

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Estágio Hospitalar em Psiquiatria

Sara Patrícia Marques da Silva

M

2022



Estágio Hospitalar em Psiquiatria

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Sara Patrícia Marques da Silva

Estudante do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Número mecanográfico: 201605381

Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: sara163silva@gmail.com

Orientador: Júlio Brandão

Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria – Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E

Afiliação: Docente Externo

Endereço: Rua Prof. Alvares Rodrigues, 4149-003 - Porto

Coorientador: Maria Alice Soares Lopes

Professora Catedrática Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Diretora do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto)

Endereço eletrónico: maslopes@icbas.up.pt

Estudante:

Sara Patrícia Marques da Silva

Sara Patrícia Marques da Silva

Orientador:

Júlio Brandão

Júlio Brandão

Coorientador:

Alice
Lopes

Digitally signed by
Alice Lopes
Date: 2021.10.22
10:22:37 +01'00'

Maria Alice Soares Lopes

Porto, maio de 2022

Resumo

No âmbito da unidade curricular Dissertação/Projeto/Estágio do 6º ano, e com o objetivo de obter o grau de Mestre em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, foi realizado um estágio hospitalar de natureza profissionalizante e observacional em Psiquiatria, no Hospital Magalhães Lemos, ao qual se refere o presente relatório.

O principal objetivo do estágio prendia-se com a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos de Psiquiatria, que permitam o diagnóstico e a orientação corretos de um doente psiquiátrico, de forma a garantir a melhor evolução possível da sua doença. Pretendia-se, também, uma experiência representativa dos cuidados psiquiátricos da população portuguesa, para uma melhor compreensão da abordagem biopsicossocial destes doentes e das dificuldades da sua gestão no decorrer da prática médica geral. Adicionalmente, compreender a estrutura física e funcional dos serviços do Hospital Magalhães Lemos, um hospital psiquiátrico de referência.

Nesta conformidade, foi realizado um estágio de carácter observacional de 83 horas, de uma forma intercalada, entre 11 de novembro de 2021 e 15 de abril de 2022. O tempo de estágio foi distribuído por várias valências, nomeadamente Consulta Externa, Serviço de Saúde Mental Comunitária, Serviço de Reabilitação Psicossocial e Unidade de Eletroconvulsivoterapia.

A metodologia empregue foi a observação e participação, com descrição, análise crítica e reflexão teórica dos conceitos mais relevantes de contacto durante o estágio. É feita, também, uma discriminação estatística de algumas variáveis consideradas relevantes em algumas das valências de contacto.

O estágio realizado foi um sucesso, com concretização de quase todos os principais objetivos propostos inicialmente, apesar de não ter havido oportunidade de contactar com o Serviço de Intervenção Intensiva, por motivos circunscritos à situação pandémica atual. Todavia, o estágio superou totalmente as expectativas não só no que concerne à aquisição de conhecimentos teóricos, mas também na compreensão multidimensional do contexto familiar, socioeconómico e ambiental dos doentes com patologia psiquiátrica (principalmente de carácter grave) e a sua influência na gestão da doença.

Abstract

As part of the course unit “Dissertação/Projeto/Estágio” of the 6th year, and with the purpose of obtaining the Master's Degree in Medicine from the Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar of the University of Porto, a professional and observational internship in Psychiatry was carried out at Hospital Magalhães Lemos, to which this report refers.

The main objective of the internship was to acquire theoretical and practical knowledge in Psychiatry, which would allow for the correct diagnosis and orientation of a psychiatric patient, in order to ensure the best possible evolution of his/her disease. It was also intended to have a representative experience of psychiatric care of the portuguese population, for a better understanding of the biopsychosocial approach of these patients and the difficulties of their management in the course of general medical practice. Additionally, to understand the physical and functional structure of the services at Hospital Magalhães Lemos, a reference psychiatric hospital.

Thus, an 83-hour observational internship was carried out, in an interspersed manner, between November 11th, 2021 and April 15th, 2022. The internship time was distributed among several departments, namely Consulta Externa, Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto, Serviço de Reabilitação Psicossocial and Unidade de Eletroconvulsivoterapia.

The methodology used was observation and participation, with description, critical analysis, and theoretical reflection of the most relevant concepts in contact during the internship. A statistical breakdown of some variables considered relevant in some of the contact valences is also made.

The internship was a success, with the achievement of almost all the main objectives initially proposed, although there was no opportunity to contact with the Intensive Intervention Service, for reasons limited to the current pandemic situation. However, the internship totally exceeded expectations not only in terms of the acquisition of theoretical knowledge, but also in the multidimensional understanding of the family, socio-economic and environmental context of patients with psychiatric disorders (mainly severe ones) and its influence on disease management.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Dr. Júlio Brandão, pela sua disponibilidade e por criar todas as condições para que o estágio fosse uma experiência académica e pessoal tão enriquecedora, permitindo que organizasse e distribuísse o tempo de estágio de acordo com as minhas principais áreas de interesse e adaptando-se tão pronta e flexivelmente aos meus objetivos.

À enfermeira Carla Loureiro, por me transmitir e reforçar um profissionalismo exímio e um amor e dedicação ao seu trabalho e aos seus utentes que ultrapassa qualquer obrigação laboral.

A todos os profissionais do Hospital Magalhães Lemos com quem interagi e que, sem exceção, me acolheram harmoniosamente em todas as atividades em que participei, incentivando-me para que o estágio pudesse ser o mais academicamente interessante possível. Procuraram esclarecer-me todas as dúvidas e dar-me todas as informações que compreenderam como necessárias de forma a otimizar o tempo de estágio e a retirar o melhor aproveitamento possível, bem como pela cordialidade e familiaridade com que me integraram na equipa.

Aos meus pais, por todos os sacrifícios que fizeram para que eu pudesse construir o meu percurso; à minha restante família, em particular à Ana Maia. Aos meus amigos, pelo companheirismo e por todo o apoio e pelas memórias destes 6 anos.

Lista de abreviaturas

ACeS: Agrupamento de Centros de Saúde

AFUA: Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital

AMPLOS: Associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexual e Identidade de Género

CE: Consulta Externa

CID-10: Classificação Internacional de Doenças 10

DSM-V: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ECT: Eletroconvulsivoterapia

EEG: Eletroencefalograma

EIC: Equipa de Intervenção Comunitária

GAM: Grupo de Ajuda Mútua

HML: Hospital Magalhães Lemos

IMC: Índice de Massa Corporal

OMS: Organização Mundial de Saúde

PCA: Perturbação do Comportamento Alimentar

PEA: Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PPST: Perturbação Pós-Stress Traumático

SRP: Serviço de Reabilitação Psicossocial

SSMCP: Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto

TSN: Terapêutica de Substituição de Nicotina

TRS: Tratamento de Redesignação de Sexo

Lista de tabelas

Tabela I: Distribuição horária por local de estágio

Tabela II: Médicos assistentes acompanhados na Unidade de Consulta Externa

Lista de figuras

Figura 1: Teste de Fagerstrom

Figura 2: Teste de Richmond

Lista de gráficos

Gráfico 1: Distribuição por Consulta Externa

Gráfico 2: Distribuição por tipo de consulta

Gráfico 3: Distribuição por sexo – Consulta Externa

Gráfico 4: Distribuição por sexo – Consulta de Psiquiatria Geral

Gráfico 5: Média de idade por sexo – Consulta de Psiquiatria Geral

Gráfico 6: Distribuição por sexo – Consulta de Neurodesenvolvimento

Gráfico 7: Média de idade por sexo – Consulta de Neurodesenvolvimento

Gráfico 8: Distribuição por género – Consulta de Sexologia Clínica

Gráfico 9: Média de idade por género – Consulta de Sexologia Clínica

Gráfico 10: Distribuição por sexo – Eletroconvulsivoterapia

Gráfico 11: Média de idade por sexo – Eletroconvulsivoterapia

Gráfico 12: Tipo de Eletroconvulsivoterapia

Índice

Resumo.....	i
Abstract	ii
Agradecimentos	iii
Lista de abreviaturas	iv
Lista de tabelas.....	v
Lista de figuras.....	vi
Lista de gráficos.....	vii
Introdução	1
Objetivos	1
Métodos	1
Enquadramento Teórico.....	2
Estrutura Física e Recursos Humanos	3
Atividades Desenvolvidas.....	4
Consulta Externa	5
Consulta de Psiquiatria Geral	6
Consulta de Perturbação de Abuso de Substâncias	6
Consulta de Psicogeriatrica	7
Consulta de Perturbação do Comportamento Alimentar	7
Consulta de Cessaçao Tabágica	8
Consulta de Perturbação Pós-Stress Traumático	9
Consulta de Neurodesenvolvimento.....	9
Consulta de Sexologia Clínica	10
Unidade de Eletroconvulsivoterapia	13
Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto.....	14
Internamento	15
Equipa de Intervenção Comunitária.....	17
Grupo de Ajuda Mútua para Familiares de doentes com Patologia Psicótica	18
Serviço de Reabilitação Psicossocial.....	20
Discussão	23
Conclusão	25
Anexos	viii
Tabelas.....	viii
Figuras	ix
Gráficos.....	xi
Bibliografia.....	26

Introdução

No âmbito da unidade curricular Dissertação/Projeto/Estágio do 6º ano, e com o objetivo de obter o grau de Mestre em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, foi realizado um estágio hospitalar de natureza profissionalizante e observacional em Psiquiatria, no Hospital Magalhães Lemos (HML), ao qual se refere o presente relatório. O estágio decorreu sob orientação do Dr. Júlio Brandão, e com a colaboração de vários assistentes hospitalares, internos de formação específica, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais.

Objetivos

Pelo papel estimável e insubstituível da Psiquiatria, tive um grande interesse em contactar com esta área, complementando a minha formação teórica e clínica fornecida ao longo do curso, que, no caso da Psiquiatria, senti que foi um contacto breve. Além disso, tendo em conta as restrições associadas ao contexto pandémico, foi um contacto limitado e pouco diferenciador. Desta forma, no âmbito da unidade curricular de Dissertação/Projeto/Estágio surgiu a oportunidade de contactar diretamente e de forma mais prolongada com esta especialidade, que é uma área de interesse pessoal.

O objetivo preponderante prendia-se na aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos de Psiquiatria, que permitam o diagnóstico e a orientação corretos de um doente psiquiátrico, de forma a garantir a melhor evolução possível da sua doença. Por outro lado, pretendia-se uma experiência representativa dos cuidados psiquiátricos da população portuguesa, para uma melhor compreensão da realidade destes cuidados especializados, bastante diferente do que tinha sido a minha experiência de formação médica até ao momento. Pela frequência de contacto com estes doentes nas diferentes vertentes dos cuidados de saúde, tendo em conta que, muitas vezes, carecem de cuidados não necessariamente psiquiátricos devido às suas comorbilidades, visava desenvolver as capacidades para uma abordagem biopsicossocial dos mesmos e um reconhecimento das dificuldades da sua gestão no decorrer da prática médica geral.

Adicionalmente, tencionava compreender a estrutura física e funcional dos serviços do HML.

Métodos

O estágio decorreu durante o período entre 11 de novembro de 2021 e 15 de abril de 2022, de forma intercalada, por um período total de 83 horas, sendo que o tempo de estágio foi distribuído por várias valências, com integração em várias equipas profissionais de saúde em

diversos contextos clínicos, nomeadamente Consulta Externa (CE), Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto (SSMCP), Serviço de Reabilitação Psicossocial (SRP) e Unidade de Eletroconvulsivoterapia (ECT), estando descrita a distribuição horária por local de estágio na Tabela I.

A frequência e organização do estágio foi realizada de acordo com a minha disponibilidade e a disponibilidade dos profissionais de saúde responsáveis e dos diferentes serviços de acolhimento, estando, também, dependente da ocorrência de atividades de interesse.

A metodologia empregue foi a observação e participação, com descrição, análise crítica e reflexão teórica dos conceitos mais relevantes de contacto durante o estágio.

Enquadramento Teórico

Segundo a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade"¹, sendo a Saúde Mental interdependente da saúde física e imprescindível para um desenvolvimento equilibrado, uma boa integração social, estabelecimento de relações familiares e interpessoais satisfatórias e para a vida profissional.² Tem, também, desta forma, um impacto considerável no contexto socioeconómico, pelo que a sua prevenção e promoção depende de um esforço comunitário e institucional.²

O Relatório realizado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2019², estima que os custos com a doença mental em Portugal apontem para 3,7% do PIB, com custos diretos e indiretos com o sistema de saúde, benefícios sociais e mercado de trabalho. Apesar do seu impacto transversal, não tem sido prioridade por parte das políticas de saúde, existindo inúmeros desafios a ultrapassar.² O financiamento público direto na saúde mental não excede os 3,5% do orçamento do Serviço Nacional de Saúde, enquanto em mais de metade dos países europeus é superior a 5%.³ O *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, e extensão a 2020*⁴, definiu estratégias para a reforma dos serviços de saúde mental, todavia não teve o apoio político e os recursos financeiros necessários à sua plena implementação.

De acordo com o Primeiro Relatório de Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental⁵, Portugal é o segundo país da Europa com maior prevalência de doenças psiquiátricas, o que se traduz no facto de, pelo menos, um quinto dos portugueses ter uma perturbação do foro psiquiátrico (22,9%), sendo as mais comuns as perturbações de ansiedade (16,5%) seguidas das perturbações de humor (7,9%). Além disso, estima-se que a prevalência de ocorrência de pelo menos uma perturbação psiquiátrica durante a vida seja de 42,7%. As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, sendo superior à

carga de doenças oncológicas (10,4%) e apenas ultrapassadas pelas doenças cerebrocardiovasculares (13,7%), continuando Portugal a ser um dos países europeus com maior uso de psicofármacos.

A OMS define como perturbações mentais e comportamentais as condições clinicamente significativas que se caracterizam por alterações do pensamento e do humor, ou por comportamentos associados a angústia e/ou deterioração do funcionamento e que se enquadrem claramente dentro do que possa ser considerado patológico no contexto cultural em que o indivíduo se insere. Os dois principais sistemas de classificação de doenças mentais são Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V).⁶

A doença mental grave é normalmente definida como sendo debilitante e com impacto funcional e ocupacional em pelo menos uma atividade da vida diária. A esquizofrenia, doença bipolar tipo 1, dependência de substâncias com síndrome de dependência fisiológica e depressão grave com tentativa de suicídio são exemplos de perturbações mentais consideradas graves.⁷

Os determinantes de doença mental incluem fatores pessoais, socioculturais, económicos, políticos e ambientais. A exposição à adversidade e a fatores stressantes em idade jovem são um fator de risco estabelecido para doença mental e alguns indivíduos ou grupos podem ter maior risco. Grupos vulneráveis incluem pessoas que vivem em condições de pobreza, com doenças crónicas, crianças expostas a maus-tratos e negligência, abuso de substâncias em idades jovens, minorias sociais, pessoas da comunidade LGBTI, vítimas de violência doméstica, comunidades expostas a desastres naturais e urgências humanitárias.¹

[Estrutura Física e Recursos Humanos](#)

O HML é um hospital psiquiátrico regional instalado na freguesia de Aldoar, no Porto, especializado na prestação de cuidados de saúde de psiquiatria e saúde mental, sendo o hospital de referência na região Norte nesta prática. Atua nas áreas dos centros de saúde dos concelhos de Matosinhos, Porto (excluindo Bonfim, Campanhã e Paranhos), Santo Tirso, Trofa, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, parcialmente de Famalicão e ainda do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga. É composto por vários pavilhões onde funcionam serviços de internamento que têm os seus doentes atribuídos de acordo com a sua residência, organizando-se, assim, segundo os serviços de internamento do Porto, de Matosinhos, de Santo Tirso e da Póvoa de Varzim / Vila do Conde.

O hospital encontra-se organizado em quatro áreas funcionais: Atividade Clínica, Apoio à prestação de cuidados, Apoio à administração, gestão e logística e Serviço de Formação e Investigação. O Serviço de Atividade Clínica, vertente onde foi realizado o estágio, é composto pelo

Departamento de Ambulatório – que inclui a CE, Hospitalização Parcial, Reabilitação Psicossocial - e Serviços de Internamento. O HML não tem serviço de urgência, sendo este serviço assegurado pelo Centro Hospitalar Universitário de São João (Urgência Metropolitana Psiquiátrica do Porto).

A hospitalização parcial inclui as intervenções clínicas ambulatoriais, por períodos não superiores a 12 horas, com abordagens mais flexíveis e menos restritivas que um regime de internamento. A reabilitação psicossocial inclui um conjunto de intervenções disponibilizado ao doente que apresenta incapacidade e desvantagem provocadas pela doença mental, com o objetivo de atingir a recuperação individual, familiar e comunitária, através da melhoria das redes de apoio social, formação profissional, emprego e residencial. Os cuidados em regime de internamento são compostos pelo Serviço de Intervenção Intensiva, Serviço de Agudos (B e C), Unidade de Residentes e Unidade de Reabilitação Psicossocial. Os serviços de Psicogeriatría e de Saúde Mental Comunitária do Porto são constituídos pelos Departamentos de Ambulatório e Internamento.

Relativamente ao Serviço de Apoio à Prestação de Cuidados, este inclui Medicina Interna, Neurologia, Patologia Clínica, Nutrição e Dietética, Psicologia Clínica, Psiquiatria e Psicologia, Serviço Social, Serviços Farmacêuticos e Unidade de Eletroconvulsivoterapia, sendo que esta última está inserida na Unidade de Cuidados Especiais. Constitui-se, ainda, pela Unidade Funcional de Psiquiatria Forense – que se ocupa principalmente da realização de perícias - e pela Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense - onde se encontram internados os doentes inimputáveis -.

Desenvolve, também, atividades de ligação com os Centros de Saúde e Hospitais Gerais, bem como de articulação com as estruturas de Segurança Social, entidades públicas e privadas, com as Autarquias da área assistencial e com os Centros de Emprego, promovendo atualmente várias iniciativas de dinamização de unidades residenciais e Empresas de Inserção para utentes com dificuldade de retaguarda sociofamiliar e profissional, em parceria com a Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital (AFUA).

Por último, os utentes são admitidos no hospital desde que pertençam à área assistencial e através do serviço de urgência e de outros serviços hospitalares (doentes que tenham sido assistidos e estejam abrangidos pela área de responsabilidade).

Atividades Desenvolvidas

O estágio permitiu-me contactar com várias áreas funcionais do HML, sendo a vertente de CE a valência à qual se atribui o maior número de horas de estágio (55 horas), seguida do SSMCP (16 horas), SRP (8 horas) e, por fim, a Unidade de Eletroconvulsivoterapia (4 horas), como representado na tabela I.

Consulta Externa

O Departamento de Ambulatório é constituído pelo conjunto diversificado de cuidados, sempre que possível programados, prestados em ambulatório, sem hospitalização, a doentes, famílias ou grupos, sendo o Dr. Henrique Pereira o diretor da unidade e a Enf.ª Chefe Elisa Justo a enfermeira responsável. A valência da CE encontra-se funcional de 2º a 6º feira, das 08h00 às 19h00.

A observação de consultas constituiu o maior número de horas investidas durante o estágio, incluindo consultas de Psiquiatria Geral (57%), Psicogeriatrics (3%), Sexologia Clínica (16%), Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) (4%), Neurodesenvolvimento (13%), Cessaçã Tabágica (2%), Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA) (3%) e Perturbação de Abuso de Substâncias (2%), apresentando-se, de uma forma comparativa, a distribuição diferenciada de cada tipo de CE específica observada no Gráfico 1.

Acompanhei um vasto conjunto de médicos psiquiatras, que se encontram referidos na Tabela II. Esta valência permitiu uma aproximação à estruturação de uma entrevista psiquiátrica com a exploração progressiva das diversas esferas da vida do doente.

No total, estive presente em 68 consultas, 93% das quais foram consultas de seguimento e 7% primeiras consultas (Gráfico 2). Da amostra de doentes, 53% são do sexo feminino e 47% do sexo masculino (Gráfico 3).

De facto, existe uma diferença significativa entre uma primeira consulta e uma consulta de seguimento, uma vez que na primeira consulta faz-se uma colheita completa da história clínica, culminando numa primeira orientação terapêutica. Na consulta de seguimento, já conhecida a história clínica, é feita a avaliação do agravamento ou surgimento de novos sintomas, da resposta à medicação, é questionada a situação atual dos doentes nas várias áreas da sua vida de forma a abordar novos problemas que possam surgir no período entre consultas.

O facto do número de doentes a ser atendido em cada período de consulta não estar adequado à capacidade horária, leva muitas vezes a uma gestão de tempo de cada consulta, para que todos possam ser atendidos. De facto, tal como proposto no *Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*⁴, um melhor aproveitamento dos Cuidados de Saúde Primários é fundamental para uma melhor resposta dos serviços especializados de psiquiatria.

Denoto, também, a disponibilidade de todos os profissionais de saúde que acompanhei na CE em referir aos doentes que, em caso de necessidade, poderiam contactar o profissional em qualquer altura, durante o período da consulta. Considero que esta atitude é muito positiva no estabelecimento da relação terapêutica e no aumento da confiança entre médico-doente.

Consulta de Psiquiatria Geral

Assisti a um total de 39 consultas, tendo presenciado apenas uma primeira consulta, sendo as restantes consultas de seguimento. Em termos de distribuição de sexo, dos 39 doentes observados, 54% eram do sexo feminino e 46% do sexo masculino (Gráfico 4), sendo a média de idades de 56 e 42 anos, respetivamente (Gráfico 5).

Na consulta de Psiquiatria Geral contactei muito assiduamente com patologia psicótica na sua maioria com vários anos de evolução, tendo também a oportunidade de assistir a consultas de jovens que tiveram o primeiro surto psicótico recentemente. Dentro da patologia psicótica, contactei com doentes com esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, psicose induzida por abuso de substâncias e perturbação delirante (delírio persecutório, delírio de ciúme, delírio de grandiosidade, delírio religioso, delírio de culpa). Assisti a consultas de doentes com doença bipolar tipo 1 e tipo 2, depressão major, perturbação depressiva persistente e perturbação de adaptação com humor depressivo e/ou ansioso. Dentro das perturbações de ansiedade, contactei com perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, agorafobia e, no que concerne a fobias específicas, com fobia de impulso. Presenciei uma consulta de perturbação conversiva associada a uma grande variedade de sintomas, nomeadamente com atingimento da fala e do controlo de esfíncteres. Relativamente a perturbações de personalidade, observei doentes com Perturbação de Personalidade Histriónica, Obsessivo-Compulsiva, Dependente, Impulsiva e *Borderline*. Assisti, ainda, a uma consulta de Patologia do Sono de um doente com insónia tardia refratária a todo o tratamento médico prescrito até ao momento nos cuidados de saúde primários.

Consulta de Perturbação de Abuso de Substâncias

Portugal encontra-se no topo da lista dos países com maior consumo de álcool quer a nível europeu, quer a nível mundial, com um consumo por pessoa com mais de 15 anos de 12.9 litros de álcool puro por ano, prevendo-se um aumento do consumo. Entre os consumidores de álcool, 16.9% apresenta um consumo excessivo, 0.9% um consumo de risco e 2.1% uma dependência do álcool.⁶

Nesta consulta, observei um doente de 43 anos, encaminhado devido a antecedentes de condução sob efeito de álcool há 3 meses, com heteroagressividade contra as autoridades policiais no momento de determinação da alcoolemia. O doente refere ter pelo menos dez anos de consumo abusivo de álcool, que terá iniciado após um período mais stressante da sua vida. No momento da consulta, encontrava-se abstémico desde o dia do incidente, e mostrou-se muito motivado a manter abstinência, referindo como as suas maiores motivações o dinheiro que perdera até então

no processo judicial, a manutenção do seu emprego, o investimento no futuro académico dos filhos e o bem-estar familiar. Tinha um bom suporte social, mantendo um bom relacionamento com a esposa e filhos, que o estavam a apoiar durante todo este processo. Pretendia, também, apresentar um pedido de desculpas aos políciais que tentara agredir. Encontrava-se medicado com tiamina e referia episódios de tremores das mãos e aumento do apetite associados a períodos de maior vontade de ingestão de álcool.

No decorrer de várias consultas, não específicas de perturbação de abuso de substâncias, acabei por também interagir com doentes com patologia psiquiátrica comórbida com perturbação de abuso de outras substâncias, como por exemplo canabinóides e cocaína, sendo que, em vários casos, o consumo das mesmas constituía fator descompensador da patologia principal.

Consulta de Psicogeriatría

Na consulta de Psicogeriatría, observei a consulta de uma doente com Demência de Alzheimer, acompanhada pelos seus cuidadores. Ao longo da consulta consegui observar as oscilações e alterações de memória da doente, que tanto reconhecia os cuidadores como dizia que não sabia quem eram, quando questionada, e falava dos seus pais como se ainda estivessem vivos, o que não se verificava. Não estava consciente temporalmente e referiu que ainda trabalhava na sua farmácia, quando na verdade já se encontra reformada. Os cuidadores referiram que apresentava, por vezes, períodos de maior agressividade.

Também tive oportunidade de ver a abordagem da depressão resistente no idoso, numa doente com uma longa evolução de patologia depressiva com múltiplas recorrências, e atualmente sem resposta a qualquer farmacoterapia (medicação atual: norfluoxetina + mirtazapina + amissulprida), pelo que apresentava indicação para ECT. Abordou-se, ainda, a possibilidade de administração de antidepressivos tricíclicos, contudo a doente apresentava patologia cardíaca, pelo que, após consentimento por parte da doente e do familiar, se optou pela ECT.

Consulta de Perturbação do Comportamento Alimentar

Na consulta de PCA, observei duas doentes, uma com Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva e outra com Bulimia Nervosa. São perturbações que normalmente se iniciam na adolescência ou na transição para adulto jovem e existe um risco aumentado de suicídio nesta população.

A perturbação de ingestão alimentar compulsiva associa-se a uma ingestão exagerada de alimentos num curto período de tempo associada a uma sensação de perda de controlo. Além disso, durante estes episódios, os doentes comem rapidamente e até ficarem desconfortavelmente

enfartados, com culpabilização após este ato.⁷ Normalmente ocorre em doentes com índice de massa corporal (IMC) normal ou aumentando, sendo frequente em indivíduos com excesso de peso e obesidade – ao contrário do que ocorre na bulimia nervosa.

Na bulimia nervosa, o IMC, normalmente, está normal ou aumentado, contudo é uma doença pouco frequente em pessoas com obesidade. Algo que caracteriza esta perturbação é o facto de, entre os períodos de *binge eating*, haver uma preocupação excessiva em ter uma dieta restritiva a nível calórico e evicção de alimentos que se considerem potenciadores de aumento de peso, bem como outros comportamentos compensatórios como o vômito induzido e o uso de laxantes.⁷ Estes comportamentos associam-se, muitas vezes, a distúrbios hidroeletrólíticos importantes, lesões esofágicas e arritmias.

Consulta de Cessação Tabágica

Assisti a uma primeira consulta de Cessação Tabágica de um homem de 59 anos com antecedentes de Perturbação de Abuso de Substâncias, atualmente sob tratamento com metadona, a fumar cerca de 30 cigarros por dia, incluindo dentro de casa. Foi aplicado o Teste de Fagerstrom e Teste de Richmond, a consultar nas figuras 1 e 2 respetivamente. O Teste de Fagerstrom auxilia a estimar o grau de dependência da nicotina, classificando o grau de dependência numa escala de 0 a 10, variando a dependência de muito baixa a muito elevada. O teste de Richmond tem como objetivo aferir a motivação para a cessação tabágica, numa escala de 0 a 8, estimando um nível de motivação que pode ser baixo, médio ou alto. O doente em questão apresentava um nível de dependência elevado e uma motivação alta para a cessação tabágica. As suas principais motivações incluíam o custo económico que advinha da compra de tabaco e a vontade de se “sentir livre de vícios”.

Após uma colheita de anamnese de forma a compreender os hábitos e contexto doméstico do doente, foi feita uma primeira intervenção em que se determinou, conjuntamente com o doente, uma data até à qual deveria diminuir o número de cigarros diários para metade, e em que se determinaram estratégias para atingir esta meta, nomeadamente colocar o maço de cigarros na caixa de correio de forma a que sempre que quisesse fumar, tivesse que se deslocar ao exterior.

No que concerne ao tratamento farmacológico atual, a medicação deve ser recomendada assim que se decida uma data para deixar de fumar, a doentes que fumem, pelo menos, 10 cigarros por dia e que fumem até meia hora depois de acordar, uma vez que têm uma maior probabilidade de sofrerem de sintomas de abstinência. A Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN) com o adesivo transdérmico é administrada em dose completa durante cerca de três meses, podendo ser reduzida gradualmente quando houver menos sintomas de abstinência. Contudo a TSN é uma

terapêutica cara e não comparticipada, pelo que nem sempre é uma opção viável. A varenicilina é um agonista parcial dos recetores nicotínicos e o bupropion é um antidepressivo que tem ação na melhoria de sintomas de abstinência, contudo não é muito eficaz. A citisina tem um mecanismo de ação semelhante ao da varenicilina e tem vindo a demonstrar ser uma boa opção tendo em conta o seu custo mais acessível e a sua eficácia.

Consulta de Perturbação Pós-Stress Traumático

Estive presente na consulta de PPST, tendo assistido a um total de quatro consultas. Três das consultas foram referentes a doentes do sexo masculino com PPST associado à serviço militar na guerra colonial, com vários anos de evolução. Ambos os doentes tinham sintomatologia de insónia, pesadelos, *flashbacks* e hipervigilância, com grande impacto na qualidade de vida. Uma questão particular que surgiu em consulta, foi o facto de ambos referirem que o conflito entre a Ucrânia e a Rússia e a sua transmissão nos meios de comunicação social tem vindo a agravar os seus sintomas.

Observei o processo de referenciação para o Serviço de Saúde Militar, que pretende garantir o apoio sanitário aos militares na manutenção e recuperação da capacidade adequada à função, prestando cuidados em território nacional ou em Forças Nacionais Destacadas. Ao nível da assistência hospitalar, presta cuidados de saúde aos beneficiários do Subsistema de Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas, sendo que estes beneficiários podem ser militares nas situações de ativo, reserva e reforma, respetivos familiares e Deficientes das Forças Armadas. Todavia, as listas de espera para integração no mesmo são longas e os dois doentes em que já tinha sido realizado o processo, encontravam-se há mais de dois anos à espera de resposta.

Observei também a consulta de uma mulher com PPST em contexto de violência doméstica psicológica e assédio moral laboral.

Consulta de Neurodesenvolvimento

As Perturbações do neurodesenvolvimento constituem um grupo heterogéneo de condições caracterizadas pelo atraso ou alteração na aquisição de competências/capacidades em vários domínios do desenvolvimento, nomeadamente motor, social, linguagem e cognitivo.⁸ Resultam de uma maturação cerebral anormal, que precede as primeiras manifestações clínicas, levando a défices no funcionamento pessoal, social, académico ou profissional e, conseqüentemente, à diminuição da qualidade de vida.⁹ Podem manifestar-se desde a infância até à idade adulta pelo que a continuidade dos cuidados de saúde, principalmente no período de transição para a vida adulta é extremamente importante.

Duas das patologias mais comuns neste grupo são a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)⁸, tendo sido estas as patologias com que contactei na consulta.

Dos 9 doentes, observados, 33% eram do sexo feminino e 67% do sexo masculino (Gráfico 6), sendo a média de idades em cada sexo de 26 e 27 anos, respetivamente (Gráfico 7).

A PEA está presente em cerca de 1% da população, sendo caracterizada por dificuldades na comunicação (défice no uso de múltiplos comportamentos não-verbais tais como o contacto ocular, expressões faciais, posturas corporais e gestos) e interação social, com início gradual durante a primeira infância. Associa-se, também, a comportamentos e interesses restritivos e repetitivos, maneirismos motores, resistência a mudanças de rotina ou rituais específicos não funcionais, uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática.^{10,11}

Por outro lado, a PHDA é a perturbação do neurodesenvolvimento mais comum na população mais jovem.⁸ Caracteriza-se por sinais como desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade prejudiciais ao desenvolvimento. Para que o diagnóstico seja confirmado, as manifestações clínicas devem ter início antes dos 12 anos e em mais do que um ambiente, por exemplo escola/trabalho e casa.⁷ O tratamento farmacológico na PHDA é a forma mais eficaz de diminuir estes sintomas, tanto em crianças como em adultos.¹²

Os adultos jovens com PEA, devido às dificuldades na comunicação, interação social e à adversidade a novas situações, tendem a ter uma maior vulnerabilidade neste período de transição.¹³ Quanto aos jovens com PHDA, mesmo que ocorra uma redução da hiperatividade durante a sua vida adulta a impulsividade normalmente permanece problemática.⁷ Por conseguinte, nesta fase do seu desenvolvimento, as novas tarefas são particularmente desafiantes, devido a dificuldades na gestão do tempo, rendimento académico e estabelecimento de relacionamentos sociais duradouros.¹⁴

Uma particularidade interessante desta consulta, é o facto de haver dois momentos: um momento em que apenas está presente o doente e um momento posterior onde está presente também o familiar acompanhante, caso exista e se assim o desejar. Isto advém do facto da maioria dos doentes desta consulta ter antecedentes de seguimento em pedopsiquiatria, onde os familiares acompanham os doentes, havendo uma tendência para esta dinâmica.

Consulta de Sexologia Clínica

Na Consulta de Sexologia Clínica do HML, nos últimos anos, as consultas mais frequentes são as de acompanhamento de disforia de género, seguindo-se o hipodesejo sexual feminino, a disfunção erétil e os abusos sexuais. A referência é feita pelos médicos de medicina geral e

familiar e psiquiatras do HML e de outras instituições. No que toca aos abusos sexuais, a consulta de acompanhamento é feita a pedido do Tribunal.

Observei um total de 11 consultas, 9 doentes com disforia de género, 1 doente do sexo feminino com hipodesejo sexual e 1 doente do sexo masculino com disfunção erétil. Este último veio acompanhado da esposa, pelo que acabou por ocorrer intervenção dentro do âmbito da Terapia de Casal.

Dos 9 doentes com disforia de género, 33% eram indivíduos do sexo masculino que se identificavam com o género feminino – mulheres trans - e 67% eram indivíduos do sexo feminino que se identificavam com o género masculino – homens trans - (Gráfico 8). No grupo de mulheres trans, a média de idades foi de 25 anos e no grupo de homens trans de 23 anos (Gráfico 9).

No que toca às várias consultas de disforia de género em que estive presente, tive a oportunidade de me educar e familiarizar quanto às diferentes terminologias associadas às várias identidades de género. Como alguns dos utentes vinham acompanhados pelos pais, também contactei com as principais dúvidas e medos que estes tinham em relação ao processo de transição bem como com a dificuldade que alguns demonstraram em aceitar e respeitar as alterações que este processo pode implicar, nomeadamente a mudança de nome e pronomes, a terapêutica hormonal e as cirurgias de redesignação de sexo.

O termo transgénero ou trans inclui indivíduos que não se identificam com o sexo biológico atribuído à nascença e que pretendem alterar os caracteres sexuais primários e/ou secundários através de intervenções médico-cirúrgicas, mas também indivíduos que não se identificam com a classificação de género binária masculino-feminino.^{15,16} Desta forma, o Sexo é uma característica associada ao fenótipo dos órgãos genitais externos e que é atribuída à nascença, enquanto que o Género associa-se a atitudes, sentimentos e comportamentos relacionados com a experiência e expressão do seu sexo biológico, que podem ou não estar em conformidade.¹⁶ A disforia de género, é classificada como sofrimento psicopatológico associado à não conformidade de género, por um período superior a 6 meses.⁷

O Tratamento de Redesignação de Sexo (TRS) inclui tratamento médico, cirúrgico e atos legais, nomeadamente, a psicoterapia, tratamento hormonal masculinizante ou femininizante e intervenções cirúrgicas visando alteração dos caracteres sexuais secundários e/ou primários.^{15,16}

Em Portugal, para que uma pessoa possa realizar as intervenções cirúrgicas é obrigatório ter mais de 18 anos, ser cognitivamente íntegro e obter dois diagnósticos de disforia de género elaborados por duas equipas médicas multidisciplinares distintas. Além disso, tem de haver um acompanhamento médico durante todas as fases do TRS, e a intervenção cirúrgica não pode ser realizada no período inferior a dois anos. Atualmente já não é necessário aguardar pela emissão de

um parecer por parte da Ordem dos Médicos que, anteriormente, era obrigatório para que se autorizasse o procedimento.¹⁷

Algo que observei na grande maioria dos doentes com disforia de género observados, de uma forma consistente, e que surgiram como problemas que abordaram durante o período da consulta, foi a discriminação e o estigma que enfrentam diariamente, as microagressões das quais são vítimas, tendo sido a mais frequentemente mencionada a resistência à sua denominação pelo nome que escolheram e com os pronomes com que se identificam.

No decorrer da consulta tomei conhecimento de iniciativas e associações que visam promover a saúde e o bem-estar das populações LGBTI, potenciar a sua inclusão de forma integrada, combater a discriminação e violência a que este grupo está mais vulnerável, capacitar públicos estratégicos, dar apoio social, disponibilizar apoio psicológico. Algumas destas associações incluem o Centro Gis, Opus Diversidades e Associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexual e Identidade de Género (AMPLOS) que também desenvolvem várias iniciativas e atividades que procuram aproximar estes grupos da comunidade, bem como dar acolhimento a pessoas que provêm de situações sem condições mínimas de sobrevivência, com necessidade de ajuda imediata e que constituem um perigo real iminente a curto prazo.^{18, 19, 20}

Terapia de Casal

A terapia de casal é uma terapia de comunicação, cujo foco é atuar nas áreas que se consideram menos funcionais, por diferentes métodos e em função das características do casal e das áreas de conflito.

Neste contexto, a primeira parte da intervenção na consulta assistida consistiu numa reflexão por parte do casal sobre o que consideram ser os principais problemas com afetação da sua relação e perceção de conflitos. O casal identificou a irritabilidade e a menor interação positiva do marido no contexto familiar, que este associa a problemas laborais, como o fator mais impactante na comunicação entre ambos. Associaram, ainda, a ansiedade do homem durante o ato sexual como principal causa para a sua incapacidade de ereção - tendo sido a disfunção erétil o motivo de pedido de consulta -, sendo que esta ansiedade é agravada em períodos de maior *stress*, culminando numa sensação de frustração no homem e perpetuação de todo o quadro. Como primeira intervenção terapêutica, foi sugerido a experimentação do ato sexual nas suas mais variadas formas sem a ocorrência de penetração, com reavaliação em consulta dentro de 1 mês, de forma a diminuir a ansiedade e frustração do homem associada à ereção e a aumentar a sua confiança na capacidade de dar prazer sexual à sua parceira.

Tendo sido esta uma área com a qual nunca tinha contactado e que é manifestamente diferente de todo o tipo de consulta em que estive presente durante a minha formação médica,

considero que foi uma oportunidade que enriqueceu muito a minha experiência de estágio. Contactar com um tipo de estabelecimento de relação de confiança entre médico-doente, anamnese e estruturação de consulta tão singulares e diferenciados, bem como com uma orientação terapêutica particular foi um excelente momento de aprendizagem.

Unidade de Eletroconvulsivoterapia

A ECT é um método de tratamento de várias patologias nomeadamente depressão grave, episódio maníaco agudo, catatonia e esquizofrenia resistente bem como tratamento de grupos vulneráveis como idosos e grávidas. A resposta terapêutica à administração de ECT é normalmente mais rápida do que a dos psicofármacos,^{21,22} contudo o seu uso diminuiu consideravelmente após os anos 70 devido à introdução dos mesmos. Por outro lado, a principal indicação para a realização de ECT também passou de ser primeira para última linha em doenças mentais graves e resistentes.²³

Apesar de ser um método seguro e eficaz^{24,25} este tratamento continua a ser controverso na população em geral e na comunidade médica, pelo que se estima que o seu uso seja inferior ao adequado, prejudicando o tratamento e o prognóstico de diversas doenças psiquiátricas.²² Vários estudos²⁶ mostram que a maioria das pessoas está mal informada sobre a técnica, obtendo informação através de fontes que transmitem uma imagem errada e negativa. Por outro lado, o nível de conhecimento acerca da ECT no seio dos profissionais de saúde constitui uma barreira na referência dos doentes para este método de tratamento.^{26,27}

A Unidade de Eletroconvulsivoterapia tem como responsável o Dr. Jorge Mota. Integrei uma equipa da unidade composta pelo próprio, por equipa de enfermagem, anestesista e um interno de formação específica em psiquiatria de 4º ano.

A ECT consiste na estimulação elétrica cerebral, induzida de modo controlado, sob anestesia geral, com o objetivo de obter uma crise convulsiva tónico-clónica generalizada.

Assisti a 7 administrações da técnica, 43% mulheres e 57% homens (Gráfico 10), sendo que a amostra incluiu doentes em regime de internamento e em regime ambulatorio. A média de idades entre homens e mulheres é bastante semelhante, correspondendo a 60 e 59 anos, respetivamente (Gráfico 11). Quanto ao tipo de administração de ECT, 5 foram de manutenção (que tem vindo a surgir como uma alternativa ao tratamento farmacológico isolado, de modo a complementar as estratégias existentes atualmente, aumentando a taxa e duração da remissão²⁸) e 2 foram de primeira administração com aferição de parâmetros, correspondendo a 71% e 29% da amostra, respetivamente (Gráfico 12).

Observei a aplicação do protocolo da técnica, que inclui manter a segurança do paciente com a confirmação da sua identidade, do estado de jejum e a monitorização dos sinais vitais por um período de 30 minutos até 1 hora após o tratamento. Durante a técnica, além dos sinais vitais,

é avaliada a saturação de oxigénio, o ritmo cardíaco através do eletrocardiograma, e a atividade elétrica do cérebro através da eletroencefalograma (EEG). O EEG é especialmente importante porque permite confirmar a ocorrência de convulsão e a sua duração, bem como avaliar a sua adequação.

Presenciei também a técnica de indução anestésica, com a pré-oxigenação inicial que é importante para garantir uma maior segurança da ECT e diminuir efeitos adversos; a administração de atropina para prevenir bradicardia induzida e excesso de secreções orais; administração do anestésico, sendo o metohexital o anestésico de eleição, uma vez que o propofol pode ter atividade anticonvulsivante, diminuindo a duração da convulsão; administração do relaxante muscular succinilcolina para prevenir lesões musculoesqueléticas que podem estar associadas ao envolvimento motor da convulsão. É depois iniciada a ventilação pela anestesiologia através de máscara facial com 100% de oxigénio.

A dose do estímulo elétrico administrada é calculada empiricamente no primeiro tratamento e, se esta não for suficiente para provocar convulsão, vai-se administrando doses progressivamente maiores até que esta ocorra. Na ECT de tratamento primário que presenciei, observei precisamente este fenómeno, tendo sido necessário aumentar três vezes a dose até esta ser ideal para provocar a convulsão, enquanto nas ECT de manutenção os estímulos administrados com base nos tratamentos anteriores para os respetivos doentes foram suficientes na primeira tentativa para provocarem o episódio convulsivo.

Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto

O SSMCP do HML visa garantir à população adulta da área de influência do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Porto Ocidental acesso a cuidados especializados de Psiquiatria e Saúde Mental, prestados por equipas multidisciplinares especializadas. A área de intervenção do ACeS Porto Ocidental contempla quatro freguesias da cidade do Porto, incluindo Ramalde, União das Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, União das Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória, e União das Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos.

O SSMCP está estruturado de forma a atuar em quatro eixos, nomeadamente Cuidados de Saúde Primários, Internamento de doentes agudos no HML, Equipa de Intervenção Comunitária (EIC) / Ambulatório e Colaboração com as Estruturas da Comunidade. Desta forma, trabalha na aproximação das estruturas de Saúde Mental à população geral.

De acordo com a União Europeia e a OMS, o modelo de intervenção em Saúde Mental mais económico e eficaz baseia-se na integração dos Serviços de Saúde Mental nos Serviços de Saúde

Geral, através de equipas comunitárias multidisciplinares. Assumindo o internamento a maior parte do consumo dos recursos – 83% dos recursos financeiros globais em saúde mental²⁹ - é indispensável e prioritário o trabalho desenvolvido pela EIC. Este trabalho inclui a continuidade de gestão integrada de casos, administração de antipsicóticos *retard*, intervenção na crise e trabalho com doentes e famílias no domicílio.

Por outro lado, os cuidados devem, sempre que possível, ser prestados no meio menos restritivo possível, de forma a evitar o afastamento dos doentes do local de residência e a facilitar a sua reabilitação e inserção sociais, abordando a saúde mental de um ponto de vista holístico.²⁹ Constata-se, também, que os doentes aguardam longos períodos de tempo desde o momento da alta do internamento até ao início do acompanhamento em consulta da especialidade, sem que durante esse intervalo contactem com cuidados ambulatoriais psiquiátricos.³⁰

De forma a ultrapassar estas dificuldades, surgiu o desenvolvimento de equipas multidisciplinares para formação de Serviços Comunitários de Saúde Mental que incluem Psiquiatras, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais, que prestam um conjunto de intervenções ou cuidados de saúde a adultos com doenças mentais graves numa área geográfica concreta.³¹ A criação de serviços descentralizados e a subsequente desinstitucionalização dos doentes proporcionou uma melhoria do funcionamento social e da efetividade terapêutica, com redução da necessidade e da duração dos internamentos psiquiátricos, constituindo esta componente comunitária uma vantagem quer para os doentes quer para os cuidados de saúde e gestão dos mesmos.⁴

No que toca ao eixo de ação nos Cuidados de Saúde Primários, o SSMCP pretende promover uma melhor comunicação com os médicos de família e otimizar o diagnóstico e referenciação para os cuidados psiquiátricos especializados.

Internamento

A população-alvo de doentes no internamento refere-se aos pacientes com o primeiro episódio psicótico, esquizofrenias refratárias, doença bipolar de difícil controlo, depressão grave e outras doenças mentais graves. Para além de se fazer a investigação diagnóstica, estruturar o plano terapêutico individualizado para cada doente com supervisão do mesmo, fazer intervenções com familiares e cuidadores, promover ações de psicoeducação e treino de competências da vida diária, a EIC faz uma avaliação dos doentes a serem acompanhados pela equipa após a alta.

Na valência do internamento, assisti a uma reunião entre a equipa de profissionais de saúde e os doentes, que se realiza semanalmente à segunda-feira, no período da manhã e em que a participação é livre e sem tema definido. Esta reunião contou com 17 doentes e tem como objetivo

apresentar e integrar novos profissionais e/ou doentes internados, e criar um momento de reflexão crítica coletiva sobre a organização, atividades e logística do internamento, com um momento final para sugestões de melhoria. É um momento que serve, também, para esclarecer dúvidas aos doentes sobre o funcionamento do serviço, promovendo a compreensão das regras estipuladas e melhorando a aceitação e cumprimento das mesmas. É uma iniciativa que considero de extrema importância, uma vez que aproxima muito os doentes dos profissionais de saúde, contribuindo positivamente para a relação terapêutica, e abre um espaço para que os doentes possam partilhar situações ou dinâmicas que não lhes sejam favoráveis, criando um ambiente de confiança e partilha. Permite ainda que o serviço identifique dificuldades que não estejam a contribuir para o tratamento e procure solucionar problemas dentro do que é possível a nível dos recursos disponíveis.

Nesta reunião foi referido por parte dos doentes a necessidade de terem uma referência temporal quanto à data do dia em que se encontram e mais períodos de lazer no jardim; mencionaram, também, o facto de haver um tempo de espera de três horas entre a hora de acordar e a toma do pequeno-almoço e mostraram-se descontentes por só terem direito a um telefonema por dia. Sugeriram, ainda, a colocação complementar do material afixado traduzido em inglês, uma vez que uma das utentes tinha nacionalidade estrangeira. Por parte dos profissionais de saúde, foi reforçado o perigo de fuga através das grades que cercam o jardim – uma vez que na semana anterior um doente teria tentado fugir por este meio – e a proibição, para os doentes que têm critério para sair do internamento para as restantes instalações do hospital no horário atribuído, de trazer alimentos para os restantes utentes que não o podem fazer, explicando que pode levar a descompensação de doenças crónicas como, por exemplo, da diabetes mellitus. Foi explicado que os doentes podem efetivamente receber um telefonema por dia, não sendo possível mais devido à sobrecarga das linhas telefónicas do hospital. Por último, tendo em conta que a ida para o jardim implica descida de escadas, é necessário a presença de um técnico auxiliar de saúde, pelo que devido aos recursos humanos reduzidos, torna-se difícil de resolver a questão.

Assisti à reunião clínica da equipa multidisciplinar do SSMCP que se realiza semanalmente à terça-feira, por voltas das 10 horas, presidida pela Dra. Ana Maria Moreira – diretora do serviço - com a presença de médicos psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, internos de formação específica de psiquiatria e medicina geral e familiar. Esta reunião visa a discussão dos casos clínicos de todos os doentes internados no serviço e dos doentes acompanhados pela EIC, em que todos os profissionais presentes, sempre que necessário e quando relevante, dão o seu contributo para a definição de uma estratégia terapêutica a seguir o que permite uma gestão coletiva de dificuldades no diagnóstico, tratamento, alta e situação social dos

doentes. Também foram abordadas situações de cariz administrativo. Foi muito interessante contactar, na prática, com o conceito de equipa multidisciplinar e compreender a complexidade da preparação da alta clínica, na medida em que, mais do que critérios clínicos, é necessário assegurar a existência de um suporte familiar e social favorável, sendo que algo que foi uma situação muito presente nesta reunião foi a existência de doentes com condição clínica estável que aguardavam a alta precisamente por questões sociais.

Estive presente na formação “Tratamento não hormonal na abordagem dos sintomas vasomotores”, realizada por duas médicas internas de formação específica de Medicina Geral e Familiar do ACeS de Gondomar.

Presenciei o processo de transferência de um doente internado com esquizofrenia para o Serviço de Intervenção Intensiva, após tentativa de incêndio no depósito de lixo associada a agitação e risco de heteroagressividade.

Por último, acompanhei a realização de um diário clínico, em que é fundamental fazer menção à evolução do estado clínico do doente, nomeadamente a resposta à terapêutica, e aprofundar a história do doente quando relevante. Na maioria das vezes, não se consegue obter toda a informação na primeira entrevista, sendo que, ao longo do internamento, principalmente devido ao fortalecimento das relações terapêuticas, é possível completar a história clínica.

O estágio constituiu o meu primeiro contacto com o internamento psiquiátrico, sendo que dois aspetos que se destacaram particularmente em comparação com internamentos onde já tinha estado presente – para além do tipo de patologias – foi o facto de haver uma monitorização contínua dos doentes através de sistemas de câmaras localizados em todos os espaços do Serviço, à exceção da casa de banho, e de todas as portas estarem fechadas à chave impedindo o livre trânsito dos doentes entre espaços. Ambas as medidas visam garantir a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde.

Equipa de Intervenção Comunitária

Tive a oportunidade de acompanhar uma EIC, constituída pela Enfermeira Carla Loureiro e a Enfermeira Andreia Teixeira, tendo feito nove visitas domiciliárias.

A EIC tem como objetivo promover a integração social, autonomia e adesão terapêutica e pretende também promover ações de psicoeducação, realizar treino cognitivo e de competências bem como trabalhar a emoção dos doentes e cuidadores/familiares, contribuindo todos estes fatores para a diminuição de reinternamentos. A sua população alvo consiste em doentes com doença mental grave, realizando o seu acompanhamento domiciliário no pós-alta.

No decorrer das visitas domiciliárias, contactei na totalidade com doentes com patologia psicótica. As principais intervenções de enfermagem consistiram na administração de medicação antipsicótica sob forma de injetável - em doentes com antecedentes ou risco de incumprimento terapêutico e em doentes em regime compulsivo -. Contudo, foi também avaliado o humor dos doentes e a sua capacidade de organização autónoma no domicílio, averiguou-se alterações do comportamento e sinais de alarme, foi feita psicoeducação individualizada de acordo com as dificuldades próprias e atualização da situação social, com gestão das necessidades e problemas de cada doente, para posterior articulação com o seu médico e/ou assistente social. Os ensinamentos sobre importância da adesão ao projeto terapêutico e estilos de vida saudáveis (hábitos tabágicos, higiene do sono, prática de exercício físico) também ocuparam grande parte da visita.

A maioria dos doentes com que contactei neste contexto, já tinham uma longa evolução de doença, com toma de antipsicóticos há vários anos. Desta forma, pude objetivar, numa das visitas, uma doente com efeitos extrapiramidais nomeadamente a acatisia bem como distonia oromandibular.

No que concerne à retaguarda socioeconómica e habitacional, o facto de integrar a EIC permitiu-me ter um contacto direto e esclarecedor com a realidade que muito frequentemente se associa a estes doentes e que não só resulta, mas reforça o contributo para a sua marginalização, desintegração social e insucesso terapêutico. Da amostra de doentes observados, alguns tinham habitação própria com as condições básicas, contudo outros estavam hospedados em quartos sociais individuais ou partilhados e sem relações familiares ou sociais de apoio.

O contacto com esta vertente da Psiquiatria Comunitária foi, indubitavelmente, desafiador e enriquecedor, e permitiu-me compreender de uma forma mais objetiva e global a importância dos fatores socioambientais na patologia psiquiátrica.

Grupo de Ajuda Mútua para Familiares de doentes com Patologia Psicótica

Os primeiros anos após o primeiro episódio psicótico constituem um período crítico de atuação, uma vez que pode ocorrer uma deterioração clínica muito acentuada com determinação do prognóstico da doença, sendo uma janela terapêutica de atuação fundamental. Um maior número de episódios psicóticos nas fases iniciais da doença associa-se a pior prognóstico. A instalação da doença ocorre em idades jovens, pelo que na maioria dos casos há um contacto muito próximo com a família e coabitação, pelo que a forma como o seio familiar responde tem uma grande influência no curso da doença: níveis altos de hostilidade, emoção expressa ou crítica estão associados a uma pior evolução.^{32,33}

Contudo, é muito frequente nos membros da família haver exaustão e aumento dos níveis de *stress*, dificuldade em usar estratégias para gerir os comportamentos e emoções do doente e confrontação com o estigma associado à patologia. As dificuldades económicas, impacto laboral, isolamento e papel social menos ativo associado à exaustão são também efeitos objetivos documentados. Desta forma, surgem programas terapêuticos que visam dar apoio a estas famílias, com vista a gerir o impacto da doença no contexto familiar, mas também de forma a melhorar o prognóstico dos doentes.^{33,34}

O Grupo de Ajuda Mútua (GAM) é um grupo criado pelo SSMCP que constitui uma intervenção de psicoeducação em famílias de doentes com patologia psicótica de forma a facilitar e melhorar o conhecimento sobre a doença, bem como a geri-la. A reunião realiza-se na primeira segunda-feira de cada mês, às 18 horas, sendo que estive presente na reunião do dia 4 de abril de 2022. Anteriormente, nessa mesma tarde, ocorreu a Reunião de Grupo dos Doentes com Patologia Psicótica inseridos no Programa de Psicoeducação, na qual não pude comparecer, na medida em que por ser um elemento novo sem perspetiva de integração futura no grupo, poderia constituir um fator destabilizador e prejudicar as atividades dos doentes.

A reunião contou com a presença de 7 familiares de doentes com patologia psicótica seguidos no HML, duas enfermeiras e duas médicas psiquiatras do SSMCP, tendo-se iniciado com uma dinâmica de apresentação de todos os presentes - tanto familiares como profissionais -, de forma a criar um ambiente mais confortável e de confiança para a partilha que se seguiu. Para alguns dos participantes, esta era a primeira reunião, enquanto que outros já tinham um percurso mais longo no GAM.

Um dos principais objetivos do GAM é dar a oportunidade para que ocorra uma conversa informal entre familiares e profissionais de saúde que lidam diariamente com doentes com patologia psicótica, criando um espaço para partilha de dúvidas e fornecimento de estratégias na gestão dos doentes, quer em ambiente familiar quer no contacto médico. Aprender a lidar com as particularidades e especificidades do seu comportamento, bem como auxiliar na resposta às dificuldades do dia-a-dia através da partilha de testemunhos e experiências entre familiares e profissionais é de extrema importância para ajudar na comunicação com o doente com patologia psicótica, o que ajuda a melhorar as suas relações interpessoais e capacidades sociocognitivas. Desta forma, para além de ajudar os familiares e profissionais de saúde, ajuda, também, a atividade terapêutica dos doentes e melhora a identificação precoce de sinais de alarme. Por outro lado, é também uma forma muito eficaz de rever conceitos que foram aprendidos pelos familiares na formação de psicoeducação mais intensiva que o SSMCP fornece aos familiares dos doentes e que pretende ajudá-los a compreender a doença, a sua manifestação clínica e as implicações na

qualidade de vida. É uma oportunidade que auxilia, também, na gestão de expectativas e frustrações associadas que envolve muitas vezes o seio familiar.

Após a dinâmica de apresentação inicial, foi proposto aos familiares que partilhassem os aspetos que consideravam que o GAM os poderia ajudar, sendo que, de uma forma bastante uniforme, a obtenção de estratégias para aprender a responder a comportamentos e emoções através do contacto com testemunhos de situações que têm a doença psicótica como denominador comum - embora mantendo em mente que deve haver uma aplicação individual e ajustada para cada doente – foi o objetivo pessoal mais referido. Aprender a lidar com a doença mental em casa, obter informação, pertencer a uma rede de familiares que apoiem e que compreendem as suas dificuldades, bem como a sensação de compreensão na partilha das experiências sem o estigma associado, foram as principais expectativas gerais.

O principal tema das partilhas dos familiares acabou por ser, de uma forma espontânea e natural, a culpabilização associada ao recurso aos cuidados de saúde com o intuito de haver um internamento compulsivo dos seus familiares, nos períodos de descompensação da doença, sentimento este que se revelou transversal a todos os cuidadores presentes que se viram obrigados a tomar essa decisão. Também foi referida por parte de alguns participantes, a culpabilização associada ao facto de não terem compreendido os sintomas iniciais da doença, o que levou à procura de intervenção médica num momento com uma evolução já prolongada do primeiro episódio psicótico.

Serviço de Reabilitação Psicossocial

O SRP está integrado no Departamento de Ambulatório, assegurando ainda a prestação de cuidados de reabilitação e reinserção aos doentes de evolução prolongada, internados na Unidade de Apoio (unidade destinada a utentes sem retaguarda familiar e que residem no hospital). A responsável por este serviço é a Dra. Margarida Passos em articulação com o Enfermeiro José João Silva. Funciona todos os dias úteis, entre as 8 e as 16 horas, de forma contínua, salvaguardando as especificidades decorrentes do funcionamento dos diferentes ateliers/oficinas e dos diferentes grupos profissionais.

Neste serviço, tive a oportunidade de integrar a equipa, conhecendo as suas dinâmicas e participando nas suas múltiplas atividades. Acompanhei as atividades dos ateliers de cerâmica e trabalhos manuais e interagi com vários utentes que integram esses programas bem como com os professores qualificados responsáveis. Foi-me apresentado o funcionamento e organização de cada atelier, os materiais e tecnologias disponíveis, bem como as iniciativas intra e extra-hospitalares nas quais o serviço participa de forma a aproximar os utentes e o seu trabalho da comunidade.

Quer no atelier de cerâmica, quer no atelier de trabalhos manuais, os professores responsáveis informaram-me acerca dos níveis de capacidade funcional e social dos utentes presentes, em associação com a tarefa pela qual estes estavam responsáveis.

O serviço trabalha seguindo dois conceitos fundamentais: *recovery* (processo individual de definir e operar as mudanças que considera necessárias para atingir o nível de funcionamento e integração social por si pretendido) e *empowerment* (papel ativo na reabilitação, com controlo de decisões e ações). Desta forma, o SRP trabalha a recuperação e/ou aquisição de competências pessoais e sociolaborais, necessárias ao funcionamento em comunidade com a maior autonomia e qualidade de vida possível, para que o doente se sinta gratificado no desempenho dos seus papéis sociais. Treinam-se aptidões como pontualidade, cordialidade, responsabilidade e relacionamento interpessoal e oferece-se apoio, orientação e formação às famílias. A sua articulação contínua com outros serviços, intra e extra-hospitalares, visa a promoção do funcionamento psicossocial autónomo do doente, a prestação de um apoio específico e estruturado que possibilite a diminuição da incapacidade com o conseqüente benefício na integração na família e na comunidade. O serviço também dá apoio a doentes internados e articula com estruturas da comunidade como empresas de inserção e fóruns socio-ocupacionais.

Os ateliers, orientados por professores especializados, estão destinados ao treino de competências específicas relacionadas com a vida quotidiana (culinária, informática, carpintaria, tipografia e encadernação), com a promoção da saúde (natação, ginástica e relaxamento) e com a vertente artística (cerâmica, pintura, teatro, trabalhos manuais, artes têxteis, grupo coral e de percussão). São disponibilizados grupos de relaxamento e estimulação cognitiva, assim como um espaço de reabilitação neuropsicológica individual. Os utentes têm direito a um intervalo para lanchar, sendo que podem, inclusive, dirigir-se ao bar do hospital e/ou passear pelos jardins, usufruindo desse momento de prazer, acabando por ser um período que promove interação. A criação de artigos acompanha normalmente a época do ano ou a preparação para uma época, sendo posteriormente integrados em feiras organizadas pelo hospital cujo lucro das vendas reverte a favor da instituição. Em abril, período em que estive presente no serviço, os utentes encontravam-se a criar peças natalícias e associadas à primavera. Algumas das peças são guardadas para exposição, para oferecer a personalidades de relevo ou como lembrança a participantes em atividades do hospital. Esporadicamente, os doentes podem ficar com artigos se estes tiverem um grande significado pessoal ou se quiserem oferecer a um ente querido.

O SRP dinamiza algumas atividades culturais, sociais, desportivas e recreativas das quais se destacam o Jornal "Tela", as visitas culturais, a participação ativa em eventos realizados no Hospital, as exposições em estruturas externas ao Hospital de produtos manufaturados pelos utentes do Serviço e a divulgação da atividade dos grupos de Expressão Cénica e Musical, tanto no Hospital

como no exterior. Adicionalmente, isto permite uma aproximação do doente à comunidade, diminuindo o estigma e a marginalização.

Alguns dos critérios para a admissão dos doentes no SRP incluem idade igual ou superior a 18 anos, presença de alterações psiquiátricas crónicas que incapacitem ou limitem de forma importante a atividade social e pessoal no meio extra-hospitalar, fracasso na adaptação e funcionamento psicossocial que faz com que o seguimento ambulatório seja insuficiente e aceitação voluntária do programa.

Quando os doentes são provenientes da CE, podem frequentar o Serviço em regime de Hospitalização Parcial segundo duas modalidades: Centro de Dia ou Clube Terapêutico. O Centro de Dia é uma modalidade de frequência diária dos programas existentes; o Clube Terapêutico permite a frequência duas ou três vezes por semana. Proposta a admissão dos doentes no Serviço, primeiramente é realizada uma avaliação inicial da Equipa e elaboração de Plano Individual de Cuidados, de acordo com as necessidades, aptidões, objetivos terapêuticos e objetivos do próprio doente. Depois, são estabelecidos o horário e as atividades que o doente irá frequentar, de acordo com a sua preferência e capacidade. É atribuído, ainda, um par terapêutico que contempla um enfermeiro responsável pelo acompanhamento do seu percurso.

O SRP foi uma excelente oportunidade para praticar diferentes formas de comunicar e de adaptar a minha interação às necessidades e especificidades dos vários doentes presentes, uma vez que apresentavam capacidade funcional, social e cognitiva muito distintas. Tive, ainda, a oportunidade de confirmar individualmente com cada utente com que contactei, sem exceção, que os programas do SRP têm um impacto muito positivo no seu quotidiano, sendo que a maioria referiu que descobriram atividades que lhe dão muito prazer e nos quais se sentem úteis, e, o facto de terem o seu horário para frequentarem os programas, diminui o seu isolamento e permite-lhes criar uma rotina mais saudável.

Discussão

Este estágio permitiu-me conhecer a organização e estrutura do HML, contactar com vários dos seus departamentos, integrar várias equipas de saúde e compreender a dinâmica de vários serviços. Adicionalmente, pude conhecer as várias funções e o papel de uma grande variedade de profissionais de saúde no que toca ao contexto psiquiátrico, desde médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e secretariado clínico.

No que toca à CE, considero que consegui tirar o maior aproveitamento possível desta valência, tendo contactado com uma grande quantidade de doentes e patologias, o que foi uma mais valia, principalmente porque há várias perturbações psiquiátricas que, normalmente, não se encontram no internamento ou noutras áreas de funcionamento dos cuidados de saúde.

Surge como relevante fazer uma recomendação para tentar combater as faltas dos doentes às consultas, que foi uma situação frequente que fui verificando ao longo do estágio, nomeadamente com o envio de uma mensagem de texto eletrónica e automática para o telemóvel nos dias anteriores à consulta de forma a lembrar os doentes e a permitir uma melhor reorganização das suas atividades e evitar desmarcações de última hora com prejuízo da utilização dos cuidados de saúde especializados. Outra situação que verifiquei foi o facto de alguns profissionais fazerem o registo da consulta em papel, a ser colocado no processo do doente, em vez de registarem no processo clínico eletrónico o que dispersa a informação e diminui a sua acessibilidade quando o doente tem que passar a ser seguido por outro médico ou no caso de necessidade de acesso aos registos eletrónicos, em contexto de acompanhamento do doente, por parte de outros serviços e instituições de saúde públicas, como, por exemplo, nos cuidados de saúde primários.

O internamento do SSMCP superou as minhas expectativas, não só por ter sido o meu primeiro contacto com um internamento psiquiátrico, mas também devido à variedade de atividades em que fui integrada, sendo que a que mais me surpreendeu foi a reunião com profissionais de saúde e utentes, uma vez que considero um esforço de extrema importância e com inúmeras vantagens positivas para o serviço e para o processo terapêutico dos internados. Contudo, considero que seria importante para os doentes aumentar o número de períodos de terapia ocupacional, que, atualmente, ocorre apenas à quinta e sexta feiras.

Da mesma forma, a integração na equipa do SRP foi uma área de formação muito diferenciadora, na medida em que me permitiu contactar com uma intervenção terapêutica muito distinta dos tratamentos médicos e cirúrgicos com que tão frequentemente contactei ao longo do

meu percurso académico. Após contactar com este serviço e conhecer a qualidade dos trabalhos realizados pelos utentes e as iniciativas e projetos em que participam, bem como a dedicação e o empenho investido pelos professores, acredito que seria muito importante fazer uma maior divulgação destes projetos, não só para aproximar estes doentes da comunidade, mas também para haver uma maior valorização dos mesmos. Assim, sugiro a criação de um *website* e/ou a integração na rede social que se considere mais adequada, dedicados à partilha de fotografias, e/ou outros conteúdos de multimédia, dos artigos criados e à divulgação das atividades, sendo que os próprios doentes podiam ser incluídos neste processo, nomeadamente os que integram o programa de informática.

Relativamente a outros internamentos, no que concerne às PCA, a sua população de doentes exige um tratamento muito especializado com acompanhamento por equipas com formação específica, pelo que constitui uma realidade médica, mesmo dentro da própria psiquiatria, muito diferenciadora, sendo que o mesmo acontece com a Psicogeriatria, pelo que considero que teria sido uma mais valia ter organizado o tempo de estágio de forma a conhecer o internamento de ambas, caso houvesse disponibilidade por parte dos respetivos serviços.

Apesar de haver um grande interesse em contactar com o Serviço de Intervenção Intensiva, tal não foi possível devido a restrições do serviço associadas à pandemia. Desta forma, este, que era um dos meus principais objetivos, acabou por não ser cumprido.

Foi-me dada a possibilidade por parte do Dr. Paulo Horta em assistir a uma sessão de Terapia Familiar e Sistémica, contudo, não pude comparecer devido a incompatibilidade de horário com outras atividades da minha formação médica e, sendo esta uma sessão que ocorre esporadicamente, acabou por não surgir uma nova oportunidade. A Dra. Zélia Figueiredo também me concedeu a oportunidade de assistir a uma Reunião de Grupo de pessoas trans, contudo não ocorreu nenhuma durante o meu tempo de estágio. Teriam sido duas atividades em que tinha um grande interesse de integrar e que considero que acrescentariam muito à minha formação, pelo que denoto como outro objetivo não cumprido.

Conclusão

A complexidade da doença mental e da gestão da mesma constituem um grande desafio para mim, e a possibilidade de poder contactar estreitamente com as várias áreas funcionais e dinâmicas de um hospital psiquiátrico de referência, como o é o HML, foram determinantes na minha escolha de realização da tese de mestrado em Psiquiatria. Por outro lado, o facto de ter visto a minha formação prática tão prejudicada, nas suas várias vertentes, devido à pandemia, fez com que a modalidade de estágio fosse, sem dúvida, para mim, a vertente com mais interesse.

Constituiu a oportunidade excelente de consolidar conhecimentos práticos e teóricos adquiridos na Unidade Curricular de Psiquiatria, que serão muito úteis na prática médica e funcionando como um grande complemento à minha formação médica.

Sendo uma área de interesse, foi muito enriquecedor ter esta oportunidade de contactar tão intimamente com a especialidade, compreendendo o papel de um médico psiquiatra e a realidade dos cuidados de saúde psiquiátricos portugueses.

A nível pessoal, a possibilidade de interagir com contextos sociais tão diferentes, histórias e realidades singulares bem como com profissionais de saúde com uma qualidade de trabalho e dedicação aos doentes tão exímia, permitiu um grande crescimento pessoal e um maior desenvolvimento de empatia.

Por fim, de referir que, apesar de nem todos os objetivos terem sido atingidos, considero que, por tudo o que experienciei e aprendi, o estágio foi um sucesso.

Anexos

Tabelas

Tabela I: Distribuição horária por local de estágio

	Número de horas (h)
Consulta Externa	55
Serviço de Saúde Mental Comunitária	16
Serviço de Reabilitação Psicossocial	8
Eletroconvulsivoterapia	4

Tabela II: Médicos assistentes acompanhados na Unidade de Consulta Externa

Tipo de Consulta	Médico assistente
Consulta de Psiquiatria Geral	Dra. Zélia Figueiredo Dr. João Freitas Dr. Gustavo França Dr. Nelson Freitas Dra. Filipa Caetano Dra. Bárbara Almeida Dra. Sofia Gomes Dra. Ana Maria Moreira Dra. Bárbara Batista
Consulta de Psicogeriatrica	Dr. João Freitas
Consulta de Neurodesenvolvimento	Dr. Gustavo França
Consulta de Perturbações do comportamento alimentar	Dra. Bárbara Almeida
Consulta de Cessação Tabágica	Dr. Gustavo França
Consulta de Sexologia	Dra. Zélia Figueiredo
Psiquiatria Comunitária	Dra. Ana Maria Moreira
Consulta de Stress Pós-Traumático	Dra. Margarida Passos

Figuras

Questions	Answers	Points
1. How soon after you wake up do you smoke your first cigarette	Within 5 minutes	3
	6-30 minutes	2
	31-60 minutes	1
	After 60 minutes	0
2. Do you find it difficult to refrain from smoking in places where it is forbidden e.g. in church, at the library, in cinema, etc.?	Yes	1
	No	0
3. Which cigarette would you hate most to give up?	The first one in the morning	1
	All others	0
4. How many cigarettes/day do you smoke?	10 or less	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 or more	3
5. Do you smoke more frequently during the first hours after waking than during the rest of the day?	Yes	1
	No	0
6. Do you smoke if you are so ill that you are in bed most of the day?	Yes	1
	No	0

Figura 1 – Teste de Fagerstrom ³⁵

Nome..... Processo..... Telefone.....

Idade..... Habilitações Literárias..... Profissão.....

Teste de Richmond

1. Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?

Não..... (0)

Sim..... (1)

2. Tem realmente vontade de deixar de fumar?

Nenhuma..... (0)

Pouca (1)

Alguma..... (2)

Muita..... (3)

3. Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas duas semanas?

Não acredito..... (0)

Talvez (1)

Provavelmente..... (2)

De certeza..... (3)

4. Pensa que será ex-fumador(a) dentro de 6 meses?

Difícilmente..... (0)

Pode ser..... (1)

Provavelmente..... (2)

De certeza..... (3)

Total de Pontos: _____

Grau de Motivação:
Motivação Fraca – 0 a 5
Motivação Média – 6 a 8
Motivação Forte - > 8

Figura 2 - Teste de Richmond. Fonte: UPL-PS- CHUP

Gráficos

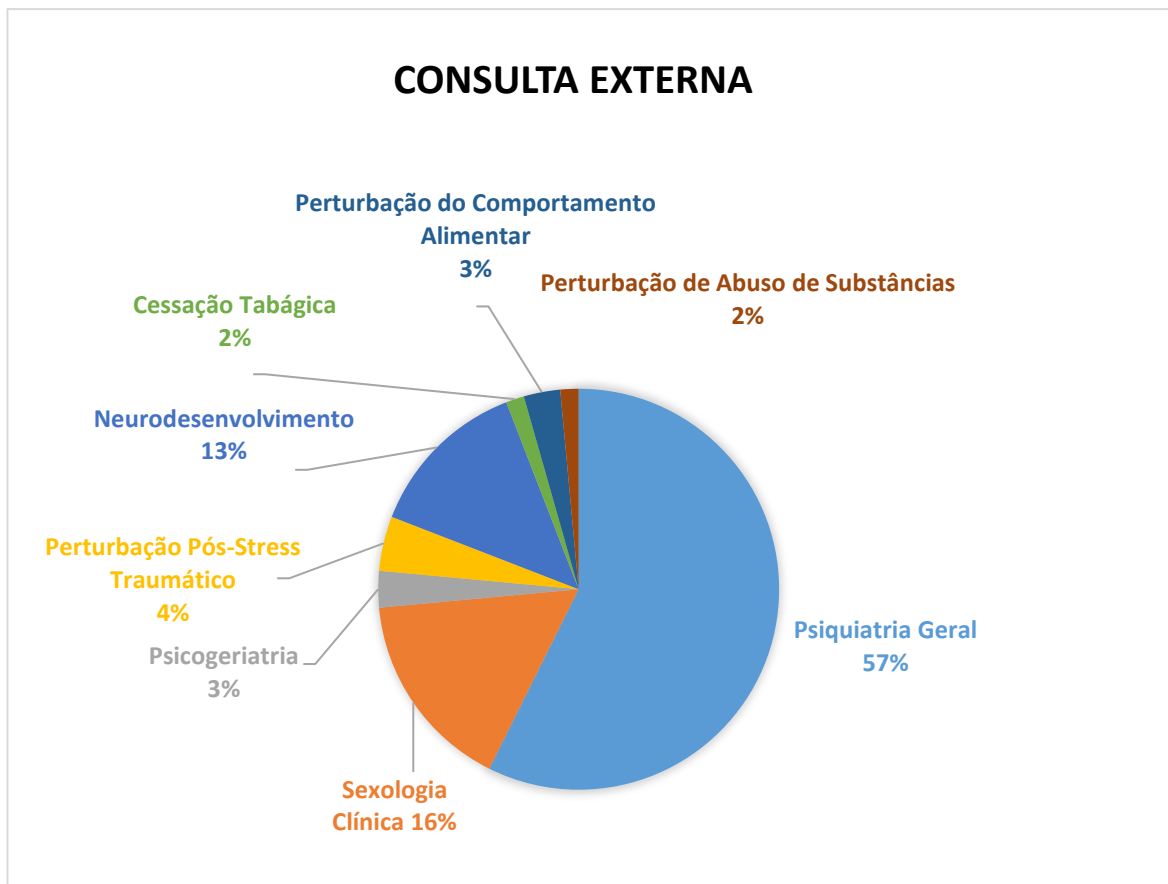


Gráfico 1 – Distribuição por Consulta Externa

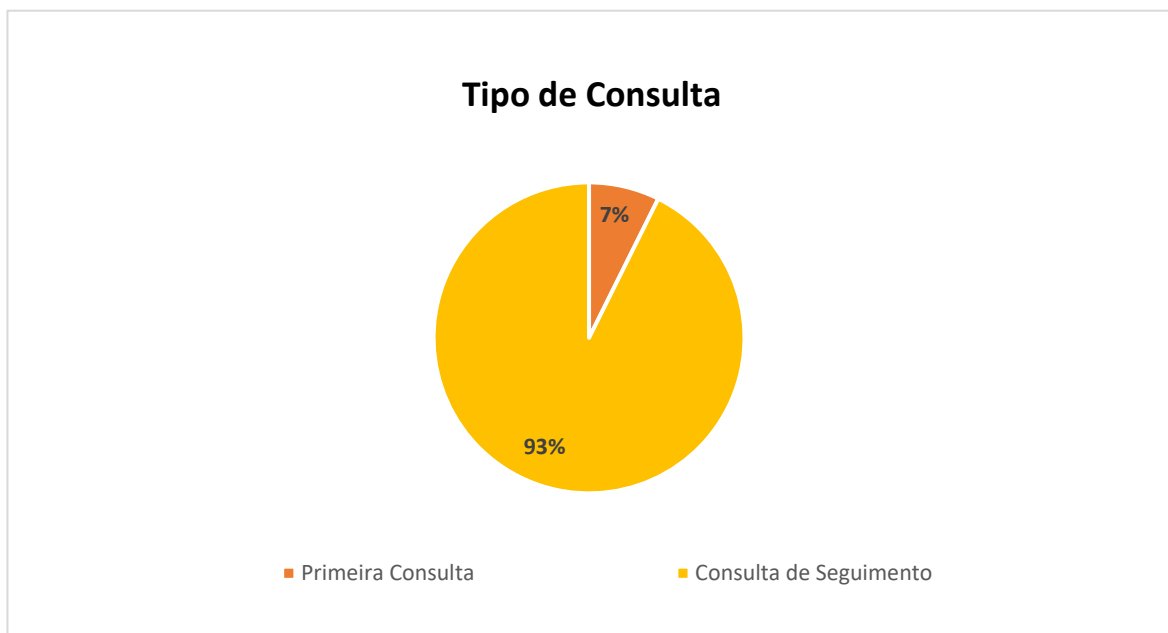


Gráfico 2 – Distribuição por tipo de consulta

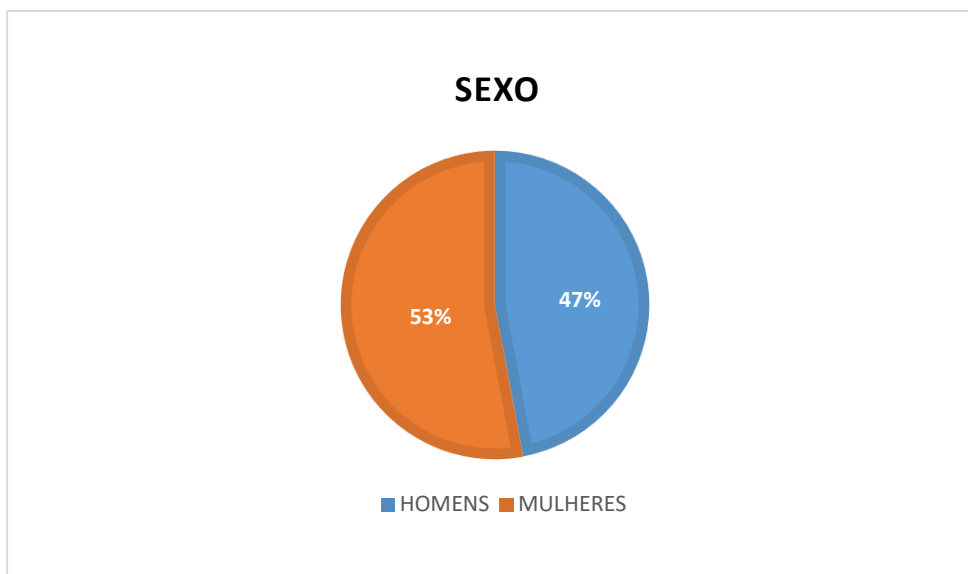


Gráfico 3 – Distribuição por sexo – Consulta Externa

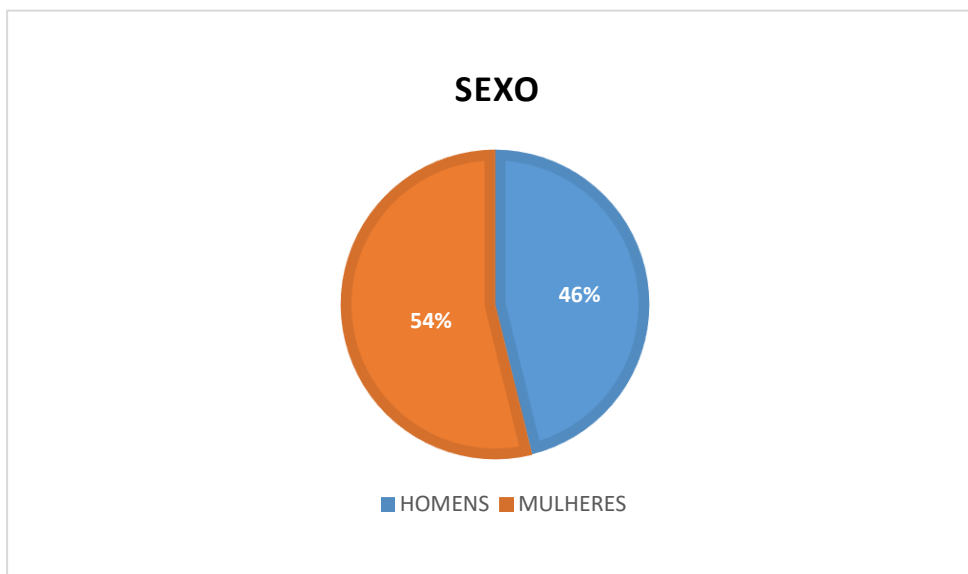


Gráfico 4 – Distribuição por sexo – Consulta de Psiquiatria Geral

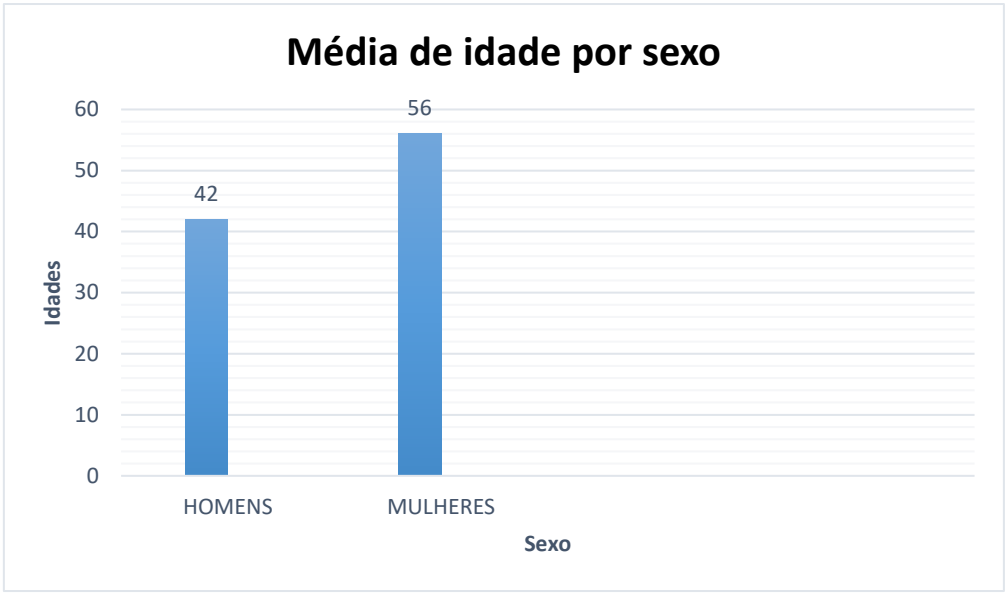


Gráfico 5 – Média de idade por sexo – Consulta de Psiquiatria Geral

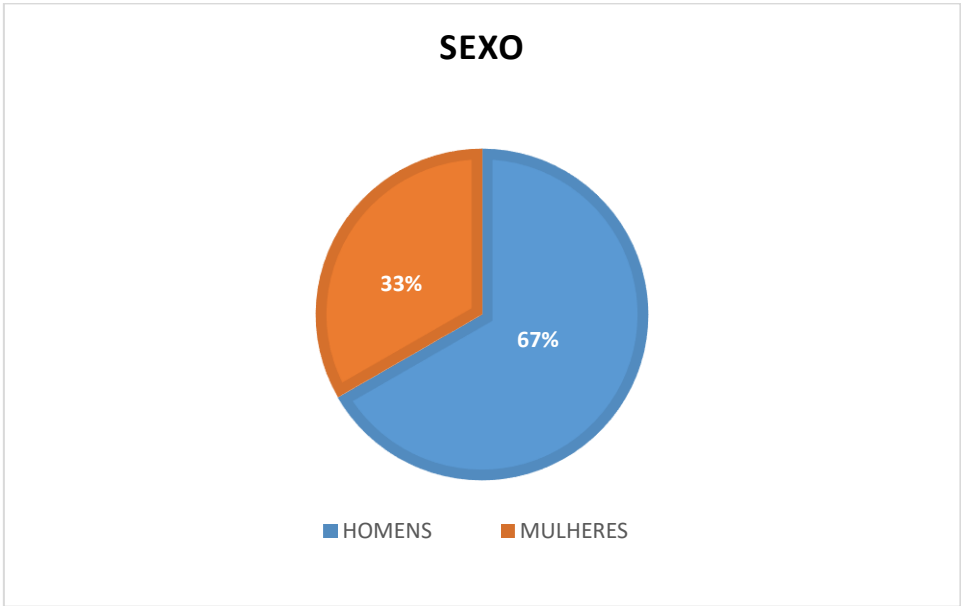


Gráfico 6 – Distribuição por sexo – Consulta de Neurodesenvolvimento

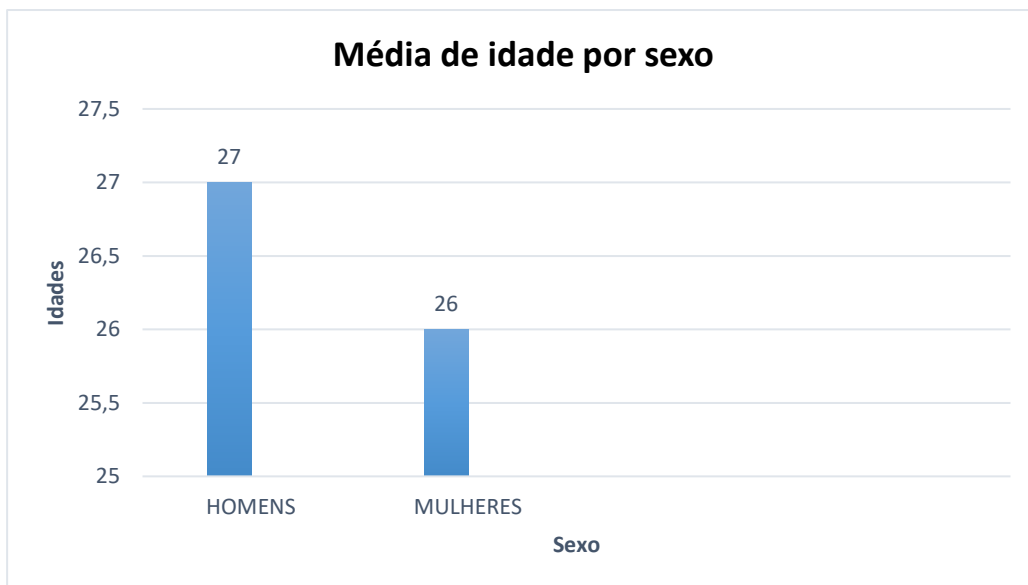


Gráfico 7 – Média de idade por sexo – Consulta de Neurodesenvolvimento

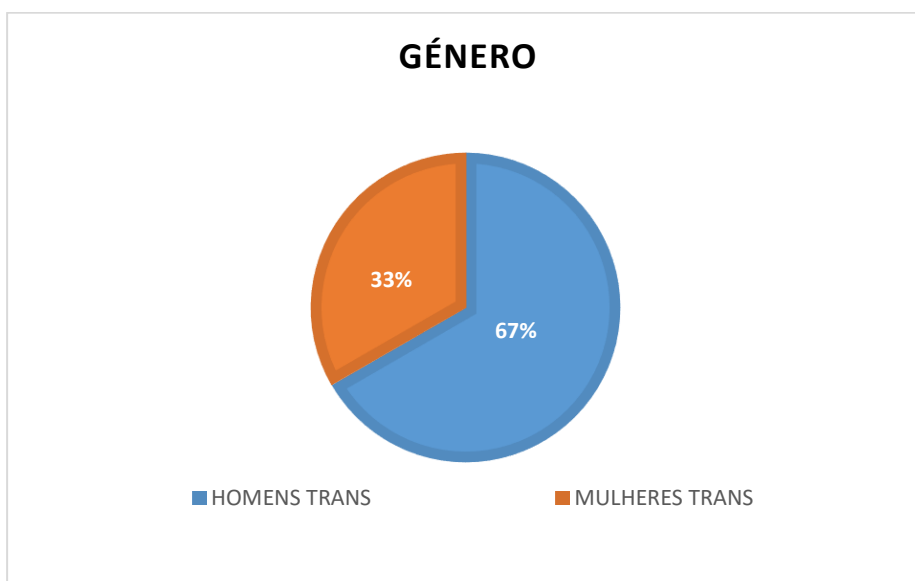


Gráfico 8 – Distribuição por género – Consulta de Sexologia Clínica

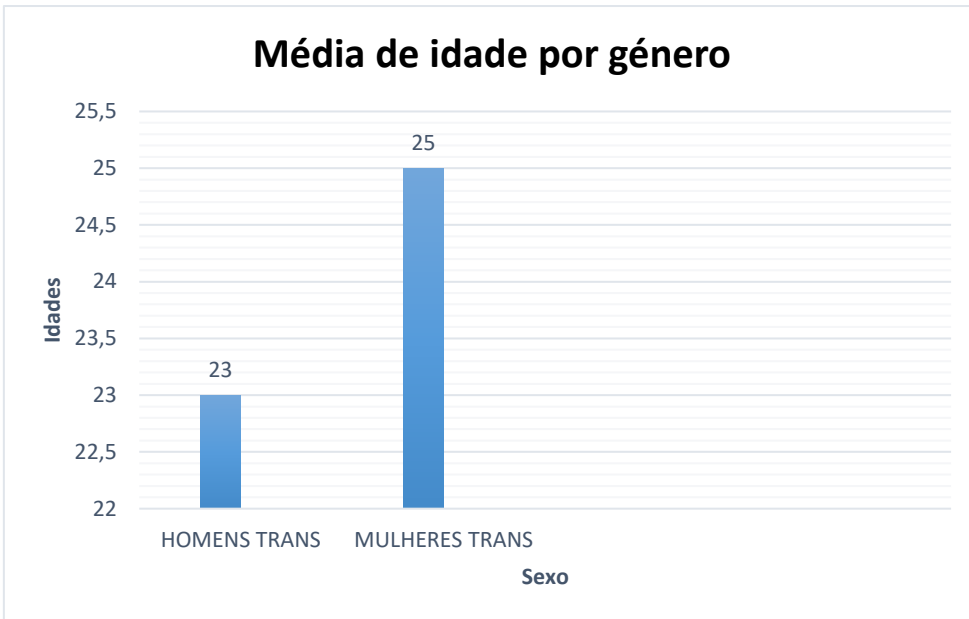


Gráfico 9 – Média de idade por gênero – Consulta de Sexologia Clínica

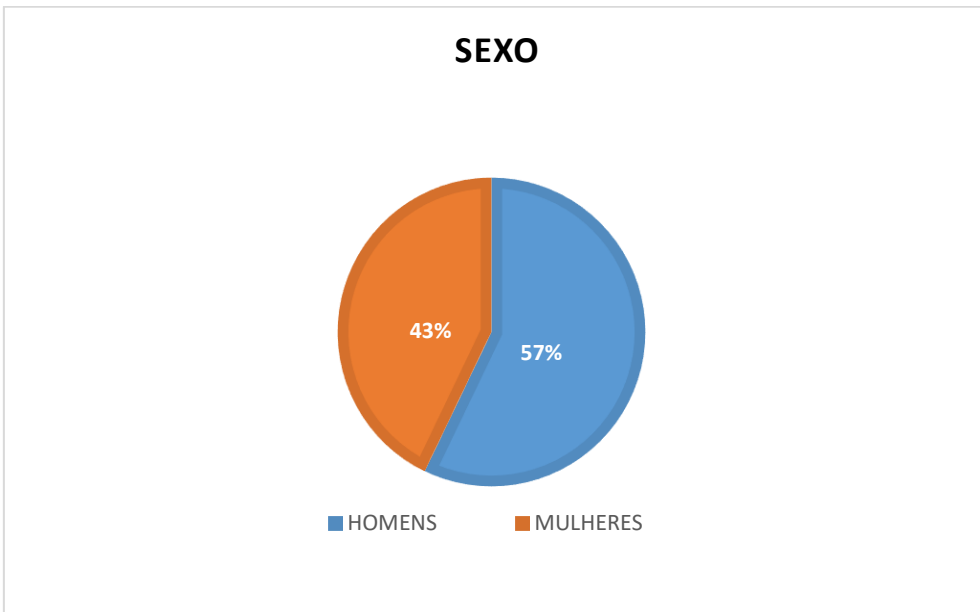


Gráfico 10 - Distribuição por sexo - Eletroconvulsivoterapia

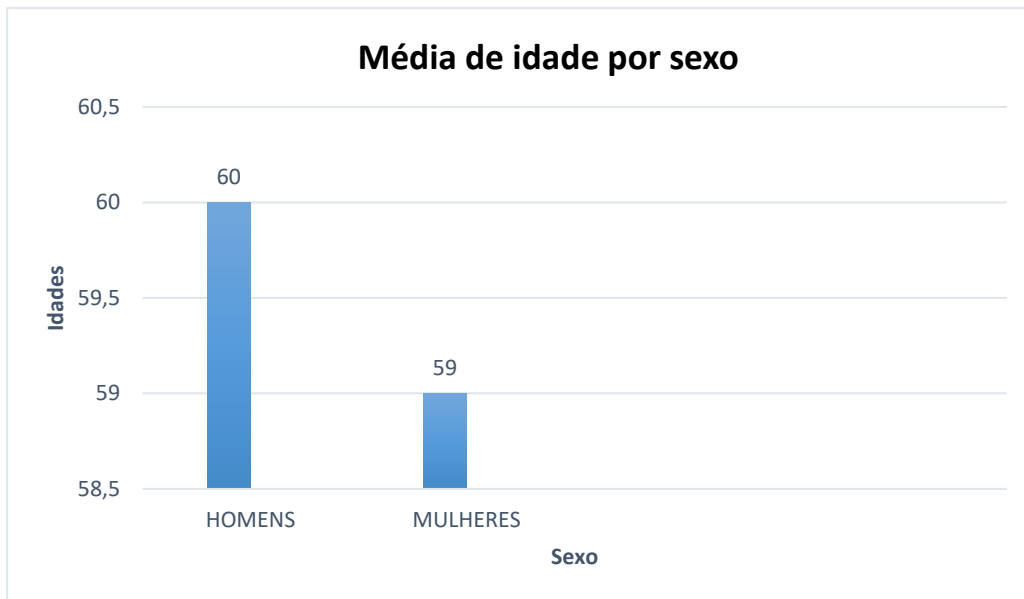


Gráfico 11 - Média de idade por sexo – Eletroconvulsivoterapia

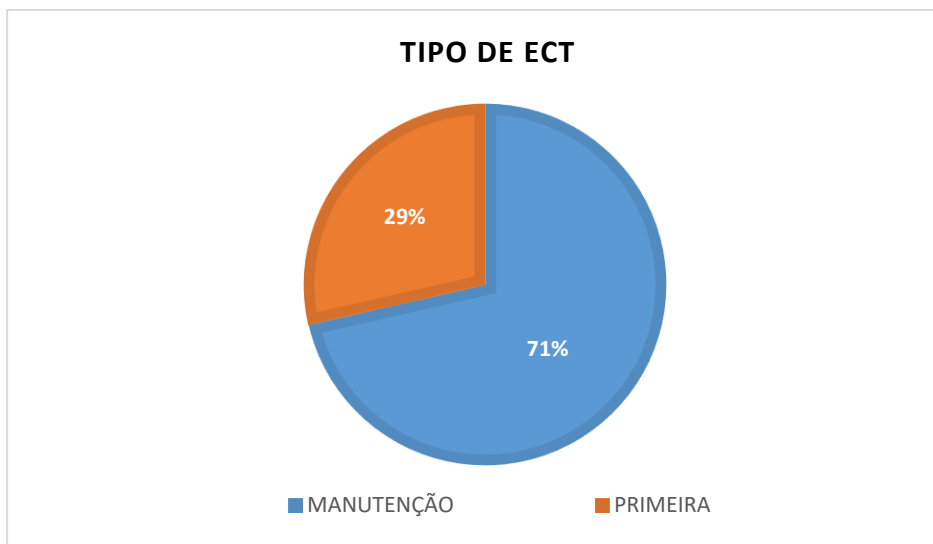


Gráfico 12 – Tipo de Eletroconvulsivoterapia

Bibliografia

1. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS, 2019.
3. European Communities. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. 2006, Bruxelas
4. Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Portugal. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2017.
5. Caldas De Almeida, M. *et al.* *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde -mental – 1.º Relatório*. Lisboa: NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas; 2013.
6. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (American Psychiatric Association, 2013). doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
8. Jeste, S. S. Neurodevelopmental Behavioral and Cognitive Disorders. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology* **21**, 690–714 (2015).
9. Thapar, A., Cooper, M. & Rutter, M. Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry* **4**, 339–346 (2017).
10. Davignon, M. N., Qian, Y., Massolo, M. & Croen, L. A. Psychiatric and Medical Conditions in Transition-Aged Individuals With ASD. *Pediatrics* **141**, S335–S345 (2018).
11. King, C., Merrick, H. & le Couteur, A. How should we support young people with ASD and mental health problems as they navigate the transition to adult life including access to adult healthcare services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* **29**, e90 (2020).
12. Faraone, S. v. *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers* **1**, 15020 (2015).
13. Kuo, A. A., Anderson, K. A., Crapnell, T., Lau, L. & Shattuck, P. T. Introduction to Transitions in the Life Course of Autism and Other Developmental Disabilities. *Pediatrics* **141**, S267–S271 (2018).
14. Tatlow-Golden, M. *et al.* Transitioning from child and adolescent mental health services with attention-deficit hyperactivity disorder in Ireland: Case note review. *Early Intervention in Psychiatry* **12**, 505–512 (2018).
15. Coleman, E. *et al.* Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism* **13**, 165–232 (2012).

16. Rodrigues J, Lemos C, Figueiredo Z. Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans. RPPSM [Internet]. 30 de Dezembro de 2020 [citado 16 de Maio de 2022];6(3):98-108. Disponível em: <https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/article/view/152>
17. Ordem dos Médicos. Código deontológico da Ordem dos Médicos. . [Internet]. 1985;(3):2-22. Available from: <http://ordemdosmedicos.pt/revista-da-ordemdos-medicos/1985-2/marco-1985/>.
18. Centro Gis - [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.associacaoplanoi.org/centrogis/>
19. Opus Diversidades (antiga Opus Gay) – Sítio Oficial da Associação [Internet]. [cited 2022 May 12]. Available from: <https://opusdiversidades.org/>
20. amplos bring out [Internet]. amplos bring out. [cited 2022 May 12]. Available from: <https://amplosbo.wordpress.com>
21. Singh, A. & Kar, S. K. How electroconvulsive therapy works?: Understanding the neurobiological mechanisms. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* vol. 15 210–221 (2017).
22. Pereira, D., Ferreira, L., Mendes, M., Fernandes, R. & Viveiros, V. Electroconvulsive Therapy: A Health Literacy Problem. *Acta Medica Portuguesa* vol. 33 529 (2020).
23. McCall, W. V., Reboussin, B. A., Cohen, W. & Lawton, P. Electroconvulsive therapy is associated with superior symptomatic and functional change in depressed patients after psychiatric hospitalization. *Journal of Affective Disorders* **63**, 17–25 (2001).
24. Watts, B. v., Groft, A., Bagian, J. P. & Mills, P. D. An Examination of Mortality and Other Adverse Events Related to Electroconvulsive Therapy Using a National Adverse Event Report System. *The Journal of ECT* **27**, 105–108 (2011).
25. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* **361**, 799–808 (2003).
26. O'Brien, A., Ashby, G. A., White, S. & Crame, J. What do general psychiatrists do? A question posed to medical students and the general population. *Journal of Mental Health* **24**, 126–128 (2015).
27. Dauenhauer, L. E., Chauhan, P. & Cohen, B. J. Factors that influence electroconvulsive therapy referrals: a statewide survey of psychiatrists. *J ECT* **27**, 232–5 (2011).
28. Sousa Martins, P., Mota, J. & Pimenta, S. The Effectiveness of Maintenance Electroconvulsive Therapy. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental* **7**, 57–63 (2021).
29. Fornelos, A., Martins, M., Felizardo, M., Roque, M. & Pina, P. • N.º 1 35 Community Intervention in Mental Health-The Reality. *Junho* **16**, (2018).
30. Margarida, P. & Esteves, T. *Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)*. (2011).
31. Thornicroft, G. & Tansella, M. *Quais São os Argumentos a Favor da Atenção Comunitária à Saúde Mental? 1 What Are the Arguments for Community-Based Mental Health Care?*

32. Claxton, M., Onwumere, J. & Fornells-Ambrojo, M. Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology* vol. 8 (2017).
33. Bowman, S., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., McGorry, P. & Howie, L. Forgotten family members: The importance of siblings in early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* **8**, 269–275 (2014).
34. Addington, J., Collins, A., McCleery, A. & Addington, D. The role of family work in early psychosis. in *Schizophrenia Research* vol. 79 77–83 (2005).
35. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerstrom, K.-O. *The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire*. *British Journal of Addiction* vol. 86 (1991).

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

