

MESTRADO INTEGRADO

MEDICINA

Estágio em Saúde Mental Comunitária

Isabel Martino de Melo

M

2022



ESTÁGIO EM SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA

Isabel Maria Martino Loureiro de Melo Martins

up201504754@up.pt

Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Universidade do Porto

Orientador: Dr. Pedro Ferreira

Mestre, Colaborador Externo, Assistente

Coorientadora: Professora Doutora Liliana Castro

Professora Auxiliar Convidada, Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria

Porto, junho 2022



Porto, junho de 2022

Isabel Martino de Melo

Isabel Martino de Melo (Estudante)

Pedro Moura Ferreira

Dr. Pedro Moura Ferreira (Orientador)

Professora Doutora Liliana Castro (Coorientadora)

1. Agradecimentos

Ao Doutor Pedro Ferreira por toda a dedicação, apoio e aprendizagem que me proporcionou.

À Professora Doutora Liliana Castro pela sua disponibilidade e prontidão em auxiliar sempre que necessário.

A todos os profissionais do Hospital de Magalhães Lemos EPE, em particular à Doutora Ana Moreira pela oportunidade de participar nas reuniões do serviço que dirige e à Equipa de Intervenção Comunitária pela disponibilidade em integrar-me nas visitas domiciliárias.

Aos pacientes da consulta externa, internamento e visitas domiciliárias, pela amabilidade e colaboração em conceder as suas histórias pessoais e pela confiança que depositaram em mim.

À Professora Doutora Alice Lopes, regente da unidade de Psiquiatria de 5ºano, e à Doutora Paula Valente, docente das respetivas aulas práticas, por me transmitirem conhecimentos que ampliaram o meu interesse em Psiquiatria.

À minha família, especialmente os meus pais e irmã, pela motivação e apoio incondicional, por estarem presentes em todas as fases do meu percurso pessoal e académico.

Aos meus amigos e ao J, pelo companheirismo em todas as horas e pelo incentivo constante.

À Doutora Isabel Silva pelos ensinamentos sobre Saúde Mental e sobre a vida.

2. Resumo

O presente relatório pretende relatar a minha experiência durante o estágio para efeitos de tese de Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Decorreu no Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto, nas instalações do Hospital de Magalhães Lemos EPE, sob a orientação do Dr. Pedro Ferreira e a coorientação da Doutora Liliana Castro. Este estágio ocorreu entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, tendo uma duração de mais de 80 horas de trabalho.

Os meus objetivos para o estágio passavam por contactar com as diversas áreas de intervenção da Psiquiatria, desde a consulta externa e internamento à atividade formativa e de investigação; compreender a dinâmica envolvida na integração da Psiquiatria na comunidade, através do acompanhamento da Equipa de Intervenção Comunitária; adquirir novas competências na abordagem individualizada de cada paciente com patologia psiquiátrica, nomeadamente reconhecer as apresentações clínicas típicas e atípicas, bem como os métodos de diagnóstico, terapêuticas farmacológicas e psicoterapias mais adequados a cada contexto clínico; reconhecer as especificidades da colheita de história clínica psiquiátrica e exame físico dos pacientes como instrumentos de avaliação da pessoa e dos seus ambientes social, familiar e afetivo; e aprofundar os meus conhecimentos teóricos e práticos na área da Psiquiatria e Saúde Mental.

Considero ter atingido os objetivos propostos, com um crescimento a nível pessoal e a nível profissional, fundamentais para a minha futura prática clínica.

Relativamente à metodologia, o estágio teve um carácter observacional, através do acompanhamento do Dr. Pedro Ferreira no desenvolvimento das várias vertentes da sua atividade profissional, na consulta, no internamento, nas reuniões de serviço e nas atividades formativas. Tive também oportunidade de acompanhar a Equipa de Intervenção Comunitária na abordagem aos pacientes durante visitas domiciliárias. A minha integração em diversos serviços e atividades permitiu-me ter uma visão mais abrangente da especialidade de Psiquiatria e observar um conjunto muito variado de patologias mentais.

Este relatório inicia com uma introdução sobre as minhas motivações para a realização deste estágio e prossegue com o enquadramento contextual sobre o Hospital de Magalhães Lemos EPE e o Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto. No desenvolvimento, realizo a descrição e análise das atividades desenvolvidas, onde se enquadram as consultas externas presenciadas, o internamento, as reuniões de serviço, as visitas comunitárias e a atividade formativa. O relatório termina com uma reflexão final sobre o desenvolvimento das minhas competências na área de Psiquiatria e Saúde Mental.

Abstract

This report aims to describe my experience during the internship for the purposes of the thesis of the Integrated Master's Degree in Medicine of the School of Medicine and Biomedical Sciences (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). It took place in the Community Mental Health Service of Porto, at the premises of the Magalhães Lemos Hospital, under the supervision of Dr. Pedro Ferreira and the co-supervision of Doctor, PhD Liliana Castro. This internship occurred between November 2021 and January 2022, with a duration of over 80 hours of work.

My goals for the internship were to be in contact with the various areas of Psychiatry intervention, from outpatient and inpatient care to training and research activities; to understand the dynamics involved in the integration of Psychiatry in the community, by monitoring the Community Intervention Team; to acquire new skills in the individualized approach to each patient with psychiatric pathology, including recognizing typical and atypical clinical presentations, as well as the most appropriate diagnostic methods, pharmacological treatment and psychotherapy for each clinical context; to recognize the specificities of the psychiatric medical history and physical examination of patients as instruments to evaluate the person and his/her social, family and affective environments; and to deepen my theoretical and practical knowledge in the area of Psychiatry and Mental Health.

I believe that I have achieved the proposed goals, with a personal and professional growth that is essential for my future clinical practice.

Regarding methodology, the internship had an observational nature, through accompanying Dr. Pedro Ferreira in the development of various aspects of his professional activity, in Psychiatry appointments, in hospitalization, in department meetings and in training activities. I also had the opportunity to join the Community Intervention Team in their approach to patients during home visits. My integration in several services and activities allowed me to have a broader view of Psychiatry and observe a very diverse set of mental pathologies.

This report begins with an introduction about my motivations for doing this internship and continues with a contextual framework about the Magalhães Lemos Hospital and the Community Mental Health Service of Porto. In the development, I describe and analyze the activities developed, which include the external Psychiatry appointments attended, the hospitalization, the service meetings, the community visits and the training activity. The report ends with a final reflection on the development of my skills in the area of Psychiatry and Mental Health.

3. Glossário de abreviaturas

HML – Hospital Magalhães Lemos

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

USF – Unidades de Saúde Familiar

USP – Unidades de Saúde Pública

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – 5th edition

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

ITU – Infecção do trato urinário

OMS – Organização Mundial de Saúde

Índice

1. Agradecimentos.....	i
2. Resumo	ii
Abstract	iii
3. Glossário de abreviaturas	iv
4. Introdução	1
5. Desenvolvimento do estágio	2
5.1. Caracterização do Hospital de Magalhães Lemos EPE e do Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto	2
5.2. Consulta externa de Psiquiatria Geral	3
Consultas de 18 de novembro de 2021.....	3
Consultas de 19 de novembro de 2021.....	5
Consultas de 25 de novembro de 2021.....	7
Consulta de 26 de novembro de 2021	8
Consultas de 2 de dezembro de 2021	8
Consultas de 3 de dezembro de 2021	10
Consultas de 9 de dezembro de 2021	11
Consultas de 10 de dezembro de 2021	13
Consultas de 16 de dezembro de 2021	15
Consultas de 17 de dezembro de 2021	17
Consultas de 30 de dezembro de 2021	20
5.3. Reuniões de serviço.....	23
5.4. Internamento	26
5.5. Visitas domiciliárias	31
Caso clínico 1	32
Caso clínico 2	32
Caso clínico 3	32
Caso clínico 4	32
Caso clínico 5 e 6	32
Caso clínico 7	33
5.6. Atividade de formação	34
6. Conclusão	35

4. Introdução

Das diversas modalidades do projeto a desenvolver como a minha tese de Mestrado Integrado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, optei pela realização de um estágio, por configurar uma oportunidade de aprofundar, com aplicação prática, os meus conhecimentos de Psiquiatria.

Ao longo do curso, esta especialidade despertou-me particular interesse por ser uma área bastante distinta das restantes, que lida com a componente mental em primeiro lugar e a orgânica em segundo, embora sejam indissociáveis.

Com a experiência de estagiar no Hospital de Magalhães Lemos EPE, pretendia observar as principais patologias que tinha abordado anteriormente na unidade de Psiquiatria, mas que infelizmente não tive oportunidade de explorar mais profundamente na clínica, devido às restrições de acesso aos serviços durante o período pandémico. Além disso, o contacto com pacientes em contexto de estágio permite ver diversos exemplos da mesma patologia, com apresentação clínica muito diversificada de paciente para paciente, o que permite desenvolver o meu raciocínio clínico e capacidade de diagnóstico de patologias psiquiátricas.

Por fim, tive como grande motivação a necessidade de adquirir mais conhecimentos para lidar melhor com a desmistificação de ideias pré-concebidas sobre Saúde Mental, dada a minha experiência pessoal como estudante de Medicina que assiste frequentemente à desvalorização da saúde mental e estigmatização das patologias mentais na nossa sociedade.

5. Desenvolvimento do estágio

5.1. Caracterização do Hospital de Magalhães Lemos EPE e do Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto

O Hospital de Magalhães Lemos EPE é uma instituição hospitalar especializada em cuidados de Psiquiatria e Saúde Mental. Na Região Norte, é o único hospital central da rede do Serviço Nacional de Saúde especializado em Psiquiatria.

Desde o início da sua atividade em 1962, o HML tem como missão “a prestação de cuidados de saúde especializados de psiquiatria e de saúde mental à população adulta da respetiva área geodemográfica, assegurando em simultâneo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e efetividade e de satisfação, bem como de projetos de investigação e de formação pré e pós-graduada”. No cumprimento da sua missão, o HML assume como valores: a) Saúde, bem-estar e qualidade de vida dos doentes; b) Código de ética e padrões de conduta; c) Qualidade, inovação e excelência de resultados; d) Humanismo e respeito mútuo; e) Responsabilidade, integridade e trabalho de equipa.

O HML presta serviços de internamento e de ambulatório, que englobam consulta externa especializada de Psiquiatria, hospitalização parcial, reabilitação psicossocial e cuidados domiciliários. A urgência psiquiátrica da área metropolitana do Porto é garantida pelo Centro Hospitalar de São João, contribuindo o HML com médicos psiquiatras para assegurar a constituição das equipas de urgência.

O Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto atua sobre as principais dimensões da saúde mental: promoção, prevenção, remissão e reabilitação. Deste modo, assegura a promoção da saúde mental, através do incentivo à saúde mental positiva, da recomendação de hábitos saudáveis de alimentação, sono, exercício físico e da difusão pública de informação; a prevenção e tratamento da doença mental, com remissão sintomática; e a reabilitação da pessoa portadora de doença mental grave a nível biopsicossocial. Além disso, tem como desafios aumentar o investimento público em saúde mental, quebrar o estigma em relação às doenças mentais, assegurar os direitos humanos e implementar a saúde mental na comunidade.

A Equipa de Intervenção Comunitária, constituída por psiquiatras e internos de formação específica de Psiquiatria, enfermeiros especialistas, assistentes sociais, médicos de família e médicos de Saúde Pública, articula as suas atividades com o serviço de Internamento e os serviços de Ambulatório (Consulta HML, Consulta de 1º Episódio Psicótico, Consulta de Psicoses Resistentes, Consulta de Sem Abrigo e Grupos Psicoeducativos) do HML, bem como com os Cuidados de Saúde

Primários/ ACeS do Porto Ocidental (USF e USP) e Parceiros Sociais (Forças de Segurança, Autarquias locais, Segurança Social, Terceiro Setor, Conselho de Comunidade).

5.2. Consulta externa de Psiquiatria Geral

Consultas de 18 de novembro de 2021

1. M.M., sexo feminino, 70 anos, reformada, com antecedentes de diabetes mellitus, nefrectomia e catarata no olho esquerdo. Diagnosticada com depressão com características psicóticas e perturbação de ansiedade. Vem à consulta acompanhada por uma filha que lhe presta muito apoio. Desde a última consulta, sente-se com melhor disposição e mais ativa nas atividades diárias, com a ansiedade controlada. Embora mantenha marcha lentificada e confusão mental ocasional, reconhece as suas limitações e aceita-as gradualmente. A paciente recorda dois internamentos prévios: o mais recente por descompensação psicótica, complicada por infeção por Clostridium; e outro para observação, na sequência de complicações tardias (espasmos motores, crise tónico-clónica) a uma sessão de eletroconvulsivoterapia indicada para tratamento da sua patologia psiquiátrica. O plano terapêutico é mantido com cumprimento da medicação habitual com valproato de sódio 500 mg (1+0+1), fluoxetina 20 mg (1+0+0), quetiapina 200 mg (1+0+0), ciamemazina 40 g (gotas ao deitar) e lorazepam 1 mg (1+0+0) e 2,5 mg (0+1+1). Agenda-se nova consulta para janeiro.

2. C., sexo feminino, 54 anos, diagnosticada com patologia depressiva. Na última consulta (julho de 2021), a paciente apresentava humor estável e eutímico, sem recorrência de sintomas ansiosos. Nesta consulta, a paciente descreve-se apática, sem reatividade emocional e refere o falecimento do marido em setembro, na sequência de uma neoplasia complicada por infeção respiratória. De salientar que a sogra e a mãe da paciente também faleceram, respetivamente em janeiro e março de 2021, totalizando três perdas familiares significativas num curto período de tempo. É decidida a manutenção do plano terapêutico habitual com escitalopram 10 mg (1+0+0) e bupirona 5 mg (1+0+0). A paciente recusa apoio de consulta de Psicologia. Agenda-se nova consulta para início de 2022.

3. M.E., sexo feminino, 60 anos, dislipidémica, diagnosticada com perturbação depressiva major. Estabilizada com vigilância periódica de quatro em quatro meses e medicação habitual de sertralina 100 mg (1+0+0), risperidona 1 mg (0+0+0+1), mirtazapina 15 mg (0+0+0+1) e lorazepam 1 mg (0+0+0+1). Na consulta, refere sentir-se bem, sem quaisquer queixas. É agendada nova consulta em quatro meses.

4. M.F., sexo feminino, 49 anos, diagnosticada com perturbação psicótica paranoide, com quadro inicial de atividade delirante de carácter persecutório, principalmente associado aos colegas de trabalho “querem roubar-me, prejudicar-me” (sic). Sob baixa laboral há vários meses, que mantém, embora tenha recuperado estabilidade clínica. Nesta consulta, descreve incessantemente sintomatologia inespecífica de otalgias, algias no membro superior direito e dificuldades de deambulação. Mantém medicação habitual com risperidona 1 mg (0+0+1) e amitriptilina 25 mg (0+0+0+1).

5. O., sexo feminino, 72 anos, diagnosticada com perturbação depressiva com características psicóticas. A paciente teve um internamento psiquiátrico recente por descompensação psicótica, do qual não tem quaisquer recordações. Nesta consulta, descreve maior sensação de cansaço, perda de forças e marcha lentificada nos últimos meses, cumprindo as suas tarefas diárias com maior dificuldade. É indicada a manutenção de tratamento farmacológico com risperidona 2 mg (0+0+0+1), sertralina 100 mg (1+0+0), lorazepam 2,5 mg (0+0+0+1) e mirtazapina (0+0+0+1). A próxima consulta é agendada para janeiro.

6. M.F., sexo feminino, 75 anos, diagnosticada com perturbação mista de ansiedade e depressão, acompanhada em consultas de Psiquiatria e estabilizada há vários anos. Nesta consulta, a paciente mostra-se desanimada, angustiada com um problema de saúde oftalmológico e preocupada com os netos, ficando chorosa ao referir o desemprego de uma neta. Mantém a medicação crónica de fluvoxamina 100 mg (0+0+0+1) e alprazolam 0,5 mg (0+0+0+1), introduz vitaminas Primus (1+1+0) durante 2 a 3 meses.

7. A., sexo masculino, 55 anos, diagnosticado com perturbação depressiva major. Nesta consulta, refere estar isolado em casa há três meses, desde o falecimento da mãe que não consegue processar. Sente-se mais distante da esposa e filhos com quem habita, relata não se sentir capaz de comunicar com eles. Encontra-se em baixa laboral há vários anos e desmotivado a regressar. Embora com postura reservada e pouco comunicativo, o paciente confessa consumir quantidades excessivas de álcool como “escape” (sic), principalmente em contextos de socialização com amigos, em que se sente inibido a comunicar. Ao esquema farmacológico habitual (trazodona, lorazepam, mirtazapina, ciamemazina e bromazepam), é decidido associar venlafaxina 150 mg e bupropiona 150 mg (1+0+0). A consulta de seguimento é marcada para janeiro.

8. F., sexo masculino, 39 anos, com antecedentes de consumo de substâncias ilícitas e condição de sem abrigo. Diagnosticado com esquizofrenia. No início da consulta, refere que a situação habitacional em casa da prima tem sido harmoniosa, mantém rotinas, tarefas diárias e contactos sociais regulares. Nos últimos meses, tem-se sentido bem e a gerir bem os sintomas

residuais, garantindo cumprir a medicação com risperidona, dicloridrato de flurazepam, zotepina, lorazepam e biperideno. A próxima consulta é agendada para fevereiro.

9. L., sexo feminino, 59 anos, com diagnóstico de perturbação depressiva controlada com venlafaxina 150 mg (1+0+0). Desde a entrada no consultório, a doente adopta uma postura inquieta, agitada, com fâcias consternada. Relata preocupação relacionada com vivências recentes com a mãe, uma idosa com suspeita de doença de Alzheimer, que vendeu a casa onde habitavam juntas há doze anos de forma súbita, sem aviso prévio. Diz sentir-se “rejeitada, abandonada” (sic). A paciente descreve ainda um hábito de arrancar porções de pele nos pés, que iniciou há cerca de dois meses e que classifica como impulsivo e irrefletido “quando dou conta já estou a fazê-lo de novo” (sic).

Este caso fez-me refletir sobre a importância de reconhecer sinais de alarme, que por vezes possam ser desvalorizados ou mesmo passar despercebidos na entrevista clínica. O transtorno de escoriação (skin-picking), reconhecido como um diagnóstico psiquiátrico das “Perturbações Obsessivas-Compulsivas e relacionadas” no DSM-5, é descrito como o comportamento compulsivo e repetitivo de tocar, arranhar, perfurar ou escoriar a pele de modo intenso, acabando por provocar feridas, cicatrizes ou descolorações. Entre os fatores relacionados com o seu desenvolvimento e manutenção, devem ser consideradas condições dermatológicas como a acne, fatores de personalidade, história pessoal de conflitos emocionais e comorbidades psiquiátricas (como transtorno obsessivo compulsivo, tricotilomania e perturbação depressiva major).

Consultas de 19 de novembro de 2021

1. Após duas faltas de comparência à consulta, uma justificada pelo internamento do paciente no serviço D3 e outra injustificada, surge o senhor A., sexo masculino, 65 anos, acompanhado para psicoterapia após diagnóstico de quadro demencial inicial. Paciente autónomo, mas com tendência a acumulação compulsiva de objetos, que condiciona desorganização da sua casa. Desde o falecimento da esposa em março, conta com o apoio de duas cuidadoras no domicílio, uma das quais o acompanha à consulta e descreve melhorias nas condições de limpeza, higiene pessoal e alimentação do paciente. Mantem possessividade dos seus objetos e afirma desconfiança de ser roubado no cemitério “roubam-me as velas” (sic). Desde a última consulta, sente-se mais motivado para socializar com os amigos e realizar passeios diários e refere boa adaptação à medicação com risperidona 1 mg e rivastigmina 6 mg, com melhoria a nível cognitivo. O plano de intervenção consiste na mudança de rede de apoio social, até à data concedida pela junta de freguesia, para a Santa Casa da Misericórdia, de modo a manter apoio na gestão da sua alimentação e medicação. A consulta de seguimento é agendada para fevereiro.

2. A., sexo feminino, 31 anos, de nacionalidade argentina e residente há vários anos em Portugal, diagnosticada com transtorno afetivo bipolar. Desde o seu último internamento psiquiátrico há dois anos e seis meses por descompensação maníaca, tem estado estável com a terapêutica habitual de sertralina 100 mg (0+0+1/2), lorazepam 2,5 mg (0+0+0+1/2) e aripiprazol 15 mg (0+0+1). Sente-se satisfeita e equilibrada emocionalmente com as suas duas ocupações profissionais, num call-center de manhã e em restauração de noite. A nível da sua vida pessoal, relata socialização frequente com amigos e uma relação amorosa recente que tem evoluído positivamente. Revela-se receosa com a viagem à Argentina que tem planeada para dezembro, por ser a primeira desde o falecimento do pai cujo luto ainda está a processar. A paciente mantém a medicação habitual e agenda-se a próxima consulta para fevereiro.

3. M.I., sexo feminino, 76 anos, seguida em consulta por luto prolongado do filho. A vida pessoal da paciente é marcada pela perda súbita de um filho há vinte e cinco anos, sem causa de morte determinada. Mais recentemente, vivenciou o falecimento do marido por doença prolongada e, oito meses depois, o falecimento do outro filho de 50 anos, de forma inesperada e acidental. A paciente revela sentimentos de profunda tristeza, solidão e saudade pelas perdas familiares que “nunca se ultrapassam” (sic). Vem acompanhada pela filha, que descreve a dificuldade de aceitação do resultado da autópsia e a revolta familiar por esta perda precoce significativa. Relatam uma homenagem recente, no Dia de Fiéis, da corporação dos bombeiros onde o filho trabalhava, que foi “muito difícil de processar” (sic). A doente ocupa os seus dias com atividades como ver televisão, assistir a jogos de futebol e hóquei, acompanhada dos outros filhos e netos. Em relação à época natalícia que se aproxima, revela-se desesperançada e desanimada pelas ausências familiares significativas. A consulta seguinte é marcada para janeiro.

4. V.M., sexo masculino, 55 anos, diagnosticado com perturbação depressiva associada a alcoolismo prolongado. Os seus consumos etílicos habituais (duas cervejas de manhã, várias de tarde e outras bebidas alcoólicas fora de casa) têm um profundo impacto na diminuição do efeito terapêutico da medicação habitual (sertralina 100 mg, mirtazapina 15 mg, lorazepam 1 mg). Além disso, o paciente descreve deterioração do ambiente familiar, com sucessivas discussões com a esposa e filhos, dos quais oculta grande parte dos consumos. Refere que no passado já conseguiu alcançar períodos de abstinência alcoólica, em que reconhecia melhorias significativas nos diversos aspetos da sua vida. Atribui as recaídas à falta de motivação e à exigência de gerir o seu emprego. Relativamente à última consulta, o Dr. Pedro destaca o emagrecimento notório do paciente, que revela alimentação irregular nos últimos meses. O plano de intervenção consiste na psicoeducação sobre abstinência alcoólica, associada ao cumprimento da medicação crónica e acompanhamento regular em consulta, de três em três meses.

Consultas de 25 de novembro de 2021

1. M.J., sexo masculino, 76 anos, diagnosticado com perturbação delirante de tipo ciumento, com provável relação com um quadro demencial inicial. O paciente é acompanhado em consulta de Psiquiatria por manifestar ciúmes desproporcionados em relação à esposa, atualmente controlados, e em Neurologia por declínio cognitivo ligeiro recente. Cumpre a medicação com quetiapina 25 mg (0+0+1), mirtazapina 15 mg (0+0+0+1/2), alprazolam 1 mg (1/2+0+1), vitamina B12 em gotas e memantina 10 mg (1+0+0). Mantem-se calmo e estável, pelo que a próxima consulta é marcada em cinco meses.

2. N., sexo masculino, 59 anos, diagnosticado com uma perturbação de personalidade paranoide, acompanhado desde 2008. Na consulta, destaca-se com afirmações de desconfiança em relação à pandemia de Sars-Cov2 “não ligo a isso (...) exagero da TV” (sic). Medicado com olanzapina 5 mg (0+0+0+1). Agendada consulta de seguimento em seis meses (maio).

3. M.A., sexo feminino, 73 anos, diagnosticada com debilidade intelectual. Vive num lar e tem uma prima como tutora, por processo de maior acompanhado, que comparece à consulta. A familiar descreve boa adaptação da doente ao lar, onde é acompanhada na sua alimentação, cuidados de higiene e gestão da medicação, e refere necessidade de mais atividade física. Durante a consulta, a paciente mostra-se bem-disposta mas pouco comunicativa, com linguagem escassa e desarticulada. É estabelecida a manutenção da medicação habitual com risperidona 1 mg duas vezes por dia e agendada a consulta seguinte para março.

4. A., sexo masculino, 24 anos, com diagnóstico de défice mental moderado. Vem acompanhado pela mãe, que proporciona excelente suporte familiar. O paciente revela-se feliz com o seu novo emprego como auxiliar num canal de televisão, que lhe permite ser comunicativo e dinâmico. Encontra-se bem integrado na equipa de trabalho e também a estabelecer interações sociais nos ensaios do coro e respetivas atuações musicais. O doente mantém a medicação com aripiprazol e diazepam e regressa à consulta em março.

5. M.R., sexo feminino, 57 anos, reformada, com diagnóstico de perturbação depressiva persistente associada com elevado neuroticismo. Na consulta, manifesta humor habitual de tonalidade subdepressiva. Indicada a manutenção da terapêutica com sertralina 50 mg (1+0+0) e cloxazolam 2 mg (0+0+1) e seguimento em consulta em abril.

Consulta de 26 de novembro de 2021

Após as visitas que pude realizar com a Equipa de Intervenção Comunitária, regressei ao Hospital de Magalhães Lemos EPE, onde ainda consegui presenciar a última consulta da manhã.

1. J.L., sexo masculino, 67 anos, diagnosticado com depressão com características psicóticas associada a perturbação de ansiedade. O paciente é solteiro, habita com a mãe idosa de cem anos, é advogado embora sem desempenho da sua profissão e ocupa-se com prática de boxe e treinos com personal trainer várias vezes por semana. Segundo o irmão, que o acompanha à consulta, o doente teria uma personalidade pré-mórbida com traços ansiosos e obsessivos, mas ao longo dos anos agravou as ideias de preocupação excessiva. O paciente admite tentar rejeitar pensamentos como “medo que a minha mãe morra”, “fico arruinado”, “vai tudo correr mal” (sic) e expressa ansiedade antecipatória de ficar internado. Recentemente, a frequência de crises de ansiedade aumentou significativamente, motivando indicação de eletroconvulsivoterapia com melhorias. O plano terapêutico é adaptado para mirtazapina 30 mg (0+0+0+1), aripiprazol 10 mg (1+0+0), olanzapina 10 mg (1/2+1/2+1), lorazepam 2,5 mg (0+0+0+1, +SOS), venlafaxina 150 mg (1+0+1). A próxima consulta é agendada para janeiro.

Consultas de 2 de dezembro de 2021

1. R., sexo masculino, 25 anos, com história de consumo de canabinóides e diagnosticado com perturbação bipolar. Teve um internamento psiquiátrico em setembro, durante cerca de duas semanas, por episódio maníaco. Comparece à consulta acompanhado pela mãe, que o nota mais parado, desmotivado e isolado socialmente. São efetuados ajustes na sua medicação habitual com quetiapina 100 mg (0+0+0+1/2), valproato semisódico 500 mg (0+0+1), lorazepam 1 mg (0+0+0+1) e suspende paliperidona. Aguarda resultado dos testes de memória efetuados em Psicologia, que serão avaliados na próxima consulta em fevereiro.

2. A., sexo masculino, 55 anos, diagnosticado com perturbação depressiva associada a perturbação de personalidade do cluster B (histriónica/narcisista). Antecedentes de ideação suicida despoletada por sensação de ruína perante desemprego aos 50 anos, quando a reforma por invalidez foi revogada. O paciente refere maior desânimo durante o dia e melhoria na qualidade de sono. Encontra-se medicado com bupropiona 150 mg sem melhorias há 3 meses, que é alterado para amissulprida 50 mg (1+0+0). Mantém zotepina 25 mg, lorazepam 1 mg, quetiapina 150 mg e escitalopram 20 mg. Avaliado numa próxima consulta em março.

3. J., sexo masculino, 23 anos, com diagnóstico de psicose esquizoafetiva e história de múltiplos internamentos psiquiátricos. Dos três episódios de descompensação com tratamento hospitalar, o último ocorreu em fevereiro de 2020, prolongando-se durante 40 dias. Atualmente realiza medicação crônica com haloperidol 5 mg (1+0+0), lorazepam 1 mg (0+0+0+1) e valproato semisódico 500 mg (0+0+0+1), associado a neuroléptico injetável de longa duração, paliperidona. Nos últimos meses, refere sentir-se mais ansioso, com tendência a consumir mais tabaco. O plano terapêutico é adaptado com a introdução de loflazepato de etilo 2 mg em SOS. A próxima consulta é agendada para 30 de dezembro, a data da próxima dose de injetável.

4. D.C., sexo masculino, 20 anos, filho único, com perturbação do espectro do autismo, epilepsia refratária e défice mental moderado. Apresenta um histórico de diversos internamentos psiquiátricos desde os 18 anos, cada vez mais recorrentes (maio, junho e julho de 2021). Este paciente esteve internado no serviço D3 em novembro, durante trinta e sete dias, por descompensação comportamental, tendo recebido alta hospitalar após estabilização progressiva do comportamento. Esta era, portanto, a primeira consulta pós-internamento.

Este caso clínico, discutido nas reuniões de serviço de novembro, foi descrito como um quadro de alterações comportamentais marcado por agressividade, reatividade, desinibição e atitudes provocatórias. Em reunião com a equipa médica, a mãe do paciente ressalta a dificuldade de gerir os comportamentos do filho, com prejuízo na sua relação com ele. Além disso, relata uma convivência conturbada deste com o seu namorado, já que se opõe à relação amorosa da mãe, assim como escassas interações sociais com jovens da sua idade. O paciente frequenta um centro de atividades ocupacionais (CAO), onde foram relatados episódios de agressão física e verbal às técnicas e colegas, micção intencional na sala de convívio, quedas propositadas e recusa em participar nas atividades. Fica estabelecido como plano de intervenção a remissão de comportamentos desajustados para perspetivar alta, e regresso a casa e ao centro de atividades.

Na consulta, a mãe refere que desde o regresso do internamento a casa, o filho repete os comportamentos provocatórios habituais, como criar discussões com o namorado da mãe “por ciúme e necessidade de atenções centradas nele” (sic), confrontar e desafiar as regras impostas e não cumprir tarefas. Tem estado mais isolado, ocupado a ver televisão e vídeos de conteúdo violento e a consumir alimentos em excesso. A mãe manifestou intenção de procurar uma instituição especializada para cuidar o seu filho, que este não aceitou, agravando as atitudes erráticas em casa. Durante toda a entrevista, o paciente encontra-se sonolento, pouco colaborante e pouco comunicativo, acenando apenas com a cabeça. Interage quando mencionado o internamento recente, pedindo se pode visitar “os amigos” (sic) e enfermeiras. Mantém constantemente a mão entrelaçada na da mãe e abraça-a quando esta fala afetuosamente dele

“quero o melhor para ele” (sic). Portanto, a postura do paciente é indicativa de elevada dependência emocional em relação à sua mãe. O plano de intervenção pós internamento consiste na manutenção do esquema terapêutico adaptado à descompensação recente, com topiramato 150 mg (1+0+0) e 200 mg (0+0+1), lorazepam 2,5 mg (1+1+1+1), oxcarbamazepina 600 mg (1+0+1), sertralina 100 mg (1+0+0), olanzapina 10 mg SOS, zotepina 25 mg (0+0+0+1), clonazepam 2 mg (0+0+0+1) e haloperidol injetável intramuscular de 21/21 dias e agendamento da próxima consulta em duas semanas.

Consultas de 3 de dezembro de 2021

1. M.M., sexo masculino, 73 anos, reformado, com antecedentes de neoplasia da próstata com prostatectomia e arritmia cardíaca. Diagnosticado com perturbação delirante há várias décadas, com história de internamentos prévios por atividade delirante inespecífica “olhava para um quadro e via lá coisas” (sic) aos 20 anos (1968) e de tipo persecutório, relacionada com militares aos 26 anos (1974). É acompanhado em consultas de Neurologia desde 1986, estando medicado com clorpromazina (gotas) e mianserina 30 mg (1+0+0). No passado, descrevia-se como um homem desconfiado e facilmente irritável. Desde a reforma há vários anos, tendo uma vida mais calma, encontra-se psicologicamente estabilizado, com crítica preservada. Mantém um estilo de vida saudável, com atividade física regular e socialização com a esposa, filhos e netos. Realiza-se ajuste terapêutico com suspensão de clorpromazina e manutenção de mianserina, sendo novamente consultado em março.

2. R., sexo masculino, 23 anos, diagnosticado com défice mental ligeiro, previamente acompanhado em Pedopsiquiatria durante vários anos. Desde o início da consulta, o paciente adota uma postura contrariada, mantendo as mãos inquietas e revirando os olhos. Mostra-se choroso ao descrever a sua dificuldade de regulação emocional e o seu desconforto em interagir com outras pessoas em ambientes sociais. O doente afirma que se isola regularmente porque “não gosto de pessoas, não gosto de ninguém” (sic) e sente que “já tenho convivência suficiente” (sic) com um amigo de longa data que o visita alguns fins de semana. Refere ainda que tem uma formação relacionada com educação infantil e gosta de interagir com crianças, no entanto não trabalha nesta área. Vem à consulta acompanhado pela mãe, que estabelece permanentes comparações entre o paciente com os seus restantes filhos “tenho cinco filhos e tinha de ficar a viver com o esquisito” (sic) e comenta com sarcasmo as informações clínicas fornecidas pelo paciente “não gosta de pessoas, nem dele próprio gosta!” (sic). Ao longo da entrevista, é notório o confronto constante entre ambos, em que o paciente adota um tom acusador “ele (irmão) devia estar preso, o teu preferido!” (sic). Denota-se, assim, que este jovem está desintegrado do seu ambiente familiar,

onde não recebe apoio ou estímulo suficientes. O plano de intervenção será manter o tratamento com valproato semisódico 250 mg (0+0+1) e sertralina 20 mg (1+0+0), e agendar a próxima consulta para março, preferencialmente individual, sem a presença da acompanhante.

3. S.C., sexo feminino, 42 anos, com perturbação depressiva. A paciente apresenta um histórico de relacionamentos instáveis, um abusivo com o pai da filha por violência doméstica e o mais recente com o pai do filho, cujo divórcio foi o principal fator desencadeante de uma tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa voluntária há 2 anos. A doente refere que nos últimos meses se sente mais desanimada e com tendência a confrontos verbais com a filha e a mãe, que reprovam a sua persistência em reatar a relação anterior. Na área profissional, mantém um desempenho estável. Em termos terapêuticos, mantém olanzapina e escitalopram 20 mg, e reagenda consulta para fevereiro.

4. M.A., sexo feminino, com diagnóstico de perturbação depressiva. A paciente é cuidadora de um filho com perturbação afetiva bipolar com histórico de internamentos hospitalares recorrentes por descompensação maníaca. Refere preocupação constante relativa ao seu filho, que se isola em casa, mas já gere melhor as fases em que este está mais desorganizado. Medicada com escitalopram 10 mg (1+0+0). Próxima consulta marcada para abril.

5. I., sexo feminino, 44 anos, diagnosticada com perturbação depressiva. Nos últimos 4 anos, a paciente vivenciou um divórcio litigioso, um acidente de viação com a mãe que ficou com sequelas de motricidade e a doença do pai que faleceu há 1 ano, tendo sido a sua cuidadora principal. Descreve uma relação conturbada com a mãe, que na sua perspetiva se vitimiza e exige muito dela, apesar de ter duas cuidadoras à sua disponibilidade, e a filha de 9 anos, que tem comportamentos instáveis que dificultam a comunicação entre ambas. Trabalha como enfermeira numa unidade de cuidados de reabilitação, uma profissão que identifica como mentalmente exigente e que motivou baixa laboral no período de doença do seu pai. Atualmente, sente-se realizada e valorizada no emprego, e motivada com os estudos aos fins de semana. Mantém também uma vida social ativa com amigos. A paciente mantém as doses terapêuticas de fluoxetina 20 mg (1+0+0) e mexazolam 1 mg (1+0+0) e reduz a de quetiapina, de 100 mg para 50 mg (0+0+0+1/2). Agendada nova consulta para fevereiro.

Consultas de 9 de dezembro de 2021

1. M.R., sexo feminino, 57 anos, diagnosticada com perturbação depressiva (previamente classificada como perturbação de personalidade histriónica). A paciente apresenta um histórico de episódios depressivos desde a infância e vários internamentos psiquiátricos, dois dos quais em

2018, por tentativas de suicídio/parasuicídio, por enforcamento, automutilação e intoxicação medicamentosa voluntária. Desde a última consulta refere-se bem-disposta, com ansiedade controlada e melhor tolerância à frustração. No seu emprego sente-se bem adaptada após mudança de setor, trabalhando atualmente com crianças. A nível pessoal, tem um bom suporte familiar do seu marido e filhos, que a acompanham no processo de melhorar a sua alimentação e praticar exercício físico. Em relação à terapêutica, mantém lorazepam 2,5 mg e 1 mg (1+1+1), venlafaxina 150 mg (1+0+0), trazodona 150 mg (0+0+1) e mirtazapina 15 mg (1+0+0). Reavaliada em consulta em março.

2. M.L., sexo feminino, 73 anos, diagnosticada com perturbação depressiva persistente e acompanhada em Psiquiatria há várias décadas. A paciente refere-se mais ansiosa e solitária, devido ao seu divórcio há um ano após um casamento de 30 anos, à recente imigração do filho para o Canadá e à falta de contato com os netos. Além disso, o mês de dezembro recorda-a de três perdas significativas na sua vida: um irmão, o pai e a mãe, que faleceram neste mês em anos diferentes. Expressa ainda desânimo por não conseguir manter-se ativa e dinâmica como habitualmente no seu negócio e receia abrir falência. A decisão terapêutica é de introduzir loflazepato de etilo em SOS ao esquema habitual com venlafaxina 75 mg (1+0+0) e zolpidem 10 mg (0+0+0+1/2). A doente regressa à consulta em abril.

3. L., sexo feminino, 64 anos, diagnosticada com perturbação depressiva persistente, medicada com venlafaxina 150 mg (1+0+0) e 75 mg (0+1+0), diazepam 5 mg (1+1+1), trazodona 150 mg (0+0+0+1) e topiramato 50 mg (1+0+0). Desde o início da consulta, a paciente apresenta-se distímica, com aspeto abatido e consternado. Com um discurso persistente e marcado por neuroticismo, insiste em revelar as “consequências” (sic) e pede que me ausente da consulta, sendo avaliada apenas pelo Dr. Pedro Ferreira.

Este caso clínico lembrou-me da relevância de estabelecer uma relação médico-paciente empática, em qualquer especialidade médica, mas particularmente nas áreas da Saúde Mental. As entrevistas clínicas em Psiquiatria implicam a partilha mais extensa de informações pessoais, sendo essencial cativar a confiança do doente e proporcionar um ambiente que seja confortável, de modo a estabelecer uma comunicação clara, honesta e completa.

4. M.I., sexo feminino, 66 anos, com perturbação mista de depressão e ansiedade e um quadro neurodegenerativo em estudo. A paciente apresenta várias comorbidades médicas, alergias medicamentosas e agravantes psiquiátricos, como dependência de benzodiazepinas e ideação suicida prévia (em 2015) “se Deus me levasse” (sic). Encontra-se de baixa laboral há 3 anos. Nesta consulta, a doente descreve tristeza recorrente, desmotivação para sair e sono instável, de cerca

de 4 horas por noite. A suspeita de processo neurodegenerativo justifica-se pela diminuição da capacidade de memória, que tem agravado nos últimos meses. Como plano terapêutico, é instituída memantina 20 mg/dia, vortioxetina 10 mg/dia, clonazepam 2 mg (1+1/2+1), alprazolam 1 mg (1+0+0+1/2), risperidona 0.5 mg (0+0+0+1) e melatonina 2 mg (0+0+0+1). Aguarda nova consulta em março.

5. R., sexo feminino, 35 anos, diagnosticada com perturbação de ansiedade generalizada. A paciente refere agravamento recente da sintomatologia ansiosa, despoletado por uma queda da sua neta que evoluiu com convulsões e motivou acompanhamento na urgência hospitalar. Desde esse episódio, sente-se receosa em sair de casa e tem um sono conturbado, estando atualmente medicada com cloridrato de trazodona mas refere sonolência diurna. No fim da consulta, o plano terapêutico é adaptado para fluoxetina 20 mg (1+0+0), alprazolam 0,5 mg (1+0+1), paroxetina 20 mg (1+0+0) e loflazepato de etilo 2 mg (apenas em SOS). A doente regressa à consulta em fevereiro.

6. N.C., sexo masculino, 46 anos, fumador, diagnosticado com perturbação afetiva bipolar com histórico de diversos internamentos por descompensações maníacas, o último em março de 2020. Descreve um ambiente familiar problemático, marcado por discussões frequentes com a esposa relativamente a diferentes perspetivas educativas para o filho de 16 anos com comportamentos desviantes (consumo de substâncias psicoativas e tabaco). Atualmente desempregado, mostra-se pouco entusiasmado com um novo emprego que inicia em janeiro. O paciente mantém terapêutica com valproato semisódico 500 mg (1+0+1) e lorazepam 2,5 mg (0+0+0+1) para estabilização, novamente avaliado em janeiro.

7. M.A., sexo feminino, 56 anos, com perturbação depressiva. Acompanhada em consulta de Psiquiatria desde abril de 2019, por sentimentos de desmotivação e desvalorização no emprego como farmacêutica. Atualmente ainda desempregada por falta de oportunidades na sua área, mantém-se ocupada com atividades de lazer. Sem alterações ao esquema terapêutico habitual com venlafaxina 75 mg e clorazepato dipotássico 5 mg. Agendada nova consulta para fevereiro.

Consultas de 10 de dezembro de 2021

1. M.J., sexo feminino, 52 anos, diagnosticada com perturbação de ansiedade. A paciente refere preocupação excessiva e desproporcionada com as notícias de terceira dose da vacina anti COVID-19, que fazem equacionar um diagnóstico de hipocondria. Como plano de intervenção, é encaminhada para consultas de Psicologia, que já frequentou no passado com relativo sucesso. Concomitantemente, mantém o esquema terapêutico com fluoxetina 20 mg (2+0+0) e bromazepam 3 mg (máximo 3 por dia). É agendada reavaliação clínica para janeiro.

2. M., sexo feminino, 57 anos, diagnosticada com perturbação depressiva e ansiosa. A paciente apresenta história de vários internamentos psiquiátricos aos 32 anos por tentativas de suicídio (por automutilação, intoxicação medicamentosa voluntária, disparo de arma de fogo), após um casamento em que foi vítima de violência doméstica. Atualmente, mantém atividade como cuidadora de uma idosa e ocupa os seus dias com diversas atividades de lazer. No entanto, no início de 2021 foi diagnosticada com síndrome de Menière, que despoletou recidiva de sintomatologia depressiva e ansiosa. A terapêutica passa a incluir quetiapina (0+0+0+1), associada à medicação crónica com escitalopram 20 mg (1+0+0), mirtazapina 15 mg (0+0+0+1), alprazolam 1 mg (1+0+0+1) e beta-histina 2,4 mg. A consulta subsequente é agendada para janeiro.

3. F.J., sexo masculino, 44 anos, diagnosticado com défice intelectual acentuado. Este paciente vive num lar residencial especializado em apoio a deficiências. De momento encontra-se confinado, pelo que a consulta é realizada com informações fornecidas pelas técnicas do CAO. As cuidadoras descrevem que o doente tem estado agitado e reativo às mudanças características da época natalícia, mostrando-se receoso de não corresponder às suas expectativas. Realiza as tarefas diárias com apoio das técnicas e expressa interesse por participar no centro de atividades. O doente mantém-se medicado com quetiapina de libertação prolongada 300 mg (0+0+0+1), valproato 500 mg (1+0+1), risperidona 2 mg (1+1+1+sos), quetiapina 100 mg (1+1+1+0) e lorazepam 2,5 mg (1+0+1/2). Regressa à avaliação em consulta em maio.

4. M.L., sexo feminino, 49 anos, com antecedentes de consumo de canabinóides. Diagnosticada com psicose não especificada e défice intelectual ligeiro. A paciente apresenta como fatores de risco más condições socioeconómicas e histórico de relações afetivas instáveis (um divórcio e um companheiro atual que restringe as suas saídas de casa.) Mantém-se o esquema terapêutico habitual com diazepam 5 mg (1+0+1), lorazepam 2,5 mg (0+0+0+1) e haloperidol 50 mg injetável intramuscular de 28/28 dias. A paciente regressa à consulta em abril.

5. R.M., sexo feminino, 49 anos, diagnosticada com perturbação depressiva. Nos últimos meses, a paciente sente-se desanimada, desmotivada e descreve crises de ansiedade frequentes. Refere como vivências significativas o falecimento recente do irmão, o divórcio com o pai dos filhos que era toxicod dependente, o término recente de uma relação amorosa de sete anos e os problemas relacionais com os filhos: o filho com consumos de substâncias ilícitas que lhe exerce maus-tratos e a filha desempregada que depende financeiramente da mãe. A doente refere ainda ter um sono conturbado, com insónia terminal “não tenho uma noite descansada” (sic). Nesta consulta, decide-se aumentar a dose terapêutica de venlafaxina para 150 mg (1+0+0) e introduzir lorazepam 2,5 mg (0+0+0+1), mantendo mirtazapina 15 mg (0+0+0+1) e alprazolam 1 mg (1+0+0+1).

Nesta manhã, tive oportunidade de assistir à entrevista da esposa e filha do paciente 7 consultado a 18 de novembro (A., sexo masculino, 55 anos, perturbação depressiva major). Embora o doente estivesse ausente, as informações fornecidas pela sua rede de suporte familiar foram fundamentais para complementar o conhecimento do seu contexto social e dinâmicas familiares e afetivas. Além disso, tratando-se de um paciente que se mostrou reservado e pouco comunicativo na primeira consulta a que assisti, pude obter mais informação clínica relevante ao estudo deste caso. A filha, de 22 anos, começa por descrever grande preocupação em relação ao pai, que nota mais triste e isolado, relutante em sair ou fazer atividades com ela e de trabalhar nos seus projetos de carpintaria, que tanto o costumavam motivar. Segundo a jovem, o doente é fechado emocionalmente, nega qualquer tentativa de aproximação, carinho e apoio, não partilha as suas preocupações. A esposa acrescenta que, a cada recaída, o marido aumenta a frequência e quantidade de ingestão de álcool, com tendência a consumir fora de casa de modo a ocultar os consumos da família. Contudo, ambas conseguem reconhecer o estado de alcoolismo porque o paciente se torna mais sensível, algo pouco habitual, e comunica com “fala arrastada” (sic). À data de consulta, de acordo com o seu conhecimento, estará a consumir três a quatro vezes por semana. A filha identifica o falecimento da avó, mãe do paciente, como o principal desencadeante da descompensação depressiva associada a alcoolismo, uma vez que não processou essa perda, tem dificuldade de referir a situação e sente-se culpado por se ter afastado do papel de cuidador na fase terminal da doença. A esposa refere que a patologia depressiva e dependência do paciente têm afetado profundamente as dinâmicas familiares, gerando vários conflitos verbais, o afastamento do filho mais novo que não compreende a doença do pai e problemas financeiros. As familiares expressam ainda receio em relação a ideação suicida, que o paciente refere frequentemente através de discursos derrotistas sobre a sua vida, e ao abuso de psicofármacos, quando verifica menos efeito terapêutico por interferência das substâncias alcoólicas. O paciente é recomendado para acompanhamento em Psicologia, para realização de terapia cognitivo-comportamental, que lhe forneça mecanismos de coping para lidar mais equilibradamente com as suas emoções e dependência.

Consultas de 16 de dezembro de 2021

1. M., sexo masculino, 26 anos, diagnosticado com esquizofrenia. Desde a última consulta, refere que se tem mantido mais ocupado na sua formação, num curso de culinária que o interessa e que aprende com facilidade. Refere pioria da qualidade de sono, com insónia inicial que condiciona hipersonolência diurna, chegando a dormir doze horas durante o dia. A medicação habitual é ajustada com a redução de dose de fluvoxamina 100 mg (0+0+1/2) dada a estabilização

de atividade delirante e manutenção de clozapina 100 mg (0+0+1) e lorazepam 2,5 mg (0+0+0+1). O paciente será avaliado novamente em consulta em fevereiro.

2. A.G., sexo masculino, 56 anos, diabético, diagnosticado com esquizofrenia e acompanhado em consultas regulares de Psiquiatria há muitos anos. O quadro inicial era marcado por intensa atividade delirante de tipo persecutório associada a alterações comportamentais, com fugas inesperadas para o estrangeiro, condução imprudente de automóvel e agressões recorrentes. Nessa altura, encontra-se desconectado afetivamente da família, tendo deixado a mãe sozinha a apoiar o pai doente, mas atualmente é cuidador de idosos e particularmente preocupado com a saúde da sua mãe. A familiar, que o acompanha à consulta, descreve-o como amoroso, responsável e protetor, mas também facilmente irritável. A patologia psiquiátrica está atualmente bem controlada com administração intramuscular de haloperidol 0,25 de 21 em 21 dias, sem recurso a medicação habitual oral. O plano terapêutico é mantido, e a próxima consulta agendada para junho.

3. P.M., sexo masculino, 46 anos, fumador, diagnosticado há muitos anos com oligofrenia (termo que caiu em desuso), atualmente classificado como um défice intelectual moderado. A sua patologia associa-se com desorganização do pensamento (paranoias e obsessões). O paciente comparece à consulta acompanhado pelo pai com quem habita, que nota que o filho tem estado menos ativo, sem ocupações no dia-a-dia, e tem aumentado a carga tabágica e a ingestão de alimentos. Mantém hábitos saudáveis de sono, que identifica como regular e reparador. A próxima consulta é agendada para março, mantendo-se medicado com clozapina e fluvoxamina.

4. E.V., sexo feminino, 52 anos, acompanhada há vários anos em consulta por perturbação esquizoafetiva. Nos últimos tempos, a doente descreve-se como mais desanimada e desmotivada, sem vontade de sair apesar do incentivo do filho que a leva a passear e a ouvir fado. Com a aproximação da época natalícia, sente-se pouco festiva e “fora de si” (sic) uma vez que costuma ser ela a planear a celebração e a convidar os familiares. A paciente refere ainda irregularidade recente nos padrões de sono, tendo noites recorrentes de insónia. O plano terapêutico é mantido com olanzapina 10 mg (0+0+0+1), valproato semisódico 500 mg (0+0+1) e aspartato de arginina (1+0+0) e marcada nova consulta em março.

5. S.I., sexo feminino, 68 anos, diagnosticada com esquizofrenia. Vive num lar residencial e refere-se bem adaptada, com facilidade em socializar, sendo descrita pela técnica que a acompanha como divertida e bem-disposta. A paciente tem um particular gosto por cuidar da sua aparência, participar nas atividades de lazer do centro de dia, comunicar com os amigos, ocupando os seus dias de forma produtiva. Como aspeto negativo, apenas realça alguma desilusão em não ter mais apoio e visitas da família. A doente mantém o esquema farmacológico com bromazepam (três

tomas diárias), olanzapina 10 mg (0+0+0+1), diazepam 5 mg em SOS para insónia e haloperidol 1 mg injetável. Regressa à consulta em março.

6. A., sexo feminino, 67 anos, diagnosticada com depressão neurótica. A doente apresenta antecedentes de um internamento psiquiátrico complicado em 2017, por agravamento de sintomatologia depressiva com ideação suicida, que condicionou marcado emagrecimento e recusa em aderir à terapêutica. Atualmente, cumpre medicação com mirtazapina 15 mg (0+0+1) e lorazepam 2,5 mg (0+0+0+1/2), encontrando-se clinicamente estabilizada. A paciente refere manutenção do seu estado de humor eutímico nos últimos meses. Refere um acidente de viação recente com avaria do automóvel, que condicionou menos oportunidades de sair com o marido, encontrando-se mais isolados em casa. A paciente é informada do agendamento de nova consulta em março, com indicação de manutenção do esquema terapêutico.

7. J.F., sexo masculino, 56 anos, fumador, diagnosticado com esquizofrenia. O paciente apresenta-se vígil e orientado, mas pouco comunicativo, com atenção difícil de captar e manter. A irmã, que o acompanha à consulta, refere que o doente é cuidador da mãe de 81 anos com demência e responsável nesse papel, desempenhando tarefas domésticas e cuidados de alimentação, higiene e medicação. Em relação ao seu humor, nota-o estabilizado. O plano de intervenção mantém-se com clozapina 100 mg e lorazepam 2,5 mg, ambos ao deitar, e a consulta seguinte é marcada para março.

Consultas de 17 de dezembro de 2021

1. G.O., sexo feminino, 19 anos, referenciada por Psicologia para primeira consulta de avaliação psiquiátrica por sintomatologia depressiva e ansiosa nos últimos dois meses. A paciente apresenta-se reservada, com tremores nas mãos, contacto visual difícil de manter e discurso sucinto que apenas desenvolve se solicitado. Refere ideação suicida atual com duas tentativas recentes (há um mês), por intoxicação medicamentosa voluntária e por tentativa de saltar duma ponte, despoletadas por um “trauma” (sic). O processo clínico refere abuso sexual ocorrido no mês anterior, que a paciente não se sente confortável em relatar nesta consulta. Desde então, tem tido sintomatologia ansiosa, principalmente fobia intensa de sair de casa, tendo recorrido ao serviço de urgência duas vezes na semana anterior por crises de ansiedade, onde foi medicada com zolpidem 10 mg (0+0+0+1). Esta doente nega antecedentes relevantes e não desenvolve as questões relacionadas com a dinâmica familiar, particularmente a relação com os pais. No entanto, o seu processo inclui antecedentes pessoais de anorexia nervosa aos 16 anos e descrição de história familiar complexa por suspeita de violência doméstica pelo pai e toxicod dependência da mãe, não

mencionados pela jovem. Na entrevista clínica, refere ligação próxima com a irmã gémea e o falecimento do avô, em 2019, que até à data era o seu principal apoio. Perante o diagnóstico de perturbação depressiva com ideação suicida associada a perturbação de ansiedade específica (reativa a um evento traumático), é instituída terapêutica com mexazolam 1 mg (1+0+1), quetiapina 50 mg (0+0+1), escitalopram 20 mg (1+0+0), mantendo zolpidem, que também pode tomar em crise (sos).

No fim da consulta, em discussão com o meu orientador, aprendi que, na intervenção primária dum caso clínico como o apresentado, o médico psiquiatra deve ter como atitudes prioritárias: transmitir ao doente a importância da medicação instituída e do seu cumprimento para alcançar efeito terapêutico e melhoria sintomática; garantir a disponibilidade de recursos de saúde em situações de crise, como serviço de urgência e consultas de Psiquiatria e/ou Psicologia; e reforçar a importância de manter apoio de pessoas próximas e de confiança, a quem recorrer em situação de crise. Na abordagem de eventos traumáticos (como agressão sexual, violência doméstica, falecimento de ente querido) é particularmente importante respeitar o tempo de processamento do paciente, limitando a quantidade e nível de detalhe das questões colocadas. Neste caso, seria relevante numa consulta posterior explorar o contexto social e familiar da paciente, particularmente a relação com os pais, e investigar a perigosidade de recorrência de abuso sexual, nomeadamente se o agressor se mantém próximo da jovem e se mantém frequência do local onde ocorreu o crime.

2. H.S., sexo masculino, 41 anos, com epilepsia e défice mental moderado. Vem à consulta acompanhado pela mãe, que nota o filho com humor estável, mas pouco ativo, passando os dias em casa a ver televisão, comer excessivamente e dormir. O paciente está vígil, orientado em todas as dimensões, no entanto com atenção difícil de captar e manter, tem discurso escasso e pobre em vocabulário, intervindo na consulta apenas para referir que está entusiasmado com a aproximação do Natal. Este doente mantém a terapêutica com valproato semisódico 500 mg (1+0+1), lorazepam 2,5 mg (3 tomas diárias) e neuroléptico de longa duração injetável. Acompanhado em Neurologia em janeiro e nesta consulta em março.

3. P., sexo feminino, 56 anos, com perturbação depressiva bem controlada. A paciente apresenta-se bem-humorada, calma e comunicativa, referindo sentir-se estável desde a última avaliação. Trabalha há 22 anos em recursos humanos, estando habitualmente bem adaptada, mas nesta consulta refere ambiente laboral complicado pela mudança recente de administração e equipa, o que provoca maior dificuldade de gestão de stress ocupacional. Trata-se de uma senhora viúva com dois filhos, um emigrado com o qual mantém contacto frequente e outro com quem tem uma relação menos próxima. Afirma-se satisfeita por habitar sozinha, no entanto preocupada com

os pais idosos que estão muito isolados e receosos com a pandemia. Mantêm-se as medidas terapêuticas com alprazolam 1 mg (1+0+0), trazodona 100 mg (0+0+0+1/2) e venlafaxina 150 mg (1+0+0).

4. M.M.P., sexo feminino, 53 anos, com perturbação depressiva marcada por elevado neuroticismo. Nos últimos meses, tem mantido humor estável. Iniciou psicoterapia que refere ser vantajosa para lidar melhor com a situação de desemprego (após cirurgia com complicações na sua funcionalidade) e a relação conflituosa com a mãe. Revela tristeza pelo desemprego recente do filho, mas tem tentado motivá-lo. Mantém acompanhamento em consultas de Psicologia. Decide-se manter a medicação habitual com fluoxetina 20 mg (2+0+0) e cloxazolam 2 mg (0+0+0+1) e agenda próxima consulta em maio.

5. T.S., sexo feminino, 59 anos, com diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia, acompanhada desde 2006 em Psiquiatria por perturbação de ansiedade generalizada. A paciente trabalha como cuidadora num lar e revela receio pelo isolamento de cinco pacientes, embora se sinta menos ansiosa porque adotaram mais medidas de segurança no local de trabalho. No ambiente doméstico, tem discutido mais com o marido por “trazer preocupações para casa” (sic) e tem menos contacto com o neto. A terapêutica com mexazolam (1/2+0+0+1) mantém-se e regressa à consulta em abril.

6. A., sexo masculino, 73 anos, acompanhado por quadro demencial misto com leucoencefalopatia isquémica e doença de Alzheimer. O paciente apresenta uma expressão apática e postura contida, mantendo-se quase imóvel durante a consulta. Refere que nota deterioração na sua memória e mantém alucinações visuais noturnas, que condicionam insónia de noite e sonolência diurna. O genro, que o acompanha, descreve-o como um senhor de trato difícil, que não aceita ser contrariado nem qualquer sugestão, nomeadamente para sair com mais frequência. O doente confirma que efetivamente se isola bastante em casa, que justifica pela preocupação de cuidar da esposa dependente e manter-se a seu lado durante o dia. O plano de intervenção consiste no cumprimento da medicação habitual com fluoxetina 20 mg (2+0+0), vitaminas Primus (1+1+0), memantina 20 mg (1+0+0) e clonazepam 0,5 mg (0+0+1). Além disso, recomendam-se medidas não farmacológicas como criar rotinas com tarefas simples como ir ao café ou comprar o jornal; manter atividades de lazer, principalmente que estimulem o raciocínio e memória (pesca, jogar cartas); e socializar mais frequentemente, convivendo com a família e amigos. A próxima consulta é agendada para abril, após ser consultado em Neurologia.

7. M.C., sexo feminino, 40 anos, diagnosticada com perturbação depressiva. A paciente é casada, tem um filho adolescente e mantém uma vida familiar estável e feliz. No entanto, refere

dificuldade anímica em festejar o Natal dado o falecimento recente do pai. Nos últimos meses, a doente revela ter sono fragmentado, acordando 3 a 4 vezes por noite, que associa a flutuações de humor durante o dia. Até à data, medicada com sertralina 100 mg (1+0+0) e 50 mg (0+1+0) e mirtazapina 15 mg (0+0+0+1), decide-se adicionar clonazepam 0,5 mg (0+0+0+1) e marcar próxima consulta para março.

8. Nesta manhã de consultas, pude assistir a uma nova consulta do paciente 4 do dia 2 de dezembro (D.C., sexo masculino, 20 anos, com perturbação de autismo, epilepsia refratária e défice mental moderado). O jovem começa por afirmar que festejou o seu 21º aniversário na semana passada, identificando que comeu bolo e teve festa, telefonemas e prendas. No entanto, a mãe acrescenta que na véspera do aniversário, o filho insistiu veementemente que completaria 22 anos e tornou-se violento quando contrariado, empurrando a mãe. Além disso, insistiu em ver a tia, mas mudou subitamente de humor e ficou indiferente à sua visita. Desde a última consulta, duas semanas antes, o paciente regressou ao centro de atividades com boa adaptação inicial, no entanto acabou por reincidir os comportamentos desviantes, como atirar pedras a carros da rua, sujou-se deliberadamente na festa de Natal por revolta de não receber prenda e recusou voltar. Na relação com a mãe, mantém tentativas constantes de captar a sua atenção, com atitudes como abrir a porta do carro ou agarrar as mãos da mãe quando esta conduz. A mãe afirma que o filho lhe transmite frequentemente que sente que não é compreendido e por isso não se expressa nem interage com outros jovens, reforçando que apenas se relaciona com pessoas mais velhas, a quem conta piadas. No decorrer da entrevista clínica, o paciente mostra-se progressivamente mais apático e prostrado, com pouca reatividade e dificuldade de manter-se focado nas questões, distraíndo-se com gestos manuais que identifiquei como coreografias da rede social TikTok. Numa tentativa de captivar a atenção do paciente, sugeri falar do seu interesse nessa atividade, o que entusiasmou o paciente a interagir com questões e curiosidades e a dançar e cantar mais músicas que conhecia. O plano terapêutico é adaptado com introdução de zotepina 25 mg (0+1+1) e 50 mg (1+0+0+1), associado à medicação habitual que realizava, e indicação para psicoterapia em pequenos grupos, para fomentar a comunicação com outros e partilha das suas emoções. Além disso, pretende-se contactar um centro de atividades mais adaptado às necessidades do paciente.

Consultas de 30 de dezembro de 2021

1. J.F., sexo masculino, 55 anos, hipertenso e dislipidémico, diagnosticado com psicose não especificada. O paciente apresenta antecedentes de um internamento psiquiátrico em setembro por ingestão medicamentosa voluntária em contexto de atividade delirante de ciúme e ruína, humor de tonalidade depressiva e insónia. O quadro caracterizava-se por desconfiança de

infidelidade da esposa após identificar chamadas dum colega no seu telemóvel e suspeita de tentativa de lhe tirar dinheiro da conta bancária por influência do alegado amante. Durante a madrugada, ingeriu alguns comprimidos da medicação habitual com intuito suicida, avisou a filha mas sem manifestar arrependimento. Segundo a filha, o paciente sempre foi ansioso, mas nos meses anteriores ao internamento mostrava-se preocupado com tudo, sentia-se perseguido, traído e receoso que ficar sozinho ou com porta fechada. Vem a consulta acompanhado pela filha, que é psicóloga, e o incentivou a iniciar acompanhamento em Psicologia, que o doente descreve ter sido benéfico. Nos últimos meses, tem estado estabilizado clinicamente, embora refira sono irregular, que corrigiu com suspensão de lorazepam, dormindo melhor durante 3 noites. Em termos cognitivos, a filha descreve notar agravamento de perdas de memória. Deste modo, adapta-se o esquema terapêutico habitual com suspensão de lorazepam 1 mg ao deitar (podendo recorrer ao fármaco em SOS) e manutenção de memantina 20 mg e olanzapina 10 mg (1+0+0) e 5 mg (0+0+0+1). A próxima consulta é agendada em março.

2. A.P., sexo feminino, 66 anos, hipertensa e dislipidémica, diagnosticada com perturbação depressiva com neuroticismo e características psicóticas. No mês anterior, a paciente teve um internamento hospitalar por tentativa de suicídio através de enforcamento, complicado com paragem cardiorrespiratória e tromboembolismo pulmonar. Refere que a sua motivação foi a ausência de resposta num telefonema para o filho, que lhe criou ideias fixas de que poderia estar em perigo “ouvi vozes a avisar-me” (sic). Após este evento, a doente foi encontrada inconsciente pela filha e, durante o internamento, manifestou muito arrependimento por tê-la alarmado com esta experiência. Viúva há diversos anos, a paciente refere que se sente sozinha e desamparada, considerando-se um estorvo para os filhos. Assim, mantém ideação suicida, com risco de reincidência de tentar pôr termo à sua vida. O plano de intervenção proposto é associação de tratamento farmacológico com venlafaxina 150 mg (0+0+0+1), quetiapina 50 mg (1+0+0), lorazepam 2,5 mg (0+0+0+1) com psicoterapia, sendo referenciada para consulta de Psicologia. Em Psiquiatria, a consulta é agendada para fevereiro.

3. J.G., sexo masculino, 75 anos, com antecedentes de depressão major e perturbação de ansiedade, acompanhado desde junho de 2021 por processo de luto da esposa, que faleceu em março. O paciente conhecia a sua esposa desde a infância e tiveram um casamento de 46 anos, sem filhos. Desde a perda da sua companheira, sente-se desorientado na vida, sem vontade de sair de casa e refere profunda tristeza e angústia por se ter ausentado de casa quando ela faleceu, afirmando que “talvez pudesse ter ajudado em alguma coisa” (sic). Neste momento, o seu único apoio é a irmã, com quem passa as tardes. Na última consulta, tinha referido muito receio de ter demência devido a episódios de perda de memória e dificuldade de concentração com anos de

evolução e agravamento progressivo. Entretanto, realizou estudo analítico com discreta elevação de creatinina e hipercalemia e TAC cerebral sem alterações. Afirma manter essas queixas, mais marcadas recentemente, por exemplo por dificuldade em seguir o raciocínio de uma novela na televisão. Há vários anos, tinha sido diagnosticado com perturbação depressiva e ansiedade, sendo medicado com sertralina e amissulprida. Após a morte da esposa, iniciou escitalopram 10 mg (1/2+0+0) e bromazepam 3 mg (0+0+0+1). A decisão terapêutica é de manter este esquema farmacológico e consultar novamente o paciente em março.

4. M.D., sexo feminino, 64 anos, com perturbação depressiva e história de internamento motivado por descompensação psicótica. A paciente refere como principal fator de angústia a sua relação complicada com a filha, que habita em sua casa. Começa por descrever que não há praticamente comunicação entre ambas, sendo que a filha a desrespeita recorrentemente e deseja institucionalizá-la. A doente não tem essa vontade e expressa muita angústia porque se sente autónoma e sem necessidade de depender de outros. Afirma, chorosa, que se sente usada pela filha para suporte financeiro. O plano de intervenção conjuga medidas farmacológicas (sertralina 50 mg (2+0+0), olanzapina 5 mg (0+0+0+1), zolpidem 10 mg (0+0+0+1), alprazolam 1 mg (1+1+1)) e acompanhamento em Psicologia e Psiquiatria, a continuar em fevereiro.

5. T.A., sexo feminino, 76 anos, com personalidade com traços histriónicos, diagnosticada com perturbação depressiva e síndrome demencial inicial. A paciente comparece à consulta, após faltas sucessivas desde julho de 2020, acompanhada pela filha. Desde 2019, vive num lar residencial especializado na prestação de cuidados a pessoas com demência, e refere sentir-se pouco integrada devido a escassas relações sociais, por não se identificar com ninguém. Assim, passa o seu dia a dia isolada no quarto, a ver televisão ou a dormir, o que não era habitual porque antes se considerava ativa e dinâmica, com interesse em música e dança. Durante a consulta, a doente apresenta uma postura rígida com tremores esporádicos, expressão apática e comunicação escassa e apelativa para se queixar das suas preocupações. A sua história pessoal é marcada por várias perdas familiares significativas, desde o falecimento de um filho há 20 anos, a morte da sua mãe e a viuvez. Refere muita ligação emocional com a filha, que a visita todos os fins de semana, e angústia com o contato menos frequente com os seus outros filhos. Em termos cognitivos, a filha descreve notar agravamento das perdas de memória e ideias de conteúdo paranoide. É indicado como tratamento o aumento da dose terapêutica de memantina de 10 para 20 mg, associado a lorazepam 2,5 mg (0+0+0+1/2), quetiapina 25 mg (0+0+0+1) e diazepam 5 mg (0+0+1/2).

5.3. Reuniões de serviço

Após as sessões formativas às terças-feiras, tinha lugar a reunião semanal do Serviço D3 de Internamento de Saúde Mental, dirigida pela Dra. Ana Moreira, diretora do Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto.

Estas reuniões contavam com a participação de todos os médicos e enfermeiros do serviço, com o objetivo de integrar as informações da evolução dos pacientes a toda a comunidade profissional, discutir aspetos relevantes ao funcionamento e organização da unidade de internamento e planear algumas altas hospitalares.

1. V., sexo masculino, 67 anos, internamento compulsivo desde 26 de outubro, diagnosticado com psicose esquizofrénica. Na primeira e segunda reuniões semanais, discutem-se dúvidas diagnósticas de processo neurodegenerativo por clínica de deterioração cognitiva e perturbação de personalidade paranoide por histórico de comportamentos reacionários e contestatórios com vizinhos e a câmara municipal. Segundo a equipa de enfermagem, no internamento recusa diversas vezes cumprir a terapêutica oral com paliperidona e surge a suspeita de troca de medicação com outro paciente. Aguarda avaliação neuropsicológica e conclusão do processo de maior acompanhado. Na reunião seguinte, é referido que o paciente tem estado menos colaborante, e mesmo defensivo e descontente com o internamento compulsivo. No internamento, mostra-se com humor subdepressivo ao relatar dificuldade em ultrapassar o falecimento da mãe e choroso ao recordar a visita da filha. Na entrevista mais recente, manifesta ideias desorganizadas, de carácter paranoide. Na sessão de grupo de 28 de dezembro, é atualizada a informação sobre o paciente, que recebeu alta para consulta externa.

2. C.G., sexo masculino, 60 anos, diagnosticado com esquizofrenia com atividade delirante residual, alucinações cinestésicas (sensação de parasitas no intestino e ratos no corpo) e alterações de comportamento (agressividade, impulsividade). Sem resposta terapêutica a haloperidol e a aripiprazol, indicada introdução de risperidona injetável e paliperidona oral, associada a manutenção de clorpromazina. Na reunião de 28 de dezembro, é comunicado o falecimento do paciente, com causa de morte por apurar.

3. C., sexo masculino, 66 anos, diagnosticado com esquizofrenia associada a consumo de substâncias psicoativas. O paciente apresenta um histórico de internamentos psiquiátricos recorrentes por descontinuar a medicação habitual e falta de comparência às consultas, gerando descompensações por desorganização de pensamento e discurso, alterações de comportamento, com prejuízo da capacidade de crítica. Define-se, então, o plano de intervenção da Equipa

Comunitária para administração de neuroléptico de longa duração (paliperidona intramuscular) periodicamente, em regime de ambulatório compulsivo, na pensão onde habita.

4. L.A, sexo feminino, 83 anos, diagnosticada com perturbação delirante (297.1), internamento compulsivo desde 1 de fevereiro. É discutida em reunião a ausência de critério para internamento, uma vez que a doente está clinicamente estável, com capacidade cognitiva e insight preservados, realçando-se que o setting hospitalar não é adequado ao estado mental da paciente. Estabelece-se o plano de reunir com a paciente e a filha para nova tentativa de cooperação familiar.

5. A., sexo masculino, 76 anos, antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e sem diagnóstico psiquiátrico definido. Este é o seu primeiro internamento psiquiátrico, por quadro com três semanas de evolução de alterações comportamentais (impulsividade, retomou tabagismo que cessou há décadas) e humor de características maniformes, com delírios de grandeza e divinos. Realizou TC que revelou alterações nos núcleos de base, sugestivas de processo demencial. No internamento, mantém-se eufímico, sem discurso desinibido, com sono e crítica preservados. Planeia-se avaliação neuropsicológica para estudo de processo neurodegenerativo inicial.

6. M.A.C., sexo feminino, 73 anos, diagnosticada com transtorno mental não especificado (F99). Internada desde 3 de dezembro por suspeita de quadro demencial após as cuidadoras descreverem declínio cognitivo, heteroagressividade, impulsividade com tentativas repetidas de fuga de casa e comportamentos de recusa alimentar, que manteve no internamento, sendo colocada sonda nasogástrica. Nas sessões de serviço, discute-se a dúvida diagnóstica relativa à confusão mental e incoerência de discurso, que pode ser explicada por um processo demencial inicial ou pela intercorrência de uma infeção do trato urinário. Após algumas reuniões, de acordo com a evolução clínica da paciente, que mantém estes sinais clínicos após tratamento da ITU, conclui-se que o diagnóstico mais provável será de demência inicial. Estabelece-se o plano de avaliação neuropsicológica, tentativa de colaboração com Psicogeriatría e institucionalização numa unidade com cuidados de saúde permanentes, em colaboração com a família.

7. G., sexo feminino, 81 anos, internada por episódio depressivo com características psicóticas. A paciente tem histórico de vários internamentos semelhantes nos últimos dois anos e uma história familiar conflituosa com os filhos. No internamento presente, apresenta postura defensiva e desconfiada, discurso lentificado e flutuações marcadas de humor. Em reunião, aborda-se a suspeita de quadro demencial neurodegenerativo inicial, que motiva pedido de avaliação neuropsicológica. Na última reunião de serviço de dezembro, é informada a alta da paciente para vigilância em consulta externa.

8. C., sexo masculino, 26 anos, internado voluntariamente por perturbação de stress pós-traumático. Este paciente sofreu um traumatismo crânioencefálico grave no decorrer de um acidente militar, sendo acompanhado em consultas de Psicologia e Psiquiatria desde então. O internamento foi motivado por descompensação de comportamento, com impulsividade e violência com recurso a objetos, e por ansiedade intensa relativa à aproximação da data de julgamento. Em reunião, clarifica-se a necessidade de gerir a situação clínica em regime de internamento, dada a perigosidade do paciente para si próprio e para outros.

9. M.O., sexo feminino, 63 anos, confinada a cadeira de rodas, com diagnóstico de perturbação de personalidade paranoide e esquizofrenia (F22), iniciou acompanhamento psiquiátrico em 2020. Internada compulsivamente desde 1 de setembro por suspeita de quadro demencial neurodegenerativo por deterioração cognitiva rápida, alterações de motricidade, dificuldade de compreensão e execução de tarefas. O diagnóstico foi, entretanto, confirmado por avaliação neuropsicológica, pelo que inicia tratamento com antidemencial e adapta esquema terapêutico antipsicótico. Além disso, planeia-se acionar processo de maior acompanhamento e institucionalizar a paciente num lar.

10. J.V., sexo feminino, 57 anos, diagnosticada com perturbação esquizoafetiva (F258), em internamento compulsivo desde 20 de dezembro. O quadro clínico caracteriza-se por delírio permanente e angústia psicótica grave com extensa deterioração cognitiva. Este internamento foi motivado por uma tentativa de suicídio com introdução de agulhas na região cervical, tendo sido encontrada inanimada pelo pai com quem habita, que a dirigiu à urgência onde foi intervencionada cirurgicamente para remoção dos objetos perfurantes. A paciente apresenta história de múltiplas tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa e de comportamentos de parasuicídio, nomeadamente infligir cortes profundos nos pulsos, axilas e membros. Em reunião, é decidido um plano de intervenção com a introdução de memantina e um pedido de colaboração da unidade de Psicoses Persistentes em Coimbra.

5.4. Internamento

No Hospital de Magalhães Lemos, o Departamento de Internamento organiza-se em quatro serviços de doentes agudos (B, C, D1 e D3), um de pacientes de evolução prolongada (E4) e um específico para doentes psicogerítricos (D4). Neste estágio, pude acompanhar pacientes no serviço de internamento de doentes agudos D3 e ainda assistir a uma reunião de fim de ano, a 27 de dezembro de 2021, com os doentes internados, com a temática de discutir os seus objetivos durante e após o internamento.

1. T.C., sexo masculino, 33 anos, autista, diagnosticado desde a infância com défice mental não especificado (F79) e internado voluntariamente desde 13 de novembro. História de difícil relação com os pais com quem habitava, reinternamento após desadaptação ao regresso a casa. Indicada psicoterapia comportamental, eventualmente em contexto domiciliário de modo a envolver a interação com a família. No internamento, o doente não estabelece qualquer comunicação verbal, não reage a estímulos sensoriais ou verbais, estabelece relação conflituosa de agressões mútuas com outra paciente internada com diagnóstico de défice mental grave (F72).

2. N.C., sexo masculino, 39 anos, fumador, diagnosticado com perturbação associada ao álcool (F1099) e défice mental (F70), internado voluntariamente desde 28 de outubro como medida de proteção, não autorizado a saídas por risco de fuga. Na reunião de doentes internados, apresenta-se com postura reservada, com humor subdepressivo, pouco comunicativo dado que apenas se expressa por monossílabos. Sem apoio familiar, sob indicação de não contactar a mãe. A aguardar decisão jurídica para alta hospitalar.

3. J.L., sexo masculino, 65 anos, diabético, diagnosticado com esquizofrenia há várias décadas, internamento voluntário desde 12 de novembro. Expulso da residencial onde habitava por conflito com vizinha quando submedicado. No internamento, o paciente refere insistentemente sintomatologia de obstipação, possivelmente delirante por incongruência com os registos de trânsito intestinal regular. Por ausência de retaguarda familiar e histórico de resistência dos irmãos em readaptar socialmente o paciente após o último internamento, o plano passa por acionar um pedido de inserção em lar ou família de acolhimento. Em termos terapêuticos, pretende-se a estabilização clínica do doente.

4. A.R., sexo masculino, 29 anos, com transtorno grave de uso de canabinoides (F12.259), sob internamento compulsivo desde 2 de dezembro. O paciente apresenta história de consumos de longa data, que agravou na pandemia, condicionando recorrência de episódios depressivos e ansiosos. Ao exame objetivo, verificam-se discinesias orofaciais tardias, distonia e extensa degradação da aparência física por queimaduras solares. No internamento prévio, em 2017, já

apresentava estas características. Durante a reunião de fim de ano no internamento, adota uma postura bizarra que alternava entre prostração e agitação motora, mostrando-se reativo a questões dirigidas a ele “não preciso de ajuda...sei cuidar de mim” (sic). Este caso tinha sido referido nas reuniões de serviço, sendo discutida a adaptação da medicação, priorizando o recurso a benzodiazepinas (diazepam) em relação a neurolépticos. Entretanto, com a evolução no internamento, foi implementada uma terapêutica dirigida às alterações de movimento (biperideno endovenoso), com relativo sucesso.

5. C., sexo feminino, 18 anos, sem antecedentes psiquiátricos, internada a 29 de novembro por surto psicótico inaugural. A paciente apresenta história de consumo de canabinoides desde os 15 anos, luto patológico do pai que faleceu em 2015 e suspeita de abuso sexual na residência onde habita. O quadro psicótico desenvolveu-se com alucinações auditivo-visuais e delírios de conteúdo bizarro, que agravaram no último mês. Realizou um TAC cranioencefálico na urgência que revelou atrofia ventricular. Na entrevista, verifica-se labilidade emocional, crítica preservada e contacto hiperfamiliar com os profissionais de saúde e os outros pacientes, estando muito bem integrada no ambiente do internamento. O plano terapêutico é manter paliperidona oral no internamento, realizar avaliação neuropsicológica e avançar com alta, prevista para fim de dezembro, mantendo-se administração do neuroléptico injetável em regime de ambulatório.

6. A.C., sexo masculino, 42 anos, fumador, diagnosticado com esquizofrenia paranoide (F200), em internamento compulsivo desde 13 de julho. No internamento, mostra comportamento mais impulsivo, agressivo e errático (tenta quebrar restrição de saídas, exige mais tabaco, agrediu outro paciente). Na reunião de pacientes de internamento apresenta uma atitude contrariada, trocista, marcada por risos desproporcionados e provocatórios. Revela-se “farto de cá estar” (sic) e abandona a reunião após poucos minutos. Apresenta um processo de maior acompanhado em curso.

7. A.T., sexo masculino, 30 anos, com diagnósticos de episódio depressivo (F329) e psicose não orgânica, não especificada (F29). Internado voluntariamente desde 20 de dezembro por alteração comportamental (mostrava-se hostil e querelante) e por recusa da toma de antipsicótico injetável, devido a efeito secundário de disfunção sexual. Este paciente apresenta uma história pessoal e familiar conturbada, marcada pelo alcoolismo dos pais, detenção prisional do pai, violência doméstica com a esposa que atualmente habita num lar de acolhimento, relações amorosas voláteis e histórico de abandono de residências. Na maior parte dos dias de internamento, apresenta humor subdepressivo, contudo na reunião de pacientes expressa como objetivos neste internamento vontade de “tentar curar-se, tratar-se e organizar a vida” (sic). É

discutido um plano de reinserção social, através da integração numa associação de apoio comunitário, procura de novo quarto e avaliação de rendimentos sociais.

8. D.L., sexo feminino, 45 anos, diagnosticada com transtorno bipolar (F3112), internamento compulsivo desde 10 de dezembro por descompensação maníaca. Na reunião de pacientes internados, tem uma atitude participativa e mantém um discurso coerente. Reconhece que no início de 2021 desistiu de um projeto profissional por impulsividade e mostra vontade de elaborar novos planos de vida.

Após a reunião, tive a oportunidade de entrevistar brevemente esta paciente. Mantém um bom contacto, humor eutímico e crítica preservada, refere ter “tendência a tomar decisões erradas, ter escolhas instáveis” (sic). Descreve uma relação complicada e distante com a mãe que, contudo, a apoia financeiramente, cuida da sua filha menor e a visita regularmente no internamento. Sente-se a melhorar clinicamente, com expectativas futuras positivas de restabelecer a sua vida profissional e pessoal.

Na reunião de serviço do dia seguinte, é abordado o plano de intervenção da doente, com a introdução de aripiprazol injetável como neuroléptico de longa duração associado à manutenção da medicação habitual com carbonato de lítio (estabilizador de humor). A alta está prevista para janeiro, sendo mantido o acompanhamento em regime de ambulatório compulsivo, com possibilidade de passar a voluntário mediante a evolução.

9. F.K., sexo feminino, 56 anos, nacionalidade grega, diagnosticada com psicose não especificada (F29), internada compulsivamente desde 13 de dezembro. O episódio que motivou o internamento caracterizou-se por desorganização de pensamento e atividade delirante, tendo sido encontrada a vagar “sem destino” (sic) na rua. Segundo o marido, a paciente saiu do seu país e viajou repentinamente para Portugal, uma vez que acreditava que lhe tentaram roubar o carro e “lhe querem fazer mal” (sic). À segunda semana de internamento, apresenta ideias mais estruturadas, comportamento adequado, mas mantém atividade delirante de tipo persecutório residual e ausência de crítica para a doença. Nas breves interações que estabeleci, a doente perguntava insistentemente pelas chaves do carro, mostrando urgência em recuperá-las. O plano de intervenção passa por estabilizar clinicamente a paciente, através do ajuste da medicação em internamento e, posteriormente, planear o regresso ao seu país, devidamente monitorizada por um profissional de saúde, dependendo da sua evolução clínica.

10. Na minha passagem no serviço, pude assistir à admissão de uma nova paciente em internamento. Tratava-se de uma jovem (E.Y.) do sexo feminino, com 19 anos, de nacionalidade ucraniana, que seria admitida, a 27 de dezembro, em internamento compulsivo por tentativa de

suicídio associada a intoxicação alcoólica aguda (F109.29/R45851). Ao explorar a história pessoal, a paciente referiu que habitava em Berlim numa residência de estudantes e tinha viajado para Portugal em férias com a irmã há três dias, numa tentativa de “[se] abstrair dos pensamentos negativos” (sic) que tinha há semanas. Durante a madrugada, após ingestão de quantidades consideráveis de álcool, tentou saltar da ponte Luís I. A doente refere antecedentes de depressão, diagnosticada há vários anos; uma tentativa de suicídio prévia por enforcamento no ano passado, que motivou um internamento hospitalar de dois meses; e consumos etílicos abusivos, agravados nos últimos dois meses. É habitualmente medicada com escitalopram e mirtazapina, embora a irmã refira suspeita de suspensão destes fármacos há pelo menos um mês. Em internamento, o plano terapêutico centra-se em olanzapina 5 mg. Ao longo da entrevista, é de salientar humor de tonalidade depressiva associado a ideação suicida, características determinantes para motivar o internamento, perante o elevado risco de repetição de comportamentos autolesivos. No dia seguinte, a irmã da paciente é autorizada a visitá-la e aceita ser entrevistada pela equipa médica, que pude integrar. Segundo a irmã, a E. apresenta baixa autoestima, referindo frequentemente inseguranças com a sua imagem corporal “sente-se feia e diferente dos outros” (sic) e receio de não ser amada por ninguém. É ainda descrita como uma jovem introvertida, que se isola recorrentemente, e para conhecimento da irmã, estabelece apenas contactos sociais por via virtual “com pessoas depressivas” (sic), com as quais se identifica. Nos últimos meses, a irmã refere notar “mudanças de humor muito rápidas” (sic), comportamentos impulsivos e agressividade na doente.

Uma vez que não foi possível aceder aos registos clínicos passados da paciente, provenientes de um hospital estrangeiro, as informações obtidas na entrevista com a paciente e a sua família levam a equacionar como diagnósticos diferenciais descompensação de depressão, transtorno bipolar, ciclotimia e perturbação de personalidade de tipo B, a estudar em entrevistas clínicas subsequentes.

11. W.S., sexo masculino, 35 anos, sem antecedentes psiquiátricos conhecidos, internado voluntariamente desde 1 de janeiro por episódio psicótico inaugural (F28). O quadro psicótico, com duas semanas de evolução, consistiu em atividade delirante de teor persecutório e auto-referencial, alucinações auditivas verbais, insónia durante três noites e inquietação psicomotora, com prejuízo da capacidade de insight.

No meu último dia de estágio no serviço de internamento, que correspondia ao quinto dia da sua hospitalização, tive a oportunidade de realizar uma entrevista clínica do paciente. O doente começa por referir ter nacionalidade brasileira e ser residente em França há oito meses, onde trabalha como construtor. Identifica-se como um homem saudável, sem antecedentes médico-cirúrgicos nem medicação habitual. Em relação a hábitos de vida, refere manter uma alimentação

equilibrada, prática regular de exercício físico, nega tabagismo e consumo de drogas atual e refere consumos etílicos habituais de duas cervejas por dia e esporádicos aos fins de semana. Contudo, refere consumos abusivos de cocaína que cessou há cinco anos, que associa ao aumento de stress profissional e ao término de uma relação amorosa. Nas últimas três semanas, descreve maior intensidade de stress na sua ocupação profissional e, na sua vida pessoal, intensificação de solidão e ansiedade social, que considera fatores desencadeantes do aumento de consumo de substâncias alcoólicas aos fins de semana. Descreve o início da sua ideação paranoide, ainda em França, com referência a crenças como “tentaram matar-me(...) dizem que sou o demónio (...) estou controlado pela Interpol (...) rastrearam o meu telemóvel, fui perseguido por um carro (...) ouvi-os planejar o meu homicídio” (sic). Numa tentativa de se sentir mais seguro, viajou para Portugal e ficou alojado em casa do irmão. Nas três noites anteriores ao internamento, refere estado de privação de sono e consumos abusivos de álcool, que associa à recorrência de atividade alucinatória auditiva “vozes insultuosas, ameaçadoras” (sic) e delírios persecutórios.

De acordo com os diários clínicos que consultei, o plano terapêutico no internamento consistiu em olanzapina, lorazepam, haloperidol injetável e diazepam, devidamente ajustados ao longo dos dias consoante a evolução clínica do paciente. No primeiro dia de internamento (1 de janeiro) o doente apresentava-se, ao exame objetivo, vígil, colaborante e orientado no tempo, espaço e pessoa. Manifestava inquietude psicomotora e postura desconfiada e apreensiva, compatível com a ideação paranoide. Ficou estabelecido o internamento voluntário, sem autorização para saídas. No dia seguinte, o paciente manteve uma postura reservada e desconfiada e foi administrado um antipsicótico injetável, por suspeita de simulação na toma de medicação oral. Ao terceiro dia de internamento, objetivamente mais calmo e colaborante, com humor eutímico e esbatimento da atividade delirante e alucinatória auditiva, o doente cumpre a medicação oral e refere ter dormido melhor. No quarto dia o exame objetivo era sobreponível ao que realizei no quinto dia de internamento: o doente mantinha-se calmo e colaborante e relatou o episódio que o conduziu ao internamento. Mantinha a atividade delirante estabilizada e o sono regularizado, negando queixas de tonturas com a suspensão de diazepam.

5.5. Visitas domiciliárias

A Equipa de Intervenção Comunitária do Serviço de Saúde Mental do Porto é constituída por profissionais que se encarregam de fornecer cuidados de saúde no domicílio. A cada visita, o serviço organiza-se numa equipa de pelo menos dois enfermeiros e um médico que atuam em domicílios particulares, albergues, pensões, instituições, comunidades sem-abrigo e centros de saúde, principalmente na zona do Porto Ocidental. O número de pacientes monitorizados por cada dia de intervenção é bastante variável, totalizando cerca de cem pacientes por ano.

Este serviço tem como principais objetivos a administração de antipsicóticos de longa duração, particularmente fármacos antipsicóticos injetáveis administrados por via intramuscular, como risperidona, paliperidona e haloperidol; a monitorização do acesso e toma de medicação habitual; a diminuição da necessidade e quantidade de internamentos hospitalares; a monitorização regular de estado de saúde, particularmente sintomatologia psicótica; a avaliação das condições de habitabilidade e cuidados de alimentação e higiene; a verificação da rede de apoio familiar e social; a sinalização de comportamentos de risco, como consumo de substâncias; e a psicoeducação.

A população de pacientes que beneficia da intervenção comunitária apresenta, frequentemente, características particulares, nomeadamente baixa mobilidade ou imobilidade física, deterioração cognitiva com elevado impacto funcional na sua autonomia para as atividades de vida diária, baixa crítica para a sua patologia psiquiátrica e tendência a irregularidade na assiduidade das consultas presenciais ou na toma de medicação crónica.

Durante o estágio, tive oportunidade de observar e participar numa intervenção comunitária durante a manhã do dia 16 de novembro de 2021. Realizámos sete visitas domiciliárias, com ação em seis pacientes para administração de fármacos injetáveis e uma para avaliação da situação social da paciente. Neste dia do estágio, adquiri conhecimentos sobre os neurolépticos de longa duração, não só quanto à sua classificação, características farmacológicas e indicações terapêuticas, como relativamente à sua importância para diminuir a recorrência de sintomatologia psicótica em pacientes que não aderem à terapêutica ou fazem uso incorreto/incompleto da medicação oral, em virtude de desorganização de pensamento, negligência ou ausência de crítica para a sua patologia. Numa perspetiva geral, ao observar as condições de vida doméstica destes doentes, destacou-se uma forte carência de condições de habitabilidade e recursos desajustados às suas necessidades; baixo nível socioeconómico e falta de apoios financeiros; e fracas redes de apoio familiar, que condicionava tendência ao isolamento social.

Caso clínico 1

M.L.F., sexo feminino, 72 anos, parcialmente dependente na realização de atividades de vida diária por mobilidade reduzida, antecedentes de neoplasia cerebral intervencionada cirurgicamente, diagnosticada com esquizofrenia. Atividade alucinatória controlada, mantém maneirismos de mussitação, movimentos involuntários da língua e tremores posturais. Ao exame objetivo, apresenta-se vígil, colaborante, com bom contacto e humor eutímico. Encontra-se bem adaptada ao regresso à habitação própria após desajuste na adaptação ao centro de dia, com uma boa rede de apoio familiar. Foi administrada risperidona 25 mg por via intramuscular.

Caso clínico 2

R., sexo masculino, 70 anos, com psicose estabilizada e debilidade intelectual moderada. Habita numa pensão com fracas condições de habitabilidade, com cama partilhada. Sem apoio familiar, com colaboração de assistente social na alimentação e higiene. O colega de quarto refere notar evolução favorável no estado de saúde do paciente. A equipa comunitária administra haloperidol 100 mg por via intramuscular.

Caso clínico 3

Y., sexo masculino, 28 anos, com psicose esquizofrénica e histórico de comportamentos desajustados, heteroagressividade e consumos prévios de substâncias psicoativas. O paciente habita com a mãe num apartamento partilhado, sendo dependente emocional e financeiramente desta. Partilham o mesmo quarto e cama e alimentam-se em albergues. Foi administrada risperidona 50 mg por via intramuscular.

Caso clínico 4

T.B, sexo feminino, 76 anos, com psicose paranoide de início tardio aos 50 anos e suspeita de início de quadro demencial. Personalidade pré-mórbida com traços paranoides. Habita numa pensão com boas condições, num quarto individual, com acesso a apoio das funcionárias com a gestão da alimentação, higiene, consultas e medicação. Sem apoio familiar. A paciente apresenta limitação motora na deambulação. Foi administrado haloperidol 100 mg por via intramuscular.

Caso clínico 5 e 6

H.C, sexo masculino, 40 anos e C.C, sexo feminino, 59 anos. Mãe e filho com esquizofrenia de etiologia tóxica, por consumo ativo de drogas. Apresentam baixo nível socioeconómico, gestão inadequada da medicação habitual por abuso de benzodiazepinas e habitam numa casa com

elevado estado de deterioração, sem condições de saneamento, iluminação e conforto. Durante a visita, o paciente do sexo masculino mostrou-se pouco colaborante. Foi administrada risperidona (37,5 e 25 mg à mãe e filho, respetivamente) por via intramuscular.

Caso clínico 7

C.L., sexo feminino, 35 anos, com perturbação delirante de tipo persecutório e ligeira debilidade intelectual. Antecedentes de violência doméstica pelo ex-marido. Internamento hospitalar há um ano por descompensação psicótica com atividade delirante paranoide. Medicada habitualmente com aripiprazol injetável no domicílio. Nesta visita, a equipa comunitária avaliou a condição social, verificando dificuldades económicas que conferem más condições de alimentação; falta de apoio familiar; restrição de contacto com os filhos e desinteresse em estabelecer interações sociais. A paciente revela postura ansiosa e desconfiada com a entrada da equipa comunitária na sua casa. Pretende-se contactar o centro de dia para fomentar atividades sociais, notificar a assistente social para a possibilidade de visitas aos filhos (autorizadas na semana seguinte) e integrar a paciente no programa de Psicoeducação.

Este caso já tinha sido discutido na reunião de serviço a 16 de novembro, onde foi reforçada a importância da intervenção da equipa comunitária, uma vez que se trata de uma doente que habita sozinha, sem qualquer retaguarda familiar nem apoio do centro de saúde, contando apenas com a ajuda da assistente social.

5.6. Atividade de formação

Os focos de intervenção do Serviço de Saúde Mental Comunitária dividem-se entre a atividade clínica, mas também o ensino e investigação. A formação da comunidade profissional de saúde é essencial para a constante atualização de conceitos e revisão da abordagem às patologias com que se defrontam diariamente na sua atividade profissional.

Semanalmente, às terças-feiras pelas 8h30 da manhã, ocorriam sessões de formação para apresentação e discussão de temas teóricos e casos clínicos considerados relevantes para os membros participantes: médicos especialistas e internos de Psiquiatria, enfermeiros e psicólogos dos variados serviços do Hospital de Magalhães Lemos EPE.

Deste modo, foi-me possível assistir a diversas apresentações com temas como a “Patologia de luto prolongado” e “Diagnósticos duplos ou Patologia dual”, pela Dra. Joana Freitas; “Setting: Importância da estrutura” e “Comunicação sistémico-dinâmica”, pelo Dr. Pedro Amadeu Almeida; “Prevenção de quedas”, pelo enfermeiro José Carlos Andrade; e “Psicose autoimune”.

6. Conclusão

Ao longo do meu estágio, tive oportunidade de ver um enorme leque de patologias psiquiátricas e de discutir a intervenção terapêutica mais adequada a cada paciente, não só de acordo com a sintomatologia e evolução do quadro clínico, mas também com os fatores pessoais, familiares e sociais, como comorbidades médicas, crítica para a doença, rede de suporte familiar, contexto socioeconómico e acessibilidade a cuidados de saúde. Considerei particularmente relevante aprender a abordagem de casos clínicos mais complicados, nomeadamente pacientes com ideação suicida ativa ou com agravamento de sintomatologia psicótica.

A experiência neste estágio superou as minhas expectativas, uma vez que me senti sempre interessada e motivada em conhecer as histórias pessoais dos pacientes e a aprofundar os meus conhecimentos na especialidade de Psiquiatria. Consequentemente, senti-me muito realizada por estar progressivamente mais apta a identificar as diversas patologias psiquiátricas, nas suas várias fases e apresentações clínicas.

Uma vez mais, reforço o meu profundo agradecimento ao meu orientador de estágio, Dr. Pedro Ferreira, que me concedeu oportunidades de não só assistir à sua atividade clínica como incentivou a minha intervenção na abordagem dos pacientes, na medida do que me seria permitido enquanto estudante. Sem dúvida que este estágio reforçou as minhas capacidades de comunicação, escuta empática e dedicação ao objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Por fim, fico muito satisfeita por considerar que evoluí a nível pessoal, com a aquisição de competências para abordar, de forma empática, os problemas mentais e doenças psiquiátricas. Este estágio incentivou-me a contribuir ativamente para a redução do estigma ainda existente em relação às doenças mentais, que correspondia à minha principal motivação para encarar esta experiência. Infelizmente, o estigma sobre Doença Mental surge por vezes na comunidade de profissionais de saúde, possivelmente por falta ou falha de transmissão de conhecimento nas escolas médicas, receio de atitudes estigmatizantes de colegas de trabalho e falha de resposta dos sistemas de saúde e organizações.

A meu ver, a Saúde Mental deve ser valorizada e encarada como uma prioridade e necessidade humana, que condiciona o indivíduo em todas as suas dimensões. É essencial e imperativo promover a Saúde Mental nos diferentes contextos de vida.

“Não há Saúde sem Saúde Mental”, OMS

