

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Estágio em Psiquiatria da Comunidade

Ana Miguel Costa Oliveira Azevedo

M

2022



Estágio em Psiquiatria da Comunidade

Relatório de Estágio

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

Ana Miguel Costa Oliveira Azevedo

Estudante do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto
Número mecanográfico: 201603916
Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto
Endereço eletrónico: anamcoazevedo@gmail.com

Orientador:

Assistente: Júlio Brandão, Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria – Hospital de Magalhães Lemos, EPE
Afiliação: Docente externo do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Endereço: Rua Prof. Alvares Rodrigues, 4149-003 - Porto

Coorientador:

Assistente: Liliana Castro, Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria – Hospital de Magalhães Lemos, EPE
Afiliação: Professora Auxiliar Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Endereço: Rua Prof. Alvares Rodrigues, 4149-003 - Porto

Porto, junho de 2022

Estudante:

Ana Miguel Costa Oliveira Azevedo
(Ana Miguel Costa Oliveira Azevedo)

Orientador:

Júlio Félix Brandão de Sousa e Costa
(Júlio Brandão)

Coorientador:

Assinado por : **LILIANA CORREIA DE CASTRO**

Num. de Identificação: B117789232

Data: 2021.10.18 14:02:42 +0100



(Liliana Castro)

Porto, junho de 2022

Resumo

A minha formação na disciplina de Psiquiatria foi condicionada pelo contexto pandémico, o que impediu que a unidade curricular tivesse uma maior componente prática, como era recorrente em anos prévios. Possuindo um grande interesse pela área e estando em falta no contacto real, optei pela realização de um estágio no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação/Projeto/Estágio nesta vertente. De modo a aliar o meu gosto pessoal pela especialidade de Medicina Geral e Familiar, decidi direccionar o meu estágio para a área de Psiquiatria Comunitária, no Hospital Magalhães Lemos EPE.

O estágio teve como objetivos principais a aquisição de conhecimentos práticos e teóricos relativos às várias doenças mentais e a aprendizagem para uma comunicação mais clara, empática e sem julgamento pessoal e moral, que é aplicada em contextos específicos, como internamento, consultas e domicílio. A nível pessoal, pretendia compreender melhor a natureza humana e as influências contextuais, de modo a facilitar uma melhor qualidade de vida aos meus futuros doentes.

O estágio foi realizado entre as datas de 9 de dezembro de 2021 e 15 de abril de 2022, tendo completado um total de 88 horas. Os principais focos deste estágio foram a participação em atividades na área da Psiquiatria Comunitária, como visitas domiciliárias, internamento, visitas a centros de saúde e presença em Consultas e Serviço de Urgência, acompanhadas por relatos dos casos clínicos que captaram a minha curiosidade.

Tratou-se de um estágio muito enriquecedor, com concretização quase total do que tinha idealizado primariamente, superando todas as minhas expectativas. Com esta formação tornei-me uma melhor profissional, pela aquisição de conhecimentos sobre a área e maior capacidade de discussão de ideias, mas também uma futura médica mais competente emocionalmente, ao ser colocada em situações de gestão de stress e no exercício de empatia pelo próximo.

Abstract

My studies in the discipline of Psychiatry were conditioned by the pandemic context, which prevented the curricular unit from having a greater practical component, as was recurrent in the previous years. Having a great interest in the area and lacking real contact, I chose to carry out a traineeship within the scope of the Curricular Unit of Dissertation/Project/Internship in this area. In order to combine my personal interest for the specialty of General Practice, I decided to direct my studies to the area of Community Psychiatry, at Hospital Magalhães Lemos EPE.

The traineeship's main objectives were the acquisition of practical and theoretical knowledge related to the various mental illnesses and learning a clear and empathetic communication style leaving personal and moral prejudices aside, applied in the contexts of hospitalization, medical appointments and outpatient treatment. On a personal level, I wanted to better understand human nature and the respective contextual influences, in order to facilitate a better life quality for my future patients.

The traineeship took place between the dates of December 9, 2021 and April 15, 2022, having completed a total of 88 hours. The main focuses of this traineeship were the participation in activities in the area of Community Psychiatry, such as outpatient treatment, hospitalization, visits to health centers, presence in medical appointments and Emergency Service, followed by reports of the clinical cases that captured my curiosity.

It was a very enriching traineeship, with a near full accomplishment of what I had originally envisioned, surpassing all my expectations. With this training, I became a better professional, through the acquisition of knowledge about the area and development of my ability to discuss clinical cases, but also a more emotionally competent future doctor, by being placed in stress management situations and by exercising my empathy skills.

Agradecimentos

Ao Dr. Júlio Brandão, por todo o conhecimento que me transmitiu ao longo destes dois anos de formação e por ter aceite o meu convite para me orientar nesta jornada. Deixo uma sincera palavra de agradecimento por toda a disponibilidade que mostrou ao longo deste percurso e pela preocupação incansável com o meu estágio.

À Dr.^a Ana Maria Moreira, por me ter recebido de braços abertos no serviço de Psiquiatria Comunitária, estando, em todos os momentos, pronta e disponível para me ajudar e ensinar.

A todo o serviço de Psiquiatria Comunitária e restantes serviços pelos quais tive a oportunidade de passar, por me terem acolhido de forma tão calorosa e me terem proporcionado um estágio que superou qualquer expectativa.

Aos meus pais, pelos sacrifícios e apoio incondicional durante o meu percurso.

Ao Tomás e aos meus amigos, pela amizade, memórias e apoio ao longo destes 6 anos.

Lista de abreviaturas

DAU – Drogas de Abuso na Urina
TC-CE – Tomografia Computorizada Cranioencefálica
SU – Serviço de Urgência
AAS – Ácido Acetilsalicílico
CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
TCE – Traumatismo Cranioencefálico
LOE – Lesão Ocupante de Espaço
IM – Intramuscular
VHC – Vírus da Hepatite C
CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto
UMPP – Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto
CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
IMV – Ingestão Medicamentosa Voluntária
PSP – Polícia de Segurança Pública
EEG – Eletroencefalograma
USF – Unidade de Saúde Familiar

Lista de gráficos

Gráfico I: Distribuição por Sexo

Gráfico II: Distribuição por Patologia

Lista de fotografias

Fotografia I: Fotografia do quadro “ESTÃO LOUCAS”, enquadrado no tema “A doença mental e o estigma”

Índice

Resumo	i
Abstract	ii
Agradecimentos	iii
Lista de abreviaturas	iv
Lista de gráficos.....	v
Lista de fotografias	vi
Introdução	1
Contexto histórico-teórico.....	1
Objetivos.....	2
Métodos	2
Estrutura Física e Recursos Humanos	3
Atividades Desenvolvidas.....	4
Internamento	4
Visitas domiciliárias	6
Consultas	7
Serviço de Urgência e casos clínicos observados	8
Outras atividades.....	14
Serviço de Reabilitação Psicossocial	14
Consultas de Sexologia Clínica.....	14
Reuniões de Serviço.....	15
Eletroconvulsivoterapia	16
Discussão	18
Conclusão.....	21
Anexos	22
Gráficos.....	22
Fotografias.....	24
Bibliografia.....	25

Introdução

Contexto histórico-teórico

A Psiquiatria Comunitária é uma abordagem multidisciplinar e inclusiva de saúde mental para todas as pessoas com necessidades para tal, que habitam em qualquer região geodemográfica.⁽¹⁾ De modo a explorar a Psiquiatria Comunitária, é necessário antes um contexto histórico sobre os acontecimentos que levaram à necessidade de criação desta importante área.

No período do Iluminismo, em França, no final do século XVIII, Philippe Pinel, diretor do hospital Bicêtre, em Paris, foi o impulsionador da primeira revolução psiquiátrica, designada de *tratamento moral*. Foi concluído pelo psiquiatra que a presença de exercício físico e ar livre eram essenciais para a recuperação de um doente mental, sendo consequentemente banido o cativeiro e o uso de abordagens físicas extremas.⁽²⁾ O movimento espalhou-se pela Europa - nomeadamente por Inglaterra, por iniciativa de William Tuke -, tendo alcançado os Estados Unidos uns anos depois. A principal responsável pela implementação destas novas medidas neste país foi Dorothea Dix. Dorothea foi também a principal impulsionadora da criação de hospitais psiquiátricos com melhores condições de habitação e recuperação para os doentes.^(3, 4) Apesar destas medidas extremamente pertinentes e necessárias para uma melhor vida dos pacientes, a sobrelotação e consequentes condições precárias levaram a uma negligência e abandono temporário das novas medidas.⁽¹⁾

No início do século XX observam-se os primeiros pequenos passos em direção a uma psiquiatria mais orientada para a comunidade, com a criação de hospitais mais pequenos e de serviços de ambulatório.⁽⁵⁾ Foi aproximadamente nesta altura que a clorpromazina foi usada pela primeira vez, promovendo uma diminuição dos sintomas psicóticos em pacientes com longa história de institucionalização.⁽⁶⁾ Em 1963, o presidente J. F. Kennedy impulsionou, a criação de vários centros de saúde mental comunitária espalhados pelo país com o objetivo primário de fazer chegar a todos os cidadãos americanos apoio para a sua saúde mental dentro das suas comunidades. Esta medida foi uma contracorrente ao tratamento desumanizado e padronizado consequente do aumento exponencial de doentes psiquiátricos pós-segunda guerra mundial. Porém, não houve implementação completa desta medida devido a uma diminuição de fundos federais e estatais para a saúde e bem-estar com o avançar dos anos.⁽¹⁾

Na Europa vemos um processo mais lento de desinstitucionalização, começando apenas a partir de 1950 até 1990. A revolução psicofarmacológica ocorreu em Portugal nos anos 60 e permitiu uma mudança de padrão, que se consagrou na lei de saúde mental de 1963 - considerada

um dos primeiros passos para uma saúde mental comunitária.^(7, 8) A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ocorreu em 1979, importante medida para a descentralização dos cuidados de saúde.⁽⁹⁾ Em 2006 foi criado o Conselho Nacional da Saúde Mental, com o objetivo primário de integrar os cuidados de saúde mental nos cuidados primários, e, conseqüentemente, foi produzido um relatório que se focou na desinstitucionalização dos pacientes e a sua integração na comunidade.⁽¹⁰⁾ Tal como nos outros países estudados, o modelo de psiquiatria comunitária não se encontra exponenciado devido a faltas de financiamento e de profissionais de saúde especializados na área.

Atualmente, os quatro principais objetivos da Psiquiatria Comunitária são a promoção e prevenção da doença mental, tratamento e reinserção do doente mental na comunidade. Com o crescimento desta área, podemos observar uma transição gradual do padrão de atitude, uma transição a partir da exclusão, na qual o doente é internado e está sujeito a preconceito e isolamento por parte da sociedade, para a inclusão, estando o doente integrado no seio familiar, no seu ambiente de segurança, com recuperação e reabilitação mais rápidas. Estas inúmeras vantagens culminam numa contínua diminuição do estigma e desmistificação da doença mental, que ainda hoje são fatores importantes que levam a uma menor procura de ajuda por parte do doente.⁽¹¹⁾

Objetivos

No âmbito da Unidade Curricular de Dissertação/Projeto/Estágio do Mestrado Integrado em Medicina, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto (UP), propõe-se a realização de um Estágio Observacional, na área de Psiquiatria da Comunidade, no Hospital Magalhães Lemos E.P.E., no Porto.

O estágio possuía dois objetivos principais: por um lado, a aquisição de conhecimentos práticos e teóricos relativos às várias doenças mentais e a aprendizagem para uma comunicação mais clara, empática, que será, ao longo da minha vida profissional, aplicada em diversos contextos específicos, como internamento, consultas e visitas ao domicílio. A nível pessoal, pretendia compreender melhor a natureza humana e as influências contextuais, de modo a facilitar uma melhor qualidade de vida aos meus futuros doentes.

Métodos

O estágio foi realizado entre os dias 9 de dezembro de 2021 e 15 de abril de 2022, completando um total de 88 horas. Para além de querer ter a oportunidade de conhecer um pouco

das várias áreas da psiquiatria, as atividades desenvolvidas neste estágio eram principalmente focadas na área da Saúde Comunitária e as suas vertentes, como as visitas domiciliárias.

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

Estrutura Física e Recursos Humanos

O Hospital Magalhães Lemos, EPE - cujo nome é homenagem ao Prof. Doutor António de Sousa Magalhães Lemos, médico psiquiatra de importante relevo no panorama nacional e internacional - é, desde 1962, uma instituição de referência focada nos cuidados de psiquiatria e saúde mental. De momento, é o único hospital central especializado em psiquiatria na Região Norte na rede do Serviço Nacional de Saúde.⁽¹²⁾

Tendo na sua composição um conjunto de equipas multidisciplinares qualificadas e abrangendo uma grande área geodemográfica - desde os concelhos do Porto, Matosinhos, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Santo Tirso, Trofa, parte de Vila Nova de Famalicão e ainda região do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga - o Hospital Magalhães Lemos, EPE oferece os meios necessários para que os portadores de doenças mentais possam recuperar destas suas comorbilidades com a maior celeridade e bem-estar possível.⁽¹²⁾ Para além do ambiente hospitalar, há uma constante ligação com os Centros de Saúde e outros Hospitais Gerais, estruturas de segurança social e autarquias da área assistencial da área residencial dos doentes, de modo a promover a maior assistência possível sócio-familiar e profissional.

O serviço de psiquiatria comunitária é coordenado pela Dr.^a Ana Maria Moreira. A equipa de intervenção comunitária é constituída por médicos psiquiatras, enfermeiros especialistas, assistente social, médicos de família e médicos de saúde pública. Há uma atuação de simbiose destes representantes com o meio ambiente, seja este hospitalar, através do internamento, serviço de ambulatório, consultas de variadas vertentes e grupos psicoeducativos, seja este comunitário, através do contacto com cuidados de saúde primários/ACeS Porto Ocidental ou parceiros sociais - forças de segurança, autarquias locais, segurança social, entre outras. O serviço de saúde comunitária encontra-se no piso 1 (um) das consultas externas, tendo uma sala de trabalho para a equipa. O internamento cuja responsabilidade recai sobre este serviço encontra-se no piso 1 (um) do edifício D3.

Atividades Desenvolvidas

O estágio abordou diversas componentes, sendo estas o internamento, visitas domiciliárias, consultas, tanto no âmbito da Psiquiatria Geral, como de Sexologia Clínica, Serviço de Urgência, Serviço de Reabilitação Psicossocial e Eletroconvulsivoterapia.

Internamento

O internamento, cuja responsabilidade recai sobre a equipa de Saúde Comunitária, encontra-se no piso 1 (um) do edifício D3. O internamento é um espaço relativamente amplo, com uma capacidade máxima de 26 doentes. Todas as portas do internamento encontram-se fechadas à chave, de modo a garantir uma maior segurança para os doentes e evitar saídas não programadas ou fugas de utentes em regime de internamento compulsivo. Cada quarto do internamento possui 3 camas e 3 armários e a zona onde os mesmos se encontram está separada do resto do internamento por uma porta de vidro. No corredor principal podemos encontrar a sala de enfermagem, onde se encontram os processos dos doentes, onde é feita a distribuição da medicação e onde se encontra o sistema de vigilância - para além das câmaras de vigilância em todos os quartos, há também uma nos corredores e na sala de convívio. Ainda no corredor encontram-se, também, os gabinetes médicos e da enfermeira-chefe, casa de banho, cozinha e sala de refeições, sala para os fumadores, sala de convívio e porta com acesso a um jardim exterior.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de poder experienciar como é o dia-a-dia de um internamento de psiquiatria, que até então não tinha acontecido devido à pandemia. Nos momentos em que tive a oportunidade de estar no internamento, o número de doentes variou entre um mínimo de 19 e um máximo de 26 doentes. Uma semana habitual no internamento começa com uma reunião à segunda-feira de manhã, em que são reunidos todos os doentes internados, os médicos e enfermeiros presentes naquele momento e são discutidos assuntos que possam ser úteis para todos, desde variedade de mudança dos canais de televisão até pedidos de implementação de horas de sesta. A reunião começa com uma ronda de apresentações de cada pessoa, começando pelos profissionais de saúde, sendo que tive a oportunidade de me apresentar aos doentes e conhecer de uma maneira mais rápida todos os utentes. Nesta reunião não é incentivada a partilha de problemas pessoais, apenas sugestões/recomendações que possam melhorar o funcionamento do internamento para todos os envolvidos; todos os assuntos com índole pessoal poderão ser discutidos com os médicos/enfermeiros no final da reunião ou em qualquer outra altura do dia em que os mesmos se encontrem presentes. No restante tempo da

manhã, o médico coloca-se a par dos acontecimentos do fim-de-semana e fala com os seus doentes - pergunta como passaram os dias anteriores, se possuem alguma queixa, alguma possível sintomatologia adversa das medicações que se encontram a tomar, se aconteceu algum episódio que os tenham afetado e, se necessário, fazer ajuste da medicação.

No decorrer do meu estágio deparei-me com uma situação que me levou a refletir sobre a mesma e sobre a minha atitude no momento. Numa manhã em que me encontrava no internamento, apercebi-me que conhecia uma pessoa que se encontrava internada, sendo que no passado tive uma relação de relativa proximidade com a mesma. O “atordoamento” que senti no momento foi rapidamente afastado pela prioridade de tentar pôr a doente à minha frente o mais confortável possível, porém sem saber qual seria a maneira mais “correta” de o fazer. Naquele momento, a minha decisão foi de não comunicar com a doente, deixando que a mesma tivesse a liberdade total nas ações que se pudessem desencadear, e afastei-me o máximo do seu caso, para não saber o motivo pelo qual estava internada. Enquanto procurava informações e perspetivas diferentes sobre este tópico, apercebi-me que é um assunto não abertamente discutido na comunidade médica, porém considero ser de extrema relevância uma maior abertura sobre este tópico. Do meu ponto de vista, o sigilo profissional oferece uma segurança “virtual” a este paciente; por outras palavras, considero que, por mais que o doente possa acreditar que o médico não irá divulgar com ninguém a sua situação pessoal, este acontecimento pode ser desencadeador de grande ansiedade para o utente, podendo piorar o seu estado físico e mental, dificultando o internamento. O bem-estar mental do doente no decorrer de um internamento é muito importante para uma recuperação mais rápida e mais saudável. No momento, optei por não dizer nada e, em conversa com outros profissionais de saúde em que lhes expus esta situação, afirmaram que teriam a mesma posição que eu tomei - porém, questionei-me se abordar a utente e assegurar-lhe que não diria nada a ninguém tivesse sido uma melhor opção. Por ser no contexto de estágio, tive a oportunidade de me afastar do internamento durante a semana em que a utente esteve lá - isto levou-me a questionar, também, qual seria a melhor abordagem no caso desta situação acontecer com um médico que se encontra no internamento vários dias da semana e está em muito maior contacto com o doente. Após reflexão, concluí que, do meu ponto de vista, o médico deveria reportar a situação a alguém, como o diretor do serviço em que se encontra, e, consequentemente, falar com o doente, de modo a averiguar o que o mesmo prefere: se se sente confortável com a presença do conhecido no internamento ou se estaria mais confortável em ser transferido para outro internamento.

Visitas domiciliárias

Uma parte extremamente importante do serviço de Saúde Mental Comunitária são as visitas domiciliárias. Estas visitas permitem que o doente esteja integrado no seu meio familiar e social, rodeado dos seus entes queridos ou amigos (por exemplo, em ambiente confortável na sua residência), permitindo uma melhor recuperação. Para além dos fatores mencionados anteriormente, a avaliação do doente no seu meio permite um melhor conhecimento da sua doença e possível caracterização de fatores exógenos que possam condicionar a melhoria do doente.

As visitas são programadas previamente com os doentes e a sua equipa responsável é composta por pelo menos um enfermeiro e um médico. A assistente social encontra-se presente quando a sua intervenção é necessária. Há diferentes tipos de visitas domiciliárias: quando são feitas apenas pela equipa de enfermagem, o propósito é a administração de medicação, sendo a regularidade correspondente ao *timing* da prescrição da medicação. As visitas pelo médico, por outro lado, têm a função de avaliar o estado físico e psicológico do doente, ouvir as suas queixas ou preocupações, avaliar as condições da residência e relações familiares e alteração da medicação, se for necessário. A visita a casa de um doente é uma atividade íntima, sendo necessário o mínimo de confiança com o doente, deixando-o à vontade na sua própria residência e permitindo uma melhor colheita de história - é, então, ideal que a equipa comunitária seja constituída por pessoas que o doente conheça, como o seu médico assistente ou enfermeiros com quem já tenha contactado algumas vezes no seu passado. Apesar de ser um elemento desconhecido para os doentes, tive a sorte de ter sido bem-recebida em todas as visitas que tive a oportunidade de presenciar, nunca tendo influenciado negativamente o decorrer das entrevistas com a minha presença.

Considero relevante destacar uma visita domiciliária em particular, pelo conteúdo que a mesma abordou. Tratou-se de uma mulher de 60 anos, reformada (antigamente era professora), com diagnóstico conhecido de esquizofrenia, quase totalmente dependente dos seus irmãos para as atividades de vida diária, apenas capaz de cuidados de higiene básicos. A visita domiciliária, para além de avaliação do estado geral da doente e ajuste da medicação, tinha como principal objetivo a proposta de regime de Maior Acompanhado. Até àquele momento, a doente estava muito dependente dos irmãos que, dividindo o trabalho entre os três, conseguiam apoiar - com dificuldade - a irmã no seu dia-a-dia. Os irmãos, de idades semelhantes à utente, sentiam-se cada vez menos capazes de poder cuidar da doente e, quando proposta a ideia de ida para um lar, esta recusava-se, afirmando não necessitar de tal.

O regime de Maior Acompanhado foi aprovado pela primeira vez pela Lei nº 49/2018 a 14 de agosto e entrou em vigor a 10 de fevereiro de 2019.⁽¹³⁾ Esta lei permite que uma pessoa com problemas de saúde, como a utente em questão, deficiência ou alterações de comportamento (por exemplo, por alcoolismo, toxicodependência, entre outros), preserve, ou até aumente, a autonomia que tem, através do apoio do(s) seu(s) acompanhante(s), impedindo que fique sujeita à vontade abusiva de terceiros. A pessoa em questão tem total autoridade na escolha do Maior Acompanhado, quando se encontra com autonomia para tal - se não se encontrar, a decisão pode ser feita pelo Ministério Público, pelo cônjuge, ou qualquer parente sucessível, como pais, irmãos, tios e avós. Este regime apenas pode ser aplicado em contextos específicos da vida do doente, como apoio financeiro, sendo que o utente pode continuar a ter autoridade e independência sobre outros aspetos da sua vida, como, por exemplo, educação dos filhos. Cada caso é avaliado individualmente pelo Ministério Público, sendo que este decide quais os atos que podem ou não ser praticados pelo utente e decide, no caso de serem mais do que um acompanhante, as funções de cada indivíduo.⁽¹³⁾ A decisão de Maior Acompanhado não é definitiva e irrefutável - a sentença pode ser revista e revogada em qualquer altura, sempre que a evolução do acompanhado o justifique - e é obrigatoriamente revista de cinco em cinco anos por uma autoridade ou órgão judicial imparcial. A mudança de acompanhante também é permitida em qualquer altura do processo.

Consultas

Uma parte importante do dia-a-dia de um psiquiatra são as consultas. No Hospital Magalhães Lemos EPE, estas decorrem no edifício de consultas externas. Tive a oportunidade de acompanhar a Dr.ª Ana Maria Moreira e a Dr.ª Zélia Figueiredo e de conhecer alguns dos seus doentes em diversas ocasiões.

As consultas podem ser divididas em dois grandes grupos: primeiras consultas e as subsequentes. As primeiras consultas, tal como o nome indica, são a primeira vez que o médico irá conhecer o doente, sendo necessário recolher o máximo de informação possível sobre o mesmo - que acaba por demorar sempre mais tempo que o outro grupo de consultas. Dados de identificação, antecedentes médicos e cirúrgicos e história familiar são algumas das informações que são colhidas com o doente, uma vez que as mesmas podem afetar o diagnóstico, tratamento ou, até, o prognóstico de possíveis patologias que o doente possa ter. As consultas subsequentes são já o acompanhamento de doentes previamente conhecidos, com o objetivo primário de averiguar como o doente tem estado, se tem tido algum efeito secundário da medicação ou se é preciso algum ajuste da mesma.

Antes de cada consulta subsequente, o médico dedica algum tempo a rever a história do mesmo através da leitura dos registos em consultas passadas (sendo esta a altura em que tinha oportunidade de me pôr a par da patologia do doente, como isso afetou a sua vida e do seu tratamento). No final das consultas, após a saída do doente, tinha a oportunidade de discutir com a especialista o decorrer da consulta, o que teria sido alterado (ou não) na medicação, o estado físico e mental do doente e próximos passos. Tive a oportunidade de ver diversas patologias diferentes e com apresentações variadas, tendo-me permitido pôr os meus conhecimentos teóricos em prática.

Serviço de Urgência e casos clínicos observados

Durante este estágio tive a oportunidade de contactar com diversos doentes (e seus familiares) com patologias diversas e de colher algumas suas histórias, seja em contexto de internamento, no Hospital Magalhães Lemos EPE, ou em contexto de urgência, no Hospital de São João - Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto. Saliento, de seguida, alguns casos clínicos observados ao longo do meu estágio.

Utente do sexo masculino, 22 anos, com antecedentes familiares de esquizofrenia paranoide em tio. Reside com a mãe, porém há cerca de 2 meses tem estado mais com o pai (pais separados). Estudante no ensino superior até Outubro de 2021. Apresenta-se com um quadro obsessivo-compulsivo grave, com alguns anos de evolução, tendo sido recentemente medicado, em fevereiro de 2022, com escitalopram 40 mg de manhã e olanzapina 5 mg à noite. É seguido em consulta de psiquiatria e de psicologia. Quando questionados, os pais afirmam que o comportamento tem sido crescentemente bizarro, com constantes rituais, sendo que quando os seus progenitores não cumprem as exigências compulsivas de determinados atos, como contagens, torna-se agressivo. Deixou de conseguir efetuar a sua vida de forma independente num prazo de 3 semanas, tendo inicialmente deixado de conduzir (por exemplo, por ter a necessidade de fazer rotundas várias vezes) e, mais tarde, com recusa em sair do quarto, recusa alimentar, redução dos cuidados de higiene e até enurese. É referido pela mãe que o filho, em viagens de carro, fecha os olhos de modo a não estar constantemente exposto a estímulos que o despertem. Exames complementares de diagnóstico (estudo analítico, DAU, TC-CE) dentro da normalidade. Oferece resistência aquando proposta de internamento, mas, com insistência dos pais, assina consentimento informado. No D6 de internamento, apresentava-se vigil e

orientado, com aspeto cuidado. Discurso espontâneo, globalmente lógico e coerente. Sem atividade alucinatória apurável. Ligeira hostilidade na interação com a mãe. Apresenta melhorias na enurese. Humor triste e choroso, encontrando-se frustrado por estar internado há tanto tempo, afirmando repetidamente que seria melhor para o seu bem-estar mental ter alta e recuperação em casa. São mantidas as medidas terapêuticas. É explicado ao doente que, apesar de o mesmo se sentir melhor dos seus sintomas, a situação que passou foi grave e que o risco de recaída de momento é grande, sendo necessário agir de forma mais defensiva e conservadora.

Utente do sexo feminino, 83 anos, a residir num lar desde há 2 anos, após uma queda que a impediu de andar novamente. Antecedentes de abusos na infância, com negligência dos familiares, e depressão major com necessidade de internamento no Hospital Magalhães Lemos EPE, há 10 anos, por tentativa de suicídio. Reformada, sendo a sua última profissão enfermeira. Antecedentes médicos de vertigem com vários anos de evolução, quedas recorrentes com várias vindas ao SU, hipoacusia marcada, HTA e dislipidemia. Medicação habitual: escitalopram 20 mg 1 + 0 + 0 + 0, quetiapina 25 mg 0 + 0 + 0 + 1, lorazepam 1 mg 0 + 0 + 0 + 1, levetiracetam 500 mg 1 + 0 + 1 + 0, pantoprazol 20 mg 1 + 0 + 0 + 0, atorvastatina 10 mg 0 + 0 + 1 + 0, preterax 5/1.25 mg 1 + 0 + 1 + 0, bisoprolol 2.5 mg 1/2 + 0 + 1 + 0, AAS 150 mg 0 + 1 + 0 + 0, picossulfato de sódio 7.5 mg/mL. Transferida do SU do CHTS por tentativa de suicídio. Doente refere que se tentou enforçar com corda da campainha do quarto do lar, tendo sido encontrada por uma funcionária. No contacto com o lar, a enfermeira refere que desde o dia anterior, a doente já se encontrava mais queixosa relativamente aos profissionais do lar, verbalizando pouca atenção e cuidado por parte destes. Quando questionada, a doente afirma que se tentou suicidar por já se encontrar deprimida desde que teve um TCE que a impediu de voltar a andar. Verbalizou ideias de morte durante a entrevista (“mais vale morrer do que andar aqui”), porém nega plano estruturado e afirma não querer voltar a repetir tal situação. O TC-CE não apresentava evidências de lesões agudas ou LOE. Após observação, suspende-se o escitalopram e inicia-se a sertralina 50 mg 1 + 0 + 0 + 0 e mirtazapina 15 mg 0 + 0 + 0 + 1; lorazepam e quetiapina passam para uso em SOS.

Utente do sexo feminino, 21 anos, reside com os pais e irmã, antecedentes familiares de avó com esquizofrenia paranoide. Vem ao SU por referência numa consulta de psiquiatria em contexto privado. Doente frequenta o 11º ano de escolaridade,

afirmando que durante o isolamento social começou a perder o interesse por aprender, que a fez desistir de estudar e de se esforçar. Mãe refere isolamento progressivo, com maior intensidade desde a pandemia. Quando perguntada sobre a infância da utente, a mãe refere que era uma criança com capacidades acima da média, tanto no desporto - voleibol - como na escola. Era sociável e tinha muitos amigos. A partir do seu sexto ano de escolaridade, a mãe refere que a filha começou a sofrer de *bullying* dos seus colegas de turma, o que piorou a sua integração com os colegas. No voleibol, queixava-se do treinador, estando mais desmotivada por sentir que não jogava tantos jogos como antigamente. As notas mantiveram-se boas até ao 7º e 8º ano, sendo que começaram a baixar por um maior desinteresse na escola e atividades extracurriculares, tendo saído do voleibol nessa altura. A mãe afirma que, pré-pandemia, a utente foi a um psicólogo, tendo sido avaliada com um QI de 135. Durante a pandemia começou a desenvolver um interesse por Reiki, associado a um aumento de interesse pela espiritualidade. A doente refere que “sente as energias dos números, e que por isso sabe os números do Euromilhões, sendo que vou ganhar muitos milhões e criar empresas”. Demonstra motivação para criação de duas empresas no futuro, uma tecnológica e uma de marketing, mas sem planos fixos para conseguir alcançar estes objetivos. Durante a entrevista a doente apresenta-se vigil, consciente, colaborante e orientada. Presença de ideias delirantes de misticismo e de grandeza, sem alterações do discurso, perceção e comportamento. Humor eutímico. Sem juízo crítico para os seus pensamentos, mas percebe a importância do acompanhamento. TC-CE dentro dos parâmetros da normalidade. Possível perturbação do neurodesenvolvimento, atualmente sem critérios para diagnóstico de perturbação psicótica. Inicia-se aripiprazol e é reforçada a importância de continuar o acompanhamento nas consultas de psiquiatria e psicologia.

Homem, 55 anos, em situação de pobreza extrema. Reside numa casa abandonada com nenhuma condição de habitabilidade. Antecedentes psiquiátricos de esquizofrenia e perturbação de abuso de substâncias: história de vários internamentos no Hospital Magalhães Lemos - último em janeiro de 2022 - e um internamento em Espanha por atividade alucinatória não especificada, em setembro de 2021, com alta após 4 dias com aripiprazol 400 mg IM. Acompanhamento bastante irregular em consulta de psiquiatria, no Hospital Magalhães Lemos, e na Unidade de Alcoologia, com inúmeros internamentos em comunidade terapêutica. Antecedentes de VHC positiva, com seguimento irregular em consulta de infecciologia no CHUP, com última consulta em junho de 2020. Medicação

habitual de haldol decanoato 100 mg IM de 28 em 28 dias, quetiapina sr 400 mg 0 + 0 + 0 + 1, lorazepam 2.5 mg 1 + 1 + 1 + 1, porém com incumprimento da mesma. Consumos atuais crónicos de álcool (1 a 2L de cerveja por dia), hábitos tabágicos ativos (1 maço por dia), abuso de cocaína e consumos de haxixe no passado. Utente dirige-se ao SU por ideação suicida com plano. À observação, está vigil, orientado e colaborante. Mau aspeto geral, com roupas sujas e higiene descuidada. Discurso fluente, coerente e organizado, com verbalização suicida ativa. Devido ao risco de *acting-out*, o doente é internado para estabilização clínica, reiniciando a medicação do último internamento, que foi abandonada pelo doente.

Utente, sexo masculino, 51 anos, em contexto de separação há cerca de 2 meses após casamento de 28 anos, com uma filha de 16 anos. Trabalha numa empresa de construção civil. Reside num armazém desde a separação. Antecedentes de síndrome depressivo em 2012, com toma de sertralina 100 mg 1 + 0 + 0 + 0 e lorazepam 2.5 mg 0 + 0 + 0 + 1, com suspensão gradual e estabilização. Doente é encaminhado para a UMPP pelo seu centro de saúde por ideação suicida. O utente descreve um quadro marcado de sintomatologia depressiva com início na altura da separação, caracterizado por sentimentos de tristeza, anedonia, isolamento, cansaço, insónia, anorexia e perda ponderal (10 Kg em 3 meses). Refere ideação suicida na última semana, tendo já pensado em “pôr uma corda ao pescoço” (*sic*), porém afirma que, apesar desses pensamentos, não os tenciona executar principalmente por causa da filha e de a querer ver crescer, com quem afirma ter uma boa relação. Afirma que, no dia anterior da vinda à urgência, falou com a sua esposa e que a mesma lhe vai dar uma última oportunidade. Desde então, refere sentir-se melhor, mais esperançoso e, quando questionado sobre a possibilidade de a relação não reatar novamente, afirma que terá outra postura e que quer estar bem consigo para estar presente para a filha. Ao exame objetivo apresenta-se consciente, colaborante e orientado no tempo, espaço e pessoa. Autocuidados mantidos. Discurso fluente, organizado e coerente. Não é apurada sintomatologia heteróloga no decorrer da entrevista. Afetos congruentes com humor. Ideação auto-lesiva passiva, ausente no momento da entrevista e sem projeção para o futuro. Insónia inicial e intermédia que afetam a atividade diária, com apetite diminuído e perda ponderal associada. Foram explicados os sinais de alarme que devem motivar uma nova vinda à UMPP e inicia lorazepam 1 mg, sertralina 50 mg, trazodona 150 mg. É entregue carta para o seu médico de família para seguimento.

Homem, 29 anos, natural do Equador e residente em Lisboa há 4 anos. Tem uma empresa de transportes e, mais recentemente, uma empresa de investimento em imobiliário. Sem antecedentes psiquiátricos relevantes. Acompanhamento prévio em Psicologia. Consumo regular de Ecstasy e marijuana, com último consumo há 5 dias. Encontrava-se no Porto em visita a um amigo e dirige-se às urgências por ideação suicida. Refere agravamento de depressão desde há 6 meses associado a consumo elevado de cocaína e marijuana no último mês, após rutura amorosa com namorado de longa data. Nega consumo de drogas na última semana e agravamento dos sintomas de tristeza. Foi aconselhado pelo antigo psicólogo a dirigir-se à urgência de Psiquiatria. No dia da entrevista teve ideação suicida mais marcada, tendo-se dirigido até uma ponte e apercebendo-se que se devia dirigir ao hospital, antes da execução de qualquer plano. Refere ciclos regulares de extremos de vida - tanto exercício físico em exagero, como consumo abusivo de drogas e ausência total de exercício físico. Menciona dificuldade em aceitar a sua homossexualidade, referindo que sente, por vezes, que é errado e não usual, afetando inevitavelmente as suas relações interpessoais. Refere má relação com a mãe desde a morte do pai há 2 anos, sendo um fator stressor na sua vida. Boa relação com os irmãos. Sono e apetite regularizados. No decorrer da entrevista, o utente apresenta-se vigil, consciente, colaborante, orientado no tempo e no espaço. Atenção e memória mantidas. Não é apurada sintomatologia heteróloga. Humor subdeprimido e afetos congruentes. Sem alterações do comportamento e sem ideação suicida. Juízo crítico mantido. Doente com possível perturbação de depressão major associada a abstinência de cocaína (sendo também pensada a perturbação afetiva bipolar). É aconselhado o seguimento psiquiátrico em Lisboa e são explicados os sinais de alarme que devem motivar uma nova vinda à urgência. É prescrita quetiapina LP 100 mg ao jantar.

Utente do sexo feminino, 57 anos, vive com o marido e tem dois filhos, de 30 e 33 anos. Antecedentes psiquiátricos de perturbação delirante crónica, sendo acompanhada em consulta de psiquiatria no CHVNG/E. Antecedentes de episódios de comportamentos parassuicidários em contexto de pequenos atritos familiares. Medicação habitual: haldol decanoato 150 mg IM mensal (última toma a 13/4), dumyrox 100 mg 0 + 0 + 0 + 1, Lorsedal 1 mg 1 + 1 + 0 + 0 e 2.5 mg 0 + 0 + 0 + 1, quetiapina 100 mg 0 + 0 + 0 + 1. Foi transferida do CHVNG/E, tendo dado entrada no dia anterior por alegada IMV, que mais tarde foi negada pela filha, e fugido do hospital, tendo sido contactada pela PSP que a encontrou no

domicílio e a encaminhou à urgência novamente. Relata que tem estado mais triste nas últimas 3 semanas desde a morte do pai por neoplasia e a hospitalização do marido por fratura das duas pernas devido a queda por abuso de consumo de álcool. Em diálogo com a filha, esta afirma que chamou o INEM em nome da mãe por alterações do comportamento, tendo ficado mais agressiva verbalmente e ameaçado vários membros da família, nomeadamente irmã e mãe. Relata que a utente se tem descuidado com a higiene, deixando fezes em vários sítios da casa, sendo que por este e outros motivos iria ser despejada de casa nesse mesmo dia. Esclarece que a alteração de comportamento da doente é devido ao facto de querer a herança do pai, algo que não pode acontecer, uma vez que está legalmente em nome da mulher do falecido, isto é, a mãe da utente. A utente refere não tomar a medicação de forma regular. Quando é proposto a hipótese de internamento, a paciente recusa, elevando o seu tom de voz e ficando com um humor disfórico. Durante a entrevista, a doente encontra-se vigil, consciente, pouco colaborante e orientada no tempo e no espaço. Aspeto pouco cuidado, com postura adequada e sem alterações do comportamento. Humor neutro de contornos ansiosos com afeto congruente. Discurso espontâneo, mas pouco elaborado. Sem sintomas psicóticos e ideação suicida, projetando-se no futuro. Sono e apetite mantidos. Juízo crítico presente. A filha recusa-se a levar a mãe para casa, a conselho da assistente social, e eventualmente abandona o hospital. Após a entrevista, a doente apresenta-se ansiosa na sala de espera, sendo necessário medicar com clorpromazina 50 mg IM. Decisão final de internar doente para otimização terapêutica e resolução social; é mantida terapêutica anterior.

As consultas seguiam uma ordem específica, de modo a aumentar a fluidez das mesmas e diminuir o tempo de espera dos doentes nas urgências. Antes do doente ser chamado, é feito inicialmente um estudo do mesmo, observando a existência de antecedentes psiquiátricos, familiares ou médicos, medicação habitual, em que áreas/serviços é acompanhado e outros episódios de vida relevantes. O doente é chamado ao gabinete e começa a entrevista, com uma colheita inicial de dados, como idade, local de residência, estado civil, profissão atual, entre outros. Estando os dados de identificação recolhidos, é perguntado o motivo pelo qual o doente se deslocou à urgência. Após a recolha de toda a informação necessária e relevante, os doentes aguardam na sala de espera e o seu caso é, então, discutido entre internos da especialidade e especialistas em Psiquiatria, de modo a ter-se o melhor *outcome* possível para o doente e para a sua saúde

e bem-estar a longo-prazo. Tive a oportunidade de intervir neste passo final, pondo em prática os meus conhecimentos da disciplina e aprendendo com todos os intervenientes, o que foi extremamente proveitoso e enriquecedor.

Outras atividades

No decorrer do estágio, de modo a ter uma experiência o mais completa possível, explorei alguns temas não diretamente relacionados com saúde comunitária, mas com extrema relevância, não só para o meu futuro, como para combater a estigmatização inerente ao doente.

Serviço de Reabilitação Psicossocial

Tive a oportunidade de visitar o Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital Magalhães Lemos. O edifício é composto por dois pisos compostos por alguns gabinetes de médicos e enfermeiros, mas a parte principal do edifício é constituída pelos diversos ateliers, como cerâmica, pintura, carpintaria, gráfica, costura, por uma biblioteca e cozinha. Estes ateliers, supervisionados por um responsável em cada área, são utilizados por utentes deste hospital, com o objetivo de não só ocupar o seu dia-a-dia, ajudar a integração na sociedade e permitir a comunicação com outros utentes, como também promover a estimulação mental a partir de trabalhos manuais, nomeadamente o desenvolvimento de competências como a criatividade, responsabilidade e persistência, incentivando a expressão individual não-verbocêntrica. Para além destas comodidades, os utentes também podem ter acesso ao ginásio e piscina do hospital, com horários de aulas que poderão frequentar. Nos corredores, podemos ver várias obras que os utentes foram produzindo ao longo dos anos, nas mais variadas artes. Tive a oportunidade de visitar cada atelier e de comunicar com alguns doentes que se encontravam a pôr em prática as suas aptidões nas diversas áreas em questão, mostrando satisfação e concentração nos seus trabalhos.

Consultas de Sexologia Clínica

Para além de consultas no âmbito de psiquiatria geral, tive a oportunidade de assistir a consultas na área da Sexologia Clínica, com a Dr.ª Zélia Figueiredo. Estas consultas decorrem às terças-feiras de tarde e sextas-feiras de manhã. A maioria das consultas que tive oportunidade de assistir eram na área da transexualidade - homens e mulheres *trans* no processo de transição, antes ou após o mesmo. Esta é uma área que quase nunca tinha sido abordada no decorrer do meu curso

de medicina. Numa das consultas a que tive a possibilidade de assistir, a doente permitiu que eu lhe fizesse perguntas e tirasse dúvidas sobre o processo de transição e sobre a transexualidade - fiz diversas perguntas, desde a infância e crescimento da doente como pessoa trans até à cirurgia e complicações que a mesma podia ter.

O processo de transição tem como início as consultas de Sexologia Clínica para confirmação do diagnóstico de disforia de género e/ou exclusão de outras possíveis patologias que possam originar pseudotranssexualidade, como esquizofrenia. Após esta avaliação, o doente é reencaminhado para uma consulta de endocrinologia e, se os critérios clínicos assim o permitirem, é iniciado o tratamento hormonal adequado às características sexuais para o sexo correspondente à identidade do paciente (por exemplo, aparecimento de seios, modificação da voz, entre outros). Idealmente, o tratamento hormonal tem uma duração mínima de 2 a 3 anos. Após este período de tempo, cada médico responsável pelo doente tem a função de elaborar um relatório médico que será enviado em conjunto com o requerimento para a cirurgia de reatribuição de género para ser aprovado pela Ordem dos Médicos, que dará, ou não, autorização para que o utente possa fazer a cirurgia. Durante o tempo em que me encontrava a fazer o estágio, foi aprovada uma lei que afirma já não ser necessário a aprovação da Ordem dos Médicos para a cirurgia de mudança de sexo. Nas consultas de Sexologia Clínica, também foram abordados temas como vaginismo e diminuição de líbido.

Reuniões de Serviço

Estive presente em reuniões de serviço de Saúde Comunitária, que ocorriam todas as terças-feiras às 11h. Durante a reunião eram discutidos individualmente todos os doentes internados, fazendo um pequeno resumo do episódio que levou o doente à urgência e a patologia dos mesmos, com terapêuticas a decorrer de momento, evolução, prognóstico e previsão de alta. São também discutidos assuntos mais burocráticos, como gestão de vagas e novas admissões previstas. Após algumas reuniões, há uma apresentação informal de um tema que possa estar relacionado com algo que tenha sido falado na reunião anterior ou relacionado com algum doente que esteja internado. Tive a oportunidade de, após uma reunião, assistir a uma formação sobre psicopatologia dada por uma interna do 3º ano da especialidade. O tema em questão foi escolhido pela possibilidade de haver um doente internado com características compatíveis com psicopatologia e tinha como objetivo formar os médicos sobre esta patologia e como agir perante um doente com a mesma.

Eletroconvulsivoterapia

Por fim, tive a oportunidade de assistir a uma manhã de sessões de eletroconvulsoterapia (ECT). A ECT é uma terapia que tem por base a passagem de correntes elétricas no cérebro com consequente indução de uma convulsão, causando mudanças químicas no cérebro, de modo a poder reverter rapidamente sintomas de algumas doenças psiquiátricas.⁽¹⁴⁾ A primeira indução elétrica foi realizada em 1938, num paciente catatónico, pelo psiquiatra italiano Lucio Bini. As principais indicações para ECT são a depressão major refratária à medicação ou associada a psicose, catatonía, esquizofrenia e a doença bipolar. Normalmente são feitas três sessões por semana, com um número variável de seis a doze sessões. De modo a um doente estar viável para iniciar ECT, é necessário:

- História clínica completa;
- Estudo do sistema cardiovascular, pulmonar, neurológico e musculoesquelético;
- Avaliação dentária;
- Avaliação cognitiva; e
- Exames laboratoriais (hemograma, função renal, eletrocardiograma, radiografia do tórax, análises urinárias e tomografia computadorizada cerebral).

O espaço onde é executada a ECT é composto por 3 principais salas: sala de espera, sala de tratamento e recobro. A sala de espera é onde o doente aguarda pela sua vez. Na sala onde a ECT é executada, temos na sua composição uma máquina de ECT (MECTA Spectrum 5000Q), equipamentos para monitorização de sinais vitais, como esfigmomanómetro digital, saturímetro, estetoscópio e eletrocardiograma. Durante o procedimento podemos observar a utilização de algumas substâncias:

- Atropina, de modo a reduzir o risco de bradiarritmias ou assistolia e minimizar secreções orais e respiratórias;
- Relaxantes musculares, com função de prevenir complicações musculoesqueléticas, como fraturas;
- Tiopental, como anestésico do procedimento.

Na sala encontram-se dois enfermeiros, um anestesista e um psiquiatra. O doente, após saber que é a sua vez, é dirigido para a sala de tratamento. Aí, deita-se na maca e são colocados os aparelhos para monitorização dos sinais vitais e cardíacos descritos anteriormente. As enfermeiras asseguram-se da administração da atropina, quando necessária, dos relaxantes musculares e do tiopental. O anestesista, após a administração do tiopental, assegura-se da via aérea do doente. Enquanto estes procedimentos estão a acontecer, o psiquiatra coloca os elétrodos na posição bilateral (temporalmente e frontalmente) ou unilateral (um elétrodo sobre a área frontotemporal

e outro elétrico colocado lateralmente ao vértice da linha média, ambos no mesmo lado). Após estar tudo pronto, é administrado o estímulo elétrico e consequente convulsão, com uma duração normalmente superior a 15 segundos - o EEG é usado para confirmar a atividade total da crise e documentar a duração da crise. Com o processo concluído, o doente acorda ainda na sala de tratamentos e é levado para a sala de recobro até se encontrar orientado e de ir embora. A taxa de mortalidade da ECT é extremamente baixa e, a longo prazo, o efeito secundário mais vezes descrito é uma afeção da memória.

Discussão

No decorrer deste estágio, tive a oportunidade de observar como funcionam as várias áreas de um serviço de Psiquiatria, como as urgências, reuniões de serviço, consultas e internamento. Foi-me possível pôr em prática muitos conhecimentos adquiridos ao longo do meu curso, com destaque especial para os que aprendi nas disciplinas de Psiquiatria e Saúde Mental.

Transpondo o meu estágio em números, dos doentes que observei, 64% eram do sexo masculino e 36% do sexo feminino (gráfico 1) com idades compreendidas entre os 22 anos e os 84 anos. Dentro das patologias observadas, concluo que vi 14 doentes com perturbação depressiva major (destes, quatro tinham ideação suicida e um com tentativa de suicídio), 11 com doença bipolar (destes, dois com psicose associada), 11 com disforia de género, 10 com esquizofrenia, dois abusos de substâncias, uma perturbação obsessiva-compulsiva, um vaginismo, uma diminuição de líbido, uma perturbação delirante crónica e uma perturbação do neurodesenvolvimento não especificada (gráfico 2)

Infelizmente, por incompatibilidade de horário com os meus estágios curriculares, não consegui assistir a uma visita a um centro de saúde, que consiste em reuniões com os médicos de família em que são discutidos alguns doentes da USF e se averigua a necessidade, ou não, de direccionamento para Psiquiatria e, também, formações aos médicos de família para reconhecerem patologias do foro psiquiátrico e como saber agir perante as mesmas. Também por incompatibilidade de horários, não visitei nenhum albergue da cidade do Porto, local onde ficam alojados doentes do Hospital Magalhães Lemos sem suporte familiar ou condições de habitabilidade após a sua alta. Teriam sido oportunidades muito interessantes, com foco especial nos albergues, que considero que seria um choque de realidade para mim e de crescimento.

O meu contacto com doentes psiquiátricos, até ao momento antes de começar o estágio, baseava-se em doentes estabilizados, que relatavam os seus episódios e sinais e sintomas no passado. Apesar de ser útil e uma boa forma de aprendizagem, a possibilidade de ver doentes em estado agudo, como tive a oportunidade de ver na UMPP, foi uma experiência extremamente enriquecedora, porque pude ver a sintomatologia das patologias que fui aprendendo ao longo do curso num dos seus momentos mais exacerbados. Senti, também, que aprendi ao observar os médicos mais experientes, a ter uma maior inteligência emocional. Ao vermos um doente num estado exacerbado, seja choroso, a gritar, entre outros, é imperativo valorizar os sentimentos do doente e fazê-lo sentir-se ouvido e compreendido. Só assim conseguimos alcançar a confiança do mesmo e o conseguimos ajudar da melhor maneira possível. Para além de que, na sala de espera da urgência, a desestabilização de um doente pode levar, por consequência, à desestabilização de outros doentes. Tive a oportunidade de contribuir, quando considerava pertinente, com o meu

conhecimento em momentos de discussão entre profissionais de saúde, opinando sobre as possíveis patologias e próximos passos. A Psiquiatria é uma área de muita troca de ideias, discussão e partilha de conhecimentos.

Nas consultas, tive a oportunidade de ser sempre bem-recebida por todos os médicos com quem estive e por todos os doentes que vi, que me permitiram assistir às consultas e partilhar comigo uma parte da vida deles. Para além de saber comunicar com os doentes, é de grande relevância saber falar com os familiares, que, por vezes, se podem encontrar em posições mais defensivas e menos recetivas ao médico. Dentro das consultas que tive a oportunidade de assistir, gostava de destacar a área da Sexologia Clínica. O tema *sexo* e todos os seus ramos subjacentes são, de uma maneira geral, um tabu na sociedade. As consultas permitem um espaço livre de julgamento, onde os utentes se sentem à vontade para discutir assuntos da sua vida íntima. Para além disto, tive o meu primeiro contacto com homens e mulheres transexuais, área nunca explorada ao longo do curso, que me permitiu aprender sobre o processo de transição e como isso os influenciou, medicamente, socialmente e psicologicamente. Considero que foi uma experiência extremamente educativa e esclarecedora.

O dia-a-dia do internamento fez-me perceber melhor qual o papel do médico nesse espaço e a sua relação com os doentes. Durante o meu tempo neste serviço, principalmente nas reuniões com os doentes e os médicos, pude observar os diferentes comportamentos de cada doente, como se completavam entre si e as ligações que eram criadas entre os doentes. É curioso ver as diferentes patologias numa mesma situação e examinar como cada indivíduo age e a patologia subjacente. Tive, também, a oportunidade de participar numa entrevista com um doente e os seus familiares. Foi uma ocasião para ver as ligações interpessoais do doente, perceber o contexto familiar e tentar encontrar possíveis fatores desencadeantes negativos/positivos do doente. Um pormenor que reparei no internamento e que achei muito positivo foi a atribuição de funções/responsabilidades a alguns doentes, como a compra diária do jornal ou estar encarregue pelos canais da televisão, sendo que se notava que os mesmos levavam as suas tarefas com seriedade e tinham orgulho nas mesmas.

Não considero que tenha muitas sugestões de melhoria a apontar para otimizar o serviço. Reparo que, no internamento, há uma grande variedade de doentes com idades bastantes discrepantes. Todas as atividades organizadas para entretenimento e estímulo dos doentes não são muito desafiantes para doentes com idades mais novas (como colagens com jornais), sendo que demonstram um menor interesse nas mesmas e, consequentemente, podem ter uma pior vivência do internamento. Uma alternativa possível seria a criação de jogos/atividades consoante as faixas etárias e estado cognitivo, de modo a tentar promover um maior dinamismo e, até, amizade, por parte de todos os doentes. Ainda no internamento, estive presente em algumas interações com

doentes que decorriam em salas escuras, sem janelas e só com luz artificial. Considero que o espaço com esta disposição possa psicologicamente afetar o doente, sendo que nestas interações com os mesmos deviam ser privilegiados os gabinetes com luz natural e espaço mais amplo, que existem no serviço. Em contexto de consulta, reparei que os arquivos em papel ainda são usados muito frequentemente, principalmente em médicos especialistas com muitos anos de carreira. Com o uso cada vez maior dos meios informáticos sinto que pode haver a possibilidade de perda de informação vital de doentes a serem acompanhados em consultas, achando que era importante haver uma passagem destes arquivos para o formato digital e uma uniformização do sistema, idealmente a caminhar para a totalidade digital.

Uma das principais mensagens deste estágio que tenciono levar para a minha vida profissional é a importância da desestigmatização das perturbações mentais, tanto em ambiente hospitalar, como no dia-a-dia. Desde crianças, somos ensinados a esconder o nosso estado mental e o estigma acaba por inerentemente afetar a maneira como lidamos connosco e com pessoas com perturbação mental. Nos médicos, podemos ver que isto afeta negativamente a relação com o doente e pode eventualmente afetar o prognóstico do mesmo. Um elemento extremamente importante do processo de aceitação da doença mental por parte de um doente é a aceitação pela sua família: nas famílias em que vemos recusa dos familiares em compreenderem a severidade de alguma patologia ou a aceitarem que o seu familiar está doente, há também um menor à vontade do doente para partilhar as suas vivências e dificuldades com os seus entes mais próximos, levando a uma maior dificuldade na recuperação e menor apoio familiar. Acredito que nunca se está só a acompanhar e a tratar o doente individualmente, mas também as suas pessoas mais próximas que, pela educação ou experiência de vida que tiveram, não sabem lidar com estas situações. Tive a oportunidade de, ao longo do meu estágio, eliminar aos poucos pequenos preconceitos que tinha quanto aos doentes mentais e quanto à vasta disciplina que é a Psiquiatria.

Conclusão

Após as 88 horas de estágio, posso afirmar que foi uma das experiências mais recompensadoras e educativas de todos os meus anos da faculdade. O acompanhamento que tive ao longo de todo o processo foi essencial para um estágio de qualidade, que sei que sem ele, não teria tido a mesma experiência. O estágio acabou por aprofundar o meu interesse pré-existente em Psiquiatria e, tendo tido a oportunidade de ter experimentado vários ramos dentro da área, acabei o estágio com a sensação que conheço melhor esta disciplina.

Sinto que o estágio me permitiu crescer, não só como médica, tendo adquirido conhecimentos de vários ramos, trocando ideias com outros profissionais de saúde e aprendendo e participando em todas as discussões que tive o prazer de assistir; mas, também, como pessoa, aprendendo a gerir de uma maneira mais sustentável as minhas emoções e de conhecer outras realidades e contextos diferentes do que estou habituada.

Apesar de não ter tido a oportunidade de fazer tudo o que tinha idealizado, concluo que tive um estágio bastante completo e versátil, tendo os objetivos a que me propus e as minhas expectativas sido superados.

Por fim, gostaria de concluir com uma fotografia (fotografia I) que tirei no corredor do serviço de Reabilitação Psicossocial, enquanto me encontrava a fazer a visita a este edifício. Nos corredores podemos ver expostas várias obras dentro do tema “A doença mental e o estigma”, sendo que cada utente escolheu uma frase que era utilizada para descrever o doente mental. A utente em questão escolheu a frase “ESTÃO LOUCAS” e representou-a de uma maneira muito bonita e tocante.

Anexos

Gráficos

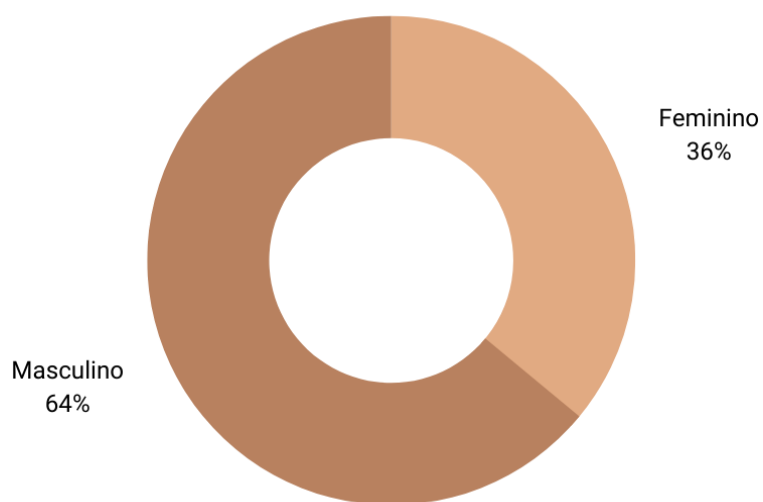


Gráfico I – Distribuição por Sexo

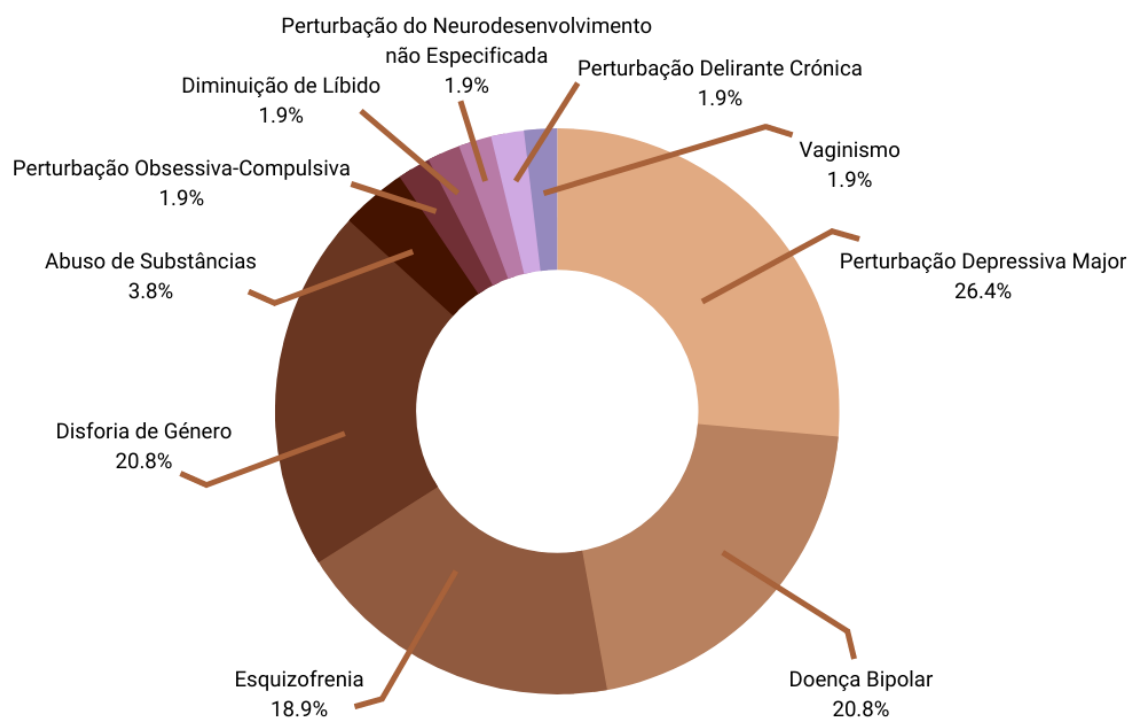


Gráfico II: Distribuição por Patologia

Fotografias



Fotografia I: Fotografia do quadro “ESTÃO LOUCAS”, enquadrado no tema “A doença mental e o estigma”

Bibliografia

1. Stern TAF, Maurizio; Wilens, Timothy E.; Rosenbaum, Jerrold F. . Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. Second ed: ELSEVIER; 2015.
2. Weiner DB. Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. Am J Psychiatry 1992(149):725 - 32.
3. Shorter E. A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. 1997:246.
4. Maudlin H. Dorothea Lynde Dix: Crusader on Behalf of the Mentally Ill. Hospital and Community Psychiatry. 1976(27):471 - 2.
5. Talbott JA. Has academic psychiatry abandoned the community? Acad Psychiatry. 1991(15):106 - 14.
6. The introduction of chlorpromazine. Hospital and Community Psychiatry. 1976(27):505.
7. de Melo SF, Guilherme; Moreira, Guilherme Community Psychiatry in the Historical Evolution of Psychiatry. Análise Psicológica. 1981(31):357 - 63.
8. Governo de Portugal (Internet). Série I de 3 de Abril de 1963. Lisboa; Disponível em <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/75088193/199907260100/73318787/diploma/indice> . Consultado pela última vez a 2022/05/27.
9. Frias PPdC, M. Community psychiatry in Portugal: a critical review. Consortium Psychiatricum. 2020;1(1):49 - 59.
10. PPDC M. Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016. Diário da República. 2008.
11. Rosen AG, N. S.; Salvador-Carulla, L. The future of community psychiatry and community mental health services. Curr Opin Psychiatry. 2020 July;33(375-390).
12. Hospital Magalhães Lemos (Internet). Porto; Disponível em <https://www.hmlemos.min-saude.pt/sobre/>. Consultado pela última vez a 2022/05/23.
13. Português G. Regime jurídico do maior acompanhado - Lei n.º 49/2018. Diário da República.1.ª série(N.º 156):2018-08-14.
14. American Psychiatric Association. The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing. 2001;2nd ed.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

