

## Sumário

Editorial	5
Sexualidade, Sexologia e Medicina — <i>Francisco Allen Gomes</i>	7
Metamorfoses da Histeria — <i>Manuel João R. Quartilho</i>	17
Comportamento Suicida: Alguns Aspectos Neurobiológicos — <i>António Ferreira de Macedo, Ana Dourado, José Valente, Isabel Coelho, Maria João Soares, Vítor Santos e Maria Helena Pinto de Azevedo</i>	29
Sexo <i>Online</i> em Portugal — Uma Investigação Sobre Comportamentos Sexuais em Chats Portugueses — <i>Ana Alexandra Carvalheira e Francisco Allen Gomes</i>	43
Factores de Risco na Perturbação Pós-Stress Traumático — <i>Catarina Brito de Arriaga Aragão Sacadura</i>	51
Aspectos psico-sociais do adolescente com Diabetes Mellitus Tipo I — <i>Carlos Góis</i>	63
Por que medir a dor? — <i>Fátima Faleiros Sousa e José Aparecido da Silva</i>	79

## Sexualidade, Sexologia e Medicina\*

POR

FRANCISCO ALLEN GOMES<sup>(1)</sup>

### Introdução

Decidi, no ano em que completei os 36 anos de serviço nos HUC e utilizando a prerrogativa que a lei concede, pedir a minha reforma.

É um tipo de decisão que envolve sentimentos mistos.

Devo dizer, muito claramente, que só o faço porque a minha actividade privada o permite. De resto, espero, à semelhança do que aconteceu com o meu pai, continuar a tratar doentes até morrer ou até que estes me procurem.

Mas, desde há um ano e meio a esta parte, senti, pela primeira vez na minha vida profissional, que o trabalho nesta instituição passou a ser progressivamente mais penoso, ou seja, que tinha perdido alguma alegria e entusiasmo, sem, no entanto, me sentir deprimido. Por outro lado, a minha restante actividade profissional continuava a decorrer com a entrega habitual. Interpretei este desconforto como um claro sinal que a minha vida tinha de mudar. Não podia continuar com um estilo de vida que, amargamente, comecei a definir como “deitar-me a ver doentes e levantar-me a ver doentes”. Apesar da minha saída ter alguns aspectos de “deserção”, não sinto a menor culpabilidade em o fazer, tanto mais que sou, nas palavras do actual ministro da tutela “um médico em final de carreira”. Se a idade foi o critério da sua afirmação, resta-me a consolação de ser um nadinha mais novo que Sua Excelência.

Em relação à “minha” Clínica Psiquiátrica penso, sinceramente que a minha saída é positiva. Deixo um lugar para os mais novos, o que, para os meus colaboradores na sexologia e hospital de dia, representa uma excelente oportunidade para revelarem toda a gama das suas capacidades.

Sentimentos mistos, claro. Não de culpa como se viu, mas de tristeza por abandonar o convívio com tantos colegas/amigos com quem partilhei a vivência desta clínica psiquiátrica. Mas também de alegria porque sinto que saio com saúde, força e entusiasmo, o que é um excelente capital de investimento para os anos que se seguem.

Em 1992, no meu curriculum para o concurso de provimento de chefe de Serviço em Psiquiatria, escrevi nos agradecimentos:

“Ao Prof Adriano Vaz Serra que, ao longo destes 20 anos, o ensinou e disciplinou, permitindo a sua autonomização na escolha da área a que se tem dedicado – a sexologia – sem no entanto descurar a prática clínica psiquiátrica”.

Este agradecimento foi feito com a contenção adequada a um concurso de provas públicas.

Hoje, nove anos decorridos e neste momento, já não tenho que me conter.

Acrescentarei a amizade, o respeito e uma cumplicidade que, ao longo de 30 anos esteve presente nos momentos mais importantes e delicados da vida da Clínica Psiquiátrica, ainda que nem sempre e não necessariamente, expressa por palavras.

Em relação ao dia de hoje, que dizer? Apenas que ultrapassou tudo o que eu teria previsto para uma cerimónia de despedida. O Prof Vaz Serra é, à sua maneira, um homem desmedido. Esta festa, sim porque de festa se trata, é a melhor prova do que acabei de afirmar. O meu sentimento aqui também é misto. Não sei se uma deserção merecia tanto carinho, mas sinceramente obrigado.

O meu agradecimento à presença dos meus amigos. Quero deixar bem claro, que todos os que aqui estão,

<sup>(1)</sup> Chefe de Serviço aposentado da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C.

\* Conferência Elysio de Moura proferida em 25/10/01

## Metamorfozes da Histeria\*

POR

MANUEL JOÃO R. QUARTILHO<sup>(1)</sup>

Histeria é um termo *obrigatório* quando falamos das relações entre o corpo e a mente, ou mesmo das relações entre a medicina e a cultura. É um termo que representa, ao longo da sua estimulante evolução conceptual, uma irresistível mistura de ciência, de sexualidade e de sensacionalismo, com um trajecto geralmente reconhecido em quatro tempos históricos distintos: os períodos ginecológico, demonológico, neurológico e psicológico. Talvez seja a categoria neurótica mais antiga e mais importante da história da medicina, com referências históricas que a localizam nos papiros egípcios de 1900 AC. É um vocábulo que já conheceu os atributos de fóssil, com morte anunciada mas sobrevivendo sempre à sua oração fúnebre, e de camaleão, com significados sucessivamente diferentes ao longo do tempo histórico. Com efeito, as histerias da Grécia Clássica, da demonologia católica do século XVI, da sociedade Vitoriana, ou da pós-psicanálise, são histerias diferentes que tornam difícil a comparação através dos tempos e dos lugares. A saber, nos séculos XVI e XVII, a histeria habitou o largo espectro da melancolia. No século XVIII, confundiu-se com a hipocondria. No século XIX, sobre pôs-se ao nervosismo, à neurastenia, e à prostração nervosa. Nas nossas conversas comuns, a histeria é geralmente associada à exibição de respostas emocionais exageradas e tem, amiúde, uma conotação pejorativa, insultuosa. Fulano é um histérico, fulana é uma histérica. Em muitos trabalhos literários, aparece como uma metáfora difusa para o mal estar emocional, uma espécie de “histeria do coração”. Na prática profissional da medicina, deixou de ser uma entidade nosológica, como sabemos, mas não fez desaparecer a realidade clínica das suas manifestações. Em suma, a histeria é

um conceito cuja imprecisão crónica teima em persistir, ainda hoje, tanto como a sua resistência à erosão do tempo. É por estas razões que faz sentido revisitá-la hoje, mesmo que o termo venha a desaparecer, na expectativa de explicar ou compreender melhor, afinal, os fenómenos que lhe estão subjacentes.

De um ponto de vista estritamente clínico, a histeria foi primeiro encarada como uma doença, como uma perturbação do espírito explicável por uma anomalia biológica subjacente. Mais tarde, invertiu-se o raciocínio explicativo e considerou-se que estava em causa uma perturbação do espírito tornada pública através de sintomas corporais. Afastada a hipótese de uma alteração biológica, veio depois a concluir-se que o termo deveria significar uma ausência de doença ou, mais especificamente, um comportamento peculiar que produzia uma aparência de doença. Assim, o estudo da histeria enquanto doença foi sacrificado em favor do estudo do doente histérico, com os seus atributos e com as suas acções, bem como com os seus sinais e sintomas. O termo *histeria*, neste contexto, foi sendo progressivamente substituído pelo termo *histérico*. Mais recentemente, as classificações oficiais abandonaram ambos os termos, histeria e histérico, e fizeram emergir um novo vocabulário, menos poético e mais científico, que inclui entidades nosológicas tão distintas como a Perturbação de Somatização, a Perturbação de Conversão e a Perturbação Identitativa da Personalidade. Consagrou-se deste modo uma alteração taxonómica radical que se justifica, aparentemente, pelo facto de a histeria ter sido apresentada erroneamente como uma doença, no passado, e ainda, não menos importante, pelo facto de o seu uso, científico e popular, reflectir e perpetuar um alegado chauvinismo masculino. A

<sup>(1)</sup> Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra. Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria.

\* Conferência realizada no âmbito do IV Congresso Nacional de Psiquiatria. Coimbra, Novembro de 2001

## Comportamento Suicida: Alguns Aspectos Neurobiológicos\*

POR

ANTÓNIO FERREIRA DE MACEDO<sup>(1)</sup>, ANA DOURADO<sup>(2)</sup>, JOSÉ VALENTE<sup>(3)</sup>, ISABEL COELHO<sup>(4)</sup>, MARIA JOÃO SOARES<sup>(5)</sup>, VÍTOR SANTOS<sup>(6)</sup> E MARIA HELENA PINTO DE AZEVEDO<sup>(7)</sup>

### Resumo

*O comportamento suicida resulta de uma complexa interação de múltiplos factores, que pode tornar-se mais compreensível num modelo de diátese-stresse. Neste contexto, os autores fazem uma breve revisão dos aspectos biológicos do suicídio, nomeadamente os factores genéticos que podem estar implicados na vulnerabilidade para este comportamento, sendo apresentados os resultados dos estudos de epidemiologia genética e genética molecular que sustentam essa hipótese. Os estudos de marcadores genéticos, embora mostrem resultados inconsistentes, apresentam alguma evidência do envolvimento de uma disfunção do sistema serotoninérgico, no comportamento suicida.*

### Abstract

*Suicidal behaviour is the result of the complex interplay of multiple factors, which are better accounted for in a comprehensible diathesis-stress model. The authors make a brief review of the biological aspects, namely the genetic factors that may underlie the vulnerability for suicidal behaviour, and the results of genetic epidemiology studies that support this hypothesis, are presented. Recent molecular genetic studies had shown inconsistent results, however there is some evidence that a dysfunction in the serotonergic system may be involved in suicidal behaviour.*

### Introdução

O comportamento suicida (CS) compreende um espectro de fenómenos, desde o suicídio consumado à

tentativa de suicídio e na sua forma mais leve, a ideação suicida, constituindo um preocupante problema de saúde pública que, em vários países, contribui para uma proporção significativa da mortalidade total.

<sup>(1)</sup> Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra

<sup>(2)</sup> Investigadora da Faculdade de Medicina de Coimbra

<sup>(3)</sup> Psiquiatra (Casa de Saúde Rainha S. Isabel/Condeixa)

<sup>(4)</sup> Assistente Convidada da Faculdade de Medicina de Coimbra/Assistente Graduada de Psiquiatria-HUC

<sup>(5)</sup> Psicóloga-Técnica Superiora de 1<sup>a</sup>

<sup>(6)</sup> Interno do Internato complementar de psiquiatria – HUC.

<sup>(7)</sup> Professora Catedrática da Faculdade de Medicina de Coimbra

\* Este estudo tem o apoio do *European Genetic and Neuroimaging Study of Suicide Ideation and Behaviour* (Coordenador para Portugal: Doutor António Ferreira de Macedo/ Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Coimbra).

## Sexo *Online* em Portugal – Uma Investigação Sobre Comportamentos Sexuais em Chats Portugueses\*

POR

ANA ALEXANDRA CARVALHEIRA<sup>(1)</sup> E FRANCISCO ALLEN GOMES<sup>(2)</sup>

### Resumo

*A procura de sexo na Internet, um tema de grande actualidade, assume uma diversidade de formas, verificando-se uma sobreposição de comportamentos sexuais com distintos objectivos. No presente trabalho apresentamos alguns resultados duma investigação em curso sobre uma forma particular de actividade sexual na Net, o sexo online, de indivíduos portugueses em chats de conteúdo sexual existentes em Portugal. Atendendo à escassa literatura existente sobre este fenómeno, os autores tiveram necessidade de elaborar um questionário de auto-resposta para recolha de dados relativos aos seguintes domínios: sexo online preferência exclusiva; o papel do anonimato; competências sociais; sexo online como ponto de partida para o real; fantasias sexuais; e dependência. A amostra, recolhida online, é composta por 400 sujeitos, maioritariamente do sexo masculino (78%), jovens (59%), sobretudo estudantes (47%). A análise da informação recolhida é sugestiva da existência de dois grupos de indivíduos com objectivos diferentes: (1) os que utilizam a actividade sexual online como ponto de partida rápido para o real, ou seja, para os quais os chats representam uma transição para o encontro real; (2) e os indivíduos que têm como objectivo único e primordial a actividade sexual online, sem qualquer interesse no posterior encontro real.*

### INTRODUÇÃO

*“Se queres sexo.....estás a um teclado de distância”*  
(Wysocki, 1998)

A Net (Rede) é já um poderoso meio de comunicação com fortes implicações no relacionamento interpessoal. Os reflexos da Rede na actual diversidade de relações são ainda imprevisíveis, mas já é possível identificar alguns fenómenos que preocupam os investigadores. Tais fenómenos existem num contexto social, mas também se encontram já num contexto clínico.

O Ciberespaço, enquanto espaço público de comunicação, permite uma imensidade de trocas: comunicam-

se conteúdos, formas e emoções. As significações e o simbólico, presentes no fenómeno da comunicação, são possíveis no ciberespaço. A Rede é um mundo sem fronteiras geográficas onde isso acontece a todo o momento. A Rede é o local de todos os encontros. A Net, constitui um território livre, permite fazer e desfazer relações, mais tarde legalizadas ou não no casamento, pode ser fonte de prazer, mas também de sofrimento, podendo levar a um estado patológico, quando se instala uma dependência. Neste caso, a procura de sexo na Net, passa a ser uma actividade central na vida dos indivíduos, que deixam de ter tempo para fazer outras coisas no seu quotidiano, ocupando grande parte do dia ou da noite na actividade sexual online, podendo mesmo

<sup>(1)</sup> Psicóloga clínica na equipa da Consulta de sexologia dos HUC. Bolseira da Fundação para a Ciência e Tecnologia

<sup>(2)</sup> Médico psiquiatra

\* Apresentado no XV Congresso Mundial de Sexologia, Junho de 2001, em Paris. Resultados preliminares foram publicados na revista SOS Saúde, Setembro, 2001.

## Factores de Risco na Perturbação Pós-Stress Traumático

POR

CATARINA BRITO DE ARRIAGA ARAGÃO SACADURA<sup>(1)</sup>

### Resumo

*No presente artigo, a autora faz uma breve revisão de literatura acerca dos factores de risco na Perturbação Pós-Stress Traumático, nomeadamente factores relacionados com o evento indutor de stress, variáveis demográficas, factores familiares, factores de personalidade, factores neuro-cognitivos e factores biológicos/genéticos, abordando ainda possibilidades de prevenção do distúrbio.*

### Summary

*In this paper, the author presents a review of risk factors for Posttraumatic Stress Disorder, namely factors related to the stresser, demographic factors, family factors, personality factors, neuro-cognitive factors and biological/genetic factors, well as means of prevention.*

### INTRODUÇÃO

Os seres humanos são organismos complexos que incessantemente procuram adaptar-se às mudanças impostas pelo seu meio físico e social, tentando procurar um sentido para os acontecimentos e construir modelos internos para o mundo (Yule, Williams & Joseph, 1999). A resposta de medo e ansiedade perante uma ameaça constitui uma estratégia de sobrevivência quer para o indivíduo, quer para a própria espécie, contribuindo para a aprendizagem no sentido de lidar com tais situações ou, pelo menos, evitá-las. Depois do perigo passar, é normal reflectir sobre esta ameaça, de modo a tornar-se possível a identificação de novos sinais de perigo, sendo este um processo altamente adaptativo (Yule, *et al.*, 1999). Não obstante, ao longo dos anos, diversos investigadores têm verificado que após eventos particularmente traumáticos alguns indivíduos desenvolvem sintomas persistentes entre

eles o reviver de forma intrusiva do trauma, comportamentos de evitamento e um conjunto de sintomas de hiperactivação vegetativa. Estes casos foram inicialmente estudados, de forma mais aprofundada, em cenários de guerra, nomeadamente as Primeira e Segunda Guerras Mundiais e a Guerra do Vietnam, mas tem-se vindo a constatar que o mesmo ocorre em muitos outros contextos. De facto, tem-se verificado um interesse crescente no estudo desta perturbação no que toca a uma abrangente variedade de eventos traumáticos vivenciados por indivíduos na comunidade (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis & Andreski, 1998). Segundo Herbert (1997), qualquer situação ameaçadora, tal como tremores de terra, incêndios, abuso sexual e até acidentes de automóvel, para além das clássicas experiências de combate, é passível, numa dada proporção de casos, de desencadear sintomas severos de stress pós traumático.

Actualmente, sabe-se que a Perturbação Pós Stress

<sup>(1)</sup> Honorary Research Worker, Psychology Department/Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, Denmark Hill, LONDON SE5 8AF

## Aspectos psico-sociais do adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1\*

POR

CARLOS GÓIS<sup>(1)</sup>

### Resumo

**Introdução:** O adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1 soma à adaptação normativa o ajustamento psicológico à doença e a exigência da adesão terapêutica. Tanto o ajustamento como a adesão vão concorrer para o controlo metabólico integrados num modelo global de desenvolvimento. Do controlo metabólico dependem a eclosão ou agravamento das complicações da diabetes. **Objectivo:** Determinar que aspectos individuais e sociais do adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1 se associam à adesão terapêutica e ao controlo metabólico. **Metodologia:** 55 adolescentes diabéticos com idades entre os 12 e os 19 anos foram estudados quanto a características socio-demográficas, variáveis de coping, auto-conceito, ajustamento emocional à diabetes, psicopatologia, personalidade, ambiente familiar, antecedentes de dificuldades de aprendizagem e referência à diabetes como acontecimento de vida fundamental. A adesão terapêutica englobava a dieta, o registo da autovigilância e terapêutica, o autocontrolo e o tratamento da hipoglicemia. O controlo metabólico foi determinado através do valor da glicohemoglobina (HbA1c). A amostra de doentes foi comparada com uma amostra controlo de 30 adolescentes saudáveis. **Resultados:** o valor médio da glicohemoglobina foi de  $9,88\% \pm 4,14$ ; o género feminino nos diabéticos apresentava menos satisfação com a sua aparência física ( $t=3,97; p<.001$ ), menos bem estar positivo ( $t=2,18; p<.05$ ) e geral ( $t=2,47; p<.05$ ), menos auto-estima ( $t=2,24; p<.05$ ) e mais ansiedade traço ( $t=-2,20; p<.05$ ) (correlacionando-se estas duas últimas variáveis com a duração da diabetes); não houve diferenças importantes entre adolescentes com diabetes e saudáveis; o género feminino, os adolescentes mais novos e os de nível socio-económico mais baixo apresentavam mais aspectos associados a menor adesão terapêutica e pior controlo metabólico; os adolescentes de mais idade e do género feminino com maior auto-conceito na aceitação social entre os seus pares apresentavam pior controlo metabólico. **Conclusões:** os aspectos psico-sociais dos adolescentes diabéticos portugueses assemelham-se aos de outros estudos; podem definir-se como grupos de risco para dificuldades na adesão e no controlo metabólico da diabetes: o género feminino, os mais novos e os pertencentes a um pior nível socio-económico.

### 1. Introdução

A classificação actualmente proposta pela American Diabetes Association, (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1997), procurando uma classificação baseada num

modelo etiológico, divide a Diabetes Mellitus (DM) genericamente em dois grandes grupos, a do Tipo 1 e a do Tipo 2.

A morbilidade e mortalidade da DM resultam das complicações agudas e crónicas. As primeiras decorrem

<sup>(1)</sup> Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria. Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria. Assistente Convidado da Clínica Universitária de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa.

\* Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde. Ministério da Saúde. Contacto: Carlos Góis. Serviço de Psiquiatria. Hospital de Santa Maria. Av. Prof. Egas Moniz 1699 Lisboa. E.mail: carlosgois@pol.pt

## Por que medir a dor?

POR

FÁTIMA FALEIROS SOUSA<sup>(1)</sup> e JOSÉ APARECIDO DA SILVA<sup>(1)</sup>

### Resumo

*A mensuração da dor é essencial para a avaliação e o tratamento dos efeitos da dor. Há, todavia, diferentes problemas metodológicos referentes aos diferentes métodos ou procedimentos utilizados para a avaliação adequada da dor. Os métodos psicofísicos podem ser adequadamente empregados para a mensuração tanto da dor clínica quanto da dor experimental. Nesta breve revisão da literatura nós mostramos que os métodos psicofísicos podem ser úteis para analisar os mecanismos da dor, a analgesia e também os vieses metodológicos inerentes aos registros verbais da dor. A metodologia psicofísica pode ser uma medida fidedigna e válida do quinto sinal vital, que é a dor, em todas as suas dimensões.*

**Palavras-chave:** *Mensuração da dor, Psicofísica da dor, Avaliação da dor, Dor Clínica, Percepção da dor*

### Abstract

*The measurement of clinical pain is essential to the evaluation of pain problems and treatment effects. There is as yet, however, little consensus and limited empirical basis from which to select appropriate measurement methods. Clinical pain measurement must have adequate reliability and validity and sufficient logistical convenience to be practical in the clinical setting. Different studies suggest that experimental pain methods may assess clinical pain magnitude independent of direct verbal report. These recent applications suggest a new and promising role for experimental pain methods. In this paper we made an overview of the main psychophysical procedures frequently used to measure clinical and experimental pain. We showed that these methods should be useful to analysis the mechanisms of pain, analgesia, and the methodological issues assoociated with the human verbal report. Also, we discussed that a validated indirect clinical pain measure would be a major advance in the management of the medical, legal and social problems associated with the private, subjective experience of chronic pain.*

**Key-words:** *Pain measurement, Pain Psychophysics, Pain Assessment, Clinical Pain, Pain Perception*

---

<sup>(1)</sup> Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-Campus de Ribeirão Preto.

<sup>(2)</sup> Professor Catedrático e Chefe do Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo-Campus de Ribeirão Preto

**Endereço Institucional:** Universidade de São Paulo- Campus de Ribeirão Preto - Av. dos Bandeirantes, 3900; 14.040-901 Ribeirão Preto, SP., Brasil

## Sumário

Estrutura Dimensional dos Sintomas Esquizofrénicos com o Sistema OPCRIT — <i>José Valente, M. Helena Azevedo, António Macedo, Ana Dourado, Isabel Coelho, M. João Soares, Carlos Pato, Michele Pato, James Kennedy</i>	91
Prevalência dos Distúrbios Psicóticos Major na Ilha de Santa Maria, Região Autónoma dos Açores — <i>Ana Dourado, M. Helena P. de Azevedo, António Macedo, Isabel Coelho, José Valente, M. João Soares, António Luís Pires, Carlos Pato, Michele Pato</i>	103
A Psicossomática Revisitada — <i>Rui Coelho, Joana Prata, Sónia Ramos</i>	113
Sexo Online em Portugal — Estrutura Factorial do “Questionário de Comportamentos Sexuais nos Chats” — <i>Ana Alexandra Carvalheira e Francisco Allen Gomes</i>	123
Psicopatologia do Delírio: Revisão Bibliográfica — <i>Guadalupe Rojas</i>	131
Que Famílias Queremos? — <i>Guadalupe Rojas</i>	141
Consumo de Psicotrópicos — <i>Sofia Morais, Tiago R. Marques</i>	153

## Estrutura Dimensional dos Sintomas Esquizofrénicos com o Sistema OPCRIT\*

POR

JOSÉ VALENTE<sup>(1)</sup>, M. HELENA AZEVEDO<sup>(1)</sup>, ANTÓNIO MACEDO<sup>(1)</sup>, ANA DOURADO<sup>(1)</sup>, ISABEL COELHO<sup>(1)</sup>, M. JOÃO SOARES<sup>(1)</sup>, CARLOS PATO<sup>(2)</sup>, MICHELE PATO<sup>(2)</sup>, JAMES KENNEDY<sup>(3)</sup>

### Resumo

*O uso de análises multivariadas para encontrar dimensões de sintomas que possam ser usadas como fenótipos nos estudos genéticos, pode constituir uma estratégia alternativa aos fenótipos categoriais. O objectivo deste trabalho era determinar, na esquizofrenia, a estrutura factorial dos sintomas psicóticos a partir da lista de sintomas do Sistema OPCRIT e investigar a sua associação com determinadas variáveis, tais como género, idade de início da doença e curso da doença. A amostra de 108 doentes com um diagnóstico de esquizofrenia (DSM III-R), foi avaliada com a DIGS e a lista de sintomas OPCRIT foi preenchida, com base na presença de sintomas em toda a vida. Foram seleccionados 26 itens do OPCRIT, tendo sido efectuada uma análise de componentes principais com rotação varimax. Através do scree test foram extraídos 2 factores. O Factor 1 designado como "paranóide" era composto de delírios e alucinações. Os itens ligados ao Factor 2 (não-paranóide) eram constituídos principalmente por sintomas negativos. Não foi encontrada nenhuma associação significativa entre qualquer dos factores e a idade de início da doença. Por análise de variância (ANOVA) foi encontrada uma associação significativa entre o Factor 1 e sexo feminino ( $p=.015$ ) e entre o Factor 2 e sexo masculino ( $p=.000$ ) e curso mais grave da doença ( $p=.016$ ).*

### Abstract

*Partitioning clinical phenotypes with multivariate analyses, in order to find meaningful symptom dimensions may be a useful alternative strategy to categorical phenotypes in genetic studies. The purpose of this study was to determine the factor structure of OPCRIT psychotic items and its association with gender, age of onset and illness course, in schizophrenia. A total of 108 patients with the diagnosis of schizophrenia (DSM III-R), were assessed using the DIGS, and the OPCRIT checklist was completed on a lifetime basis. Twenty six psychotic symptoms of the OPCRIT were selected and a principal component analysis with varimax rotation was performed. Two factors were extracted as determined by the screen test. Factor 1 labelled "paranoid" was composed of delusions (were these predominantly paranoid delusions or delusions in general) and hallucinations. Items loading on Factor 2 (non-paranoid) were mainly negative symptoms. No significant associations were found between each factor and age of onset. Statistically significant associations were found between Factor 1 and female sex ( $p=.015$ ); and Factor 2 with male sex ( $p=.000$ ) and a worse illness course ( $p=.016$ ), as measured by ANOVA.*

<sup>(1)</sup>Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Rua Larga, 3004-504 Coimbra, Portugal. Email: jvalente@ci.uc.pt

<sup>(2)</sup>Department of Psychiatry, SUNY at Buffalo, Buffalo, NY. Email: cmpato@aol.com

<sup>(3)</sup>CAMH, 250 College St. University of Toronto, Canada

\* Trabalho baseado na Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Coimbra em 2000.

## Prevalência dos Distúrbios Psicóticos Major na Ilha de Santa Maria, Região Autónoma dos Açores

POR

ANA DOURADO<sup>(1)</sup>, M. HELENA P. DE AZEVEDO<sup>(2)</sup>, ANTÓNIO MACEDO<sup>(3)</sup>, ISABEL COELHO<sup>(4)</sup>, JOSÉ VALENTE<sup>(5)</sup>, M. JOÃO SOARES<sup>(6)</sup>, ANTÓNIO LUIS PIRES<sup>(7)</sup>, CARLOS PATO<sup>(8)</sup>, MICHELE PATO<sup>(8)</sup>

### Resumo

*O objectivo do presente estudo foi investigar a prevalência dos distúrbios psicóticos major, esquizofrenia e distúrbio afectivo bipolar (DAB), na ilha de Santa Maria, Região Autónoma dos Açores. A metodologia usada na detecção dos casos envolveu o recurso a diversas fontes de informação. Psiquiatras, Médicos de Família, e os Serviços de Enfermagem e Administrativos do Centro de Saúde local. Após a obtenção do consentimento informado, os doentes foram avaliados através da DIGS, tendo-se procedido à cotação do OPCRIT, numa base lifetime e posteriormente obtido os diagnósticos de consenso do OPCRIT.*

*De acordo com os critérios de diagnóstico da DSM-III-R e da CID-10, foram encontradas prevalências em toda a vida baixas para ambos os distúrbios. Relativamente à esquizofrenia foi encontrada uma prevalência de 2.4:1000 na população geral e de 3.2:1000 na população com idade igual ou superior a 15 anos. No distúrbio afectivo bipolar, a prevalência foi de 1.2:1000 na população geral e de 1.6:1000 na população com idade igual ou superior a 15 anos.*

### Abstract

*The objective was to study the prevalence of major psychoses (schizophrenia and bipolar affective disorder) in Santa Maria Island, Autonomous Region of Azores, Portugal. Patients were identified through multiple informants, including psychiatrists, general practitioners, nurses and administrative personnel. After informant consent was given, patients were interviewed using the DIGS and the OPCRIT checklists were completed on a lifetime-ever basis. Finally a consensus lifetime OPCRIT diagnosis was obtained.*

*We found in the total population a low lifetime prevalence rate of schizophrenia and bipolar affective disorder (DSM-III-R, ICD-10) of 2.4:1000 and 1.2:1000, respectively. In the population aged 15 years or over, the prevalence rate for each disorders were respectively 3.2:1000 and 1.6:1000.*

<sup>(1)</sup> Investigadora da Faculdade de Medicina de Coimbra (F.M.C.), e-mail: adourado@fmed.uc.pt;

<sup>(2)</sup> Professora Catedrática da F.M.C.;

<sup>(3)</sup> Professor Auxiliar da F.M.C.;

<sup>(4)</sup> Assistente Convidada da F.M.C./Assistente Graduada de Psiquiatria dos HUC;

<sup>(5)</sup> Assistente Convidado da F.M.C./Psiquiatra da Casa de Saúde Rainha S. Isabel;

<sup>(6)</sup> Psicóloga da F.M.C.;

<sup>(7)</sup> Assistente Graduado de Psiquiatria do Hospital Divino Espírito Santo;

<sup>(8)</sup> Professor Associado, Department of Psychiatry, SUNY at Buffalo, New York.

## A Psicossomática Revisitada

POR

RUI COELHO<sup>(1)</sup>, JOANA PRATA<sup>(2)</sup>, SÓNIA RAMOS<sup>(3)</sup>

### Resumo

*Os autores procedem à revisão do conceito de Psicossomática e dos modelos que contribuíram para o seu conhecimento actual, nomeadamente psicodinâmicos, biológicos e sociais. Actualizam os avanços no diagnóstico e aferem a importância de uma abordagem integrada biológica e psicossocial. Concluem referindo que apesar de alguns clínicos ainda utilizarem uma abordagem dualista "mente ou corpo", cada vez mais a prática demonstra que os aspectos psicossomáticos devem ser aceites como um componente essencial para uma maior eficácia dos cuidados médicos.*

**Palavras-chave:** *Psicossomática; Sintomas físicos; Aspectos psicológicos; Abordagem terapêutica.*

### Summary

*The authors proceed to the revision of Psychosomatic's concept and of the models that contributed to its contemporary knowledge, such as psychodynamics, biological and social ones. They describe the most recent advances on diagnosis and comment the importance of a biological and psychosocial therapeutical approach. As a conclusion, they refer that, although some practitioners still use an dualist approach "mind or body", practice continuously demonstrates us that psychosomatics aspects must be accepted as an essential component in order to achieve a better efficacy in medical care.*

**Key words:** *Psychosomatic; Physical symptoms; Psychological aspects; Therapeutical approach.*

Embora o conceito de Medicina Psicossomática e de inter-relação entre vida emocional e processos corporais (*psique-soma*) seja de certo histórico, só em 1818 é que Heinroth utilizou, pela primeira vez, o termo "psicossomática" ao invocar o papel de factores psicossomáticos nas insónias.

Considerada por uns uma teoria particularmente sofisticada e por outros algo inerente a qualquer acto

médico, a Medicina Psicossomática foi, até há bem pouco tempo, uma área ambígua e de difícil definição tendo o termo "psicossomática" já definido uma diversidade de noções entre as quais alterações físicas causadas ou agravadas por factores psicológicos e, menos frequentemente, perturbações psicológicas agravadas ou causadas por factores físicos; ainda, um ramo da medicina preocupado com a relação entre o

<sup>(1)</sup> Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria no Hospital de S. João. Professor Auxiliar de Psiquiatria e Saúde Mental na Faculdade de Medicina do Porto;

<sup>(2)</sup> Interna Complementar de Psiquiatria no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia;

<sup>(3)</sup> Interna Complementar de Psiquiatria no Hospital de Magalhães Lemos.

## Sexo Online em Portugal – Estrutura Factorial do “Questionário de Comportamentos Sexuais nos Chats”

POR

ANA ALEXANDRA CARVALHEIRA<sup>(1)</sup> E FRANCISCO ALLEN GOMES<sup>(2)</sup>

### Resumo

*A investigação sobre a actividade sexual online é ainda muito escassa e praticamente inexistentes os instrumentos para a sua avaliação. Dado o seu interesse, os investigadores construíram um questionário para estudar os comportamentos sexuais dos indivíduos nos chats portugueses. Para a sua elaboração basearam-se na experiência clínica e em entrevistas realizadas nos canais com os seus utilizadores.*

*No presente trabalho apresentamos a análise estatística para apuramento do questionário para o estudo de comportamentos sexuais em chats de conteúdo predominantemente sexual. A investigação é realizada em chatrooms nacionais, através do IRC – Internet Relay Chat, com sujeitos portugueses.*

*Trata-se de um estudo descritivo, com uma amostra de 400 sujeitos, recolhida online, através de um questionário de 58 itens elaborado pelos autores. Uma análise factorial de componentes principais seguida de rotação varimax permite encontrar uma solução de 7 factores que explicam 58,086% da variância total, após serem excluídos alguns itens com más características psicométricas. O Factor 1 avalia competências sociais no real, dificuldades em contexto social e a possibilidade de ultrapassar esses obstáculos em situação online com a protecção do anonimato. O Factor 2 representa a preferência pelo sexo online, constituindo o domínio de maior interesse para os investigadores. O Factor 3 denomina-se “Filtro para Posterior Encontro” e traduz o carácter instrumental do chat como ponto de partida para futuros encontros offline. O Factor 4 identifica a preferência pelo sexo por telefone comparativamente ao sexo online. O Factor 5 avalia o papel das fantasias sexuais neste tipo de actividade sexual. O Factor 6 é relativo à possibilidade dos sujeitos assumirem falsas identidades no contexto de anonimato, nas relações online. O Factor 7 e último, pretende abordar o impacto do sexo online nas relações reais dos sujeitos, se estas existirem.*

### INTRODUÇÃO

A procura de sexo na Internet assume uma diversidade de formas, verificando-se uma sobreposição de comportamentos sexuais com distintos objectivos. Em trabalho anterior apresentámos os primeiros resultados duma investigação em curso sobre uma forma particular de actividade sexual na Net: a actividade sexual de indivíduos portugueses em chats de conteúdo

predominantemente sexual existentes em Portugal (Carvalheira & Gomes, 2002).

O sexo online é entrar numa relação com alguém, com o objectivo de realizar uma actividade sexual, pela comunicação escrita (textual), em tempo real, de conteúdo erótico-sexual, com o objectivo de excitação sexual, com um ou vários parceiros, e ainda com a possibilidade de utilização de web camera, que permite a visualização dos parceiros também em tempo real.

<sup>(1)</sup> Psicóloga clínica na equipa da Consulta de Sexologia dos IIUC. Bolsista da Fundação para a Ciência e Tecnologia.

<sup>(2)</sup> Médico Psiquiatra.

## Psicopatologia do Delírio: Revisão Bibliográfica

POR  
GUADALUPE ROJAS<sup>(1)</sup>

### Resumo

*O autor faz uma breve revisão bibliográfica teórica sobre a psicopatologia do delírio, abordando-o segundo as diferentes escolas e ao longo da história da psiquiatria.*

### BREVE HISTÓRIA E CONTRIBUTOS AO CONCEITO DO DELÍRIO

Sendo um sintoma de grande importância em psiquiatria, o delírio tem sido fonte de grande controvérsia. Tem-se escrito muito sobre este sintoma e muito há ainda por investigar. Nesta introdução expomos diferentes concepções segundo as escolas mais importantes e autores mais influentes.

“Um fantasiar sem febre e sem transtorno da consciência” é a primeira descrição do delírio que se conhece e foi feita por Chiarugi (1795), um médico italiano. O mesmo autor define o delírio como uma inadequação do juízo de uma pessoa com respeito à realidade, por outras palavras, falha na capacidade de emitir um juízo.

Ao longo do século XIX e após as noções de Esquirol, o delírio ficou definido: como uma ideia falsa, de origem patológica, irredutível à argumentação lógica e que altera o juízo de realidade.

No século XX, a Psiquiatria Francesa com a análise da psicopatologia, diferenciou imensas formas de delírio conforme o seu conteúdo e tentou fazer de todas elas entidades nosológicas diferentes, nomeando-as segundo os autores que as descreviam. Pelo contrário a Psiquiatria Alemã aprofundou o conhecimento do que subjaz nas diferentes formas de delírio e no intento de precisar o conceito. Assim temos como máximo representante desse tempo, Kraepelin: (1907) que veio defini-lo

como “Ideias morbidamente falseadas, que não são acessíveis a correção por meio de argumentos”. Dentro da mesma escola, mas incluindo nas definições novos e interessantes aspectos, está Jaspers que em 1928 disse “O delírio é uma transformação na consciência global da realidade, que secundariamente se anuncia nos juízos de realidade e estes pela sua vez provêm da elaboração pelo pensamento de experiências imediatas”. Somente onde se pensa e se julga pode nascer o delírio.

Jaspers seguido de Schneider (1952) criticaram os dois pilares fundamentais, até então, do conceito clássico do delírio, que eram; a ideia de falsidade e do patológico, argumentando que a falsidade é relativa e acessória, dependente de factores culturais e religiosos e afirmando que o carácter patológico se estabeleceu desde o princípio, para diferenciá-las das ideias e crenças com influência cultural. Jaspers, ao conteúdo impossível do juízo, acrescentou duas características: a incorrigibilidade e o carácter de evidência absoluta que o acompanha. (*Impossível, irredutível, incorrigível*). Bumke (1946) com outras palavras disse “o delírio é um erro morbidamente originado e incorrigível”.

São também interessantes os contributos de Grüler (1953), afirmando que a “vivência de significação” é a causa e a essência do delírio primário, definindo-o como “Um estabelecimento de relações sem motivo”. É uma nova significação, um distúrbio funcional num nível muito mais fundamental. Classificou as vivências delirantes em: ocorrência delirante, humor delirante e

<sup>(1)</sup> Interna de 4º ano de psiquiatria dos HUC.

## Que Famílias Queremos?

POR  
GUADALUPE ROJAS<sup>(1)</sup>

### Resumo

*O autor faz uma breve revisão bibliográfica sobre a conceptualização e as características das diferentes estruturas familiares existentes em maior ou menor proporção conforme o contexto cultural em que são estudadas. Apresenta resultados de diversos estudos de campo realizados por diferentes autores e em diversos países com o fim de conhecer as opiniões das pessoas relativamente à família. Termina com uma breve resenha relativamente ao casamento, à pessoa humana e à cultura.*

### INTRODUÇÃO

Apresento neste trabalho as diferentes estruturas familiares; embora me refira a elas como novas, nem todas o são. Não pretendo abordar cada uma delas em profundidade. Limito-me a indicá-las. A velocidade a que vivemos actualmente supõe, por vezes, uma dificuldade para parar e reflectir onde é que queremos chegar. As mudanças são tantas e tão rápidas que antes de ter tempo para as estudar já nos vemos confrontados com as suas consequências. A novidade a que me quero referir quando digo novas estruturas familiares é mais neste sentido. As consequências neste caso são de um preço muito elevado, infelizmente a instabilidade familiar, repercute principalmente nas crianças, os membros mais débeis da família, os mais vulneráveis.

Todos os técnicos de saúde mental estão cientes da importância do contexto familiar para um desenvolvimento saudável da criança. Temos como médicos e terapeutas que somos, um especial dever de proteger e fazer o que esteja a nosso alcance para fomentar a saúde física e mental da estrutura familiar.

### ALGUNS MODELOS DE ESTRUTURAS FAMILIARES

O antropólogo Miguel Vale de Almeida (1996)<sup>1</sup> no seu livro "Os tempos que correm", descreve muito

ágil e graficamente o tipo de moradores que poderíamos encontrar ao percorrer um prédio qualquer. No seu entender, essa experiência seria suficiente para nos fazer duvidar da existência "dessa coisa a que chamamos família".

Sem medo de afirmar que tudo isto é bem conhecido pela maioria de nós, passo a fazer uma breve resenha do que alguns autores chamam novas estruturas familiares.

#### 1. As famílias Monoparentais

As famílias monoparentais são definidas por M. Segalen (1999)<sup>2</sup> como "lares que têm à sua cabeça não duas pessoas de sexo oposto mas uma só, com filhos a cargo". Madalena Alarcão (2000)<sup>3</sup>, com uma visão mais ampla, afirma serem "famílias que perdem um progenitor, quer real, quer funcional". E afirma que "no futuro a mulher vai começar a marcar a sua ausência". Ecos desta realidade começam a verificar-se na prática clínica.

<sup>1</sup> M. Vale de Almeida. Os Tempos que correm. Celta editora. Oeiras. 1996

<sup>2</sup> M. Segalen. Sociologia da família. Terramar. Lisboa. 1999.

<sup>3</sup> M. Alarcão. (des) Equilíbrios Familiares. Quarteto. Coimbra. 2000.

<sup>(1)</sup> Interna de 4º ano de psiquiatria dos HUC.

## Consumo de Psicotrópicos\*

POR

SOFIA MORAIS<sup>(1)</sup>, TIAGO R. MARQUES<sup>(2)</sup>

### INTRODUÇÃO

Tem-se assistido, nos últimos anos, a uma progressiva banalização do uso de psicotrópicos. Este consumo, tem vindo a crescer, quer por um aumento da prescrição médica, quer por um aumento da automedicação, esta, porventura, mais grave.

O uso generalizado deste tipo de medicação (principalmente ansiolíticos e hipnóticos), e particularmente o seu uso crónico, tem vindo a ser objecto de preocupação e debate.

No entanto, e numa perspectiva diferente, está cada vez mais comprovada a eficácia deste tipo de fármacos. O que falta saber é se o aumento do consumo deste tipo de medicamentos corresponde de facto a um aumento no número de pessoas que sofre de um determinado tipo de patologias, ou se simplesmente acompanha a tendência generalizada para medicar tensões interpessoais, dificuldades sociais e profissionais, que causando sofrimento e mal-estar, não se podem considerar patologias abordáveis por modelos de intervenção biológica, mas sim, por uma intervenção de natureza psicológica e/ou sócio-ambiental.

Neste artigo, focamos o problema da prescrição de psicotrópicos em cuidados médicos primários, tentando mostrar pelos resultados encontrados, como esta pode ser considerada um problema de saúde pública em ascensão, numa sociedade com tendência para a individualização e perda progressiva dos valores que a sustentam.

### 2. Material e métodos

A população estudada é formada pelos doentes

<sup>(1)</sup> Int. Geral do H.D. Aveiro

<sup>(2)</sup> Int. Geral dos H.U.C.

\* Estudo efectuado em cuidados de saúde primários

que durante 6 semanas do mês de Fevereiro e Março de 2001 frequentaram as consultas de Clínica Geral e Medicina Familiar de diversos Centros de Saúde da cidade de Coimbra:

- Eiras
- São Martinho do Bispo
- Santa Clara
  - 1. Extensão Marco dos Pereiros
- Norton de Matos
  - 1. Sede
  - 2. Extensão de Torres do Mondego
  - 3. Extensão de Ceira

A escolha dos Centros de Saúde onde foram realizados os inquéritos não foi arbitrária, mas sim determinada pela intenção de englobar diversos estratos da população, nomeadamente o nível socio-económico e local de residência, de modo a que a amostra fosse o mais heterogénica possível, e reflectisse a realidade do Concelho de Coimbra.

Uma vez excluídas as consultas de Diabetologia, Planeamento Familiar e Saúde Infantil, chegámos a uma amostra constituída por 601 elementos de ambos os sexos.

Dos 601 indivíduos que constituíam a população alvo do nosso estudo, foram seleccionados os utentes a quem eram prescritos fármacos psicotrópicos, não tendo sido considerados para esse efeito, as substâncias psicoestimulantes ou psicoanalépticas. Os psicotrópicos foram divididos em ansiolíticos/hipnóticos, antidepressivos, neuroléticos e antimaniacos. Como não foi encontrado nenhuma prescrição de antimaniacos, este grupo não foi considerado para efeitos estatísticos.

## Sumário

Perfeccionismo – uma dimensão fenotípica comum aos fenómenos obsessivos e distúrbios alimentares? — <i>António Ferreira de Macedo, Fernando Pocinho, Maria João Soares, Ana Dourado, Clara Campos, Odete Domingues, Maria Helena Pinto de Azevedo, Michele Pato</i>	163
Correlatos Clínicos do gene DRD4 em Doentes com Esquizofrenia — <i>José Valente, M. Helena Azevedo, António Macedo, Ana Dourado, Isabel Coelho, M. João Soares, Carlos Pato, Michele Pato, James Kennedy</i>	175
Visão de Si Reflectida pela Visão dos Outros. Estudo comparativo entre patologia da personalidade e personalidade saudável — <i>Helena Espírito Santo, José Luís Pio Abreu</i>	187
Combater a Depressão em Família. Programa de Intervenção Psicológica em Grupo na Depressão — <i>Margarida Figueiredo, Zita Sousa</i>	199
Treino de habilidades sociais aplicado a pessoas com esquizofrenia — <i>Carlos Magalhães Coelho, Carlos Fernandes da Silva, Jorge Manuel Amaral Silvério, António Pacheco Palha</i>	205
Transtornos do Humor Relacionados com o Interferon: A Propósito de um Caso — <i>Guadalupe Rojas</i>	217
Depressão e doença vascular cerebral — <i>Palmira Coya, Pedro Abreu, Elsa Azevedo, Miguel Bragança</i>	221
Questionário de auto-cuidados na diabetes – contributo para a criação de um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento — <i>Isabel Silva, J. Pais-Ribeiro, Helena Cardoso &amp; Helena Ramos</i>	227

## Perfeccionismo – uma dimensão fenotípica comum aos fenómenos obsessivos e distúrbios alimentares?

POR

ANTÓNIO FERREIRA DE MACEDO<sup>(1)</sup>, FERNANDO POCINHO<sup>(2)</sup>, MARIA JOÃO SOARES<sup>(3)</sup>, ANA DOURADO<sup>(4)</sup>, CLARA CAMPOS<sup>(5)</sup>, ODETE DOMINGUES<sup>(5)</sup>, MARIA HELENA PINTO DE AZEVEDO<sup>(6)</sup>, MICHELE PATO<sup>(7)</sup>

### Resumo

*Neste trabalho, os autores fazem uma revisão do conceito de perfeccionismo e da sua relação com o distúrbio obsessivo-compulsivo (DOC) e os distúrbios alimentares (DA) (anorexia nervosa e bulimia nervosa). A investigação da hipótese da dimensão perfeccionista da personalidade constituir um factor de vulnerabilidade para alguns dos distúrbios do espectro obsessivo, pode representar um relevante avanço na compreensão etiológica destes distúrbios, podendo ainda ter repercussões a nível da prevenção e terapêutica.*

### Abstract

*In this paper, the authors make a revision of the perfectionism concept and of its relationship with either obsessive-compulsive disorder (OCD) or eating disorders (ED) (anorexia nervosa/ bulimia nervosa). The personality perfectionist dimension may be a susceptibility factor for both OCD and ED, and the investigation of this hypothesis can constitute an important progress in the etiologic understanding of these disorders, and could still have repercussions at the level of the prevention and treatment.*

### INTRODUÇÃO

Diversas linhas de evidência sugerem uma estreita relação entre o Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (DOC) e os Distúrbios Alimentares (DA) (anorexia nervosa - AN e bulimia nervosa - BN) (Monteleone, 2000). Essa relação diz respeito à partilha de diversas características clínicas, epidemiológicas, fenomenológicas,

estruturas e processos cognitivo-emocionais e eventualmente aspectos etiológicos (e.g. genéticos).

Palmer e Jones (1939) foram os primeiros a sugerir que a AN poderia constituir uma manifestação da "neurose compulsiva", tendo DuBois proposto alguns anos mais tarde, que a designação anorexia nervosa deveria ser alterada para "neurose compulsiva com caquexia" (DuBois, 1949). Já mais próximo de nós,

<sup>(1)</sup> Professor Auxiliar da FMC; Assistente Hospitalar da Clínica Universitária de Psiquiatria dos HUC

<sup>(2)</sup> Psicólogo Clínico da Clínica Universitária de Psiquiatria dos HUC

<sup>(3)</sup> Psicóloga da FMC

<sup>(4)</sup> Investigadora da FMC

<sup>(5)</sup> Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica da Clínica Universitária de Psiquiatria dos HUC

<sup>(6)</sup> Professora Catedrática da FMC; Chefe de Serviço da Clínica Universitária de Psiquiatria dos HUC

<sup>(7)</sup> Department of Psychiatry, SUNY at Buffalo, Buffalo, NY, USA

## Correlatos Clínicos do gene DRD4 em Doentes com Esquizofrenia

POR

JOSÉ VALENTE<sup>(1)</sup>, M. HELENA AZEVEDO<sup>(1)</sup>, ANTÓNIO MACEDO<sup>(1)</sup>, ANA DOURADO<sup>(1)</sup>, ISABEL COELHO<sup>(1)</sup>, M. JOÃO SOARES<sup>(1)</sup>, CARLOS PATO<sup>(2)</sup>, MICHELE PATO<sup>(2)</sup>, JAMES KENNEDY<sup>(3)</sup>

### Resumo

*Neste trabalho foi estudada a associação entre frequências alélicas e genótipos do DRD4 e dimensões de sintomas em doentes esquizofrénicos. A amostra incluí 108 doentes, 71 do sexo masculino e 37 do sexo feminino, com o diagnóstico de esquizofrenia (DSM III-R). Foi obtida uma estrutura de dois factores, factor 1 denominado "paranóide", factor 2 "não-paranóide" (Valente et al., 2002). Todos os doentes foram avaliados usando a DIGS, e a lista de sintomas OPCRIT foi completada numa perspectiva "em toda a vida". O ADN genómico foi extraído de células sanguíneas por métodos padronizados utilizando solução saturada de cloreto de sódio. A reacção em cadeia da polimerase foi levada a cabo num aparelho da calor programado usando a taq polimerase. A repetição de 48 pares de bases foi detectada por PCR.*

*Nenhuma associação significativa foi encontrada entre cada factor e os alelos 2, 4, 7, e "outros" (3+5+6). Associações estaticamente significativas foram encontradas entre o factor 1 e o genótipo 4,7 ( $p=.041$ ) e com heterozigosidade em comparação com homozigosidade ( $p=.019$ ).*

*Este estudo sugere que o genótipo (4,7) e heterozigosidade do DRD4 podem constituir factores de risco para o desenvolvimento de dimensões específicas de sintomatologia (delírios e alucinações) em doentes com esquizofrenia.*

### Abstract

*The association between allele frequencies and genotypes of DRD4 and symptom dimensions in schizophrenic patients was studied. The sample includes 108 patients, 71 males and 37 females, with the diagnosis of schizophrenia (DSM III-R). Two-factor structure (Factor 1 labelled "paranoid", Factor 2 non-paranoid) was obtained as shown by Macedo et al (2000). All the patients were assessed using the DIGS, and the OPCRIT checklist was completed on a lifetime basis. Genomic DNA was extracted from blood cells by standard methods employing saturated sodium chloride solution. The polymerise chain reaction was carried out in a programmable heat block using Taq polymerize. The 48 bp repeat was detected by PCR.*

*No significant associations were found between each factor and alleles 2, 4, 7, and "others" (3+5+6). Statistically significant associations were found between Factor 1 and the genotype 4,7 ( $p=.041$ ) and with heterozygosity as compared with homozygosity ( $p=.019$ ).*

*This study suggests that genotype (4,7) and heterozygosity of DRD4 may constitute liability factors for development of specific dimensions of symptomatology (delusions and hallucinations) in patients with schizophrenia.*

<sup>(1)</sup> Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Rua Larga, 3004-504 Coimbra, Portugal. Email: [jvalente@ci.uc.pt](mailto:jvalente@ci.uc.pt)

<sup>(2)</sup> Department of Psychiatry, SUNY at Buffalo, Buffalo, NY. Email: [cmpato@sol.com](mailto:cmpato@sol.com)

<sup>(3)</sup> CAMH, 250 College St. University of Toronto, Canada.

## Visão de Si Reflectida pela Visão dos Outros Estudo comparativo entre patologia da personalidade e personalidade saudável

POR

HELENA ESPÍRITO SANTO<sup>(1)</sup>, JOSÉ LUÍS PIO ABREU<sup>(2)</sup>

### Resumo

*A ideia de que a pessoa com Distúrbio de Personalidade não se vê como os outros a vêem está arraigada entre os profissionais de saúde mental. Neste artigo são apresentados os resultados principais de um estudo de investigação com o objectivo de questionar essa ideia. Este trabalho consistiu na comparação das correlações das várias escalas do Adjective Check List (ACL) entre a auto e hetero-descrição num grupo de 21 sujeitos diagnosticados com Patologia da Personalidade e noutro com 22 sujeitos sem esse diagnóstico. Os resultados apontam para uma melhor adequação entre as auto-descrições e hetero-descrições nos indivíduos com distúrbio de personalidade, o que contraria aquela ideia.*

### Abstract

*The present investigation examined the idea that people with Personality Disorders (P.D.) doesn't see himself as others see them. This study compared correlations of the different scales of Adjective Check List (ACL) between self-description and hetero-description in 21 P.D. patients and 22 patients of group control (with other disorders than depression or psychosis). P.D. patients showed a greater significant correlation between self and hetero-description than the controls. These findings suggest that P.D. patients guess more accurately the perceptions that others make about themselves. Some desiderata for future research on these findings are raised.*

### INTRODUÇÃO

Desde que Pinel, em 1801, separou clinicamente a "Manie sans délire" e Pritchard, em 1837, descreveu a "Insanidade Moral", diversos autores procuraram definir, caracterizar e explicar a então chamada "psicopatia". Mais tarde, Kurt Schneider alargaria este conceito a quadros não necessariamente anti-sociais, estabelecendo o grupo dos "Distúrbios da Personalidade" com o sentido aproximado que as

classificações actuais lhe concedem. O distúrbio da personalidade (D.P.) consiste em traços de personalidade inflexíveis, mal-adaptativos e duradouros que causam problemas no funcionamento social e ocupacional (World Health Organization, 1978; Millon, 1981; Tyrer *et al.*, 1988; American Psychiatric Association, 1994). A delimitação do conceito tem sido difícil, como o atesta a diversidade de definições. Podemos encontrar, no entanto, a ideia em comum de que o distúrbio da personalidade afecta negativa-

<sup>(1)</sup> Psicóloga, professora do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. E-mail: helena.aragao@mail.telepac.pt

<sup>(2)</sup> Psiquiatra do HUC, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra. E-mail: pioabreu@huc.min-saude.pt  
Hospital da Universidade de Coimbra, 3049 COIMBRA, PORTUGAL

## Combater a Depressão em Família Programa de Intervenção Psicológica em Grupo na Depressão

POR  
MARGARIDA FIGUEIREDO<sup>(1)</sup>, ZITA SOUSA<sup>(2)</sup>

### Resumo

*A depressão é uma perturbação psicopatológica recorrente, com um padrão intergeracional significativo, remetendo para a necessidade de intervenções no sentido do tratamento e da prevenção. Este artigo conceptualiza uma intervenção psicológica para o tratamento de indivíduos deprimidos e, simultaneamente, para a prevenção da mesma perturbação nos filhos em risco, através de terapia de grupo sistematizada em doze sessões.*

*Para cada sessão são indicados alguns objectivos e conteúdos conceptuais.*

Na depressão está presente um conjunto de crenças ou esquemas irracionais que formam uma tríade cognitiva, envolvendo a atitude do indivíduo em relação a si próprio, às experiências que vivencia no mundo e ao futuro (Young, Beck & Weinberger, 1993). A primeira componente, a atitude negativa em relação a si mesmo, diz respeito ao facto de se ver privado de características positivas, como inadequado ou incapaz de ser bem sucedido em qualquer tarefa. A segunda componente refere-se à atitude face ao mundo. O indivíduo tende a perceber o mundo como exigindo capacidades surrealistas e apresentando-lhe obstáculos inultrapassáveis que o impedem de atingir objectivos de vida. A terceira componente, a atitude do indivíduo face ao futuro, tem a ver com a antecipação de que as suas dificuldades ou sofrimento actuais irão manter-se indefinidamente (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Os esquemas cognitivos explicam porque é que as pessoas tem atitudes de auto-depreciação e de auto-indução de sofrimento psicológico, mesmo quando há evidências objectivas de aspectos positivos na sua

vida. A tríade cognitiva gera um conjunto de erros na interpretação de experiências que se manifestam nos pensamentos negativos automáticos.

Se, por um lado, todo o meio envolvente está impregnado de uma determinada tonalidade afectiva agradável ou desagradável que as pessoas não podem impedir-se de sentir, por outro, podem em grande medida influenciar os seus pensamentos e com isso reflectir os sentimentos. Paralelamente, se os pensamentos alimentam os sentimentos, também o reconhecimento de certos estados de ânimo propicia a selecção de determinadas cognições, o que acontece em pessoas deprimidas, para as quais a consciencialização dos seus estados de abatimento afectivo acarreta distorção dos pensamentos.

A doença depressiva manifesta-se também através de alterações comportamentais. Geralmente há uma diminuição de interesse e de motivação e um aumento de indecisão e inércia. A sensação de ineficácia que daí deriva valida, consequentemente, sentimentos de culpa e desesperança.

Em resumo, há evidentes relações entre emoções,

<sup>(1)</sup> Psiquiatra

<sup>(2)</sup> Psicóloga

Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para Margarida Figueiredo e Zita Sousa, Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. Marcos, S. Vitor, 4710-965 Braga, Portugal; Tel: 253676065; Fax: 253676424; E-mail: zitsousa@portugalmail.pt.

## Treino de habilidades sociais aplicado a pessoas com esquizofrenia

POR

CARLOS MAGALHÃES COELHO<sup>(1)</sup>, CARLOS FERNANDES DA SILVA<sup>(2)</sup>, JORGE MANUEL AMARAL SILVÉRIO<sup>(3)</sup>, ANTÓNIO PACHECO PALHA<sup>(4)</sup>

### Resumo

*Este artigo apresenta uma revisão da literatura relativa aos fundamentos da aplicação do treino de habilidades sociais em pessoas com esquizofrenia, salientando as habilidades mais frequentemente comprometidas neste tipo de população. Num primeiro momento analisamos a potencial influência das habilidades sociais no suporte social bem como a necessidade deste apoio nos sujeitos com esquizofrenia. Referiremos o modelo de vulnerabilidade-stresse, dado ser apropriado a uma melhor compreensão do tema estudado. Em seguida salientamos os principais motivos da inadequação social destes indivíduos. Aprofundamos finalmente os sintomas da doença e o seu impacto nas habilidades sociais, bem como quais as habilidades sociais mais frequentemente comprometidas na população com esquizofrenia. Visamos contribuir para a possibilidade de uma intervenção cada vez mais intencional no que diz respeito ao treino de habilidades sociais aplicado a esta população.*

**PALAVRAS CHAVE:** Esquizofrenia; Habilidades sociais

### Abstract

*In this article a literature revision of the fundamentals of social skills training in schizophrenics is done with particular emphasis in the skills most frequently damaged. The potential influence of the social skills in the social support is analysed as well as the necessity of this kind of support in schizophrenics. Vulnerability-stress model is highlighted since this is the most appropriate model for a full understanding of this subject. Then the principal motifs for the social inadequation of these subjects are stressed. Finally the schizophrenia symptoms and its impact in social skills as well as the social skills most frequently damaged in schizophrenic people are presented. Our purpose is to contribute for an intentional intervention in the social skills training applied to this population.*

**KEYWORDS:** Schizophrenia; Social skills

### Résumé

*Cet article présente une révision de la littérature relative aux fondements de l'application de*

<sup>(1)</sup> Doutorando do Departamento de Psicologia - Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho

<sup>(2)</sup> Professor Associado do Departamento de Psicologia - Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho

<sup>(3)</sup> Assistente do Departamento de Psicologia - Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho

<sup>(4)</sup> Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

## Transtornos do Humor Relacionados com o Interferon: A Propósito de um Caso

POR  
GUADALUPE ROJAS<sup>(1)</sup>

### Resumo

*O autor apresenta uma breve resenha teórica do Interferon e os resultados dos estudos mais relevantes feitos até ao momento sobre os efeitos desta terapêutica no humor. Apresenta um caso clínico em que a relação causa/efeito é demonstrada não só pela melhoria da sintomatologia após a retirada deste medicamento, como também pela relação temporal. Termina com as recomendações gerais sobre a maneira de manejar estes casos.*

### 1. REVISÃO TEÓRICA

#### A) O Interferon:

O interferon é um grupo de proteínas obtidas de um tipo determinado de células em resposta às infecções virais e estimulação antigénica. Possuem vários efeitos biológicos e são conhecidos pelas suas acções relativamente à inibição da proliferação vírica. Baseados nas suas propriedades físico-químicas são divididos em duas categorias principais. O tipo I que inclui o IFN alfa, beta, omega e o tipo II formado pelo IFN gama. Todos à excepção do gama se ligam a um receptor comum.

As recomendações terapêuticas aprovadas pela Comissão para Administração de Drogas (FDA) relativamente à utilização do INF são: hepatite vírica crónica, algumas formas de neoplasia, Esclerose Múltipla, Sarcoma de Kaposi relacionado com SIDA, Leucemia Mieloide Crónica cromossoma Philadelphia positivo e o Melanoma Maligno como as mais importantes.

#### B) Mecanismo de acção do IFN:

No LCR são encontradas concentrações de INF quando as doses administradas são mais altas do que as standard. Embora fossem identificados receptores para o IFN em vários tecidos, no SNC os efeitos não

dependem necessariamente da ligação aos receptores. Verificou-se que, no cérebro do rato, tinham afinidade pelos receptores opióides, sendo as suas acções bloqueadas pelos seus antagonistas.

Existem trabalhos que verificaram alterações no EEG de pessoas que tinham sido expostas ao IFN. Estas não são totalmente específicas e em geral consistem num aumento da amplitude da actividade dominante, Dafny N. et al.<sup>1</sup> referem que são dose dependentes e acontecem com os diferentes tipos de IFN e não em todas as pessoas da mesma maneira.

### 2. DESORDENS DO HUMOR RELACIONADOS COM O IFN

O tratamento com o IFN está associado a transtornos do humor assim como a um número de efeitos adversos neuropsiquiátricos. Dusheyko et al.<sup>2</sup> categorizaram os efeitos adversos em quatro grupos: 1. Efeitos adversos

<sup>1</sup> Dafny N, et al. Interferon modulates neural activity recorded from the hypothalamus, thalamus, hippocampus, amygdala and the somatosensory cortex. Brain Res 1996; 734: 269-74.

<sup>2</sup> Dusheyko G. Side effects of alpha intreferon in chronic hepatitis C. Hepatology 1997; 26 (suppl 1): 112s-21s.

<sup>(1)</sup> Interna de 4º ano de psiquiatria dos HUC.

## Depressão e doença vascular cerebral

POR

PALMIRA COYA<sup>(1)</sup>, PEDRO ABREU<sup>(2)</sup>, ELSA AZEVEDO<sup>(3)</sup>, MIGUEL BRAGANÇA<sup>(4)</sup>

### Resumo

*O AVC é um acontecimento devastador na vida de uma pessoa. Independentemente da etiologia da depressão posterior a um AVC, é óbvio que esta doença causa sérias perturbações emocionais. O doente é confrontado com a vulnerabilidade da sua integridade física, assim como com a fragilidade da existência humana. O AVC marca um antes e um depois na vida do doente. Este terá que se adaptar a uma nova vida, caracterizada pelas limitações que a doença provocou.*

*A importância de tratarmos os quadros depressivos nestes doentes está no que estes limitam a capacidade de recuperação, interferindo no processo de reabilitação e readaptação socio-laboral diminuindo a qualidade de vida do paciente.*

*Como profissionais da saúde, será importante prestar atenção à família do doente, informar sobre a situação clínica e sobre as instituições sociais que os podem ajudar. Os familiares directamente implicados na prestação de cuidados, são de suma importância na recuperação do doente. Deverão ser os grandes aliados do clínico durante o processo terapêutico.*

*A ajuda que o pessoal sanitário pode dar aos doentes vítimas de AVC, será melhor quanto mais humana for a sua intervenção.*

### INTRODUÇÃO:

O interesse crescente pelo acidente vascular cerebral (AVC) justifica-se pelo aumento da incidência da doença, pelo atingimento de pessoas cada vez mais jovens e pelas consequências sociais e económicas desta patologia.

Paralelamente tem aumentado o interesse médico pelo tratamento dos doentes crónicos com múltiplas incapacidades médicas e psiquiátricas.

Se entendemos o AVC como uma doença que acontece subitamente, por vezes, altamente incapacitante e que modifica a situação de vida presente e

futura, poderemos compreender as alterações comportamentais e emocionais dos doentes.

Além das sequelas motoras e neurológicas, de maior ou menor gravidade segundo a extensão da área afectada, pode surgir sintomatologia psiquiátrica que pela sua influência na recuperação e qualidade de vida do doente deverá ser avaliada e tratada.

Os sintomas psiquiátricos associados ao AVC variam desde quadros de ansiedade a quadros demenciais, até alterações da função sexual. Mas provavelmente os mais frequentes serão os quadros depressivos. É por isso que decidimos realizar um estudo desta entidade clínica.

<sup>(1)</sup> Interna Complementar de Psiquiatria. Serviço de Psiquiatria, Hospital de S. João - Porto

<sup>(2)</sup> Interno Complementar de Neurologia. Serviço de Neurologia, Hospital de S. João - Porto

<sup>(3)</sup> Assistente Hospitalar Graduada de Neurologia, Serviço de Neurologia, Hospital de S. João - Porto

<sup>(4)</sup> Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria, Serviço de Psiquiatria, Hospital de S. João - Porto

## Questionário de auto-cuidados na diabetes – contributo para a criação de um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento

POR

ISABEL SILVA<sup>(1)</sup>, J. PAIS-RIBEIRO<sup>(2)</sup>, HELENA CARDOSO<sup>(3)</sup> & HELENA RAMOS<sup>(4)</sup>

### Resumo

*O objectivo do presente trabalho foi o desenvolvimento e estudo de um questionário de adesão aos auto-cuidados da diabetes destinado à população portuguesa que sofre desta doença crónica. Num primeiro momento, uma amostra de conveniência foi constituída por 316 doentes diabéticos, 55,4% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 16 e os 84 anos de idade ( $M=48,39$ ;  $DP=16,90$ ); com um nível de escolaridade que variava entre os zero e 17 anos ( $M=6,59$ ;  $DP=4,25$ ); 41,8% com diabetes tipo 1, sendo que 40,2% dos doentes não apresentavam complicações crónicas da diabetes. A duração da doença variou entre 4 meses e 43 anos ( $M=13,66$ ;  $DP=9,32$ ). Num segundo momento, foi avaliada uma amostra de 35 indivíduos diabéticos, com idades compreendidas entre 15 e os 53 ( $M=26,14$ ;  $DP=7,74$ ); 40% do sexo masculino; com um grau de escolaridade que variava entre 6 anos e 18 anos ( $M=12,37$ ;  $DP=3,00$ ). Entre os participantes 97,1% apresentavam diabetes tipo 1, variando a duração da doença entre os 7 meses e 29 anos ( $M=11,42$ ;  $DP=6,47$ ). Estes indivíduos foram submetidos a avaliação duas vezes, com um intervalo de tempo máximo de uma semana, tendo constituído a amostra do teste-reteste. O Questionário de Auto-Cuidados da Diabetes é um instrumento de auto-resposta, com tipo de resposta ordinal de 5 ou 6 posições, que visa avaliar a adesão ao tratamento na diabetes ao longo da última semana. É constituído por 11 itens, que se agrupam em três dimensões: cuidados alimentares, tratamento insulínico e tratamento com anti-diabéticos orais. Foi inspeccionada a fidelidade através do Alfa de Cronbach e do teste-reteste, tendo-se verificado que esta é aceitável. Também se procedeu à análise da validade convergente/discriminante dos itens, tendo-se confirmado que esta pode ser considerada razoável.*

### Resumo

*The objective of the present study was to develop and study an instrument to assess adherence to treatment in Portuguese diabetic patients. In a first moment, we studied a sample of 316 diabetic patients, 55.4% of whom were women, aged between 16 and 84 years old ( $M=48.39$ ;  $SD=16.90$ ), with a school level ranged between 0*

<sup>(1)</sup> Psicóloga; Aluna do Doutoramento em Psicologia na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; Bolseira Praxis XXI BD/21804/9. E-mail: ilopessilva@hotmail.com

<sup>(2)</sup> Professor convidado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto - Rua do Campo Alegre, 1055 - 4169-004 Porto. E-mail: jlpr@psi.up.pt

<sup>(3)</sup> Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António e Professora Auxiliar do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Hospital Geral de Santo António - Serviço de Endocrinologia - Largo Prof. Abel Salazar - 4099-001 Porto.

<sup>(4)</sup> Directora do Serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António. Hospital Geral de Santo António - Serviço de Endocrinologia - Largo Prof. Abel Salazar - 4099-001 Porto

**Sumário**

Experiência da Consulta de Risco dos HUC (1989-2000) — <i>Catalina Viñas, Sandra Vicente, Luís Marques, A. Reis Marques</i>	243
Alterações Psiquiátricas em Doentes Oncológicos numa Enfermaria de Hematologia — <i>Sandra Vicente, Carlos Braz Saraiva, A. Reis Marques</i>	249
A Propósito de um Caso de Tentativa de Suicídio em Grávida com Paracetamol — <i>Luís Guilherme Ferreira, Carlos Braz Saraiva e Guadalupe Rojas</i>	257
Combater a Depressão em Família - Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica em Grupo na Depressão — <i>Zita Sousa, Margarida Figueiredo</i>	261
Internamento em Pedopsiquiatria - Um Serviço de Adolescentes — <i>João Guerra, Virgínia Rocha, Zulmira Correia, Alfredina Guerra e Paz</i>	271
Catarina de Siena: A Vida de uma Santa ou A Primeira Vítima Conhecida de Anorexia Nervosa — <i>Isilda Inês</i>	277
Mania na Criança e Adolescente — <i>Virgínia Rocha, Luísa Confraria</i>	283
O Sentido da Vida — <i>Guadalupe Rojas</i>	297

## Experiência da Consulta de Risco dos HUC (1989-2000)\*

POR

CATALINA VIÑAS<sup>(1)</sup>, SANDRA VICENTE<sup>(2)</sup>, LUÍS MARQUES<sup>(3)</sup>, A. REIS MARQUES<sup>(4)</sup>

### Resumo

*A Psiquiatria consiliar/ligação pode ser conceptualizada como área de intervenção psiquiátrica fora do seu estrito e usual espaço, alargada ao trabalho cooperativo com as outras especialidades médicas a favor do doente.*

*O objectivo deste trabalho é apresentar, na forma de um estudo descritivo, os resultados mais expressivos da experiência da Consulta de Risco dos HUC referentes a quase onze anos de existência, tentando delimitar o perfil do doente tipo.*

*A consulta proporciona ao doente o apoio psicoterapêutico e psicofarmacológico com o intuito de o ajudar a suportar e a superar o sofrimento profundo inerente à aceitação da sua nova situação existencial.*

### Abstract

*Conciliation/binding Psychiatry may be regarded as a field of psychiatric intervention outside of its strict and usual space, expanding its co-operative work to the other medical specialities for the sake of the patient. The aim of this work is to present the most significant results based on the almost 11-year experience of the Risk Consultation Group from the University Hospitals of Coimbra. These results will be reported in the form of a descriptive study, trying to outline the profile of the patient's type. This consultation provides a psychotherapeutic and a psychopharmacological support to the patient, in order to help him to deal with and to overcome the deep suffering inherent from the acceptance of his new existing condition.*

### INTRODUÇÃO

*Que vida há de ser a minha,  
por tempos, nem por mudanças,  
que possam vir? Que não tinha  
mais bem que estas esperanças.*

*Agora, às desconfianças  
e suspeitas. Que farei?*

*Sá de Miranda*

Os Serviços de Psiquiatria Consiliar/Ligação surgem dentro do espaço dos Hospitais Universitários portugueses na década de 80 sob as denominações: "Consultadoria", "Interconsulta psiquiátrica", "Psiquiatria de Ligação", "Consulta de doentes em Risco"...

O termo "consiliar" deriva etimologicamente de "con-silium", isto é, "com selo" no sentido de assunto sigiloso. A raiz ética dessa acção é evidente. Dai

<sup>(1)</sup> Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Hospital de Aveiro.

<sup>(2)</sup> Interna de Psiquiatria dos HUC e membro da Consulta de Risco dos HUC.

<sup>(3)</sup> Assistente Hospitalar Eventual do Hospital Psiquiátrico do Lorrvão.

<sup>(4)</sup> Chefe de Serviço de Psiquiatria dos HUC e Coordenador da Consulta de Risco dos HUC.

\* Trabalho apresentado no I Congresso Português de PsicoOncologia, Lisboa, Junho 2000.

## Alterações Psiquiátricas em Doentes Oncológicos numa Enfermaria de Hematologia

POR

SANDRA VICENTE<sup>(1)</sup>, CARLOS BRAZ SARAIVA<sup>(2)</sup>, A. REIS MARQUES<sup>(3)</sup>

### Resumo

*A ideia de uma relação entre factores emocionais e o cancro é tão antiga como a História da Medicina. O modo de reagir do doente vai depender dos aspectos relacionados com o indivíduo, a doença e o contexto sócio-cultural.*

*Os autores tiveram como objectivos: i) avaliar os doentes oncológicos hematológicos em termos da gravidade de depressão, ideacção suicida, desesperança, ansiedade, somatização, sintomas obsessivos-compulsivos, sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica, ideacção paranóide e psicoticismo; ii) correlacionar a psicopatologia existente com alterações bioquímicas, uso de quimioterapia e tempo de evolução da doença; iii) verificar a percentagem de pedidos de consulta de Risco/Prevenção de Suicídio.*

### Abstract

*The concept of a possible relationship between emotional factors and cancer is as old as the History of Medicine. The patient's way of reacting will depend on factors related to the individual, the disease itself and the social/cultural background.*

*The aims of this study were i) to evaluate patients with haematological oncology conditions by assessing the severity of depression, suicidal ideation, hopelessness, anxiety, somatization, obsessive/compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, hostility, phobia anxiety, paranoid ideation and psychoticism; ii) to correlate the existing psychopathology with biochemical changes, use of chemotherapy and duration of disease; and iii) to determine the proportion of patients referred to consultation for Risk/Prevention of suicide.*

### INTRODUÇÃO

A ideia de uma relação entre factores emocionais e o cancro é tão antiga como a História da Medicina, pois já Galeno em "De Tomoribus" refere que as mulheres com demasiada "Bilis Negra" ou melancólicas, são mais susceptíveis ao cancro.

O modo de reagir do doente vai depender dos aspectos relacionados com o indivíduo, a doença e o contexto sócio-cultural. Ao longo do tempo veio a

haver um distanciamento entre doença oncológica, algo estigmatizada e com poucos tratamentos disponíveis, e os seus aspectos psicossociais; no entanto, existe uma evolução simultânea da Medicina e Psiquiatria e já no século XX, em início dos anos 50 surgem os primeiros relatos das reacções psicológicas do cancro. É também nesta década que surgem os primeiros tratamentos de quimioterapia, abrindo-se assim novas perspectivas terapêuticas. Em meados dos anos 70 floresce a ligação da Psiquiatria às

<sup>(1)</sup>Interna de Psiquiatria dos HUC, membro da Consulta do Risco e da Consulta de CPS.

<sup>(2)</sup>Professor da FMC, Chefe de Serviço dos HUC, fundador e coordenador da CPS.

<sup>(3)</sup>Chefe de Serviço de Psiquiatria dos HUC, fundador e coordenador da Consulta de Risco.

## A Propósito de um Caso de Tentativa de Suicídio em Grávida com Paraquat \*

POR

LUÍS GUILHERME FERREIRA<sup>(1)</sup>, CARLOS BRAZ SARAIVA<sup>(2)</sup> E GUADALUPE ROJAS<sup>(1)</sup>

### Resumo

*A propósito de um caso de tentativa de suicídio com Paraquat numa grávida de 5 semanas, os autores fizeram uma revisão da literatura existente sobre tentativas de suicídio em grávidas. No caso em apreço, não se verificaram quaisquer malformações do feto à nascença, apesar do seu baixo peso (1,160 Kg às 34 semanas).*

*Os estudos coincidem que, em geral, a maior parte das tentativas de suicídio ocorre numa fase precoce da gravidez, durante um período psicologicamente mais vulnerável e em consequência de uma gravidez indesejada e consequente tensão ou crise. A taxa de malformações fetais à nascença não é estatisticamente superior às das gravidezes normais.*

### Abstract

*Bearing in mind a 5 weeks pregnant suicide attempt with Paraquat, the authors proceeded to a literature review on pregnant women suicide attempts. On the present case, there were no birth defects of the newborn, despite his low weight (1,160 Kg at 34 weeks).*

*Studies agree that, in general, most suicide attempts occur in the earliest phase of pregnancy during the most vulnerable psychological condition of women and when conflicts with their partners are culminating after the recognition of unplanned and in general unwanted pregnancies. Drugs taken by women in attempting suicide do not seem to pose a risk for structural birth defects in the offspring.*

## 1. INTRODUÇÃO

Apesar do decréscimo da taxa de suicídio em Portugal nos últimos 20 anos (evolução de uma taxa de 8 para 6 por 100000, actualmente), em contraste tem havido um aumento das tentativas de suicídio nos últimos 10 anos na ordem dos 25% (Saraiva et al., 1996; Craveiro et al., 2000).

A experiência da Consulta de Prevenção do Suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra

em relação a tentativas de suicídio em grávidas, sugere que se trata de acontecimentos excepcionais, em situações muito raras tal como no caso em apreço.

## 2. CASO CLÍNICO

Sandra D., de 23 anos de idade, solteira, católica, natural e residente na Beira Interior. Tem o 6º ano de escolaridade e é empregada fabril.

É a 2ª filha de uma fratria de três. Cresceu sempre

<sup>(1)</sup> Interno do Internato Complementar de Psiquiatria nos HUC

<sup>(2)</sup> Professor de Psiquiatria. Chefe de Serviço de Psiquiatria dos HUC. Coordenador da Consulta de Prevenção de Suicídio dos HUC

\* Trabalho apresentado nas 4<sup>as</sup> Jornadas sobre Comportamentos Suicidários a 3 de Outubro de 2002 no Luso

## Combater a Depressão em Família – Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica em Grupo na Depressão\*

POR

ZITA SOUSA<sup>(1)</sup>, MARGARIDA FIGUEIREDO<sup>(2)</sup>

### Resumo

*O trabalho apresentado neste artigo pretende avaliar um programa de intervenção psicológica em grupo, que teve por objectivo o tratamento de indivíduos deprimidos e a prevenção da mesma patologia nos filhos em risco. Para cumprir este objectivo procedeu-se à construção e aplicação de um plano de intervenção, após uma pesquisa sobre o fenómeno da depressão e das possíveis terapias. Para implementá-lo, foram contactados utentes de um hospital psiquiátrico do Norte de Portugal com um filho em risco de idade compreendida entre os catorze e os vinte anos, e posteriormente foi avaliada a sua eficácia.*

*A intervenção psicológica teve subjacente a perspectiva cognitivo-comportamental e a investigação realizada apresenta cariz quasi-experimental. Foi obtida a participação voluntária de dez sujeitos (cinco mães e cinco filhos) que constituíram o grupo experimental e dez sujeitos (cinco mães e cinco filhos) que constituíram o grupo de controlo. Análises iniciais a estes dois grupos revelaram semelhanças na maioria das variáveis estudadas no momento pré-teste. Os sujeitos do grupo experimental foram submetidos ao programa de intervenção psicológica em combinação, no caso das mães, com tratamento farmacológico. No grupo de controlo, em lista de espera, as mães foram sujeitas a acompanhamento farmacológico e psiquiátrico. No que concerne aos resultados, salienta-se a diminuição da sintomatologia depressiva no grupo experimental, comparativamente ao grupo de controlo. Estes dados apontam para a necessidade de integrar abordagens biopsicossociais no tratamento da depressão.*

### I. Introdução

A Depressão Major é uma perturbação psicopatológica muito frequente que pode disruptar diversas áreas da vida dos indivíduos. As alterações psicopatológicas que a acompanham podem ter por base esquemas cognitivos disfuncionais a partir dos quais cada indivíduo organiza e interpreta as suas experiências. Na depressão existem geralmente distorções cognitivas que resultam da interpretação de experiências processadas de um modo desadequado,

conduzindo a um conjunto de crenças ou esquemas irracionais, que influencia a atitude do indivíduo em relação a si próprio, as experiências que vivencia no mundo e a forma como perspectiva o futuro (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

A activação de padrões de pensamento negativos desencadeia sintomas depressivos, originando atitudes de auto-depreciação e de auto-indução de sofrimento psicológico, mesmo quando há evidências objectivas de aspectos positivos na sua vida. Cada indivíduo presta atenção de forma selectiva a estímulos específicos

<sup>(1)</sup> Psicóloga

<sup>(2)</sup> Psiquiatra

\* Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para Margarida Figueiredo e Zita Sousa, Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. Marcos, S. Vitor, 4710-965 Braga, Portugal; Tel: 253676065; Fax: 253676424; E-mail: zitsousa@portugalmail.pt.

## Internamento em Pedopsiquiatria – Um Serviço de Adolescentes

POR

JOÃO GUERRA<sup>(1)</sup>, VIRGÍNIA ROCHA<sup>(2)</sup>, ZULMIRA CORREIA<sup>(3)</sup>, ALFREDINA GUERRA E PAZ<sup>(4)</sup>

### Resumo

*O internamento de adolescentes num departamento de pedopsiquiatria é uma modalidade de intervenção muitas vezes necessária com funções de avaliação, diagnóstico e tratamento.*

*Neste trabalho os autores descrevem a constituição e funcionamento do serviço de internamento de adolescentes em que trabalham e apresentam um estudo descritivo relativo ao ano de 2001.*

*Tecem também algumas considerações acerca desta modalidade terapêutica e suas indicações.*

*Palavras chave: adolescentes, internamento, pedopsiquiatria.*

### Abstract

*The adolescent's inpatient care in a Child and Adolescent Psychiatry Unit is an intervention modality often necessary with assessment, diagnostic and treatment functions.*

*The authors describe the constitution and functioning of the unit where they work and then present a descriptive study referring to 2001. They make some considerations concerning this treatment and his indications.*

*Key words: adolescence, inpatient, child and adolescence psychiatry.*

## INTRODUÇÃO

A Unidade de internamento, (UI) do departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia foi criada em 1974, no então Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil do Porto. Dirigia-se a crianças e adolescentes.

Após a integração do Centro de Saúde Mental no Hospital Maria Pia, a UI manteve-se e actualmente destina-se a adolescentes entre os 12 e 18 anos. Excep-

cionalmente são internadas crianças de idade inferior com perturbações psicopatológicas nas quais a gravidade da situação familiar e/ou da perturbação tornam esta modalidade o tratamento de escolha (Rutter, 1994).

A UI tem uma lotação de 14 camas, distribuídas por 2 enfermarias, uma com 6 camas para o sexo feminino e outra com 4 para o masculino, 2 quartos individuais e 1 duplo. Contém ainda um quarto de isolamento, salas de actividades e outras de convívio e

<sup>(1)</sup> Interno complementar de Pedopsiquiatria

<sup>(2)</sup> Interna complementar de Pedopsiquiatria

<sup>(3)</sup> Assistente graduada de Pedopsiquiatria

<sup>(4)</sup> Chefe de Serviço de Pedopsiquiatria

## Catarina de Siena – *A Vida de Uma Santa* ou A Primeira Vítima Conhecida de *Anorexia Nervosa* ?

POR  
ISILDA INÊS<sup>(1)</sup>

### Resumo

*A autora faz uma breve reflexão, sobre a vida de Santa Catarina de Siena, uma mulher nascida na Idade Média, que viveu em Itália, filha de um artesão, desfrutando de algumas comodidades que à época apenas eram concedidas a estas famílias pelo estatuto profissional paternal. Mas, Catarina recusou todo o conforto do lar, e rompeu com a cultura do casamento pré-estabelecido pelos progenitores, dedicando-se às ações a Cristo, empenhando-se numa actividade de votos de silêncio, acompanhada dum alteração dos padrões alimentares e do sono.*

*Para muitos autores, Catarina de Siena foi a primeira vítima, da fada má – a Anorexia Nervosa –, para outros, ela foi uma Santa inquestionável.*

### Abstract

*The author makes a brief reflection, on the life of Saint's Catarina de Siena, a woman born in the Middle Age in Italy, daughter of a potter, which could enjoy a few comforts, because her the father's wealth. Although Catarina de Siena, refused all the confort of her father's house, and broked the link with the culture of the pre-established marriage by her parents, and devoted herself to the religion and comited to the activities of the vows of silence with a significatif changing of the food and sleep patterns.*

*For the most authors, Catarina de Siena, was the first victim of the Nervous Anorexia's evil wich, to others she was an inquestionable Saint.*

### CATARINA E SIENA

No séc. XIV, no dia 25, de Março de 1347, nasceu Catarina Bennicasa em Siena, situada nas colinas da Toscana perto de Florença na Itália. Catarina é a 23ª filha de Mona Lapa e Jacomo Bennicasa, um artesão tintureiro. Como sabemos na Idade Média os artesãos tinham prestígio e poder, fazendo parte dos *popolo* médio italiano. Segundo Inês (2000), os Bennicasa à época detinham alguma *"influência e status, sendo-lhes concedido o direito de viver em condições*

*confortáveis, tinham uma casa com quartos, sala, cozinha, pátios e outros anexos que incluíam a cavalaria e um poço."*

O mundo habitacional de Siena da época medieval era um aglomerado de casas sobreponíveis geralmente de cores que variavam entre o amarelo, e o rosa sépia, feitas de pedra ou em madeira, (adornadas) algumas possuíam varandas fechadas viradas para a rua, com lojas na maioria das casas, alpendres emoldurados de flores variadas e coloridas sobre ruas revestidas de laje.

Em 1339 iniciou-se a construção da Catedral de

(<sup>1</sup>) Enfermeira Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica - Psiquiatria Mulheres dos H.U.C.

## Mania na Criança e Adolescente

POR  
VIRGÍNIA ROCHA<sup>(1)</sup>, LUÍSA CONFRARIA<sup>(2)</sup>

### Resumo

*As Perturbações Afectivas podem surgir na infância e adolescência. A investigação sugere que a mania, nestas idades, não é rara mas difícil de diagnosticar. As Classificações de Diagnóstico para esta entidade nosológica dificilmente se aplicam, pois as manifestações clínicas são variáveis, diferentes das dos adultos e, por vezes, mascaradas por outros quadros clínicos. Por outro lado, não há estudos sobre o tratamento da mania na infância e adolescência, sendo as recomendações terapêuticas baseadas na literatura para adultos.*

*As autoras fazem uma revisão sobre a mania na infância e adolescência: definição, manifestações clínicas, diagnósticos diferenciais, comorbilidade e tratamento.*

**Palavras-chave:** mania, perturbação bipolar, infância, adolescência, início precoce.

### Abstract

*The research strongly suggests that early onset mania may not be rare but that it may be difficult to diagnose. Although the same diagnostic criteria are used as for adults, youth may differ with regard to the developmental presentation of symptoms, comorbid psychiatric disorders and treatment. On the other hand, the treatment recommendations are drawn from the adult literature.*

*The authors provide a review of the phenomenology, clinical features, differential diagnosis, comorbidity and treatment of early onset mania disorder.*

**Key Words:** mania, bipolar disorder, children, adolescents, early onset.

### INTRODUÇÃO

O ser humano não assiste aos acontecimentos de vida de um modo neutral. Todas as vivências despertam um afecto, um colorido afectivo que matiza qualquer acto. A afectividade dá a cada momento uma sensação subjectiva e contribui para a orientação dos

comportamentos para determinados objectivos(1).

Podemos encontrar várias classificações de afectividade, não sendo nenhuma delas absoluta e todas elas de validade discutível. Ketaj propôs uma classificação na qual subdivide a afectividade em emoções e humor (ou estado de ânimo) (2). Esta classificação tem valor descritivo, permitindo

(<sup>1</sup>) Internista Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência

(<sup>2</sup>) Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia, Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

## O Sentido da Vida

POR  
GUADALUPE ROJAS<sup>(1)</sup>

### 1. Introdução

Parecia-me que fazia sentido falar do sentido da vida neste contexto das 4<sup>ª</sup> Jornadas sobre comportamentos suicidários, pois de alguma maneira dar sentido à vida é uma forma de fazer prevenção do suicídio. Por outro lado, sempre achei mais atractivo abordar os temas pela positiva, mais ainda se são aspectos tão importantes como este.

O homem sabe-se mortal e é esse destino que o desperta para a tarefa de pensar. Precisamos explicar a morte, não pela morte em si, mas para explicar e dar sentido à vida.

Poderia analisar o significado da palavra/conceito "sentido" como finalidade ou direcção, como contexto, como valor, como razão de ser. Mas vou fazê-lo sublinhando o sentido da vida como um todo, i.é, proponho-me falar sobre o sentido da existência humana.

Há quem negue que tal sentido exista. Detenhamo-nos, por exemplo, nas palavras que Alberto Caeiro<sup>1</sup> põe na boca do guardador de rebanhos:

"O único sentido íntimo das coisas é não terem sentido íntimo nenhum".

Cito outro autor português, Vergílio Ferreira<sup>2</sup>: "Olha a vida e sorri. E não te perguntes para quê. Porque o mais extraordinário dela é justamente não ter para quê. Saber para quê é dar-lhe uma finalidade conclusa, limitá-la, fechar-lhe o seu excesso. Pensa assim que o seu absurdo é a sua maior razão".

Outros há que encontram tal sentido no sagrado, na religião, no absoluto, em Deus. S.J. Formosinho e J. O. Branco<sup>3</sup> referem "O sem sentido não se pode demonstrar, nem viver. É tão-só contraditório. Em termos gnosiológicos, e em termos ontológicos. O homem é constitutivamente tensão-para o Horizonte Absoluto. Por isso, quem se contente com 'satisfações' particulares vive necessariamente em déficit".

<sup>(1)</sup> Interna de 4<sup>ª</sup> ano da Clínica Psiquiátrica dos HUC.

Outros ainda procuram esse sentido sem o recurso à transcendência, situando-o na participação em projectos políticos, sociais ou pessoais. "A vida não tem sentido....", referia um doente ao final da consulta a seu médico, [neste caso Miguel Torga]<sup>4</sup>. Ela, em si, não ....- respondi.- Mas tem o sentido que lhe damos. Tem a nossa riqueza, o nosso entusiasmo, o nosso orgulho...Ou a nossa covardia".

J. J. Lopez Ibor (2000) salienta que existem três atitudes fundamentais perante os acontecimentos da vida psíquica: descrever estaticamente os estados ou fenómenos da vida psíquica; compreendê-los (psicologia compreensiva); quando isso não for possível, explicá-los, tentando estabelecer uma relação causa-efeito (psicologia explicativa). Só um maior conhecimento do que a pessoa é pode tornar possível a sua compreensão.

Existem correntes filosóficas que podem proporcionar vias de estudo e investigação à psiquiatria, pelo seu contributo para o conhecimento de aspectos fundamentais do homem como animal racional; contributos que outras orientações científicas, enraizadas nas ciências naturais, não podem atingir. A filosofia, a antropologia e outras ciências do espírito ou culturais são eminentemente compreensivas e interpretativas, mas em alguns aspectos não totalmente explicativas. Apesar de não poderem ultrapassar certos limites, ajudam a ter uma visão mais completa dos factos.

R. Sarró (1984), psiquiatra, afirma dos doentes mentais que se enfrentam com problemas filosóficos:

- <sup>1</sup> A. Caeiro, "O guardador de rebanhos". Poema V.
- <sup>2</sup> Vergílio Ferreira. Pensar. 1992
- <sup>3</sup> Formosinho, S.J e Branco, J.O., O Brotar da Criação. Um olhar Dinâmico pela Ciência a Filosofia e a Teologia. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa, 1997.
- <sup>4</sup> Miguel Torga. Diário XII. Gráficas Coimbra. pp.46