

Por fim, aponta-se para a necessidade de estudos prospectivos que busquem minimizar os possíveis vieses associados ao uso de fontes secundárias, bem como a premência de uma política nacional que possa capacitar, oferecer educação permanente e supervisão na temática de problemas relacionados ao uso de álcool para os profissionais que atuam no PSF.

Maximiliano Loiola Ponte de Souza

Sociodiversidade em Saúde, Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus (AM), Brasil

Tabela 1 – O incremento da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) correlaciona-se com a diminuição na identificação de pessoas com “alcoolismo” na população com idade igual ou superior a 15 anos, no período de 1998-2004

	Número de pessoas com 15 anos ou mais cadastradas no PSF		% de pessoas com 15 anos ou mais cadastradas no PSF com “alcoolismo”
	Total	Com “alcoolismo”	
1998	2.058.054	28.821	1,400401
1999	5.905.101	77.936	1,319808
2000	15.682.824	178.985	1,14128
2001	26.230.097	267.412	1,019485
2002	35.101.354	344.471	0,981361
2003	41.772.289	377.195	0,902979
2004	48.364.457	398.165	0,82326

$p = 0,001$, $r = -0,985$, $n = 7$, *Teste de Pearson*

Fonte: Adaptado do Sistema de Informação da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SIAB/SUS)

Financiamento: Inexistente

Conflito de interesses: Inexistente

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade; 1998.
2. Melcop AG. Impacto do uso de álcool e outras vítimas de acidentes de trânsito. Brasília: ABDETRAN; 1997.
3. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(Supl I):7-10.
4. Marques ACPR, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(Supl I):28-32.
5. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil – 2001. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, CEBRID/SENAD; 2002. p. 480.

Esquizofrenia e distorção da imagem corporal: considerações nosológicas

Schizophrenia and body image distortion: nosological considerations

Sr. Editor,

Relatos de pacientes esquizofrênicos apresentando delírios de cunho somático e distorções da imagem corporal são encontrados desde o início do século XX, tendo sido descritos, inclusive, por Eugen Bleuler.¹ O termo “esquizofrenia cenestopática” foi proposto por Huber, em 1957, como um subtipo daquela doença,² caracterizado por queixas corporais

predominantes e contínuas. Esta denominação não está incluída nas modernas classificações psiquiátricas (CID-10 e DSM-IV-TR), tendendo a desaparecer da nosologia psiquiátrica.

Neste trabalho, descrevemos o caso de uma paciente do sexo feminino, 31 anos, solteira, sem filhos, sem profissão, com oito anos de escolaridade. Vivía com a mãe e o irmão (este com diagnóstico de esquizofrenia). Não apresentava antecedente pessoal de transtorno psiquiátrico. Após seis meses de admissão em nosso serviço, passou a evoluir com ideação delirante persecutória (acreditava que pessoas planejavam matá-la ou prejudicar sua saúde), reforçada por vezes alucinatórias que dialogavam com a paciente e referiam-se à mesma em terceira pessoa. Paralelamente, iniciou comportamento caracterizado por ingesta, em grande quantidade, de alimentos de alto valor calórico. Fazia três refeições básicas com episódios de hiperíngesta entre as mesmas, por vezes ingerindo 3.000 a 5.000 calorias ao dia. Por ocasião da admissão, afirmava ter sido vitimada por um “feitiço” que acarretava perda de peso e que seus pensamentos eram “controlados” por pessoas que desejavam que ela se tornasse progressivamente mais magra. Seu afeto tendia ao embotamento e seu humor não se encontrava polarizado. Desde o início do quadro, ganhou aproximadamente 15 kg (cerca de dois kg por mês) e, não obstante exibir peso acima do ideal, dizia enxergar a si própria como uma pessoa extremamente magra. Referia que o peso acima citado seria resultado de erros de mensuração, ou seja, que as balanças estariam “defeituosas”.

Durante a internação, a paciente foi tratada com medicação antipsicótica, seguimento nutricional e atendimento psicoterápico de orientação cognitivo-comportamental. Uma vez que não apresentou resposta com monoterapia (haloperidol até 15 mg, risperidona até 8 mg e ziprasidona até 160 mg), optou-se, por fim, pela associação de ziprasidona 160 mg e risperidona 8 mg ao dia. Houve melhora da sintomatologia psicótica e da hiperíngesta alimentar, embora a paciente ainda mantivesse distorção da imagem corporal, crenças delirantes residuais (acreditava que as diversas balanças do hospital poderiam ter sido modificadas para indicar valores superiores aos reais quando de sua pesagem) e sobrepeso (manteve peso de 70 kg, com índice de massa corporal = 28 Kg/m², apesar de se encontrar sob acompanhamento nutricional). Recebeu alta após três meses de internação, sendo encaminhada para continuidade de seu tratamento em regime de hospital-dia.

A paciente em questão apresentava sintomas claramente compatíveis com o diagnóstico de esquizofrenia segundo os critérios do DSM-IV-TR. Concomitantemente, exibia clara sintomatologia relacionada a alterações da imagem corpórea e comportamento alimentar alterado. Estas alterações, embora sugestivas da presença de um transtorno alimentar comórbido, não possibilitaram que a paciente fosse considerada portadora de um transtorno desta natureza segundo as classificações psiquiátricas atuais. Casos semelhantes encontrados na literatura apontam para a existência de elementos comuns entre transtornos psicóticos, dismorfofobia e, possivelmente, um subgrupo de pacientes portadores de transtornos alimentares, gerando dificuldades de natureza nosológica e diagnóstica.^{1,3-4} A literatura ainda é escassa no que se refere ao manejo de casos semelhantes e pouco se tem documentado sobre as possíveis abordagens terapêuticas. Por fim, cabe desta-

car que delírios bizarros e sintomas cenestopáticos parecem estar associados a pior prognóstico em pacientes psicóticos.⁵

Leonardo Baldaçara, Luciana P C Nóbrega,
Andréa Freirias, Ana Paula Marques, Marsal Sanches
Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências
Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Financiamento: Inexistente
Conflito de interesses: Inexistente

Referências

1. Foulon C. Schizophrenia and eating disorders. *Encephale*. 2003;29(5):463-6.
2. Kato S, Ishiguro T. Clinical courses of hypochondriac-cenesthopatic symptoms in schizophrenia. *Psychopathology*. 1997;30(2):76-82.
3. Phillips KA. Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiatry Res*. 2004;38(1):63-72.
4. De Leon J, Bott A, Simpson GM. Dymorphophobia: body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype? *Compr Psychiatry*. 1989;30(6):457-72.
5. Morozov PV. [Prognosis of juvenile schizophrenia with dymorphophobic disorders (according to catamnestic findings)]. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 1976;76(9):1358-66. Russian.

"Qualidade de vida em irmãos de autistas" - I "Quality of life in siblings of autistic patients" - I

Sr. Editor,

Consideramos relevante o artigo "Qualidade de vida em irmãos de autistas", pois tem havido um consenso acerca da necessidade de desenvolvermos melhores instrumentos de avaliação.¹ Qualidade de vida (QV) é uma variável interessante para os estudos em populações especiais e/ou submetidas a determinadas intervenções. Sua definição engloba diferentes aspectos como estilo de vida, comunidade e vida familiar. QV consiste na posse dos recursos necessários para a satisfação das necessidades e desejos individuais, participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, a auto-realização e uma comparação satisfatória entre si mesmo e os outros.²

Face a sua ampla definição, observa-se que os trabalhos que avaliam QV devem delimitar claramente as relações que estão sendo estudadas.³ A necessidade de uma clara definição do objeto de estudo é um dos pontos que gostaríamos de comentar acerca do estudo publicado.

O AUQUEI (*Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé*) é um instrumento validado e reconhecidamente eficaz na avaliação de QV em crianças e adolescentes. Porém, os autores do instrumento sugerem que os dados adquiridos devem ser complementados com outros questionários a fim de se obter informações mais completas e precisas.⁴ A hipótese apresentada no artigo da RBP foi de uma pior QV em irmãos de autistas, possivelmente relacionada à presença desse irmão. Nossa preocupação está na impossibilidade do estabelecimento de relações causais quando se utiliza esse questionário sem controle de outras variáveis como, por exemplo, a presença de vulnerabilidade genética ou comorbidades nesses irmãos. Além disso, QV pode ser influenciada pela dinâmica da família em seus vários aspectos (relacionamento marital, cuidado filial, continência parental, situação econômica para o custeio dos filhos, etc.).

Vários pontos podem ser reafirmados e destacados neste artigo, sua originalidade e a importância em relação à promoção de saúde mental, com isso contribuindo para uma melhora de bem estar. Porém, muitos dos problemas encontrados em relação à aceitação e inclusão de crianças autistas são devidos a posições pré-concebidas em relação a eles, suas possibilidades e suas famílias. Um dos principais preconceitos encontrados na literatura surgiu com Leo Kanner, sugerindo como possível causa do distúrbio a presença de "mães geladeira". Esta conclusão foi decorrência do viés metodológico (no caso, um viés na origem da amostra) e pelos *a priori* teóricos que predominavam na época (o modelo psicodinâmico).

Uma consideração metodológica relacionada ao artigo seria a escolha pelo grupo controle. Já na década de 70, Rutter sugere que o pareamento mais eficaz no estudo populacional de autistas seria crianças com comprometimento da comunicação - como afasias receptivas/expressivas - e não crianças com problemas articulatórios.⁵

É imprescindível que continuemos a estudar os transtornos invasivos do desenvolvimento, principalmente na nossa população que conta com poucos programas de apoio. Esse estudo vem contribuir para o preenchimento de uma parte dessa lacuna, buscando, com isso, minimizar os estigmas e melhorar a QV dos portadores de autismo.

Rosane Lowenthal, Maria Lucila Ribeiro Campos,
Cristiane Amoroso, Antonia Gomila,
Maria Eloísa Fama D'Antonia
Programa de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento,
Universidade Presbiteriana Mackenzie,
São Paulo (SP), Brasil

Financiamento: Inexistente
Conflito de interesses: Inexistente

Referências

1. Marciano ARF, Scheuer CI. Quality of life in siblings of autistic patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):67-9.
2. Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Res*. 1978;5:475-92 apud Assumpção Junior FB, Kuczynski E, Spovieri MH, Aranha EMG. Escala de avaliação de qualidade de vida. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(1):119-27.
3. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA*. 1994;272(8):619-26.
4. Assumpção Junior FB, Kuczynski E, Spovieri MH, Aranha EMG. [Quality of life evaluation scale (AUQUEI) - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant]. Validity and reliability of a quality of life for children 4 to 12 years -old]. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(1):119-27. Portuguese.
5. Cantwell DP, Baker L, Rutter M. Families of autistic and dysphasic children. II. Mothers'speech to the children. *J Autism Child Schizophr*. 1977;7(4):313-27.