

Psiquiatria Comunitária no Hospital de Magalhães Lemos – Relatório de Estágio

Guilherme Beirão Patrício de Matos

M

2023



Estágio em Psiquiatria de Comunidade

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

Estudante: Guilherme Beirão Patrício de Matos

Estudante do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Número mecanográfico: 201606667

Rua Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: guilhermematos.md@gmail.com

Orientador: Gustavo Miguel Cabral Machado França Santos

Assistente: Assistente Hospitalar de Psiquiatria – Serviço de Saúde Mental Comunitário do Porto Ocidental, Centro Hospitalar Universitário de Santo António.

Afiliação: Docente Externo

Endereço eletrónico: gustavomiguel88@gmail.com

Coorientador: Liliana Correia de Castro

Assistente: Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria – Serviço de Saúde Mental Comunitário do Porto Ocidental, Centro Hospitalar de Santo António

Afiliação: Professor Auxiliar

Endereço eletrónico: lilanacorreiadecastro@gmail.com

Estudante:

Assinado por: **GUILHERME BEIRÃO PATRÍCIO DE MATOS**
Num. de Identificação: 30070477
Data: 2023.05.29 11:58:17+01'00'



Guilherme Beirão Patrício de Matos

Orientador:



Assinado por: Gustavo Miguel
Cabral Machado França Santos
Identificação: B113389475
Data: 2023-05-29 às 22:49:12

Gustavo Miguel Cabral Machado França Santos

Coorientador:

Assinado por: **LILIANA CORREIA DE CASTRO**
Num. de Identificação: 11778923
Data: 2023.05.30 09:31:42 +0100



Liliana Correia de Castro

Porto, maio de 2023

Resumo

No âmbito da unidade curricular Dissertação/ Projeto/ Estágio e para obter o grau de Mestre em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar apresenta-se um relatório do estágio hospitalar de carácter observacional realizado em Psiquiatria Comunitária no Hospital Magalhães Lemos.

O principal objetivo do estágio foi aprender, conhecer e contactar com a área de Psiquiatria Comunitária. Para esse propósito foi possível estudar a evolução histórica das estruturas relacionadas com a Saúde Mental, mais especificamente a Psiquiatria Comunitária, participar na abordagem aguda a doentes com perturbação mental, conhecer o perfil dos casos de perturbação mental no internamento completo, participar nas visitas domiciliárias, participar no acompanhamento e tratamento de doentes acompanhados no ambulatório, em consultas de psiquiatria geral, e especializadas, e conhecer algumas das particularidades associadas à especialidade de Psiquiatria.

O estágio teve a duração de 87 horas e foi realizado entre os dias 24 de outubro de 2022 e 13 de janeiro de 2023 com participação em áreas como o Serviço de Urgência, Serviço de Internamento, Consultas Externas, Visitas Domiciliárias e estudo da evolução do Internamento entre novembro de 2022 e dezembro de 2022.

A metodologia utilizada foi a observação e participação nas diferentes valências com a escrita organizada em apresentação teórica introdutória de um tema, escolha de um caso clínico e a apresentação de uma reflexão teórica e/ou pessoal sobre a respetiva aprendizagem. Foi ainda realizada uma casuística do Internamento D3 entre novembro de 2023 e dezembro de 2023.

Foi possível aprender as particularidades da psiquiatria comunitária, bem como tomar conhecimento com a atividade assistencial da psiquiatria, e analisar o perfil das perturbações mentais e respetivas abordagens multidisciplinares nos diferentes estados de evolução. A psiquiatria comunitária representa mais que uma área da psiquiatria, uma abordagem multidisciplinar, de proximidade, preventiva e reabilitativa, centradas na pessoa. Considero que a realização do estágio se revelou uma maior valia pessoal e profissional.

Abstract

For the course unit “Dissertação/Projeto/ Estágio” and to conclude the Master’s Degree in Medicine by Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar it is presented a report about an observational hospital internship in Community Psychiatry at Hospital Magalhães Lemos.

The main objective was to learn and get to know Community Psychiatry. For that purpose, it was possible to study the historical evolution of Mental Health Structures in Portugal, more specifically Community Psychiatry, to participate in the acute approach to patients with mental health disorders, to get an understanding of the profile of cases of mental illness in psychiatric hospitalization, to take part in home visits specific of Mental Health Teams and to know its relation to other areas of Mental Health, to observe general psychiatry and specialized appointments, and to know some particularities of Psychiatry.

It was an internship of 87 hours that took place between 24th October 2022 and 13th January 2023, with participation in areas such as Emergency Psychiatry, inpatient department, ambulatory department, Home Visits and a study of the evolution of the D3 Ward between November 2022 and December 2022.

The methodology used was observation and participation in different areas with writing organized in introductory theoretic presentation of a theme, choice of a clinical case and a presentation of a theoretical and/ or personal reflexion about the learning experience. It was also made a simple casuistic of the D3 Ward between November 2022 and December 2022.

It was possible to learn about the particularities of Community Psychiatry, get to know the clinical activity of psychiatry and analyze the profile of mental disorders and respective multidisciplinary approaches in the different stages of patient referral; therefore, I consider the internship an professional and personal asset.

Lista de Abreviaturas

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CRI – Centro de Respostas Integradas
DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
ECG – Eletrocardiograma
ECT - Eletroconvulsivoterapia
ECT-M – Eletroconvulsivoterapia de Manutenção
EEM – Exame do Estado Mental
HML – Hospital Magalhães Lemos
IC – Internamento Compulsivo
IM – Intramuscular
IMC – Índice de Massa Muscular
ITU - Infecção do Trato Urinário
PAB – Perturbação Afetiva Bipolar
PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual
PEA – Perturbação do Espectro do Autismo
PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva
SII – Serviço de Intervenção Intensiva
SSMCP – Serviço de Saúde Mental Comunitário do Porto
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TEP – Tromboembolismo pulmonar
UMPP – Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto

Agradecimentos

A toda a equipa de profissionais de Saúde Comunitária do HML pela integração e pela admirável capacidade de trabalho e dedicação à Área da Saúde Mental dentro e fora do horário, representando um possível modelo a seguir.

A Prof. Dra. Liliana Castro e Dr. Gustavo França pelo acompanhamento, empatia e imensa disponibilidade demonstrando uma capacidade incrível de conciliar os desafios da sua área com a tutoria e revisão completa e detalhada do presente artigo.

Ao ICBAS e a toda a comunidade profissional e académica pela disponibilidade e por toda a oportunidade formativa apresentada.

À família e amigos por todo o apoio ao longo dos anos e pela força que deram para completar o percurso e por serem a minha inspiração todos os dias.

Lista de Figuras

Figura 1: *Representação da Distribuição dos Cuidados de Saúde Mental da ACES – Porto Ocidental*

Figura 2: Teste de Fagerström

Figura 3: Teste de Richmond

Lista de gráficos

Gráfico 1: Tempo de Internamento dos doentes que deram entrada entre 16/11 e 21/12

Gráfico 2: Distribuição dos doentes de acordo com o Sexo

Gráfico 3: Distribuição dos doentes de acordo com o Tipo de Internamento

Gráfico 4: Distribuição dos doentes de acordo com o Diagnóstico de Perturbação Mental

Índice

Resumo.....	i
Abstract	ii
Lista de Abreviaturas.....	iii
Agradecimentos	iv
Lista de Figuras.....	v
Lista de gráficos.....	vi
Introdução.....	1
Objetivos	1
Métodos	1
Enquadramento teórico	2
Estrutura Física e Recursos Humanos	3
Atividades desenvolvidas	5
Abordagem ao doente com Perturbação Mental Urgente	6
Serviço de Urgência.....	6
Serviço de Intervenção Intensiva	9
Reflexão teórica final sobre Serviços de abordagem ao doente com perturbações mentais agudas	10
Internamento	10
Evolução do Internamento D3 (entre 16/11/22 e 21/12/22)	11
Caso clínico no Internamento D3	14
Unidade de Eletroconvulsivoterapia	15
Visita Domiciliária e Centros de Reabilitação Psicossocial.....	18
Fórum Socio-Ocupacional Costa Cabral (7/12)	18
Visita Domiciliária (28/11).....	18
Consulta Externa e Outras valências.....	19
Consultas de Neurodesenvolvimento	19
Consulta de Cessação Tabágica.....	21
Consultas de Comportamento Alimentar	22
Reflexão sobre a vertente de Consulta Externa – Consulta de Psiquiatria Comunitária	24
Formação do Internato Médico de Psiquiatria	24
Discussão	25
Conclusão	27
Anexos.....	vii
Figuras	vii
Gráficos	ix
Bibliografia	28

Introdução

Para a unidade curricular Dissertação/Projeto/Estágio do 6º ano e obter o grau de Mestre em Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto decidi realizar um relatório de estágio sobre a minha experiência no Hospital Magalhães Lemos na área da Psiquiatria Comunitária. Este estágio decorreu sob a orientação do Dr. Gustavo França e sob a coorientação da Prof. Doutora Liliana Castro, tendo contado também com a colaboração de diferentes profissionais de saúde do Hospital Magalhães Lemos.

Objetivos

O principal objetivo do estágio observacional foi observar e acompanhar as atividades dos profissionais de saúde ligados à psiquiatria comunitária bem como conhecer melhor o que é a área da Psiquiatria Comunitária, a sua organização e o perfil do que se considera ser um doente com perturbação mental.

O objetivo do presente relatório é também documentar de forma teórica a evolução e organização das estruturas associadas à Saúde Mental e Psiquiatria Comunitária e documentar as atividades observadas e realizadas nas diferentes vertentes do estágio como Serviço de Urgência, Internamento, Consulta Externa e Visitas Domiciliárias.

Métodos

O estágio foi realizado no Hospital Magalhães Lemos tendo completado as 87 horas entre o dia 24 de outubro de 2022 e o dia 13 de janeiro de 2023.

O relatório encontra-se organizado em quatro componentes correspondentes à experiência nas diferentes vertentes da Psiquiatria Comunitária. Em cada componente, realiza-se uma breve descrição do setting, com a apresentação de casos clínicos, seguida de algumas reflexões teóricas e apreciação crítica. As vertentes foram as seguintes:

a) Serviço de Urgência e Serviço de Intervenção Intensiva – documentação dos casos observados, aplicação da Lei de Saúde Mental e abordagem teórico-clínica a um doente com ideação suicida, um dos temas estudados na Unidade Curricular de Psiquiatria do 5º ano do Curso de Medicina;

b) Internamento do Serviço de Psiquiatria Comunitária e Saúde Mental do Porto – evolução dos doentes e casuística entre o dia 16/11 e 21/12 com discriminação do diagnóstico de perturbação mental, duração de internamento (em dias) e tipologia de internamento (compulsivo ou voluntário) com base na consulta dos processos clínicos. Serão documentados com maior pormenor casos clínicos com os quais tive maior contacto, assim como a experiência no Serviço de Eletroconvulsivoterapia;

c)Visitas Domiciliárias e Fórum Ocupacional de Costa- Cabral – descrição breve dos casos observados e respetiva reflexão.

d)Consulta Externa – documentação da experiência nas diferentes vertentes da Psiquiatria Geral (incluindo a Formação do Internato de Psiquiatria do Hospital) e nas Consultas especializadas, nomeadamente Consulta de Neurodesenvolvimento, Consulta de Perturbações Alimentares, de Cessação Tabágica e outras valências inerentes à Psiquiatria.

Enquadramento teórico

As perturbações mentais são um dos principais problemas de Saúde Pública em Portugal. No Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental realizado em 2013 verificou-se uma elevada prevalência de perturbações mentais em Portugal, estimando-se que um em cada cinco portugueses pode sofrer de alguma perturbação mental, condição que costuma ser abordada e tratada nos cuidados primários, e, em alguns casos (habitualmente por referência) nos serviços especializados de Psiquiatria e Saúde Mental ¹. Assim, é fundamental o investimento na educação, formação e investigação sobre métodos de prevenção e de tratamento das perturbações mentais.

Desde o século XX que se reconhece a necessidade do desenvolvimento de cuidados orientados para a comunidade com maior destaque para o tratamento precoce e uso abrangente de psicoterapias e da promoção da reabilitação social. A concentração dos cuidados de saúde mental em locais isolados da população em geral considerava-se inflexível e impessoal e promovia a cronicidade das perturbações mentais. Assim desenvolveu-se um esforço de “descentralização” dos cuidados de Saúde Mental, com a implementação de medidas que permitiam o tratamento comunitário de indivíduos com perturbação mental severa (que antes permaneceriam no hospital durante anos). Esta descentralização proporcionou uma abordagem terapêutica de perturbações mentais agudas o mais próximo possível da casa do doente e com o menor tempo de internamento hospitalar. Paralelamente, reforçou-se o papel primordial dos cuidados de saúde primários na deteção, prevenção e tratamento precoce de patologias psiquiátricas menos severas ².

Ao longo do século XX, anos 70, 80 e 90s, os cuidados de saúde progrediram nesse sentido. Em 1998 foi aprovada a nova Lei de Saúde Mental, uma lei que redefiniu a organização das estruturas de Saúde Mental priorizando a abordagem de doentes no meio menos restritivo possível e inseridos na comunidade. Definiu-se que unidades de internamento, focadas em perturbações mais severas se integrariam progressivamente em Hospitais Gerais, enquanto o tratamento em ambulatório se realizava em Serviços de Saúde Mental locais.

Nos Serviços de Saúde Mental locais integram-se componentes de reabilitação psicossocial como instituições residenciais, hospitais de dia e unidades de saúde especializadas, permitindo um maior contacto com os Cuidados de Saúde Primários e maior comunicação com outros serviços.

Nos Serviços Regionais e Hospitais Psiquiátricos existem serviços psiquiátricos mais especializados, podendo existir mais ferramentas na abordagem ao doente psiquiátrico ³.

Compreender a evolução das estruturas de Psiquiatria e Saúde Mental é fundamental para compreender o conceito de Psiquiatria Comunitária. A Psiquiatria Comunitária é um modelo de abordagem de tratamento das perturbações mentais baseada na prestação de cuidados próximos, humanizados e centrados na comunidade. Verifica-se um maior interesse no tratamento dos problemas de psiquiatria e saúde mental dentro do contexto mais amplo das condições sociais e ambientais das pessoas, o que se diferencia da psiquiatria “tradicional” em que a abordagem e tratamento geralmente ocorrem de forma centralizada em hospitais.

A psiquiatria comunitária baseia-se numa abordagem populacional, no entendimento do doente num contexto socioeconómico, na adoção de medidas de prevenção e promoção da saúde mental e numa perspetiva longitudinal ao longo da vida ⁴. Inclui também uma preocupação pelo tratamento de populações por vezes marginalizadas, como as minorias étnicas, os imigrantes, pessoa sem-abrigo, entre outras ^{5 6}. Através da comunicação com os cuidados de saúde primários e estruturas de comunidade pretende-se diminuir o treatment gap, ou seja, diminuir a proporção de pessoas com perturbação mental que não recebem tratamento⁷.

Estrutura Física e Recursos Humanos

À data da realização do estágio, o HML encontrava-se organizado em três departamentos principais:

- 1) Departamento de Cuidados de Ambulatório: inclui a Consulta Externa e as estruturas de Hospitalização Parcial (Hospital de Dia, Serviço de Reabilitação Psicossocial).
- 2) Departamento de Internamento: inclui os serviços de Internamento B, C, D3 e serviço de Intervenção Intensiva (SII).
- 3) Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica: inclui o Laboratório de Patologia Clínica e a Unidade de Eletroconvulsivoterapia.

O HML conta ainda com um Serviço de Psicogeriatria, e um Serviço de Psiquiatria Forense, bem como unidades funcionais de apoio clínico com as especialidades de Medicina Interna, Neurologia, Psicologia Clínica, Nutrição, e Serviço Social.

É de destacar que durante a escrita do relatório de estágio decorreu a fusão do HML com o Centro Hospitalar do Porto (CHP) no dia 1 de fevereiro de 2023 com a criação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA). Esta fusão ocorreu num contexto de diretivas

internacionais e nacionais que têm vindo a recomendar a integração dos hospitais psiquiátricos em hospitais gerais.

O Serviço de Saúde Mental Comunitário do Porto (SSMCP) está integrado no Hospital de Magalhães Lemos (HML), o hospital de referência da região norte em cuidados de psiquiatria e saúde mental.

Atualmente, o SSMCP do Hospital Magalhães Lemos atua em 5 eixos de intervenção: articulação com os Cuidados de Saúde Primários, Internamento psiquiátrico, Equipa de Intervenção Comunitária, Departamento de Ambulatório e Colaboração com estruturas da Comunidade.

O objetivo é a organização e prestação de Cuidados de Saúde Psiquiátricos Especializados na área do Porto Ocidental nomeadamente Ramalde, União de Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória e União de Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos (Imagem em anexo 1 no final do documento) que corresponde a uma população residente de 136.369 cidadãos e uma população de 179.985 utentes inscritos (em Dezembro de 2022).

Atividades desenvolvidas

O estágio permitiu passar por diferentes áreas sendo que foram realizadas 15 horas em serviços de abordagem ao doente psiquiátrico em situação aguda (Serviço de Urgência e Serviço de Intervenção Intensiva), 32 horas em ambiente de Internamento, 7 horas em componente de Visita Domiciliária, 19 horas em componente de Consulta Externa (nomeadamente na Consulta de Neurodesenvolvimento, Consulta de Cessação Tabágica e Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar) e 14 horas dedicadas a outras componentes relacionadas com atividade na área da Psiquiatria Comunitária. Será assim abordado adiante o funcionamento destas estruturas, um caso clínico exemplo e a aplicação de conhecimentos teóricos relacionados, assim como a reflexão pessoal sobre as atividades em questão.

Abordagem ao doente com Perturbação Mental Urgente

Serviço de Urgência

A Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto (UMPP) é uma das estruturas responsáveis pela abordagem de doentes com critérios para urgência psiquiátrica do Porto Ocidental ou como se encontra previsto na lei “Atendimento permanente das situações de urgência de hospitais gerais ou no âmbito de estruturas de intervenção na crise”. Em situações particulares pode ser o único serviço de cuidados psiquiátricos urgentes em toda a região Norte. Também é responsável pelo apoio à unidade de internamento psiquiátrico no Centro Hospitalar Universitário de S. João.

Foi na UMPP que foi possível ter o primeiro contacto com doentes com perturbação mental urgente e conhecer os critérios de Internamento Psiquiátrico. Muitos dos doentes com indicação válida eram internados no HML, onde davam entrada pelo Serviço de Intervenção Intensiva do HML. Uma parte significativa destes internamentos ocorreu em regime compulsivo, ao abrigo da lei de Saúde Mental.

No Serviço de Urgência foi possível observar 6 casos. A principal causa de internamento psiquiátrico foi a descompensação aguda causada por uma perturbação psicótica associada ao consumo de substâncias (4), sendo que havia outros casos que foram avaliados nomeadamente por perturbação de conduta, por ideação suicida e por comportamento heteroagressivo. Com a exceção de um caso todos vinham reencaminhados da UMPP sendo que a área assistencial dos utentes correspondia ao HML, podendo a sua área geodemográfica corresponder a outras áreas que não o Porto Ocidental, nomeadamente de outras zonas como as respeitantes ao Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga ou ao Centro Hospitalar de Póvoa-Vila do Conde. A maioria dos casos que observei na UMPP foi encaminhada à urgência na sequência de mandatos de condução policial no âmbito de processos de internamento compulsivo. Contudo, os doentes também podem ser referenciados para avaliação psiquiátrica urgente por referência de médicos dos cuidados de saúde primários, médicos psiquiatras ou por outros serviços de psiquiatria. Alguns casos podem dirigir-se ao SU sem referência, se bem que devem passar pelo processo de triagem habitual da urgência médica geral.

Durante a consulta o médico psiquiatra focava-se em pesquisar sinais de alarme que justificassem a necessidade de internamento ou outras abordagens como reajuste de medicação, referência a uma consulta especializada entre outras opções. Além disso, eram pesquisadas causas não psiquiátricas que pudessem justificar o quadro apresentado, pedindo exames complementares de exclusão de causa orgânica como imagiologia cerebral (que no contexto de urgência era realizada por TAC cerebral) ou análises para pesquisa de substâncias tóxicas.

O conhecimento da Lei de Saúde Mental e os critérios de aplicação de um internamento em regime compulsivo é fundamental tendo sido abordada quer na Unidade Curricular de Psiquiatria no 5º ano quer na formação de internos. A Lei de Saúde Mental em Portugal estabelece as normas gerais para a organização e funcionamento dos serviços de saúde mental e da respetiva rede de cuidados integrados. A Lei tem como objetivo garantir acesso equitativo e de qualidade à saúde mental, promovendo a prevenção e o tratamento dos problemas de saúde mental e garantindo os direitos dos utentes.

Na Lei da Saúde Mental define-se no Artigo 12 que o portador de anomalia psíquica grave que crie situações de perigo para o próprio ou alheios e que recuse o tratamento médico pode ser internado em regime compulsivo. Outra situação é se o portador da anomalia psíquica não possuir o discernimento necessário para dar o consentimento e que se verifique um deterioramento acentuado da sua condição na ausência de tratamento.

De acordo com o artigo 23º as autoridades policiais ou de saúde pública podem determinar oficiosamente ou por requerimento através de um mandato a condução do doente para o estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo.

Será descrita a evolução de um caso em formato de caso clínico adiante.

Caso clínico – Perturbação Psicótica com indicação para Internamento Compulsivo

Homem de 57 anos com diagnóstico de hepatite C e antecedentes de consumo de heroína e álcool, com acompanhamento no Centro de Respostas Integradas (CRI) de Matosinhos foi encaminhado ao Serviço de Urgência de Psiquiatria com discurso de teor místico e persecutório com cerca de duas semanas de evolução. Referia que acreditava ser “Jesus Cristo reencarnado” e nos dias prévios estaria a queimar objetos no lavatório da casa da mãe, tendo referido que “era para afugentar o diabo”. Foi constatado inequivocamente, ao longo da entrevista psiquiátrica, comportamentos que punham em risco o próprio e terceiros. Ao EEM apresentava-se com humor neutro e com um discurso delirante de teor místico, sem insight para a sua condição mórbida. Pela presença de critérios clínicos e de perigosidade foi acionado o IC (Internamento compulsivo) na UMPP tendo sido depois reencaminhado para o SII (Serviço de Intervenção Intensiva) do HML. Assisti à dificuldade de comunicar ao doente esta decisão, e pude refletir sobre as questões éticas inerentes ao internamento compulsivo.

O doente foi transferido do SII no dia 17/11 para o serviço de internamento, mantendo um discurso coerente e fluente, mas em que ainda sobressaía o delírio místico, embora mais atenuado. Este foi um caso desafiante também pela comorbilidade da perturbação do uso de substâncias com a perturbação psicótica.

Atendendo à ausência de insight e à gravidade da sintomatologia, foi proposto para tratamento com antipsicótico na formulação depot (de forma a assegurar a adesão terapêutica, uma vez que tivesse alta). Iniciou a primeira toma de palmitato de paliperidona 150 mg no dia 22/11, tendo realizado a dose de reforço no dia 28/11 (100 mg). Verificou-se uma evolução favorável no curso do internamento com atenuação da atividade delirante, diminuição da hostilidade e comportamentos de agressividade, e regularização do padrão de sono. Teve alta com articulação com o Serviço Social e com a Unidade Local de Saúde Mental no dia 28/12.

Este foi um caso desafiante de abordar no Serviço de Urgência pela presença, no mesmo doente, da problemática da perturbação de uso de substâncias, com a perturbação psicótica. A comorbilidade com abuso de substâncias é muito frequente nas perturbações psicóticas, sendo um fator de mau prognóstico⁸. Alguns autores consideram que esta comorbilidade é tão comum, que está longe de ser uma exceção⁹. Enquanto os consumos persistirem, torna-se muito difícil de conseguir estabilizar clinicamente estes doentes.

Existem também casos referenciados ao Serviço de Urgência em que, apesar de se apresentarem com queixas relevantes e sofrimento psíquico, não tinham indicação para internamento, pelo que cabe ao profissional de saúde conseguir discriminá-los. A título de exemplo, considere-se o seguinte caso:

Mulher de 24 anos, que se dirigiu ao serviço de urgência para avaliação de ideação suicida, e que apresentava um quadro de ansiedade agudo. Tratava-se de uma doente sem antecedentes psiquiátricos ou médicos relevantes. Refere alguns fatores de ansiedade como o irmão toxicodependente, e o facto de ter pouco suporte familiar. Referia, em momentos de maior tensão emocional, palpitações e sentimentos de angústia, associados a pensamentos como “simplesmente não quero saber, preferia não estar mais aqui”.

Este caso foi selecionado dado que permitiu compreender melhor o processo de avaliação do risco de suicídio, um dos temas abordado na formação aos internos de psiquiatria e de medicina geral e familiar durante o internato, bem como na formação pré-graduada aos estudantes de medicina, na Unidade Curricular de Psiquiatria do 5º ano.

A avaliação do risco de suicídio é uma das componentes principais da avaliação psiquiátrica, sendo fundamental no contexto de avaliação de urgência, já que determina o nível de intervenção necessário (orientação para consulta, ou para consulta de crise ou internamento).

A avaliação da ideação suicida é considerada fundamental na psiquiatria, pois permite identificar indivíduos em risco de suicídio e implementar medidas preventivas para salvaguardar a sua vida. Na avaliação deve dar-se espaço ao doente para expressar as suas emoções e ideias. Esta avaliação deve incluir uma avaliação cuidadosa da história clínica do doente, incluindo a presença de fatores de risco e de proteção para o suicídio, como o histórico de perturbações mentais, a

presença de uso de substâncias, histórico de tentativas de suicídio e fatores sociais e familiares ¹⁰
¹¹.

Uma das componentes mais importantes a avaliar é a presença de intenção e plano suicida sendo que doentes com maior nível de intenção suicida descrevem com maior detalhe os seus planos sendo isto um fator de alarme. Por fim cabe a decisão de reencaminhamento imediato para o Serviço de Urgência ou internamento psiquiátrico ou marcar uma consulta de psiquiatria com algum grau de urgência.

Durante a entrevista no caso especificado não se verificaram sinais de autoagressão; a doente não manifestava um plano específico para suicídio e não apresentava nenhum outro fator de alarme pelo que apresentava um risco ligeiro a curto prazo, não existindo indicação para Internamento. Foi medicada com sertralina, já que se considerou que a sintomatologia ansiosa e depressiva já era persistente e incapacitante, com afetação do seu funcionamento e qualidade de vida, e foi referenciada para uma Consulta da Especialidade a curto prazo ¹².

Serviço de Intervenção Intensiva

O Serviço de Intervenção Intensiva é responsável pela prestação de cuidados a todos os doentes enviados da Consulta Externa e da Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto, doentes de outros hospitais por indicação da Psiquiatria de Ligação e ainda pelo apoio e colaboração em situações de internamento intra-hospitalar.

Este serviço é um serviço de internamento com maior segurança e acompanhamento destinado fundamentalmente a doentes agudos, numa fase em que estão mais descompensados, e que necessitam de uma maior vigilância. Estas características influenciam a tomada de decisão da transferência do doente do SII para o internamento, uma unidade com acompanhamento psiquiátrico permanente e maior nível de vigilância e intervenção. Alguns dos casos observados viriam a ser revistos no internamento como será descrito na devida seção.

Foram observados 6 casos diferentes, 4 dos quais quadros de perturbação psicótica associada ao consumo de substâncias, sendo os outros 2 casos: 1 descompensação aguda de esquizofrenia crónica e 1 caso de perturbação do desenvolvimento intelectual com alterações de comportamento graves.

A avaliação do médico passava por uma entrevista com o doente em que avaliava o estado mental do doente e a forma como se estava a adaptar à medicação dada no SII sendo que no final tinha de tomar a decisão sobre se podia ser transferido para um dos Serviços de Internamento.

Um dado de reflexão foi verificar o tempo de estadia no SII e na UMPP. Enquanto estava na UMPP verificava que os médicos ligavam várias vezes a confirmar a presença de vagas no SII e no

SII procurava-se por vagas nos vários internamentos sendo que os tempos de espera da transferência do SII para o internamento variavam entre 3 e 15 dias. Salienta-se a taxa de ocupação de camas de internamento hospitalar no HML sempre perto de 100% condicionando a necessidade de uma permanente gestão das vagas de internamento em articulação com os serviços de internamento intra e inter-hospitalares e com a urgência metropolitana de Psiquiatria.

Reflexão teórica final sobre Serviços de abordagem ao doente com perturbações mentais agudas

Sobre os Serviços de abordagem ao doente com perturbação mental pode concluir-se que o processo de transferência é complexo. Existem alguns fatores que podem definir a necessidade de internamento nomeadamente o risco para o próprio e para terceiros, o abuso de substâncias e a ausência de insight o que dificulta o tratamento em ambulatório, condicionando assim a necessidade de internamento ². A ideação suicida aguda, com risco para o próprio, assim como uma descompensação psicótica são dos motivos principais para o internamento em psiquiatria verificando-se que 32% dos casos de admissão em cuidados de intervenção precoce correspondiam a distúrbios associados a consumo de substâncias e 21.3% associados a patologias como esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. A maioria das tentativas de suicídio consistiram em intoxicação medicamentosa voluntária ¹³.

Em muitos dos casos que foram observados verificavam-se antecedentes de consumo de substâncias ilícitas sendo que recorriam à urgência por descompensação psicótica associada ao consumo das mesmas. Assim deve-se estar atento a pessoas com consumos crónicos de substâncias ilícitas pelo risco de poder desenvolver ou descompensar uma perturbação psicótica e deve-se avaliar a presença de ideação suicida.

Internamento

O Serviço de Internamento é uma área de vigilância e monitorização dos doentes em situação de agudização da perturbação mental com indicação para internamento completo (regime compulsivo ou voluntário). Devem permanecer no estabelecimento até à estabilização completa, ou pelo menos, até uma melhoria clínica que possibilite a continuidade do tratamento, em regime de ambulatório. Existem várias unidades distribuídas pelo Hospital Magalhães Lemos em que se podem alocar os doentes conforme o local de residência e centro de saúde indicativo da área assistencial (se bem que o procedimento pode variar conforme a existência de vagas para o internamento e de acordo com o regime de internamento).

O SSMCP tem um serviço de internamento associado (Serviço D3) com capacidade máxima de 28 camas. Todas as segundas-feiras por volta das 10 da manhã realiza-se uma reunião no internamento em que a Diretora de Serviço e a equipa multidisciplinar de profissionais de Saúde ouve e responde a queixas, críticas, dúvidas e sugestões dos doentes. Às terças-feiras de manhã há a reunião clínica em que decorre a discussão de casos clínicos mais complexos pela equipa multidisciplinar, bem como a apresentação de temas com relevância teórica, pelos médicos internos do serviço.

Evolução do Internamento D3 (entre 16/11/22 e 21/12/22)

O estágio foi realizado maioritariamente no Serviço de internamento D3. Tive a possibilidade de acompanhar a evolução do internamento desde 16/11 até 21/12 bem como a evolução de alguns doentes que fui vendo nas diferentes fases do estágio. Serão posteriormente descritos os casos que segui com maior atenção.

Evolução entre 16/11 a 28/11 (12 dias de intervalo)

Entre o dia 16/11 (quarta-feira) e o dia 23/11 (quarta-feira) de novembro houve a abertura de 7 novas vagas no internamento. Deram entrada no serviço novos casos nomeadamente 3 casos de esquizofrenia, 1 de perturbação psicótica por abuso de substâncias, 1 de perturbação afetiva bipolar (PAB) em episódio depressivo agudo, 1 de perturbação de desenvolvimento intelectual e 1 de diagnóstico inespecífico. A duração do internamento dos novos casos variou entre 15 dias e 35 dias sendo que um dos casos atingiu os 47 dias de internamento. Só houve 2 situações em que o internamento foi em regime compulsivo, um caso de perturbação psicótica associada a consumo de substâncias e um dos casos de esquizofrenia.

Entre o dia 23/11 (quarta-feira) e 28/11 (segunda-feira) houve a abertura de 4 novas vagas no internamento tendo dado entrada no serviço: 1 caso de episódio maníaco grave, 1 caso de depressão unipolar severa, e a transferência de 1 caso de perturbação de conduta (um dos casos que observei no serviço de urgência da UMPP) e 1 reinternamento de um caso de esquizofrenia. O tempo de internamento dos novos casos variou entre os 13 e 17 dias de internamento e todos os casos foram internamentos em regime voluntário.

Evolução- chave entre 28/11 e 15/12 (17 dias de intervalo)

Entre o dia 28/11 (segunda-feira) e 7/12 (quarta-feira) houve abertura de 3 novas vagas com entrada de 2 casos de esquizofrenia e um 1 episódio depressivo. O caso perturbação depressiva foi o único internamento voluntário sendo os outros 2 casos internamentos compulsivos por esquizofrenia. Cumpriram como tempos de internamento 9, 43 e 60 dias.

Entre o dia 7/12 (quarta-feira) e o dia 15/12 (quinta-feira) houve uma mudança significativa na logística do internamento D3 com alta de muitos dos casos mencionados anteriormente.

Foram admitidos 7 novos casos, 4 por esquizofrenia, 1 por depressão associado a perturbação de personalidade e 2 por outros casos nomeadamente síndrome demencial comórbida com depressão severa e perturbação de personalidade comórbida com sintomatologia depressiva. É de mencionar que 3 dos casos mencionados tiveram um internamento de apenas 2 dias relacionado com fatores como alocação para outros hospitais, elemento que será mencionado mais adiante. Dos casos abordados, 3 decorreram por internamento compulsivo.

Evolução chave entre 15/12 e 21/12 (6 dias de intervalo)

Entre o dia 15/12 (quinta-feira) e o dia 21/12 (quarta-feira) houve a entrada de 6 novos casos todos associados a perturbações psicóticas dos quais a maioria associada com um diagnóstico prévio de esquizofrenia. Dos casos abordados, 2 estavam em regime de internamento compulsivo e os restantes em regime de internamento voluntário. O tempo de internamento variou entre os 4 dias e 21 dias sendo que houve um caso pontual que cumpriu 70 dias de internamento.

Em jeito de conclusão tive a oportunidade de contactar com a realidade que é o internamento numa instituição psiquiátrica, conhecer o perfil dos doentes que são referenciados, a sua evolução ao longo do tempo e as condições e obstáculos que compõem a alta hospitalar.

Existem casos em que o tempo de permanência é maior do que o necessário para o plano terapêutico completo dado que existem condições sociais que limitam a alta do paciente. Um dos casos internado já aguardava vaga em Barcelos desde que iniciei o estágio em 16/11 tendo tido alta no dia 22/12 para Barcelos. 6 dos casos em internamento no início do estágio ainda estavam presentes no HML cumprindo mais de 100 dias de internamento.

Existem também casos em que o internamento pode ser curtíssimo, inferior a 5 dias em que o doente dá entrada no internamento, mas é reencaminhado para um internamento psiquiátrico na área de residência. Um dos casos abordados no período entre 15/12 e 21/12 de internamento voluntário por esquizofrenia teve um internamento de 7 dias sendo que foi

transferido para o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho, para continuidade do tratamento em regime de internamento no Hospital da área assistencial.

Foi assim feito um relato da casuística estudada entre 16 de novembro e 21 de dezembro, ou seja, aproximadamente 1 mês, tendo sido avaliadas novas altas e saídas. Existe um grupo de pessoas que permaneceu no internamento e se manteve após o fim do estágio. Será apresentada a estatística e o tempo de internamento com a representação gráfica no anexo (Gráfico 1)

A média de tempos de internamento dos casos que deram entrada quando comecei o estágio foi de 25,48 dias. Contudo existiam casos já internados sendo que alguns eram casos de internamentos prolongados com duração maior que 100 dias. A média calculada total usando como referência o dia 23 de fevereiro era de 53,38 dias sendo que, como alguns casos se mantinham internados, a tendência era para aumentar.

As perturbações mentais presentes no internamento no momento da entrada juntamente com os novos casos foram compilados e apresentam-se no gráfico 3. Apresenta-se também a distribuição de acordo com o sexo e o número de internamentos voluntários e compulsivos. Corresponde assim a uma “fotografia” do internamento entre novembro de 2022 e dezembro de 2022. Informação estatística apresentada em representação gráfica no anexo (Gráfico 2, Gráfico 3 e Gráfico 4).

Discussão do internamento

Existe literatura que suporta o facto de fatores de índole social estarem associados a um tempo de internamento em psiquiatria mais prolongado¹⁴. Efetivamente o pouco apoio sociofamiliar e dificuldades económicas interferem na recuperação e associam-se a um internamento psiquiátrico mais prolongado.

Sobre a experiência pessoal no Serviço de internamento pode concluir-se que o internamento psiquiátrico é um processo complexo em que muitos dos casos observados associavam-se sobretudo a casos de perturbações psicóticas (grupo mais frequente) logo seguido de casos de perturbações de humor. Alguns dos casos de perturbações psicóticas tinham historial de consumo de substâncias, sendo uma porção tão significativa que se considera pertinente distingui-los dos casos não associados (descompensação de esquizofrenia por exemplo). Foi assim possível conhecer os principais tipos de perturbação no internamento de uma instituição psiquiátrica como o HML.

O tempo de internamento no exterior comparado entre países verifica que variava entre 17.9 na Itália e 55.1 dias na Bélgica pelo que se verifica que os tempos de internamento se encontram dentro da média (se bem que deve-se ter em conta a variação entre países e instituições

hospitalares). Fatores de risco para internamentos prolongados correspondem a ser sem-abrigo, isolamento social, diagnóstico de perturbação psicótica, maior severidade dos sintomas, historial de admissões prévias, abuso de substâncias e internamento involuntário¹⁴.

Descreve-se também a duração dos tempos de internamento associados a perturbação psiquiátrica como um dos fatores contribuidores para o gasto financeiro associado ao internamento em hospitais psiquiátricos. Um dos achados relevantes a mencionar é que quanto maior é o tempo de internamento, maior é o risco de readmissão sendo que se sugere como fator significativo a incapacidade de encontrar outros locais em que possam residir ou estruturas sociofamiliares e comunitárias de retaguarda e apoio ¹⁵. São elementos que demonstram o quão desafiante pode ser a abordagem dos internamentos sobretudo em casos mais crónicos.

Por fim é importante salientar que alguns doentes se encontravam internados em situações prolongadas para descanso dos cuidadores, o que demonstra o quão exigente podem ser os cuidados de um doente com perturbação mental e a importância de ter estruturas que apoiam para além do próprio doente, a unidade familiar e social.

Caso clínico no Internamento D3

Caso clínico: Psicose por abuso de substâncias

O primeiro caso que comecei a seguir no dia 14 de novembro no Serviço de Urgência do Hospital de S. João para decidir se era necessário Internamento Compulsivo. Dá entrada uma mulher de 46 anos com acompanhamento para tratamento de Comportamentos aditivos e dependências desde há mais de 1 ano com evidência de consumos excessivos de cocaína que inicia quadro de atividade delirante persecutória e atividade alucinatória afirmando que a casa tem “câmaras de som, canos de fio de eletricidade” e que as vizinhas de cima “a querem matar... querem tirar lá de casa... mandam pôr veneno na comida” (sic).

Ao EEM apresentava-se vígil, com humor ansioso, com discurso de teor delirante e persecutório. Apresentava alucinações auditivas na forma de vozes comentadoras. Não tinha ideação auto ou heteroagressiva e apresentava juízo crítico reduzido. Realizou teste para antigénio SARS-CoV2, TAC e análises sem alterações de relevo e no momento estava medicada com metadona 130 mg, risperidona 2mg, cariprazina 1,5 mg tendo sido decidida a sua indicação para internamento compulsivo no Hospital Magalhães Lemos com o devido encaminhamento para o SII. No dia 21 de novembro é reavaliada no Serviço de Intervenção Intensiva no Hospital Magalhães Lemos. Permaneceu 7 dias no SII sendo que mantinha atividade delirante e persecutória referindo que “eles só querem ficar com a minha casa ... querem fazer lá o negócio deles”. Continuava com a medicação prescrita anteriormente. No dia em que a vi já se apresentava mais calma e com um

pensamento mais organizado sendo que sentia-se bem com a terapêutica instituída pelo que foi transferida para o Serviço de Internamento D3.

No dia 28 de novembro na Reunião de Serviço D3 com a Dra. Ana Maria Soares foram discutidas quais as condições a melhorar no serviço na opinião dos doentes internados e da equipa dos profissionais de saúde, sendo que é mencionado que houve uma tentativa de fuga por parte da doente em causa e que alguém de fora tinha trazido canabinóides pelo que ficou impedida de ter visitas. Ao EEM apresentava-se sonolenta, tendo estado a dormir durante toda a reunião. Sobre a sua evolução durante a semana soube que houve uma tentativa de fuga com necessidade de uso de terapêutica antipsicótica intramuscular. Realizou-se switch de risperidona para paliperidona, com o objetivo de ter alta com antipsicótico depot, em combinação com cariprazina.

A última vez que vi a doente foi no dia 15 de dezembro. Estava programada alta para dia 16 de dezembro sendo que na entrevista a doente revelava uma diminuição do delírio persecutório e um maior insight revelando que atribuía os pensamentos de teor paranoide à perturbação mental que tinha. Apresentava-se com sialorreia e discurso bastante arrastado que se podia associar à medicação usada sendo necessário um ajuste terapêutico. Ao longo das duas semanas destaca-se a introdução de antipsicótico injetável de longa duração para continuidade do tratamento em ambulatório e o tratamento de uma ITU como intercorrência médica durante o internamento.

Reflexão pessoal sobre o Caso Clínico

O caso clínico descrito correspondeu a um exemplo clássico de uma descompensação de perturbação psicótica associada ao abuso de substâncias. Tive oportunidade de acompanhar presencialmente a evolução do doente com perturbação mental em causa e comparar o momento em que ouvi o caso na UMPP e no dia de alta. O que mais me marcou foi o aumento significativo do insight sendo que a doente já negava a presença de alucinações e relatava que os delírios se deviam à condição mental o que demonstrava um exemplo de acompanhamento e tratamento de perturbação psicótica aguda bem-sucedido.

Unidade de Eletroconvulsivoterapia

Tive a oportunidade de observar o funcionamento da unidade de eletroconvulsivoterapia no dia 2 de dezembro. A eletroconvulsivoterapia consiste num tratamento com base na indução de uma convulsão num ambiente controlado administrado por um médico psiquiatra acompanhado por uma equipa de enfermagem e por médico anestesista.

É um tratamento médico eficaz e seguro para tratar casos agudos como perturbações depressivas severas (nomeadamente quando existem sintomas psicóticos severos), catatonia ou

perturbações maníacas de longa duração/ severas. Também pode ser opção de tratamento de casos crônicos de patologias severas como esquizofrenia resistente a outros tratamentos ¹⁶. Uma das modalidades de tratamento é a eletroconvulsivoterapia de manutenção após o tratamento agudo.

A eletroconvulsivoterapia de manutenção (ECT-M) é um tipo de ECT que é utilizado para prevenir recaídas em doentes com perturbações mentais graves que responderam bem à ECT aguda, mas têm um risco elevado de recaída¹⁷. A ECT-M é geralmente administrada com menor frequência do que a ECT aguda.

Foi possível observar o uso de ECT como terapêutica de manutenção e o caso de um primeiro tratamento em que é definido o limiar de convulsão com o qual se vai efetuar a terapêutica aguda. Este último caso será descrito, bem como a sua progressão ao longo dos dias em que estive a realizar o estágio.

É fundamental conhecer o quanto a dose de corrente elétrica ultrapassa a dose de limiar de convulsão para poder comparar a dose terapêutica com o risco de desenvolver efeitos laterais. Os mais comumente descritos costumam ser cefaleias, desorientação, amnésia retrógrada e dor lombar. Alguns podem ser prevenidos nomeadamente dano aos dentes e boca por posicionamento incorreto da via aérea, queimaduras por mau posicionamento dos elétrodos e fraturas ósseas por compressão muscular excessiva associada à ausência de relaxamento muscular, sendo que cabe à equipa médica o controlo desta sintomatologia durante o procedimento. Outras preocupações a monitorizar são o risco de desenvolvimento de arritmias cardíacas, TEP, pneumonia de aspiração e AVC.

Com base na informação acima referida será assim discutido o caso clínico seguinte:

Caso clínico – Esquizofrenia resistente e acompanhamento dos ciclos de ECTs

Mulher de 52 anos com o diagnóstico de esquizofrenia e historial de seguimento psiquiátrico desde 1992 com múltiplas comorbilidades nomeadamente esclerose tuberosa, antecedentes de epilepsia e perturbação de desenvolvimento intelectual com indicação para internamento por heteroagressividade, sintomatologia psicótica e abandono da terapêutica com mais de um mês de evolução com referenciação para realização de eletroconvulsivoterapia no dia 2/12.

O procedimento baseou-se na administração da uma dose de carga fixa de intensidade mínima na doente com preparação anestésica e verificação de resposta convulsiva na face e nos membros. Ao fim da segunda frequência verificou-se uma resposta pelo que se definiu essa frequência como o limiar convulsivo da paciente.

Ao estudar o registo clínico verifica-se que realizou 8 sessões de eletroconvulsivoterapia com avaliação de estado psicopatológico no internamento. Ao fim das 8 sessões verifica-se uma diminuição da angústia, mas manutenção de interpretações delirantes e desorganização

comportamental. Sem queixas de efeitos secundários que se poderiam associar à eletroconvulsivoterapia.

Dia 26/12 é a data da realização do último ECT sendo que se verifica a presença de maior tranquilidade e pragmatismo e atividade delirante, mas de carácter residual. A própria menciona que estava “50% melhor das cismas” e avaliava-se a possibilidade de alta em breve. Viria a ter alta no dia 06/01 com registo de maior organização e assertividade, assim como franca atenuação da sintomatologia psicótica.

Reflexão teórica sobre o Caso Clínico

O caso explicado é um caso de esquizofrenia resistente a múltiplas abordagens terapêuticas com tempo de internamento extremamente prolongado e múltiplas comorbilidades. Contudo é um exemplo do sucesso do uso da eletroconvulsivoterapia, um exemplo real de como há um efeito de potenciação da eletroconvulsivoterapia com a medicação antipsicótica, com tradução na redução da severidade dos sintomas psicóticos ¹⁸. Existe um risco elevado de remissão da sintomatologia pelo que deve existir uma monitorização do caso em questão e eventual indicação para ECT de manutenção ¹⁹.

Visita Domiciliária e Centros de Reabilitação Psicossocial

Fórum Socio-Ocupacional Costa Cabral (7/12)

Para a Reabilitação e Reintegração Psicossocial, existem algumas estruturas definidas no Plano Nacional de Saúde Mental, nomeadamente as Unidades Residenciais e as Unidades Socio-Ocupacionais e em casos mais específicos podem-se realizar Visitas Domiciliárias.

O Fórum Socio-Ocupacional de Costa Cabral é uma estrutura de Reabilitação Psicossocial com um número fixo de utentes que promove atividades e terapia de grupo (segundo um modelo fenomenológico-existencial) e acompanhamento individualizado. Funciona quer como uma unidade residencial, quer como uma unidade socio-ocupacional. A residência permite assim uma maior proximidade a pessoas com perturbações mentais aos cuidados de saúde médicos e de enfermagem. Por outro lado, a unidade socio-ocupacional é uma área aberta à comunidade, para pessoas com perturbações mentais ligeiras a moderadas e promove o desenvolvimento de autonomia e a participação social no sentido de estimular uma maior integração na sociedade. Define-se como condição de referenciação pessoas com algum grau de incapacidade psicossocial por perturbação mental grave, com estabilização clínica, mas incapacidade relacional ou ocupacional e de integração social. Integra-se na Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.

Foi possível ver Consultas de Seguimento de vários casos em que se verifica que a Dra. Ana Moreira realizava uma avaliação psicopatológica, renovação de prescrição terapêutica e promovia adoção de medidas não farmacológicas. Será mencionado um dos casos clínicos que se destacou:

Homem com 35 anos de idade, medicado com palmitato de paliperidona injetável que é questionado sobre o estado geral e social. Afirmava adesão terapêutica e realizava Terapia Psicossocial e na altura procurava por emprego. Esta avaliação relativa ao funcionamento psicossocial é importante para avaliação da melhoria dos sintomas negativos associados à sua perturbação psicótica.

Visita Domiciliária (28/11)

Foi possível acompanhar a equipa de Psiquiatria Comunitária na administração de antipsicóticos injetáveis de longa duração a dois utentes com esquizofrenia. Tratava-se de utentes com sintomatologia negativa, e deterioração cognitiva, mas cuja sintomatologia psicótica estava em remissão. As visitas domiciliárias permitem a administração de medicação, avaliar o suporte necessário em termos de cuidados pessoais e avaliar a capacidade de gestão financeira e de tarefas domésticas dos utentes. Trabalham em coordenação com as unidades residenciais e socio-

ocupacionais bem com os cuidados de saúde primária e as Unidades Locais de Saúde Mental. Um dos objetivos das visitas domiciliárias é a diminuição do número de reinternamentos bem como constituir uma rede de segurança para doentes controlados sobretudo em casos com baixa retaguarda familiar ou social. Pode ser também prestado apoio e fomentada a comunicação com a rede sociofamiliar.

A maioria dos casos que requerem uma estadia prolongada envolvem casos associados a perturbações como a esquizofrenia, perturbações afetivas crónicas ou perturbações de personalidade, sendo frequentes as alterações do comportamento com heteroagressividade ou a presença de abuso de substâncias comórbido. Devido às diversas exigências inerentes ao tratamento destes pacientes como a necessidade de cuidadores bem preparados, capacidade de monitorização constante, continuidade de tratamento e respostas rápidas a crises pode ser complicado e dispendioso o processo de tratamento dos mesmos. Estas estruturas constituem uma alternativa que permite maior suporte à família de cuidadores e reduz o risco de os doentes serem sem-abrigo².

Consulta Externa e Outras valências

Foi possível contactar com algumas componentes da Consulta Externa tendo dedicado uma porção significativa de tempo na área de Neurodesenvolvimento e Cessação Tabágica observando também casos de acompanhamento de perturbações do Comportamento Alimentar. Será ainda mencionada a experiência durante a Formação de Internos do HML.

Consultas de Neurodesenvolvimento

A Consulta de Neurodesenvolvimento aborda as perturbações do Neurodesenvolvimento, um conjunto de perturbações neuropsiquiátricas com impacto no período de desenvolvimento precoce que se manifestam por alterações persistentes no desenvolvimento psicomotor e associam-se a incapacidade no funcionamento pessoal, social, académico ou ocupacional. É um termo amplo em que se englobam patologias como síndromes genéticas raras, perturbações no espectro do autismo, perturbação de hiperatividade e défice de atenção entre outras (PHDA)^{20 21}.

Foi possível observar diversos casos sendo a principal perturbação observada a PHDA (9 casos). Em muitos casos associava-se a outras perturbações como perturbação obsessivo-compulsiva (POC), perturbação de conduta e perturbação do espectro do autismo (PEA). Também foi possível observar exemplos de PEA e casos de Perturbação de Desenvolvimento Intelectual (PDI). Durante a entrevista o médico falava com o doente e procurava compreender o progresso em termos académicos/ laborais e em termos de bem-estar geral. Pesquisava-se por hábitos que promovessem a atividade social como desporto, música entre outras componentes e se tinha algum tipo de acompanhamento psicológico. No final discutiam-se as medidas terapêuticas e

investigavam-se efeitos laterais do plano terapêutico discutido. A principal medicação usada nos casos de PHDA era o metilfenidato, contudo o médico discutiu nas várias consultas a sugestão de outros fármacos para o tratamento de PHDA nomeadamente a lisdexanfetamina. Conforme outras comorbilidades o doente podia ser medicado com outros fármacos como clomipramina para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva ou certos ansiolíticos ou antidepressivos (p.e. escitalopram) no caso de PEA ou paliperidona no tratamento de um caso de PHDA associado a perturbação de conduta. A avaliação da componente de PHDA é desafiante sendo que para isso apresenta-se um caso clínico do diagnóstico de um caso de PHDA de novo num adulto.

Caso clínico de PHDA

Mulher de 23 anos dá entrada na consulta com queixas em manter a atenção e dificuldades nas funções executivas. Vive sozinha referindo algumas dificuldades em organizar-se. Referiu algum alívio da sintomatologia após início de toma de medicação nomeadamente menos dificuldade em priorizar certos tópicos (deu como exemplo se tinha de ir à cabeleireira ou ligar para tratar de assuntos administrativos urgentes, optava por ir à cabeleireira), maior facilidade em controlar o tempo (tinha um exame para fazer e chegou uma hora atrasada ao exame) e menor tendência para mind-wandering. Ao exame mental salientava-se um discurso rápido, mas coerente. Como plano terapêutico manteve o tratamento com lisdexanfetamina.

Para compreender melhor o caso acima mencionado deve-se tentar compreender o que é a PHDA, que consiste numa perturbação do neurodesenvolvimento definida pela diminuição dos níveis de atenção, e/ou um fenótipo de hiperatividade ou impulsividade ²². Costuma ter início na idade pediátrica e em alguns casos pode existir remissão com o desenvolvimento do indivíduo. A prevalência de PHDA nos adultos tem sido estimada em cerca de 2/3 da prevalência na população pediátrica ²³. É comum a presença de comorbilidades psiquiátricas, quer na infância quer na vida adulta, como por exemplo perturbações afetivas e ansiosas, aditivas e de personalidade, dificultando o diagnóstico definitivo e condicionando as estratégias de tratamento ²⁴. No caso em discussão refletia-se a presença de dificuldades em ultrapassar o relacionamento com o ex-namorado e a incapacidade de se organizar na vida diária sendo que muitas vezes chegava a usar talões como papel para escrever anotações importantes.

Ao contrário de outras perturbações do neurodesenvolvimento, o tratamento psicofarmacológico na PHDA é particularmente efetivo, com melhorias sintomáticas e funcionais evidentes, com os principais fármacos utilizados no seu tratamento (psicostimulantes, que incluem o metilfenidato e a lisdexanfetamina). Com base no caso clínico acima descrito e nos anteriores pode-se concluir que a medicação contribuía para uma melhoria significativa dos sintomas com

uma maior capacidade de concentração e melhor desempenho nas relações sociais sendo isto referenciado quer pelo próprio doente, quer pelos pais/ acompanhantes.

Outra patologia a ser discutida é a PEA, perturbação que corresponde a um dos possíveis diagnósticos diferenciais de PHDA e muitas vezes pode-se associar ao mesmo.

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) caracterizam-se por défices persistentes na comunicação e interação sociais em vários contextos, incluindo défices na reciprocidade social, comportamentos de comunicação não verbais usados na interação social e capacidades no desenvolvimento, manutenção e compreensão das relações²⁵. Uma grande parte destes doentes apresenta comorbidades relevantes (como perturbações afetivas), que se podem manifestar apenas durante a vida adulta, cursando por vezes com manifestações atípicas, constituindo um desafio diagnóstico²⁶. Em estudos epidemiológicos tem sido demonstrado que a prevalência das PEA na população adulta é semelhante à prevalência encontrada na infância²⁷ e que os adultos com perturbação do espectro do autismo apresentam dificuldades severas em termos de autonomia, vida independente e funcionamento psicossocial²⁸.

Alguns dos utentes com PEA, para além de acompanhamento psicológico individual, também se encontravam a realizar psicoterapia de grupo. No HML, à quarta-feira, semanalmente, tem sido desenvolvida uma psicoterapia de grupo, baseada no psicodrama, para jovens adultos com perturbação do espectro do autismo de alto funcionamento (nível 1)²⁹.

Foi possível também observar alguns doentes que se encontram a fazer terapia ocupacional com a Dr^a Patrícia Cruz, que também faz parte da equipa da consulta de neurodesenvolvimento.

As experiências terapêuticas grupais têm-se revelado úteis, como complemento à terapia individual, no fortalecimento das relações interpessoais e promoção de bem-estar, em pessoas com esta perturbação mental. Isto evidencia a importância do desenvolvimento de grupos de apoio e de contacto interpessoal nos casos com perturbações do Neurodesenvolvimento. Durante o estágio reparou-se que no caso de doentes com perturbações de desenvolvimento intelectuais ou PEA com baixa autonomia, os pais ou responsáveis associados recorriam a apoios de instituições como a APPACDM ou a associação Crianças Diferentes, o que era fundamental não só no apoio do doente como do próprio cuidador /família.

Consulta de Cessação Tabágica

Foi possível observar a realização de Consultas de Cessação Tabágica. No início o médico entrevistava o doente sobre antecedentes pessoais, psicossociais e medicação a tomar entre outros dados. De seguida realizava a história tabágica em que perguntava sobre elementos específicos como quando começou a fumar, se alguma vez conseguiu parar de fumar, as

motivações para começar a fumar. Para avaliação de possível adesão terapêutica realizavam-se os questionários de Fagerström e Richmond em anexo.

A abordagem realiza-se de acordo com uma adaptação do protocolo de cessação tabágica da Direção Geral da Saúde (DGS). Após análise dos antecedentes médico-cirúrgicos (incluindo exames como a espirometria) e dos antecedentes psiquiátricos (Pe. consumo de outras substâncias) avalia-se o padrão de consumo passado e atual do tabaco. A avaliação da dependência de nicotina é estimada pelo teste de Fagerström e a motivação para cessar é estimada pelo teste de Richmond (respetivas figuras em anexo – figura 2 e figura 3). Em termos de intervenção, esta consiste em abordagens psicoeducativas, em abordagens psicoterapêuticas (que oscilam entre técnicas da entrevista motivacional não diretivas, como a exploração da ambivalência, a técnicas comportamentais como técnicas de controlo de estímulo e dessensibilização), e abordagens psicofarmacológicas. Estas abordagens psicofarmacológicas incluem as terapêuticas substitutas de nicotina, os agonistas nicotínicos parciais (citisina e vareniclina) e antidepressivos com o bupropion.

No final eram definidas algumas propostas terapêuticas nomeadamente a prescrição farmacológica. Eram medidas em complemento com as medidas comportamentais indicadas pelo médico em que se dificultava o acesso ao maço de tabaco e promovia-se a reflexão sobre os benefícios de parar de fumar como os ganhos financeiros, melhor saúde e maior felicidade por parte dos familiares^{30 31}.

Consultas de Comportamento Alimentar

Umas das consultas realizadas no Hospital Magalhães Lemos é a consulta de perturbações do comportamento alimentar em que se destacam como principais patologias a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e a Perturbação de Binge Eating, entre outros casos. Consiste numa consulta de carácter individual desde 2019 sendo que para além de medidas farmacológicas e psicoterapêuticas existem disponíveis o encaminhamento para consulta de Psicologia e Nutrição.

Para avaliar suspeitas de distúrbios alimentares deve-se pesquisar pela presença de comportamentos de compensação como vômito e quantas vezes costuma fazer, que tipo de alimentos costuma comer e o padrão alimentar, duração dos sintomas, avaliar a perceção corporal que a pessoa tem e que possíveis fatores desencadeantes existem. Devem ser também pesquisados sintomas depressivos (desconcentração, desmotivação), sintomas associados a desregulação hormonal (amenorreia, infertilidade) e complicações associadas aos comportamentos como presença de hematémese. Com base na avaliação realizada na consulta pode-se definir a necessidade de fazer certos exames como ECG, ionograma, função renal, hemograma para pesquisar possíveis défices.

Foi possível ver dois exemplos de Perturbação de Binge Eating e a investigação de suspeita do mesmo.

Assim seguidamente se discutem as três principais perturbações de Comportamento Alimentar. A Anorexia Nervosa consiste numa perturbação caracterizada por valores de peso/ IMC reduzidos (15% do valor standard ou IMC menor que 17.5kg/m²) associados à restrição calórica, preocupação excessiva com aumento de peso e percepção exagerada do efeito do mesmo na sua autoestima. As doentes em questão tipicamente mostram dificuldades em reconhecer a severidade da perturbação em questão, podendo associar-se a outros sintomas como amenorreia. A população mais afetada costumam ser mulheres sendo que 40% corresponde a mulheres entre os 15 e os 19 anos. O profissional de saúde deve estar atento a fatores de mau prognóstico como início do quadro clínico antes da puberdade, presença de abuso de substâncias, duração prolongada entre outros até porque corresponde a uma das perturbações com uma taxa de mortalidade bastante elevada e pode associar-se a situações de suicídio (1/5 das mortes corresponde a esta causa).

É uma perturbação que pode associar-se a Binge-Eating que se baseia na presença de episódios com necessidade de consumo de grandes quantidades de alimentos sem outros critérios para se definir bulimia nervosa. Compreender a bulimia nervosa pode ajudar a definir a perturbação de Binge-Eating abordado nas consultas.

A Bulimia Nervosa define-se pela presença de características centrais como a preocupação com a alimentação com uma necessidade urgente e recorrente de ingerir grandes quantidades de comida associada a uma sensação de perda de controlo. Associa-se a adoção de medidas de controlo de peso como vómitos autoinduzidos e/ou uso de laxantes e a presença ideias sobrevalorizadas de peso e forma (semelhante à observada na anorexia nervosa). Existem duas características fundamentais a realçar na Bulimia Nervosa: primeiro definem-se como a presença de um episódio por semana em 3 meses e não em casos que cumpram critérios para anorexia nervosa e, segundo, que os doentes podem apresentar-se com um peso normal. Verifica-se uma prevalência de 1% em mulheres entre os 16 e 40 anos em sociedades ocidentais e é 10x menos provável de ocorrer em homens. Apresenta um melhor prognóstico dado que o doente pode desejar melhorar e dado o peso normal há menos risco de lidar com complicações de ingestão alimentar reduzida. O uso de estratégias como a terapia cognitiva comportamental e tratamento antidepressivo pode ajudar no alívio da mesma.

As consultas observadas foram mais à base de distinguir se existia ou não Binge-Eating e pesquisa de fatores de risco que pudessem existir. Contudo foi uma oportunidade para verificar algumas estratégias para ajudar a diferenciar e rever a teoria sobre estas perturbações ².

Reflexão sobre a vertente de Consulta Externa – Consulta de Psiquiatria Comunitária

Pode-se concluir que é uma vertente fundamental e complementar às áreas de abordagem a perturbações psiquiátricas urgentes e ao internamento, apresentando ferramentas especializadas para a abordagem e tratamento de perturbações específicas.

Foi possível observar que nas diferentes consultas o psiquiatra realizava consultas de Psiquiatra Geral. Nestas consultas o médico costuma abordar perturbações mais gerais como perturbações de ansiedade, perturbação depressiva bem como outros elementos como perturbação de comportamento alimentar, perturbação de personalidade, perturbações afetivas bipolares, entre outras. Embora o tempo do estágio tenha sido mais dedicado às consultas externas específicas acima mencionadas foi possível verificar acompanhamento e avaliação do suporte social e do estado clínico de pessoas que já são acompanhadas há mais de 10 anos no HML e que apresentam consultas regulares de Psiquiatria para verificar se mantêm adesão terapêutica e estabilização clínica.

Formação do Internato Médico de Psiquiatria

Todas as quintas-feiras às 9h da manhã há uma formação direcionada aos médicos internos a realizar formação no HML. À data da realização do estágio as sessões de formação decorriam no auditório do HML. Os temas a que pude assistir foram “Conversas de corpo e alma com afetividade pelo meio” e “Prevenção e Pósvenção do Suicídio”.

A formação é uma componente importante da atividade dos médicos dado que permite a integração teórico-clínica e com tempo dedicado à formação muitos dos temas que foram abordados nas consultas, assim como permite atualização contínua da literatura científica psiquiátrica. Em jeito de exemplo, na semana em que fui ao Serviço de Urgência da UMPP, um dos casos abordados foi uma suspeita de ideação suicida e após a palestra fiquei a compreender a importância de pesquisar e identificar cognições suicidas, elemento que foi abordado no capítulo do Serviço de Urgência.

Outras palestras podem contribuir para aprofundar a empatia e para informar sobre questões socioculturais. Na palestra de “Conversas sobre Corpo e Alma” foi possível ter o testemunho de elementos da comunidade que contribuíam para a Saúde Mental mesmo não sendo da área em si como elementos da área da religião, o que foi enriquecedor em termos pessoais e profissionais. Durante o estágio uma das formações previstas era sobre a Homoparentalidade na atualidade e tendo em conta as valências de Sexologia em Psiquiatria é mais uma competência teórica que foi transmitida durante a formação.

Discussão

Foi assim possível conhecer o que é a área da Psiquiatria Comunitária e o seu funcionamento bem como o perfil do que é uma pessoa que sofre de perturbação mental. Em suma, foi possível ter um contacto total com as várias áreas da Saúde Mental e Psiquiatria, sendo que adiante serão apresentadas perspetivas pessoais desta aprendizagem.

Sobre a abordagem ao doente com perturbação mental urgente foi possível compreender melhor o conceito do que é uma perturbação mental e em que condições deve ser invocada a Lei da Saúde Mental, permitindo ver todo o progresso de um doente que inicia o seu percurso na urgência psiquiátrica e progride no seu tratamento para o SII e posteriormente para o seu tratamento num serviço de internamento psiquiátrico. Uma das dificuldades com que me deparei foi o facto de não existir um protocolo bem definido e claro do que é o doente urgente sendo que muitas vezes se verifica que eram reencaminhados por triagem doentes não considerados urgentes, o que sobrelotava e dificultava a abordagem daqueles que eram realmente urgentes. Também foi possível compreender o desafio do psiquiatra nestas áreas sendo que verifiquei que devem comunicar para saber quando os doentes podem ser transferidos de uma área para outra, caso contrário há uma sobrelotação rápida numa das áreas.

Sobre o internamento tive um contacto mais próximo com o que é um doente internado e o seu progresso ao longo do tempo. Verificar como estavam no início e no fim foi valioso para demonstrar a importância da abordagem farmacológica e psicológica e do acompanhamento contínuo para poder contribuir para a qualidade de vida dos doentes em questão. Foi possível também aprender que o processo nem sempre é linear e por vezes existem recaídas e que o médico deve manter uma postura de avaliação contínua e promoção da continuidade do tratamento para concluir o tratamento com sucesso. Além disso foi possível conhecer o perfil de perturbações que costumam dar entrada no internamento sendo preponderante a presença de perturbações psicóticas muitas vezes associadas ao consumo de substâncias ilícitas bem como de outras como perturbações afetivas, de personalidade, perturbações de desenvolvimento intelectual entre outras.

Sobre a componente de visitas domiciliárias e reabilitação psicossocial foi possível compreender aquilo que é o momento após o internamento psiquiátrico e como é o quotidiano de uma pessoa com perturbação mental estabilizada. Considero a equipa domiciliária de Saúde Comunitária exemplar na forma como cuida das pessoas com este tipo de necessidade funcionando como a base de construção da rede de suporte que estas pessoas tanto precisam. Além disso, funcionam também como um impulsionador para que portadores de perturbações mentais consigam ser membros funcionantes da sociedade.

Sobre a Consulta Externa foi possível conhecer uma das áreas das quais tinha muito interesse, a área do Neurodesenvolvimento e compreender o perfil de pessoas com PHDA, PEA entre outras bem como conhecer algumas das estratégias de abordagem para Cessação Tabágica e de casos de Perturbação de Comportamento Alimentar que penso que podem ser úteis para o futuro.

Por fim foi possível conhecer as valências gerais de um médico psiquiatra e o papel que tem na interação com a Lei, a necessidade de realizar formações, as múltiplas reuniões que possuem e conhecer exemplos de como os vários médicos e profissionais de saúde lidam com o desafio que é o doente com perturbação mental.

Conclusão

O objetivo chave do trabalho era o de poder documentar a experiência pessoal de contactar e pesquisar sobre área da Saúde Mental e Psiquiatria, particularmente a área da Psiquiatria Comunitária. Foi possível conhecer o funcionamento de uma das especialidades da Medicina e a importância da legislação e do progresso que foi realizado para ajudar uma população tão importante como a população com perturbações mentais.

Foi possível conhecer como é a atividade de vários médicos psiquiatras nas diferentes valências, elemento que foi bastante enriquecedor para a formação enquanto futuro médico. Penso que seja importante uma maior sensibilização durante o curso para aquilo que é a área da Psiquiatria Comunitária e o seu funcionamento até pelo seu papel em conjugação quer com os Hospitais, quer com os Cuidados de Saúde Primários.

Foi uma experiência bastante significativa em termos pessoais no sentido em que demonstrou o quão carente pode ser a população com perturbações mentais e o quão significativas são as barreiras que necessitam ultrapassar para poderem obter os cuidados de que precisam. Além disso, as prevalências já são bastante elevadas pelo que cabe ao futuro profissional de saúde conhecer como lidar com o possível 1/5 da população em questão afetada por perturbações mentais.

A psiquiatria comunitária representa, mais que uma área da psiquiatria, uma abordagem multidisciplinar, de proximidade, preventiva e reabilitativa e centrada na pessoa. Considero que a realização do estágio se revelou uma maior valia pessoal e profissional.

Espero que o relatório possa servir de base para futuros trabalhos e como um modelo do que são as aprendizagens e experiências de um estudante de Medicina na área da Psiquiatria Comunitária.

Anexos

Figuras



Figura 1- Representação da Distribuição dos Cuidados de Saúde Mental da ACES – Porto Ocidental Fonte: Unidade Técnica para a Reorganização Administrativa do território

Perguntas		
Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	Após 6 – 30 minutos	2
	Após 31 – 60 minutos	1
	Após > 60 minutos	0
É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião, etc.)?	Sim	1
	Não	0
Qual o cigarro que teria mais dificuldade em não fumar?	O primeiro da manhã	1
	Outros	0
Quantos cigarros fuma por dia?	< = 10	0
	11 – 20	1
	21 – 30	2
	> 31	3
Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?	Sim	1
	Não	0
Fuma quando está doente e acamado?	Sim	1
	Não	0
A pontuação máxima é de 10. Os fumadores que obtenham uma pontuação de 6 ou mais podem considerar-se muito dependentes. Os que obtenham uma pontuação inferior a 6, pouco dependentes.		
Fonte: Adaptado de Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O., -The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire-, British Journal of Addiction, 1991; 86(9):1119-1127		

Figura 2 – Teste de Fagerström Fonte: DGS, Cessação Tabágica Programa-tipo de atuação da DGS; edição de abril de 2008

Nome..... Processo..... Telefone.....
Idade..... Habilitações Literárias..... Profissão.....

Teste de Richmond

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

Não..... (0)

Sim..... (1)

2. Tem realmente vontade de deixar de fumar?

Nenhuma..... (0)

Pouca..... (1)

Alguma..... (2)

Muita..... (3)

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

Não acredito..... (0)

Talvez..... (1)

Provavelmente..... (2)

De certeza..... (3)

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

Difícilmente..... (0)

Pode ser..... (1)

Provavelmente..... (2)

De certeza..... (3)

Total de Pontos.....

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

Figura 3 – Teste de Richmond Fonte: UPL-PS-CHUP

Gráficos

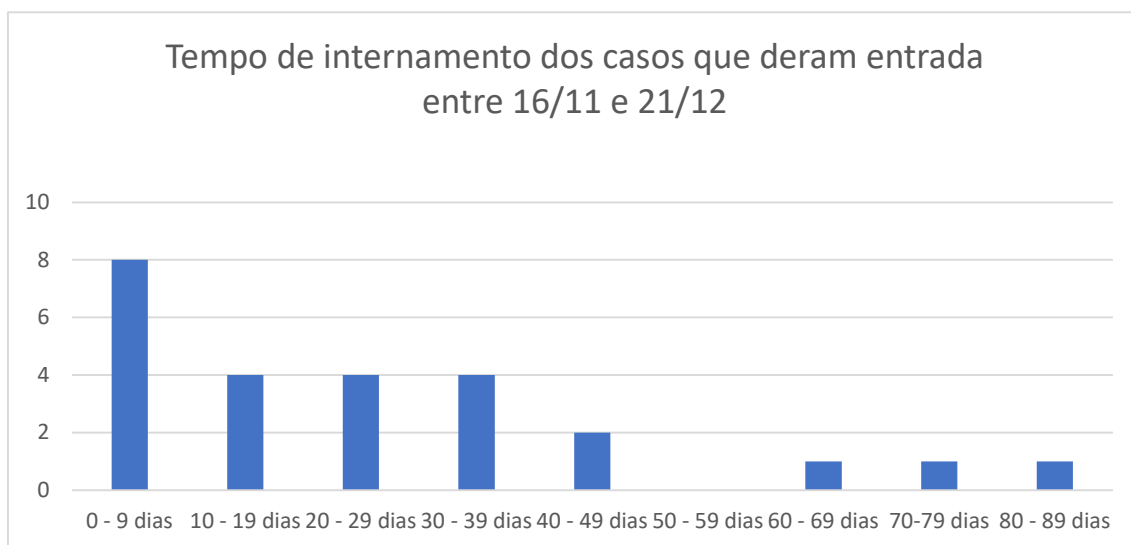


Gráfico 1: Tempo de Internamento dos Casos que deram entrada entre 16/11 e 21/12

Distribuição de acordo com o Sexo

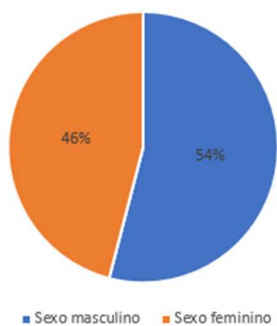


Gráfico 2: Distribuição dos doentes de acordo com o Sexo no Internamento

Distribuição de acordo com tipo de Internamento

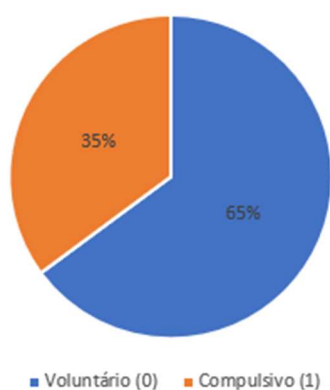


Gráfico 3: Distribuição de acordo com o tipo de Internamento

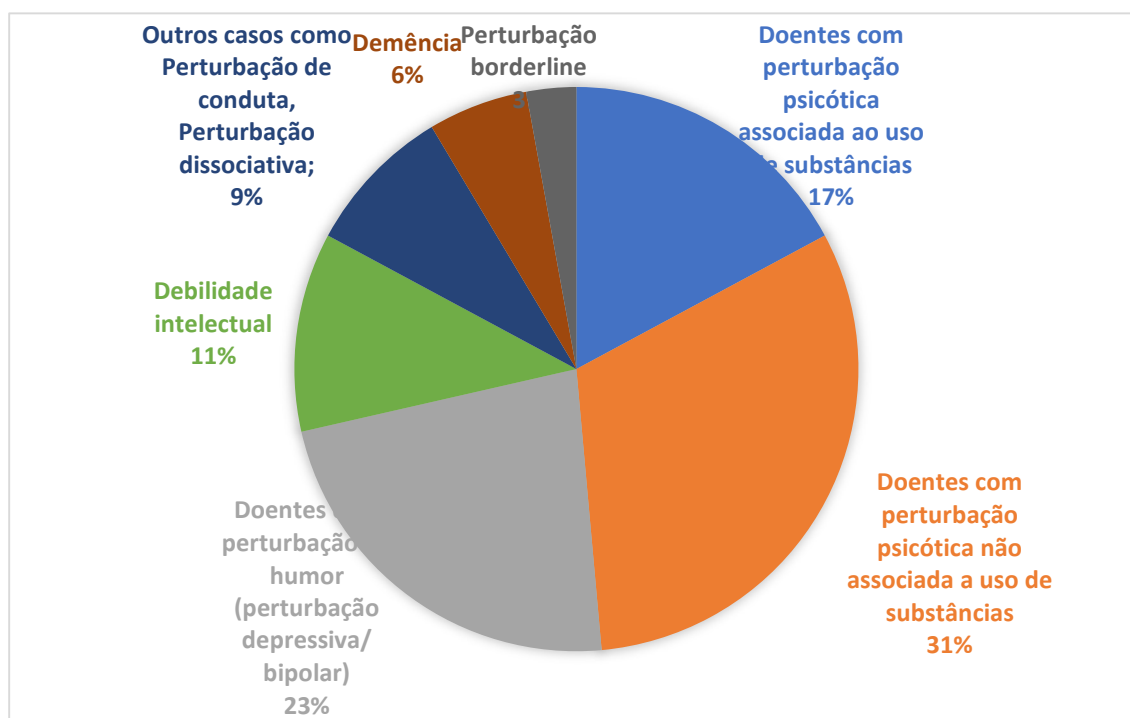


Gráfico 4: Distribuição de acordo com diagnóstico de Perturbação Mental no Internamento

Bibliografia

1. Caldas-de-almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1o relatório. [Portuguese psychiatric epidemiologic study – First report]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa
2. Harrison, P.J., Cowen, P., Burns, T. and Fazel, M. (2018). *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
3. Frias PPdC, M. Community psychiatry in Portugal: a critical review. Consortium Psychiatricum. 2020;1(1):49 - 59.
4. Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276–286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>
5. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
6. Shtasel, D., Viron, M., & Freudenreich, O. (2012). Community psychiatry: what should future psychiatrists learn? *Harvard Review of Psychiatry*, 20(6), 318–323. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.747799>
7. Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. *Lancet* 2007;370:807-8
8. Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 234–258. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
9. Peris, L., & Szerman, N. (2021). Partial Agonists and Dual Disorders: Focus on Dual Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 769623. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.769623>
10. Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., & Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet. Psychiatry*, 9(11), 922–928. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2)
11. Ryan, E. P., & Oquendo, M. A. (2020). Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 18(2), 88–99. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.2020001>

12. DGS (Direção-Geral de Saúde). (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017). Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/planonacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>
13. Ziegenbein, M., Anreis, C., Brüggem, B., Ohlmeier, M., & Kropp, S. (2006). Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment? BMC Health Services Research, 6, 150. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-150>
14. Dimitri, G., Giacco, D., Bauer, M., Bird, V. J., Greenberg, L., Lasalvia, A., Lorant, V., Moskalewicz, J., Nicaise, P., Pfennig, A., Ruggeri, M., Welbel, M., & Priebe, S. (2018). Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: Does their effect vary across countries? European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 48, 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.11.001>
15. Lee, S., Rothbard, A. B., & Noll, E. L. (2012). Length of inpatient stay of persons with serious mental illness: effects of hospital and regional characteristics. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 63(9), 889–895. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100412>
16. Sanghani, S. N., Petrides, G., & Kellner, C. H. (2018). Electroconvulsive therapy (ECT) in schizophrenia: a review of recent literature. Current Opinion in Psychiatry, 31(3), 213–222. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000418>
17. Trevino, K., McClintock, S. M., & Husain, M. M. (2010). A review of continuation electroconvulsive therapy: application, safety, and efficacy. The Journal of ECT, 26(3), 186–195. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3181efa1b2>
18. Sanghani, S. N., Petrides, G., & Kellner, C. H. (2018). Electroconvulsive therapy (ECT) in schizophrenia: a review of recent literature. Current Opinion in Psychiatry, 31(3), 213–222. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000418>
19. Trevino, K., McClintock, S. M., & Husain, M. M. (2010). A review of continuation electroconvulsive therapy: application, safety, and efficacy. The Journal of ECT, 26(3), 186–195. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3181efa1b2>
20. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
21. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. The Lancet Psychiatry [Internet]. 2017 Apr 1;4(4):339–46. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30376-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30376-5/abstract)
22. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. The Lancet [Internet]. 2016 Mar 19;387(10024):1240–50.

23. Bonvicini C, Faraone SV, Scassellati C. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of genetic, pharmacogenetic and biochemical studies. *Molecular Psychiatry* [Internet]. 2016 Jul;21(7):872–84
24. Mariani JJ, Levin FR. Treatment Strategies for Co-Occurring ADHD and Substance Use Disorders. *Am J Addict* [Internet]. 2007;16(Suppl 1):45–56
25. Lai M-C, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *The Lancet*. 2014 Mar 8;383(9920):896–910.
26. Ghaziuddin M, Zafar S. Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry*. 2008 Jan 1;5:9–12.
27. Brugha TS, McManus S, Bankart J, Scott F, Purdon S, Smith J, et al. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 May;68(5):459–65.
28. Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M. Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 212–29.
29. Salamanca, A. A. (2010). Psychotherapy treatment program in a group of adults with high-functioning autism spectrum disorder. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 38(2), 94–100.
30. Nunes E, Candeias A, Mendes B, et al. Cessação Tabágica – Programa tipo de actuação. 1ªed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/Gradiva; 2007.
31. Rigotti, N. A., Kruse, G. R., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2022). Treatment of Tobacco Smoking: A Review. *JAMA*, 327(6), 566–577.
<https://doi.org/10.1001/jama.2022.0395>

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

