

## 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, sobrepôs-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