desempregado. início do atendimento em 29/09/80.

Paciente encontra-se com problemas psíquicos há 5 anos, quando teve a primeira crise depressiva, em que chorava muito e sentia-se desanimado em continuar vivendo. Em consequência a isto, ingeriu grande quantidade de etílicos com comprimidos tranquilizantes, ficando em estado comatoso, o que motivou o seu internamento em hospital clínico e, posteriormente, em clínica psiquiátrica. Iniciou, nesta fase, tratamento psicoterápico, porém não chegou a freqüentar quatro secções.

Após esta hospitalização, o médico lhe receitou fenobarbital (100 mgs) ao deitar e medicamentos antidepressivos. De posse destes remédios, duas semanas após alta hospitalar, o paciente ingeriu 40 comprimidos dos vidros prescritos, saindo logo após com seu carro, pelas ruas da cidade. Bateu o veículo numa árvore, e em consequência a este acidente automobilístico, provocado por ele, passou 3 meses internado, tendo sofrido ruptura de baço e pâncreas.

Em julho de 1980, o paciente novamente entrou em depressão, apresentando choro fácil, insônia e inapetência, e teve nova tentativa de auto-eliminação, ingerindo inúmeros comprimidos de "Analgésicos" e "Ansiolíticos". Foi reinternado em hospital psiquiátrico, permanecendo 27 dias.

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se deprimido e bastante ansioso. Não estabelecia fatores desencadeantes para esta nova crise, assim como para as demais.

Foi medicado por nós com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar. Concomitantemente, iniciou

tratamento psicoterápico, ao qual não persistiu.

Tratou-se durante 4 meses conosco, abandonando a terapia, após reiniciar em um novo trabalho, e estar apresentando remissão completa dos sintomas produtivos.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 34. J.M.A.B., 30 anos, casado, sexo masculino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas, engenheiro, início do atendimento em 03/09/81.

Doente há mais de 15 anos, quando teve a primeira crise depressiva, em que apresentava choro fácil, "sentimentos de inferioridade" e vontade de se isolar. Estes sintomas duraram cerca de 4 meses, e melhoraram espontaneamente, pois "seus pais não se interessaram em procurar tratamento especializado, devido falta de esclarecimento destes".

Apresentou novo período depressivo em 1977, após o seu casamento, quando sem motivos aparentes, começou a se sentir apático, desanimado e com idéias de auto-recriminação, e, de menos valia. Procurou médico psiquiatra, que lhe receitou antidepressivo e ansiolítico, melhorando sintomaticamente.

Em junho de 1980 teve nova crise, semelhante às descritas, tendo sido medicado com os mesmos remédios anteriormente prescritos (Imipramina e Ansiolítico).

Em agosto de 1980, os sintomas depressivos se reagudizaram, e as doses dos medicamentos foram aumentadas, porém sem resultados satisfatórios.

Em setembro de 1980 teve uma crise de tristeza tão grande que já não conseguia se alimentar, tendo perdido vários quilos. Iniciou nesta fase tratamento psicoterápico.

Não vem bem desde esta data, e ao nos procurar, mostrava-se bastante abatido, emagrecido, e em profunda crise depressiva e ansiosa. Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao dia, tendo apresentado boa evolução, comparativamente a tratamentos anteriores.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 35. W.O., 42 anos, casado, sexo masculino, natural de Salvador - BA, residente em Campinas, industriário, início do atendimento em 18/09/81.

Doente há mais de 18 anos.

Paciente relata períodos em que se sente deprimido, apático e sem vontade de viver. Não se sente disposto para realizar qualquer atividade, e "trabalha empurrado". Nestas crises apresenta irritabilidade fácil e idéias de auto-eliminação. Chora sem motivo, sentindo-se inapto para qualquer coisa que tenha que realizar - "tudo se transforma num bicho de sete cabeças".

Já fez inúmeros tratamentos com antidepressivos e ansiolíticos, sem grande melhora.

Há fases em que passa sem sintomas, como os descritos. Nega crises de euforia.

Conta ter tido mais de 15 episódios de depressão.

Ao procurar nossa clínica, mostrava-se deprimido e bastante ansioso. Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar.

Iniciou tratamento psicoterápico em agosto de 1981.

Evoluiu bem durante os 4 meses de terapia, tendo no entretanto, abandonado o tratamento psicofarmacológico e psicoterápico, por motivos desconhecidos dos terapeutas.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 36. R.P., 36 anos, casado, sexo masculino, natural de Muzambinho - M.G., residente em Campinas, profissão liberal, início do atendimento em 24/11/80.

Paciente relata que desde 1965 sente-se deprimido, angustiado. Desde então foi submetido a inúmeros tratamentos psiquiátricos, com antidepressivos, ansiolíticos, insulino-terapia, sem sucesso terapêutico duradouro.

Em 1970, teve uma piora acentuada de seu quadro depressivo, a tal ponto de abandonar suas atividades profissionais, e passar todo o seu tempo prostrado no leito, chorando e com idéias suicidas. Foi internado durante 20 dias, recebendo várias aplicações de E.C.T. e insulino-terapia. Iniciou tratamento psicoterápico desde esta crise.

Apresentou inúmeras recaídas no decorrer deste tempo (de 1970 até 1980). Não estabelece desencadeantes para suas crises depressivas. Sente-se pior pela manhã.

No momento da primeira consulta em nosso serviço, mostrava-se deprimido, com queixas de insônia e astenia. Referia sentimentos de menos valia e de auto-recriminação.

Foi medicado em nossa Clínica com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Imipramina - 75 mgs ao dia, porém na terceira semana de acompanhamento, decidiu não continuar a terapia com o lítio, alegando medo dos efeitos colaterais (SIC). Continuou tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 37. M.A.F., 24 anos, desquitada, sexo feminino, natural de Águas de Lindóia, residente em Campinas - S.P., doméstica, início do atendimento em 30/10/80.

"Doente dos nervos" há mais de 8 anos.

Relata que apresenta períodos em que se sente muito deprimida, desanimada, e irritada com tudo e todos. Chora muito, apresenta sentimentos de culpa e de menos valia. Nestas crises não consegue exercer suas atividades profissionais, pois "sente-se sem coragem e indisposta". Apresenta insônia e inapetência.

Estas fases depressivas têm duração variada de 3 a 7 meses, não têm relação direta com causas do meio externo, e se acentuam muito no período matutino e ao anoitecer. Há piora também no período pré-menstrual e menstrual.

Já fez inúmeros tratamentos psiquiátricos, desde o iní-

cio de sua doença, tendo tomado medicações antidepressivas, ansiolíticas, anticomerciais e neurolépticas. Fez aplicações de E.C.T. e insulinoterapia, sem obter melhora duradoura, pois não evitaram as recaídas.

Ao procurar a nossa Clínica, mostrava-se deprimida, e com os sintomas já descritos. Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Imipramina - 75 mgs ao dia, evoluindo com melhora sintomática. Recusou-se a iniciar tratamento psicoterápico.

Após 4 meses de tratamento, a paciente mudou-se para Brasília.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 38. F.R., 33 anos, casado, sexo masculino, natural de Piracicaba - S.P., residente em Leme - S.P., comerciante, início do atendimento em 09/07/81.

Doente há 4 anos e meio, quando começou a mostrar-se deprimido, desanimado e com "intensas dores no corpo todo". Apresentava também "zumbido nos ouvidos" e cefaléia fronto-temporal, latejante.

O quadro vem se intensificando desde então, a tal ponto de não conseguir mais trabalhar. Fez exames clínicos, radiográficos e laboratoriais, não se constatando qualquer anormalidade orgânica.

Ao nos procurar, mostrava-se muito apático, deprimido, e com as queixas somáticas referidas. Relata acentuação dos sinto

mas no período matutino e ao anoitecer. Não estabelece desencadeantes importantes para suas crises.

Já realizou tratamentos com antidepressivos e ansiolíticos, sem sucesso terapêutico.

Foi medicado por nós com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 50 mgs ao deitar, com boa evolução terapêutica, melhorando o quadro depressivo e ansioso, e desaparecendo as queixas somáticas.

Iniciou, concomitantemente com o tratamento psicofarmacológico, a psicoterapia, a qual não persistiu.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 39. R.A.B., 29 anos, casada, sexo feminino, natural de Estrela D'Oeste - S.P., residente em Campinas - SP, prendas domésticas, início do atendimento em 06/08/81.

Paciente relata sentir-se deprimida há 10 anos, caracterizando o seu quadro como: tristeza profunda, choro sem motivo, falta de ânimo, insônia e falta de apetite". Diz acordar cansada e apática. Apresenta sentimentos de inferioridade em relação às outras pessoas.

Desde esta data, tem feito muitos tratamentos com especialistas, tendo tomado medicação antidepressiva, feito aplicações de E.C.T., com relativa melhora, pois tem recrudescências de seu quadro clínico.

Faz tratamento psicoterápico há 9 meses.

Ao nos procurar, apresentava os sintomas já referidos. Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar. As medicações tiveram que ser suspensas após 2 semanas de tratamento, pois a paciente engravidou, abandonando a terapia. Recomendamos vigilância no pré-natal, porém após 4 semanas, a paciente nos procurou-novamente, referindo ter sofrido o seu 4º aborto. O tratamento foi reiniciado, porém com outra colega.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 40. S.R.A., 37 anos, amasiada, sexo feminino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 29/10/80.

Doente há mais de 10 anos.

Relata que desde seus 27 anos vem se mostrando deprimida, com idéias de auto-eliminação, insônia e irritabilidade fácil.

Há acentuação de seus sintomas depressivos no período matutino, e muitas vezes não consegue sequer cuidar de sua higiene pessoal.

Diz chorar muito, e por qualquer motivo agride verbalmente, ou fisicamente, o marido e os filhos.

Realizou inúmeros tratamentos psiquiátricos, com medicações antidepressivas, ansiolíticas, neurolépticas, e fez aplicações de E.C.T. e insulino-terapia, sem grandes resultados.

Ao nos procurar, mostrava-se com os sintomas descritos. Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar. Iniciou, concomitantemente, tratamento psicoterápico.

Vem evoluindo bem, comparativamente a tratamentos anteriores. Após 5 meses de tratamento com lítio, foi necessário suspender o medicamento, devido aparecimento de lesões dermatológicas, não necessariamente imputáveis ao lítio. Para maior segurança da paciente, resolvemos fazer tratamento descontinuado e de curta-duração.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva - tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 41. N.O.S., 22 anos, solteiro, sexo masculino, natural de Santos - S.P., residente em Campinas - S.P., funcionário público, início do atendimento em 20/02/81.

Doente há 5 anos.

Apresenta períodos de depressão, em que sente muita tristeza, apatia, insônia e inapetência. Seus sintomas pioram pela manhã, e aparecem sem motivos importantes, detectados pelo paciente.

Suas crises duram de 2 a 5 meses, porém nestes 2 últimos anos, têm se prolongado mais (6 a 9 meses).

Fez tratamentos com antidepressivos, obtendo melhora enquanto os toma, corretamente. Após a suspensão destes, o quadro recrudescer ou recai.

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, apresentava-se deprimido e apático. Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Imipramina - 75 mgs ao dia. Vem evoluindo bem. Recusou-se a fazer tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo - 296.1 (CID-9).

Caso 42. L.F.R.D., 60 anos, viúva, sexo feminino, natural de Angerita - M.G., residente em Campinas, prendas domésticas, início do atendimento em 29/09/81.

Doente há 3 anos e meio.

Vem apresentando períodos em que fica muito agitada, eufórica e falante, e outros em que se mostra triste, isolada dos familiares e amigos, insone, e inapetente. Entre estas, apresenta fases de aparente normalidade, mesmo sem estar ingerindo medicações psiquiátricas.

Ao nos procurar, estava tendo o seu 5º episódio de doença (2 depressivos e 3 maníacos). Mostrava-se muito eufórica, verborréica, inquieta e irritadiça, quando contrariada.

Segundo informes da filha da paciente, a mesma vem se mostrando muito hiperativa e com "sentimentos altruístas", distribuindo tudo o que tem em casa: roupas, mantimentos, dinheiro. Não dorme e não se alimenta. Nega estar doente, achando-se "em ótimo estado".

Foi medicada por nós, com Carbolitium - 900 mgs ao dia, Haloperidol - 3 mgs ao dia e Levomepromazina - 25 mgs ao deitar.

Com o decorrer da evolução clínica, foi necessário elevar a dose do Haloperidol para 10 mgs ao dia. A paciente vem evoluindo bem até o momento.

Não quis submeter-se a tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Psicose maniaco-depressiva circular, fase maníaca - 296.2 (CID-9).

Caso 43. M.C.S., 64 anos, casado, sexo masculino, natural de Quipapã - P.E., residente em Campinas - S.P., lavrador, início do atendimento em 21/07/80.

Desde os 20 anos de idade, o paciente passa por períodos em que fica muito alegre, falante e inquieto, e em outros em que se mostra deprimido e apático. Em determinadas fases, passa assintomático.

Já teve inúmeras internações psiquiátricas (no mínimo 5).

A informante não sabe referir o número exato de crises apresentadas pelo paciente, porém "acha que foram mais de 15". (SIC).

No momento em que nos procurou, já fazia tratamento no ambulatório de psiquiatria da Unicamp, e portanto, encontrava-se em fase de remissão sintomática, após ter passado por um período de mania, há 1 mês. Estava sendo medicado com Haloperidol - 3 mgs ao dia e Biperideno - 2 mgs ao dia.

Foi medicado por nós com Carbolitium - 600 mgs ao dia, e retiramos progressivamente as demais drogas.

Ao passar a tomar o lítio de forma irregular, recaiu

após 1 ano de tratamento, em nova fase maníaca, tendo sido internado por familiares. Após alta hospitalar, continuou sendo medicado com lítio, com boa evolução.

Não foi encaminhado para tratamento psicoterápico por não ter condições para seguimento, alegando "falta de dinheiro para comparecer a tantos retornos".

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase maníaca (baseado no último episódio, ao nos procurar) - 296.2 (CID-9).

Caso 44. L.N.C., 41 anos, desquitado, sexo masculino, natural de São Paulo - Capital, residente em Campinas - S.P., funcionário público, início do atendimento em 13/10/80.

Relata ser "doente dos nervos" desde a infância, após o pai abandonar o lar — "já era uma criança quieta, retraída, desanimada". Foi criado em casa de parentes, sem a mãe.

Aos 17 anos começou a utilizar drogas: maconha e psicoestimulantes. Em decorrência da droga-adição, foi internado pela primeira vez em hospital psiquiátrico, em 1958.

Aos 21 anos começou apresentar períodos de euforia, em que manifestava idéias de grandeza e colecionismo. Gastava o dinheiro que tinha e o que não tinha, fazendo dívidas. Não dormia e não se alimentava. Apresentava verborria e atitudes bizarras, nos gestos, vestimentas e adornos.

Relata também períodos em que fica deprimido, apático, insone e inapetente. Nestas fases tende a se isolar dos familiares.

res, e a não conversar com ninguém.

Há períodos de remissão sintomática.

Sua última crise de agitação, começou há 18 dias antes da primeira consulta em nossa Clínica. Apresentava as mesmas características das fases de euforia, já descritas.

Ao nos procurar, mostrava-se inquieto, agitado e verborêico. Foi medicado com Haloperidol - (5 mgs) - 2 ampolas ao dia e Carbolitium - 900 mgs ao dia, além de Levomepromazina - 100 mgs ao deitar.

Apresentou melhora clínica após 9 dias de tratamento. Foi reduzida a dose de neuroléptico, até retirá-lo. Após 12 meses de tratamento, o paciente não apresentou recaídas.

Recusou-se a fazer tratamento psicoterápico, alegando "já ter feito e não ter resolvido".

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase maníaca - 296.2 (CID-9).

Caso 45. J.C.C.L., 37 anos, desquitado, sexo masculino, natural de Fortaleza - Ceará, residente em Campinas - S.P., profissão liberal, início do atendimento em 06/11/80.

Apresenta distúrbios mentais desde 1967, quando ao fazer uma excursão pela Europa, com colegas de classe da faculdade, começou a apresentar uma crise de agitação psicomotora intensa, em que corria, gritava, ria e chorava sem motivos aparentes; atravessava as ruas das grandes cidades, ignorando qualquer risco, falava muito e fazia gastos desnecessários. Foi internado, por

alguns dias numa Clínica local, e depois encaminhado, sedado, para tratamento no Brasil.

Em 1971, 1972, 1974, 1977 e 1980 teve novas crises de agitação, semelhantes à descrita.

Teve poucas crises depressivas, sendo a mais séria em 1976, quando sob depressão profunda, jogou-se do 4º andar do edifício em que morava, fraturando várias vértebras, a tíbia e o tornozelo.

Apresenta períodos em que se sente muito bem, sem qualquer sintoma, e é nesta fase que nos procurou. Foi medicado com Carbolitium 900 mgs ao dia e Benzodiazepínico ao deitar - 6 mgs de Bromazepan), pois embora se achasse bem, mostrava-se ansioso.

Evoluiu bem, embora tenha apresentado diarréia liquefeita, 5 a 7 vezes ao dia, durante semanas, o que nos obrigou a interromper o tratamento várias vezes, e reintroduzir o lítio em doses menores. Abandonou a terapia psicofarmacológica, 8 meses após seu início.

Negou-se terminantemente a fazer tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase maníaca (baseando-se em sua última crise) - 296.2 (CID-9).

Caso 46. P.O.R., 49 anos, casado, sexo masculino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas - S.P., funcionário público aposentado, início do atendimento em 23/03/81.

Doente há 30 anos.

Em sua primeira crise, estava servindo o exército, e começou a sentir-se desanimado, apático, e sem vontade de se alimentar. Mostrava-se deprimido e prostrado, e em consequência a isto, foi internado em um hospital psiquiátrico, onde permaneceu 2 meses.

Após esta internação, passou 7 anos bem, quando, após nascimento da primeira filha, começou a ficar inquieto, andando de um lado para outro da casa, e gastando muito dinheiro desnecessariamente. Não dormia e não se alimentava. Falava muito, e apresentava atitudes diferentes do seu habitual: colocava botas de couro, e com uma espingarda dava tiros no quintal de sua casa. Foi internado por mais de 2 meses, em hospital especializado para doenças mentais.

De lá para cá, teve inúmeras recaídas (mais de nove), com características eufóricas ou depressivas.

Sua última crise depressiva ocorreu em março de 1980, após a morte do irmão.

Em janeiro de 1981, entrou em um período de agitação psicomotora e euforia, tendo sido internado por 2 meses. Ao obter alta hospitalar, foi encaminhado à nossa Clínica.

Foi medicado por nós com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Nitrazepan (5 mgs) ao deitar. Está em tratamento há 7 meses, e vem evoluindo bem.

Não quis submeter-se à psicoterapia, alegando "não acreditar que este tratamento pudesse ajudá-lo".

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase maníaca (baseado em sua última recaída) - 296.2 (CID-9).

Caso 47. G.A., 57 anos, viúvo, sexo masculino, natural de Minas Gerais, residente em Minas Gerais, funcionário público aposentado, início do atendimento em 09/06/80.

Paciente há 8 anos apresenta períodos em que fica muito agitado, eufórico e verborréico. Nestas crises dá cheques sem fundo, vende suas propriedades por quantias irrisórias, e gasta o dinheiro em coisas desnecessárias ou, distribui para obras de caridade. Não dorme e não se alimenta adequadamente.

Apresenta também fases de intensa depressão, em que chora muito, manifesta isolamento social e sentimentos de culpa e de auto-recriminação. Pensa em suicídio, ou em auto-mutilação. Estas fases costumam ser mais freqüentes e mais duradouras que a euforia, e segundo o paciente, "representam um verdadeiro inferno".

Já fez inúmeros tratamentos psiquiátricos com medicações antidepressivas ou neurolépticas, e com aplicações de E.C.T. e insulino-terapia. Melhora, mas tem apresentado constantes recaídas com estes tratamentos.

Ao nos procurar, encontrava-se agitado, eufórico e muito falante. Não se achava doente, e veio mais em decorrência da insistência dos filhos.

Foi medicado por nós com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Haloperidol - 5 mgs ao dia. Apresentou parcial remissão dos sintomas produtivos, e após 6 meses de tratamento, não compareceu

mais aos retornos.

Recusou-se a iniciar tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase maníaca - 296.2 (CID-9).

Caso 48. S.M.C., 30 anos, solteiro, sexo masculino, natural de Avaré - S.P., residente em Campinas - S.P., funcionário público, início do atendimento em 14/08/80.

Apresenta distúrbios mentais há mais de 10 anos, quando teve sua primeira internação psiquiátrica. Na época, apresentava-se muito agitado, eufórico, hiperativo e agressivo. Ficou 15 dias hospitalizado, e ao voltar para casa começou a se sentir deprimido, choroso e com vontade de se isolar de tudo e de todos. Fez tratamento com medicações antidepressivas e E.C.T., melhorando.

Passou vários anos assintomático, porém em junho de 1980 teve nova crise de agitação psicomotora, com as mesmas características da primeira, tendo sido novamente internado em hospital psiquiátrico, onde permaneceu 1 mês e meio. Iniciou tratamento com lítio, nesta hospitalização, e ao obter alta, foi encaminhado aos nossos cuidados clínicos.

Em nosso serviço o paciente foi medicado com 900 mgs de Carbolitium, ao dia. Iniciou tratamento psicoterápico, concomitantemente com início do tratamento psicofarmacológico em nossa Clínica. Vem evoluindo satisfatoriamente. Abandonou tratamento psicoterápico após 1 ano.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase maníaca (baseado em sua última recaída) - 296.2 (CID-9).

Caso 49. A.R.O., 25 anos, solteiro, sexo masculino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas - S.P., vendedor, início do atendimento em 02/06/80.

Paciente apresenta distúrbios mentais desde os 17 anos de idade, quando, segundo suas palavras: "pirei"!... Caracteriza esta primeira crise, como intensa agitação psico-motora, euforia, crença em que podia realizar qualquer coisa em que pensasse. Diz que falava muito, ria sem motivo, e não dormia, pois "a cabeça trabalhava a mil". Tinha uma incrível sensação de bem-estar, e uma alegria contagiante. Nesta época foi internado durante 2 meses, em hospital psiquiátrico.

Depois desta internação, passou certo tempo muito bem, mas repentinamente teve uma crise de depressão profunda, em que tinha vontade apenas de ficar isolado e de chorar: "perdi a criatividade, não dormia e não me alimentava", e "somente pensava em suicídio". Isto ocorreu aos 21 anos de idade.

Em 1977 teve nova internação psiquiátrica, devido nova crise de euforia e "piração".

Relata ter tido, após esta crise, inúmeros períodos depressivos, porém "acha que a família só se preocupa com ele e o interna, quando fica agitado, pois incomoda todo mundo".

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se muito inquieto, falante, rindo o tempo todo da entrevista. Queixava-se de insônia, e não se alimentava há vários dias. Foi

medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Penfluridol - 40 mgs por semana. Após 1 mês de tratamento, devido remissão do quadro produtivo, o paciente passou a tomar apenas o lítio.

Doze meses após, devido irregularidades em tomar a medicação prescrita, o paciente apresentou a primeira recaída, com sintomas de quadro maníaco. Retomamos a conduta de administrar Penfluridol e Carbolitium, e o quadro remitiu. Devido aos mesmos motivos citados, no décimo sexto mês de tratamento, teve nova recaída.

O paciente faz psicoterapia há mais de 2 anos.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase maníaca - 296.2 (CID-9).

Caso 50. J.B.G., 50 anos, casado, sexo masculino, natural de Minas Gerais, residente em Vinhedo - S.P., profissão liberal, início do atendimento em 20/03/80.

Paciente está "doente dos nervos" desde 1973, após o falecimento do pai, quando entrou numa fase de tristeza intensa, em que não tinha ânimo sequer para cuidar da higiene física. Nesta fase não dormia e não se alimentava - "só pensava em morrer".

Ficou nesta crise depressiva por mais de um ano quando, subitamente, entrou numa fase de alegria intensa e de excitação psicomotora: "a coisa virou, e eu de repente queria participar de tudo, comprar coisas, fazer longas viagens". Esta fase durou cerca de 2 a 3 meses. Passou 15 dias internado, onde recebeu várias aplicações de E.C.T., saindo melhor do hospital psiquiátri-

co.

De setembro de 1979 até março de 1980, teve nova crise de alegria, tendo feito tratamento ambulatorial, com medicamentos que o paciente não sabe os nomes. Passou alguns dias muito bem (assintomático), porém em meados de março de 1980, voltou a se sentir triste, "esvaziado", com a sensação de que nada vale à pena. Apresentava sentimentos de culpa e de auto-recriminação. Não dormia e não se alimentava bem, há mais de uma semana.

Ao nos procurar, encontrava-se intensamente deprimido e com idéias de suicídio. Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Imipramina - 175 mgs ao dia. Paciente no início do tratamento não tomava os medicamentos, pois "não acreditava que pudesse melhorar", com estes e com a psicoterapia. Foi internado em hospital clínico, onde recebeu alimentação parenteral, e os medicamentos foram dados com regularidade. Após 2 semanas, os sintomas depressivos foram regredindo, e após 1 mês de tratamento o paciente recebia como conduta a psicoterapia e Carbolitium, na dose de 1200 mgs ao dia. Abandonou tratamento psicoterápico, após 5 meses. Vem evoluindo muito bem, sem recaídas.

Diagnóstico = Psicose maniaco-depressiva circular, fase depressiva - 296.3 (CID-9).

Caso 51. S.D.F.L., 37 anos, desquitada, sexo feminino, natural de Campo Grande - M.T., residente em Campinas - S.P., prendas do místicas, início do atendimento em 14/03/80.

Paciente encontra-se doente há 10 anos, quando teve a primeira crise de excitação psicomotora: "nesta época eu pirei, e minha cabeça começou a acelerar. Eu falava muito, não dormia e não me alimentava. Queria passar a noite e o dia pintando e costurando". Foi internada em hospital psiquiátrico por 2 meses, sendo tratada com várias aplicações de E.C.T.

Teve, desde então, inúmeras crises semelhantes à descrita, acompanhada de várias internações em hospitais especializados em doença mental.

Há períodos em que passa bem (assintomática), e em outros sente-se deprimida, apática, e com sensação de vazio interior: "sinto fossas terríveis, choro por tudo, e só penso em acabar com minha vida". Já tentou suicídio por duas vezes, ingerindo comprimidos e cortando os pulsos.

No momento da primeira consulta à nossa Clínica, dizia "estar completamente sem emoções" e "sem sentido de vida". Mostrava-se muito deprimida, chorando muito, e com idéias de auto-eliminação. Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia (e que posteriormente foi aumentado para 1.200 mgs diários), e Amitriptilina - 150 mgs ao deitar. Apresentou remissão dos sintomas depressivos, mas 7 meses após início da terapia, teve uma recaída com sintomas semelhantes ao que motivou sua consulta ao nosso serviço, porém com melhora rápida, após a reintrodução do antidepressivo.

Faz psicoterapia há 5 anos.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva - 296.3 (CID-9).

Caso 52. H.B., 53 anos, solteira, sexo feminino, natural de Amparo - S.P., residente em Campinas - S.P., professora aposentada, início do atendimento em 16/05/80.

Após o fim do noivado, há 25 anos atrás, a paciente começou apresentar distúrbios mentais: mostrava-se agitada, verboréica, eufórica e com gestos altruístas, de distribuir todos os seus pertences. Não dormia e não se alimentava bem. Foi internada em hospital psiquiátrico, tendo sido submetida à insulinoterapia e aplicações de E.C.T.

Seguiram-se inúmeras crises semelhantes à descrita, com várias internações.

Passou 4 anos completamente assintomática na década de 60. Relata também inúmeros episódios depressivos, similares ao que motivou a primeira consulta à nossa Clínica: "sinto desintereresse por tudo, e não tenho vontade de cuidar de mim". "Passo a não dormir e a não me alimentar". Choro muito, e só penso em bater com as 10".

Conta que suas crises depressivas vêm sempre após as fases de exaltação psicomotora, e que elas costumam mais a passar que a euforia, porém ressalta que a família só a interna nas agitações.

Vem sendo tratada com Carbolitium há 7 anos, época em que iniciou tratamento psicoterápico em Campinas.

Última recaída ocorreu há 3 meses atrás, com caracterís-

ticas maníacas (fevereiro de 1980), tendo sido reinternada.

Foi medicada em nossa Clínica com Amitriptilina - 50 mgs ao deitar, e Carbolitium - 900 mgs ao dia. Sua melhora não vem sendo significativa, não apresentando remissão completa dos sintomas depressivos. Subitamente, entrou em quadro maníaco, em agosto de 1981. Foi internada pelos familiares. Ao obter alta hospitalar, apresentava sinais de neurotoxicidade, pelo uso de lítio e de neurolépticos, provavelmente em doses bastante elevadas, durante a hospitalização.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva - 296.3 (CID-9).

Caso 53. E.W.Y., 26 anos, casada, sexo feminino, natural do Chile, residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 21/08/80.

Paciente apresenta distúrbios mentais desde 1978, de acordo com encaminhamento feito pelo chefe do Hospital Psiquiátrico de Valdivia - Chile, quando apresentou uma intensa agitação psicomotora, com euforia, insônia e inapetência. Foi submetida neste hospital, há várias aplicações de E.C.T. Evoluiu com boa resposta terapêutica, segundo informes do colega, porém devido alta precoce, pedida pela família, 3 semanas após, a mesma apresentou nova recaída, com quadro semelhante ao descrito. Foi novamente internada, e recebeu mais 12 aplicações de E.C.T., e iniciou tratamento com lítio e largactil (Clorpromazina).

Em agosto de 1980, a paciente procurou nossa clínica, em

estado de profunda depressão, desânimo e idéias suicidas. Contava ter tido uma crise similar a esta, em Janeiro de 1979, após o nascimento de seu segundo filho. Não consegue se recordar de suas crises de agitação.

Foi tratada em nosso serviço, com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, tendo evoluído com remissão dos sintomas depressivos. Continuou tratamento conosco até fevereiro de 1981, quando se mudou para Brasília - D.F., onde continua a terapia.

Concomitantemente ao tratamento psicofarmacológico, iniciou a psicoterapia em nossa clínica.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva - 296.3 (CID-9).

Caso 54. F.M.S.C., 27 anos, casada, sexo feminino, natural de Pirajuí - S.P., residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 30/06/80.

Doente desde os 17 anos de idade, quando começou a apresentar um "esgotamento": "fiquei triste demais e não tinha disposição para nada". "Não dormia e não me alimentava adequadamente". Em decorrência a estes sintomas, e à perda de peso, foi internada em um hospital psiquiátrico.

Em 1975 teve uma nova crise, após o nascimento de seu primeiro filho: "fiquei alvoroçada, alegre demais e muito falante. Saía gritando e cantando pelas ruas, envolvendo-me com pessoas as quais nem conhecia. Não dormia e não me alimentava". Te-

ve nova internação psiquiátrica, por 12 dias, sendo posteriormente transferida para outro hospital, onde ficou mais 20 dias.

Em fevereiro de 1980 teve nova crise de euforia e exaltação psicomotora, tendo sido hospitalizada por 2 meses.

Ao nos procurar, mostrava-se deprimida, apática e chorosa. Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia, não tendo sido prescrito qualquer antidepressivo, pois a paciente dizia estar melhor, em relação ao que vinha sentindo há 1 mês atrás. Ela evoluiu muito bem, e após 15 meses de tratamento, não teve recaídas.

Recusou-se a iniciar tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva - 296.3 (CID-9).

Caso 55. M.L.S.C., 32 anos, solteira, sexo feminino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas, funcionária pública, início do atendimento em 02/09/80.

A primeira crise da paciente ocorreu há 2 anos atrás, com sintomas depressivos, em que chorava muito, se auto-recriminava, e apresentava insônia e inapetência.

A fase depressiva durou alguns dias, quando subitamente a paciente entrou num estado de euforia, rindo muito, mostrando-se hiperativa, inquieta e insone. Foi internada em um hospital psiquiátrico, por 10 dias.

Desde o início de sua doença, vem sendo submetida a tratamentos psicofarmacológicos e psicoterápico.

Em setembro de 1980 teve nova recaída, que motivou a consulta em nossa clínica: mostrava-se muito deprimida, chorando facilmente, e com intensos sentimentos de menos valia. Não vinha dormindo bem, e não estava se alimentando.

Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitrip-tilina - 75 mgs ao deitar. Evoluiu bem dos sintomas produtivos, porém devido apresentar muitas náuseas com o lítio, foi necessá-rio reduzir a dose do medicamento, para 300 mgs ao dia. Com is-to, a paciente apresentou uma recaída após 6 meses de tratamento, com características de um quadro maníaco.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva - 296.3 (CID-9).

Caso 56. M.S.M., 42 anos, viúva, sexo feminino, natural de Cam-pinas - S.P., residente em Campinas - S.P., afastada do trabalho pelo INAMPS, início do atendimento em 19/02/81.

Paciente vem "doente dos nervos" há 2 anos e meio, quan-do apresentou sua primeira crise de depressão: "sentia uma tris-teza profunda, uma apatia, e uma vontade de me isolar do mundo". "Não tinha sono e nem apetite". Esta fase durou cerca de 3 me-ses, após a qual, passou um curto período de tempo muito bem (as-sintomática)", tomando KH₃ ("células de rejuvenescimento"-SIC).

Repentinamente começou a ficar agitada, inquieta e muito falante. Dizia ter ganho uma grande herança, e ser dona de uma fortuna imensa. Ria muito, e começou a fazer gastos desnecessá-rios. Não dormia e não se alimentava. Esta crise culminou com

uma internação por 21 dias, em um hospital psiquiátrico. Neste hospital, foi-lhe prescrito o lítio, o qual não persistiu tomando, quando teve alta.

Em novembro de 1980 teve nova recaída, com sintomas de exaltação psicomotora e euforia, conforme já descritos. Teve no va internação, em hospital especializado, por 35 dias.

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, mostrava-se muito deprimida, emagrecida e com sentimentos de menos valia. Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar. Foi encaminhada à psicoterapia.

Vem evoluindo bem, e até o momento não apresentou recaídas.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva - 296.3 (CID-9).

Caso 57. I.S.R., 27 anos, solteira, sexo feminino, natural de Passagem do Velame - B.A., residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 14/03/80.

Apresenta distúrbios psíquicos há quase 10 anos, tendo inúmeras internações psiquiátricas por crises de agitação psicomotora, em que grita, corre, ri muito e sem motivo aparente. Apresenta durante estes períodos, uma intensa exacerbação da libido, e se torna muito agressiva quando contrariada. Manifesta atos altruístas de distribuir suas roupas e objetos de sua casa aos vizinhos e amigos. Fala muito, não dorme bem e nem se alimenta adequadamente.

Apresenta também períodos em que se sente deprimida, desanimada e com idéias suicidas. Nestas fases de tristeza, em geral, se autorecrimina das coisas que fez nas fases de exaltação.

No momento da primeira consulta em nossa Clínica, tinha recém-saído de uma hospitalização psiquiátrica. Mostrava-se intensamente deprimida, e com os sintomas já descritos no parágrafo anterior. Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs ao deitar.

Faz tratamento psicoterápico há quase 2 anos.

Vem evoluindo muito bem, até o momento.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva - 296.3 (CID-9).

Caso 58. H.P.F.V., 48 anos, casado, sexo masculino, natural de Campo Grande - M.T., residente em Campinas - S.P., funcionário público, início do atendimento em 05/05/81.

Conta que há 10 anos começou a sentir-se amedrontado com tudo, e a se julgar incapaz para a vida: "sentia-me deprimido, com medo de tudo e de todos, e sem disposição para realizar qualquer atividade". "Comecei então a ficar cada vez mais triste e desanimado". Este período durou cerca de 8 meses", e curou-se espontaneamente.

Passou cerca de 2 anos muito bem, sem qualquer sintoma, porém em 1976 apresentou uma crise de exaltação psicomotora, euforia e hiperatividade. Não conseguia dormir e nem se alimentar, pois não tinha paciência para ficar quieto em um mesmo lugar. Pas

sava as noites fazendo ginástica. Foi internado durante 30 dias, em uma clínica psiquiátrica.

Inúmeros episódios de depressão e de euforia se seguiram nestes últimos 3 anos.

Ao nos procurar, mostrava-se deprimido, desanimado, e com queixas de insônia e inapetência. Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia e Imipramina - 75 mgs ao dia. Vem evoluindo bem.

Recusou-se a iniciar tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva - 296.3 (CID-9).

Caso 59. E.N.O., 66 anos, viúvo, sexo masculino, natural de Petrolina - P.E., residente em Campinas - S.P., funcionário público, início do atendimento em 27/02/81.

Paciente vem doente há mais de 15 anos, quando apresentou um período de depressão profunda, em que chorava muito, não se alimentava e não dormia. Iniciou, desde então, tratamento com psiquiatras, tendo sido prescrito antidepressivos, e aplicações de E.C.T.

A partir desta crise, tem apresentado fases em que fica exaltado, alegre demais e muito falante. Por este motivo, já teve 4 internações psiquiátricas.

Ao nos procurar, mostrava-se deprimido, e com queixas de insônia e inapetência. Foi prescrito Carbolitium - 600 mgs ao dia e Amitriptilina - 50 mgs ao deitar. Foi encaminhado para psi

coterapia, porém não persistiu neste tratamento.

Compareceu apenas a um retorno para seguimento psicofarmacológico, sendo desconhecida a sua evolução.

Diagnóstico = Psicose maniaco-depressiva circular, fase depressiva - 296.3 (CID-9).

Caso 60. T.C., 64 anos, casado, sexo masculino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas, aposentado, início do atendimento em 17/02/81.

Paciente apresenta traços obsessivos desde a sua juventude: era metódico, organizado, não admitindo que ninguém chegasse fora do horário em sua empresa. Tinha uma preocupação constante com dinheiro, sendo muito difícil dispor de qualquer coisa material.

Há 8 anos vem apresentando-se muito deprimido e ansioso. Apresenta atos obsessivo-compulsivos de fechar várias vezes as portas e as janelas de sua casa. Tem "manias" de limpeza. Manifesta idéias fixas de ruína e prejuízos, conferindo todos os negócios firmados pelos filhos. Não dorme e não se alimenta bem.

Já fez inúmeros tratamentos psiquiátricos com antidepressivos, neurolépticos, ansiolíticos, sem obter melhora clínica satisfatória. Não aceita tratamento psicoterápico, pois "acha que falando, não vai resolver os seus problemas".

Foi medicado em nossa clínica com Carbolitium 450 mgs ao dia e Amitriptilina - 75 mgs diários. Apresentou tremores acentuados com o lítio, mesmo após redução da dose para 300 mgs ao

dia, não sendo possível continuar o tratamento, após a segunda semana de ingestão. Seguimos com outros tratamentos alternativos, sem observarmos melhora significativa do quadro clínico. Retornamos à litioterapia, com doses baixas (150 mgs ao dia), com observação de pequena melhora em relação aos outros tratamentos tentados. Este retorno foi por insistência do próprio paciente.

Diagnóstico = Neurose Obsessiva-compulsiva - 300.3 (CID-9). Não descartamos possibilidade de se tratar também de um quadro de "Melancolia Involutiva" (296.1 - CID-9).

Caso 61. M.A.B., 48 anos, solteira, sexo feminino, natural de Leme - S.P., residente em Leme, professora, início do atendimento em 24/09/81.

Paciente apresenta distúrbios psíquicos há mais de 20 anos.

Conta que desde a infância tinha "manias" de se masturbar, e que se sentia muito culpada, pois "a mãe a repreendia e dizia ser pecado".

Na adolescência, um simples beijo do namorado, era suficiente para trazer "idéias de punição do diabo".

Relata "manias de bater várias vezes na madeira, quando tem qualquer pensamento envolvendo sexo, ou quando pensa em demônio".

Lava continuamente as mãos, achando-se suja e com pecados.

Fez inúmeros tratamentos psiquiátricos, sem sucesso.

No momento da primeira consulta em nossa clínica, mostrava-se deprimida e ansiosa, e "pedia ajuda no sentido de libertar-se, por ter vendido a alma para o diabo". Foi medicada com Carbolitium - 900 mgs ao dia e com neuroléptico - 3 mgs diários. Obteve melhora, comparativamente a tratamentos anteriores.

Iniciou tratamento psicoterápico, ao qual não persistiu.

Diagnóstico = Neurose Obsessiva-compulsiva - 300.3 (CID-9).

Caso 62. N.I., 50 anos, casado, sexo masculino, natural de Rio das Pedras - S.P., residente em Santa Bárbara D'Oeste - S.P., comerciante, início do atendimento em 29/06/81.

Desde a infância relata sentir medo de tudo: de andar sozinho, do escuro, de ficar em locais fechados.

O quadro vem progredindo, a tal ponto de há 10 anos não conseguir andar nas ruas desacompanhado, pois "acha que pode sentir-se mal, e que se isto ocorrer, pode morrer sozinho". Tem medo de andar em elevadores, e medo de morrer subitamente do coração.

Vive angustiado e intensamente deprimido. Não dorme bem e encontra-se hipertenso.

Ingere etílicos, tentando amenizar seus sintomas fóbicos e ansiosos, diariamente, há vários anos.

Já fez vários tratamentos psiquiátricos com neurolépticos, antidepressivos e ansiolíticos, sem sucesso terapêutico.

Foi medicado em nossa Clínica com Carbolitium - 750 mgs ao dia e Bromazepan - 3 mgs ao deitar. Concomitantemente ini-

ciou tratamento psicoterápico, ao qual abandonou no 3º retorno.

Vem evoluindo bem, sendo que após 3 meses de tratamento comparece sozinho aos retornos. Não está ingerindo mais bebida alcoólica desde a terceira semana de terapia.

Diagnóstico = Neurose fóbica - 300.2 (CID-9).

Caso 63. N.D.L., 42 anos, casada, sexo feminino, natural de Mogi-Mirim, residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 27/08/81.

Paciente relata que há 8 anos sente-se deprimida e ansiosa.

Apresenta desde então uma "tremedeira interna", o que "torna a sua vida insuportável". Diz achar que "sofre de câncer", e que qualquer coisa que sinta é motivo para se desesperar e pensar em morte próxima.

Queixa-se de "vertigens" e de "mal-estar geral". Acha que apresenta hipotensão ou hipertensão", e que estes problemas vêm acompanhados de opressão no peito, o que pode levá-la a um "infarte do miocárdio".

Já fez inúmeros tratamentos psiquiátricos e psicoterápicos, porém acha que ninguém pode fazer nada por ela, pois o seu caso é de muita gravidade.

Tomou medicamentos ansiolíticos, antidepressivos e neurolépticos, sem qualquer resultado, mesmo porque não é persistente às terapias.

Foi medicada em nossa Clínica com Carbolitium - 900 mgs

ao dia e Bromazepan - 3 mgs ao deitar. Não compareceu a nenhum retorno marcado, tendo se desculpado por telefone que não continuou a tomar os remédios, pois teve "problemas no estômago" (SIC). Não persistiu também em psicoterapia.

Diagnóstico = Hipocondria - 300.7 (CID-9) + Neurose - Depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 64. M.F., 40 anos, casado, sexo masculino, natural de Caruaru - P.E., residente em Campinas - S.P., sociólogo, início do atendimento em 23/06/80.

Paciente relata estar deprimido há 3 anos, relacionando como desencadeantes desta depressão, problemas em seu trabalho, e envolvimento político no passado, o que culminou com sua prisão.

Diz ter procurado resolver os seus problemas, através da ingestão de bebidas alcoólicas, e que atualmente (junho/80), chega a beber cerca de 1 litro de vinho, ou de pinga, por dia. Há relatos de estar ingerindo álcool caseiro.

Fez vários tratamentos psiquiátricos com medicações antidepressivas e ansiolíticas, sem resultados satisfatórios. Teve 2 internações pelo quadro depressivo e por ingestão de etílicos.

Ao procurar a nossa clínica para tratamento, mostrava-se disposto a parar de beber e a se tratar de seu problema depressivo". Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia, após processo de desintoxicação. Já vinha se submetendo a tratamento psicoterápico há 5 meses, antes de nos procurar.

Evoluiu bem até o 8º mês de terapia, quando teve a primeira recaída, deixando de tomar o lítio e voltando a se embriagar. Conseguimos tratá-lo em nível ambulatorial mas, 3 meses após, voltou a recair, depois de ter ficado 2 semanas sem medicamentos. Foi internado em hospital psiquiátrico por 2 semanas.

Há 2 meses retomou tratamento, em nossa Clínica, e não tem ingerido bebida alcoólica. Apresenta remissão dos sintomas depressivos.

Diagnóstico = Neurose depressiva + Síndrome de Dependência do álcool (300.4 + 303.0 - CID-9).

Caso 65. H.S.O., 23 anos, solteiro, sexo masculino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas - S.P., funcionário público, início do atendimento em 20/08/81.

Paciente relata que desde os 17 anos sente-se angustiado, deprimido por problemas surgidos em seu lar, decorrentes de desentendimentos entre os pais (SIC).

Em virtude destes sintomas, recebeu conselhos de amigos que, se "bebesse um tragos", sentir-se-ia mais disposto e comunicativo. Passou então a fazer uso diário de bebida alcoólica, e desde esta iniciação, vem bebendo cada vez mais.

Quando bebia pouco (SIC), dizia que se aliviava da angústia, porém com o aumento do consumo, passou a se sentir mais irritado, agressivo e deprimido.

Já teve 3 internações psiquiátricas por uso abusivo de etílicos, e por tentativas de auto-eliminação e agressões a pa-

rentes (pais e irmãos).

Fez inúmeros tratamentos psiquiátricos, em nível ambulatorial, com medicamentos que não sabe os nomes, porém não foi persistente em nenhum deles.

Foi medicado em nossa clínica, com Carbolitium - 900 mgs ao dia. Concomitantemente ao tratamento psicofarmacológico, foi encaminhado à psicoterapia, porém não foi assíduo, e não tomou as medicações com regularidade. Comparecia aos retornos embriagado. Abandonou a terapia, após 4 meses de seguimento irregular.

Diagnóstico = Neurose Depressiva - 300.4 (CID-9) + Síndrome de Dependência do Álcool - 303.0 (CID-9) + Transtorno de Personalidade - 301 (CID-9).

Caso 66. I.L.F.O., 21 anos, solteiro, sexo masculino, natural de Juiz de Fora - M.G., residente em Vinhedo - S.P., não trabalha e não estuda, início do atendimento em 20/02/81.

Paciente, segundo familiares, desde que se entende por gente, é susceptível à variações súbitas no humor: ora se mostra muito alegre, falante, e num mesmo dia encontra-se deprimido e de "cara amarrada".

Faz uso de maconha e cocaína, desde os 17 anos de idade, e as drogas o tornam mais agitado, inquieto e agressivo. Quando não as toma, mostra-se mais deprimido e isolado.

Tem várias prisões em decorrência do porte de psicotrópicos.

Fez vários tratamentos psiquiátricos, com medicações ansiolíticas e neurolépticas, sem sucesso terapêutico.

Foi medicado em nossa Clínica com Carbolitium - 900 mgs ao dia, e encaminhado para psicoterapia. Apresentou boa evolução nos primeiros 2 meses de tratamento, tendo após este período, retornado à casa dos pais em Minas Gerais. Lá não persistiu na conduta medicamentosa e psicoterápica, voltando a fazer uso de maconha, cocaína e anorexígenos.

Diagnóstico = Transtorno afetivo de personalidade - 301.1
+ Uso de Cannabis Sativa - 304.3 + Uso de cocaína - 304.2 (CID-9).

Caso 67. I.F., 51 anos, casado, sexo masculino, natural de Limeira - S.P., residente em São Carlos - S.P., industriário, início do atendimento em 20/04/81.

Paciente relata mudanças súbitas no humor, de características cíclicas: ora se mostra alegre, eufórico, sem motivos justificáveis, e em outros momentos se deprime, se angustia e tende a se isolar dos familiares e amigos. Define a sua vida como "uma mistura de coisas alegres e tristes, mas todas forjadas".

Não dorme bem, e muitas vezes precisa ingerir bebida alcoólica, para sentir sono.

Acha que seu temperamento, com mudanças súbitas em seu comportamento, está atrapalhando o seu desempenho no trabalho, e tem criado sérias desavenças conjugais, a tal ponto de culminar em uma separação próxima.

Fez inúmeros tratamentos psiquiátricos, com medicamentos

(que segundo suas palavras, "só serviam para dopá-lo") e psicoterapia, sem resultados satisfatórios. Foi medicado com Carbolitium - 900 mgs ao dia, e encaminhado à psicoterapia. Vem evoluindo com melhora sintomática.

Diagnóstico = Transtorno Afetivo de Personalidade - 301.1 (CID-9).

Caso 68. D.C.S., 49 anos, desquitada, sexo feminino, natural de Santa Bárbara D'Oeste, residente em Santa Bárbara D'Oeste, prendas domésticas, início do atendimento em 24/11/80.

Paciente conta mudanças súbitas no humor, mostrando-se ora triste, ora alegre, mesmo sem fatores desencadeantes nítidos.

Faz tratamento psiquiátrico desde os 15 anos de idade, e diz já ter tomado "todos os tipos de antidepressivos, neurolépticos e benzodiazepínicos presentes no comércio".

Queixa-se de uma "intensa dor genital", que levou os médicos de sua cidade a fazerem uma "clitoretomia", pois "achavam que a dor vinha deste órgão". Esta cirurgia redundou em fracasso, e no agravamento do quadro mental da paciente.

Mostra-se muito dependente da mãe, e bastante pueril em suas condutas.

Faz tratamento psicoterápico há mais de 1 ano, sem resultados satisfatórios.

Foi medicada por nós com Carbolitium - 900 mgs diários e Bromazepan - 6 mgs ao deitar, porém a paciente não foi constante

aos retornos, abandonando nas primeiras semanas o tratamento.

Diagnóstico = Transtorno Afetivo de Personalidade - 301.1
+ Neurose Histórica - 300.1 (CID-9).

Caso 69. D.J.T., 51 anos, casada, sexo feminino, natural de Souza - S.P., residente em Campinas - S.P., funcionária pública, início do atendimento em 05/08/80.

Paciente relata que desde os seus 13 anos apresenta-se oscilante em sua forma de ser: "por vezes passa dias alegres, muito produtivos e com intensa sociabilidade e, em outros, encontra-se triste, deprimida, e com a sensibilidade à flor da pele". Estas variações do humor são mais sensíveis e marcantes no período pré-menstrual e menstrual, aguçando os seus desejos sexuais e sentimentos de angústia. Apresenta nestes períodos, uma instabilidade emocional intensa, com severas cólicas abdominais e dor genital. Torna-se agressiva contra todos e contra ela mesma, apresentando, inclusive, idéias de suicídio e homicídio.

Fez inúmeros tratamentos psiquiátricos, sem resultados. Faz psicoterapia há 2 anos e meio.

Foi medicada por nós com Carbolitium - 900 mgs ao dia, mostrando melhora dos sintomas produtivos.

Diagnóstico = Transtorno Afetivo de Personalidade - 301.1
(CID-9).

Caso 70. E.C., 32 anos, casada, sexo feminino, natural de Campinas.- S.P., residente em Campinas, início do atendimento em 20/02/81.

Paciente relata que desde que se entende por gente apresenta oscilações em seu humor: "ora-está alegre, e ora triste, fechada, e sem vontade de conversar com ninguém - "parece que o mundo se torna odiável, e eu mais ainda".

Refere piora desta instabilidade no humor, principalmente da depressão, no período pré-menstrual, quando fica agressiva, impulsiva, tendo inclusive duas tentativas de suicídios nestas fases.

Mostra-se muito preocupada em ser ajudada, pois "não vê saídas para seus transtornos".

Fez vários tratamentos psiquiátricos, com medicamentos antidepressivos, ansiolíticos, sem grandes resultados terapêuticos.

Foi medicada em nossa Clínica com Carbolitium - 750 mgs ao dia, e foi encaminhada à psicoterapia. Vem evoluindo com melhora clínica.

Diagnóstico = Transtorno Afetivo de Personalidade - 301.1 (CID-9).

B. Pacientes não medicados com $Li_2(CO_3)$

Caso 1. A.L.F.J., 30 anos, casado, sexo masculino, natural de Bariri - S.P., residente em Campinas - S.P., economista, início do atendimento em 11/12/80.

O paciente relata, que após ganhar um prêmio na loteria, há 1 ano atrás, passou a sentir-se muito ansioso, trêmulo e com taquicardia, a tal ponto de levá-lo a consultar vários cardiologistas, que lhe receitaram "tranquilizantes".

Há uma semana, após saber da morte de um amigo, num acidente aéreo, tornou-se mais "nervoso": "a ansiedade aumentou, assim como os tremores e o suor frio".

Já fez tratamentos psiquiátricos com médicos homeopatas, que lhe receitaram "Passiflora". Sentiu-se melhor, porém não foi persistente aos tratamentos.

Conta que desde criança sempre foi "medroso" e que por qualquer motivo chorava e se assustava.

Foi medicado em nossa Clínica com Bromazepan - 3 mgs ao deitar, tendo sido encaminhado à psicoterapia. Mostrou melhora dos sintomas ansiosos, porém abandonou o tratamento psicofarmacológico após 3 semanas. Não persistiu também no tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Transtorno neurótico de ansiedade (ou reação ansiosa) - 300.0 (CID-9).

Caso 2. M.P.V., 52 anos, viúva, sexo feminino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas, funcionária pública, início do atendimento em 10/07/81.

Há 25 anos relata sentir-se ansiosa, inquieta e insatisfeita com tudo.

Atribui o início de sua doença a seu primeiro marido, que era alcoólatra, e muito violento. O fato de retornar de seu trabalho para casa, era motivo de opressão no peito, taquicardia e suor frio. Viveu este estado durante 13 anos.

Após o falecimento de seu esposo, passou a viver maritalmente com outro homem, também alcoólatra e que vive às suas custas, pois não trabalha e passa o dia todo num bar.

Já fez inúmeros tratamentos psiquiátricos, sentindo-se melhor com tranqüilizantes.

Foi medicada por nós com Bromazepan - 3 mgs ao deitar, e encaminhada à psicoterapia. Vem evoluindo bem, porém com resultados lentos.

Diagnóstico = Neurose ansiosa - 300.0 (CID-9).

Caso 3. I.F., 20 anos, solteira, sexo feminino, natural de Campinas, residente em Campinas, estudante, início do atendimento em 14/05/81.

Desde os 13 anos sente-se muito ansiosa, irritada e instável, em tudo o que tem por realizar. Relata piora há 1 ano, após saber que sua mãe apresenta problemas cardíacos.

Ao nos procurar, dizia que há 15 dias não conseguia dormir e nem se alimentar bem. Atribuía esta piora, às provas que tinha por realizar na faculdade. Queixava-se de cefaléia latejante e de obstipação intestinal. Dias antes consultou um médico clínico, que "lhe receitou 2 tipos de calmantes" (SIC).

Foi medicada por nós com Bromazepan - 3 mgs ao deitar, caso se sentisse muito ansiosa e insone. Foi encaminhada ao setor de adolescentes para psicoterapia.

Diagnóstico = Reação ansiosa - 300.0 (CID-9).

Caso 4. A.S.A., 18 anos, solteira, sexo feminino, natural de Rio Claro - S.P., residente em Campinas - S.P., estudante, início do atendimento em 21/05/81.

Paciente relata que sempre residiu com os pais, e que ao vir cursar a faculdade em Campinas, onde não conhece ninguém, começou a se sentir ansiosa e a ter sono agitado e com pesadelos.

Acha que a situação tende a piorar, pois não consegue se comunicar bem com seus colegas de classe, pois os acha imaturos.

Não está se alimentando bem.

Não recebeu qualquer medicamento em nossa Clínica, tendo sido encaminhada ao setor de Adolescentes, para seguimento ambulatorial.

Diagnóstico = Reação Ansiosa - 300.0 (CID-9).

Caso 5. M.G.B., 37 anos, casado, sexo masculino, natural de São Paulo - S.P., residente em Itatiba - S.P., engenheiro agrônomo, início do atendimento em 17/08/81.

Paciente queixa-se de intensa ansiedade, e "de viver em conflitos" há 15 anos. Não dorme bem, se irrita por qualquer motivo, fazendo uso esporádico de bebida alcoólica, "com o intuito de se aliviar".

"Vive discutindo com a esposa e com a mãe", pois ambas, segundo suas palavras, "são criaturas dominadoras e possessivas".

Não consegue se estabilizar em serviço algum, passando grande parte do tempo desempregado, após o término do curso universitário.

Nunca fez tratamento psiquiátrico.

Foi medicado com Bromazepan - 3mgs ao deitar, caso se sentisse muito ansioso, e encaminhado à psicoterapia. Vinha evoluindo bem, porém após 3 meses de tratamento, não mais compareceu aos retornos, de ambas as terapias.

Diagnóstico = Neurose ansiosa - 300.0 (CID-9) + Transtorno de Personalidade - 301 (CID-9).

Caso 6. H.O., 21 anos, solteiro, sexo masculino, natural de Campinas, residente em Campinas - S.P., funcionário público, início do atendimento em 31/07/80.

Paciente diz ser muito "nervoso" desde os 15 anos de idade: "sinto as pernas tremerem, o coração bate forte, e falta o ar, principalmente quando tenho que enfrentar situações novas". Apresenta sudorese nas mãos e inquietude, e relata insônia terminal (acordo precocemente) há 2 anos.

Faz uso de bebida alcoólica e de "Cannabis Sativa" desde os 18 anos, e relata sentir melhora com o uso destas drogas.

Já teve duas internações hospitalares, em Clínicas psiquiátricas, por insistência dos pais, porém "não se recuperou".

Foi medicado por nós com Diazepan (10 mgs) VO ao deitar e Complexo B - 1 drágea - VO - às refeições. Concomitantemente foi encaminhado à psicoterapia.

Não tomou as medicações corretamente, e não chegou a frequentar as seções de psicoterapia.

Diagnóstico = Neurose ansiosa - 300.0 (CID-9). + Transtorno de Personalidade - 301. (CID-9) + Síndrome de dependência do álcool - 303.0 (CID-9) + Uso de Cannabis Sativa - 304.3.

Caso 7. B.M.M., 20 anos, solteira, sexo feminino, natural de São Paulo - S.P., residente em Campinas - S.P., estudante, início do atendimento em 20/11/80.

Paciente relata ansiedade e insônia há 1 ano, com piora há 5 meses, ao vir residir em Campinas para poder acompanhar melhor a faculdade.

Acha que tem dificuldades em se relacionar e em se adaptar à situações novas, pois estabelece como início de suas manifestações ansiógenas, uma viagem que fez à França, no ano passado: "sentia-me deslocada lá, e quando voltei, senti a mesma coisa aqui, pois a cabeça das pessoas muda muito".

Compareceu à nossa Clínica, enviada por um psicoterapeuta, com queixas de insônia e inapetência. Mostrava-se muito ansiosa e trêmula. Dizia ter tomado tranqüilizantes antidistônicos por conta própria, e fazer uso esporádico de "Cannabis Sativa".

Foi medicada por nós com Bromazepan- 3 mgs ao deitar, e encaminhada ao setor de adolescentes para seguimento.

Diagnóstico = Reação ansiosa - 300.0 (CID-9).

Caso 8. M.D.M.R., 30 anos, casada, sexo feminino, natural de Monte Santo de Minas - M.G., residente em Campinas - S.P., doméstica, início do atendimento em 23/04/81.

Paciente relata que após o nascimento de seu último filho, há 3 anos atrás, começou a sentir-se aflita, muito ansiosa

e insatisfeita com tudo, principalmente com seu esposo, que segundo suas palavras, é "um indivíduo parasita e acomodado".

Não dorme bem à noite, acordando precocemente. Diz ter casado cedo, para "fugir da casa dos pais".

Conta sérias desavenças conjugais e problemas com os filhos em crescimento, devido morarem em um barraco. É empregada doméstica, e passa o dia todo ausente de sua casa, sendo muitas vezes ofendida pelo marido, que atribui a ela traições com outros homens, quando se sente cansada e indisposta para o ato sexual.

Faz tratamento psicoterápico há 6 meses, e foi encaminhada à nossa Clínica para tratamento medicamentoso. Foi medicada por nós com Bromazepan - 3 mgs ao deitar. Vem evoluindo com melhora.

Diagnóstico = Neurose de ansiedade - 300.0 (CID-9).

Caso 9.: M.P.M., 30 anos, desquitada, sexo feminino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas - S.P., psicóloga, início do atendimento em 12/05/81.

Paciente após seu desquite, há 4 anos atrás, sente-se angustiada e com manifestações de somatizações: cefaléia, obstipação intestinal, alterações pressóricas, queda de cabelo e acne.

Foi ela mesma quem insistiu na separação, pois "achava o marido muito imaturo e irresponsável".

Há 3 meses vem relatando piora da ansiedade, e insônia. Atribui a acentuação dos sintomas referidos, às desavenças que

vem mantendo com sua mãe, que segundo ela, não aceita a sua condição de "filha desquitada", e trata as suas irmãs de forma melhor e mais acolhedora (SIC).

Ao nos procurar, já estava sendo submetida a tratamento psicoterápico há 2 meses.

Foi medicada com Bromazepan - 3 mgs - VO - ao deitar, quando se sentisse muito ansiosa e com dificuldades em conciliar o sono.

Vem evoluindo com melhora.

Diagnóstico = Neurose de ansiedade - 300.0 (CID-9).

Caso 10. U.O.B., 27 anos, solteiro, sexo masculino, natural de São Paulo - S.P., residente em Campinas - S.P., não trabalha e não estuda, início do atendimento em 27/04/81.

Paciente relata queixas de ansiedade intensa, com inquietude, insônia e cefaléia latejante, há 5 anos, quando iniciou práticas homossexuais. Acha que ter que aparentar duas pessoas diferentes, "entre o que é, e o que os outros esperam dele", mexe muito com a sua estrutura interna.

Houve intensificação desta ansiedade há 4 meses, após vir morar com um rapaz em Campinas, vivendo uma relação mais intensa e turbulenta, pois constantemente se agridem verbalmente e até fisicamente. Após as brigas, vê-se envolvido por profundo sentimento de culpa.

Nunca fez tratamento psiquiátrico. Toma tranquilizantes anti-distônicos por conta própria. Vez por outra, faz uso de

"Cannabis Sativa".

Foi medicado por nós com Bromazepan (3 mgs) ao dia, e já encontra-se fazendo tratamento psicoterápico há 1 semana.

Devido forte componente ansioso, o paciente não obedece às doses prescritas, aumentando-as da forma que lhe convém. Não é constante aos retornos, e não vem mostrando boa evolução.

Diagnóstico = Neurose de ansiedade - 300.0 (CID-9). + Homossexualismo - 302 (CID-9).

Caso 11. L.H.R., 19 anos, solteira, sexo feminino, natural de Piracicaba - S.P., residente em Campinas - S.P., estudante, início do atendimento em 12/03/81.

Paciente diz ser extremamente dependente dos pais, e ao vir residir em Campinas sozinha, para cursar a faculdade, sente-se insegura, ansiosa e amedrontada com tudo.

Manifesta desejos de abandonar o curso, e voltar para casa, porém julga-se indecisa quanto a sua opção profissional.

Em sua primeira consulta à nossa Clínica, encontrava-se extremamente ansiosa, trêmula e com queixas de insônia e inapetência. Foi medicada com Bromazepan - 3 mgs VO ao deitar, e encaminhada ao setor de adolescentes.

Já estava se submetendo a tratamento psicoterápico há 1 semana.

Diagnóstico = Reação ansiosa - 300.0 (CID-9) + Transtorno de Personalidade - Personalidade dependente - 301.6 (CID-9).

Caso 12. M.R.S.M., 32 anos, casada, sexo feminino, natural de Franca - S.P., residente em Campinas - S.P., professora primária, início do atendimento em 11/06/80.

Paciente relata que após saber que seu marido tem uma amante, sente-se muito angustiada, inquieta e insegura. Tem medo de tudo, e se julga incapaz de realizar qualquer coisa sozinha.

Conta que soube desta traição há 6 meses, e desde então não consegue mais ter paz de espírito "parece que o mundo acabou, e que nada mais me interessa".

Vem se auto-medicando com antidistônicos, há 3 meses.

Foi medicada em nossa Clínica com Lorazepan (2 mgs) ao deitar. Iniciou tratamento psicoterápico concomitante, porém não persistiu às terapias a partir da terceira semana, embora apresentasse melhora sintomatológica.

Diagnóstico = Reação ansiosa - 300.0 (CID-9).

Caso 13. M.M.R.R., 32 anos, casada, sexo feminino, natural de Santa Cruz da Conceição - S.P., residente em Leme - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 06/08/81.

Paciente relata sentir-se ansiosa, irritada com tudo, inquieta e afobada, há 8 meses. Relaciona como fator desencadeante, o fato do marido estar com "esgotamento nervoso", e ter 3 filhos menores para cuidar.

Sente-se sobrecarregada com os serviços domésticos, e acha que o excesso de atividades a deixa sem sono durante a noite.

te.

Não vem se alimentando bem.

Nunca fez tratamento psiquiátrico.

Foi medicada em nossa Clínica com Diazepínico - 5mgs ao deitar, caso se sentisse muito intranquila. Récusou-se a fazer tratamento psicoterápico.

Vem evoluindo com melhora dos sintomas referidos.

Diagnóstico = Reação de ansiedade - 300.0 (CID-9).

Caso 14. M.C.C.S., 36 anos, casada, sexo feminino, natural de Caldas - M.G., residente em Andradas - M.G., prendas domésticas, início do atendimento em 24/03/81.

Paciente relata ansiedade, "afobamento por dentro", e tremores, há 6 anos.

Acha que a origem de seus conflitos provém de desavenças conjugais, e de dificuldades econômicas (SIC).

Apresenta "crises asmáticas" desde os 15 anos de idade, e "quando muito nervosa" estas se intensificam, a tal ponto da paciente "não conseguir respirar".

Não dorme bem, apresentando insônia de despertar precoce. Não se alimenta adequadamente.

Faz tratamento psicoterápico há 5 meses, e foi enviada pela psicoterapeuta à nossa Clínica, para receber conduta psicofarmacológica. Foi medicada com Bromazepan - 3 mgs ao deitar. Vem evoluindo bem, com melhora da ansiedade e diminuição das somatizações.

Diagnóstico = Neurose de ansiedade - 300.0 (CID-9).

Caso 15. S.R.A., 36 anos, desquitada, sexo feminino, natural do Rio de Janeiro, residente em Campinas, prendas domésticas, início do atendimento em 10/03/81.

Paciente relata apresentar distúrbios mentais há 3 anos. Conta que sofre desmaios, em que "fica com o corpo todo endurecido", porém ouve o que as pessoas conversam ao seu redor.

Está separada do marido há 2 anos, quando passou a manter encontros fortuitos com outros homens.

Diz ter tido duas tentativas de suicídio, em que cortou os pulsos e ingeriu vários comprimidos de Cibalena.

No momento da primeira consulta à nossa Clínica, queixava-se de tremores pelo corpo todo, e endurecimento do queixo.

Já fez inúmeros tratamentos psiquiátricos sem sucesso terapêutico.

Foi medicada em nossa clínica com Diazepínicos, e encaminhada para psicoterapia. Não vem evoluindo com melhora significativa. Abandonou o tratamento psicoterápico, em setembro de 1981.

Diagnóstico = Neurose Histérica - 300.1 (CID-9).

Caso 16. J.A.M., 25 anos, casado, sexo masculino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas - S.P., analista de sistemas, início do atendimento em 15/12/80.

Paciente relata que há 4 meses vem se sentindo triste, caído e desanimado. Estabelece como fator desencadeante, uma briga que teve com seu pai, pois este, segundo relatos de familiares, teria tentado seduzir uma tia do paciente, na ausência de sua mãe.

Em virtude deste fato, desde então, tem evitado conversar com o pai, porém isto o aborrece muito, já que o tinha em um conceito muito elevado - "ele sempre foi meu herói, meu exemplo de homem respeitador e honesto".

Fez 4 consultas na Unidade Psiquiátrica de Campinas, onde lhe foi receitado Amitriptilina - 50 mgs ao deitar, já que não estava dormindo e não vinha se alimentando bem.

Em nossa Clínica, suspendemos gradativamente os medicamentos, pois o paciente se queixava de sonolência com os remédios, e o encaminhamos para psicoterapia, onde vem evoluindo bem.

Diagnóstico = Reação Depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 17. M.F.P.S., 41 anos, casada, sexo feminino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas, diretora de colégio, início do atendimento em 12/03/81.

Paciente vem se sentindo deprimida e insatisfeita com tudo o que faz, há 16 meses. Relata desentendimentos conjugais nes

te período, e medo de ficar sozinha, pois "vê os filhos crescerem", e imagina que um dia eles irão embora, e ela pode acabar sô e envelhecida.

Não vem dormindo bem, e o apetite também diminuiu, nestes últimos 3 meses.

Nunca fez tratamento psiquiátrico, e nem tomou medicamentos, porém relata que nesta crise em que se encontra, não se sente capaz de vencê-la sozinha. Mostra-se muito ansiosa.

Foi medicada com Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, tendo sido encaminhada à psicoterapia. Vem evoluindo bem, com remissão dos sintomas produtivos.

Diagnóstico = Reação Depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 18. M.S.V., 48 anos, casada, sexo feminino, natural de Braúna - S.P., residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 28/08/81.

Paciente queixa-se de depressão há 6 anos, sendo que houve piora acentuada nos últimos 2 anos, devido aos maus tratos do marido, que é alcoólatra e muito violento (SIC).

Relata apresentar choro fácil, desânimo e muita "batedeira" no coração. Não dorme bem, e não se alimenta adequadamente. Conta sentir-se pior à noite, quando tem que se defrontar com o marido.

Nunca fez tratamento psiquiátrico com especialistas. Tem sido medicada por Clínicos, com tranqüilizantes, que "lhe dão muito sono".

Foi medicada em nossa Clínica com Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, tendo sido encaminhada à psicoterapia. Vem evoluindo com melhora sintomática.

Diagnóstico = Neurose depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 19. L.L.F., 71 anos, solteira, sexo feminino, natural de Piracicaba - S.P., residente em Campinas - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 03/09/81.

Relata que há 6 meses, após vender uma casa em uma cidade próxima, e mudar-se para Campinas, vem se sentindo triste, chorosa e desanimada. Atribui também, como causa de sua depressão, o fato de morar sozinha, e não ter com quem conversar. Acha que não pode contar com os parentes, pois todos têm seus problemas e ela diz não querer preocupá-los e "dar trabalho".

Na mocidade, segundo suas palavras, teve crises depressivas, "mas nada foi como agora, em que me sinto sem meus pais, sem um companheiro e sem amigos".

Nunca fez tratamentos psiquiátricos. Vem sendo medicada, por Clínicos, com ansiolíticos, sem melhora satisfatória.

Não apresenta distúrbios de memória, orientação e atenção.

Foi medicada em nossa Clínica com Imipramina - 50mgs ao dia e Bromazepan - 1,5 mgs ao deitar, caso tivesse insônia. Vem evoluindo muito bem.

Diagnóstico = Reação Depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 20. T.F.P., 31 anos, desquitada, sexo feminino, natural de São José dos Campos - S.P., residente em Campinas - S.P., profissão liberal, início do atendimento em 05/05/80.

Desde a separação conjugal, ocorrida há 1 ano, a paciente vem se sentindo deprimida, desanimada. Diz que "a partir deste acontecimento, começou a ter que enfrentar o problema cruel que é ser uma mulher sozinha".

Há 6 meses foi diagnosticado um "tumor benigno" (SIC) em um de seus seios, e isto colaborou para deprimi-la ainda mais. Com o tratamento radioterápico, que durou 3 meses, não dormia e não se alimentava bem - "sentia apenas vontade de chorar".

Foi encaminhada à nossa Clínica por sua psicoterapeuta, porém a paciente dizia "estar bem melhor há 2 semanas", e se recusava a tomar qualquer medicamento. Marcamos novo retorno, para melhor avaliação, porém a mesma não compareceu.

Diagnóstico = Reação Depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 21. M.J.V.P., 45 anos, casado, sexo masculino, natural de Campinas, residente em Campinas - S.P., agente de turismo e advogado, início do atendimento em 19/12/80.

Há 10 anos sente-se deprimido, apático. Apresenta crises de enxaquecas com muita frequência, e diz conseguir dormir apenas 3 a 4 horas por noite, levantando cansado e desanimado.

Diz ter sofrido muito na adolescência, pois teve que trabalhar muito cedo, por ser "arrimo de família".

Há alguns anos atrás, teve que enfrentar um processo ligado à sua atividade profissional, envolvendo um derrame de dólares, e isto o abalou muito, pois até provar sua inocência, levou anos.

Ao nos procurar, mostrava-se deprimido e ansioso. Foi medicado com Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, que posteriormente foi elevado para 125 mgs ao dia. Foi encaminhado à psicoterapia, tendo mostrado muita resistência a frequentá-la. Evoluiu muito bem, obtendo alta psicofarmacológica após 8 meses de terapia medicamentosa.

Diagnóstico = Neurose Depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 22. M.E.P.B., 33 anos, casada, sexo feminino, natural de São Pedro - S.P., residente em Vinhedo - S.P., professora, início do atendimento em 10/11/80.

Conta a paciente, que desde a infância sempre foi emotiva, e com tendências a se isolar, principalmente quando presenciava as brigas dos pais.

Aos 15 anos a mãe faleceu, e após 9 meses de sua morte, seu pai voltou a se casar. Isto colaborou para acentuar os seus conflitos, pois para a madrasta, "o pai se comportava de uma maneira totalmente diferente do que tinha sido para sua mãe": "era muito bom e solícito, não deixando faltar nada para ela". Confessa ter sentido, muito ciúmes do pai.

Há 2 anos, após "saber da traição de seu marido com uma amante", vem se sentindo deprimida e ansiosa. Não dorme bem, e

se mostra agressiva com todos.

Faz psicoterapia há 1 ano e 8 meses. Vem sendo medicada com ansiolíticos há 12 meses, sem grandes resultados.

Foi medicada com Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, tendo sido extremamente difícil convencer esta paciente a ingerir a dose correta da medicação, pois a mesma dizia constantemente que "a mãe tinha morrido por remédios errados que lhe tinham dado". A ajuda psicoterápica foi muito útil em mostrar a importância da medicação para esta paciente.

Evoluiu muito bem com o antidepressivo e a psicoterapia, a tal ponto de após 8 meses ter alta psicofarmacológica.

Diagnóstico = Neurose depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 23. J.C., 48 anos, casado, sexo masculino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas, funcionário público aposentado, início do atendimento em 04/02/81.

Paciente há 16 meses, vem se mostrando deprimido, desanimado e "cansado". Diz sentir-se sem vigor físico, e se queixa de impotência sexual. Não vem dormindo bem há 4 meses. Refere também inapetência desde o início de seus sintomas de depressão.

Embora seja aposentado, diz trabalhar como manobrista de carros, em um estacionamento, e isto "o esgota muito". Relata problemática com um dos filhos casados, que mora com ele e vive às suas custas, pois não trabalha.

Diz lhe ter sido receitado, por um médico Clínico, uma medicação tranqüilizante para tomar ao deitar, porém os calman-

tes o deixam mais sonolento e indisposto para o trabalho.

Foi medicado em nossa Clínica com Imipramina - 75 mgs ao dia, e o encaminhamos para consulta na Clínica Médica e para psicoterapia. Vem evoluindo bem.

Diagnóstico = Reação Depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 24. M.A.S., 29 anos, solteira, sexo feminino, natural de Maracá - S.P., residente em Campinas - S.P., faxineira, início do atendimento em 15/05/81.

Paciente relata crise depressiva há 8 anos.

Conta ter vivido muito tempo com um companheiro, que era alcoólatra e a espancava muito. Ao ser abandonada por ele, com 2 filhos, começou o quadro depressivo: chorava muito, irritava-se com facilidade, e não dormia bem.

De 3 anos para cá, o quadro sintomático vem se acentuando, pois sente dificuldades em concentrar-se em seu trabalho, e mostra-se apática e chorosa - "consigo trabalhar empurrada, e pensando que se não ganhar dinheiro, meus filhos morrem de fome". Queixa-se de cefaléia latejante e insônia.

Nunca fez tratamento psiquiátrico.

Foi medicada com Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, e encaminhada para psicoterapia. Evoluiu com melhora, porém após 2 meses de tratamento, abandonou as terapias.

Diagnóstico = Neurose Depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 25. E.K.C., 31 anos, casada, sexo feminino, natural de Barueri - S.P., residente em Campinas - S.P., atendente de enfermagem, início do atendimento em 04/04/81.

Paciente relata sentir-se deprimida há mais de 14 meses, após saber que o seu marido teve um relacionamento extra-conjugal com uma de suas irmãs. A partir disto, sente-se triste, "sem gosto pela vida", e sem vontade de conversar com ninguém.

Encontra-se muito irritadiça, e diz evitar conversar com o marido, pois se isto ocorrer, é capaz de matá-lo. Relata insônia e inapetência.

Nunca fez tratamentos psiquiátricos, porém vem se auto-medicando com amostras de ansiolíticos que encontra pelo hospital. Diz sentir-se pior tomando-os, pois tem muita sonolência no dia seguinte.

Foi medicada inicialmente com ansiolíticos, obtendo-se piora dos sintomas depressivos. Passamos então a medicá-la com Imipramina - 75 mgs ao dia, tendo sido posteriormente aumentada a dose para 100 mgs ao dia. A paciente vem evoluindo com melhora.

Concomitantemente à terapia farmacológica, iniciou tratamento psicoterápico.

Diagnóstico = Reação Depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 26. A.B.M., 30 anos, solteira, sexo feminino, natural de Sao Paulo - S.P., residente em Campinas - S.P., profissão liberal, início do atendimento em 20/09/81.

Paciente relata sentir-se deprimida há 5 anos.

Diz ser de uma família problemática, em que "o pai não fala, mas grita", e onde "a mãe é passiva e dependente do marido". Com isto, diz "nunca ter tido apoio de ninguém, em casa".

Atribui como causa de suas "crises depressivas", os seus inúmeros relacionamentos afetivos confusos, e com "homens problemáticos" e casados.

No momento da primeira consulta ao nosso serviço, mostrava-se muito deprimida e ansiosa, pois havia terminado mais um destes relacionamentos. Estava se auto-medicando com até 7 comprimidos diários de antidepressivos e ansiolíticos. Veio nos procurar, encaminhada por seu psicoterapeuta, para receber medicação adequada.

Foi-lhe prescrito Amitriptilina - 75 mgs ao deitar, obtendo-se conjuntamente com a psicoterapia, melhora do quadro sintomático, após terceira semana de tratamento.

Diagnóstico = Neurose depressiva - 300.4 (CID-9).

Caso 27. N.A.B., 32 anos, casada, sexo feminino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas, prendas domésticas, início do atendimento em 12/03/81.

Paciente diz estar "doente dos nervos" há 9 anos.

Relata já ter feito muitos tratamentos psiquiátricos e clínicos, porém em nenhum deles, consegue encontrar solução para seus problemas.

Apresenta queixas vagas de dores nas pernas, problemas de vesícula e de fígado, tonturas e, "sensação de estar com alguma doença grave, que ninguém consegue descobrir". A cada dia apresenta um problema orgânico novo, exteriorizado através de suas queixas.

Sua pasta clínica é volumosa, e nela constam dezenas de exames, que nada apontam de alterações somáticas. Denota-se também, pelas observações, que a paciente não é constante em seus retornos.

Ao nos procurar, mostrava-se poliqueixosa, e trazia inúmeras bulas de remédios já prescritos a ela - "nada resolveu", complementava. Foi medicada com neuroléptico, e encaminhada à psicoterapia, porém não compareceu aos retornos.

Diagnóstico = Hipocondria - 300.7 (CID-9).

Caso 28. F.V., 32 anos, casado, sexo masculino, natural de Campinas - S.P., residente em Campinas, comerciante, início do atendimento em 18/03/81.

Paciente durante 7 a 8 anos fez uso de maconha, cocaína, L.S.D. e anorexígenos.

Usou estas drogas até novembro de 1980, quando resolveu, segundo suas palavras, "mudar de vida e adotar uma criança". Ao deixar o uso das drogas, começou a sentir-se ansioso, inquieto e irritadiço. Por este motivo foi internado em um hospital psiquiátrico, porém fugiu deste, após o 29 dia de internação.

De março de 1981 para cá (18 dias), vem se sentindo deprimido, e com idéias persecutórias: "acha que tem pessoas querendo vingá-lo, porque ele abandonou o vício". "Acha-se prejudicado pelos vizinhos, que querem roubá-lo à luz do dia, etc." Diz ouvir vozes e apresenta visões de vultos. Não está dormindo e nem se alimentando adequadamente.

Foi medicado em nosso serviço com Haloperidol - 5 mgs ao dia e Nitrazepan - 10 mgs ao deitar, e encaminhado à psicoterapia. Apresentou remissão dos sintomas, mas ao melhorar, abandonou o tratamento.

Diagnóstico = Síndrome de Abstinência de drogas - 292.0 (CID-9) + Transtorno de Personalidade - Manifestações Sociopáticas - 301.7 (CID-9).

Caso 29. M.J.C., 39 anos, casada, sexo feminino, natural de Mogi-Mirim - S.P., residente em Santo Antonio da Posse - S.P., prendas domésticas, início do atendimento em 31/03/81.

Paciente há 2 anos, separou-se do marido, ("não por papéis"), com quem viveu por 12 anos. Após a separação, tornou-se ansiosa, irritadiça, pois "sentiu-se sozinha para sustentar 3 filhos menores", já que não recebe ajuda financeira de ninguém.

Há 3 meses vem se mostrando "estranha" (desde janeiro de 1981), sendo vista cochichando pela casa. Recusa-se a sair, e não dorme bem durante a noite, andando de um lado para outro. Não vem se alimentando adequadamente há várias semanas.

Nunca fez tratamento psiquiátrico.

Foi medicada em nosso serviço, com Haloperidol - 3mgs ao dia, e Nitrazepan - 5 mgs ao deitar. Recusou-se a frequentar o tratamento psicoterápico, alegando não poder vir constantemente de sua cidade para cá.

Vem evoluindo satisfatoriamente, tendo apresentado remissão completa dos sintomas produtivos.

Diagnóstico = Psicose não especificada - 298.9 (CID-9).

Caso 30. S.S., 35 anos, casado, sexo masculino, natural de Uberaba - M.G., residente em Campinas - S.P., protético, início do atendimento em 23/07/81.

Paciente após separação da esposa, há 25 dias, vem apresentando idéias delirantes de auto-referência e distúrbios aluci

natórios auditivos. Não está dormindo e não vem se alimentando bem.

Desde o seu casamento, há 7 anos atrás, apresentava problemas no relacionamento conjugal, por ser de temperamento agresivo, violento, e fazer uso esporádico de bebidas alcoólicas e de "Cannabis Sativa".

O casamento foi desfeito, devido o paciente frequentar boites e casas de prostituição, e abandonar o lar, expondo a mulher e os filhos a riscos.

Já vem sendo submetido à psicoterapia há 1 ano, sem resultados satisfatórios.

Foi medicado em nossa Clínica com Haloperidol - 3mgs ao dia e Nitrazepan - 10 mgs ao deitar. O paciente não tomou os medicamentos corretamente, e os familiares o internaram por 2 meses, em um hospital de doenças mentais, após o que o paciente não mais compareceu aos retornos.

Diagnóstico - Psicose Reativa - 298.8 (CID-9) + Transtorno de Personalidade - Personalidade Sociopática - 301.7 (CID-9).