

DM
COST/R. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

HIPERTIROIDISMO

Estudo de uma população de doentes hipertiroideus numa perspectiva
psicossomática.

Rogério Aurélio das Neves Costa

ORIENTADOR: Prof. António Mendes Pedro

2002

ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada
 Centro de Documentação
 Registo: 15650
 Data: 01.04.02
 Tel.: 21 831 17 50 • bibispa@isp

*Dissertação para mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia
Aplicada*

Junho 2002

*À minha mulher, Elsa, e a meus filhos, José Miguel e João Maria, e a todos os
que contribuíram para a sua realização*

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	6
RESUMO.....	8
INTRODUÇÃO.....	10
PRIMEIRA PARTE.....	12
Razões Para a Frequência do Mestrado e Investigação em Psicossomática.....	13
Contributos Teóricos.....	16
<i>Da Medicina Familiar</i>	16
<i>Da Psicossomática</i>	18
Objecto do Estudo e Elaboração do Modelo Investigacional.....	24
Revisão Bibliográfica dos Parâmetros Alvo de Avaliação.....	27
<i>Hipertiroidismo</i>	27
<i>Padrão Comportamental</i>	30
<i>Marcadores Biológicos do Stress- Eixo Hipotálamo- Hipófise- Suprarenal/Cortisol</i>	34
<i>A Função do Imaginário</i>	40
<i>Os Acontecimentos de Vida</i>	45
SEGUNDA PARTE.....	50
CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO SOFRENDO DE HIPERTIROIDISMO.....	50
Objectivo e Hipóteses.....	51
Tipo de Estudo.....	52
População.....	52
Amostra.....	52
Métodos.....	53
Caracterização da Amostra, Variáveis e Técnicas Utilizadas.....	54
RESULTADOS.....	59
DISCUSSÃO.....	77

CONCLUSÕES.....	85
COMENTÁRIO FINAL.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	99
Anexo A: Questionário.....	101
Anexo B: A Short Rating for Type A Behavior (Bortner).....	104
Anexo C: Acontecimentos de Vida e Unidades de Crise.....	105
Anexo D: Colheita de Saliva- Método.....	106

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

Quadro 1: Características Fisiológicas das Diversas Fases do Sono.....	41
Figura 1: Hipnograma.....	42
Quadro 2: Divisão por Sexo.....	61
Quadro 3: Divisão por Sexo e Grupo Etário por Classes Decenais.....	61
Quadro 4: Frequência de Distribuição por Escolaridade.....	62
Quadro 5: Activos e Não Activos.....	62
Quadro 6: Frequência de Distribuição por Situação Profissional.....	63
Quadro 7: Frequência da Distribuição por Estado Civil.....	63
Quadro 8: Pontuações Obtidas com a Aplicação da Escala de Bortner.....	64
Quadro 9: Comportamento Tipo A e Não A por Grupo Etário.....	65
Gráfico 1: Valores do Cortisol Matinal por Doente.....	66
Gráfico 2: Valores do Cortisol Vespertal por Doente.....	67
Gráfico 3: Perfil Circadiano do Cortisol por Doente.....	68
Gráfico 4: Perfil Circadiano do Cortisol nos Doentes em Estado de Hipertiroidismo.....	69
Gráfico 5: Perfil Circadiano do Cortisol nos Doentes em Estado de Eutiroidismo.....	69
Quadro 10: Frequência da Distribuição para insónias.....	70
Quadro 11: Recordação dos Sonhos.....	71
Quadro 12: Ocorrência de Sonhos Repetitivos.....	71
Quadro 13: Função do Imaginário – Padrões Observados.....	72

Quadro 14: Pontuações Obtidas com a Escala de Holmes e Rahe.....	74
Quadro 15: Pontuações por Escalões de Risco.....	74

AGRADECIMENTOS

O primeiro dirige-se a todos aqueles que ao longo da minha vida clínica contribuíram de qualquer modo para a minha formação humana e profissional, com especial destaque para os doentes.

Mas, este trabalho de dissertação de mestrado só foi possível graças ao Sr. Prof. Doutor António Francisco Mendes Pedro, grande impulsionador e dinamizador daquele que penso ser o primeiro mestrado realizado nesta área, em Portugal.

Ao Prof. Mendes Pedro devo ainda a gentileza que teve ao aceitar ser meu orientador, o apoio, os ensinamentos, os conselhos e o estímulo que sempre me transmitiu.

Especialmente grato fico também ao Sr. Prof. Moura Pires, a quem devo um importante auxílio em tudo aquilo que reporta à análise de frequências dos resultados.

Agradeço igualmente aos Sr. Prof. Doutor António Barbosa e Sr. Prof. Doutor Luís Sobrinho, com os quais tive a oportunidade de contactar e que para além de conselhos, me forneceram alguns dados bibliográficos importantes.

Ao Dr. Fernando Calisto, farmacêutico e especialista de análises clínicas, agradeço o empenho, a dedicação e o trabalho de pesquisa que efectuou, para que fosse possível realizar em Évora algumas técnicas laboratoriais necessárias para a realização deste trabalho.

Às minhas colegas do Centro de Saúde de Évora, Dr.^a Maria do Carmo Velez, Dr.^a Elsa Melo, Dr.^a Graça Fernandes, Dr.^a Isabel Serpa Branco, Dr.^a Lúcia Leitão e Dr.^a Vitória Amaral, agradeço a enorme colaboração que tiveram ao seleccionar e mobilizar para este estudo, os doentes dos seus ficheiros pessoais que eram portadores de hipertiroidismo. Às Dras. Elsa Melo e Maria do Carmo Velez agradeço ainda as leituras que fizeram nas fases iniciais do trabalho e as sugestões úteis que forneceram.

Ao meu sobrinho, Dr. Pedro Antunes, e às Senhoras D.^a Carla Lima e D.^a Leocádia Geraldo, pela importante colaboração que tiveram em tudo o que se relaciona com a elaboração do texto. A esta última também, pela responsabilidade que igualmente teve nalguns aspectos logísticos, nomeadamente a convocatória de doentes.

Agradeço ainda ao meu colega e jornalista, Dr. João Almeida, que efectuou a revisão final do presente texto.

Uma palavra final de agradecimento aos 32 doentes hipertiroideus que tiveram a amabilidade de se disponibilizar para este estudo, pelo prazer que na realidade senti ao trabalhar com eles.

RESUMO

O objectivo do presente trabalho é a caracterização de uma população sofrendo de hipertiroidismo, avaliada numa perspectiva multidimensional, que inclui as vertentes biológica, comportamental e relacional.

Na Primeira Parte da dissertação é feita uma revisão temática do hipertiroidismo e dos contributos teóricos adquiridos ao longo das formações nas áreas da Medicina Familiar e da Psicossomática.

Nesta revisão mereceram destaque a influência patogénica dos acidentes de vida no desencadear de diversas doenças, nomeadamente o hipertiroidismo; a relevância do padrão comportamental; o valor do cortisol salivar como marcador da doença psicossomática e a importância da função do imaginário na manutenção da homeostase.

A Segunda Parte contempla o trabalho de campo, a discussão e as conclusões.

Foram estudados 32 doentes sofrendo de hipertiroidismo, os quais correspondem a uma amostra de conveniência obtida a partir das listas de utentes de 6 Clínicas Gerais do Centro de Saúde de Évora. Sendo uma amostra de conveniência, a análise estatística ficou limitada ao estudo das frequências.

Os dados relativos à doença e à respectiva evolução foram retirados dos processos clínicos individuais.

A todos os doentes alvo de estudo foi aplicado um questionário, elaborado pelo

Autor, onde constavam os dados sociológicos e os registos dos vários parâmetros avaliados, entre os quais aqueles que permitiam caracterizar a função do imaginário.

Os parâmetros de actividade da doença tiroideia foram determinados a partir dos valores plasmáticos das hormonas tiroideias.

O padrão comportamental foi avaliado de acordo com a escala de Botner.

O cortisol salivar foi doseado por Técnica Coat-A-Count (RIA).

Os acidentes de vida foram medidos com base na escala de Holmes e Rahe.

As hipóteses colocadas eram que os doentes com hipertiroidismo tinham um padrão comportamental compatível com o comportamento do tipo A; que tinham um ritmo circadiano do cortisol salivar diferente do normal; que se verificariam alterações a nível do funcionamento do imaginário; que no ano anterior ao aparecimento da doença tinham sofrido acidentes de vida importantes.

A análise das frequências permitiu verificar que o comportamento tipo A estava presente num número significativo de doentes; que o ritmo circadiano do cortisol salivar não se afastava dos parâmetros da normalidade, quer se tratasse de doentes em fase activa da doença ou já compensados; que a nível da função do imaginário, a insónia, atingindo quase 50 % dos doentes era o factor mais representado; finalmente, a nível dos acidentes de vida, a perda de um familiar próximo ocorreu em 34,4% dos doentes estudados.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se verificado uma aceitação generalizada da importância patogénica das alterações e dos acidentes de vida, dos transtornos emocionais e da falência dos processos adaptativos, e, simultaneamente, da ideia que o doente não é redutível a um conjunto de órgãos ou funções perturbadas. No entanto a Psicossomática, disciplina que se perfila como integradora de diversos saberes médicos, sociais e comportamentais, não tem ainda a projecção por muitos esperada. Talvez por ser difícil integrar o que durante anos foi considerado como distinto. Talvez por falta de divulgação.

Assim, e para um melhor entendimento, optámos por desenvolver a Introdução, a qual constitui a primeira das duas partes em que esta dissertação se divide.

Esta parte (Parte I) subdivide-se em quatro pontos: o primeiro que se debruça sobre as razões gerais da necessidade de investigação e frequência do mestrado em Psicossomática, sentidas pelo Autor; o segundo, em que se faz uma breve revisão dos contributos teóricos em que assenta o trabalho; no terceiro ponto é definido o objecto do estudo e são identificadas e descritas as dificuldades sentidas relativamente à elaboração do modelo investigacional; o quarto ponto contempla a revisão bibliográfica dos diversos aspectos alvo da investigação.

A Parte II da dissertação, constituída pelo trabalho de campo, consiste no estudo de 32 doentes com hipertiroidismo avaliados numa perspectiva multidimensional, em situação de doença ou já compensados.

Não se tratando de um tese de doutoramento, mas sim de uma dissertação elaborada no âmbito de um mestrado, os resultados do estudo, baseados numa amostra de conveniência, não serão tratados de acordo com as regras de inferência estatística, limitando a nossa análise ao estudo das frequências.

Gostaríamos que este trabalho fosse de alguma forma um contributo, embora modesto, para a divulgação da Psicossomática no âmbito dos profissionais que no dia a dia se vêm confrontados com as queixas dos seus doentes.

PRIMEIRA PARTE

Razões Para a Frequência do Mestrado e Investigação em Psicossomática

Contributos Teóricos

Objecto de Estudo e Elaboração do Modelo Investigacional

Revisão Bibliográfica dos Parâmetros Alvo de Avaliação

Razões para a Frequência do Mestrado e Investigação em Psicossomática

Quando fora do meio académico se decide enveredar pelo trabalho difícil que é a realização de um mestrado, as conversas com colegas, das diversas áreas, surgem naturalmente. Colegas que já realizaram esta tarefa, mas também aqueles que a iniciaram e não terminaram.

E a questão que invariavelmente assume importância primordial é o tema da dissertação.

Investigar o quê? Que meios para o fazer?

Como iniciar o processo? Que bibliografia procurar?

Como seguir o modelo científico?

A primeira pergunta – investigar o quê?, coloca-nos na rota do nosso percurso clínico, nas dúvidas e opiniões que fomos formulando ao longo da carreira que iniciámos em 1979.

O exercício da Clínica Geral / Medicina Familiar, durante mais de uma década efectuado em ambiente rural, inculcou de forma vincada a ideia que o modelo biomédico, reduzindo tudo ao nível orgânico, não se afigurava capaz de explicar, de forma global, o aparecimento de sintomas e doenças.

De facto, o exercício da clínica em meio rural, obriga de forma inequívoca a relacionar sofrimentos e eventos de vida, padrões familiares e a importância da

genética, atitudes de comportamento pouco saudáveis com o aparecimento de doenças. Essencialmente porque se trata de um espaço onde convivem gerações, onde os problemas familiares e pessoais transparecem e são do conhecimento do médico, onde os comportamentos são visíveis, onde as associações entre a vida do dia a dia e a doença surgem de forma espontânea.

Estas vivências e referências remeteram-nos quase espontaneamente e de forma “empírica” para a aceitação do modelo biopsicosocial, com o qual iríamos posteriormente ter contacto, durante a formação específica em Clínica Geral / Medicina Familiar.

Este modelo, proposto por Engel (1977), em contraponto com o modelo biomédico clássico, permite compreender a relação entre o stress que ocorre em determinado sistema social e o sistema psíquico de um indivíduo e a interacção entre este sistema e o sistema biológico.

O Homem aparece então como elemento de um supersistema constituído pela biosfera, pela comunidade e pela família e, simultaneamente, como sistema global de outros elementos (órgãos, tecidos, células).

As fronteiras entre os diversos sistemas e subsistemas existem, mas a ligação entre eles, através de trocas de energia e informação é constante. É neste contexto, complexo e interactivo, que se deve entender a existência e alternância dos fenómenos saúde e doença.

Temos assistido igualmente, nas últimas décadas, aos progressos de diversas especialidades médicas, nomeadamente as neurociências, a endocrinologia e a imunologia, que têm confirmado as intuições e observações provenientes da prática clínica, demonstrando a existência de uma relação directa entre diversos factores e o aparecimento de alterações fisiopatológicas.

Quando em 1997 tivemos conhecimento que no Instituto Superior de Psicologia Aplicada tinha aberto um Mestrado na Área da Psicossomática, com um conteúdo curricular que incluía diversas vertentes, a perspectiva de encontrar aí as respostas para as dúvidas provenientes não só do exercício clínico, mas também da literatura, sobrepôs-se às dificuldades que aprioristicamente se adivinhavam – a distância entre Évora, local de trabalho e de residência, e Lisboa, sede do mestrado, e, não menos importante, uma vida profissional bastante intensa e com poucos tempos livres.

Seria possível, através da frequência deste mestrado, entender melhor algumas

zonas cinzentas que autores consagrados em Clínica Geral / Medicina Familiar têm ao longo dos anos detectado? Recordamos McWhinney (1989), Levenstein (1986), Brown (1986) e Stewart (1986), que constataram que em 25 % a 50 % das consultas de Clínica Geral não é possível chegar a um diagnóstico de uma doença classificável. Recordamos ainda Stumbo (1982), que refere que dependendo da classificação utilizada, na maioria dos estudos encontrou valores na ordem dos 10 a 60 % de doentes de medicina familiar que apresentavam problemas psicossociais.

Foi pois com este objectivo de melhor entender a multicausalidade dos diversos factores – biológicos, psicológicos e sociológicos, que em determinado momento intervêm no bem estar de cada um, que decidimos partir para esta tarefa.

Contributos Teóricos

Da Medicina Familiar

A formação básica em Clínica Geral / Medicina Familiar alertara já para as insuficiências do modelo biomédico, que apesar dos avanços prodigiosos que tem conhecido ao longo da História, impõe simultaneamente limites conceptuais, reduzindo o indivíduo a uma simples hierarquia de órgãos.

Em Medicina Familiar o foco de acção não é redutível a um órgão como na Oftalmologia, a um sistema como na Neurologia, a um grupo etário como na Pediatria, a um sexo como na Obstetrícia ou a uma técnica como acontece na Radiologia (Rebelo, 1996).

O foco de acção da medicina familiar é a pessoa, observada em contexto familiar, reconhecendo simultaneamente a importância que a alteração da homeostase deste sistema familiar tem nos estados de saúde / doença de cada um dos seus membros.

McWhinney (1989) enumera um conjunto de episódios traumáticos que, quando ocorrem no seio das famílias, têm efeitos profundos na saúde dos seus membros. É o caso da existência de cuidados parentais inadequados ou inexistentes, de conflitos permanentes na família mal ou não resolvidos, da ocorrência de divórcio e da sua influência nos filhos, de uma doença grave ou incapacitante num dos

membros de uma família, ainda o luto recente, sobretudo via morte de conjuge ou filho, uma situação familiar de pobreza grave, de desemprego prolongado ou de necessidade de migrar.

Acresce ainda que esta perspectiva enquadra a sua actuação no modelo biopsicossocial de Engel (1980), o que permite compreender como as alterações que ocorrem num sistema social podem ter repercussões no sistema biológico. Constituem exemplos relevantes a baixa da taxa de mortalidade infantil condicionada por muitos factores de tipo social, a diminuição da morbimortalidade verificada na tuberculose, a qual ocorreu em grande escala antes da descoberta dos tuberculostáticos, acompanhando a melhoria das condições de vida na Europa dos finais do séc. XIX e primeiros quartéis dos século XX.

Outro pilar importante que suporta a nível conceptual e de praxis a medicina familiar é o papel desempenhado pelo médico de família, que deve compreender os aspectos físicos da doença mas também o doente em si mesmo e o significado que o próprio atribui ao adoecer.

O que se pede ao médico é que considere o significado do adoecer para o doente, nomeadamente as suas expectativas, os sentimentos e temores sobre a influência que a doença terá na sua vida e na dos seus familiares.

O que se propõe, citando Luís Rebelo, é que em toda a consulta o médico, para além da tradicional “agenda do médico”, conceda igual importância à “agenda do doente”, tendo em conta o potencial patogénico e terapêutico da relação médico-doente.

A importância desta relação é determinante, tendo em conta que a “substância de longe mais utilizada em medicina geral e familiar é o próprio médico, isto é, não é apenas o frasco de remédio ou a embalagem de comprimidos que tem significado, mas a forma com o médico as receita ao seu paciente”. (Balint, 1998)

Da Psicossomática

Os primeiros contactos com as aulas teóricas do mestrado em psicossomática permitiram-nos constatar, ab initio, que estávamos perante outra dimensão do problema, não necessariamente contraditória, muito menos antagónica.

Tomámos então conhecimento que as concepções iniciais da psicossomática, nas primeiras décadas do século XX, assentavam em modelos de causalidade linear, não contemplando ainda a abordagem circular, complexa e multidimensional hoje proposta. (Mendes Pedro, 1998)

Estes modelos, de conteúdo psicogénio ou biológico, foram angariando sucessivos contributos, que lhe enriqueceram o seu corpo teórico e investigacional.

Numa breve revisão histórica destacamos:

A perspectiva psicanalítica, que nas primeiras décadas do século XX encontrava na teoria psicopatológica freudiana da conversão histérica a explicação para todas as formas do adoecer, incluindo o adoecer somático. Ainda nos anos 50, Mellita Sperling, uma representante da perspectiva psicanalítica clássica, concebe a doença psicossomática como uma consequência da inversão pulsional sobre o organismo. Os impulsos, em vez de se descarregarem pelo comportamento sobre o exterior, são dirigidos para o soma.

A patologia psicossomática é assim encarada como um acting-in, um acto

orientado para dentro, sendo a descarga agressiva, mediada pelo sistema nervoso vegetativo, o principal factor etiopatogénico. Esta inflexão da agressividade estaria, por exemplo, na origem de hipertensão arterial, do enfarte do miocárdio, da artrite reumatóide. Pelo mesmo mecanismo, a inflexão da libido levaria a outro tipo de patologias, nomeadamente inflamatórias e dermatológicas (Coimbra de Matos, 1988).

Na década de 40, Alexander, o principal investigador da escola de Chicago, desenvolve o estudo das personalidades propensas a riscos patológicos específicos, apoiando-se na tipologia psicanalítica do carácter. Nos diversos estudos por ele coordenados e relatados, constatou, por exemplo, que a caracterização do paciente com úlcera péptica não estaria relacionada com um tipo específico de personalidade, mas sim com uma situação de conflito típica, que pode desenvolver-se em personalidades diferentes (Alexander, 1949). De acordo com este autor, os conflitos psíquicos centrais de determinadas personalidades conduziriam, por desvio específico da dinâmica mental, a particulares formas do adoecer somático.

Alexander considera dois tipos de conflitos geradores de doença psicossomática; um constitui a expressão de tendências hostis agressivas que se encontram bloqueadas, ou seja, que não se traduzem em comportamento manifesto; enquanto o outro representa a incapacidade para exprimir as necessidades de dependência. O tipo de processos adaptativos e defensivos utilizados determinaria a via somática do adoecer, inconscientemente eleita.

Na década de 60, a nível da escola psicossomática de Paris, da qual Marty era o principal representante, surge o conceito de que a doença psicossomática estaria relacionada sobretudo com determinada estrutura de personalidade, caracterizada essencialmente pela ausência de plasticidade fantástica, por uma vida mental reduzida ao pragmatismo, com um pensamento orientado apenas para o prático e para o real, preenchido exclusivamente por conteúdos e raciocínios concretos.

Este tipo de raciocínio, designado por pensamento operatório, acompanha-se de um empobrecimento relacional, de uma pseudoadaptação social, na qual a pessoa se identifica apenas com o que deve ser, com as regras do dever ser.

Assim, a pobreza de fantasia e o pensamento operatório constituem os

traços mais importantes da textura deste tipo de personalidade, personalidade esta que seria propícia ao desenvolvimento da doença somática, independentemente do seu tipo, forma ou localização (Haynal, 1998).

Neste interface pobreza emocional / depressão / somatização, enquadra-se também o conceito de alexitimia, proveniente da escola de Toronto. Foi Sifneos, na década de 70, que introduziu o conceito de alexitimia (1973), para designar um conjunto de características a nível cognitivo e afectivo, observadas entre doentes portadores de patologias psicossomáticas clássicas. As mais importantes referem-se a uma dificuldade acentuada, ou mesmo incapacidade, em identificar e descrever verbalmente os sentimentos, em criar fantasias e com um pensamento cujo conteúdo revela sobretudo uma preocupação acentuada com os mais ínfimos pormenores dos sintomas corporais ou dos acontecimentos externos. Estes doentes revelam também uma incapacidade para relatar os sonhos.

Nemiah, pertencente à referida escola de Toronto, considera que na origem desta palidez emocional, desta neutralidade na relação afectiva, estaria uma insuficiência do aparelho psíquico, impedindo a revelação dos sentimentos e dos desejos internos (Nemiah, 1970).

No entanto, já está demonstrado que a alexitimia não é exclusiva das patologias psicossomáticas clássicas, tendo sido igualmente identificada numa ampla variedade de perturbações psiquiátricas. (Taylor, 1991)

Desde as décadas de 80 e 90, Sami-Ali, psicanalista, professor jubilado de Ciências Humanas Clínicas da Universidade de Paris VII e director e fundador do Centro Internacional de Psicossomática de Paris, vem desenvolvendo um modelo mais compreensivo e abrangente da patologia psicossomática.

Este modelo apoia-se em três vectores fundamentais:

- * o conceito freudiano de recalçamento, insucesso do recalçamento e retorno do recalçado;
- * o funcionamento do imaginário, entendendo-se por imaginário o sonho e os seus equivalentes diurnos – afecto, fantasia, alucinação, jogo e transferência, aquilo que Sami-Ali designa como consciência onírica (Sami-Ali, 1980);

* o impasse, que traduz as situações conflituais em que, faça-se o que se fizer, não há solução, seja porque todas as soluções se encaixam umas nas outras repondo o mesmo problema, seja, ao contrário, porque elas se anulam mutuamente. O que tem a ver num caso com o ciclo vicioso, noutro com a contradição. (Sami-Ali, 1997).

Um dos aspectos que iremos avaliar no nosso estudo está directamente relacionado com este modelo, pelo que lhe dedicaremos mais espaço em capítulo próprio.

Noutro plano, compreendendo aspectos mais directamente relacionados com os factores biológicos, os trabalhos de Hans Selye (1966) sobre o síndrome geral de adaptação e a reacção inespecífica ao stress, vieram fornecer um notável contributo experimental e teórico à compreensão das relações entre as vivências do dia a dia, o diencéfalo, o sistema nervoso autónomo e o sistema neuroendócrino.

As experiências deste autor com animais revelaram que para agressões distintas, incluindo as psíquicas, existe uma resposta padrão, comum, independente do tipo de agressão, o que o levou a concluir que existe um síndrome geral de adaptação comum às diversas situações geradoras de stress.

É uma resposta automática, semelhante à resposta dada pelo sistema imune quando detecta a presença de patogénios ou de moléculas estranhas.

Os componentes chave na resposta ao stress, que é inespecífica, são o hipotálamo e o locus coeruleus no cérebro, a hipófise, o sistema nervoso autónomo e as glândulas adrenais (Sternberg, 1991). Independentemente do resultado final ser a fuga ou a luta, os mecanismos activados são os mesmos.

Este assunto será mais desenvolvido noutros capítulos, que se referem concretamente aos acontecimentos de vida potencialmente geradores de stress, e, num plano diferente, a um dos produtos biológicos finais do síndrome geral de adaptação, o cortisol.

Outro aporte importante para a Psicossomática prende-se com as actuais descobertas de ponta, a nível das interacções neuroendocrinoimunológicas e imunocomportamentais, que permitem compreender melhor a forma como agressões físicas ou psíquicas, indutoras de stress, podem influenciar e

causar disfunções no eixo neuroendocrinoimunológico, facilitando o desencadeamento de doenças autoimunes (Wilder, 1995). Já na década de 70 surgiu um conjunto numeroso de trabalhos nesta área, particularmente focalizados na possibilidade de acontecimentos indutores de stress poderem ter repercussões sobre o funcionamento imunológico.

Os desenvolvimentos dos últimos quinze a vinte anos permitiram afirmar com segurança que factores psicológicos podem modular as respostas imunológicas e, ao mesmo tempo, permitiram questionar quais as consequências disso para a saúde e para a doença (Carvalho Teixeira, 1995). Na realidade, as correlações entre variáveis psicológicas, neuroendócrinas e imunológicas estão postas em evidencia. Faltam no entanto estudos sistemáticos e prospectivos que permitam um melhor esclarecimento das conexões e das relações de causa-efeito.

Igualmente de grande relevo para o estabelecimento de pontes entre o corpo e a mente, pela sua actualidade e importância, são as descobertas feitas pelo cientista português António Damásio (1994), no campo das neurociências. Relacionando emoção e razão com factores neurobiológicos, Damásio afasta-se da dualidade cartesiana mente / corpo, fornecendo uma nova perspectiva nesta matéria. Para Damásio, o cérebro humano e o resto do corpo constituem um organismo indissociável, formando um conjunto integrado por meio de circuitos reguladores bioquímicos e neurológicos mutuamente interactivos, incluindo as diversas componentes endócrinas, imunológicas e neurais autónomas. Mas este meio não se encontra isolado, pelo contrário interage com o ambiente que o rodeia, quer a nível cerebral quer a nível do corpo. “Os fenómenos mentais só podem ser globalmente compreendidos no contexto de um organismo em interacção com o ambiente que o rodeia” (Damásio, 1999).

É aliás, de acordo com o cientista, a relação do homem com o ambiente, numa perspectiva histórica e de evolução, que por mecanismos de adaptação sucessivos, terá tido uma influência determinante no desenvolvimento da consciência.

Esta breve revisão de algumas teorias e descobertas que consideramos importantes na evolução e sedimentação do conceito de psicossomática, não pretende assumir-se como uma avaliação do “estado da arte”.

É no entanto uma descrição resumida da informação que ao longo da nossa vida fomos recolhendo, quer a nível da prática médica, quer a nível dos conceitos teóricos que fomos absorvendo nas formações em medicina familiar e psicossomática.

É pois com estas referências que avançamos para o nosso trabalho de investigação.

Objecto do Estudo e Elaboração do Modelo Investigacional

A escolha do objecto do estudo teve por base um dos problemas que, a nível da clínica que diariamente praticamos, nos tem suscitado diversas interrogações. Trata-se do hipertiroidismo, ou melhor, do doente com hipertiroidismo.

Porquê a escolha dos doentes com hipertiroidismo como objecto de estudo?

Em primeiro lugar porque foram estes doentes que ao longo da nossa prática clínica nos fizeram intuir de forma acentuada, que as situações, nalguns casos penosas e arrastadas que então viviam, estariam talvez relacionadas com a doença que posteriormente desenvolveram.

Em segundo, porque nesta doença coexistem simultaneamente perturbações psíquicas e somáticas, interagindo e alimentando-se mutuamente. (Haynal,1998)

Já deixámos claro que o modelo biomédico clássico não permite, na nossa opinião, ter a percepção do gestalt do problema.

Pretendemos por isso alargar o horizonte investigacional a outras áreas, algumas bem documentadas no domínio da investigação médica, outras de inspiração mais psicossomática ou mesmo analítica, numa perspectiva integradora dos diversos factores que podem concorrer para o desencadear da doença. Este propósito comporta em si próprio algumas dificuldades, nomeadamente de natureza epistemológica.

De facto, não encontramos na literatura muitos dados acerca de modelos que contemplem a investigação das doenças ou do adoecer, numa perspectiva complexa e multidimensional, abrangendo no mesmo espectro a ideia expressa por Gilbert Ryle (1949) no seu livro “The concept of mind”, no qual explica que o corpo e a mente, sendo dois conteúdos distintos da consciência, não são duas categorias ontológicas, mas duas formas de perceber e abordar a mesma unidade: o ser humano enquanto entidade simultaneamente biológica e intencional.

Receámos por isso englobar no mesmo nível o que pertence a níveis diferentes, incorporando na mesma dimensão situações que pertencem a dimensões diferentes, que não se referem ao mesmo tipo de categorias lógicas de abstracção e cujas interacções não são, ou não está ainda demonstrado que o sejam, lineares nem directamente causais.

Apesar das dúvidas decorrentes da inexistência de uma conceptualização metodológica inquestionável e integrante dos diversos saberes, encontramos no modelo de Jenkins (1985) um suporte matricial compatível com os nossos objectivos.

Este autor propôs o estudo multiaxial da doença, segundo quatro eixos: A Pessoa, aos níveis biológico, psicológico e comportamental; O Ambiente, aos níveis físico, biológico, social e cultural-ideológico; A Evolução do processo mórbido nos estadios predisposição, precipitação, quadro clínico e desfecho (recuperação, diminuição ou morte); A Idade, no ciclo vital de desenvolvimento.

Não pretendemos fazer um decalque rigoroso do modelo, mas sim, aproveitar a ideia do estudo multiaxial das doenças, utilizando alguns dos parâmetros definidos por este autor, suprimindo ou adicionando outros mais directamente relacionados com os nossos propósitos e as nossas possibilidades de trabalho, tendo como objectivo o estudo de uma população de doentes hipertiroideus, numa perspectiva multidimensional.

Propomo-nos com este estudo contribuir para uma melhor caracterização da doença psicossomática, englobando nesta caracterização parâmetros de avaliação que não fazem habitualmente parte dos trabalhos limitados à vertente biomédica.

Assim e para além dos eixos sexo, idade, estado civil e situação socioprofissional, considerámos dois vectores fundamentais de avaliação:

* a Pessoa, aos níveis comportamental e funcional, incluindo neste último aspecto o funcionamento do imaginário e o do eixo hipotálamo – hipófise – suprarrenal;

* os acontecimentos de vida que sofreram no ano anterior ao aparecimento do hipertiroidismo, os quais poderão de alguma forma ter contribuído para o desencadear da doença.

Para um melhor esclarecimento dos motivos que nos levaram a considerar a importância destas variáveis na doença psicossomática e no hipertiroidismo em particular, desenvolvemos, no capítulo seguinte, uma breve revisão teórica não só do hipertiroidismo, mas também dos parâmetros alvo de avaliação.

Revisão Bibliográfica do Hipertiroidismo e dos Parâmetros Alvo de Avaliação

Hipertiroidismo

O hipertiroidismo é um estadió fisiopatológico complexo, na dependência de excessiva concentração de hormonas tiroideias livres, quer a nível do sangue, quer a nível dos tecidos, resultante de um hiperfuncionamento da glândula tiroideia (Stein, 1994).

A prevalência da doença, não sendo dramática, é no entanto considerável. Ian Ramsay (1981) aponta para valores na ordem dos 2,5 % na população feminina e 0,15 % na população masculina. Nancy E. Trotto (2000) refere valores semelhantes – cerca de 2% nas mulheres e 0,2 % nos homens.

Também nos grandes tratados médicos os valores apresentados são semelhantes. Stein (1994) aponta igualmente 2% nas mulheres, sendo a prevalência neste sexo oito vezes superior à registada no sexo masculino. Wartofsky e Ingbar (Harrison's 1999) não relatando números, consideram-na no entanto uma doença comum, ocorrendo em qualquer idade, sendo no entanto mais comum na 3.^a e 4.^a décadas da vida. Em áreas não endémicas a prevalência segundo estes autores, é igualmente mais elevada no sexo feminino, na ordem de 7:1.

Goroll (1995), citando vários estudos com base na comunidade, considera prevalências de 1,9 % nas mulheres e 0,16 % nos homens.

Curiosamente estes dados, que se revelam consonantes, não parecem encontrar eco nas listas de utentes de Clínicos Gerais que tivemos oportunidade de confrontar. De facto, tendo cada Clínico Geral uma lista de cerca de mil e quinhentos utentes, esperar-se-iam cerca de 30 mulheres e 3 homens por lista. Os valores encontrados são manifestamente inferiores, o que nos coloca uma dúvida, a qual seria, por si só, um bom motivo de investigação. Haverá um défice de diagnóstico a nível desta patologia? Porquê?

Existem várias causas de hipertiroidismo (Ramsay, op. cit.), sendo a doença de Graves ou bócio tóxico difuso a principal (75 % a 85 %). Trata-se de uma doença autoimune, desencadeada quando o sistema imunitário, reconhecendo a presença de um autoantigénio (o antigénio antireceptores da hormona estimulante da tiróide) desencadeia todo o processo de resposta adaptativa do organismo, produzindo anticorpos que se ligam aos receptores da TSH (hormona estimulante da tiróide), estimulando-os, o que conduz a uma hiperactividade mantida da tiróideia.

Outras causas relativamente frequentes são o bócio nodular tóxico e a tiroidite subaguda.

As causas menos comuns incluem os tumores de hipófise e as doenças malignas da tiróide.

Os sinais e sintomas incluem a intolerância ao calor, a taquicárdia, as arritmias, a pele aveludada e o aumento de sudação. Também é comum a perda de peso, que pode ir de alguns quilos até 15 a 20 kg. Esta perda de peso é relativamente rápida e não está associada a perda de apetite. São igualmente frequentes as palpitações, as perturbações do sono e a instabilidade emocional, a ansiedade e a depressão. A hiperactividade e os tremores estão presentes em muitos doentes. Para além destes sintomas as pessoas com hipertiroidismo podem apresentar bócio, exoftalmia, olhos lacrimejantes e dolorosos, e eventualmente diplopia.

Acresce que estes sinais e sintomas associados ao hipertiroidismo podem ser subtis ou inexistentes. Sobretudo nos idosos, pode observar-se um hipertiroidismo apático, no qual as características clássicas de hiperactividade estão ausentes apesar da presença de doenças significativa. Será esta uma das causas do défice de diagnóstico que atrás descrevemos?

Neste grupo etário, a fibrilhação auricular, a insuficiência cardíaca, a fraqueza muscular ou a perda de peso podem constituir formas de apresentação da doença.

A multiplicidade dos sinais e sintomas pode atingir também o sistema reprodutor, originando impotência e ginecomastia nos homens, e oligomenorreias ou amenorreias nas mulheres; o sistema reticuloendotelial, com o desenvolvimento de esplenomegália e linfadenopatia; e o aparelho gastrointestinal, onde a diarreia e os vômitos são a manifestação mais significativa.

O diagnóstico do hipertiróidismo passa, para além do quadro clínico, pela avaliação das hormonas produzidas pela tiróide – a tiroxina (T4) e a triiodotironina (T3) e pela Tirotropina (TSH), produzida a nível hipofisário.

Esta última controla todos os processos de síntese e secreção das hormonas tiroideias, sendo regulada por um efeito de retroacção negativa das hormonas tiroideias da hipófise anterior.

Assim, nos casos de hipertiróidismo verifica-se a existência de valores baixos de TSH e, simultaneamente, um aumento de níveis de T4, T4 livre, T3 e T3 livre.

Esta doença tem constituído um desafio para as pesquisas no campo da psicossomática, havendo na literatura diversos trabalhos que em capítulo posterior citaremos, que a relacionam não só com a estrutura específica de personalidade, como também com influências emocionais severas, as quais têm sido apontadas como possíveis indutoras da doença em personalidades propícias. (Knezevi, 1989)

Padrão Comportamental

A abordagem integrada dos doentes passa necessariamente pela análise dos traços de personalidade e estilo de lidar com os problemas. António Barbosa (1997) referindo-se ao assunto, considera que existe já um substancial corpo de evidência científica acumulada, em áreas como a medicina psicossomática, somatização, acontecimentos da vida e personalidade, cujos conceitos e constructos não têm sido operacionalizados nas classificações internacionais clássicas de doenças.

Após analisar algumas categorias definidas nessas classificações, nomeadamente as perturbações de adaptação, nas quais a importância do agente stressante aparece com pouco peso específico, refere-se igualmente de forma crítica à categoria factores psicológicos que afectam o estado físico.

Considera este autor que na aludida categoria são englobados de forma inespecífica conceitos e situações pouco claras, nomeadamente doenças mentais e sintomas psicológicos, traços de personalidade e estilo de lidar com os problemas,

respostas fisiológicas relacionadas com o stress e outros factores não especificados que afectam o estado geral.

No mesmo artigo, após constatar que o dualismo mente / corpo e a dicotomia orgânico / psicogénio, naturalmente questionáveis, eram elementos preponderantes nestas classificações, concluiu que se tratava de categorias marcadamente insuficientes e de pouca utilidade para a prática clínica e de investigação.

Neste contexto, e como corolário de um trabalho efectuado por um grupo de investigação europeu, do qual Barbosa fez parte, foi proposto um conjunto de doze síndromas psicossomáticos, que poderão ser, no mínimo, um instrumento de trabalho útil a quem faz investigação clínica nesta área.

É um desses síndromas, o comportamento do tipo A, que iremos utilizar na avaliação dos doentes com hipertiroidismo.

O comportamento do tipo A, obedece a critérios determinados, que passamos a citar. (Barbosa, op. cit.)

– Critérios diagnósticos para o comportamento tipo A

a) pelo menos cinco das nove características seguintes devem estar presentes:

1. Excessivo envolvimento no trabalho e noutras actividades sujeitas a prazos definidos.

2. Constante sentimento de pressão (de urgência no tempo).

3. Manifestação de aspectos motores expressivos (modo de falar rápido e explosivo, movimentos corporais abruptos, tensão nos músculos faciais, gesticulação exuberante das mãos) indicando a sensação de estar sob pressão do tempo.

4. Hostilidade e cinismo.

5. Humor irritável.

6. Tendência para intensificar as actividades físicas.

7. Tendência para intensificar as actividades mentais.

8. Desejo intenso de realização e reconhecimento.

9. Elevada competitividade.

b) O comportamento favorece o aparecimento de respostas fisiológicas com o stress que exacerbam ou precipitam os sintomas de uma doença médica.

c) O comportamento não ocorre na evolução de síndromas maníacos ou hipomaniacos.

Interessa sublinhar, no entanto, que não deverá confundir-se um estilo de comportamento com personalidade. O comportamento do tipo A refere-se concretamente à forma como determinados indivíduos respondem às exigências e desafios da vida em sociedade.

Mota Cardoso (1984), na sua tese de doutoramento, define-o como “um conjunto de respostas emocionais e motoras complexas que emergem num indivíduo com uma determinada personalidade ou personalidades prévias, quando se encontra comprometido, de forma mais ou menos clara, com um desafio ou um conflito e se mostra, igualmente, determinado em perseverar e manter-se nele”.

Trata-se de indivíduos cuja vida é orientada na luta contra o tempo, com objectivos múltiplos a atingir, competitivos, pouco lúdicos, com um sentido de utilidade constante. O indivíduo tipo A encontra-se intrinsecamente orientado pelo desejo de atingir um número cada vez maior de objectivos, num lapso de tempo cada vez menor; luta toda a vida para aumentar a sua capacidade de actuação onde pensa ser exigido um grau de eficácia excelente / alto nível de ambição e aceita este desafio com prazer e excitação (Rosenman, 1966). Esta postura origina um estadio de conflito permanente, porque nunca têm todo o tempo que desejariam, nunca se satisfazem com os objectivos atingidos, porque têm sempre novos objectivos.

Igualmente demonstram alguma rigidez relativamente a outros tipos de comportamento, que consideram pouco meritórios, situação essa que por vezes é acompanhada de sentimentos de hostilidade, revelando simultaneamente um desejo de ser reconhecido e apreciado (Dembroski, 1966). O grande envolvimento no trabalho é outra das características destes indivíduos. Kits Van Heijningen (1996) fala mesmo em “work addicts” e considera a hiperactividade como defesa contra uma passividade latente.

O baixo nível educacional e ocupacional, apesar da grande pressão desenvolvida no trabalho, é apontada e confirmada nas investigações de Bruhn e colaboradores (1966).

Este tipo de comportamento foi analisado e relacionado com a clínica, pela primeira vez, por Friedman (1967) e Rosenman (1966). Verificaram estes autores a existência de uma relação significativa entre este tipo de comportamento e a incidência da doença coronária, sendo este factor independente dos restantes factores de risco da doença coronária.

Se bem que na literatura consultada não tenhamos encontrado estudos que relacionam o hipertiroidismo com o comportamento tipo A, pensamos que a análise desta situação se justifica. Com efeito a possibilidade do comportamento tipo A ser um marcador das doenças psicossomáticas não é recente. Já Hawkins, (1982), lhe reconhece a importância.

De igual forma Dembroski e Caffrey (1966), referindo-se a algumas características inerentes ao sujeito que o tornam vulnerável a determinado tipo de agentes sociais, consideram que um método integralmente baseado no estudo do comportamento parece conseguir prever, com sensibilidade e independentemente de outros sinais ou sintomas paraclínicos, a futura aparição de uma doença somática.

Também Fava e Sonino (1993) insistem na importância da clínica e da investigação psicossomática na área endocrinológica.

Igualmente Rodewing (1993) reconhece a importância de estrutura de personalidade e comportamento no desencadear da doença de Graves, associados a traumas psicológicos severos.

No nosso caso particular, quando tivemos conhecimento, através das aulas de mestrado e da literatura atrás citada, das características do comportamento do tipo A, de imediato estabelecemos uma ponte entre este padrão comportamental e alguns doentes com hipertiroidismo, que ao longo da nossa prática clínica fomos contactando e conhecendo.

Tudo isto nos leva a pensar que se justifica investigar neste sentido, procurando determinar a existência de uma relação entre o comportamento do tipo A e o aparecimento da doença de Graves.

Marcadores Biológicos do Stress/Eixo Hipotálamo – Hipófise – Suprarrenal/Cortisol

Numerosos autores têm demonstrado interesse em correlacionar o surgimento de vários tipos de patologias com as situações de stress, utilizando como parâmetros de avaliação diversas hormonas do eixo hipotálamo – hipófise - suprarrenal, com destaque para o cortisol.

Interessa antes de mais definir o que é o stress.

Selye (1966), que estudou profundamente o assunto considera que existe um estímulo, designado por stressor, e uma resposta, que é o stress, a qual pode assumir duas formas – distress, quando geradora de mecanismos autodestrutivos, eustress, quando é organizada e produtiva.

Lazarus (1984) descreve-o como um processo que inclui acontecimentos stressores e resposta de tensão, adicionado de um factor importantíssimo – a relação entre a pessoa e o meio onde se enquadra. Este processo envolve interacções contínuas e ajustamentos, denominados trocas, entre a pessoa e o meio, cada uma influenciando e sendo influenciada pela outra.

Para Chrousos (1988), o stress poderá ser considerado um estado de desarmonia ou de homeostasia ameaçada, onde as respostas adaptativas podem ser específicas do stressor ou não específicas e generalizadas.

Referimos também Grossman (1991) que considera o stress como a tensão somática ou mental produzida por estímulos físicos, químicos ou emocionais.

A resposta ao stress é mediada por um mecanismo neurohormonal complexo, designado síndrome geral de adaptação, no qual se distinguem três fases essenciais (Manso, 1977):

Reacção de alarme – A função primordial desta fase é a de mobilizar todos os recursos do organismo capazes de promoverem uma resposta eficaz, quer se trate de fuga, quer se trate de luta.

Este incremento rápido da estimulação orgânica resulta de libertação de hormonas pelo sistema endócrino.

A hipófise ou glândula pituitária produz e liberta para o sangue adenocorticotrofinas, que por sua vez, estimulando o córtex das suprarrenais, originam uma elevada secreção de cortisol. Estas mesmas glândulas, mas através da zona medular, são igualmente responsáveis pela elevação dos níveis séricos de adrenalina e noradrenalina.

São as chamadas hormonas de acção rápida, que estimulando os receptores β , contribuem para a entrada em circulação de glucose e ácidos gordos essenciais à formação de energia, por fenómenos de glicogenólise e lipólise.

Fase de resistência - Se o agente indutor do stress se mantém, as reacções fisiológicas entram na denominada fase de resistência, na qual o organismo se tenta adaptar ao factor causador de stress. É nesta fase que o organismo mantém níveis elevados de hormonas do córtex suprarenal, nomeadamente o cortisol.

Nestes casos, a capacidade para resistir e enfrentar novas situações de stress pode ficar comprometida por períodos de tempo mais ou menos prolongados.

Fase de exaustão – A estimulação fisiológica prolongada, causada por repetidos ou severos acontecimentos traumáticos de vida poderá estar relacionada com danos graves a nível do organismo, quer esgotando as reservas deste, quer influenciando negativamente o sistema imunitário.

Como atrás foi exposto, diversas hormonas fazem parte do complexo mosaico que é a resposta ao stress. Uma delas, o cortisol, assume relevo especial, de tal forma que alguns fisiologistas definem o stress como um evento que origina níveis anormalmente elevados de cortisol (Tuck, 1997). Os stressores que estimulam a libertação desta hormona glucocorticóide podem ser múltiplos, incluindo os diversos

eventos de vida e até mesmo situações menores, tais como o frio, o jejum e a hipoglicémia, frequentemente utilizados a nível experimental.

No entanto, a importância da “má gestão” da resposta adreno-cortical ao stress na génese de algumas doenças permanece ainda controversa.

Há trabalhos em que aparece documentada positivamente, noutros em que a hipótese não se verifica.

No serviço de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia, o Professor Luís Sobrinho (1999) investigando a associação de vivências e emoções com estados neuroendócrinos anormais, embora referindo que o estabelecimento de relações causais requer muita paciência, prudência e humildade, conclui que as respostas hormonais são sujeitas a atraso, dado a natureza indirecta da regulação endócrina e o efeito tampão do volume de distribuição em relação aos secretados. Assim, a relação cronológica com vivências não é fácil de estabelecer, ao contrário do que acontece com a resposta simpática.

Apesar disso, e considerando o cortisol, concluiu que é pertinente observar que esta hormona responde de forma intensa e prolongada à revivenciação de situações traumáticas, reais.

No entanto, as pesquisas envolvendo determinações de valores hormonais, acarretam inconvenientes de várias ordem para os doentes, nomeadamente a necessidade de serem submetidos a mais do que uma venopunção diária. Isto porque as hormonas, no caso concreto o cortisol, têm um ritmo diurno, produzindo-se maiores quantidades durante a manhã e menores durante a noite (Ramsay, 1981), pelo que a avaliação do seu perfil implica pelo menos duas venopunções diárias.

Certamente com intenção de melhor operacionalizar a investigação, desenvolveram-se estudos, nomeadamente os de Kirschbaum e Hellhamer (1994) que demonstraram que o cortisol salivar tem uma relação válida e fiável com o cortisol plasmático, tendo ainda a vantagem da sua determinação não implicar venopunções frequentes, o que por si só pode constituir factor de stress. Desde então diversos trabalhos foram efectuados utilizando o cortisol salivar como marcador de stress. Não encontramos nenhum que estabelecesse uma relação entre o hipertiroidismo e o cortisol salivar. No entanto parece-nos importante e interessante referir alguns trabalhos em que o método foi utilizado na avaliação de outras situações.

Começamos por referir um estudo da responsabilidade do Center for Psychobiology and Psychosomatic Research da Universidade de Trier, Alemanha (1995), na qual se testa a hipótese de alguns indivíduos não desenvolverem tolerância aos estímulos psicológicos stressantes, mantendo uma resposta adrenocortical permanentemente elevada.

Trata-se de um estudo no qual vinte indivíduos saudáveis foram sujeitos a breves estímulos stressantes psicossociais (falar em público e cálculo aritmético). Foram analisados, entre outros, os níveis de cortisol durante 5 dias, verificando-se que no final havia dois tipos de resposta. Os “low responders”, que apenas no 1.º dia apresentavam níveis de cortisol elevados, sendo que nos dias seguintes os níveis estavam normais; e os “high responders” que mantinham níveis permanentemente elevados de cortisol.

Utilizando a mesma técnica, Mark P. Roy (1998) concluiu igualmente que existem dois grupos de indivíduos que respondem de forma diferente ao stress laboratorial. À semelhança do estudo da Universidade de Trier, também neste trabalho se verifica a existência de “high responders” e “low responders”.

No caso dos “high responders”, os valores de cortisol salivar elevados revelaram-se igualmente mantidos.

O mesmo parâmetro hormonal, o cortisol salivar, foi avaliado como marcador de stress relacionado com a hierarquia social. Hellhammer e Kirschbaum (1997) sugerem haver uma relação estreita entre o estatuto social mais elevado e a resposta pituitária / adrenal ao stress psicológico no homem.

Já Burton (1996), analisando a relação entre o stress no trabalho e os níveis de cortisol salivar, não encontrou qualquer alteração desta hormona relativamente ao normal.

No sentido oposto, Van Eck M. (1996) reconhece haver uma elevação do cortisol salivar nas situações de ansiedade e depressão. Embora os valores não sejam muitos elevados, são no entanto estatisticamente significativos.

No mesmo trabalho, refere ainda que o distress resultante dos estados de afectos negativos, está associado a níveis elevados de cortisol salivar, contrariamente aos estados de afectos positivos, nos quais os valores se mantêm normais.

Outros autores ainda tentaram relacionar a elevação dos níveis de cortisol salivar com situações de doença ou sintomatologia psicossomática mantida. Na já referida Universidade de Trier, foram comparados os valores do cortisol salivar de 16 mulheres com dor pélvica crónica, nas quais ficou demonstrada a ausência de qualquer patologia orgânica, nomeadamente após terem efectuado laparoscopia. Os

resultados encontrados permitiriam verificar que não se registavam diferenças significativas neste grupo e no grupo padrão, tendo os autores concluído que as mulheres com dor pélvica crónica apresentavam níveis salivares de cortisol normais.

Como se verifica pelos resultados dos estudos citados, o papel do cortisol como marcador de doenças psicossomáticas ou de stress, apresenta resultados contraditórios, revelando nalguns casos uma correlação positiva com o stress ou a doença em análise, e noutros, um comportamento neutro ou mesmo contrário ao esperado.

Tudo isto nos leva a pensar que nos encontramos ainda na fase inicial do conhecimento relativo a esta matéria, o que, aliás é confirmado por algumas conclusões do Network Research on Socioeconomics Status and Health, realizado na Rockefeller University (2000).

O objectivo deste encontro de peritos foi estabelecer acordos e protocolos relativos à medição e valorização do cortisol salivar na investigação e na clínica.

Nalguns aspectos este objectivo foi atingido, noutros isso não se verificou.

A primeira questão que mereceu consenso dizia respeito à medição do cortisol salivar em trabalhos de campo. Deveria definir-se uma curva diária? Seria suficiente a determinação do perfil diário do cortisol? Deveria ser feita a estimulação com dexametasona? A resposta a esta pergunta reenvia-nos para o tipo de trabalho que se pretende efectuar, para o objectivo da pesquisa.

Por exemplo, para estudar uma população saudável, a definição da curva é o método ideal.

Por outro lado, quando se pretende avaliar uma população stressada (burned-out), ou com alguma ou algumas doenças, o método a utilizar poderá ser o perfil do ritmo do cortisol. Neste caso deverá considerar-se que um pico matinal elevado seguido de um declíneo ao longo do dia é característico das populações normais.

Se o declíneo não se verificar, tratar-se-à muito provavelmente de uma sobreestimulação do eixo hipotálamo / hipófise / suprarrenal, mantida, podendo contribuir para o desenvolvimento de diversas patologias.

Contudo, o perfil do ritmo de uma população a avaliar deve ser interpretado prudentemente, tendo em conta que não é uniforme.

Stone (1999), após estudar uma população normal encontrou três tipos de ritmo: o ritmo típico, em declive, presente em 51 % dos indivíduos avaliados, ritmos inconstantes que se verificaram em 32 % e ausência de variação do ritmo, ou seja, em planalto, presente em 17 %.

Relativamente ao número de amostras necessárias para definir quer a curva quer o ritmo, mereceu consenso generalizado a ideia de que quanto mais amostras, maior será a fiabilidade.

Ainda assim foi considerado que nos estudos que privilegiam o ritmo, as amostras que contemplam a subida matinal e a descida vespéral são suficientes, devendo no entanto esta última ser colhida 2 horas após o jantar, evitando o efeito da elevação post-prandial do cortisol.

Pese embora as dificuldades esperadas para a realização de uma pesquisa que envolve tecnologia evoluída, pensamos que se justifica a tentativa de relacionar o hipertiroidismo com o stress mantido, utilizando como referência o ritmo circadiano do cortisol salivar.

No caso do nosso trabalho tomámos como orientação algumas conclusões do Network Research. Assim e como pretendemos estudar uma população doente, optámos por avaliar o ritmo circadiano do cortisol salivar, utilizando para o efeito a avaliação do cortisol matinal e vespéral.

A Função do Imaginário

O normal funcionamento do imaginário é um dos aspectos que, de acordo com o constructo de Sami-Ali, assume um papel preponderante no equilíbrio do “ser psicossomático”, e, naturalmente, a disfunção ou a ausência da função a nível do imaginário, alterando este equilíbrio, constitui um dos factores que poderá levar ao adoecer.

Já atrás referimos que o conceito de imaginário engloba não apenas o sonho mas também os seus equivalentes diurnos – afecto, fantasia, alucinação, jogo e transferência. Equivalentes nos quais se reconhece a mesma actividade projectiva e que pertencem aquilo a que se poderá chamar função do imaginário (Sami-Ali, 1997).

Ora esta actividade projectiva não se encontra desligada dos ritmos biológicos, apresentando, pelo contrário, uma relação íntima com eles, que as descobertas recentes a nível da neurobiologia do sono têm vindo a confirmar.

É importante rever de forma sumária, a fisiologia e as diversas fases do sono, para que se possa perceber a relação íntima entre este ritmo biológico e a produção onírica.

Quadro n.º 1 – Características Fisiológicas das Diversas Fases do Sono

	Vigília		Sono			
	Estado de alerta	Sonolência	Sono ortodoxo			Sono paradoxal
		estádio 1	estádio 2	estádio 3	estádio 4	
EEG rápido	+	0	0	0	0	0
EEG ligeiramente lento	0	+	0	0	0	+
ondas delta	0	0	+	++	+++	0
movimentos oculares rápidos	+	0	0	0	0	+
movimentos oculares lentos	0	+	0	0	0	+
tónus muscular	+++	++	+	+	+	0

Fonte: J. M. Gaillard

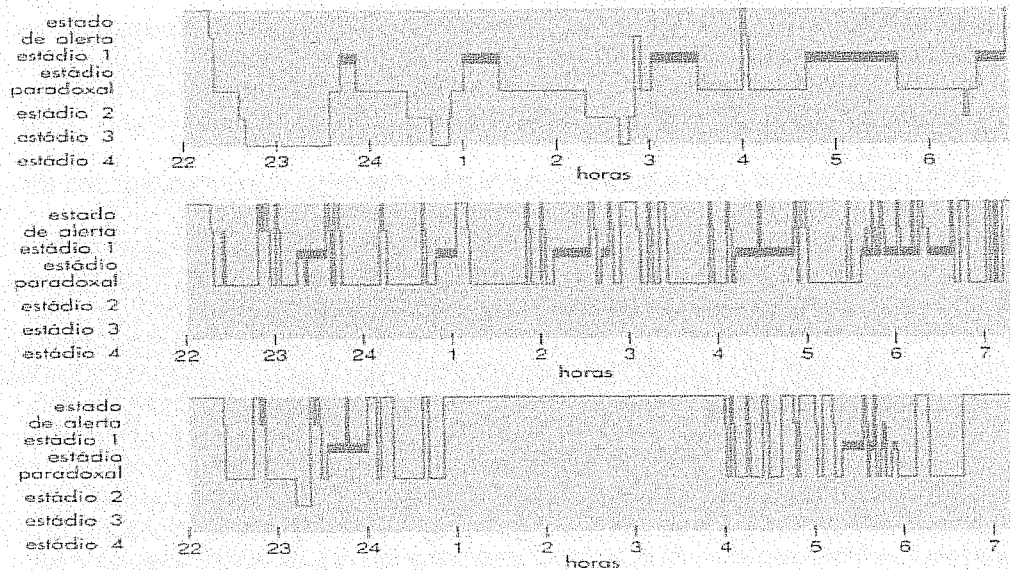
Conforme se depreende da leitura do quadro anterior, o sono é constituído por duas fases diferentes que alternam entre si durante a noite: o sono ortodoxo e o sono paradoxal. O sono ortodoxo distingue-se dos outros estados (estado de alerta, sonolência e sono paradoxal) principalmente pela presença, na actividade eléctrica cerebral, de ondas muito lentas, designadas por ondas delta. Subdivide-se em três estadios, os estadios 2, 3 e 4, que se distinguem uns dos outros pela abundância de actividade delta. Esta é rara e intermitente no estadio 2, mais abundante no estadio 3, quase contínua e de grande amplitude no estadio 4. No estadio 1, definido como de sonolência, está ausente. Além disso não há movimentos oculares no sono ortodoxo e o tónus muscular é fraco mas não nulo.

O sono paradoxal tem características bem distintas das restantes fases. Com efeito, durante este período, a pessoa parece profundamente adormecida, ainda que o cérebro esteja bastante activo, registando-se actividade eléctrica a nível do electroencefalograma. À semelhança do estado de alerta não se produzem ondas delta e os movimentos oculares são rápidos. O tónus muscular desaparece por completo.

É precisamente nesta fase do sono que se desenvolve grande parte da actividade onírica, sobretudo os sonhos mais elaborados.

A tira superior da figura 1, correspondente ao registo hipnográfico de uma noite de sono normal, dá a ideia da alternância entre as diversas fases do sono. O traço mais cheio corresponde às fases de sono paradoxal.

Figura 1 – Hipnograma



Fonte: J. M. Gaillard

Sabe-se igualmente que em cerca de 85 % do tempo passado neste estado há produção de actividade onírica, da qual a pessoa pode recordar o conteúdo se a acordarmos nesse momento. Embora a maioria dos sonhos ocorra no estado de sono paradoxal, não existe um paralelismo estreito entre a abundância dos sonhos e a duração deste estado. Este último varia pouco de uma pessoa para outra, enquanto que as diferenças individuais na recordação são muito maiores.

Certas pessoas têm a impressão de que nunca sonham, outras apercebem-se que sonham algumas vezes, outras ainda têm uma recordação precisa das suas aventuras nocturnas.

No entanto, mesmo as pessoas que têm a impressão de pouco ou nada sonhar, são geralmente capazes de relatar um sonho se as acordarmos na altura exacta, ou seja, durante a fase paradoxal do sono (Gaillard,1993). O mesmo fenómeno foi constatado por Hobson, quando acordou sujeitos normais durante o sono com movimentos oculares, verificando que eles davam conta de uma actividade onírica em 90 a 95%

dos casos (Frederico Pereira, 2000).

Pelo contrário, e quase por definição, durante uma noite de insónia o sonho é praticamente interdito.

A tira inferior da mesma figura, correspondente a uma noite de verdadeira insónia, é caracterizada não só pela ausência de sono entre a 1 e as 4 horas, mas também pela frequência de sucessivos despertares. É possível verificar, comparando com a primeira tira, que os períodos de sono paradoxal são extremamente reduzidos, impedindo assim a ocorrência de sonhos.

Como interpretar estes fenómenos que os modernos estudos neurofisiológicos do sono trouxeram à luz?

Não cabe no âmbito deste trabalho uma análise aprofundada das diversas teorias que se estabeleceram em torno do assunto. Limitar-nos-emos por isso a descrever de forma sucinta aquilo que foi postulado por Sami-Ali, que valoriza sobretudo o facto da actividade onírica depender de um ciclo biologicamente determinado. O reconhecimento deste facto não implica, contudo, a aceitação de algumas teses provenientes do campo das neurociências, segundo as quais o sono paradoxal e o sonho se confundem, não atribuindo ao sonho e ao sonhar, qualquer significado ou valor, marginalizando-o assim de todo o processo de criatividade e sentimento de si. (Sami-Ali, 1980).

De igual forma este autor, ao reconhecer que o sonho é uma actividade rítmica, inserida num ciclo biologicamente determinado, recusa a teoria freudiana segundo a qual o sonho é posto em movimento pela tentativa de satisfazer um desejo, conservando o sono.

“O sonho está antes de tudo ligado aos ritmos biológicos. Quer queiramos quer não, existe tanto ao nível animal como humano, uma actividade onírica com regularidade espantosa e que está ligada à qualidade do sono. É a alternância do sono ortodoxo e do sono paradoxal que rege a aparição da actividade onírica. Trata-se de um processo que se desencadeia independentemente do conteúdo psicológico e não só no plano humano. Se reflectirmos no facto de que todo o mundo sonha até os mamíferos, creio que não poderemos entender o processo onírico sem integrarmos a sua dimensão biológica”. (Sami-Ali, op. cit.)

Ou seja, o sonho inserindo-se num ritmo biológico circadiano, não pode de forma nenhuma ser reduzido aos seus conteúdos projectivos.

Por isso a importância do sonho, na perspectiva psicossomática, relaciona-se não só com o aspecto projectivo, mas também com o facto deste se encontrar

intrinsecamente ligado aos ritmos biológicos.

Poderá mesmo considerar-se que o sonho é um paradigma do ser psicossomático, já que fazendo parte de um ritmo biológico, é simultaneamente um ritmo projectivo – somos nós disfarçados de outro, num tempo e num espaço especiais, sem barreiras censórias, estabelecendo pontes, criando, sofrendo e resolvendo situações.

Contudo é frequente para quem faz clínica e questiona os doentes relativamente aos sonhos, ouvir como resposta – não sonho, não me recordo dos sonhos, há muitos anos que não sonho. Será que este fenómeno rítmico não está presente nessas pessoas? Como valorizar e interpretar estas afirmações?

Este esquecimento do sonho é entendido por Sami-Ali como um recalçamento, como uma censura que se exerce na passagem do sonho à memória do sonho.

Em psicossomática, de acordo com o mesmo autor, o valor do sonho não reside no conteúdo do mesmo, na sua interpretação. Este conteúdo será importante na abordagem psicanalítica, não na abordagem psicossomática. Para esta os sonhos assumem um papel importante no reforço da identidade pessoal, servindo para integrar as excitações e as realidades do dia a dia. Por isso, o que interessa é saber se sonha ou não sonha, ou melhor, se recorda ou não os sonhos.

A ausência de recordação dos sonhos significa para Sami-Ali uma perturbação grave de toda a função do imaginário.

Na origem desta perturbação estará um recalçamento desta função, que engloba não apenas o sonho, mas também os seus equivalentes, situação esta que em determinados momentos poderá facilitar o desenvolvimento de patologia a nível orgânico. Considerámos interessante verificar esta hipótese no caso dos doentes sofrendo de hipertiroidismo, pelo que decidimos avaliar o funcionamento do imaginário, de acordo com três parâmetros:

a ocorrência de insónias frequentes, o que por si só implica a inexistência dos sonhos;

a ausência de recordações dos sonhos;

a ocorrência de perturbações do sonho, nomeadamente a existência de sonhos repetitivos.

A constatação da existência deste tipo de perturbações nestes doentes, poderá levar ao estabelecimento de uma correlação entre a disfunção do imaginário e o desenvolvimento do hipertiroidismo.

Os Acontecimentos de Vida

De acordo com Brown (1978), acontecimentos de vida são problemas que desencadeiam emoções intensas, qualquer que seja a sua natureza – excitação, alegria, medo, humilhação, irritação, raiva, angustia ou surpresa. Englobam por isso um largo espectro de situações que abrangem a generalidade dos sentimentos e do sentir.

As possíveis relações entre estes acontecimentos e o desencadeamento das mais variadas patologias têm merecido a atenção de muitos autores, que através de diversos estudos procuraram estabelecer uma relação entre eles.

Segundo António Barbosa (1986) os acontecimentos de vida ou as dificuldades mantidas poderão originar uma resposta de adaptação não específica do organismo, provocando alterações fisiológicas que podem ameaçar a saúde. Esta asserção reenvia-nos para o que atrás escrevemos sobre o síndrome geral de adaptação ao stress e, também, para as diferentes formas como esta questão tem sido operacionalizada. Uma das mais correntes, de acordo com Luís Rebelo (1996), tem sido a avaliação e a valorização dos acontecimentos de vida.

Existem para o efeito diversas escalas e questionários, destacando-se as escalas de Brown e Harris e de Holmes e Rahe.

Estes últimos autores (1967) configuraram o problema num quadro de sobrecarga crónica dos mecanismos de “coping” e frustração residual prolongada de um conflito

ou dificuldade antigos, podendo tornar-se patogénicos. Neste contexto e perspectivando de forma metodológica o estudo dos acontecimentos de vida, criaram um instrumento estandardizado de detecção e medida dos acontecimentos de vida – The Social Readjustment Rating Scale / Schedule of Recent Experience, o qual teve por base um longo inquérito efectuado a populações americanas saudáveis, que quantificaram a importância dos acontecimentos que implicaram mudanças recentes de vida nos campos da saúde, trabalho, habitação, família, vida pessoal e social e rendimentos familiares.

É importante realçar que entre os acontecimentos de vida mais pontuados, dez são do âmbito familiar.

Esta escala tem sido contudo alvo de diversas críticas, nomeadamente de Brown (1978) que levantou dúvidas relativamente à sua fiabilidade e à possibilidade de inquinação dos resultados, propondo inclusivamente um novo instrumento de avaliação mais rigoroso e pormenorizado.

No entanto e independentemente dos vários questionários e escalas utilizadas, as investigações e trabalhos que relacionam o aparecimento de doenças com os acidentes de vida têm conhecido um certo incremento, alargando-se esta pesquisa a áreas tão distintas como a dermatologia, a cardiologia, a gastroenterologia, as doenças autoimunes, só para citar algumas.

Comentando na generalidade o valor dos trabalhos de investigação que utilizaram escalas de avaliação de acontecimentos de vida, Blake (1988) considera que independentemente do tipo de escalas e das diferentes populações estudadas, os resultados têm demonstrado a existência de uma associação entre a quantidade de acontecimentos vitais e a morbidade individual.

Na literatura que consultámos, tivemos oportunidade de constatar esse facto, havendo contudo estudos em que essa hipótese não se verificou.

Por exemplo, House e Dennis (1990) não verificaram qualquer relação significativa entre o risco de desenvolvimento do acidente vascular cerebral e os eventos de vida ocorridos no anterior. Também Peris e Martin-Gonzalez (1997) na sequência de uma avaliação comparada entre 151 doentes que tinham sofrido acidente vascular cerebral recente e uma população de 151 indivíduos saudáveis, concluíram que os factores de risco clássicos, tais como o tabaco e a hipertensão arterial são significativos. Pelo contrário, os factores psicossociais de stress não parece que exerçam qualquer influência no desencadear da doença cerebrovascular.

Contudo, a maioria dos estudos que avaliaram a relação entre eventos de vida e morbidade, concluíram no sentido da existência de uma relação positiva entre

ambos.

Citamos a propósito os trabalhos de Bach e Wild (1990), que encontraram valores com elevada significância relativamente a eventos de vida, em doentes que desenvolveram esclerose múltipla e colite ulcerosa.

Hui W. M. et al. (1992), apresentando resultados de investigações efectuadas na Universidade de Hong Kong, mencionam a existência de um relacionamento entre o aparecimento de úlcera duodenal e os eventos de vida.

Nagem e Seebode (1997) estudando a litíase renal sintomática, encontraram uma prevalência de eventos de vida stressantes significativamente mais elevada entre os doentes sofrendo de litíase que entre os casos de controle. Os dados recolhidos suportaram a hipótese que existe uma associação entre eventos de vida stressantes e o desenvolvimento da litíase renal sintomática.

Courtney (1993), analisando a relação entre o tipo de eventos e o aparecimento do cancro colorectal, verificou a existência de uma relação positiva no que se refere a alguns problemas específicos, nomeadamente no âmbito do trabalho, com a mudança de residência e com a morte da esposa.

Luís Rebelo (1998) verificou que nos doentes com artrite reumatóide, a dimensão predominante é a de perda e que a maioria dos acontecimentos de vida duram mais de quatro semanas, assumindo o conflito conjugal uma importância predominante.

Mesmo a nível de alterações funcionais e dos ritmos biológicos parece verificar-se uma relação estreita entre estes e os eventos de vida. Cernovsky (1994) constatou que os eventos de vida negativos, e só estes, eram significativos nas situações de insónias e pesadelos.

Um outro factor digno de menção é a independência dos eventos de vida relativamente ao grupo etário. Registam-se neste caso as observações de Jacobs e Charles (1980), que avaliaram a importância dos eventos de vida familiares nas famílias de 25 crianças portadoras de cancro, comparativamente a um grupo padrão, saudável, semelhante em termos etários. Os resultados permitiram verificar uma diferença significativa entre o grupo dos pacientes e o grupo de controle, havendo muito mais eventos significativos no caso do grupo dos pacientes.

Directamente relacionados com o tema do nosso trabalho, a relação entre os eventos de vida e o desenvolvimento de hipertiroidismo, merecem referência alguns estudos que citaremos de seguida, nos quais é patente que entre os eventos de vida, sobretudo aqueles que são marcados por uma carga negativa, e o aparecimento do hipertiroidismo, poderá existir uma relação directa.

O estudo da Universidade de Uppsala (1991) abrangendo 219 doentes com doença de Graves, diagnosticada “de novo” ao longo de dois anos, e uma população controle de 372 indivíduos, pretendeu estabelecer as possíveis associações entre a referida doença, a hereditariedade, os eventos de vida e o suporte social. O método utilizado foi o preenchimento de um questionário, idêntico para os dois grupos, que incluía perguntas relacionadas com a situação familiar, a profissão, os hábitos tabágicos e alcoólicos, a actividade física, a ocorrência de doença tiroideia nos familiares directos, os eventos de vida nos doze meses que precederam o diagnóstico, o suporte social e a personalidade. Os resultados indicaram que os eventos de vida negativos e a hereditariedade podem constituir factores de risco da doença tiroideia.

Na Dinamarca, Sonino (1993) e colaboradores publicaram na Acta Endocrinológica (Copenhaga) um estudo no qual avaliaram a ocorrência de eventos stressantes de vida no ano anterior ao aparecimento de doença de Graves, num grupo de setenta pacientes. Esta população foi comparada com um grupo de controle, composto por setenta pessoas saudáveis. Utilizando a escala de Paykel para eventos recentes da vida, verificaram que nos doentes com doença de Graves tinha havido significativamente mais eventos de vida, quando comparados com o grupo de controle. Sobretudo eventos com um impacto negativo, embora todas as categorias estivessem significativamente representadas. Apesar dos fenómenos implicados na patogénese da autoimunidade da hiperfunção tiroideia serem extremamente complexos, estes dados permitem enfatizar o papel dos distúrbios emocionais nestes casos.

Num outro trabalho efectuado na Universidade de Hong Kong (1995) foram avaliados 95 portadores de doença de Graves e comparados com uma população controle. Ambos responderam a um questionário, no qual eram registados os eventos de vida, nos doze meses que precederam o aparecimento da doença. Verificou-se que nos doentes hipertiroideos tinham ocorrido um número significativamente mais elevado de eventos de vida adversos, sendo possível que o stress induzido por esses acontecimentos possa provocar alterações no sistema imune, desempenhando assim um papel importante na precipitação da doença, nos doentes predispostos a alterações autoimunes da tiroide.

Referimos ainda André Haynal (1998), o qual constatou em muitos casos de hipertiroidismo, a perda de parentes próximos ou a existência de acontecimentos

traumatizantes.

Noutra perspectiva, mas directamente relacionado com o tema, as investigações de Yoshuchi e Col (1998), da Faculdade de Medicina da Universidade de Tóquio, abrangendo 230 pacientes (182 mulheres e 48 homens) demonstraram haver uma relação entre o stress crónico e a manutenção do estado de hipertiroidismo nas mulheres avaliadas.

Neste contexto, pensamos ser de todo o interesse a realização de trabalhos que confirmem, ou infirmem, a importância dos acontecimentos de vida na génese do hipertiroidismo.

SEGUNDA PARTE

CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO SOFRENDO DE HIPERTIROIDISMO

Nesta segunda parte é identificado o objectivo do trabalho e as diversas hipóteses formuladas, as principais características do estudo, a metodologia e as técnicas desenvolvidas para a avaliação dos diversos parâmetros em análise, e, finalmente, os resultados obtidos e a respectiva discussão e conclusões.

Objectivo e Hipóteses

O objectivo do presente trabalho é a caracterização de uma população sofrendo hipertiroidismo, avaliada numa perspectiva multidimensional, fornecendo um contributo para a caracterização da doença psicossomática.

Formulámos as seguintes hipóteses de trabalho:

1. Os doentes com hipertiroidismo têm um comportamento compatível com o comportamento do tipo A
2. Têm marcadores biológicos do stress, nomeadamente o cortisol, com um perfil circadiano diferente do normal.
3. Têm um funcionamento deficiente da função do imaginário, manifestado pela existência de insónias, pela ausência de recordação dos sonhos e pela existência de sonhos repetitivos.
4. Sofreram acontecimentos de vida no ano que precedeu o aparecimento da doença.

Tipo de Estudo

É um estudo transversal, descritivo.

População

A população é o conjunto de doentes com hipertiroidismo existentes no Concelho de Évora.

Amostra

É uma amostra de conveniência, constituída por 36 doentes com o diagnóstico de hipertiroidismo inscritos nas listas de 6 médicos de família do Centro de Saúde de Évora, escolhidos não aleatoriamente.

Critérios de Inclusão

1. Os doentes estarem inscritos nas listas de Clínicos Gerais do Centro de Saúde de Évora.
2. Diagnóstico de hipertiroidismo confirmado por métodos analíticos.
3. Haver acordo explícito da parte do doente, autorizando a sua entrada no estudo.

Critérios de Exclusão

1. O hipertiroidismo ser secundário a doença neoplásica, nomeadamente tumores da hipófise ou tumores da tiróide.

Unidade de Observação

O doente com hipertiroidismo.

Métodos

Por motivos operacionais, relacionados com a comodidade dos doentes, com a adesão ao estudo e com a facilidade de consulta dos respectivos processos clínicos, foi decidido estudar os doentes nas Unidades de Saúde que servem os locais onde residem, independentemente de se tratar de unidades urbanas ou rurais, deslocando-se o Autor aos diversos locais.

Cada doente foi contactado e por escrito foi-lhe pedida a sua concordância para entrar no estudo e confirmada a data das entrevistas a realizar.

Num universo de 36, acabaram por ser estudados 32 doentes, 29 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, pois 2 doentes recusaram a entrevista, uma mudou de residência para Lisboa e uma outra faleceu antes do início do estudo.

O número de entrevistas realizadas a cada doente foi variável, sobretudo porque nas perguntas relativas à avaliação do tipo de comportamento, aos eventos de vida e ao funcionamento do imaginário, as questões não eram colocadas de forma fechada, pelo contrário, era estimulada a descrição pormenorizada dos factos. Acresce ainda que a resposta a algumas das questões colocadas era difícil para alguns doentes, situação esta que atribuímos ao baixo nível de instrução. Nestes casos era necessário recorrer a exemplos, o que alongava naturalmente o tempo da entrevista. O número de entrevistas por doente variou entre duas e quatro. Durante estas eram ainda entregues tubos apropriados para a recolha de saliva, para determinação do cortisol salivar (quatro tubos por doente), sendo igualmente fornecidas instruções verbais e entregue um folheto explicativo, com instruções relativas à colheita e correcta conservação da saliva. Os tubos foram por nós recolhidos, no domicílio do doente, procedimento este que incluía a retirada dos tubos do frigorífico, o acondicionamento em recipiente apropriado e a entrega directa no laboratório. Para evitar confusões, nos tubos entregues aos doentes analfabetos era colocado um rótulo com o sol, para a recolha da colheita matinal, e um rótulo com a lua, para recolha da colheita vespéral.

A todos os doentes foi aplicado um questionário, elaborado pelo autor e que consta no Anexo A, questionário este onde constavam os dados de identificação, nomeadamente, nome, morada, extensão, médico de família, data de nascimento, sexo, idade, nível de instrução, situação profissional, estado civil e também os dados clínicos, tais como, ano do diagnóstico do hipertiroidismo e respectiva sintomatologia, ano em que compensou, valores do cortisol matinal e vespéral, pontuações obtidas nas escalas aplicadas para a avaliação do comportamento e dos

eventos de vida e espaço para comentários, e igualmente as perguntas relativas à avaliação do funcionamento do imaginário e o respectivo espaço para descrições e comentários.

Caracterização da Amostra, Variáveis e Técnicas Utilizadas

Tendo por base os objectivos do estudo foram definidos três tipos de variáveis para caracterização da amostra

A- Variáveis relacionadas com o doente

B- Variáveis relacionadas com o hipertiroidismo

C- Variáveis relacionadas com a abordagem multidimensional

A- Varáveis relacionadas com o doente incluídas nos itens a seguir discriminados

Sexo – masculino e feminino

Idade – seis grupos decenais, entre os vinte e os oitenta anos

Nível de Instrução – Relativamente a cada doente indica-se o mais elevado nível atingido, completo ou não, tendo em conta os níveis de escolaridade fornecidos por fonte do Ministério da Educação.

Analfabeto – Não lê nem escreve

Lê e escreve – Embora sem escolaridade formal

Pré-Escolar - Frequência de Jardim de Infância

Primária – 4.º ano de escolaridade; Antiga 4.ª classe

Preparatória – 6.º ano de escolaridade; equivalente ao 1.º ciclo liceal

Básica – 9.º ano de escolaridade; equivalente ao 2.º ciclo liceal

Secundário – 12.º ano de escolaridade; equivalente ao 3.º ciclo liceal

Profissional – 5 anos post escolaridade primária ou básico + 2 anos profissionalizantes. Inclui os antigos comercial e industrial.

Superior – Universidades, Escolas Superiores e Institutos Politécnicos.

Situação profissional - Foram consideradas cinco possibilidades

Trabalhador activo

Desempregado

Reformado

Doméstica

Estudante

Nas situações em que um doente pudesse reunir duas delas que não fossem logicamente incompatíveis, por exemplo, trabalhador e estudante, reformada e doméstica, determinou-se a seguinte sequência de prioridades

Reformado > trabalhador activo > desempregado > doméstica > estudante

Nesta ordenação, perante uma relação entre duas modalidades compatíveis, contíguas ou não, deveria ser indicada apenas a indicada à esquerda. Por exemplo, o trabalhador estudante seria classificado como trabalhador activo.

Estado civil – Relativamente ao estado civil foram considerados os itens abaixo indicados

Solteiro

Casado ou cohabitando

Viúvo

Divorciado

B- Variáveis relacionadas com o hipertiroidismo

Ano do diagnóstico da situação de hipertiroidismo

Ano em que foi atingida a situação de eutiroidismo

Esta variável refere-se ao ano em que, após terapêutica, os valores laboratoriais das análises hormonais retomaram a normalidade, permitindo distinguir os doentes em eutiroidismo e hipertiroidismo.

C- Variáveis relacionadas com a abordagem multidimensional

Perfil circadiano do cortisol / Técnicas utilizadas

Foram efectuadas quatro determinações do cortisol salivar por doente, duas de manhã e duas à noite, com um intervalo de 4 dias. Os resultados apresentados correspondem à média, quer das recolhas matinais quer das vesperais.

O cortisol salivar foi doseado por técnica Coat-A Count (RIA), com KIT comercial fornecido pela casa D. P. C. (Diagnostic Products Corporation). Os passos fundamentais do método são os seguintes:

1. Incubação durante 3 horas da amostra em estudo e padrões, com cortisol marcado com I 125.
2. Decantação da fase líquida. Secagem e leitura em contador gama.
3. Contagem do número de cintilações emitidas pelo marcador que integra a fracção ligada, construção de uma curva de calibração e determinação das concentrações de cortisol existente na amostra por interpolação da curva. O limite de detecção é $0.1 \mu\text{dl}$.

Relativamente a valores normais de referência, pese embora as diversas tentativas que efectuámos, não foi possível o seu estabelecimento.

Em primeiro lugar, foi a primeira vez que esta técnica foi utilizada em Évora, pelo que o laboratório não dispõe de referenciais próprios.

Também nos diversos trabalhos que consultámos não encontramos estes valores definidos, incluindo as conclusões do Network Research on Socioeconomic Status and Health.

Consultámos ainda o principal livro de referência em Química Clínica, o Tietz Textbook of Clinical Chemistry (1999), no qual estão definidos os valores normais para o cortisol plasmático e para o cortisol urinário, mas não vêm referidos os valores do cortisol salivar. Verificámos ainda que os referenciais variam com o laboratório onde os testes são efectuados.

Pensamos que este facto não traz inconvenientes em relação ao objectivo do estudo, já que se pretende avaliar o ritmo circadiano do cortisol e não apenas os valores basais do mesmo.

Comportamento do Tipo A / Técnica Utilizada

Para a determinação da existência ou não do padrão comportamental do tipo A foi utilizada a escala de avaliação de Bortner (1969) (anexo B).

Bortner fornece indicações para a quantificação da sua escala. Procedemos de acordo com elas, a fim de obter um valor correlacionável. Com duas modificações: a substituição de um contínuo por uma escala de sete pontos e início da escala na extremidade relacionada com o tipo A comportamental. Estas modificações foram anteriormente efectuadas e utilizadas por Mota Cardoso, quando avaliou factores de risco em pessoas sofrendo de enfarte do miocárdio. Na realidade, a quantificação em vez do contínuo, facilita a objectivação e permite a avaliação em termos comparativos.

Quando a soma da pontuação não ultrapassa os 45 pontos a probabilidade de se tratar do comportamento tipo A é grande. Acima dos 45 pontos e quanto maior for a pontuação, menor é a hipótese de se tratar do comportamento tipo A.

Acontecimentos de Vida / Técnica Utilizada

Para a avaliação dos acontecimentos de vida utilizamos, como método de quantificação, as unidades de crise medidas pela escala de readaptação social de Holmes e Rahe. (anexo C)

A escala foi fornecida ou lida aos doentes, os quais assinalaram os acontecimentos de vida ocorridos no ano anterior ao aparecimento da doença.

Quando um indivíduo obtém mais de 300 pontos por ano na escala de readaptação social, terá 80 % de probabilidades de adoecer de qualquer tipo de doença. Quando a pontuação se situar entre os 200 e os 300, terá 50 % de probabilidades de adoecer, sendo que para pontuações entre os 150 e os 200 se verifica uma maior incidência de algumas doenças (enfarte do miocárdio, úlcera péptica, infecções, perturbações psiquiátricas. (Caeiro, 1991)

Função do Imaginário / Técnica Utilizada

Esta avaliação foi efectuada durante o preenchimento do questionário (anexo A) através das seguintes questões:

Tem insónias?

Recorda-se dos sonhos?

Tem sonhos repetitivos?

Tratamento dos Resultados

Atendendo a que a amostra é de conveniência, não é legítimo utilizar as técnicas de inferência estatística, limitando a nossa análise ao estudo das frequências.

RESULTADOS

RESULTADOS

Sexo e Idade

A média de idades dos 32 doentes avaliados é de 52,7 anos, sendo de 52,5 no sexo feminino e de 55,7 no sexo masculino.

O desvio padrão é 16,7, correspondendo 17,4 ao sexo feminino e 9,8 ao sexo masculino.

Dos 32 doentes avaliados, 29 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino.

A idade máxima dos doentes em estudo foi 79 anos e a mínima 21, sendo ambos do sexo feminino.

A mediana situou-se nos 53 anos, correspondendo 54 ao sexo feminino e 50 do sexo masculino.

A moda foi de 46, sendo 46 do sexo feminino e 50 do masculino.

Quadro 2 - Divisão Por Sexo

	<i>Idade, Total</i>	<i>Idade, Feminino</i>	<i>Idade, Masculino</i>
<i>Média</i>	52,8	52,5	55,7
<i>Desvio St.</i>	16,7	17,4	9,8
<i>Total</i>	32	29	3
<i>Mínima</i>	21	21,00	50,00
<i>Máxima</i>	79,00	79,00	67,00
<i>Mediana</i>	53,00	54,00	50,00
<i>Moda</i>	46,00	46,00	50,00

No quadro seguinte pode avaliar-se igualmente a distribuição da frequência, relativamente ao sexo e grupo etário, tendo os doentes sido agrupados por classes decenais.

À esquerda estão representadas as frequências absolutas e à direita as frequências percentuais.

Quadro 3 - Divisão por Sexo e Grupo Etário por Classes Decenais

De (\geq)	Para ($<$)	Total	Contagem Fem.	Contagem Masc.	De (\geq)	Para ($<$)	Total ...	% Fem.	% Masc.
20	30	2	2	0	20,0	30,0	6,2	6,9	0,0
30	40	6	6	0	30,0	40,0	18,8	20,7	0,0
40	50	5	5	0	40,0	50,0	15,6	17,2	0,0
50	60	6	4	2	50,0	60,0	18,8	13,8	66,7
60	70	8	7	1	60,0	70,0	25,0	24,1	33,3
70	80	5	5	0	70,0	80,0	15,6	17,2	0,0
	Total	32	29	3		Total	100,0	100,0	100,0

Verifica-se que, a partir da 3.^a década, existe uma distribuição relativamente equitativa pelas diferentes classes decenais, constatando-se um ligeiro pico entre os 60 e os 70 anos, com clara predominância do sexo feminino.

Nível de Instrução

Quadro 4 - Frequência de Distribuição por Escolaridade

	<i>Número</i>	<i>Percentagem</i>
Analfabeto	6	18,8
Lê e escreve	5	15,6
4.ª classe	6	18,8
6.º ano	3	9,4
12.º ano	4	12,5
Profissional	5	15,6
Curso superior	3	9,4
Total	32	100,0

Entre os doentes, 11 não tinham qualquer escolaridade formal, havendo neste grupo 6 analfabetos e cinco que sabiam ler e escrever.

É ainda possível verificar que a maioria, vinte, não ultrapassa os 6 anos de escolaridade.

Composição Sócio-Profissional

Quadro 5 – Activos e Não Activos

Activos	13	40,6%
Não Activos	19	59,4%

A condição perante o trabalho dos doentes caracteriza-se pela existência de actividade profissional em 13 deles (40,6 %), sendo o número de indivíduos não activos de 19. Destes 15 são reformados.

Quadro 6 - Frequência da Distribuição por Situação Profissional

	<i>Número</i>	<i>Percentagem</i>
Trabalhador Activo	13	40,6
Desemprego	1	3,1
Reformado	15	46,9
Doméstica	2	6,2
Estudante	1	3,1
Total	32	100,0

Verifica-se uma predominância da população activa e dos reformados, valores estes que seriam de esperar visto que a maioria dos doentes se encontram nas faixas etárias acima dos 30 anos.

Estado Civil

Quanto ao estado civil, 21 doentes (65,6 %) são casados, em primeiras ou segundas núpcias, os outros 11 são solteiros, viúvos ou separados / divorciados.

Quadro 7 - Frequência da Distribuição por Estado Civil

	<i>Número</i>	<i>Percentagem</i>
Solteiro	5,0	15,6
Casado	21,0	65,6
Viúvo	4,0	12,5
Divorciado	2,0	6,2
Total	32,0	100,0

É assim possível concluir que, nesta amostra, o doente com hipertiroidismo típico é do sexo feminino, casado, com idade superior a 30 anos e um nível de instrução com 1 a 6 anos de escolaridade.

Relativamente à situação profissional não se verifica predomínio especial entre activos e não activos.

Comportamento tipo A

Dos 32 doentes avaliados, 21 apresentavam comportamento do tipo A, o que corresponde a 65,6 %, havendo 11 doentes (34,4 %) que não tinham este tipo de comportamento.

Quadro 8 - Pontuações obtidas com a aplicação da Escala de Bortner

	<i>Tipo A / Pontuação</i>	<i>Tipo não A / Pontuação</i>
	25	46
	29	50
	30	51
	32	51
	34	52
	34	52
	35	53
	35	53
	36	56
	36	59
	37	68
	37	
	37	
	38	
	38	
	39	
	39	
	41	
	43	
	44	
	44	
<i>Soma</i>	763	591
<i>Média</i>	36,3	53,7

No grupo dos doentes com comportamento tipo A as pontuações variavam entre os 25 e os 44 pontos, atingindo em média 36,3 pontos.

Os valores obtidos para os que não apresentavam comportamento do tipo A oscilavam entre os 46 e os 68 pontos, com um valor médio de 53,7.

Havendo apenas 3 representantes do sexo masculino, a avaliação sob o ponto de vista do comportamento tipo A por sexo, não se afigura relevante.

Relativamente aos escalões etários, agrupados por classes decenais regista-se a seguinte distribuição:

Quadro 9 - Comportamento Tipo A e Não A por Grupo Etário

	<i>Tipo A</i>	<i>Tipo Não A</i>
20 - 29	2	-
30 - 39	4	2
40 - 49	4	1
50 - 59	4	2
60 - 69	5	3
70 - 79	2	3
Total	21	11

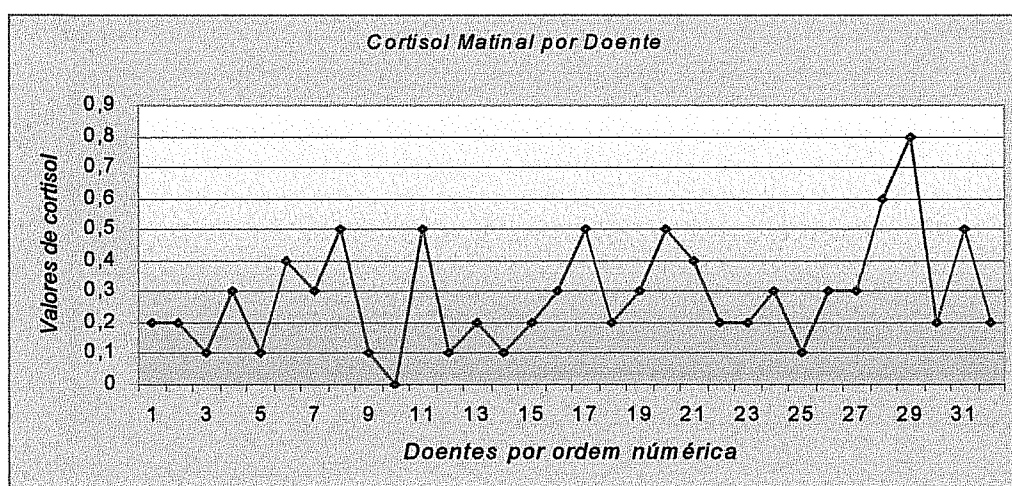
Não se verifica predominância do comportamento tipo A, relativamente a qualquer grupo etário.

Perfil Endocrinológico Relacionado com a Hormona de Stress

Foram determinados os valores do cortisol matinal, do cortisol vespéral e a diferença de valores entre ambos, o que permite avaliar o ritmo circadiano do cortisol.

Valores Encontrados para o Cortisol Matinal

Gráfico 1 - Valores do Cortisol Matinal por Doente

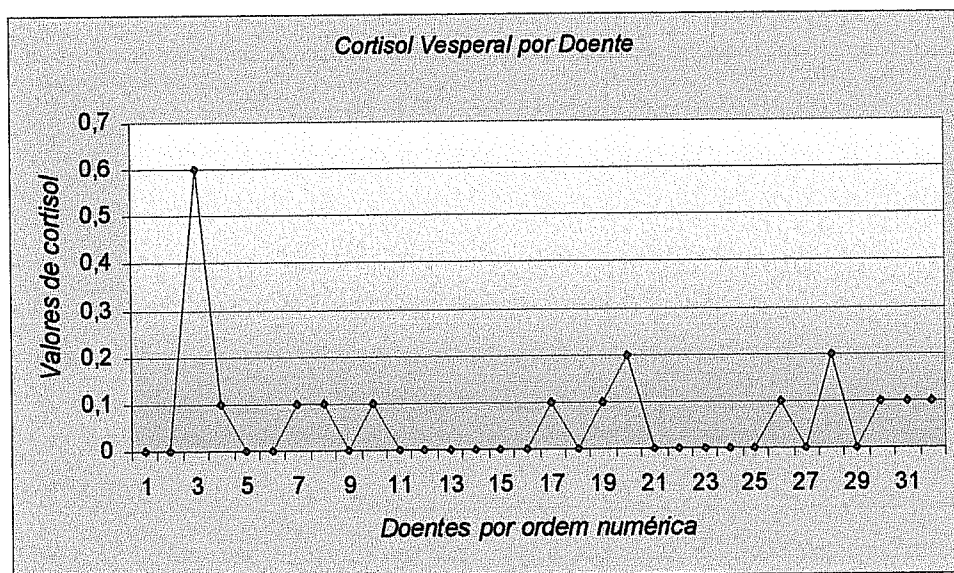


Em ordenada estão registados os valores do cortisol em $\mu\text{g/dl}$.

Com excepção de três doentes, os valores encontrados são relativamente homogéneos, situando-se entre 0,1 e 0,5.

Valores Encontrados para o Cortisol Vespéral

Gráfico 2 - Valores do Cortisol Vespéral por Doente



Em ordenada estão registados os valores do cortisol em $\mu\text{g/dl}$.

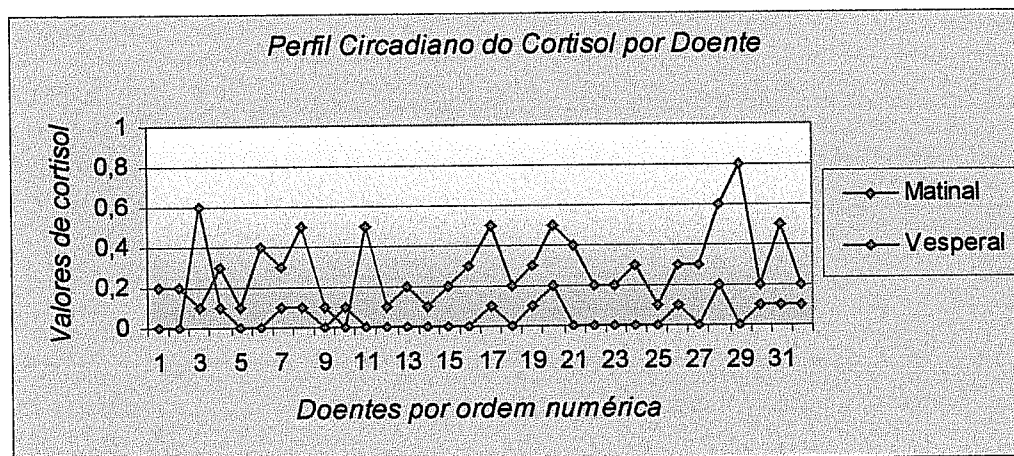
Os valores encontrados para o cortisol vespéral situam-se entre 0 e 0,6, com uma clara dominância de valores 0 e 0,1.

Os diversos valores 0 (zero) registados correspondem a situações em que embora se verificasse a presença de cortisol nas amostras, a sensibilidade do método, quantificando apenas valores iguais ou superiores a 0,1, não permite apresentar valores inferiores a este número.

Perfil Circadiano do Cortisol

De acordo com o exposto no quadro n.º verificou-se que o perfil circadiano do cortisol, mais elevado de manhã e mais baixo à noite, era normal em 30 dos 32 doentes avaliados.

Gráfico 3 - Perfil Circadiano do Cortisol por Doente



Em ordenada estão registados os valores do cortisol em $\mu\text{g/dl}$.

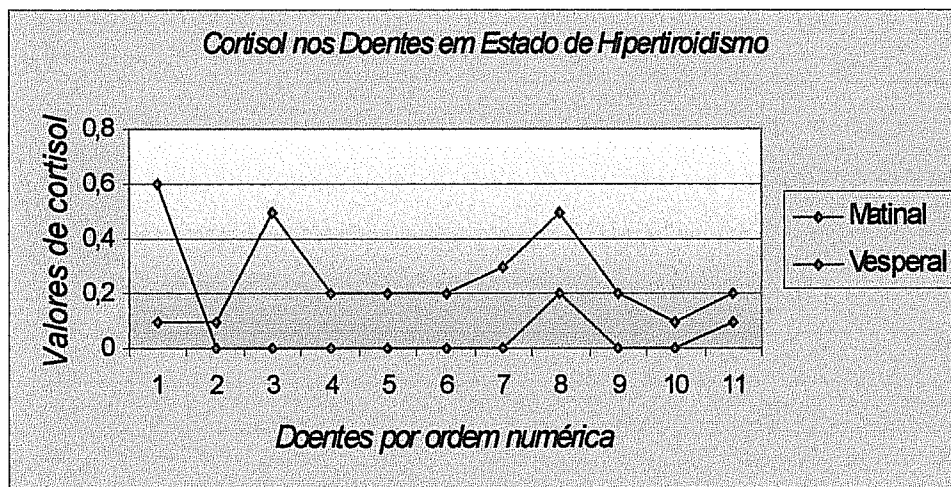
Nos dois casos em que esta situação aparece invertida, consideramos ser possível que apesar das explicações pormenorizadas que foram fornecidas e da identificação dos tubos de recolha, tenha havido engano por parte das doentes. Essencialmente porque se tratava de doentes já idosas e analfabetas.

Perfil do cortisol nos doentes que atingiram o estado de eutiroidismo vs. Doentes que ainda se mantêm em estado de hipertiroidismo

Considera-se estado de eutiroidismo a situação em que as hormonas tiroideias apresentam valores situados nos parâmetros da normalidade. Verificou-se que 21 doentes, após medicação, regressaram ao estado de eutiroidismo, permanecendo 11 doentes em estado de hipertiroidismo.

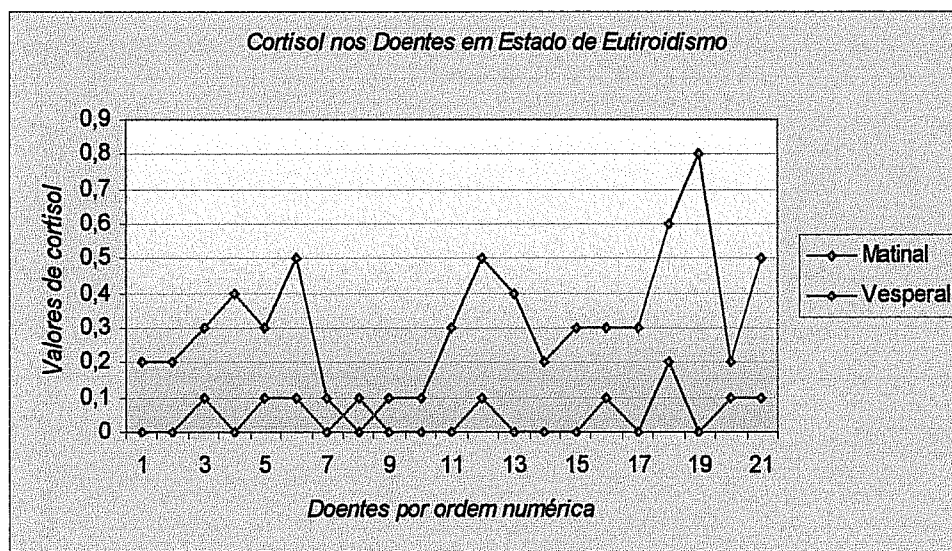
Nos quadros seguintes está registado o ritmo circadiano do cortisol de ambos os grupos, constando em abcissa o número dos doentes e em ordenada os valores do cortisol salivar em $\mu\text{g/dl}$.

Gráfico 4 - Perfil Circadiano do Cortisol nos Doentes em Estado de Hipertiroidismo



O ritmo circadiano do cortisol situa-se dentro dos parâmetros da normalidade em 10 dos 11 doentes avaliados.

Gráfico 5 - Perfil Circadiano do Cortisol nos Doentes em Estado de Eutiroidismo



Também no caso destes doentes não se verificam alterações no ritmo circadiano normal do cortisol.

Avaliação da Função do Imaginário

A resposta às questões formuladas no questionário permitiu detectar que o número de doentes tinha perturbações a nível do sono e do sonho, referindo 15 doentes a existência frequente de insónias, 9 doentes a ausência de recordação dos sonhos, verificando-se em 13 casos a ocorrência de sonhos repetitivos.

Quadro 10 - Frequência da Distribuição para Insónias

	<i>Contagem</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Não Tem</i>	17	53,1
<i>Tem</i>	15	46,9
<i>Total</i>	32	100,0

Quinze doentes, correspondendo a 46,9 % referiram a existência de insónias frequentes.

Quadro 11 - Recordação dos Sonhos

	<i>Contagem</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Não Recorda</i>	9	28,1
<i>Recorda</i>	23	71,9
<i>Total</i>	32	100,0

Nove doentes correspondendo a 28,1 %, afirmaram não ter nunca recordação dos sonhos.

Quadro 12 - Ocorrência de Sonhos Repetitivos

	<i>Contagem</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Não Tem</i>	19	59,3
<i>Tem</i>	13	40,7
<i>Total</i>	32	100,0

Treze doentes, correspondendo a 40,7 %, confirmaram a existência de sonhos repetitivos.

Para uma melhor compreensão dos resultados é necessário referir que alguns doentes sofrendo de insónias, têm no entanto períodos em que esta situação não se verifica. Nestes casos foram avaliadas e registadas as situações de ausência de recordação dos sonhos e de ocorrência de sonhos repetitivos. A conjugação destas três hipóteses permite, teoricamente, definir oito padrões possíveis. Dos oito padrões possíveis foram observados seis.

Quadro 13 - Função do Imaginário – Padrões Observados

<i>Insónia</i>	<i>Recordação</i>	<i>Repetição</i>	<i>Número de Doentes</i>
Sim	Sim	Sim	5
Sim	Sim	Sim	
Sim	Sim	Sim	
Sim	Sim	Sim	
Sim	Sim	Sim	
Sim	Sim	Não	7
Sim	Sim	Não	
Sim	Sim	Não	
Sim	Sim	Não	
Sim	Sim	Não	
Sim	Sim	Não	
Sim	Não	Não	3
Sim	Não	Não	
Sim	Não	Não	
Não	Sim	Sim	8
Não	Sim	Sim	
Não	Sim	Sim	
Não	Sim	Sim	
Não	Sim	Sim	
Não	Sim	Sim	
Não	Sim	Sim	
Não	Sim	Sim	
Não	Sim	Não	4
Não	Sim	Não	
Não	Sim	Não	
Não	Sim	Não	
Não	Sim	Não	5
Não	Não	Não	
Não	Não	Não	
Não	Não	Não	
Não	Não	Não	

O 1.º, que abrange 5 casos, corresponde a doentes que geralmente têm insónias, mas quando dormem, sonham e recordam-se dos sonhos, que são no geral repetitivos.

No 2.º padrão, representado por 7 doentes, a diferença em relação ao 1.º, reside no facto de não terem sonhos repetitivos.

No 3.º padrão, onde se registam 3 casos, aparecem os doentes com insónia

persistente, que não se recordam de ter qualquer tipo de sonho.

Os 4.º, 5.º e 6.º padrões relacionam-se com os doentes que não têm insónias. Merece destaque, por ser maioritário, o quarto padrão, caracterizado por doentes que não têm insónias, que se recordam dos sonhos, sendo estes, na generalidade sonhos repetitivos.

De salientar que o 5.º padrão, representado por 4 doentes, é aquele em que não se verifica em nenhum caso as hipóteses formuladas, pois trata-se de doentes que não têm insónia, recordam-se dos sonhos e não têm sonhos repetitivos.

O 6.º padrão corresponde a doentes que não têm insónias e também não se recordam nem têm sonhos repetitivos.

Acontecimentos de Vida

Na amostra estudada verificámos que 21 doentes não atingiam os 150 pontos, havendo 11 doentes que superavam este valor.

Quadro 14 - Pontuações Obtidas com a Escala de Holmes e Rahe

Pontuações Obtidas	N.º de Doentes
0	6
29	2
40	1
53	4
79	1
97	1
98	1
100	1
104	1
106	2
137	1
167	1
196	1
203	1
221	1
234	1
239	1
240	1
269	1
269	1
302	1
318	1
Soma	3765
Média	117,66

De acordo com os três escalões de risco, a distribuição dos 11 doentes era a seguinte:

Quadro 15 - Pontuações por Escalões de Risco

≥ 150 a < 200	200 a ≤ 300	≥ 300
2	7	2

Constata-se assim que dos trinta e dois doentes em estudo, onze (34,3 %), tinham vivido acontecimentos potencialmente desencadeadores do aparecimento de doença, com repercussão física ou psíquica.

A análise dos acidentes de vida mais relatados permitiu-nos agrupá-los em quatro classes:

- Doença física
- Perda de objecto
- Alteração laboral ou familiar
- Mobilidade geográfica e social

Uma doença física ou psíquica, de maior ou menor gravidade, foi relatada em 10 casos (31,3 %).

O falecimento do cônjuge, de um filho, de algum dos progenitores ou de um irmão, a separação conjugal e a saída de casa de um filho, são vivenciados com intensidade, sendo referidos por 13 doentes. (40,6 %)

Neste grupo assume particular importância a perda de familiar próximo, situação esta que se regista em 11 casos (34,4 %).

Muito relatado também é o aumento das responsabilidades laborais, a alteração nas condições do trabalho e a mudança de emprego.

Não parece contudo que este tipo de situações, que atingem 11 doentes (34,4 %), seja vivenciada com a mesma intensidade, independentemente das situações.

O refluxo profissional, ou seja, a diminuição das responsabilidades ou os despedimentos, tal como os conflitos, são vividos de forma mais intensa e dramática.

No grupo respeitante à mobilidade geral, situação vivida por 6 doentes (18,8 %), o principal motivo de angústia referenciada, tem a ver com a alteração dos hábitos de convívio.

É assim possível apreciar os acidentes de vida mais relatados, nas quatro classes que catalogámos.

Neste contexto, poderemos realçar como potenciais desencadeadores de

hipertiroidismo, a ocorrência, no ano anterior ao diagnóstico da doença, da morte de um familiar próximo, de outras doenças com maior ou menor expressão física ou psíquica, o refluxo profissional e a alteração dos hábitos de convívio.

DISCUSSÃO

A fragilidade metodológica dos estudos retrospectivos está hoje bem documentada e demonstrada (Hinkle, 1968).

Os dados aferidos são passíveis de inquinações várias e os resultados induzidos, sendo vulneráveis ao erro, devem ser avaliados num sequente estudo prospectivo. Mota Cardoso (1984), referindo-se aos estudos retrospectivos, afirma que “um tal tipo de estudos permite um certo número de conclusões que não são mais do que hipóteses preconcebidas pelo investigador”.

Mas os estudos prospectivos, que implicam no mínimo um trabalho de equipa, de longo prazo e financiado, não estão ao nosso alcance, nem respeitam os pressupostos legais em que este trabalho assenta – uma abordagem personalizada e circunscrita no tempo.

Temos igualmente consciência que no delineamento do presente estudo não foi considerada a existência de um grupo comunitário de controle, o que, nalgumas variáveis avaliadas, teria sido importante e enriquecedor.

Aceitamos assim que as limitações deste estudo e dos respectivos resultados, nalguns casos compatíveis com as hipóteses que formulámos, noutros não, são apenas válidos para a amostra estudada.

No nosso caso particular aceitamos ainda algumas críticas irrefutáveis, que

passamos a descrever em relação a quatro das variáveis avaliadas: o comportamento do tipo A, os marcadores biológicos do stress, a função do imaginário e os eventos de vida.

Comportamento Tipo A

Em toda a literatura que consultámos não foi possível encontrar estudos que relacionassem de forma directa o desenvolvimento do hipertiroidismo e o comportamento tipo A.

No entanto, a nível de outras patologias, nomeadamente as coronariopatias, a relação entre este tipo de comportamento e o aparecimento da doença coronária está há muito demonstrada, nomeadamente após os já citados estudos de Rosenman (1966) e Friedman (1967).

Outros autores, como por exemplo Hawkins (1982), embora abordando o tema de forma generalista, reconheceram a importância do comportamento do tipo A como marcador de doenças psicossomáticas.

Considerámos por isso que apesar de não termos encontrado trabalhos que servissem de termo de comparação, seria interessante investigar a presença ou ausência de comportamento tipo A nos nossos doentes hipertiroideus, confirmando ou infirmando as suspeitas que na prática clínica temos vindo a formular.

As técnicas para identificar e valorizar o comportamento do tipo A são múltiplas, mas as mais importantes pela sua fiabilidade e valor predictivo são a entrevista estruturada de Rosenman e colaboradores (1978), a Jenkins Activity Survey (1979) e o questionário de Bortner (1969).

A entrevista de Rosenman, pelo ênfase que concede à observação directa, requer do entrevistador treino específico e capacidade para observar e para poder pesquisar e valorizar elementos chave constituintes do padrão comportamental.

A Jenkins Activity Survey, avalia apenas o grau de envolvimento no trabalho, a impaciência e a competitividade, pelo que exclui automaticamente da avaliação as domésticas, os reformados e os estudantes, não se adaptando por isso à população que iríamos estudar.

Finalmente o questionário de Bortner, já anteriormente referido, foi o método por nós utilizado. Em primeiro lugar, porque há resultados convergentes com a hipótese de correlação entre este questionário e a entrevista estruturada de Rosenman, a qual

é a mais utilizada em todos os trabalhos que consultámos.

Citamos a propósito o Belgian-French Pooling Project (1984), estudo prospectivo de 2 699 homens, na área das coronariopatias, no qual foi utilizada a escala de Bortner e que obteve um elevado grau de concordância tipológica com a entrevista estruturada de Rosenmam.

Em segundo e não menos importante, o questionário de Bortner tem sido citado e utilizado por autores portugueses, nomeadamente António Barbosa (1998, Aulas de Mestrado) e Mota Cardoso (1984). Este último fornece ainda explicações pormenorizadas acerca da operacionalização do questionário, o que facilitou a sua aplicação. Foi tendo em conta o que atrás foi exposto, que decidimos utilizar o questionário de Bortner.

Os resultados obtidos apontam claramente no sentido da existência de uma relação entre o comportamento do tipo A e o hipertiroidismo. Embora não sejam legítimas as inferências estatísticas, a elevada percentagem (65,6%) de doentes com comportamento tipo A talvez justifique a continuação dos estudos nesta área, no sentido de determinar até que ponto e à semelhança do que acontece com as coronariopatias, o comportamento do tipo A constituirá um factor independente de risco do hipertiroidismo.

Marcadores Biológicos do Stress – o Cortisol Salivar

Tentámos ser rigorosos na execução da técnica, descrevendo pacientemente a metodologia a utilizar e fornecendo simultaneamente folhetos explicativos a todos os doentes. Enfatizámos a importância do estudo e a absoluta necessidade de actuar de acordo com as instruções. No entanto, os resultados obtidos colocam-nos dúvidas relativas à correcção dos procedimentos.

Constatámos que em 93 % dos doentes havia um pico matinal mais elevado, configurando o perfil esperado para uma população normal. Esta percentagem, sendo superior aquela que é relatada por Stone (1999) quando avaliou uma população normal, poderá significar que os doentes estudados têm um padrão normal do ritmo do cortisol salivar, mas levanta uma questão.

Será este um valor real? Estará inquinado pelos procedimentos?

Considerámos ainda a hipótese de que poderia haver alguma diferença entre o perfil dos doentes que ainda não estavam compensados, portanto em estado de hipertiroidismo, e aqueles que após terapêutica tinham regressado ao estado de

eutiroidismo. Não se registou qualquer diferença entre estes dois grupos, o que faz pensar que os estados de morbidade mantida no hipertiroidismo não têm qualquer reflexo no perfil do cortisol. Estes resultados não encontram eco no estudo de Spiegel, citado no Network Research, relativo à morbimortalidade nas situações de cancro da mama. Pese embora o importante facto de se tratar de entidades nosológicas diferentes, os resultados apresentados por este Autor mostraram, nas mulheres com cancro da mama metástico, que aquelas que tinham um ritmo plano de cortisol, portanto anormal, tinham uma mortalidade mais precoce do que as que tinham um pico matinal do cortisol.

Há no entanto dois estudos, relacionando o cortisol com eventos de vida e com stress mantido no trabalho, que apresentam resultados mais conformes aos que encontramos nos nossos doentes.

No primeiro caso, Schmid (1998) não encontrou qualquer efeito dos eventos de vida recentes, das dificuldades crónicas ou dos sintomas psicossomáticos, no perfil do cortisol.

No segundo, Burton (1996) também não encontrou qualquer relação entre as alterações do cortisol salivar e os índices de stress no trabalho.

Independentemente dos resultados e tal como atrás assinalámos, alguns factos existem que nos suscitaram dúvidas, nomeadamente os valores encontrados para o cortisol.

Com efeito, embora não se tenham registado amostras com valor de 0 (zero) absoluto para o cortisol, um número considerável de doentes apresentava valores que se situavam entre 0 e 0,1, situação esta que não verificámos noutros estudos.

Porquê valores tão baixos?

As dúvidas que colocamos relativamente a estes valores, não se situam a nível da correcção das técnicas laboratoriais mas sim no delineamento do próprio estudo e no processo de recolha das amostras.

No que se refere às técnicas laboratoriais, o rigor dos resultados fornecidos por um laboratório inserido num programa de monitorização contínua da qualidade, não deixa margem para dúvidas. Relativamente aos outros dois aspectos, o nosso procedimento seria hoje diferente.

Admitimos que a recolha de mais amostras, em diversos dias, poderia fornecer um valor mais consistente aos resultados. Consideramos igualmente a hipótese de que a recolha domiciliária, embora facilitadora de uma boa adesão, possa por outro lado ser um factor de inquinação dos resultados, por não haver controle da mesma.

Tendo em conta estes factos, a nossa proposta para um futuro trabalho nesta área,

passaria por aumentar o número de amostras por doente e também pela recolha ser feita no laboratório, na presença de um técnico.

A Função do Imaginário

Também a nível da relação entre a disfunção do imaginário e o aparecimento do hipertiroidismo, não encontramos qualquer trabalho de referência a nível da literatura.

Mas sejamos claros, não foi a avaliação de números ou a apreciação de relevâncias estatísticas que nos motivaram quando pretendemos estudar esta variável. Já sabíamos que as vertentes psíquicas e relacionais são dificilmente mensuráveis, sobretudo quando se pretende efectuar comparações individuais ou de grupo. Mas acreditamos igualmente que para além das perturbações funcionais ou estruturais do corpo, as doenças se inscrevem no mundo íntimo da pessoa, aspecto este que o enorme aparelho tecnológico da medicina tem esquecido, enviando de forma sistemática o doente, ou melhor, a pessoa doente, para o anonimato.

Pretendemos com esta abordagem que o portador individualizado seja tido em conta, que a doença não seja desligada do indivíduo doente.

Encontrámos no constructo de Sami-Ali uma ponte entre o mundo íntimo e os fenómenos biológicos, numa perspectiva não dicotomizada em físico e psíquico, razão essa que nos pareceu mais do que suficiente para explorar esta área. Porém, temos consciência que o constructo de Sami-Ali não se circunscreve aos parâmetros que avaliámos, pelo menos de forma tão simplista. Mais do que isso, limitando a nossa avaliação a aspectos que têm a ver sobretudo com o funcionamento onírico, não integrámos uma outra dimensão considerada fundamental por este autor, quando aborda o desenvolvimento da patologia orgânica. Referimo-nos concretamente ao conceito de impasse, ou seja de uma situação conflitual em que, faça-se o que se fizer, não há solução, seja porque todas as situações se encaixam umas nas outras, repondo o problema, seja, ao contrário, porque elas se anulam mutuamente.

É na articulação entre a disfunção do imaginário e o impasse, que Sami-Ali concebe o contexto ideal para o aparecimento de diversos tipos de patologia, nomeadamente a patologia psicossomática.

Não avançamos neste sentido porque a determinação das situações de impasse implica para além de treino, um contacto continuado com os doentes, o que, no presente estudo, se afigurava difícil, atendendo a que a larga maioria dos doentes

avaliados está integrada nas listas de outros médicos de família, não sendo habitualmente por nós seguidos em termos de continuidade.

Assim, e se for aceitável a imagem, entendemos o nosso trabalho nesta área como a atitude de alguém que perante uma situação febril, ao utilizar o termómetro, consegue avaliar a temperatura corporal, mas não pode de qualquer forma, com esta simples medida, identificar a patologia que está subjacente ao estado febril.

É neste contexto que os resultados obtidos devem ser valorizados.

Numa apreciação global parece-nos notável que dos 32 doentes avaliados apenas 4 não apresentavam qualquer tipo de perturbação do sono e da recordação dos sonhos.

Avaliação dos Eventos de Vida

Confiámos na memória dos entrevistados, a quem pedíamos uma descrição dos acontecimentos ocorridos no ano anterior ao aparecimento do hipertiroidismo. Admitimos com naturalidade que as respostas, muitas vezes filtradas pela tonalidade humoral da vivência dolente e pelo distanciamento no tempo, possam de alguma forma afastar-se da realidade.

Sabemos igualmente que o instrumento utilizado, a escala de Holmes e Rahe, tem sido alvo de críticas várias, visto que pontua com o mesmo valor standardizado diversas situações, independentemente das interpretações e dos modos de reacção ao acidente.

O próprio Autor sentiu, durante a aplicação do questionário, que as pontuações obtidas por alguns doentes não correspondiam ao dramatismo e à duração no tempo dos acontecimentos que vivenciaram, e, mais importante, que continuam a vivenciar. Para ilustrar esta situação descrevemos os casos de duas doentes que consideramos “incorrectamente” pontuadas.

O primeiro refere-se a uma doente que obteve apenas 29 pontos, relacionados com o aumento de responsabilidade no trabalho. No entanto se considerarmos a intensidade das situações traumáticas ocorridas nos últimos vinte anos, cujos efeitos ainda se mantêm ou têm mesmo agravado, a pontuação seria certamente mais elevada. “Os meus problemas de saúde começaram no dia em que aceitei casar com um homem que não amava”, conta a doente, que então vivia numa aldeia do Concelho de Évora.

Após dez anos de conflitos com o marido, com os sogros e com os pais,

divorciou-se e abandonou o local de residência, prescindindo simultaneamente de uma boa situação económica, proveniente de actividades agrícolas e comerciais. Veio então viver para Évora, onde conseguiu emprego como auxiliar de um Lar de Idosos e iniciou o namoro com um indivíduo mais novo, quase da idade do filho. Esta situação criou-lhe um impasse, já que não pretendendo prescindir do namorado, recusa igualmente a ideia de abdicar da relação com o filho, o qual não aceita a situação.

Nenhum destes factos ocorreu no ano anterior ao aparecimento do hipertiroidismo, pelo que, apesar do sofrimento constante que provocam na doente, não foram pontuados.

O segundo caso refere-se a uma doente de 33 anos, que não vivendo qualquer situação angustiante, atingiu uma pontuação de 302 pontos. O facto de ter casado no ano anterior, mudando simultaneamente de emprego e de residência, contribuiu para que fosse fortemente pontuada, não referindo no entanto qualquer malestar por estas alterações na sua vida.

Pensamos que estes dois exemplos são paradigmáticos das dificuldades e limitações da escala de Holmes e Rahe.

Apesar de termos consciência deste facto, foi este o instrumento de trabalho que utilizámos. Por dois motivos. Em primeiro lugar, porque apesar de haver muitos testes de indicadores de stress a escala de Holmes e Rahe e a escala de Brown são as mais frequentemente utilizadas (Baker, 2002).

No entanto, a utilização desta última, implicando uma grande participação e intervenção do investigador, obriga naturalmente a treino específico prévio, situação esta que, honestamente, não estava ao nosso alcance.

Por outro lado, pese embora as críticas de que é alvo, a escala de Holmes e Rahe é aceite e utilizada por autores reconhecidos.

Mota Cardoso utilizou-a na sua tese de doutoramento, na qual relacionou a pessoa em situação de enfarte do miocárdio recente com diversos parâmetros, nomeadamente os acidentes de vida.

Considera este autor, referindo-se ao método, que “é o mais utilizado no campo das coronariopatias. É ele que que alicerça os trabalhos de Theorell e Rahe, é ele que acompanha os únicos estudos prospectivos nesta área da relação acidentes de vida / doença coronária”.

Para um melhor conhecimento, Thorell é o director e investigador principal da Divisão de Factores Psicossociais e Saúde do Karolinska Institutet de Estocolmo, desenvolvendo a equipa por ele chefiada dez projectos de investigação na área dos

factores psicossociais das doenças, sendo alguns destes projectos integrados em estudos de âmbito europeu.(2002)

Também nos restantes estudos que consultámos, correlacionando eventos de vida e aparecimento de doenças, cinco utilizavam a escala de Holmes e Rahe.

Considerámos por isso que apesar das críticas e insuficiências, ainda é legítimo a utilização deste instrumento de trabalho.

A nível dos resultados verificámos que a pontuação obtida por 11 doentes (34,3%) os colocava em situação de risco para o aparecimento de doenças com expressão orgânica. Não sendo a maioria, representam contudo um valor considerável, que aponta no mesmo sentido do descrito por Sonino (1993. Eventos de vida na patogénese da doença de Graves), Kung (1995. Eventos de vida, stress diário e coping nos doentes com a doença de Graves), Courtney (1993. Eventos de vida stressantes e o aparecimento de cancro colrectal), Bach e Wild (1990. Eventos de vida precedendo episódios de doença em doentes com esclerose múltipla e colite ulcerosa) e Winsa (1991. Eventos de vida stressantes e doença de Graves). No caso concreto do nosso estudo os eventos de vida negativos, referidos por 13 doentes (40,6%), foram os que apareceram em maior número. Destacam-se neste grupo a perda de familiares próximos, situação esta que ocorreu em 11 casos. No mesmo sentido, Sonino, Kung e Winsa, embora não especificando, constataram igualmente a relevância dos eventos de vida negativos na doença de Graves.

Parece-nos assim que apesar de não se tratar de uma amostra com valor estatisticamente significativo, a sintonia entre os resultados obtidos e os resultados revelados nos outros estudos nos permite pensar que os eventos de vida poderão ter alguma relevância no desencadear da doença de Graves.

CONCLUSÕES

1. A distribuição por sexo e grupo etário dos doentes hipertiroideus avaliados está de acordo com os dados referidos na bibliografia.
2. Não se verifica qualquer relação entre o grau de escolaridade e o desenvolvimento da doença, nem entre esta e a situação profissional
3. O comportamento tipo A aparece num número significativo de doentes, podendo eventualmente estar relacionado com a predisposição comportamental para a ocorrência desta doença.
4. Não se verifica predominância do comportamento tipo A, relativamente a qualquer grupo etário.

5. O ritmo circadiano do cortisol nos doentes avaliados não se afasta dos valores esperados para a restante população, o que contraria uma das hipóteses formuladas.
6. O ritmo circadiano do cortisol apresenta-se normal, independentemente dos doentes terem atingido ou não o estado de eutiroidismo.
7. A avaliação da função do imaginário, tendo por base algumas perturbações do sono e dos sonhos, revelou:
 - * a insónia atingiu 46,9 % dos doentes com hipertiroidismo;
 - * 40,7 % referiram ter sonhos repetitivos;
 - * 28,1 % não se recordavam dos sonhos.
 - * 87,5% dos doentes com hipertiroidismo apresentavam alterações do sono ou da recordação dos sonhos.
8. Os eventos de vida ocorridos no ano anterior ao diagnóstico do hipertiroidismo, quando avaliados de acordo com a escala de Holmes e Rahe, não parece terem influência no aparecimento da doença, quando apreciados numa perspectiva meramente quantitativa.

Contudo, a distribuição destes acontecimentos por classes permite constatar que alguns eventos, quer pela frequência, quer pelo dramatismo com que são vivenciados, poderão constituir um factor desencadeador do desenvolvimento do hipertiroidismo.

Neste contexto assume particular relevo a perda de objecto, referida por 40 % destes doentes, com destaque especial para a perda de familiar próximo (34,4%).

COMENTÁRIO FINAL

Ao chegar ao termo de um trabalho que nos deu imenso prazer efectuar, duas sensações emergem.

A primeira, que assume aspectos de autocrítica, traduz-se no sentimento de que não foi possível avançar muito no sentido de desvendar o funcionamento global do indivíduo, nomeadamente na relação deste com o aparecimento da doença. Ficámos talvez pela soma das partes.

Por outro lado, os conhecimentos adquiridos e o tipo de abordagem efectuado, considerando o doente antes da doença e o sofrimento antes do sintoma, permitiu-nos compreender de outra forma a problemática do adoecer e da relação médico/doente, na perspectiva de que o acto de consultar não é apenas um serviço técnico mais ou menos complexo, mas “uma riquíssima partilha entre duas personalidades, uma vocacionada e preparada para ajudar, a outra disposta a solicitar

e a receber essa ajuda” (Serrão,1988).

A grande lição que colhemos é que o doente não se limita a ser um portador de doença. É um ser que vive o drama existencial da sua doença e que procura na consulta algo mais que um conselho técnico ou uma indicação terapêutica.

Apercebemo-nos desta situação no decorrer das diversas entrevistas que fizemos, nas quais os doentes que na sua grande maioria eram nossos desconhecidos, falavam abertamente da sua vida íntima, dos seus receios e anseios. Pensamos que na base desta abertura terá estado o tipo de abordagem que utilizámos procurando definir não apenas as diversas características do sintoma, mas sobretudo o contexto relacional em que surgiu e a forma como o doente o sentiu e interpretou.

No final, poderemos dizer que nos sentimos no início de um percurso em que a necessidade de compreender é a tônica dominante.

REFERÊNCIAS

1. Alexander F.(1987). *Medicina Psicossomática. Princípios e aplicações.* (original publicado em 1949).
2. Ali , S. (1992). *Pensar o somático.* (original publicado em 1987).
3. Ali S (1980). *Le Banal.* Ed Gallimard.
4. Ali S (1997). *Le rêve et l'affect. Une théorie du somatique.* Paris: Dunoud.
5. Bach, O., Wild, H. J. (1990). *Life stress events preceding illness episodes in multiple sclerosis and ulcerative colitis- a comparaison* "In" Z Gesamte Hyg, Ang; 36(8): 442-3.
6. Baker, J. Clinical Psychiatry Course. (2002). *The University of Texas medical branch at Gal.*

7. Balint M.(1998). *O médico, o seu doente e a doença*. Ed. Climepsi. (original publicado em 1956).
8. Barbosa A. (1997). *Acta Médica Portuguesa*. 12: 875-879.
9. Barbosa A. (1998). Aulas de 1.º Mestrado em Psicossomática. ISPA.
10. Barbosa, A. (1986). *Acontecimentos de vida e depressão*. Anais Portugueses de Saúde Mental. Edição da Direcção da Sociedade Portuguesa para o estudo da Saúde Mental. 2 (2): 10-258.
11. Blake, Jr. RL. (1988). *The effects of stress and social support on health*. A research challenge for family medicine. *Fam. Med.* 20: 19-24.
12. Bortner, R. W. (1969). *A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior*- *Journal of Chronic diseases*, 22, 87-91.
13. Brown G., Harris, T. (1978). *Social origins of Depression*. London. Tavistok Publ.
14. Brown J, Stewart M, McCracken EC, et al. (1986). *The patient-centred clinical method. II. Definition and application*. *Fam Pract*.
15. Bruhn JG, Chander B, Jenkins CD et al. (1966). *Social characteristics of patients with coronary heart disease*. *Am. J. Med. Science* 251: 629: 37.
16. Burton, R. F. (1996). *Concentration of sodium, potassium and cortisol in saliva, and self-reported chronic work stress factors*. *Biol Psychol*, Feb. 42: 3, 425-38.
17. Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Ed. ICGZS.

18. Caffrey B. (1968). *Reliability and validity of personally and behavioral measures in a study of coronary heart disease*. J. Chron. Dis. 21: 191-204.
19. Carvalho Teixeira J.(1995). *Psico-neuro-imunologia*. Área de interesse em psicologia da saúde. Análise psicológica. 3(XII) 327-9.
20. Center for Psychobiology and Psychosomatic Research, University of Trier. (1995). Germany. *Psychosomatic Med. Sept*, 57: 5, 468-74.
21. Cernovsky, Z. Z. (1994). *Life stress measures and reported frequency of sleep disorders*. In "Percept not skills". Feb; 58 (1): 39-49.
22. Chrousos G, Loriaux D & Gold P. (1988). *Mechanisms of physical and emotional stress*. New York: Plexum Press.
23. Coimbra de Matos A. (1988). *Psiquiatria de ligação e psicossomática. Patologia psicossomática. Perspectiva psicanalítica*. Ed. Delagrangue. 61-74.
24. Courtney J. G. et al. (1993). *Stressful life events and the risk of colorectal cancer*. In *Epidemiology*. Sep: 4(5): 407-14.
25. Damásio AR (1999). *O sentimento de si*. Ed . Publicações Europa-América.
26. Damásio AR. (1994). *O erro de Descartes*. Ed. Publicações Europa-América.
27. Dembroski T, Caffrey B, Jenkins C D et al. (1966). *Assessment of coronary – Prone Behavior*. In: 110.
28. Engel GL. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine*. Science 196: 129-36.

29. Engel GL. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*. Am. J. Psych. 135:535.
30. Fava GA, Sonino N.(1993). *Psychosomatic view of endocrine disorders*. *Psychotherapy Psychosomatic* 59 :1, 20-23.
31. Friedman M. (1967). *Behavior pattern and its relationships to coronary artery disease*. *Psychosomatics* 8 (secção 2): 6-7.
32. Gaillard, J. M. (1993). *A insónia*. Ed. Flammarion.
33. Goroll A H, May L A, Mulley AG. (1995). *Cuidados primários em Medicina*. 3.^a ed.
34. Grossman, C. J. (1991). *Immunoendocrinology*. In Frances Geenspan (ed.), *Basic and Clinical endocrinology*. Connecticut: Appleton and Lange.
35. Hawkins DR.(1982). *Psychoter. Psyshosom.* 38(1) :54-63.
36. Haynal A, Pasini W, Archinard M (1998). *Medicina Psicossomática, Perspectivas psicossociais* , Ed. Climepsi- 1.^a ed. (original publicado em 1978)
37. Hellhamer DH e Kirschbaum. C. (1997). *Social hierarchy and adrenocortical stress reactivity in men*. *Psychoneuroendocrinology*, Nov. 22: 8, 643-50.
38. Hinkle, J. R. L. E. (1968). *Social factors and coronary heart disease: Some General Introductory Remarks*. *Soc. Sci Med.* 2: 107-10.
39. Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). *The social readjustment rating scale*. *J. Psychosomatic Research.* 11: 312-8.

40. House A., Dennis M., Mogridge L, Hawton K, Warlow C. (1990). *Life events and difficulties preceding stroke*. In *J. Neurology Psychiatry Dec.*, 53(12): 1024-8.
41. Hui W. M.et al. (1992). *Life events and daily stress in duodenal ulcer disease*. A prospective study of patients with active disease in remission. In "Digestion". 52 (3-4): 165-72.
42. Jacobs T. J., Charles E. (1980). *Life events and the occurrence of cancer in children*. *Psychosomatic Med*. Jan; 42(1): 11-24.
43. Jenkins C D (1985). *New Horizons for Psychosomatic Medicine*. *Psychos Med*. 47: 3-25.
44. Jenkins, C. D., Zyzanski, S J. e Rosenman, R. H. (1979). *Jenkins Activity Survey Manual*. New York, Psychological corporation.
45. Karolinska Institutet de Estocolmo. (2002). [www.phs.ki.se/evaluation phs/psychosoc.htm](http://www.phs.ki.se/evaluation/phs/psychosoc.htm).
46. Kirschbaum C., Heldhammer DH. (1994). *Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: recent developments and applications*. *Psychoneuroendocrinology*, 19: 4, 313-33.
47. Kits Van Heijningen H, Treurniet N. (1966). *Psychodynamyc factors in acute myocardial infarction*. *Int. J. Psychoanal* 47: 330-4.
48. Knezevi A. (1989). *Psychological and possible psychiatric aspects of hyperthyroidism*. *Med Pregl*. 42: 11-12, 438-40.
49. Kung AW. (1995). *Life events, daily stress and coping in patients with Grave`s disease*. *Clinical Endocrinol (Oxford)*. 42 (3): 303-8.

50. Lazarus R S (1984). *Cognitive and coping processes in emotion*. Weiner B (editor). *Cognitive view of human motivation*. New York. Academic Press Inc. 21-32.
51. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, et al. (1986). *The patient-centred clinical method*. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 3: 24-30.
52. Manso, C. (1977). *Stress*. *Acta Médica Portuguesa*. 10: 307-310.
53. McWhinney IR (1989). *Clinical method*. In: McWhinney IR (editor). *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press: 111-58.
54. McWhinney. (1989). *The family in health and disease*. In: McWhinney IR (Editor). *A Textbook of family medicine*. Oxford University Press. 111-58.
55. Mendes Pedro A, Ali S. (1998). *Aulas do 1.º mestrado em Psicossomática*. ISPA
56. Mota Cardoso R. (1984). *Tese de doutoramento. Enfarte do miocárdio. Factores de risco da pessoa em situação*.
57. Nagem, G. R., Seebode J. J., et al. (1997). *Stressful life events and risk of symptomatic kidney stones*. In "Int. J. Epidemiology". Oct; 26(5): 1 017-23.
58. Nemiah JC, Sifneos PE.(1970). *Psychosomatic illness. A Problem of communication*. *Psychoter. Psycho*. 18:154-60.
59. Pereira, F. (2000). *Sonhar ainda. Do sonho desejo realizado ao sonho emblemático*. ISPA, 2.ª ed.
60. Peris A., Martin-Gonzalez R et al. (1997). *Stressful life events as risk factors in acute cerebrovascular disease*.

61. Ramsay I.(1981). *Endocrinologia e metabolismo*. Ed. Toray, S. A. – Barcelona.
62. Ramsay, I. (1981). *A Synopsis of Endocrinology and Metabolism*. Ed. John Wright & Sons, Ltd.^a Bristol.
63. Rebelo L. (1996). *Medicina Familiar. O doente com artrite reumatóide e a sua família*.
64. Rebelo L. (1996). *Medicina Familiar. Uma especialidade médica e uma disciplina académica. "In": O doente com artrite reumatóide e a sua família*. 36-40.
65. Rockefeller University (2000). *Research Network on Socieconomics Status and Health*.
66. Rodewig K.(1993). *Psychoterapy psychosomatic Med. Psychosol.* 43(8) :271-7.
67. Rosenman R. (1966). *The interview method of assessment to the coronary – prone Behavior Pattern*. In: 110.
68. Rosenman RH, Friedman M, Straus R et al. (1966). *Coronary Heart disease in the western collaborative Group Study: a Follow experience of two years*. JAMA 195: 68: 92.
69. Rosenman, R. (1978). *The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern*. In coronary-prone behavior, T. M. Dembrosky, S. G. Haynes e M. Feinleib (eds.). New York: springer verlag.
70. Roy M. P., Hutchinson B. (1998). *Individual differences in cortisol reactivity to Lab Stress- Society for Behaviorial medicine meeting*. New Orleans.

71. Ryle G. (1949). *The concept of mind*. London: Penguin books.
72. Schmid, O.G. (1998). *Stress. Induced endocrine and immunological changes in psoriasis patients and healthy controls. A preliminary study*. *Psychoter Psychosom.* 67: 1, 37-42.
73. Selye, H. (1966). *The stress of life*. New York: McGraw- Hill.
74. Serrão, D. (1988). "Lição de sapiência proferida no Juramento de Hipócrates na Faculdade de Medicina do Porto. *Rev. Ordem Médicos.* Dez. 87/ Mar. 88.
75. Sifneos P. E. (1973). *The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients*. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 22: 255-262.
76. Sobrinho L. G. et al. (1999). *Respostas hormonais e neurovegetativas durante estados modificados de consciência*. *Revista Portuguesa de Psicossomática.* Jan/Jun – Vol.1, n.º 1, 53-62.
77. Sonino et al. (1993). *Life events in the pathogenesis of Grave's disease*. *Acta Endocrinol (Copenh).* 128(4): 293-6.
78. Stein JH (1994). *Internal Medicine*, 4th edition.
79. Sternberg EM, Gold PW.(1991). *The mind-body interaction in disease. Mysteris of the mind*.
80. Stewart M., Brown J, Levenstein J, et al. (1986). *The patient-centred clinical method. III. Change, in residents performance in the patient-centred clinical method over two months of training*. *Fam Pract.*

81. Stone, A. A., Schwarz, J. E., Smith, J. Kirschbaum, C., Cohen, S.(1999). *Individual differences in the diurnal cycle of salivary free cortisol: a replication of flattened cycles for some individuals.* Psychoneuroendocrinology. 26: 295-303.
82. Stumbo D, Good MD, Good BJ.(1982). *Diagnostic profile of a family practice clinic: patients with psychosocial diagnosis.* J Fam Pract. 14: 281-5.
83. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. (1991). *The alexthymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine.* Psychosomatics. 32: 153-164.
84. The Belgian-French Pooling Project. (1984). *Assessment of Type A Behaviour by the Bortner Scale and Ischaemic Heart Disease.* Heart J. 5: 440-6.
85. Tietz textbook of Clinical Chemistry. (1999). Ed. by Carl A. Burtis.
86. Trotto NE. (2000). *Patient care.*
87. Tuck, J. (1997). *Cortisol.*

www.science.mcmaster.ca/Biology/4503/cortisol.num
88. Van Eck, M. (1996). *The effects of perceived stress, traits, mood, mood states and stressful daily events on salivary cortisol-* Psychosom Med., Sep., 58: 5, 447-58.
89. Wartofsky L., Ingbar S. H., Harrison's. (1991). *Principles of Internal medicine.* 12th edition.
90. Wilder RL. (1995). *Neuroendocrine-immune system interactions and autoimmunity.* Annu. Rev. Immunol. 13: 307-28.

91. Winsa B et al. (1991). *Stressful life events and Grave`s disease*. 14: 338 (8 781): 1 475-9.

92. Yoshuchi K et al. (1998). *Psychosomatic Medicine*. 6 0 (3): 592-6.

ANEXOS

Questionário, Escalas e Outros

LISTA DE ANEXOS

Anexo A

Questionário base aplicado no trabalho de campo

Anexo B

A Short Rating Scale for Type A Behavior (Bortner)

Anexo C

Acontecimentos de vida e unidades de crise medidos pela escala de Holmes e Rahe

Anexo D

Informações para a colheita de saliva

Questionário

Anexo A

Data: ___ / ___ / ___

Doente n.º _____

Identificação:

Nome: _____

Morada: _____ Telef. _____

Extensão: _____

Médico de Família: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

Sexo:

Masculino 1

Feminino 2

Idade:

20 – 30 _____

50 – 60 _____

30 – 40 _____

60 – 70 _____

40 – 50 _____

70 – 80 _____

Nível de Instrução:

1 _____

6 _____

2 _____

7 _____

3 _____

8 _____

4 _____

9 _____

5 _____

Situação Profissional:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Estado Civil:

1 ___

2 ___

3 ___

4 ___

Ano diagnóstico do hipertiroidismo: _____

Dados Clínicos: _____

Ano em que compensou (eutiroidismo): _____

Cortisol matinal: _____

Cortisol vespéral: _____

Escala de Bortner: _____ pontos

Comportamento tipo A	1
	2

<i>Insónias</i>	1
	2

<i>Recordação dos sonhos</i>	1
	2

Comentários: _____

A Short Rating for type A Behavior (Bortner)

	1	2	3	4	5	6	7	
1. Sempre pontual	_____							Descuidado com os horários
2. Não competitivo	_____							Muito competitivo
3. Não espera que os outros acabem de falar (Interrompe, acaba por eles)	_____							Escuta com atenção até ao fim
4. Sempre apressado	_____							Nunca tem pressa mesmo sob pressão
6. Dá o máximo em tudo o que se empenha	_____							Participa irregularmente
7. Faz uma coisa de cada vez	_____							Tenta fazer muitas coisas ao mesmo tempo e já está a pensar no que vai fazer a seguir
8. Ao falar é enérgico e explosivo	_____							Fala calmo e devagar
9. Quer um bom emprego que seja apreciado pelos outros	_____							Preza acima de tudo a sua satisfação pessoal seja qual for a opinião dos outros
10. Rápido (a comer, a andar, etc.)	_____							Lento no que faz
11. Despreocupado	_____							Muito empenhado em atingir grandes objectivos
12. "Engole" o que sente	_____							Exprime abertamente o que sente
13. Interessa-se por muitas coisas além do trabalho	_____							Vive só para o trabalho
14. Está satisfeito com o seu emprego	_____							Ambiciona sempre mais e melhor
	7	6	5	4	3	2	1	

Anexo C

Acontecimentos de vida e unidades de crise medidos pela escala de Holmes e Rahe

Morte de conjuje	100
Divórcio	73
Separação conjugal	63
Morte de familiar próximo	63
Casamento	50
Reconciliação conjugal	45
Alterações major de saúde num elemento familiar	44
Gravidez	40
Aumento do agregado familiar	39
Alterações do número de discussões com conjuje	35
Saída de casa de um filho	29
Problemas com as normas familiares	29
Esposa começa ou deixa de trabalhar	26
Alteração da frequência dos encontros familiares	15
Prisão	53
Problemas sexuais	39
Morte de amigo intimo	37
Acentuado sucesso pessoal	28
Início ou fim de escolaridade	26
Mudança importante nas condições de vida	25
Alteração importante nos hábitos pessoais	24
Mudança de escola	24
Mudança de residência	20
Mudança importante de diversões	19
Mudança importante de actividades religiosas	19
Mudança importante dos hábitos de sono	16
Mudança importante dos hábitos alimentares	15
Despedimento	47
Reformas	45
Readaptação profissional importante	39
Mudança do tipo de trabalho	36
Mudança importante na responsabilidade do trabalho	29
Problemas com o patrão	23
Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
Mudança importante na situação económica	38
Hipoteca ou grande empréstimo	31
Acabar de realizar uma hipoteca	30
Hipoteca ou pequeno empréstimo	17

COLHEITA DE SALIVA

RECOLHA DE MANHÃ, ANTES DE LAVAR OS DENTES

RECOLHA À NOITE, 30 MINUTOS APÓS COMER

DEVE COLOCAR O ROLO DEBAIXO DA LÍNGUA OU MASTIGAR SUAVEMENTE

MANTENHA O ROLO DENTRO DA BOCA ATÉ TER A SENSÇÃO QUE NÃO PODE AGUENTAR A SALIVA. GERALMENTE DEMORA 3 MINUTOS.

APÓS CADA RECOLHA, INTRODUZA O ROLO NO TUBO E GUARDE ESTE NO FRIGORÍFICO