

## Sumário

Hipersonolência nos Distúrbios Psiquiátricos — <i>I. Coelho, A. M. Ferreira, M. H. P. Azevedo</i>	5
Algumas notas para a história da Psiquiatria Forense em Portugal — <i>J. Morgado Pereira, F. Santos Costa</i>	21
Resposta psicológica no carcinoma da mama — <i>Sandra Vicente, A. Reis Marques</i>	27
Síndrome de “Munchausen” ou simulação? Revisão teórica - caso clínico — <i>Sandra Vicente, Bárbara Fernandes, C. Braz Saraiva</i>	35
Ideação suicida e tentativas de suicídio em Doentes com Perturbação de Pânico — <i>Serafim Carvalho, Paulo Pimentel</i>	47
“Quero morrer, façam alguma coisa por mim!” — O Corpo e a Comunicação nos comportamentos para-suicidários recorrentes — <i>Nuno Pessoa Gil, Margarida Travassos</i>	55
Na Penumbra da Noite. Pesadelos e Masturbação — <i>Carla Borges de Pinho, Maria João Ramos Pereira</i>	61
Estudo de adaptação do Questionário de Manifestações Físicas de Mal Estar — <i>José Luís Pais Ribeiro</i>	65

## Hipersonolência nos Distúrbios Psiquiátricos

POR

I. COELHO<sup>(1)</sup>, A. M. FERREIRA<sup>(2)</sup>, M. H. P. AZEVEDO<sup>(3)</sup>

### Resumo

*A hipersónia é um sintoma clínico fundamental em muitas doenças mentais. É essencial uma história clínica detalhada, para o diagnóstico e tratamento correcto. No presente trabalho passa-se em revista os mais representativos quadros clínicos que podem cursar com sonolência excessiva: perturbações do humor, perturbações da ansiedade, psicoses, alcoolismo, substâncias psicoactivas e demência.*

### Abstract

*Hypersomnia is a fundamental clinical symptom for patients with many of the mental disorders. A clear, detailed history is important, for an accurate diagnosis and proper treatment. We review the most psychiatric disorders that can have associated with excessive somnolence: mood disorders, anxiety disorders, psychoses, alcoholism, psychoactive drugs and dementia.*

### Da introdução

Como poderia uma função fisiológica, vital ao nosso bem estar físico e mental e que representa um terço de cada um dos nossos dias, ficar indiferente à doença mental?

Embora, a relação entre mente perturbada e alteração do sono seja um conhecimento de há milénios, a validação dessa relação só foi conseguida nas últimas três décadas, fruto de uma enorme plétora de pesquisa neuro-psiquiátrica<sup>1</sup>. E, actualmente, os estudiosos vão mesmo ao ponto de afirmar que: “Existem potencialmente alterações nos padrões de sono em todas as perturbações maiores”<sup>2</sup>, “Está bem definido que os padrões de sono estão alterados nos distúrbios psiquiátricos, ... .., constituindo muitas vezes a característica chave dessas patologias”<sup>3</sup>.

Na prática psiquiátrica, é do conhecimento comum, que a relação sono/doença mental se pode processar sob diferentes perspectivas, ele é: perturbação do sono inerente à própria doença mental; perturbação do sono arrastada (insónia/hipersónia) como factor de risco para doença mental; perturbação do sono como indicador de recaída da doença mental; perturbação do sono induzida pelo consumo de medicamentos/drogas; perturbação do sono como monitor da eficácia ao tratamento psiquiátrico; e finalmente, manipulação do próprio sono/vigília como arma para o tratamento da própria doença mental.

Posto isto, focalizemos a nossa atenção nos frutos da investigação do sono nas doenças psiquiátricas. Tem-se tentado identificar padrões de sono específicos e sensíveis para determinada doença, embora nenhuma variável de sono *per se* tenha sido identificada como

<sup>(1)</sup> Assistente Graduada de Psiquiatria, Clínica Psiquiátrica, H.U.C., Coimbra.

<sup>(2)</sup> Assistente Graduada de Psiquiatria, responsável pela Consulta de Distúrbios do Sono, Clínica Psiquiátrica, H.U.C., Coimbra.

<sup>(3)</sup> Professora da Faculdade de Medicina de Coimbra, Consulta de Distúrbios do Sono, Clínica Psiquiátrica, H.U.C., Coimbra.

## Algumas notas para a história da Psiquiatria Forense em Portugal\*

POR

MORGADO PEREIRA, J. (1), SANTOS COSTA, F.(2)

### Resumo

*Nestas primeiras notas, os autores apresentam a evolução da Psiquiatria Forense em Portugal, desde o século XIX até às primeiras décadas do século XX.*

*Começam por apreciar o trabalho de alguns juristas que levantaram a questão da loucura nos tribunais e concluem com o grande desenvolvimento que veio a ocorrer no pensamento psiquiátrico, com um número crescente de médicos que estudaram, teorizaram e escreveram sobre Psiquiatria Forense (discutindo este tema nos tribunais e na imprensa), defendendo a irresponsabilidade penal dos doentes, facto que acabaria por se reflectir no ordenamento jurídico-penal português.*

Em Portugal, a evolução do pensamento médico-forense acompanhou em traços gerais o que se passou nos países mais desenvolvidos da Europa, mas de forma muito lenta. Com efeito, Portugal manteve-se num atraso marcado nas questões da Medicina Legal quase até finais do século XIX.

O grande jurista Melo Freire elaborou em 1789 um projecto de Código de Direito Criminal, onde se reflectia a influência de Beccaria e em geral das ideias iluministas. Fortemente criticado por poder constituir uma espécie de compromisso com os princípios da Revolução Francesa, o projecto, que nunca se transformou em Lei, só veio a ser impresso em 1823, permanecendo pois em vigor as antigas Ordenações com legislação “inconsequente, injusta e cruel” (Melo Freire). Os progressos só se tornaram possíveis após a Revolução Liberal de 1820.

Em 1832, José Ferreira Borges publicou “Instituições de Medicina Forense”, o primeiro Livro que sobre a matéria foi escrito por um jurista português, figura conhecida da Revolução Liberal. O autor reflecte

na sua obra o contacto que no exílio de Londres teve em aulas de jurisprudência médica com Gordon Smith e o curso de leituras que ouviu sobre Frenologia pelo Dr. Spurzheim. Denuncia o facto de em Portugal constituir uma raridade um médico ser interrogado como testemunha. O capítulo XII do Livro trata o tema “Da alheação mental” referindo autores como Fodère, Haslam e Esquirol, de que utiliza a classificação e desenvolve considerações legais sobre as doenças, incluindo as doenças dissimuladas.

Só em 1836 começam a existir cursos de Medicina Legal no âmbito da Cadeira de “Medicina Forense, Higiene Pública e Polícia Médica”.

Em 1848, é criado o Hospital de Rilhafoles - o primeiro Hospital Psiquiátrico no País - que é regulamentado em 1852, no mesmo ano da promulgação do 1º Código Penal, de que adiante trataremos.

Em 1855, publicou-se o “Tratado elementar de Medicina Legal” do médico Furtado Galvão, outro liberal que estivera exilado. Aprecia diversas obras sobre a matéria publicadas noutros países, e faz um resumo

\* Comunicação apresentada no V Congresso da Associação Europeia de História da Psiquiatria. Madrid, 12 a 14 de Setembro de 2002.

(1) Chefe de Serviço de Psiquiatria e Director do HSC. Membro da Associação Europeia de História da Psiquiatria.

(2) Mestre em Psiquiatria. Assistente Graduado de Psiquiatria e Director do Serviço de Psiquiatria Forense do HSC. Consultor de Psiquiatria da Delegação de Coimbra do INML.

## Resposta psicológica no carcinoma da mama

POR

SANDRA VICENTE<sup>(1)</sup>, A. REIS MARQUES<sup>(2)</sup>

### Resumo

*Nas últimas décadas, o domínio dos saberes inerente ao cancro da mama tem sido alvo de uma acentuada avalanche evolutiva, dada a complexidade desta patologia. Este desagrega o funcionamento biopsicossocial da doente, conduzindo à necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas, uma vez que se trata de uma doença potencialmente mortal, que estigmatiza a doente enquanto mulher.*

*As doentes oncológicas estão submetidas a um risco acrescido de apresentar alterações nos domínios comportamental, cognitivo e emocional.*

*Os autores propõem-se, neste estudo prospectivo, avaliar o auto-conceito físico das doentes mastectomizadas, verificar a sua evolução temporal, correlacioná-lo com a psicopatologia geral e com os métodos de comunicação na abordagem terapêutica, e ainda estimar a vida sexual no pós - operatório.*

### Abstract

*Knowledge about breast cancer has been rapidly expanding for the last few decades. This complex condition may disarrange the biopsychosocial balance of the patient, requiring adjustment of her intrapsychic livings, since it is a potentially fatal disease that may stigmatize her female condition.*

*Oncological diseases have a higher risk of presenting behavioural, cognitive and emotional disturbances.*

*In this prospective study, the authors intended to assess the physical self-concept of mastectomized women, to follow up its evolution, and to correlate it with general psychopathology and with the communication methods in therapeutic approach. Sexual live after surgery was also assessed.*

### INTRODUÇÃO

*“...Para além de ser significativa como um órgão, a mama é um símbolo visível da feminilidade, da vida e da sexualidade... esta possui numerosas, algumas místicas, qualidades... a fertilidade, a maternidade, a protectividade e uma muito importante função social e estética que se ancora no total da personalidade de cada mulher...”*

Dofmüller, 1989

Nas últimas décadas, o domínio dos saberes inerente ao cancro da mama tem sido alvo de uma acentuada avalanche evolutiva, dada a complexidade desta patologia.

O cancro desagrega o funcionamento biopsicossocial da doente, conduzindo à necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas, uma vez que se trata de uma doença potencialmente mortal, que estigmatiza a doente enquanto mulher.

O prognóstico é geralmente incerto e os trata-

(1) Interna Psiquiatria dos HUC, membro da Consulta de Risco

(2) Chefe de Serviço de Psiquiatria dos HUC, fundador e coordenador da Consulta de Risco

## Síndrome de “Munchausen” ou simulação? Revisão teórica - caso clínico

POR

SANDRA VICENTE<sup>(1)</sup>, BÁRBARA FERNANDES<sup>(2)</sup>, C. BRAZ SARAIVA<sup>(3)</sup>

### Resumo

*As Perturbações Factícias compreendem uma enorme multiplicidade de sintomatologia que pode mimetizar na penumbra a maior parte das doenças. Talvez os casos mais óbvios sejam aqueles que têm sintomas consistentes com o diagnóstico de síndrome de Munchausen. A Patomimia foi conceptualizada segundo um modelo piramidal físico e comportamental, no qual o síndrome de Munchausen é o caso mais extremo desta patologia de mentira, de engodo e de fraude associada a longos períodos de alterações comportamentais e de mau ajustamento social.*

*Vários termos são usados para esta patologia, o que denota as múltiplas patologias e também alguma confusão diagnóstica. Esta complexidade leva a alguma ambivalência entre os profissionais de saúde.*

*A propósito do caso de uma mulher de 34 anos, com suspeita de dermatite factícia, transferida de uma enfermaria de dermatologia para outra de psiquiatria, que apresentava uma úlcera na perna direita e amputação da perna esquerda devido a uma escoriação, associando-se a uma história de vários internamentos em diversos hospitais, sem que houvesse alterações autoimunes ou neurovasculares que justificassem o atraso na cicatrização, os autores procederam a uma revisão da literatura e posterior explanação do caso clínico.*

### Abstract

*Factitious disorders cover a multitude and complex range of symptoms which can mimic most illnesses under the sun. Perhaps the more obvious of these cases are those with symptoms consistent with the diagnostic of Munchausen's syndrome. Pathomimia has been conceptualized as a pyramid of physical and behavioural patterns in which Munchausen's syndrome is the most extreme pathological lying disease, associated with long periods of behavioural and social maladjustment.*

*Various terms used to describe factitious disorders this suggests multiple pathology as well as diagnostic confusion. Such complexity leads to ambivalence among the teams looking after such patients.*

*Bearing in mind a case of a 34 years old woman transferred from a dermatology department to psychiatry with suspect of factitious dermatitis with a ulcer of the right leg and amputation of the left leg after excoriation, with history of various internaments in different hospitals and without self-immune and neurovascular disorders to justify the retardment of cicatrization, the authores proceeded to literature review and subsequently to the explanation of the case report.*

---

(1) Interna de Psiquiatria dos HUC.

(2) Assistente Eventual de Dermatologia do Hospital de Aveiro.

(3) Professor da FMC, Chefe de Serviço dos HUC.

## Ideação suicida e tentativas de suicídio em Doentes com Perturbação de Pânico

POR

SERAFIM CARVALHO<sup>(1)</sup>, PAULO PIMENTEL<sup>(2)</sup>

### Resumo

*Objectivos: Estudos prévios considerando a perturbação de pânico como um factor de risco para a ocorrência de ideação suicida e de tentativas de suicídio, não puderam ser confirmados em estudos posteriores. O presente trabalho tem como objectivo investigar algumas das discrepâncias encontradas, agora numa amostra Portuguesa.*

*Método: Os resultados foram obtidos a partir de uma amostra composta por doentes de uma consulta externa de psiquiatria. Os doentes foram avaliados recorrendo ao M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview—Versão 4.4). Participaram neste estudo, doentes com perturbação de pânico (PP) (n=94), com perturbação de pânico como diagnóstico primário e depressão major (PPDM) (n=72), e com depressão major sem história de perturbação de pânico (DM) (n=149). Foi determinado nos três grupos de diagnóstico a prevalência de ideação suicida durante o mês anterior; de tentativas de suicídio ao longo da vida, de abuso de drogas e álcool ao longo da vida, bem como a influência de variáveis sócio-demográficas na prevalência de ideação e comportamentos suicidas.*

*Resultados: Não foram encontradas diferenças significativas nas variáveis sócio-demográficas entre os três grupos de diagnóstico. No que diz respeito à ideação suicida, a prevalência nos três grupos diagnósticos foi de: 17% em doentes com PP, 31% em doentes com PPDM, e 52% em doentes DM; em relação às tentativas de suicídio a prevalência foi de: 13% em doentes com PP, 35% em doentes com PPDM e 62% em doentes com DM. A análise multivariada revelou que os doentes com perturbação de pânico isolada não têm risco aumentado de suicídio, somente a comorbilidade com depressão bem como ter o estado civil divorciado/separado são factores preditores de suicidabilidade; ser do sexo masculino parece ter um efeito protector para a realização de tentativas de suicídio no modelo utilizado.*

*Conclusões: estes resultados vêm demonstrar a necessidade de tratar cuidadosamente os doentes com perturbação de pânico, tendo em atenção os aspectos relacionados com ideação e comportamentos suicidas, principalmente se os doentes apresentam comorbilidade com depressão e se são divorciados ou separados.*

*Palavras-chave: Perturbação de pânico; depressão; ideação suicida; tentativas de suicídio*

### Abstract

*Background. Initial findings of panic disorder as an independent risk factor for suicidality, suicide ideation and suicide attempts, could not be replicated in a number of studies. This work is an effort to further investigate these findings in a Portuguese sample.*

(1) Assistente Graduado de Psiquiatria. Hospital de Magalhães Lemos, Serviço Porto-Sul, Porto.

(2) Psicólogo Clínico Estagiário. Hospital de Magalhães Lemos, Serviço Porto-Sul, Porto.

## “Quero morrer, façam alguma coisa por mim!” – O Corpo e a Comunicação nos comportamentos para-suicidários recorrentes\*

POR

NUNO PESSOA GIL<sup>(1)</sup>, MARGARIDA TRAVASSOS<sup>(2)</sup>

### Resumo

*Apresenta-se neste trabalho o caso clínico duma adolescente de 18 anos que evidencia comportamentos para-suicidários recorrentes.*

*Os autores discutem a estratégia clínica adoptada a nível psicoterapêutico individual e familiar. Finalizam tecendo algumas conclusões acerca do uso metacomunicativo do Corpo pelos para-suicidas recorrentes e da importância da abordagem sistémica do problema nestas situações.*

### Abstract

*This paper presents a clinical case of an 18-year-old young woman with recurrent para-suicide behaviour.*

The authors discuss the psychotherapeutic strategy adopted both at an individual and familial levels. They draw a few conclusions about the use of the body as meta-communication by people with recurrent para-suicide behaviour and on the importance of the systemic approach of these situations.

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE E MOTIVO DE CONSULTA HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

A. L. M., de 18 anos de idade, sexo feminino, solteira, estudante do ensino secundário (11<sup>o</sup> ano), natural e residente em Tondela. É enviada à Consulta Externa de Psiquiatria (CEP) no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Hospital de S. Teotónio – Viseu (HST-V) pelo seu Médico de Família com a informação clínica de“(...)alterações do comportamento compatíveis com síndrome depressivo (...)” (*sic*). Vinha medicada com Paroxetina 20 mg *i.d.* e Bromazepam 3 mg *b.i.d.*

De acordo com a doente, esta apresenta queixas de humor depressivo desde Novembro de 2001, acompanhado de baixa auto-estima, abulia, anedonia e insónia terminal. À data da primeira consulta não existe história de gestos ou comportamentos suicidários. A mãe, que a acompanha à consulta, refere também um progressivo isolamento social, além de irritabilidade marcada, traduzida pela crescente conflituosidade entre ambas, bem como comportamentos de vômitos auto-induzidos. Estes, de acordo com a mãe, terão sido desencadeados

---

\* Comunicação Livre apresentada nas 4<sup>as</sup> Jornadas sobre Comportamentos Suicidários, Luso, 3 a 5 de Outubro de 2002

(1) Interno do Internato Complementar em Psiquiatria do DPSM do HST-V

(2) Assistente Hospitalar de Psiquiatria no DPSM do HST-V

## Na Penumbra da Noite Pesadelos e Masturbação

POR

CARLA BORGES DE PINHO<sup>(1)</sup>, MARIA JOÃO RAMOS PEREIRA<sup>(2)</sup>

### Resumo

*Os autores fazem uma reflexão sobre a sexualidade infantil a propósito de um caso clínico caracterizado por pesadelos e masturbação.*

*Os pesadelos são uma queixa frequente nas crianças em idade escolar, que recorrem à consulta de Pedopsiquiatria. Surgem frequentemente associados a outras manifestações, sendo habitualmente sintomas passageiros, “quase normativos”, durante o desenvolvimento psicosexual da criança.*

*Podem, no entanto, indiciar psicopatologia.*

*Palavras-chave : criança, sexualidade, latência*

### Abstract

*In the deep darkness of the night*

*Nightmares and masturbation – a clinical case*

*About a clinical example presenting nightmares and masturbation the authors explore the children's sexuality.*

*Nightmares are a frequent complaint in children at school age that come to the Child/Adolescent Psychiatry Health Centre. They are often associated to other complaints, but they don't usually last long and they are almost “normal” during the psychic and sexual development of children.*

*However they can alert for psychopathology.*

*Key-words: child, sexuality, latency*

## INTRODUÇÃO

Freud<sup>1</sup> ao estudar a sexualidade humana dividiu-a em dois grandes períodos: um primeiro tempo infantil, entre o nascimento e os 5,5-6 anos; um segundo tempo que se iniciaria na puberdade.

No primeiro período, a criança faz a escolha do

objecto sexual, escolha que se torna manifestamente visível a partir dos 2,5-3 anos (identificação sexual).

Na puberdade verifica-se a segunda escolha do objecto, após a renúncia ao objecto de amor edipiano e que assinala a entrada na vida sexual adulta (identidade sexual).

Entre estes dois períodos a que chamamos

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

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

\* Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia – Hospital de Magalhães Lemos, Rua Professor Álvaro Rodrigues, 4149-003 Porto

## Estudo de adaptação do Questionário de Manifestações Físicas de Mal Estar

POR

JOSÉ LUIS PAIS RIBEIRO<sup>(1)</sup>

### Resumo

*O presente estudo apresenta a validação do Psychosomatic Symptom Checklist à população portuguesa. O questionário foi chamado Questionário de Manifestações Físicas de Mal Estar (QMFME). Este questionário foi concebido para avaliar a frequência e a intensidade das queixas psicossomáticas ou somatoformes. A amostra utilizada na validação inclui 609 participantes de ambos os sexos (53% do sexo feminino), jovens e saudáveis. O QMFME conservou 19 itens, que se agrupam em quatro dimensões. Fornece uma nota por cada uma das dimensões e uma nota global. O estudo de validação mostra uma validade convergente/ discriminante dos itens adequada e mostra correlações no sentido esperado com outras medidas com que teoricamente é suposto estar mais próximo ou mais afastado. A avaliação da fidelidade mostra resultados do Alfa de Cronbach aceitáveis.*

### Abstract

#### *Adaptation study of the Physical Malaise Questionnaire*

*The present study describes the validation of the Psychosomatic Symptom Checklist to the Portuguese population. We rename the present questionnaire Physical Malaise Questionnaire (QMFME). It is supposed to assess the psychosomatic symptoms, and yield scores based on the frequency of the symptom multiplied by its intensity. The Questionnaire was administered to a sample of 609 healthy students (53% females), aged between 16 and 30 years of age. The QMFME includes 19 items distributed by four scales. Gives a total score and a score by dimension. Validation study shows adequate item convergent/ discriminant correlation. The scales show adequate convergent correlations with the ones it is suppose. The reliability (Cronbach Alfa) shows acceptable results*

## INTRODUÇÃO

O objectivo da construção do Questionário de Manifestações Físicas de Mal Estar (QMFME) foi de desenvolver uma lista de manifestações físicas susceptíveis de exprimir mal-estar em indivíduos que não padecem de qualquer doença. O QMFME, que vai ser apresentado neste estudo, baseia-se no

Psychosomatic Symptom Checklist (PSC) (Attanasio, Andrasik, Blanchard, & Arena, 1984). Este questionário é também conhecido por SUNYA, devido ao facto de a população que serviu de base ao estabelecimento das propriedades métricas do questionário ser estudante de SUNY em Albany, capital do estado de Nova York. Neste estudo a expressão “Manifestações Físicas de Mal Estar” é

<sup>(1)</sup> Prof. Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

CORRESPONDÊNCIA: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Rua do Campo Alegre, 1055 4169-004 Porto | e-mail: jlpr@psi.up.pt

## Sumário

Emoção expressa – Um conceito a redescobrir — <i>José Carlos Santos, Carlos Braz Saraiva, Liliana de Sousa</i>	81
Avaliação Neuropsicológica através da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria Nebraska: A sua introdução em Portugal - Descrição do Instrumento e dois Estudos de Caso — <i>Luís Maia, Manuel Loureiro, Carlos Fernandes da Silva, Assunção Vaz Pato, Marli Loureiro, Carina Correia, Carla Carvalho, Catarina Gaspar, Hugo Oliveira, Jorge Viegas, Marina Amaral, Marta Azevedo, Mónica Marques, Paulo Pombo, Raquel Branco e Tiago Pita</i>	91
Envelhecimento e qualidade de vida no Concelho de Faro — <i>Carla Maria Rodrigues Dinis</i>	107
Etiologia das Fobias Específicas — <i>Carlos Magalhães Coelho, Carlos Fernandes da Silva, Jorge Almeida Santos, Jorge Manuel Amaral Silvério</i>	125
Linha Telefónica de Apoio em Sexologia Clínica — <i>Patrícia Pascoal, Nuno Monteiro Pereira</i>	141
Representações sociais do suicídio em jovens com comportamentos auto-destrutivos — <i>Olga Ordaz, Graça Vinagre, Nazaré Santos, Maria Gouveia-Pereira, Abílio Oliveira, Daniel Sampaio</i>	147

## Emoção expressa – Um conceito a redescobrir\*

POR

JOSÉ CARLOS SANTOS<sup>(1)</sup>, CARLOS BRAZ SARAIVA<sup>(2)</sup>, LILIANA DE SOUSA<sup>(3)</sup>

### Resumo

*O conceito de Emoção Expressa tem sido estudado, desde a sua origem, em várias patologias, sendo apontado como um forte predictor da recaída. A avaliação da Emoção Expressa caracteriza o ambiente familiar e é feita através da Entrevista Familiar de Camberwell, sendo utilizadas cinco escalas: criticismo, hostilidade, ambiente de sobreenvolvimento emocional, comentários positivos e calor afectivo, sendo as três primeiras importantes na recaída. São ainda abordadas as várias áreas onde foi estudada, a validade do conceito, as suas implicações e as características das famílias consoante a sua emoção expressa.*

*Palavras Chave: Emoção Expressa, Entrevista Familiar de Camberwell, Família.*

### Abstract

*The Expressed Emotion (EE) construct has been studied since its origin in different diseases. It's an important predictor of relapse. We use an interview for the evaluation of the family environment, and the Camberwell Family Interview for the assessment of EE with its five scales: criticism, hostility, overinvolvement, warmth and positive remarks. We also discuss several areas where EE was studied, its validation, its implications and the family characteristics according to the EE.*

*Key Words: Expressed Emotion, Camberwell Family Interview, Family*

### 1- Introdução

Esta abordagem da Emoção Expressa (EE – *expressed emotion*) decorre de um particular interesse sobre a aplicação do conceito às famílias de para-suicidas, universo desconhecido para este modelo

teórico, mas precisamente por isso mais estimulante à investigação. Esta hipótese resulta de reflexões previamente aduzidas e suas ligações à rejeição persistente sentida pelos para-suicidas, aspectos sistémicos familiares e da análise transaccional (Sampaio, 1991; Saraiva, 1997, 2001; Santos, 2000, 2002).

---

\* Artigo de Revisão

(1) Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, Mestre em Sociopsicologia da Saúde pelo ISMT; Doutorando em Saúde Mental pelo ICBAS. Frequentou o “*Expressed Emotion Course Training*”, em Londres leccionado pela Prof<sup>a</sup> Cristhine Vaughn (2003).

ESEBB - Rua 5 de Outubro, 3041-801 Coimbra | jcsantos@esebb.pt

(2) Professor de Psiquiatria na FMUC; Chefe de Serviço de Psiquiatria dos HUC; Coordenador da Consulta de Prevenção de Suicídio dos HUC; Presidente da Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

(3) ICBAS/IBMC – Universidade do Porto.

## Avaliação Neuropsicológica através da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Lúria Nebraska:

### A sua introdução em Portugal – Descrição do Instrumento e dois Estudos de Caso

POR

LUÍS MAIA<sup>(1)</sup>, MANUEL LOUREIRO<sup>(1)</sup>, CARLOS FERNANDES DA SILVA<sup>(2)</sup>, ASSUNÇÃO VAZ PATO<sup>(3)</sup>, MARLI LOUREIRO<sup>(4)</sup>, CARINA CORREIA<sup>(5)</sup>, CARLA CARVALHO<sup>(5)</sup>, CATARINA GASPAS<sup>(5)</sup>, HUGO OLIVEIRA<sup>(5)</sup>, JORGE VIEGAS<sup>(5)</sup>, MARINA AMARAL<sup>(5)</sup>, MARTA AZEVEDO<sup>(5)</sup>, MÓNICA MARQUES<sup>(5)</sup>, PAULO POMBO<sup>(5)</sup>, RAQUEL BRANCO<sup>(5)</sup> E TIAGO PITA<sup>(5)</sup>

#### Resumo

*Na sua importantíssima obra, Neural Basis of Behavior, Lashley (1930) apresenta uma teoria funcionalista cerebral, que põe fortemente em causa as visões mecanicistas cerebrais (do acto reflexo até à reflexibilidade cortical Pavloviana). Ao mesmo tempo, Alexander Luria (1902-1977) tem sido apontado como o fundador e principal galvanizador da Neuropsicologia Clínica, tal como é conceptualizada actualmente. O seu método, a exemplo de autores como Lashley, baseia-se num profundo conhecimento do que se entende como a Neuroanatomia Funcional, nomeadamente na sua relação com as alterações estruturais ou funcionais do sistema nervoso. Os neuropsicólogos clínicos tem vindo ao longo do tempo a interessar-se pelo desenvolvimento de instrumentos que possam avaliar o desempenho da interacção funcional de determinadas áreas cerebrais, no seu estado normativo, ou posterior a afecção cerebral. A Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Lúria Nebraska de Golden, Hammeke e Purisch é apontada por muitos autores como sendo actualmente uma das, se não mesmo, a bateria de avaliação neuropsicológica mais utilizada em todo o mundo ocidental. No seu desenvolvimento, os autores procuraram preservar as preocupações fenomenológicas qualitativas apresentadas pelo método de avaliação neuropsicológica de A. R. Lúria e posteriormente apresentado de forma estruturada por Anne-Lise Christensen, com uma visão quantitativa psicométrica. De acordo com o nosso conhecimento, o trabalho de tradução integral e adaptação da bateria não tinha sido ainda levado a cabo em Portugal até ao início dos nossos trabalhos com o referido instrumento. Desta feita, temos vindo a desenvolver investigação no âmbito da Neuropsicologia Clínica (nomeadamente na avaliação e reabilitação neuropsicológica) com o intuito de promover a adaptação da bateria para possibilitar a sua utilização experimental e futuramente como um instrumento de avaliação clínica com forte acuidade diagnóstica (a julgar pela sua utilização por serviços especializados em todo o mundo).*

**Palavras-chave:** Neuropsicologia, Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Lúria Nebraska, Avaliação Neuropsicológica.

<sup>(1)</sup> Dep. de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior

<sup>(2)</sup> Instituto de Psicologia e Educação, Universidade do Minho

<sup>(3)</sup> Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar da Cova da Beira, SA

<sup>(4)</sup> Médica de Medicina Geral e Familiar da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco

<sup>(5)</sup> Alunos da Licenciatura em Psicologia da Universidade da Beira Interior

**Correspondência:** Luis Maia, Universidade da Beira Interior, Departamento de Psicologia e Educação, 6200 Covilhã, Portugal; e-mail: lmaia@deimos.ubi.pt

## Envelhecimento e qualidade de vida no Concelho de Faro\*

POR

CARLA MARIA RODRIGUES DINIS<sup>(1)</sup>

### Resumo

*O envelhecimento demográfico, favorecido pelas melhores condições sócio-sanitárias de vida e o enorme avanço tecnológico, originou uma maior explosão populacional ímpar neste século, colocando novas exigências às comunidades e grupos populacionais, tanto no que respeita à sua sobrevivência, como no que se refere às possibilidades de satisfação e garantia duma vida que se pretende vivida com qualidade até ao seu desfecho final.*

*A evolução demográfica actual representa, com efeito, para a nossa sociedade, um enorme desafio.*

*Face ao explosivo aumento da população idosa, urge analisar qual a metodologia, orientação e rumo a prosseguir com vista à educação para a mudança de mentalidade e atitudes, bem como perspectivar propostas de políticas regionais alternativas nos diferentes domínios.*

*Como técnicos de saúde lidamos hoje com desafios permanentes na tentativa de encontrarmos resposta para os problemas que emergem deste “novo” grupo - os idosos, grandes frequentadores e consumidores de serviços prestadores de cuidados de saúde.*

*Lidando quotidianamente com este problema e com as consequências que dele derivam, a autora, optou por seleccionar o tema do envelhecimento, escolhendo como população a estudar, a da área onde, como técnica de saúde se insere - o concelho de Faro.*

*Procedeu-se a um estudo epidemiológico transversal onde se procurou detectar alguns problemas em dada população e relacioná-los com determinados factores.*

*Para facilitar a exequibilidade deste trabalho e dada a amplitude do tema, os objectivos foram assim definidos: contribuir para um melhor conhecimento da qualidade de vida dos idosos deste concelho pelo caracterizar a situação social (perfil do idosos) e familiar da população; do estado de saúde dos idosos; da sua capacidade funcional e autonomia, incluindo estilos de vida, do estudo da morbilidade; da utilização de serviços e apoio existentes, face às necessidades sentidas e da existência de alterações na percepção do seu estado de saúde individual.*

*Assim, após a revisão bibliográfica, foram abordados alguns dos aspectos genéricos do envelhecimento, de acordo com os objectivos previamente definidos: a situação no contexto da Europa e em Portugal, os desafios hoje colocados aos técnicos do planeamento e da saúde, as condições de vida dos idosos, os apoios sociais e a qualidade de vida a eles ligada, numa abordagem multidimensional efectuada na comunidade do Concelho de Faro.*

*De modo a fundamentar teoricamente o nosso estudo e conseguir uma melhor e actual compreensão deste tema começámos por apresentar na primeira parte, uma visão global do envelhecimento, das várias noções que lhe têm estado associadas e lhe são subjacentes. Assim, referimo-nos à história da sua evolução, factores demográficos, culturais, etiológicos e sociais e sua classificação reflectindo sobre o papel fundamental desempenhado pela família e pelas redes sociais de apoio (formais e informais), na prestação de cuidados ao idoso.*

*Na segunda parte, a autora conduziu o seu trabalho de diagnóstico de saúde e social no concelho de Faro, seleccionando os casos a partir dos ficheiros eleitorais através de uma amostra sistemática de residen-*

\* Artigo apresentado no II Curso Mestrado em Saúde Pública (ano 1998) com a Orientação do Prof. Doutor João Amado e Co-Orientação do Prof. Doutor Pio Abreu.

<sup>(1)</sup>Assistente Social nos H.U.C..

## Etiologia das Fobias Específicas

POR

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

### Resumo

*Os medos são tidos como adaptativos quando permitem uma resposta rápida e enérgica a um perigo ou ameaça eminente. Menos adaptativas, as fobias, são uma manifestação extrema de medo a um objecto ou situação, na ausência de uma ameaça ou perigo proporcionais. Apesar da utilidade do medo ser aceite, a natureza das fobias permanece controversa. Não há um consenso acerca de como as fobias são adquiridas. Rachman (1978) adicionou ao condicionamento, a aprendizagem vicariante e a informação como vias de aprendizagem das fobias específicas. Neste artigo destacamos uma quarta via, sugerida por Marks (1987) baseando-se na referência de Charles Darwin de que alguns medos podem surgir por selecção natural dentro de uma dada espécie. Recentemente Poulton e Menzies (1998, 1999, 2002a) têm realizado um conjunto importante de investigações que favorecem este ponto de vista não associativo de aquisição de fobias, no qual medos evolutivamente relevantes podem ocorrer sem necessidade de experiências críticas de aprendizagem, e, inversamente, em certas pessoas, a ausência de medo a determinados estímulos pode ser igualmente resistente a experiências de aprendizagem. Estas descobertas fornecem suporte ao conceito de Marks e Nesse (1994) de hipofobia, uma vez que a ausência de níveis normais de desenvolvimento de medo podem representar uma desordem séria que pode colocar o indivíduo num risco acrescido de ferimento ou morte.*

### Abstract

*Fears are adaptive when they permit a fast and powerful response to an eminent threat. Less adaptive, phobias are an extreme manifestation of fear to an object or situation, in the absence of a proportional danger. Although the utility of fear has been accepted, the nature of phobias is still controversial. There is no consensus about how phobias are acquired. Rachman (1978) added vicarious learning and information to conditioning as learning pathways of specific phobias. In this article we salient a fourth pathway, suggested by Marks (1987) based on Charles Darwin's reference that some fears can arise by natural selection in a given specie. Recently Poulton and Menzies (1998, 1999, 2002a) have performed an important group of investigations that strengths this non-associative pathway of fear acquisition. Accordingly to them evolutionary relevant fears can occur without any need of critical learning experiences, and inversely, in some people, the absence of fear to some*

---

(1) Doutorando do Departamento de Psicologia - Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho

(2) Professor Associado com Agregação do Departamento de Psicologia - Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho

(3) Professor Associado do Departamento de Psicologia - Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho

(4) Assistente do Departamento de Psicologia - Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho

## Linha Telefônica de Apoio em Sexologia Clínica

POR

PATRÍCIA PASCOAL<sup>(1)</sup>, NUNO MONTEIRO PEREIRA<sup>(2)</sup>

### Resumo

*A linha “S.O.S Dificuldades Sexuais” é uma linha de apoio na área da sexologia clínica que existe em Portugal desde Março de 1999. O presente trabalho é constituído por três partes: na primeira parte mencionam-se os dados epidemiológicos na área da sexologia clínica que justificam a existência de um serviço de atendimento telefónico nesta área; na segunda parte faz-se o enquadramento teórico específico deste tipo de atendimento no âmbito da sexologia clínica; finalmente descreve-se o serviço “S.O.S Dificuldades Sexuais” e apresenta-se os dados referentes aos 4 primeiros anos de funcionamento. Na conclusão faz-se uma reflexão acerca dos resultados e dos objectivos futuros.*

### Abstract

*The telephone helpline “S.O.S. Dificuldades Sexuais” is a support and referral service in the field of clinical sexology. It is operating since March 1999. The present work is constituted by three parts: the first one refers to the epidemiological data that justifies the existence of a telephone service in the field of clinical sexology; the second part refers to the specific theoretical foundations within the field of study of clinical sexology for this service; finally it is described the way this service works and the data concerning the first four years of work is presented. In the conclusion it is made a reflection about the data presented and the future goals of this service.*

### **Perturbações sexuais: dados epidemiológicos**

Numa revisão dos estudos epidemiológicos feitos acerca das perturbações sexuais, Dunn, Jordan, Croft & Assendelft (2002) verificaram que os dados apresentados nos diferentes estudos variavam consideravelmente. Não foi feita uma meta-análise devido à heterogeneidade dos desenhos de investigação. As prevalências dependiam da definição dos casos, das características da população em estudo e do quadro temporal de referência utilizado para os estudos. Os autores (op.cit., 2002) consideraram ser necessário

tipificar os desenhos de investigação, a implementação e a apresentação dos estudos epidemiológicos para efectuar uma revisão dos estudos existentes. Parece-nos, contudo, que a apresentação de alguns dados recolhidos por alguns autores, permitem ilustrar a distribuição aproximada das perturbações sexuais na população.

Spector & Carey (1990) fizeram um estudo de revisão dos estudos epidemiológicos e encontraram, na população geral, a distribuição que se descreve na tabela 1.

---

<sup>(1)</sup>Psicóloga Clínica e Terapeuta Sexual.

<sup>(2)</sup>Consultor Hospitalar de Urologia.

## Representações sociais do suicídio em jovens com comportamentos auto-destrutivos

POR

OLGA ORDAZ<sup>(1)</sup>, GRAÇA VINAGRE<sup>(2)</sup>, NAZARÉ SANTOS<sup>(3)</sup>, MARIA GOUVEIA-PEREIRA<sup>(4)</sup>, ABÍLIO OLIVEIRA<sup>(5)</sup>, DANIEL SAMPAIO<sup>(6)</sup>

### Resumo

*A busca dos sentidos que se atribui aos comportamentos suicidários torna-se relevante para a compreensão do problema, sobretudo quando se trata de discursos produzidos por jovens que já tentaram o suicídio.*

*O presente estudo insere-se numa investigação mais ampla que temos vindo a realizar, no Núcleo de Estudos do Suicídio (NES) do HSM, sobre representações sociais do suicídio em adolescentes. Dos 822 estudantes do ensino secundário de várias regiões do país, que participaram, cerca de 7% (56) já fizeram, pelo menos, uma tentativa de suicídio. Com o objectivo de identificar os conteúdos representacionais que estruturam os pensamentos, sentimentos e imagens destes adolescentes em relação ao suicídio, procedeu-se à análise de conteúdo das questões abertas (associação livre de palavras) do inquérito aplicado, bem como à análise factorial de correspondências múltiplas. Os resultados sugerem que o fenómeno do suicídio relaciona-se com dificuldades na relação com os pais, com os outros e consigo próprio, perturbação e fragilidade psicológica, incapacidade de resolução de problemas, falta de razões para viver e vivência de situações de desespero. Estes dados, que se aproximam dos da clínica, realçam a importância de conhecer as significações atribuídas pelos jovens aos comportamentos suicidários para a implementação de estratégias preventivas que permitam responder eficazmente ao problema.*

### INTRODUÇÃO

Os jovens que tentaram suicidar-se representam um importante grupo de risco, tanto no que respeita a futuras tentativas de suicídio, como à consumação

do acto. A maior parte dos estudos que procura identificar os factores de risco e correlacioná-los com as tentativas de suicídio utilizam populações clínicas de adolescentes que estão hospitalizados por tentativa de suicídio ou que foram observados em centros de

(1) Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Mestre em Psicologia Social. ESEnf Caluste Gulbenkian de Lisboa.

(2) Licenciada e Mestre em Psicologia, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. ESEnf Caluste Gulbenkian de Lisboa.

(3) Psiquiatra. Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

(4) Psicóloga. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Membro da Unidade de Investigação de Psicologia Cognitiva de Desenvolvimento e da Educação.

(5) Licenciado em Engenharia Informática. Mestre em Psicologia Social. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

(6) Psiquiatra. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Contacto: Olga Ordaz - Estrada de Telheiras, n.º 79, 11.º B - 1600-768 Lisboa

e-mail: olgaordaz@hotmail.com

## Sumário

Sleep and Aging — <i>Tamar Shochat, D.Sc.</i>	159
Demência de Pick – A propósito de um caso clínico — <i>Rosa Carvalho, Carla Vicente, Orlando Guete Tur e Carlos Braz Saraiva</i>	165
Alterações da Senso-Percepção. Alucinações visuais em invisuais: A propósito de um caso — <i>Guadalupe Rojas, Joana Serra, Filipa Sousa, Ana Maria Ferreira</i>	171
Distúrbio de Stress Pós-Traumático na Infância e Adolescência: Revisão da Literatura a propósito de dois casos clínicos — <i>Nuno Pessoa Gil, J. A. Garrido</i>	179
Ansiedade na Gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe — <i>Ana Conde e Bárbara Figueiredo</i>	197
Factores de risco psicológico e nascimento pré-termo — <i>Marinha Mendonça, Rita Sousa e Rui Magalhães</i>	211

## Sleep and Aging

POR

TAMAR SHOCHAT, D.Sc.<sup>(1)</sup>

### **Introduction**

Sleep problems increase with age, and are very common in the elderly population. Studies have shown that over 50% of adults over age 65 experience sleep difficulties (Foley et al., 1995). Sleep disturbance increases in yet older populations and particularly in demented elderly (Vitiello et al., 1990; Ancoli-Israel et al., 1994).

Typical sleep complaints in the elderly include spending too much time in bed with relatively little sleep time, difficulty falling asleep, awakenings during the night and daytime sleepiness. Many elderly individuals nap frequently during the day.

### **Studies on sleep and aging**

Sleep researchers have debated over the causes for the increase in sleep disturbance with age. While some argue that the ability to sleep deteriorates, others claim that it is the need for sleep that decreases with age. Different lines of evidence have given support to both theories.

Sleep deprivation studies look at changes in sleep length and structure following extended periods of sleep deprivation. Recovery sleep periods following deprivation are longer than baseline sleep, and typically normalize within 2-3 days. Sleep deprivation studies comparing old and young subjects have shown that healthy elderly subjects had lower absolute sleep amounts than young subjects both before and after deprivation, although the effects of sleep deprivation were similar in both groups. These studies have also shown that performance was better maintained in elderly subjects than in their younger counterparts following deprivation, possibly indicating a reduced need for sleep with age (Carskadon & Dement, 1985; Bonnet & Rosa, 1987).

Other studies have shown increased daytime sleepiness, more napping and a redistribution of sleep across the 24-hour day in the elderly (Carskadon & Dement, 1987; Buysse et al., 1992). Thus, although nighttime sleep may decrease with age, daytime napping increases and the total amount of sleep time during the night and day remains the same.

Furthermore, sleep laboratory studies using polysomnographic recordings have demonstrated a dramatic decrease in slow-wave sleep ("deep sleep") and an increase in the number of awakenings at night in older subjects (Hirshkowitz et al., 1992). These findings collectively support the idea that with age, the need for sleep remains the same, however the ability to maintain continuous sleep may be disrupted.

### **Causes and management**

Several factors may contribute to sleep disruption in the elderly. These factors include medical and psychiatric disorders, use of medications, changes in the circadian (24-hour) system and primary sleep disorders.

#### **Medical and psychiatric:**

Both medical and psychiatric illnesses often affect sleep. As the prevalence of many chronic illnesses increases with age, the prevalence of any accompanying sleep disruption increases as well.

Examples of such medical illnesses, which are common in old age and disrupt sleep, include arthritis, heart disease, hyperthyroidism, chronic lung disease, chronic renal failure as well as neurological disorders such as Parkinson's disease and dementia.

Any medical condition, which causes pain or discomfort may often cause sleep disruption. Therefore the key to good management is to identify

<sup>(1)</sup> Scientific Laboratory Products, Ltd.. Sleep Medicine Center, Technion - Israel Institute of Technology

## Demência de Pick – A propósito de um caso clínico

POR

ROSA CARVALHO<sup>(1)</sup>, CARLA VICENTE<sup>(2)</sup>, ORLANDO GUETE TUR<sup>(3)</sup> E CARLOS BRAZ SARAIVA<sup>(4)</sup>

### Resumo

*No presente artigo, a propósito da observação de um caso clínico, os autores fazem uma revisão da literatura médica da Demência de Pick, com especial atenção à definição do conceito, etiologia, caracterização psicopatológica, neuropatológica, neuroquímica e diagnóstico. Apresenta-se a história clínica de uma doente de 55 anos de idade que manifesta como sintomatologia inicial défices mnésicos e desinibição do comportamento social e sexual, assim como a evolução do quadro clínico observado em consulta externa por um período de mais de um ano.*

### Abstract

*In the present article, regarding the examination of a clinical situation, the authors revise the medical bibliography on Pick's disease, specially as for the definition of concept, etiology, psychopathological characterization, neuropathology, neurochemistry and diagnosis. We will report the clinical study of a 55-years old female patient who evidences as first symptoms mnemonic deficit and disinhibition of social and sexual behavior. We will also show the evolution of her clinical situation followed in the day-consultation for more than a year.*

## I. INTRODUÇÃO

A demência de Pick é uma entidade clínica pouco frequente, reconhecida pela primeira vez no século XIX por Arnold Pick e considerada como dificilmente diferenciável de outras demências pelas escolas anglo-saxónicas. Algumas escolas europeias referem que a sua diferenciação clínica é frequentemente possível por apresentar uma patocrónia, uma localização anatómica e um síndrome inicial diferente do quadro afaso-apraxo-agnóstico típico da demência de Alzheimer.

A demência de Pick caracteriza-se neuropatologicamente por uma atrofia cortical localizada usualmente ao lobo frontal e temporal. A predominância de sintomatologia do lobo frontal caracteriza esta doença. O lobo frontal constitui a parte mais recente do cérebro e corresponde mais ou menos a um terço da massa total daquele. Forma a parte mais anterior do cérebro, repousando pela face inferior na base do crâneo, nas órbitas. É delimitado pela cisura de Rolando do lobo parietal e pela cisura de Sylvius, do lobo temporal.

A demência na doença de Pick é mais frequente

(1) Interna de Psiquiatria da Infância e Adolescência – Departamento de Pedopsiquiatria - C.H.C.

(2) Psiquiatra do H.D.A.

(3) Interno de Psiquiatria dos H.U.C.

(4) Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Chefe de Serviço de Psiquiatria dos H.U.C.

## Alterações da Senso-Percepção

### Alucinações visuais em invisuais: A propósito de um caso.

POR

GUADALUPE ROJAS<sup>(1)</sup>, JOANA SERRA<sup>(2)</sup>, FILIPA SOUSA<sup>(3)</sup>, ANA MARIA FERREIRA<sup>(4)</sup>

#### Resumo

*As autoras apresentam um caso clínico referente a uma Perturbação Bipolar tipo I, numa doente invisual com sintomatologia psicótica nas fases maníacas. Paralelamente, fazem breve revisão bibliográfica sobre as alterações da senso-percepção. Este caso clínico levantou a questão da possível existência ou não de alucinações visuais em invisuais congénitos.*

#### *Palavras chave*

*Alucinações, percepção, sensação.*

*“ The eye of man had not heard, the ear of man had not seen, man’s hand is not able to taste, his tongue to conceive, nor his heart to report, what my dream was.”*

*Shakespeare,  
A Midsummer Night’s Dream*

#### Introdução Psicológica da Sensopercepção

Há autores que definem o estímulo, como causa física que actua sobre um dos nossos órgãos dos sentidos para produzir a sensação.

Excitação é a modificação física que a acção dos estímulos produz no órgão sensorial. Existem quatro tipos diferentes de excitações: mecânicas, físicas, químicas e eléctricas.

Sensação é o fenómeno psíquico elementar, que resulta da acção de qualquer estímulo, sobre os nossos órgãos dos sentidos. Existe uma relação causal

entre o estímulo exterior e o estado psicológico.

As sensações em virtude da sua origem classificam-se em dois grupos principais: externas e internas. Às sensações externas chama-se sensibilidade especial pelo facto de se originarem de aparelhos especiais: os órgãos dos sentidos. Nesse grupo incluem-se as sensações visuais, auditivas, olfactivas, gustativas e tácteis.

Para que se processe uma sensação são necessárias três condições:

- a) A excitação de um órgão sensorial (receptor) pelo estímulo.
- b) A transmissão da excitação, através das vias sensitivas até o córtex cerebral.
- c) A recepção da excitação.

Existem as sensações internas que reflectem os movimentos de partes isoladas do nosso corpo e o estado dos nossos órgãos internos. Ao conjunto dessas sensações chama-se sensibilidade geral. Os receptores dessas sensações, encontram-se localizados nos músculos, nos tendões, na superfície dos

(1) Interna do 4º ano de Psiquiatria dos H.U.C.

(2) Interna do 2º ano de Psiquiatria do H.S.C.

(3) Interna do 1º ano de Pedopsiquiatria do CHC.

(4) Assistente Hospitalar Graduada dos H.U.C.

## Distúrbio de Stress Pós-Traumático na Infância e Adolescência: Revisão da Literatura a propósito de dois casos clínicos

POR

NUNO PESSOA GIL<sup>(1)</sup>, J. A. GARRIDO<sup>(2)</sup>

### Resumo

*O Distúrbio de Stress Pós-Traumático (DSPT) é uma entidade nosológica reconhecida há pouco mais de 20 anos, mas que, apesar disso, tem merecido a maior atenção por parte de profissionais de saúde mental, media, agentes administrativos, sociais e políticos. Porém, a maior parte da investigação realizada e medidas tomadas tem sido dirigida à população adulta esquecendo crianças e adolescentes. O objectivo deste trabalho é, pois, dar um pequeno contributo para o conhecimento do DSPT na infância e adolescência.*

*O artigo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, procuramos fazer uma revisão da literatura versando aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos, clínicos, de avaliação e terapêuticos. Na segunda parte apresentam-se dois casos clínicos que nos permitirão discutir algumas conclusões, nomeadamente acerca das diferenças possíveis de encontrar no espectro sintomático deste Distúrbio.*

### Abstract

*Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a nosologic entity recognized only for about 20 years although it has been receiving most attention by mental health workers, media and political, social and administrative agents. Nevertheless, most of the research performed and measures taken have been directed towards adult population leaving behind children and adolescents. The purpose of this paper is, therefore, to allow a small contribute for the knowledge of PTSD in childhood and adolescence.*

*The current paper is composed of two parts. In the first one a literature revision is performed concerning epidemiology, etiopathogeny, clinical presentation, assessment and therapeutics. On the second part, the authors present two clinical cases that will allow us to discuss a few conclusions, namely about the possible differences found in the clinical spectrum of this Disorder.*

### INTRODUÇÃO

O Distúrbio de Stress Pós-Traumático (DSPT) é uma entidade nosológica definida pelo desenvolvimento de sintomas característicos subsequentes à exposição a um acontecimento traumático extremo,

que o indivíduo, viveu, testemunhou ou do qual teve conhecimento, envolvendo morte, ameaça de morte ou ferimento grave, do próprio ou de terceiros, que poderão ser reais ou percebidas como tal. Por definição, a experiência desse acontecimento traumático envolve sentimentos de desamparo, medo e/ou horror

<sup>(1)</sup> Interno do Internato Complementar em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital S. Teotónio, S.A. – Viseu (E-mail: ncg@netvisao.pt).

<sup>(2)</sup> Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do Centro Hospitalar de Coimbra

## Ansiedade na Gravidez:

### Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe\*

POR

ANA CONDE<sup>(1)</sup> E BÁRBARA FIGUEIREDO<sup>(2)</sup>

#### Resumo

*O presente artigo é uma revisão da investigação mais relevante no domínio da ansiedade durante a gravidez. Apresenta os resultados dos estudos que apontam para a existência de um grande número de mulheres com níveis significativos de sintomatologia ansiosa durante a gestação, independentemente do seu carácter patológico. Aborda um conjunto de factores que podem ser considerados de risco para a presença de níveis elevados de ansiedade durante a gravidez e analisa as suas principais consequências e implicações para a saúde e bem-estar da mulher. Finaliza, alertando para a necessidade de implementar medidas de prevenção e intervenção em situações de alta ansiedade, as quais são fundamentais para garantir uma adequada prestação de cuidados à mulher grávida, assim como para reduzir a morbilidade e a incidência de complicações obstétricas.*

#### Abstract

*The present article is a review of the most relevant and recent research about anxiety in pregnancy. The results presented indicate that there is a very large number of women who show high levels of anxiety during childbearing, independently of its pathological character. This article also considers several risk factors for the mother's high levels of anxiety during pregnancy, and analyses its main consequences and implications for her own health and well-being. This review ends alerting to the need of improving preventive and interventive measures for reducing the high anxiety levels of pregnant women, in order to provide adequate care, as to diminish the morbidity and the obstetrical complications that may occur.*

#### 1. INTRODUÇÃO

Assistimos nos últimos anos à valorização cres-

cente de uma visão holística do ser humano, a qual leva à análise e integração dos diferentes sistemas em que o mesmo vive e se desenvolve. Assim, a

---

\* Artigo integrado no projecto “Limiar da vida e da morte: imortalidade simbólica e vinculação da mãe ao bebé”, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (Bolsa de Doutoramento com a referência SFRH/BD/13768/2003).

<sup>(1)</sup> Doutoranda em Psicologia (área de especialização de Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

<sup>(2)</sup> Professora Associada no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

Qualquer correspondência relativa a este artigo deve ser dirigida a Ana Albertina Conde ou Bárbara Figueiredo. Universidade do Minho. Departamento de Psicologia. Campus de Gualtar. 4700 Braga. Podem também ser utilizados os seguintes endereços electrónicos: [bbfi@iep.uminho.pt](mailto:bbfi@iep.uminho.pt) ou [apalheiros@correio.ci.uminho.pt](mailto:apalheiros@correio.ci.uminho.pt)

## Factores de Risco psicológico e nascimento pré-termo

POR

MARINHA MENDONÇA<sup>(1)</sup>, RITA SOUSA<sup>(2)</sup> E RUI MAGALHÃES<sup>(3)</sup>

### Resumo

*O presente trabalho aborda a temática da influência dos factores de risco psicológico no desencadeamento de uma gravidez pré-termo. Para tal, desenvolvemos um estudo retrospectivo, de tipo caso-controlo, comparando 33 mães de crianças nascidas a pré-termo (idade gestacional inferior a 37 semanas) e 54 mães de crianças nascidas de termo.*

#### Instrumentos e Procedimentos

*Para além da consulta de ficheiros médicos relativos ao parto e ao estado neo-natal do bebé, por altura do internamento, os instrumentos de avaliação foram a Classificação Social de Graffar, para o enquadramento sócio-económico das participantes, a escala SCL-90-R, na definição dos traços psicopatológicos e a Toronto Alexitimia Scale, na definição das características alexitímicas (TAS-20). Foi também formulada uma questão fechada a cada uma das participantes no sentido de avaliar o desejo da gravidez.*

#### Resultados e Conclusão

*Os resultados mostram que os valores mais elevados na escala total da TAS-20 e em algumas das subescalas do SCL-90, assim como as piores condições sócio—económicas, foram observados no grupo de mães com bebés nascidos a pré-termo. Os resultados indiciam, ainda, que a gravidez foi menos frequentemente desejada nas mães com gravidez pré-termo.*

### Summary

*The present case-control study evaluated the role of life events in preterm birth, comparing 33 women with a preterm birth (less than 37 weeks of gestation), and a control group of 54 mothers with a normal term pregnancy.*

*The measurement instruments used the social classification of Graffar, the SCL-90-r scale for the definition of psychopathological traits and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), to evaluate the alexithymic personality. Also, a closed question was used to estimate if the pregnancy was desired.*

*The results obtained suggest a significant association between socio-economic status and obstetric outcome, the prevalence of women in the lower socio-economic classes being higher for preterm and a significant association between the higher values in the total TAS scale and in some subscales of the SCL-90.*

(1) Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. E-mail: marinham@esenf.pt

(2) Técnica Superior de Estatística e Informática no Instituto Nacional de Estatística (Porto). Assistente Convidada no Departamento de Matemática Aplicada da Faculdade de Ciências do Porto. E-mail: rita.sousa@ine.pt / rita.sousa@fc.up.pt

(3) Departamento de Estudos de Populações - ICBAS, Porto. E-mail: rmag@icbas.up.pt

**Correspondência:** Marinha Mendonça - Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto - Rua Alvares Cabral, 384, 4050-040 Porto

## Sumário

Esquizofrenia – Homens e mulheres: diferentes na doença? — <i>Adriano Vaz Serra</i>	227
O Direito ao Trabalho do Doente Mental — <i>Paulo Morgado de Carvalho</i>	239
“Finalmente o Regresso”... Um caso de Reinserção Social em Psiquiatria! — <i>Carla Maria Rodrigues Dinis e Fernando Sousa</i>	249
A Qualidade de Vida e o Funcionamento Geral da Perturbação de Pânico — <i>Cristina Pablo e Frederico Cavaglia</i>	257
Direito ao Suicídio: um olhar da Psiquiatria — <i>Nuno Pessoa Gil</i>	269
Perfil do suicida na Região Centro de Portugal — <i>Daniela Vitorio Fuzinato, Sandra Vicente Nunes, Maria Cristina de Mendonça, Duarte Nuno Vieira, Carlos Braz Saraiva</i>	277
Cafeínismo – Uma história da História — <i>Isilda Inês</i>	283

## Esquizofrenia – Homens e mulheres: diferentes na doença?

POR

ADRIANO VAZ SERRA<sup>(1)</sup>

### Resumo

*A esquizofrenia é uma entidade clínica complexa, em que os sintomas podem variar de doente para doente. Costuma afectar o indivíduo numa idade jovem, sendo raros os casos que surjam na infância ou após os 45 anos de idade.*

*Embora possa surgir em pessoas de ambos os sexos, há diferenças que se têm notado no confronto entre indivíduos de sexo diferente. Estas dizem respeito, particularmente, aos factores predisponentes, à presença de anomalias cerebrais, à idade de começo, manifestações de sintomas, funcionamento social e terapêutica.*

*Apesar destas diferenças serem reconhecidas não há por enquanto uma explicação cabal que verdadeiramente as esclareça.*

### A Esquizofrenia

Ao contrário de outros quadros clínicos psiquiátricos, que têm uma definição simples e quase linear, a esquizofrenia é uma entidade clínica complexa. Não há uma definição que possa englobar as manifestações de todos os doentes que dela sofrem. O ponto unificador da sintomatologia corresponde, na maioria dos casos, à perda da crítica da realidade, em que o doente não se apercebe da sua condição mental o que, por sua vez, leva a uma má colaboração com o tratamento.

É uma enfermidade que tem sido detectada em todos os países do mundo e em qualquer tipo de indivíduo. Pode determinar um mau ajustamento social e regra geral leva à necessidade de manter uma terapêutica por largo número de anos, senão mesmo por toda a vida.

Os episódios clínicos podem manifestar-se de forma muito diferente. Nalguns casos surge apenas um episódio na vida do indivíduo. Noutras situações, há episódios recorrentes que, não obstante, permitem levar uma vida quase normal. Em contrapartida, há

igualmente enfermos que apresentam sintomas graves ao longo de toda a existência, que comprometem a capacidade desejável do seu ajustamento.

Segundo Wright (2000) a Esquizofrenia deve ser considerada a causa mais importante de incapacidade psiquiátrica crónica. De acordo com este autor o risco ao longo da vida é de cerca de 1% e a incidência corresponde a cerca de 20 casos por 100.000 habitantes e por ano.

Na população em geral tem uma prevalência entre 0,025 e 0,05%. Isto é, em cada 10.000 indivíduos julga-se que entre 25 a 50 pessoas estejam afectadas por este transtorno mental. A prevalência mais baixa foi relatada nos Huteritas nos EUA, de apenas 1% e, a mais elevada, em partes da Suécia, Irlanda e Jugoslávia, com taxas de 10% ou mais. É aceite que esta discrepância de valores possa ser devida a métodos diferentes de diagnóstico.

A prevalência é idêntica em ambos os sexos. O primeiro surto de esquizofrenia ocorre usualmente em pessoas jovens, entre os 16 e os 25 anos. Pode desenvolver-se em idades mais tardias. Contudo é de

<sup>(1)</sup> Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra. Director da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

## O Direito ao Trabalho do Doente Mental\*

POR

PAULO MORGADO DE CARVALHO<sup>(1)</sup>

### Resumo

*O doente mental depara-se com inúmeras dificuldades quando pretende aceder ou regressar ao mercado do trabalho, não só por transportar consigo estigmas e preconceitos, mas também porque a sociedade ainda não está sensibilizada e motivada para o tratar como igual, como cidadão de pleno direito, encarando-o frequentemente como diminuído e incapaz de rentabilidade económica.*

*Em Portugal, a situação apresenta-se cada vez mais delicada, mesmo para os mais qualificados, em virtude do crescente aumento do desemprego, da evolução das novas tecnologias e da sociedade de informação, do aparecimento de formas atípicas de prestação de trabalho, em que predomina o trabalho precário, bem como das exigências de flexibilidade e mobilidade, constantes das actuais leis laborais.*

*Daí a necessidade de implementação de medidas, programas e acções que evitem a marginalização do doente mental e, em contrapartida, o protejam e apoiem, para que atinja a efectiva integração familiar e social, com total plenitude.*

*São diversos os programas e medidas previstos para os cidadãos que revelam especiais dificuldades, como é o caso do doente mental.*

*Todavia, do papel à prática vai, muitas vezes, um longo caminho, tornando-se, por isso, necessária a articulação coordenada das diversas entidades que actuam neste domínio, com vista a dotar tais medidas de efectividade, sob pena de constituírem factores de exclusão social, em vez de contribuírem para a desejada inclusão destas pessoas, que, naturalmente, precisam do apoio da sociedade, que somos todos nós, para que possam exercer os seus direitos de cidadania, em verdadeiras condições de igualdade de oportunidades.*

*A promoção do emprego do doente mental passa também pela sensibilização dos empregadores, dado que neste sector existe ainda um grande desconhecimento da problemática da reabilitação.*

*Mas, para além dos problemas ligados às instituições, subsistem contrariedades, que advêm da condição do próprio doente mental.*

*A rejeição das empresas a estas pessoas não tem tanto a ver com a doença, mas antes com as dificuldades de integração, na medida em que esta pressupõe um processo longo para o empregador, com prováveis prejuízos para a actividade da empresa, já que é previsível um menor ritmo e rendimento do trabalho efectuado, a necessidade de se fazerem adaptações dos meios e instrumentos existentes, de acordo com as limitações de cada um, e uma falta de polivalência e de capacidade de resposta imediata a novas situações, por parte do indivíduo, bem como a indispensabilidade de um controlo e acompanhamento praticamente constantes.*

*Daqui se poderá concluir que é muito importante inseri-los no mercado de trabalho, como forma de contribuir para o seu equilíbrio psíquico, familiar e social.*

*Para além de todas as medidas que se possam implementar, o essencial é ter esperança e acreditar que, se todos nos preocuparmos mais com os outros, principalmente com aqueles que não têm possibili-*

\* Corresponde, com alguns ajustamentos, à intervenção proferida no Simpósio “A Esquizofrenia na perspectiva do doente”, no decurso do V Congresso Nacional de Psiquiatria, no dia 28 de Novembro de 2003, nos Auditórios dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

<sup>(1)</sup> Procurador da República. Docente do Centro de Estudos Judiciários

“Finalmente o Regresso”...

Um caso de Reinserção Social em Psiquiatria!

POR

CARLA MARIA RODRIGUES DINIS<sup>(1)</sup> E FERNANDO SOUSA<sup>(2)</sup>

### Resumo

*Os autores pretendem com este artigo dar a conhecer as dificuldades reais com que se deparam, diariamente, ao tentar integrar um doente do foro psiquiátrico no seu meio sócio-familiar e cultural, ilustrando essas mesmas dificuldades através da apresentação de um caso clínico de um doente com Esquizofrenia Paranóide e um internamento de longa duração no Serviço de Psiquiatria-Homens dos Hospitais da Universidade de Coimbra.*

*Pretendem ainda, dar maior ênfase às dificuldades sentidas aquando da preparação da alta hospitalar e reinserção social, deste doente, bem como todas as estratégias e procedimentos desenvolvidos para o sucesso da intervenção. Neste caso, o planeamento estratégico, a persistência e a interligação entre a Equipa de Saúde do Serviço de Psiquiatria, a comunidade e uma Instituição Particular de Solidariedade Social da área de residência do doente, estiveram na opinião dos autores, na base do sucesso desta reinserção social.*

### INTRODUÇÃO

No âmbito da intervenção social, sabemos que o assistente social num Serviço de Psiquiatria de doentes agudos deverá ser entendido/percebido como um membro de uma equipa de cuidados de Saúde alargada. Poderá assumir-se como um profissional de inter-relação/mediador, o que significa que deverá centralizar a sua prática no doente, dinamizando recursos junto das várias redes, laços e “malhas do tecido social”. (Fig. 1)

Assume dentro da Equipa de Saúde o papel de prestador de cuidados para ultrapassar ou minorar, junto do doente e sua família, situações de desvantagem social devido a dificuldades de ordem sócio-económica ou psicossocial, expressas ou latentes. O indivíduo que se encontra doente pode experimentar sensações de fragilidade; sentimentos de não realização pessoal; “não se reconhecer” nos novos papéis ou estatutos que terá de assumir, após alta clínica; alterações do suporte financeiro pessoal e familiar; redução ou ausência da rede suporte social ou de pertença. Então, é necessário actuar ao nível da consciencialização

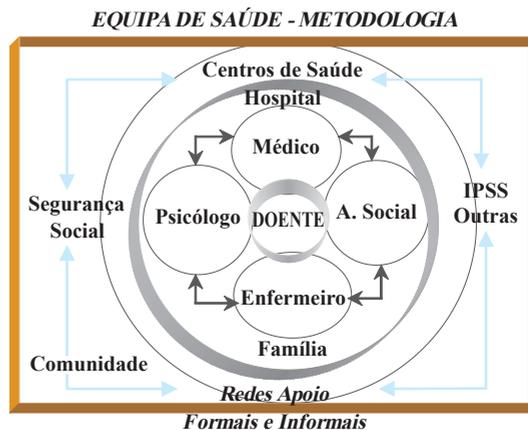


Figura 1

e satisfação das necessidades básicas da sua existência. (Fig. 2)

Assim, o texto que se segue e o tema por nós escolhido, convida todos a uma reflexão através de “um caso/exemplo de sucesso” e resume o essencial

<sup>(1)</sup> Técnica Superior Principal; Assistente Social no serviço de Psiquiatria dos HUC

<sup>(2)</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria no Serviço de Psiquiatria dos HUC

## A Qualidade de Vida e o Funcionamento Geral da Perturbação de Pânico

POR

CRISTINA PABLO<sup>(1)</sup> E FREDERICO CAVAGLIA<sup>(2)</sup>

### Resumo

*Os dados epidemiológicos existentes na literatura sugerem que a perturbação de pânico se associa a diferentes e significativas consequências sociais e de saúde, incluindo uma percepção pobre da saúde física e emocional (Markowitz et al., 1989; Klerman et al., 1991; Massion et al., 1993; Katon et al., 1995; Telch et al., 1995; Davidson, 1996; Sherbourne et al., 1996; Hollifield et al., 1997; Katernadahl e Realini, 1997; Candilis et al., 1999; Mendlowicz e Stein, 2000). Os sujeitos com perturbação de pânico apresentam um déficit funcional (Sherbourne et al., 1996) e tendem a recorrer mais aos serviços de saúde (Markowitz et al., 1989; Klerman et al., 1991). Encontram-se, do mesmo modo, em maior risco de abuso de substâncias, problemas conjugais, dependência financeira, tentativas de suicídio e intercorrências depressivas (Markowitz et al., 1989; Weissman et al., 1989; Klerman et al., 1991; Horning e McNally, 1995). O impacto social pode ser substancial uma vez que a perturbação de pânico é, muitas vezes, crônica e recorrente (Noyes et al., 1990). A perturbação de pânico é descrita ainda como estando também associada a limitações laborais, nomeadamente no que concerne à produtividade (Edlund e Swann, 1987; Ettigi et al., 1997; Katernadahl e Realini, 1997). Os dados disponíveis sugerem que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico se encontram substancialmente debilitados nas mais variadas dimensões da qualidade de vida, bem como no que diz respeito ao funcionamento geral. Contudo, quando correctamente diagnosticados e tratados, estes pacientes tenderão a beneficiar em termos da sua qualidade de vida mental e física, a aumentar a sua produtividade no meio laboral, bem como a melhorar as suas relações familiares e sociais (Davidson, 1996).*

### Introdução

Na mitologia grega, *Pan* simbolizava o deus grego das ovelhas e do gado. Supõe-se que o termo “pânico” terá uma origem remota assente no medo dos viajantes em ouvirem o som das suas flautas enquanto deambulavam, à noite, pelas florestas. Porém, foram Klein e Fink (1962) quem pela primeira vez usaram a palavra “pânico” para definir um ataque abrupto de ansiedade. Do mesmo modo, o termo “agorafobia” provém das palavras gregas *agora*, que significa mercado ou praça pública e *Photos*, que simboliza o deus grego do medo. Actualmente este conceito estende-se

a um conjunto indeterminado de medos, quer a lugares públicos quer a situações mais específicas.

A perturbação de pânico, com ou sem agorafobia, e considerada uma entidade nosológica bem definida nos principais manuais de classificação de doenças mentais: *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders IV – DSM-IV* (APA, 1994) e *International Classification of Diseases – ICD-10* (WHO, 1992). Apesar das diferenças existentes na sua definição operacional, pensa-se que o futuro se encarregará de as esbater na constituição de um sistema classificativo de doenças mentais comum.

A perturbação de pânico encontra-se classificada

(1) Psicóloga Clínica; Serviço de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos; Instituto Superior de Ciências da Saúde-Sul.

(2) Psiquiatra; Faculdade de Medicina de Lisboa; Instituto Superior de Ciências da Saúde-Sul.

## Direito ao Suicídio: um olhar da Psiquiatria\*

POR

NUNO PESSOA GIL<sup>(1)</sup>

### Resumo

*O suicídio é um acto tão misterioso como inexplicável, tendo por isso merecido a especial atenção da humanidade através dos tempos.*

*Nós não constituímos excepção e não escondemos o nosso fascínio pelos horizontes obscuros da suicidologia. O presente trabalho constitui, por isso, o culminar da busca de resposta a três questões que nos têm acompanhado nos últimos anos:*

*Existe um direito ao suicídio?*

*Poderá considerar-se um suicídio dito “racional” e não determinado por qualquer distúrbio psiquiátrico?*

*Qual a atitude do psiquiatra perante o indivíduo com comportamento suicidário e que recusa ser ajudado?*

*Estamos cientes de que não obtivemos respostas definitivas ou sequer consensuais. No entanto, como o título do artigo sugere, trata-se apenas de um olhar sobre o problema.*

### Abstract

*Suicide is an act as mysterious as unexplainable, thus receiving special attention by mankind throughout times.*

*We are no exception and we do not conceal our fascination for the obscure horizons of suicidology. The present work is therefore the culmination search for the answer to three questions that accompanied us for the last few years:*

*Is there a right to suicide?*

*Is it possible to consider a “rational” suicide, thus not determined by some kind of psychiatric disorder?*

*What should be the psychiatrist’s attitude facing the individual with suicidal behaviour which refuses to be helped?*

*We are aware that the answers obtained are neither definitive nor consensual. Nevertheless, as the main title suggests, this is only a glance at the problem.*

### INTRODUÇÃO

O suicídio tem acompanhado o Homem, na sua

história, desde tempos que se perdem na memória colectiva, persistindo como o mais misterioso acto do ser humano (Cobb, 1801, citado por Saraiva, 1999)

\* Baseado em Comunicação apresentada no V Congresso Nacional de Psiquiatria, Coimbra, 26 a 28 de Novembro de 2003

<sup>(1)</sup> Interno do Internato Complementar em Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. Teotónio, S. A. – Viseu (E-mail: [ncg@netvisao.pt](mailto:ncg@netvisao.pt))

## Perfil do suicida na Região Centro de Portugal

POR

DANIELA VITORIO FUZINATO<sup>(1)</sup>, SANDRA VICENTE NUNES<sup>(2)</sup>, MARIA CRISTINA DE MENDONÇA<sup>(1)</sup>, DUARTE NUNO VIEIRA<sup>(1)</sup>, CARLOS BRAZ SARAIVA<sup>(2)</sup>

### Resumo

*Sendo o suicídio uma forma de morte violenta, está englobado nos objectivos da investigação forense das autópsias médico-legais, designadamente a diferenciação entre homicídio, suicídio ou acidente. Todavia, a vertente social da Medicina Legal não permite que a sua acção se esgote apenas no cumprimento das formalidades legais. Deve também participar efectivamente no estudo do “fenómeno suicida”, levando em conta que este é uma das causas de morte violenta mais previsíveis e, portanto, preveníveis. Esta prevenção é largamente facilitada pela identificação da população em risco.*

*O estudo retrospectivo de todos os casos de suicídio consumado autopsiados no Serviço de Tanatologia Forense da Delegação de Coimbra do INML nos últimos 16 anos (de 1986 a 2001, inclusivé), respeitantes a indivíduos residentes na região centro do território português continental, permitiu concluir que o perfil do suicida nesta região corresponde habitualmente a um homem com idade compreendida entre 41 e 70 anos, casado, com uma ocupação profissional indiferenciada, que recorre à intoxicação como meio de suicídio, com maior frequência no mês de Maio.*

### Introdução:

O suicídio é um fenómeno paradoxo do comportamento humano e cuja natureza e definição nem sempre se tornam inteiramente fáceis, ocorre em todas as culturas e sociedades, nas mais diversas circunstâncias e nas mais distintas fases da vida, existem múltiplas abordagens quer estatísticas, epidemiológicas, sociológicas psicopatológicas e fenomenológicas. Continua a ser um problema actual com implicações humanas, sociais, e se quisermos, religiosas. As taxas de suicídio são geralmente difíceis de determinar dado existirem, por vezes, uma série de interesses por parte dos familiares em não notificar o caso ou simplesmente evitar complicações burocráticas; o que dificulta o conhecimento real da incidência do problema. Encontram-se taxas de suicídio muito diferentes entre os vários países, o que pode ser explicado por

factores sócio-culturais e religiosos.

O suicídio é uma conduta ou conjunto de condutas que, dirigidas pelo próprio, podem levar à morte (suicídio consumado) ou a uma situação de gravidade mortal (suicídio frustrado).

É uma situação de autodestruição intencional que tem, segundo Bonnet, dois factores desencadeantes muito frequentes: sócio-ambientais (desintegração social, familiar, geográfica) e endógenos ou biopsíquicos.

O suicídio é uma forma de morte violenta estando portanto englobado no que diz respeito aos objectivos fundamentais da investigação forense das autópsias médico-legais, designadamente a diferenciação entre homicídio, suicídio ou acidente.

Todavia, a vertente social da Medicina Legal não permite que a sua acção se esgote apenas no cumprimento das formalidades legais. Deve também partici-

<sup>(1)</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) - Delegação de Coimbra

<sup>(2)</sup> Serviço de Psiquiatria, HUC

## Cafeínismo – Uma história da História

POR

ISILDA INÊS<sup>(1)</sup>

### Resumo

*O consumo de café continua a ser uma questão de sabor, de cultura, de prazer e de dependência.*

*Os técnicos de saúde geralmente não abordam esta temática, reflectem sobre o álcool e outro tipo de drogas, e no entanto com a cafeína parece não haver preocupação; enquanto grupos de jovens adolescentes consomem indiscriminadamente, café, Coca-Cola e outros bens consumíveis com cafeína.*

*É com o espírito de reflexão sobre esta temática que a autora aborda o cafeínismo.*

### Abstract

*The use of coffee is a continuous matter of flavour, culture, pleasure and addiction.*

*Health technicians rarely think about this, they talk about alcohol and other kinds of drugs. Meanwhile, with caffeine, we don't seem to worry: groups of young teenagers unrestrainedly drink coffee, coke and other items with caffeine.*

*It's with a reflective mind about this theme, that the author approaches the caffeine addiction.*

## HISTÓRIA DO CAFÉ

Há cerca de um milhar e meio de anos, nos planaltos da Abissínia (actual Etiópia), num clima semi-desértico, abundava um pequeno arbusto com o porte de uma silveira que os pastores evitavam a todo o custo que as cabras comessem os seus frutos.

Planta de folhas verdes e brilhantes, mas amargas eram comidas todo o ano, pelos herbívoros domésticos e selvagens, mas a ingestão do fruto maduro provocava inquietação nos rebanhos, nervosismo nos animais e instabilidade na condução das manadas; Os animais que comiam este fruto vermelho de casca doce ficavam difíceis de conduzir e com as capacidades físicas descontroladas e aumentadas. Os pastores, apercebendo-se do efeito do fruto, apanhavam-no na época da maturação e guardavam-no em sacos de couro para nas longas noites de vigília se manterem

acordados após beberem a água da sua fervura; Nas grandes transumâncias, nas noites em que os lobos rondavam os rebanhos, nos tempos de guerra, na época de partos dos rebanhos, e em todas as alturas em que era necessário acuidade e vigilância, usava-se a infusão das bagas do café para manter os pastores acordados.

A civilização árabe, que dominou e ainda domina estas vastas zonas, apercebeu-se das vantagens do café para as longas travessias do deserto e dos mares, espalhando-se assim o seu consumo. Para que não perdesse as suas propriedades e o seu efeito fosse eficaz, os árabes colhiam o café que só produz uma vez por ano, nos meses de Novembro e Dezembro, secavam-no podendo assim usá-lo em qualquer altura do ano; Com o evoluir da cultura do café e da sua utilização, aprenderam a descascá-lo e a utilizar só as sementes, em vez da totalidade do fruto.

<sup>(1)</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Enfermeira Responsável pelo Serviço de Psiquiatria Mulheres dos Hospitais da Universidade de Coimbra