

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
ESCOLA DE SAÚDE

KELDER LANDER MURTA BANDEIRA
ORIENTADOR: GABRIEL MARQUES FERREIRA MARCULINO

**O USO DA QUETIAPINA NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COM
INSTABILIDADE EMOCIONAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

RIO DE JANEIRO

2022

KELDER LANDER MURTA BANDEIRA

**O USO DA QUETIAPINA NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COM
INSTABILIDADE EMOCIONAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à escola de saúde da Marinha, como parte
integrante dos requisitos para obtenção do
aperfeiçoamento para Oficiais do CSM
(CAp).

Orientador: Gabriel Marques Ferreira Marculino

RIO DE JANEIRO

2022

RESUMO

INTRODUÇÃO: O transtorno de personalidade com instabilidade emocional (TPIE) é uma entidade nosológica descrita pela primeira vez no final do século XIX, mas que somente ganhou notoriedade e atraiu a atenção das pesquisas científicas no século passado. **OBJETIVO:** Este trabalho objetivou realizar uma revisão da literatura acerca da abordagem medicamentosa com o uso de quetiapina em pacientes com TPIE, trazendo dados como tolerabilidade e eficácia deste psicotrópico no referido contexto. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma busca ativa nas principais bases de dados científicos, a fim de compilar estudos sobre o tema proposto, priorizando as publicações dos últimos cinco anos e acrescentando alguns trabalhos de relevância na área. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O TPIE apresenta características marcantes da personalidade, como instabilidade afetiva e nas relações interpessoais, impulsividade, pensamentos recorrentes de morte e automutilação, dentre outros, o que torna esta morbidade preponderante na prática médica, pois estes indivíduos tornam-se vulneráveis ao suicídio e a outros transtornos psiquiátricos. Alguns estudos trouxeram a quetiapina como uma alternativa terapêutica interessante para estes pacientes, em especial na dosagem de 150 miligramas por dia por 8 semanas. **CONCLUSÃO:** Apesar de haver resultados promissores acerca dos benefícios do uso da quetiapina para os pacientes com TPIE, ainda não há aprovação por órgãos competentes, em nenhum país, de fármacos indicados para este perfil de usuários, portanto seu uso deve ser criterioso, conforme sintomas disfuncionais e necessidade estrita, sendo necessários novos estudos que respaldem a terapia medicamentosa nestes casos.

PALAVRAS-CHAVES: “Quetiapine”, “Borderline Personality”, “personality disorder with emotional instability”, “emotionally unstable personality disorder”, “Pharmacological treatments for borderline personality disorder”.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Emotionally unstable personality disorder (EUPD) is a nosological entity that was first described at the late of the 19th century, but which only gained notoriety and attracted the attention of scientific research in the last century. **OBJECTIVE:** This study aimed to conduct a literature review about on the medication approach with the use of quetiapine in patients with EUPD, providing data such as tolerability and efficacy of this psychotropic in this context. **METHODOLOGY:** An active search was carried out in the main scientific databases, in order to compile studies on the proposed topic, prioritizing publications from the last five years and adding some relevant works in the area. **RESULTS AND DISCUSSION:** The EUPD presents marked personality characteristics, such as affective instability and instability in interpersonal relationships, impulsivity, recurrent thoughts of death and self-mutilation, among others, which makes this morbidity preponderant in medical practice, as these individuals become vulnerable to suicide and to other psychiatric disorders. Some studies have brought quetiapine as an interesting therapeutic alternative for these patients, especially at a dosage of 150 miligrams per day for 8 weeks. **CONCLUSION:** Although there are promising results regarding the benefits of the use of quetiapine for patients with EUPD, there is still no approval by competent organizations, in any country, of drugs indicated for this user profile, so their use should be judicious, according to symptoms dysfunctional and strict necessity, requiring further studies to support drug therapy in these cases.

KEYWORDS: “Quetiapine”, “Borderline Personality”, “personality disorder with emotional instability”, “emotionally unstable personality disorder”, “Pharmacological treatments for borderline personality disorder”.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 MATERIAL E MÉTODOS	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 Transtorno de personalidade Borderline	10
3.1 Quetiapina e tratamentos medicamentosos para TPB	11
4 DISCUSSÃO	16
5 CONCLUSÃO.....	19
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1. INTRODUÇÃO

O estudo da personalidade humana é fruto de inúmeras dúvidas e difere a psiquiatria de outras especialidades médicas por conferir importante componente de subjetividade às análises a serem observadas em todo o processo da saúde mental.

A personalidade refere-se a todas as características de adaptação individual a ambientes internos e externos em constante modificação, podendo ser definida, parcialmente, como um conjunto de costumes que foram adquiridos, em geral, no início da vida, que culminam em disposições e impactam na maneira como nos comportamos e agimos¹.

Os transtornos da personalidade (TP) são desajustes na capacidade do indivíduo em se adaptar ao meio e a si mesmo, são prevalentes e crônicos. Estes ocorrem em até 20% da população em geral e em cerca de 50% dos pacientes que realizam acompanhamentos médicos na psiquiatria¹.

Antes de adentrarmos no espectro da personalidade instável emocionalmente, é importante tomarmos nota de dois conceitos psicanalíticos, a neurose e a psicose. A primeira, trata-se de uma reação adaptativa do psiquismo frente às experiências vividas e manifestando-se através de diversas reações como, por exemplo, ansiedades, fobias, obsessões, compulsões, disfunção sexual, estados depressivos, transtornos de personalidade, dentre outros comportamentos mal-adaptativos, que surgem como produto de aprendizagem e fazem parte, em graus variados, da vida de todos os seres humanos. Já a psicose é um transtorno mental no qual há um prejuízo evidente na capacidade de reconhecer e lidar com a realidade, de interagir e de se comunicar com os outros, aonde os pensamentos e a resposta afetiva estão comprometidos; os componentes clássicos da psicose são teste de realidade prejudicado, alucinações, delírios e ilusões¹.

O Transtorno da Personalidade Borderline (TPB), também conhecido como Transtorno de personalidade emocionalmente instável (TPEI) ou Transtorno de personalidade com

instabilidade emocional, refere-se a um dos mais prevalentes dos TP, ocorrendo em cerca de 4 a 6% da população do ocidente^{1, 2, 3, 4, 5}.

O TPIE recebe a alcunha “borderline” pela linha tênue em que vivem estes indivíduos entre a neurose e a psicose, havendo uma importante instabilidade do afeto, do humor, do comportamento, das relações objetais e da autoimagem^{1, 2, 3, 4, 5}.

A primeira descrição na literatura médica deste acometimento psíquico parece ter sido proposto por Kahlbaum e seu auxiliar técnico, Hecker, em 1890 no trabalho intitulado “Sobre a heboidofrenia”, no qual eles versavam sobre “casos que mostram apenas transtorno dos sentimentos sociais, do tato social e do comportamento”. Entretanto, os exemplos que os referidos autores descreveram nesse grupo tomam um curso que não difere de outros casos leves de esquizofrenia, daí a semelhança com o termo Hebefrenia (um subtipo de esquizofrenia descrito à época)².

O termo “Borderline” com as caracterizações aproximadas do que hoje conhecemos do transtorno, foi evocada por Stern em seu trabalho publicado em 1938 intitulado “Psychoanalytic therapy in the borderline neuroses”, no qual ele versava sobre um grupo de neuroses “limítrofes”, que se encontravam em um mesmo espectro “fronteiriço” entre a neurose e a psicose, havendo uma importante instabilidade afetiva, do humor, do comportamento, das relações objetais e da autoimagem^{1, 2, 3, 4, 5, 6}.

Segundo o Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM V), o portador do TPB possui algumas destas características: instabilidade nas relações interpessoais, impulsividade, dificuldade em lidar com o abandono (real ou imaginado), perturbação da identidade, recorrência de comportamentos e ameaças suicidas ou automutilantes, sentimentos crônicos de vazio, inabilidade no controle da raiva, além de ideação paranoide transitória³.

Torna-se importante citar que esta morbidade faz com que o seu portador seja mais vulnerável a outros transtornos psiquiátricos, como síndromes ansiosas, transtornos de humor

(transtorno depressivo maior (TDM) sendo a comorbidade mais comum), transtorno por uso de substâncias, transtornos alimentares, transtornos de estresse pós-traumático (TEPT), outros transtornos de personalidade e, sendo observado, aumento do risco de suicídio. É, ainda, notório mencionar que os gastos na saúde pública com este adoecimento são imponentes e em crescente elevação^{2 e 6}.

O TPB é uma enfermidade de difícil tratamento, sendo a primeira escolha terapêutica a psicoterapia, principalmente por meio da terapia cognitivo-comportamental⁴. Em alguns casos, é necessária a introdução de terapia medicamentosa, a fim de aliviar as queixas destes pacientes e, também, no intuito de tratar transtornos comórbidos. É importante salientar que há um grande índice de terapias medicamentosas instituídas a este grupo de pacientes mesmo não havendo aprovação das principais agências reguladoras pelo mundo^{7, 8 e 9}.

Uma das principais classes de psicofármacos utilizados para o TPB são os antipsicóticos. Dentre os mais prescritos, é possível elencar a quetiapina, um antipsicótico de segunda geração^{6,7,8}.

Segundo uma metanálise de 2021, cerca de 96% dos pacientes acometidos pelo TPB recebem ao menos um medicamento psicotrópico. Isto exposto, tornam-se relevantes e necessários mais estudos para o entendimento deste transtorno, por meio do desenvolvimento de estratégias que proporcionem melhor prognóstico, advindo da terapia medicamentosa⁵.

Diante disso, o objetivo deste trabalho é revisar a empregabilidade da quetiapina para o tratamento do TPB, levando em consideração a eficácia e tolerabilidade deste fármaco^{7, 8 e 9}.

2. MATERIAL E MÉTODOS

No intuito de refinar as informações selecionadas, foi proposto investigar o uso de quetiapina neste grupo de indivíduos com TPB, através de uma revisão narrativa da literatura.

Foram realizadas buscas em bases de dados científicos, como Pubmed, Periódicos Capes, The American Journal of Psychiatry, Journal of american medical association (JAMA) e National Library of Medicine (NIH), tendo sido utilizadas as palavras-chave “Quetiapine”, “Borderline Personality”, “personality disorder with emotional instability”, “emotionally unstable personality disorder” e “Pharmacological treatments for borderline personality disorder”.

Artigos científicos dos últimos cinco anos foram selecionados. Além disso, foi ampliada a busca para artigos e textos clássicos sobre o tema, tendo sido utilizadas um total de 16 fontes de pesquisa para embasar este trabalho. Os artigos foram revisados criticamente com os trabalhos clássicos e relevantes sobre o tema, confrontando os dados destas publicações, de modo que se verifique o que há de evidente sobre o assunto em questão.

Como critério de exclusão foram rejeitados estudos sobre tratamento medicamentoso para os pacientes com TPB, que não contemplavam a quetiapina em sua análise.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

O TPB foi definido em 1978 pela primeira vez, com subsequente inserção no DSM (terceira edição, DSM-III) em 1980 e na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em 1990 como Transtorno de personalidade emocionalmente instável. Com estas conquistas foi possível se identificar um número crescente de estudos nesta área de interesse trazendo importantes evoluções para o conhecimento técnico, diagnóstico e terapêutico deste transtorno⁹ e ¹⁰.

O TPB tem alguns marcos em sua apresentação clínica cursando com intensa sensibilidade afetiva, hiperemocionalidade, desajuste nos relacionamentos interpessoais, percepção de si mesmo prejudicada, por vezes, trazendo autodepreciação e comportamentos impulsivos, além de ideações paranoides ou sintomas dissociativos breves, distúrbios da identidade, sentimento crônico de vazio e desregulação comportamental. Este conjunto de sintomas pode culminar em risco para si e para terceiros⁹.

O paciente carrega consigo grande estigma associado a conceitos antigos de que esta morbidade se configura em intratável e incurável, além da dificuldade na abordagem destes indivíduos, pois o sofrimento psíquico frequente e perene, faz com que estes abandonem, com frequência, o tratamento e tornem-se reativos, até raivosos e com tendências suicidas. Contudo, alguns estudos têm desafiado tais concepções, alegando que o TPB é tratável e que existe uma base biológica e genética⁹.

Podemos perceber o quão prevalente este transtorno é no cotidiano dos atendimentos, representando até 5,9% da população geral em uma análise ao longo da vida, sendo mais frequente em populações atendidas em clínicas psiquiátricas (15 a 28% de todos os pacientes),

destaca-se, também, que representam 6% das consultas na atenção primária e 10-15% de todas as consultas em emergências médicas⁹.

No que tange os mecanismos fisiopatológicos, ainda há espaço para teorias, uma vez que não existe uma certeza etiológica, porém podemos inferir que o modelo neurobiológico do TPB está inserido em um fenótipo no qual se identifica alteração no desenvolvimento cerebral, via hormônios e neuropeptídeos, além de maus-tratos na primeira infância (incluindo abusos físicos, sexuais e negligência) e na qualidade deficiente dos cuidados parentais⁹.

A disfunção pré-fronto-límbica, alteração cerebral mais comumente vinculada ao TPB, demonstra ser uma característica não patognomônica, uma vez que também é encontrada em outros adoecimentos predispostos por contextos de estresse social e até em indivíduos saudáveis que sofreram maus-tratos na infância e adolescência, portanto, se configura em um achado que requer maiores investigações acerca deste processo e sua relação causal⁹.

Podemos concluir que a patogênese do TPB é multifatorial, havendo a presença concomitante de algumas disfunções cerebrais e componentes psicodinâmicos, sendo o fator genético, hereditário e o trauma na infância os principais traços de risco associados ao surgimento de um quadro de TPIE⁹.

3.2. QUETIAPINA E TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS PARA O TPB

A quetiapina, um antipsicótico atípico, também classificado como antipsicótico de segunda geração, tem como metabólito ativo a norquetiapina, a despeito da molécula original, quetiapina, também ter associação com efeitos farmacodinâmicos esperados deste medicamento^{7 e 11}.

A atuação antipsicótica ocorre por meio do antagonismo potente dos receptores D2 de dopamina e 5-HT2 de serotonina. No entanto, existe ação adicional nos receptores D1, além de haver sugestão de que esta molécula atue como ansiolítica por meio do potencial inibitório do

transportador de norepinefrina (NET) e tenha efeito antidepressivo ao se comportar como agonista parcial do receptor 5-HT_{1A} e como antagonista de 5-HT_{2A} e 5-HT₇¹¹.

Alguns outros mecanismos ainda não tão elucidados podem emergir da afinidade da quetiapina por outros receptores como de histamina (H₁), serotoninérgicos (5-HT_{1E} e 5-HT_{2B}), muscarínicos (M₁, M₃ e M₅) e receptores alfa₁-adrenérgicos¹¹.

Eventos adversos relacionados ao uso deste psicofármaco podem ser originados pelas alterações supracitadas nos referidos receptores, gerando, por exemplo, sedação, alterações cardiovasculares (acidente vascular encefálico, miocardite, síndrome coronariana e alargamento do intervalo QT), efeitos metabólicos, síndrome neuroléptica maligna, sintomas extrapiramidais (apresenta o menor risco deste efeito colateral dentre os antipsicóticos atípicos), hipotensão ortostática, tontura, além do uso da quetiapina estar relacionado com aumento do risco de ideação e comportamento suicida no transtorno depressivo maior, elevação dos índices de mortalidade no contexto de psicose na demência, dentre outros¹¹.

Com relação à disponibilidade da quetiapina, ela pode ser encontrada como comprimidos de liberação prolongada (XR), cuja administração pode ser orientada como dose única diária e existe, também, a opção de liberação imediata (IR), que deve ser prescrita de duas a três vezes ao dia. Os comprimidos estão disponíveis de 25 miligramas (mg), 50 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg e 400 mg, contudo a formulação XR somente é comercializada em comprimidos de 50 mg, 150 mg, 200 mg e 400 mg¹¹.

Pelo conhecimento atual, a dose máxima diária de quetiapina é de 800 mg/dia. Após administração oral, a formulação IR é absorvida prontamente e atinge o pico de concentração plasmática em cerca de 1 a 2 horas, sendo a meia-vida conhecida deste fármaco, em média, de 7 horas¹¹.

A quetiapina foi aprovada pela FDA (Food and drug administration) nos EUA para o tratamento da esquizofrenia, da fase aguda (maníaca ou depressiva) e de manutenção do

transtorno afetivo bipolar (TAB), além de haver autorização deste órgão regulador para o seu uso como tratamento adjuvante no transtorno depressivo maior (depressão unipolar)^{7 e 11}. Foi sugerido por pesquisas como um possível tratamento para o TPB, tendo em vista que as oscilações de humor desta comorbidade teriam alguma semelhança com as variações psíquicas do transtorno bipolar, com uma redução da impulsividade e da automutilação, por exemplo^{6, 7 e 11}.

Na prática clínica, podemos verificar uma grande prevalência do uso de medicamentos no contexto do paciente com TPB, ainda que esta conduta não seja amparada pelas evidências atuais. Carecemos de mais estudos em relação às classes de substâncias mais costumeiramente prescritas para este perfil de pacientes, sendo, nesta ordem de frequência, os tipos mais comuns de medicamentos os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, antidepressivos atípicos, ansiolíticos, antipsicóticos e estabilizadores de humor^{4, 5, 6 e 9}.

Em dados de estudos internacionais, nos deparamos com uso de antipsicóticos para pacientes com TPB, com taxas que variam entre 70 e 79% dos pacientes internados e 35 a 60% dos pacientes ambulatoriais. Entretanto, a maioria dos indivíduos que são diagnosticados dentro deste espectro de personalidade, recebe variados medicamentos em seu manejo terapêutico, incluindo pacientes com muitos psicotrópicos concomitantemente, é o que se observa em cerca de 19% destes que utilizam, no mínimo, 4 psicotrópicos, o que pode ocasionar em aumento do risco de reações adversas, além de interações medicamentosas com desfechos indesejáveis^{4, 5, 6, 8 e 12}.

Em uma revisão sistemática de 2020, foram identificados 75 estudos acerca do tratamento no TPB, nos quais foi possível validar os efeitos favoráveis das intervenções psicoterapêuticas do ponto de vista do funcionamento psicossocial, gravidade do TPB ou automutilação e comportamento suicida, sendo a psicoterapia a primeira linha de tratamento⁴.

Em uma metanálise de 2021 que visou a análise de terapias farmacológicas no TPB, foram encontrados nove ensaios clínicos randomizados duplo-cegos (ECR's) para avaliar a eficácia de antipsicóticos de segunda geração, dentre eles a quetiapina, a olanzapina, a ziprazidona e o aripiprazol, no acompanhamento de cerca de 1124 pacientes diagnosticados com TPB. É importante salientar que este grupo de estudo classificou 2 destes ECR's como moderado e 7 como alto risco de viés⁵.

Em análise de um ensaio clínico randomizado duplo-cego controlado por placebo que avalia o uso de doses baixas e moderadas de quetiapina de liberação prolongada para o paciente com TPB, foi possível observar efeitos moderados a grandes, estatisticamente significativos, para ambas as doses testadas de quetiapina (150 mg/dia e 300 mg/dia) em relação à gravidade do quadro, comprometimento psicossocial e agressividade (verbal e física), além de um efeito adicional para os participantes do grupo de 300 mg/dia em relação aos sintomas maníacos e hipomaníacos (irritabilidade excessiva, humor expansivo, impulsividade, dentre outros)^{4, 6 e 7}.

Pode-se analisar que dentre os grupos ativos (com doses de quetiapina), não houve superioridade entre eles no quesito eficácia, contudo há maior proporção de reações adversas relatadas no quantitativo que experimentou a dose moderada (300 mg/dia) do psicotrópico testado. Os dois grupos estão associados a taxas significativamente elevadas de eventos adversos, sendo os mais frequentes a sedação, boca seca, alteração do apetite e cefaleia^{4, 6 e 7}.

Ainda sobre este ECR supracitado, os participantes tratados com 150 mg/dia de quetiapina de liberação prolongada tiveram uma redução significativa na gravidade dos sintomas do TPB em comparação com o grupo placebo^{6 e 7}.

Baseado nas evidências até o momento, este estudo de Black et al. (2014) é o primeiro a demonstrar algum benefício na psicopatologia geral do TPB, o que o torna relevante neste contexto¹³. É possível criticar este trabalho por conta da descontinuação de 33% dos participantes, além do curto período de intervenção estudado, não sendo possível inferir se os

resultados foram sustentados após o estudo. Devemos ponderar, ainda, o risco moderado de viés e acerca da ausência de comparação da quetiapina com outros psicofármacos utilizados para estes indivíduos. Por fim, pontuamos a ausência do estudo de tolerabilidade e segurança do uso da quetiapina a longo prazo para estes pacientes, observando os seus possíveis eventos adversos, conferindo ao estudo uma baixa certeza de evidência^{5, 6, 7, 8 e 13}.

Algumas publicações sobre a quetiapina corroboram as descobertas promissoras no tocante à abordagem medicamentosa nos pacientes com TPB, contudo ainda existem questionamentos a serem esclarecidos e os resultados ainda não são suficientes para uma ampla preconização desta conduta terapêutica^{4, 7, 12, 14 e 15}.

Apenas dois ECR's foram publicados recentemente e, em ambos, a quetiapina mostrou-se eficaz no controle de sintomas como comportamentos impulsivos, agressividade, raiva, instabilidade afetiva e efeitos benéficos sobre sintomas ansiosos e depressivos^{4, 6, 7, 12 e 14}.

4. DISCUSSÃO

As pessoas portadoras do TPB tornam-se usuárias frequentes do sistema de saúde, por meio de inúmeros atendimentos em emergências médicas, consultas ambulatoriais, internações psiquiátricas, além da elevação do risco de suicídio (4,5% de suicidas neste grupo de pacientes), o que torna oneroso e complexo o tratamento desta entidade nosológica para o indivíduo, a família e para o Estado. Vale salientar, ainda, que o adoecimento dos cuidadores, dos demais familiares e das pessoas mais próximas não é incomum, gerando um prejuízo adicional no que tange o cuidado do TPB⁹.

Até onde podemos compreender, à luz da evidência atual, nenhum estudo permeou a busca pelo impacto a longo prazo dos antipsicóticos em pacientes com TPEI, nem tampouco os efeitos sobre a estrutura cerebral ou sua capacidade de induzir uma sensibilização do receptor dopaminérgico, culminando em um quadro resistente ao tratamento^{6, 7 e 8}.

Ainda no cenário dos riscos associados ao uso indiscriminado de antipsicóticos, lembramos que os efeitos destes na saúde física do indivíduo são notórios, podendo acarretar diversos acometimentos, como resistência insulínica, ganho de peso e dislipidemia. Ademais, registramos que a expectativa de vida dos pacientes com TPB é 40 anos menor do que a população geral (apenas considerando os óbitos não suicidas), havendo propensão destes a serem obesos e a desenvolverem síndrome metabólica^{6, 7 e 8}.

As possíveis causas para a intervenção medicamentosa, por vezes, excessiva destes indivíduos, pode estar na ausência da adesão à psicoterapia, psicoeducação deficiente por parte do profissional, comorbidades que requeiram medicação ou acréscimo de novas substâncias em situações críticas, que, acabam perdurando na prescrição do paciente, caso não seja observado o conceito de prevenção quaternária, através da checagem frequente da medicação prescrita, elevando, assim, os riscos de iatrogenia^{4, 5 e 6}.

Ainda cabe mencionarmos a grande dificuldade para os profissionais assistentes no cuidado dos portadores de TPB, como médicos, psicólogos e terapeutas em geral, uma vez que, em sua maioria, estes pacientes se apresentam como refratários ao tratamento, trazendo demandas crescentes ao longo dos atendimentos e que os resultados são mínimos, em especial, no início do acompanhamento e em pacientes mais jovens, que tendem a não aderir da forma adequada o que se propõe do ponto de vista terapêutico e ainda não atingiram o preponderante controle emocional, que reduz disfuncionalidades do referido transtorno. Portanto, os assistentes também estão suscetíveis ao esgotamento físico e mental neste auxílio, devendo estar atentos às suas limitações neste suporte, a fim de evitar prejuízos na qualidade da assistência prestada e na sua própria saúde^{6 e 15}.

Evidências recentes indicam que o tempo de tratamento é crucial para a redução dos danos na vida destes clientes, o que pode ser corroborado por dados de estudos naturalísticos que indicam que a remissão dos sintomas é verificada em mais de 85% dos pacientes em cerca de 10 anos do diagnóstico e terapias instituídas (12% de taxa de recaída após este período)⁸.

Segundo as diretrizes atuais, os tratamentos medicamentosos somente devem ser prescritos pelo mínimo tempo necessário em situação de crise, sendo sugerido o tempo médio de 1 semana para a retirada da medicação (pós-crise), no entanto todos os protocolos em vigência são antigos e com a ausência das evidências contemporâneas, algumas delas expostas neste trabalho, com isto deve-se ponderar o uso consciente dos psicotrópicos nestes indivíduos e lembrar que os medicamentos que são eficazes em pacientes sem transtornos de personalidade são menos úteis para as pessoas que convivem com alguma disfuncionalidade em sua personalidade⁶.

Segundo a American Psychiatric Association (APA), a farmacoterapia deve ser direcionada aos sintomas, tendo em vista que a farmacologia não modifica a gravidade geral do

acometimento em questão, contudo devido à complexidade e diferentes manifestações clínicas e psíquicas dos pacientes com TPIE, eles podem precisar de tratamentos personalizados⁶.

Tendo em vista os dados atuais, devemos ponderar sobre o motivo pelo qual a quetiapina é tão frequentemente indicada para os pacientes com TPB e que são elegíveis a um tratamento com psicotrópicos, o que denota a ideia de que estes possuam um quadro suficientemente grave para merecer tal indicação, sem que estejamos diante de uma conduta demasiadamente intervencionista, o que poderia gerar potenciais malefícios ao paciente^{4, 6 e 12}.

5. CONCLUSÃO

Tendo em vista o exposto, é prudente nortearmos o tratamento de paciente com TPB com a psicoeducação fortalecida, gerando engajamento dele na busca pelo seu tratamento, fazendo com que o mesmo não seja apenas parte da terapêutica proposta, mas sim peça principal nas decisões a serem tomadas, com o foco do tratamento na psicoterapia. Quando houver a indicação de psicotrópicos para estes indivíduos, devemos pensar em quais sintomas estão trazendo maior sofrimento ou prejuízo para este ou para terceiros, sendo o uso da quetiapina uma indicação restrita^{4, 6, 7 e 12}.

Outro quesito importante a ser aperfeiçoado é o diagnóstico precoce deste distúrbio, com um cuidado maior no ensino dos profissionais de saúde quanto ao conhecimento técnico do transtorno em questão e de seus principais diagnósticos diferenciais (como transtorno afetivo bipolar, por exemplo), de modo que a identificação precisa destes indivíduos não seja negligenciada ou retardada, pois quanto antes a detecção, melhor o prognóstico^{2, 6, 8, 9 e 16}.

Os resultados encontrados neste trabalho sugerem que um curso relativamente breve de quetiapina, em doses baixas, pode trazer efeitos positivos para um grupo de pacientes, cujos prejuízos funcionais observados estejam em nível tal, que os riscos dos efeitos adversos permaneçam aquém dos benefícios potenciais^{6, 7, 12 e 14}.

Até o momento, todas as agências reguladoras concordam de que não há medicamentos aprovados para o tratamento do TPB, portando ainda carecemos de estudos científicos, para conferir robustez a qualquer terapia medicamentosa que modifique o transtorno em questão⁵.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- [2] Dalgalarondo P, Vilela WA. Transtorno borderline: história e atualidade. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* 1999;2:52–71. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999002004>.
- [3] American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- [4] Stoffers-Winterling J, Storebø OJ, Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. *Curr Psychiatry Rep* 2020;22:37. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01164-1>.
- [5] Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, et al. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs* 2021;35:1053–67. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00855-4>.
- [6] Del Casale A, Bonanni L, Bargagna P, Novelli F, Fiaschè F, Paolini M, et al. Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *CN* 2021;19:1760–79. <https://doi.org/10.2174/1570159X19666210610092958>
- [7] Black DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC. Comparison of Low and Moderate Dosages of Extended-Release Quetiapine in Borderline Personality Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *AJP* 2014;171:1174–82. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101348>.
- [8] Damiano RF, Soares JC. Should psychiatrists be more cautious about the use of antipsychotics for patients with borderline personality disorder? *Brazilian Journal of Psychiatry* 2022. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-2574>.
- [9] Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>.

[10] Organização Mundial de Saúde. CID-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde. São Paulo (SP): Edusp; 1994.

[11] Maan JS, Ershadi M, Khan I, Saadabadi A. Quetiapine. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.

[12] Bozzatello P, Rocca P, De Rosa ML, Bellino S. Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2020;21:47–61. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1686482>.

[13] Tohen M. Pharmacologic Treatments for Borderline Personality Disorder. *AJP* 2014;171:1139–41. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14081008>.

[14] Lee SS, Allen J, Black DW, Zanarini MC, Schulz SC. Quetiapine's effect on the SCL-90-R domains in patients with borderline personality disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2016;28:4–10.

[15] Romine A, Brown E, Thuras P, Lee S, Schulz SC. Quetiapine in Patients with Borderline Personality Disorder: An Open-Label Trial. *Annals of Clinical Psychiatry* 2008;20:219–26. <https://doi.org/10.1080/10401230802467545>.

[16] Levy KN, McMain S, Bateman A, Clouthier T. Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2018;41:711–28. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>.