

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JOEL RENNÓ JR¹, RENATA DEMARQUE²,
HEWDY RIBEIRO LOBO², JULIANA PIRES
CAVALSAN² E ANTONIO GERALDO DA SILVA³

ARTIGO

SAÚDE MENTAL DA MULHER: TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS RELACIONADOS AO CICLO REPRODUTIVO

WOMEN'S MENTAL HEALTH: PSYCHIATRIC DISORDERS RELATED TO REPRODUCTIVE CYCLE

Resumo

A saúde mental, antes focada principalmente na patologia psiquiátrica, tem como objeto de estudo todo o contexto biopsicossocial no qual o sujeito está inserido. Além disso, mais recentemente, tem surgido maior interesse na investigação das possíveis diferenças entre gêneros.

Sobre a mente feminina, é imprescindível que os profissionais da saúde tenham a atenção e o conhecimento necessários sobre os transtornos psíquicos associados ao ciclo reprodutivo, devido tamanha repercussão que causam não somente à paciente.

Diversas questões ainda estão em aberto no que se refere a um tema tão amplo quanto à saúde mental da mulher. Neste artigo traremos um breve panorama histórico, atualidades e perspectivas.

Palavras-chave: Mulher; Cuidado; Saúde Mental.

Abstract

Mental health, formerly focused on the psychiatric pathology, has as main goal of study the biopsychosocial context in which the patient lives. Also, more recently, there has been a greater interest in the investigation of the possible implications of the gender in mental health. Regarding the women's mind, it's crucial that health carers pay attention to the mental disorders related to the reproductive cycle, and its repercussions over the patients and those near her.

Several issues regarding women's mental health remain open to discussion and studies. In this article a brief introduction is made on its historical facts, current concepts and future perspectives

Keywords: Woman; Care; Mental Health.

INTRODUÇÃO

A partir da menarca até após a menopausa, algumas mulheres sofrem de transtornos específicos, incluindo transtorno disfórico pré-menstrual, depressão perinatal e perimenopáusicas, blues e psicose puerperal, assim como transtornos do humor e de ansiedade associados à infertilidade e gestações abortadas, além de maior incidência de transtornos ansiosos, alimentares, doenças auto-imunes e quadros algícos^{1,2}. Não somente o dobro de mulheres sofre de depressão em comparação aos homens, mas também possuem índice maior de comorbidades, tanto físicas quanto mentais^{1,3}.

As mulheres estão mais expostas a fatores estressores como violências, abuso e estupro, a partir de uma idade precoce, porém nem todas as mulheres que se deparam com tais situações desenvolvem transtornos⁴. Desta forma, a interação entre vulnerabilidade genética, fatores ambientais, fisiológicos e psicossociais, funcionamento neurotransmissor e neuroendócrino, além da própria resiliência, desempenham um importante papel em suas patogêneses^{4,5,6,7}. Entendendo melhor como se dá a relação de equilíbrio entre estes eventos, futuramente poderemos talvez apontar o caminho para tratamentos específicos por gênero, tanto para mulheres quanto para homens com transtornos mentais^{4,8}.

HISTÓRICO

A loucura já foi interpretada de diversas maneiras ao longo da História, sendo a loucura feminina costumeiramente associada à sexualidade. Registros do Egito Antigo atribuíam ao interior do corpo da mulher uma condição de malignidade pela presença do útero que, ao "deslocar-se", produziria sintomas semelhantes ao quadro de histeria^{9,10}.

Na Idade Média, a caça às bruxas pelo Movimento Inquisitor



JOEL RENNÓ JR

¹ Médico Psiquiatra. Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher (Pró-Mulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

fortaleceu a associação entre mulheres e loucura. As chamadas bruxas apresentavam “condutas estranhas”, muitas se assemelhando a quadros atualmente descritos como psicose, histeria, mania, depressão ou ansiedade⁹. Uma outra caracterização acontecia através da prática da prostituição, adultério e aborto¹¹.

Ao longo da Idade Moderna, difundiu-se pela Europa a relação entre o útero e a regulação da saúde mental da mulher. Junto a isso, corria a idéia de inferioridade da mulher frente ao homem, tanto psíquica quanto fisicamente, já que ela permanecia escrava desta fisiologia, sob a ordem dos seus órgãos genitais.

Entre o final do século XVII e início do XVIII, emergiu tanto a figura do médico na identificação da loucura, como a prática de internação nos grandes asilos, estabelecida como a base da psiquiatria nascente⁹.

No Brasil, a preocupação com a saúde mental da mulher tem sofrido mudanças nos últimos anos. O conceito de controle de natalidade deu lugar ao de saúde reprodutiva, que compreende seus direitos, a saúde física e mental da mulher, desde a adolescência à terceira idade. A política governamental, exceto alguns esforços no sentido contrário, organiza principalmente campanhas_ não menos importantes_ focadas em problemas isolados enfrentados pelas mulheres, como câncer cervical, câncer de mama e doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, já há alguns serviços acadêmicos de excelência que procuram promover atenção multidisciplinar de saúde à mulher, durante os diferentes estágios do ciclo reprodutivo feminino¹².

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS DO PERÍODO PRÉ-MENSTRUAL

Transtorno Disfórico Pré-menstrual

Muitas mulheres em idade reprodutiva apresentam sintomas físicos e psíquicos relacionados ao ciclo menstrual. Apesar do questionamento sobre essas queixas serem resultantes da vida moderna estressante, Hipócrates (600 a.C.), no tratado A doença das virgens, já descrevia as alterações de comportamento, as idéias de morte, as alucinações e os delírios resultantes da “retenção do fluxo menstrual”.

A entidade clínica Síndrome Pré-Menstrual (SPM) surgiu na 9ª Classificação Internacional de Doenças (CID-9) e no CID-10 ainda se mantém restrita ao capítulo destinado às doenças ginecológicas, codificada em N 94.

Em 1994, houve revisão e nova denominação no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação

Psiquiátrica Americana (DSM-IV), acrescida de critérios diagnósticos operacionais para o transtorno (Quadro 1) que passou a ser nomeado Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), como um subtipo de transtorno afetivo, considerado o padrão-ouro para pesquisa e adotado pelo Food and Drug Administration Neuropharmacology Advisory Committee para regular as pesquisas e tratamentos propostos^{13,14}.

O TDPM apresenta prevalência de 1.6 a 6.4%, com início no período pré-menstrual e alívio logo após início da menstruação. O pico de incidência ocorre entre 25 e 35 anos de idade. Embora possam existir os sintomas físicos, as queixas psíquicas são as mais relevantes, causando graves prejuízos na vida destas mulheres^{15,16}.

Diversas teorias já foram propostas para explicar a etiopatogenia do TDPM, porém esta ainda não está totalmente esclarecida. A principal hipótese vigente é que algumas mulheres são mais sujeitas a alterações de humor no período pré-menstrual, por uma sensibilidade cerebral às flutuações hormonais presentes no ciclo menstrual feminino, ou seja, um mecanismo psiconeuroendócrino desencadeado pelo ciclo ovariano normal¹⁷. Essas mulheres, mesmo com níveis adequados dos hormônios gonadais, teriam maior propensão a alterações no sistema nervoso central, principalmente na via serotoninérgica, com as oscilações hormonais. A interação entre esses sistemas é multifatorial e complexa, sendo improvável que um fator etiológico simples e único explique os sintomas do TDPM. Além disso, é necessário distinguir TDPM de exacerbações de transtornos psiquiátricos prévios e possíveis diagnósticos diferenciais (quadro 2).

O tratamento do TDPM exige participação de equipe multiprofissional, para a adequada triagem e avaliação diagnóstica. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina são importantes para o tratamento, sendo a fluoxetina e a sertralina os mais estudados e efetivos tanto para sintomas físicos quanto psíquicos.

A prescrição de anticoncepcionais orais de forma contínua, implantes hormonais subcutâneos, adesivos transdérmicos ou mesmo injeções mensais ou trimestrais, com o propósito de promover amenorréia e, assim evitar a oscilação cíclica de esteróides, tem mostrado bons resultados^{16,17}.

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

Por mais contraditório que possa parecer, muitas mulheres apresentam tristeza, ansiedade e até sintomas psicóticos em vez da mais serena felicidade nessas fases da vida. Apesar da gestação

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JOEL RENNÓ JR¹, RENATA DEMARQUE²,
HEWDY RIBEIRO LOBO², JULIANA PIRES
CAVALSAN² E ANTONIO GERALDO DA SILVA³

e chegada da maternidade serem socialmente considerados momentos de bem-estar emocional na vida da mulher, o período perinatal não a protege dos transtornos psiquiátricos^{2,18}.

Disforia puerperal ou *Maternity blues*

É considerada a forma mais leve dos quadros depressivos puerperais e chega acometer até 85% das mulheres. Sintomas como choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes são transitórios e insuficientes para causar prejuízo funcional à paciente. Geralmente se iniciam nos primeiros dias após parto, atingem pico ao redor do quinto dia e remitem de forma espontânea em até duas semanas. Em alguns casos, poderá persistir além do período puerperal inicial, levando a um transtorno do humor mais grave^{2,18}.

O oferecimento de adequado suporte emocional, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê deve ser intensificado para essas mulheres, principalmente por parte dos familiares¹⁸.

Depressão perinatal

Estima-se uma prevalência de depressão na gravidez da ordem de 7,4% no primeiro trimestre, 12,8% no segundo e 12% no terceiro trimestre. A depressão pós-parto propriamente dita é uma condição comum que afeta 10% a 15% das mulheres no puerpério e pode persistir até por cerca de um ano em 40% dos casos^{2,18}.

Os sintomas depressivos perinatais se assemelham aos transtornos depressivos vivenciados em outros períodos da vida, com algumas peculiaridades, como falta de interesse da mãe (ou preocupação excessiva) por assuntos relacionados ao bebê, sentimentos negativos em relação ao cônjuge, sentimentos de incapacidade em relação à maternidade e temor do ciúme dos outros filhos em relação à criança, no caso de múltiparas. Sintomas como hipersonia, aumento de apetite, fadigabilidade fácil, diminuição da libido e queixas algícas são de pouca utilidade para o diagnóstico de depressão perinatal, pois podem ser confundidos com situações normais do período^{2,18,19,20}.

A disseminação do conceito de depressão perinatal reduz o estigma e permite que as mulheres com transtornos mentais reconheçam que estão doentes e procurem ajuda. A morbidade e mortalidade maternas não são, é claro, as únicas razões pelas quais ação efetiva na depressão perinatal se faz necessária, visto que pode ter efeitos pervasivos na família, levando à reduzida interação com a criança e à irritabilidade mal direcionada a ela, com risco de maus-tratos e, em algumas situações, até infanticídio^{2,18,19,20}.

Resultados de alguns estudos sugerem que tanto o pós-parto quanto a vivência da adoção de um bebê podem levar a mulher a

apresentar sintomas depressivos, porém as mães adotivas experimentam mais sintomas ansiosos. Embora variações biológicas e psicossociais associadas aos sintomas depressivos sejam parcialmente distintos, ambas têm importante vulnerabilidade aos transtornos de humor. Enquanto fatores biológicos relacionados ao parto não influenciam sintomas depressivos entre mães adotivas, grande parte destas tem um histórico de infertilidade e conseqüente repetidas tentativas de exaustivos tratamentos de fertilização e abortamentos^{2,18,19,20,21}.

O tratamento da depressão em mulheres planejando gestação, grávidas ou puérperas requer cuidadosa avaliação dos riscos e benefícios à mãe, ao feto e ao bebê. Medicações antidepressivas devem sempre ser consideradas na presença de sintomas moderados a graves.

Psicose puerperal

Sua prevalência é de 1 caso para cada 500 a 1.000 nascimentos, com claro risco de recorrência em puerpérios subseqüentes. O início é abrupto (primeiros dias e até 2 a 3 semanas após o parto) e quadro bastante polimórfico, com presença de delírios envolvendo seus filhos, pensamentos de provocar-les danos, alucinações, estado confusional, sintomas depressivos, maniformes ou associados. O psiquiatra deve saber que estas mulheres podem evoluir para o transtorno afetivo bipolar no decorrer do seguimento, além disso, síndromes cerebrais orgânicas devem ser descartadas. Mulheres diagnosticadas com transtorno afetivo bipolar apresentam risco elevado de psicose puerperal quando comparadas a mulheres saudáveis^{2,18,22}.

Devido gravidade do transtorno, risco de suicídio e infanticídio, intervenção hospitalar muitas vezes é necessário.

Transtorno do relacionamento mãe-criança

Apesar de controverso conceito, pois ainda não é reconhecido nas classificações diagnósticas atuais, o transtorno do relacionamento mãe-criança é freqüente em 10 a 25% das mulheres encaminhadas aos psiquiatras no pós-parto. Sintoma essencial é a resposta emocional patológica da mãe à criança, incluindo aversão e raiva, podendo ocorrer sem quaisquer sintomas depressivos².

Transtorno de estresse pós-traumático

A tocofobia relacionada a trabalhos de parto prévios dolorosos (ou até mesmo pela própria experiência subjetiva de cada mulher em relação ao que seria um parto traumático, doloroso) e à recorrência de tensão, pesadelos e memórias negativas são sintomas que podem se manter até um próximo trabalho de parto,



RENATA DEMARQUE, HEWDY RIBEIRO LOBO, JULIANA PIRES CAVALSAN

2 Médico Psiquiatra. Colaborador do Programa de Saúde Mental da Mulher (Pró-Mulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

necessitando de tratamento psicológico específico para que possa haver melhora dos efeitos negativos das memórias traumáticas ².

Obsessões de machucar bebê

A mulher experimenta impulsos infanticidas extravagantes, juntamente com fantasias de horror da família, gerando grande estresse e contato reduzido com o bebê. Além de seguimento psicoterápico e uso de medicações, equipe deve fortalecer os sentimentos maternos positivos já existentes ².

TRANSTORNOS MENTAIS DO CLIMATÉRIO, PERIMENOPAUSA E MENOPAUSA

O climatério pode ser definido como período de transição entre fase reprodutiva ou menacma e fase não-reprodutiva ou senilidade. Em países industrializados, inicia-se em torno dos 40 anos de idade e termina ao redor dos 65 anos; durante esse período ocorre a menopausa ².

A menopausa é definida pela Organização Mundial de Saúde como a parada permanente da menstruação, sendo necessário período de pelo menos 12 meses de amenorréia para que seja confirmado o diagnóstico. A perda definitiva da atividade folicular ovariana ocorre em torno dos 48 anos a 52 anos de idade.

O termo perimenopausa é utilizado para definir o período que se inicia os primeiros sintomas de aproximação da menopausa e vai até 12 meses após esta.

Durante várias décadas, o uso de terapias hormonais foi considerado o tratamento ideal para diversos sintomas da peri e da pós-menopausa, incluindo sintomas vasomotores e distúrbios do sono. Estudos também apontaram resultados positivos com o uso de estrógenos e/ou progestágenos no manejo de quadros depressivos e qualidade de vida em mulheres na menopausa. Entretanto, desde a publicação de ensaios clínicos controlados realizados no EUA pelo Women's Health Initiative detectaram aumento de risco relativo de tromboembolismo, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e câncer de mama no acompanhamento de pacientes tomando hormônio (no caso, estrógeno equino conjugado), quando comparadas ao grupo placebo, pacientes e médicos tornaram-se mais relutantes em utilizar terapias com estrógenos em longo prazo, particularmente para mulheres que já apresentem risco maior para transtornos cardiovasculares ou câncer de mama. Sendo assim, houve aumento da procura por terapias não-hormonais para o manejo desses

sintomas, incluindo medicações não controladas, antidepressivos e terapias comportamentais ^{2,23}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma perspectiva de gênero não é apenas útil porque a fenomenologia, curso da doença e metabolização de medicamentos podem diferir, mas também porque a vida reprodutiva pode influenciar no curso e tratamento da moléstia ²⁴.

Os transtornos psiquiátricos na mulher são mais comuns do que se imagina e muitos casos ainda não são diagnosticados e até minimizados pelo próprio profissional da saúde mental.

Tem-se dado importância crescente ao tema principalmente porque os danos que essas patologias podem ocasionar não atingem apenas à mulher, mas também trazem repercussões ao desenvolvimento do feto, no trabalho de parto, na saúde do bebê, nos familiares, além do envolvimento em questões laborais e judiciais.

QUADROS

Quadro 1. Critérios diagnósticos do transtorno disfórico pré-menstrual segundo DSM-IV TR

A. Os sintomas devem ocorrer durante a semana anterior à menstruação e remitem poucos dias após o início desta. **5** dos seguintes sintomas devem estar presentes e pelo menos **UM** deles deve ser o de número **1, 2, 3 ou 4**:

1. Humor deprimido, sentimentos de falta de esperança ou pensamentos autodepreciativos.
2. Ansiedade acentuada, tensão.
3. Significativa instabilidade afetiva.
4. Raiva ou irritabilidade persistente e conflitos interpessoais aumentados.
5. Interesse diminuído pelas atividades habituais.
6. Sentimento subjetivo de dificuldade em se concentrar.
7. Letargia, fadiga fácil ou acentuada falta de energia.
8. Alteração acentuada de apetite, excessos alimentares ou avidez por determinados alimentos.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JOEL RENNÓ JR¹, RENATA DEMARQUE²,
HEWDY RIBEIRO LOBO², JULIANA PIRES
CAVALSAN² E ANTONIO GERALDO DA SILVA³

9. Hipersonia ou insônia.
10. Sentimentos subjetivos de descontrole emocional.
11. Outros sintomas físicos, como sensibilidade ou inchaço das mamas, cefaléia, dor articular ou muscular, sensação de "ganho de peso".
B. Os sintomas devem interferir ou trazer prejuízo no trabalho, na escola, nas atividades cotidianas ou nos relacionamentos.
C. Os sintomas não devem ser apenas exacerbação de outras doenças.
D. Os critérios A, B e C devem ser confirmados por anotações prospectivas em diário durante pelo menos 2 ciclos consecutivos.

Quadro 2. TDPM – Diagnóstico Diferencial

Desordens Autoimunes
Anemias
Hipotireoidismo
Dismenorréia
Endometriose
Cefaléia
Síndrome do colo irritável
Epilepsia
Uso abusivo de etílicos e substâncias ilícitas
Transtornos psiquiátricos (principalmente transtorno depressivo, transtorno afetivo bipolar, transtorno ansioso e transtornos de personalidade)

Agradecimentos

Agradecemos à Associação Brasileira de Psiquiatria pelo apoio e esforços empregados na divulgação da Saúde Mental da Mulher. Não há conflitos de interesses.

Endereço para correspondência:

Dr. Joel Rennó Jr
Rua Teodoro Sampaio, 352 – conj 127
05406-000 - São Paulo – SP
rennoj@terra.com.br

Referências

1. Justo LP, Calil HM. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? Rev Psiq Clín. 2006; 33(2):74-9.
2. Rennó Jr J, Soares CN. Transtornos mentais associados ao ciclo reprodutor feminino in_Louza Neto MR, Elkis E. Psiquiatria Básica. Porto Alegre, Artmed, 2 ed, 2007, 418-28.
3. Toffol E, Koponen P, Partonen T. Miscarriage and mental health: Results of two population-based studies. Psych Res. 2012 Sep 14. Epub ahead of print
4. Steiner M. Saúde mental da mulher: o que não sabemos? Rev Bras Psiq. 2005; 27 (supl II): S41-2.
5. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. J Affect Disord. 2003; 74 (1):67-83.
6. Soares CN, Joffe H, Steiner M. Menopause and mood. Clin Obst Gynecol. 2004; 47(3):576-91.
7. O'Mahony JM, Donnelly TT. How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression hep-seeking experiences? J Psych Ment Health Nurs. 2012 Sep 11. Epub ahead of print
8. Carpiello B, Pinna F, Tusconi M, Zacccheddu E, Fatteri F. Gender differences in remission and recovery of schizophrenic and schizoaffective patients: preliminary results of a prospective cohort study. Schizophr Res treatment. 2012 Jan 16. Epub ahead of print
9. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. Saúde e Sociedade. 2008; 17:2, 82-94.
10. Vilela WV. Mulher e saúde mental: da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina. 1992. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.
11. Pessotti I. A doutrina demonista in_ A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994, 83-120.
12. Rennó Jr J, Fernandes CE, Mantese JC, Valadares GC, Fonseca AM, Diegoli M, Brasiliano S, Hochgraf P. Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e



ANTONIO GERALDO DA SILVA

3 Médico Psiquiatra. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria. Psiquiatra da SES/GDF.

perspectivas em pesquisa. Rev Bras Psiq. 2005; 27 (supl II):S73-6.

- 13. Valadares GC, Ferreira LV, Correa Filho H, Romano-Siva MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão – conceito, história, epidemiologia e etiologia. Rev. Psiq. Clín. 2006, 33 (3); 117-123.
- 14. CarvalhoVCP, Cantilino A, Gonçalves CRK, Moura RT, Sougey EB. Prevalência da síndrome de tensão pré-menstrual e do transtorno disfórico pré-menstrual entre estudantes universitárias. Neurobiologia. 2010 jan/mar; 73(1) 41-59.
- 15. Vigod SN, Frey BN, Soares CN, Steiner M. Approach to premenstrual dysphoria for the mental health practitioner. Psychiatr Clin North Am. Jun 2010;33(2):257-72.
- 16. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. J Psychiatry Neurosci. 2008, 33(4): 291-301.
- 17. Inoue Y, Terao T, Iwata N, Okamoto K, Kojima H, Okamoto T, et al. Fluctuating serotonergic function in premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome: findings from neuroendocrine challenge tests. Psychopharmacology (Berl); 2007, 190:213–97.
- 18. Camacho RS. et all. Transtornos Psiquiátricos na Gestaçao e no Puerpério: Classificação, Diagnóstico e Tratamento. Rev. Psiq. Clín. 2006.33 (2): 92-102
- 19. Mott SL, Schiller CE, Richards JG, O'Hara MW, Stuart S. Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. Arch Womens Ment Health 2011, 14:335-343.
- 20. Zaig I, Azem F, Schreiber S, Litvin YG, Meiboom H, Bloch M. Women's psychological profile and psychiatric diagnoses and the outcome of in vitro fertilization: is there an association? Arch Womens Ment Health. 2012, 15:353-359.
- 21. Altshuler LL, Cohen LS, Vitonis AF, Faraone SV, Harlow BL, Suri R, Frieder R, Zachary NS. The pregnancy depression scale (PDS): a screening tool for depression in pregnancy. Arch Womens Ment Health. 2008, 11:277-285.
- 22. Boyce P, Barriball E. Puerperal psychosis. Arch Womens Ment Health. 2010, 13:45-47.
- 23. Soares CN. Insônia na menopausa e perimenopausa-

características clínicas e opções terapêuticas. Rev Psiq Clin. 2006, 33(2), 103-109.

- 24. Dias RS, Kerr-Correa F, Torresan RC, Santos CHR. Transtorno bipolar do humor e gênero. Revista Psiquiatria Clínica. 33(2):74-9, 2006.

