

U.PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina**

**ESTÁGIO EM PSIQUIATRIA
NO HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS**

Ana Raquel Barradas Gonçalves

**Orientador
Dr. José Queirós**

**Co-Orientadora
Dr^a. Marieta Vaz Osório**

Porto 2011

ICBAS 004497



Introdução

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental constituem nas sociedades actuais uma das principais causas de incapacidade e morbilidade resultando num enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perda económica. Apesar destes dados estatísticos, continuam a existir percepções erróneas em relação à sua natureza.

Idealmente, na nossa formação como médicos devemos receber informação básica sobre epidemiologia, identificação e tratamento de todas as doenças, como tal, as perturbações mentais não poderão ser negligenciadas.

Devemos aprender a discutir informação com os pacientes e suas famílias e a negociar planos de tratamento de uma forma positiva e centrada no paciente motivando-o a autogerir-se posteriormente.

Portanto, e dada a relação inseparável entre mente e corpo, em qualquer especialidade são necessárias certas capacidades e competências para avaliar e referenciar pessoas com perturbações mentais de forma eficaz. Para isso, é essencial que todos os profissionais de saúde sejam adequadamente treinados e preparados nesse sentido.

Daqui surgiu o interesse pela realização deste estágio. O objectivo principal foi a aquisição de conhecimentos e competências na abordagem multidisciplinar da doença mental. Este objectivo seria conseguido através do acompanhamento das actividades desenvolvidas no serviço Póvoa, sob a tutela dos profissionais que nela trabalham especialmente da Dra. Manieta Vaz Osório.

Para além da formação pessoal e curricular enquanto estudante de medicina, foi ainda possível observar a um nível mais próximo, quer através da consulta externa efectuada no Hospital e em Vila do Conde, quer a nível do SII e do Internamento, o real papel da psiquiatria na actualidade.

O Hospital De Magalhães Lemos

Parece-me no imediato oportuno, fazer um breve enquadramento histórico do Hospital de Magalhães Lemos na medida em que foi nesta entidade de referência que decorreu o estágio curricular proposto.

- Em 1953 foi publicado o decreto - lei que autorizava o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte a instalar na cidade do Porto (freguesia de Apodar), um hospital psiquiátrico, Hospital de Magalhães Lemos.
- Em Outubro de 1962 é inaugurado oficialmente o primeiro edifício do hospital, onde fica instalado o dispensário do Centro de Saúde Mental do Porto, que integrava o atendimento de Urgência e o Hospital de Dia.
- No entanto, só em 1970, são internados os primeiros doentes, após um incêndio que deflagrou numa das enfermarias da "Secção Clínica do Centro de Assistência Psiquiátrica da zona Norte" que funcionava no hospital Conde de Ferreira.
- Em 1976, na sequência da intervenção do Estado no Hospital do Conde de Ferreira, integrado na rede hospitalar pública, o HML passa a designar-se Centro de saúde Mental ocidental do Porto.
- Em 1992 e resultante de publicação de novo decreto-lei, volta a ser considerado Hospital Central Especializado, com a designação original.
- Em 1998 culminando um longo processo negocial e por publicação de decreto-lei passa a assumir parte das funções assistenciais, até aí atribuídas ao HCF, tendo em vista a devolução deste último à gestão da Santa Casa da Misericórdia do Porto.
- Em 2009 passa a Entidade Publica Empresarial

Em conformidade com a áreas geo-demográficas que lhe estão atribuídas, de acordo com a actual Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental e o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, o Hospital abrange uma população estimada em 560.000 habitantes dos seguintes concelhos:

- Porto (excepto as freguesias de Bonfim, Paranhos e Campanha)
- Matosinhos
- Pova do Varzim/Vila do Conde
- Santo Tirso/Trofa

A articulação com os Centros de Saúde da área atrás mencionada encontra-se assegurada por protocolos de referenciação

O Hospital mantém ainda protocolos de psiquiatria de ligação com a ULS de Matosinhos e CHP para apoio da especialidade aos doentes das respectivas áreas assistenciais

Apesar da real possibilidade de contacto com o trabalho dos diferentes profissionais do HML, o predomínio da minha observação, foi no âmbito da área de actuação da Dra. Marieta Vaz Osório, psiquiatra do Serviço da Póvoa /Vila do Conde. e como tal no contactando próximo com as populações daquela área assistencial.

Serviço Póvoa / Vila do Conde

Os recursos humanos formam uma equipa multidisciplinar constituída por :

1. Médicos:

- Directora e Chefe do serviço: Dra. Soledade Varela
- Assistentes Graduados: Dr. Jorge Moniz Lopes, Dra. Marieta Vaz Osório, Dr. Paulo Horta Carreira, Dr. Júlio Brandão
- Internos complementares : Catarina Fonseca e Nuno Campeão

2. Serviço Social : Dra. Sofia Girão, Dra. Inês Barbosa

3. Uma psicóloga: Dra. Cristina Coelho

4. Equipa de enfermagem, chefiada pela Enfermeira Paula Teixeira e auxiliada por uma equipa de assistentes operacionais.

5. Assistentes administrativas; Manuela Moreira e Laura Duarte

O espaço físico reservado a este serviço, nomeadamente a sala de convívio, sala de reuniões, quartos e WC`s , bem como gabinetes médicos, tem boas condições para os efeitos pretendidos.

Síntese descritiva e analítica das principais actividades desenvolvidas durante o estágio:

- Participação em reuniões (científicas e de serviço);
- Observação de consultas de avaliação e intervenção psiquiátrica no SII, cumprimento de 12 h semanais de urgência.
- Observação de consultas de avaliação e intervenção psiquiátrica em doentes em regime de internamento e em regime de consulta externa no HML e CS Vila do Conde

Reuniões de serviço

Todas as 2^{as} feiras pelas 9.30 se realiza uma reunião geral do serviço que conta com a presença de toda a equipa técnica e é liderada pela Directora do serviço.

Nesta, é feita uma apresentação breve de todos os casos seguidos em regime de internamento. O principal objectivo prende-se com a discussão dos casos que, por diversos motivos, possam suscitar dúvidas ao técnico responsável, ou que este ache importante que o resto da equipa tome conhecimento, no sentido de eventual esclarecimento do diagnóstico ou da elaboração partilhada e diferenciada de um plano terapêutico particular.

É feita uma síntese da evolução dos doentes internados, é feito o planeamento das altas e distribuição das novas admissões para essa semana, havendo ainda espaço para a discussão e levantamento de questões relativas à organização e ao funcionamento do serviço.

Também às Terças-feiras pelas 14.30 decorre uma reunião científica, (aberta a toda a equipa técnica) na qual todos são convidados, em esquema rotativo a apresentar um tema, caso clínico ou artigo de revisão.

É aqui que decorre, também, a apresentação de trabalhos desenvolvidos pelos estagiários bem como a apresentação dos casos que os mesmos estão a acompanhar. Durante o meu estágio pude participar em duas dessas reuniões, na primeira foram apresentados um trabalho e a experiência clínica da utilização de um neurológico recente e na segunda, à apresentação de um caso de POC, por um interno complementar, sendo no final discutida a história clínica e as respectivas orientações clínicas.

Parece-me importante a preocupação da equipa em estabelecer um espaço de debate e partilha de conhecimento.

Considerando a experiência proporcionada por este estágio foi possível constatar que é comum ocorrerem conflitos em equipas compostas por profissionais com distintos graus académicos e/ou distintos domínios do saber, no entanto, os profissionais estavam atentos a algumas questões que parecem, na minha opinião, favorecer o trabalho em equipa, nomeadamente a atitudes reflexivas perante o trabalho, abertura à partilha do saber e vontade de aprender, flexibilidade e disposição para aceitar decisões em conjunto.

Internamento

Este serviço tem como finalidade assegurar os cuidados a doentes agudos, que por força da sua patologia necessitem de internamento. Para isso dispõe dos recursos (técnicos e equipamentos) que permitam uma assistência de qualidade e minimizando os riscos inerentes a este tipo de doentes. A continuidade dos cuidados pós-alta é assegurada no ambulatório, em articulação com os cuidados primários ou ainda nos cuidados domiciliários;

O Internamento é no pavilhão 1C, 1º andar com uma capacidade total de 22 doentes em regime misto.

Qualquer internamento é considerado uma experiência stressante ou uma situação de crise. A família sofre mudanças importantes e o medo, o sofrimento e as dúvidas estão habitualmente presentes. No caso particular do internamento em psiquiatria, além da dificuldade imposta pelo estigma do internamento num hospital psiquiátrico, há ainda muitas vezes a falta de compreensão e colaboração dos doentes internados consequência dos quadros patológicos em que se inserem.

Apesar disso, durante o estágio pude constatar que o contacto entre os diferentes profissionais, e entre estes e os doentes, é feita de uma forma surpreendente que consolida, na minha perspectiva, uma melhor adaptação do doente às condicionantes impostas por esta vivência particular. A peculiaridade do lidar com o doente psiquiátrico internado garantindo-lhe sempre o máximo de integridade e individualidade, mesmo quando o próprio não se apercebe disso... fez parecer simples, o que, mesmo para mim aluna de medicina, me parecia tão impossível... Reconheço

contudo a dificuldade acrescida para todos os técnicos que lidam com pessoas tão especiais.

Durante as visitas ao internamento, era feito um registo da observação no processo clínico permitindo a comunicação com os restantes profissionais e facilitando o planeamento de cuidados integrados e continuados.

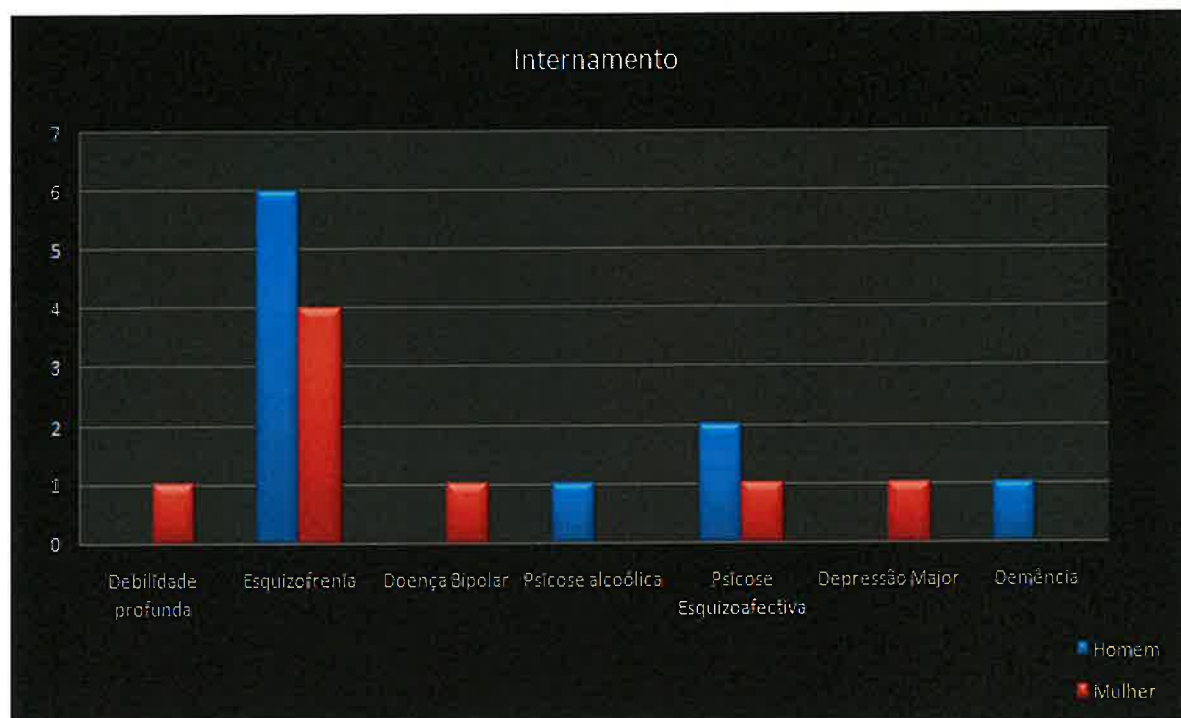


Gráfico I : Patologias observadas no Internamento no período de 22 Novembro a 3 Dezembro.

Uma vez que as visitas estão proibidas de entrar no espaço do internamento, o q concordo plenamente pois isso iria interferir com a privacidade dos doentes, considero um entrave à realização das mesmas, o facto de não existir um espaço físico adequado para o efeito. Particularmente no serviço Matosinhos apercebi-me q esta situação é ainda agravada pela separação física entre este espaço e o do internamento apenas por uma parede de vidro que permite visão dos dois lados...esta situação dificulta aos doentes e familiares as tentativas, sempre consideradas, de manter a privacidade de cada um.

Uma vez que não é possível haver uma sala para cada doente, talvez pelo menos o espaço que lhes é comum pudesse ser outro que não o local de atendimento de secretariado e melhorado no que concerne ao conforto e ambiente para estes e familiares.

Consulta externa

No 1º dia do estágio, após reunião do serviço, acompanhei a Dra. Marieta na Consulta Externa.. Este é o espaço onde se realizam consultas de triagem, primeiras consultas e subsequentes, em estreita colaboração com o departamento de Psicologia e Meios Complementares de Diagnóstico.

Durante o estágio foi-me permitido assistir às segundas e quartas - feiras à consulta realizada no pavilhão A do HML e às sextas - feiras no Centro de Saúde da Póvoa do Varzim, integrando a Brigada que semanalmente se desloca para esta localidade. Todas as consultas a que assisti foram consultas subsequentes.

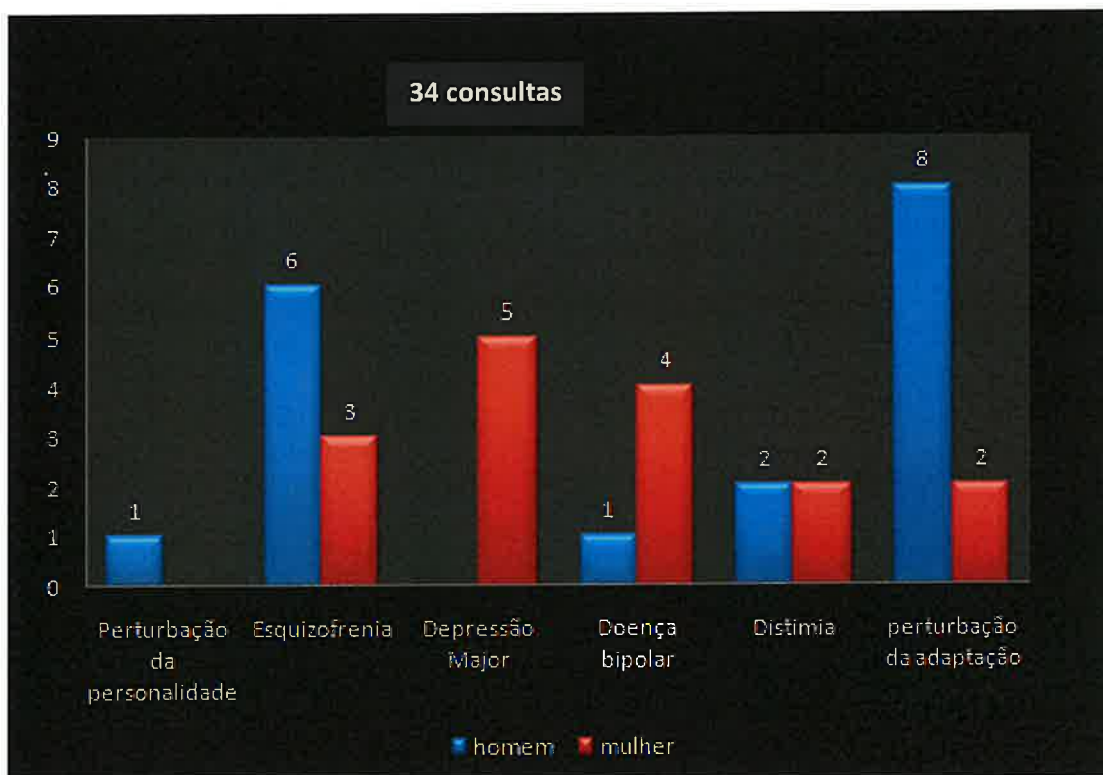


Gráfico II : Patologias observadas em consulta externa no período de 22 Novembro a 3 Dezembro.

Talvez por ser a primeira vez que “vi “ tão de perto uma real consulta de psiquiatria, apercebi-me que esse momento é na verdade bem diferente da apresentação de pacientes dirigida por um professor... A sensação de estar numa cena em que alguém era exibido para mim deixou de existir e o papel de “*secretário do alienado*,”

estenógrafo das suas palavras ou narrador das suas acções” (Sauvagnat, 2004) ficou ali também encerrado.

No fim do 1º dia de consulta tudo o que vi e ouvi parecia tratar-se de uma mesma entidade patológica! O doente entrava, sentava-se e, dado que a psiquiatra privilegiava o papel deste como condutor inicial do diálogo, falava... Devo confessar que numa primeira fase, não fosse esse o meu primeiro dia, me passou pelo pensamento: “ isto não é estar doente... toda a gente sente isto... ” caindo então eu própria no cepticismo e me afastando eu mesma de um dos objectivos a que me propus com este estágio – o de provar a todos, e pelos vistos a mim também, o papel real da psiquiatria como especialidade médica.

Com o tempo e em conversas muito enriquecedoras com a Dra Marieta percebi que as perturbações mentais e comportamentais não são apenas variações dentro da escala do «normal», mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afectivo não significa em si mesmo a presença de perturbação mental ou comportamental. Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida.

Serviço de Intervenção Intensiva

Até 1993, o Hospital contava nas suas estruturas com o Serviço de Urgência. Em consequência do decreto-lei 127/92, houve reorganização da Psiquiatria e a Urgência Psiquiátrica (1ª linha de Urgência) passou a funcionar primeiro no HGSA e actualmente no HSJ (atendimento durante as 24 horas), sendo então criado no HML a UCIP (2ª linha de urgência), com médico e equipa de enfermagem especializada permanentes, que se articula com os restantes serviços do Hospital e funcionalmente com a urgência metropolitana do Porto, e para onde serão referenciados os doentes que careçam de internamento e não possam ser encaminhados, de imediato, para as respectivas áreas assistenciais, hoje chamado de **SII**.

Esta é uma unidade especializada na avaliação e orientação de situações agudas que exigem níveis elevados de cuidados especializados, enviados dos vários hospitais ou qualquer Serviço do HML.

Gráfico III :

Diagnósticos em 24 h de SII



Tendo em conta a reduzida dimensão da amostra e o pouco tempo de estágio opto por falar apenas de algumas patologias que integraram a minha experiência

PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE

Traços da personalidade são padrões estáveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio que nos envolve e de nós mesmos. Quando estes são inflexíveis e desadaptaremos, causando incapacidade funcional significativa ou sofrimento subjectivo, estamos perante uma perturbação da personalidade. Para o seu diagnóstico é preciso uma avaliação dos padrões de funcionamento individual ao longo do tempo e verificar se há um padrão duradouro e estável numa variedade de situações pessoais e sociais, que se desvia marcadamente do esperado para esse indivíduo nessa cultura.

São perturbações crónicas, normalmente com a adolescência/ início idade adulta, cuja prevalência se estima entre os 10 e 20% da população geral .⁽²⁾

Consulta : *Rapaz de 29 anos seguido desde 2009 - altura em que começou a trabalhar, por constantes estados ansiosos que caracterizava como uma inquietação e preocupação, associadas a falta de concentração, insónia e hipersudorese. História de uma adolescência com isolamento social , insucesso escolar e relações interpessoais pobres. Numa primeira consulta não foi possível encontrar um factor causal dominante para esses estados, surgindo como primeiro diagnóstico o de uma Perturbação da Ansiedade Generalizada. No decorrer do seu seguimento tornou-se perceptível o surgimento desses estados particularmente em situações sociais , não se reduzindo com o tempo nem com o ganho de familiaridade com as pessoas e sempre associados a desconfiança sobre as intenções dos outros (processo clínico).*

Esta característica afasta-nos um pouco da Fobia Social, na qual esse estado se deve essencialmente a juízos negativos acerca de si próprio.

Neste caso, registou-se durante o seu seguimento , ideias de referência e receios paranóides e uma enorme inadequação e restrição dos afectos associada a capacidade reduzida para relações de proximidade

Estas características continuavam evidentes na consulta a que assisti. “ *já lido melhor com as pessoas, até trabalho em dois sítios, mais Mestrado ao sábado...mas tenho umas ideias de uns negócios só meus onde ninguém me possa atrapalhar*”...

Curiosamente, o doente era casado e com um filho bebé, mas, inquirido acerca da relação familiar previamente conhecida como conflituosa, respondeu : “ *não tenho tempo para eles...e ainda bem ...*” mostrou total desinteresse em estabelecer contactos íntimos revelando desconforto nas relações com os outros.

O seu diagnóstico foi o de uma Perturbação Esquizotípica da Personalidade. Esta é ligeiramente mais frequente em homens e ocorre em aproximadamente 3 a 5% da população geral ⁽³⁾. A sua evolução é relativamente estável, podendo uma pequena percentagem desenvolver alguma perturbação psicótica. Estes pacientes podem beneficiar de intervenção farmacológica e psicoterapêutica.

SII - Rapaz , 28 anos, levado à urgência por ingestão medicamentosa. Proprietário de um restaurante. Manteve uma relação homossexual nos últimos dois anos com um rapaz que conheceu na fase em que se prostituiu. Na urgência foi-lhe dito que é HIV(+). Foi naturalmente inquirido acerca da causa desta tentativa de suicídio, ao que respondeu: “*não sei porque o fiz...estava na cama e de repente levantei-me e comecei a beber uma garrafa de vinho, nem costumo beber álcool... a seguir peguei nuns comprimidos que tinha lá para os nervos e tomei - os todos...*”

Foi a segunda vez que teve esta atitude, na primeira fê-lo por abandono do companheiro, desta vez negou factor precipitante, contudo referiu ter terminado o relacionamento com o actual companheiro 4 dias atrás...

Dado estarmos a ver o doente pela primeira vez, pareceu tratar-se de um caso de perturbação da adaptação em indivíduo com traços histriónicos e sociopáticos da personalidade, contudo, colocou-se a hipótese de, num posterior seguimento longitudinal deste doente vir a provar-se que estes traços possam ser inflexíveis e desadaptativos, causando disfuncionalidade significativa, remetendo-nos assim para o campo das perturbações da personalidade.

Neste caso particular os traços da personalidade referidos evidenciaram-se pela sua postura apelativa, frieza afectiva e por um discurso impressionista e teatral ,com uma descrição dramática dos seus sintomas “*a minha vida é muito difícil*”, mas também pela sua impulsividade e desrespeito temerário pela segurança de si próprio e dos outros – não mostrou qualquer preocupação com a notícia de ser HIV+.

Tentou claramente “conquistar-nos” pelos seus encantos aparentes e tom sedutor, com palavra fácil : “ *o que é que a Dra. acha disto? A sua opinião é muito importante para mim...*”

A experiência clínica sugere que as pessoas com estas características tem um risco aumentado de ameaças e gestos suicidas para obter atenção e exercer coação sobre os que cuidam delas, neste sentido considero importante perceber os “ganhos “ que o doente tem ao valorizarmos a sua atitude, para evitar que esta se perpetue. Neste caso o ex-companheiro do rapaz já estava à porta do SII para o visitar...

Apesar disso a Dra. Marieta decidiu interna-lo pois considerou que ainda não tinha tido tempo para assimilar a notícia da sua condição HIV+.

ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é caracterizada por uma variedade psicopatologia que envolve a cognição, a emoção, a percepção e outros aspectos do comportamento. A sua expressão varia ao longo do tempo, mas o efeito é geralmente severo e duradouro.

Portugal acompanha a prevalência mundial, com cerca de 100000 doentes esquizofrénicos, correspondendo a 1% ⁽⁴⁾ da população portuguesa, apesar da severidade da doença apenas metade das pessoas que dela padecem recebem tratamento apropriado.

A esquizofrenia é igualmente prevalente em homens e mulheres, no entanto, os dois géneros diferem no início e curso da doença. O pico de idade de início é entre os 15 e os 25 anos nos homens (associados a pior prognóstico) e entre os 25 e os 35 nas mulheres. Cerca de 90% dos pacientes em tratamento para esquizofrenia tem entre os 15 e os 55 anos. ⁽⁴⁾

A taxa de mortalidade nestes doentes é mais alta do que na população geral, quer por acidentes quer por causas naturais. Cerca de 80% dos pacientes esquizofrénicos tem uma condição médica subjacente sendo metade sub ou não diagnosticada. ⁽⁴⁾

Há uma importante contribuição genética para a etiologia da esquizofrenia que explica em parte a diferente susceptibilidade para a doença. Acrescenta-se-lhe uma variedade de teorias explicativas nas áreas da Bioquímica, Neurologia, Imunologia, Endocrinologia e ainda teorias Psicanalíticas.

Os médicos devem estar preparados para o facto de esta ser uma patologia de diagnóstico inteiramente clínico, na ausência de características patognomónicas e ter sempre em linha de conta o nível educacional do paciente, habilidades intelectuais e o contexto sociocultural, para interpretação da sintomatologia.

Pacientes com esquizofrenia tipicamente exibem uma disfunção cognitiva, cujo declínio é considerado um melhor preditor prognóstico do que os próprios sintomas psicóticos.

Num típico mas não invariável quadro prodrómico, são predominantes os sintomas negativos, como a inversão do ciclo do sono, isolamento, perda de interesse por actividades anteriormente agradáveis, apatia, descuido com a higiene pessoal, ideias bizarras, dificuldades escolares e profissionais, entre outras. A validade da sintomatologia prodromica não está bem definida, no entanto reconhece-se que apesar do primeiro internamento psiquiátrico ser o marco do início da perturbação, esta poderá existir há meses ou anos. Familiares e amigos eventualmente notam se a pessoa alterou os seus hábitos ocupacionais, sociais e pessoais.

Um paciente com esquizofrenia pode apresentar-se completamente descontrolado, aos gritos e agitado, podendo tornar-se violento (habitualmente por actividade alucinatória).

No lado oposto, quando em estupor catatónico, os pacientes apresentam-se completamente apáticos, em mutismo, negativismo e obediência automática.

São comuns os sintomas afectivos que reduzem a resposta emocional como a anedonia, mas também as emoções exageradas e inapropriadas como extremos de raiva, felicidade e ansiedade.

Doentes que manifestam emoções exageradas, normalmente descrevem sinais de onipotência, poder religioso, e uma ansiedade incapacitante acerca da destruição do universo. Outros sentimentos poderão ser perplexidade, sensação de isolamento e depressão.

Internamento – *Rapaz , 24 anos, com esquizofrenia paranóide, internado por descompensação com surto psicótico dominado por actividade delirante persecutória e agitação psicomotora.*

Chamou-me especial atenção que apesar da doença tinha uma critica parcial para o seu comportamento e ` afectos conservados “ estou triste porque falei mal para a minha mãe” (sic)

Nesta patologia existe uma alteração da percepção registando-se habitualmente a presença de alucinações e dentro destas as auditivas sob a forma de vozes dialogantes que comentam os seus actos ou tecem comentários de natureza injuriosa ou ordenam (vozes de comando) .

SII – Mulher 53 anos ,muito chorosa e agitada, esquizofrenia paranóide diagnosticada aos 17 anos, já com várias tentativas de suicídio, quadro de alucinações auditivas em contexto de agudização da sua patologia : "as ideias de me matar não me saem da cabeça e eu n quero morrer...as vozes mandam-me atirar para baixo de um comboio" (sic)

Os delírios (carácter persecutório, religioso, de grandiosidade ou somatização) são o exemplo mais obvio da alteração do conteúdo do pensamento observada frequentemente nesta doença. As ideias filosóficas, cósmicas e de referencia predominam e pode haver uma perda da noção de onde a própria mente e corpo acabam, com a sensação que se prolongam e fundem com o que os rodeia (despersonalização) . Com este estado da mente chegam mesmo a ter dúvidas sobre o seu género ou orientação sexual.

Alterações da forma do pensamento (perda de capacidade associativa, desencadeamento, incoerência, neologismos, ecolalia, verborreia), bem como fuga de ideias, bloqueios do pensamento e atenção diminuída também são frequentes.

SII - Homem, 60 anos internado compulsivamente por psicose esquizofrénica paranóide, vinha vestido com roupa de mulher. Descompensação por abandono da medicação (Haloperidol Decanoato) e das consultas de psiquiatria, chegou ao SU com agitação psicomotora e alteração do comportamento. Regista-se uma deterioração aguda do seu estado de saúde colocando em perigo a sua integridade física e a de terceiros. O doente estava não colaborante, com olhar perplexo e em semi-mutismo. Sem crítica alguma para a sua doença e necessidade de tratamento.

Nestas situações pude perceber a aplicação da lei de saúde mental, ao permitir o seu internamento compulsivo, como forma a proteger o doente e o que o rodeia .

Há uma diminuída sensibilidade social e um controlo limitado do impulso nestes doentes.

Acredita-se que alguns actos de impulsividade, incluindo o suicídio e tentativas de homicídio são resposta a alucinações, não significando isso que um esquizofrénico cometerá um homicídio mais provavelmente do que uma pessoa da população geral.

Contudo, se estivermos perante um paciente não tratado, a violência é comum. Tratamentos emergentes, como a sedação imediata, podem ser necessários para impedir o comprometimento da sua integridade e da de terceiros. Casos há em que se impõe mesmo restrições e isolamento. No SII é frequente essa situação dada a frequência de quadros agudizados ou descompensados , a qual tive oportunidade de presenciar.

O suicídio, é a causa mais importante de morte prematura em esquizofrénicos, 20-50% relatam tentativas de suicídio e 10 a 13 % são consumados. Estes números contribuem para aumentar 20 vezes a taxa de suicídio na população geral.⁽⁴⁾

Baseando-se na apresentação clínica, o DSM-IV classifica a Esquizofrenia, em cinco subtipos : *paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada e residual*.

Durante o estágio contactei com o mais frequente: Tipo paranóide, cuja característica essencial é a presença de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas, num contexto de relativa preservação das funções cognitivas e do afecto. O seu início tende a ser mais tardio do que nos outros tipos o que talvez lhes permita um “alicerce” social mais forte que os ajuda do decurso e prognóstico da doença.

O curso típico da esquizofrenia é uma alternância de exacerbações e remissões. Após um primeiro surto psicótico o paciente recupera gradualmente podendo atingir um nível de funcionamento relativamente normal durante alguns anos, no entanto com frequência sofre recaídas , às quais se segue uma deterioração adicional ao nível funcional de base . Parar a medicação aumenta o risco de recaída em 5 vezes. No entanto estão relatadas taxas de remissão entre 10% e 60 %, estimando-se que 20 a 30 % sejam capazes de ter uma vida relativamente normal.⁽⁴⁾

Perante um quadro psicótico é obrigatório considerar no diagnóstico diferencial as psicoses induzidas por substâncias , estas surgem em associação com intoxicação ou estados de abstinência, podendo persistir durante semanas .

O abuso de substâncias é muito comum na esquizofrenia, com uma prevalência superior a 50 % para quase todas as drogas . No caso particular da *cannabis*, que vi com frequência, podem desenvolver-se rapidamente após o consumo de elevadas doses e o seu elevado nível de abuso aumenta 6 vezes o risco da doença.⁽⁴⁾

Uma história anterior de uma outra Perturbação Psicótica primária não invalida um diagnóstico de psicose por consumo de substancias e vice versa.

Apercebi-me desse frequente duplo diagnóstico quando no 6º dia do meu estágio acompanhei a Dra. Catarina (Interna complementar de Psiquiatria), ao serviço de Matosinhos .

Aí , vimos um jovem de 22 anos internado por um surto psicótico dominado por delírios persecutórios, actividade alucinatória auditiva muito evidente e maneirismos. O jovem teve um 1º surto em 2009 em contexto de consumo de cannabis , o que sugeriu na altura o diagnóstico de psicose por consumo de substancias. Foi medicado (risperidona oral) mas abandonou o tratamento, ao que se seguiu uma ligeira deterioração do comportamento , com perda de autonomia, iniciativa e isolamento social . Segundo a mãe : “ele praticamente me geria a estufa, agora não se interessa por nada” .

Apesar dos dados que apontam para a possibilidade de estarmos perante uma esquizofrenia, o doente, neste internamento estava a responder totalmente à medicação (alterada para Paliperidona, esperando-se menos efeitos laterais e melhor adesão) com remissão total da sintomatologia, alimentando-nos assim a dúvida entre estes dois diagnósticos separados ou sua coexistência .

Um surto psicótico requer atenção imediata, com o tratamento na fase aguda sendo importante e focado em aliviar os sintomas psicóticos mais severos com antipsicóticos e benzodiazepinas. A hospitalização está indicada para propósitos diagnósticos, estabilização da medicação e segurança dos pacientes com comportamentos grosseiramente desorganizados e inadequados .

Após um episódio agudo é importante prevenir recidivas e otimizar o nível de funcionamento através de intervenções psicológicas e sociais

É importante a educação do doente e família no sentido de uma melhor compreensão da doença e adesão ao tratamento. Para garantir a reabilitação e integração foram criadas estruturas de apoio como centros de convivência, oficinas, serviços residenciais terapêuticos, empregos apoiados e fóruns sócio-ocupacionais.

PERTURBAÇÃO DELIRANTE

A sua característica essencial é a presença de ideias delirantes de carácter não bizarro que persistam pelo menos um mês. Define-se aqui *bizarro* como o claramente implausível, não compreensível e não dedutível das experiencias vivenciais habituais. Pelo contrario, as ideias não bizarras envolvem situações que podem acontecer na

realidade. A resposta emocional à ideia delirante é apropriada e congruente com o conteúdo da mesma.

Personalidade, orientação, memória e processos cognitivos permanecem intactos ou minimamente afectados, no entanto, o funcionamento interpessoal e ocupacional pode em alguns pacientes parecer inalterado, e noutros haver alteração substancial conduzindo a isolamento social. É importante ressaltar que comportamentos de hipersensibilidade e hipervigilância surgem directamente das próprias crenças delirantes.

Outro aspecto muito interessante nas pessoas com perturbação delirante é a sua aparente normalidade de comportamento quando não estão a ser discutidas as ideias delirantes.

A temática delirante remete-nos para diferentes subtipos: Erotomania; Grandeza; Ciúme; Persecutório; Somático; Misto e o Não especificado. O tipo Persecutório é o mais comum no entanto, o caso que vi insere-se no Tipo Ciúme. Este aplica-se quando o tema central do delírio é a existência de um cônjuge ou amante infiel.

No 2º dia do estágio acompanhei a Dra. Marieta na sua tarefa de docente dos alunos do 4º ano de Medicina assistindo a uma entrevista clínica feita pela Dra. Soledade Varela.

Mulher, 60 anos, calma e muito colaborante, com personalidade do tipo histriónico e história de uma infância com dificuldades económicas “passei muita fome” e educação severa “o meu pai só nos deixava sair para trabalhar”.

Refere ser traída pelo marido desde a primeira semana do seu casamento há 40 anos... “de início foi uma desconfiança mas agora tenho a certeza”, alegando que continua a co-habitar com este por dependência económica. Garante que o marido recentemente levou a “amante” para dentro de casa e que este é visto pelas vizinhas que a avisam. Além disso afirma que os ouve a conversar durante a noite, mas responde negativamente quando lhe perguntam se já viu essa pessoa... Desenvolve esta ideia com pormenor e de forma lógica, mostrando alguma irritabilidade quando confrontada com a possibilidade de esta não ser real.

Não existe informação precisa sobre a prevalência desta perturbação, mas sabe-se que é relativamente rara (0.03%) e que contribui com 1% a 2% das admissões em internamento⁽⁵⁾. A idade de início tem um pico aos 40 anos.⁽⁶⁾ Há uma ligeira preponderância do sexo feminino, apesar disso variar conforme o subtipo, por exemplo o tipo Ciúme é mais frequente nos homens.

Nos pacientes com esta perturbação, não é rara a presença de história passada de abusos físicos e emocionais ou de educações cruéis e severas incentivadoras a personalidades ansiosas e com complexos de inferioridade.

A preocupação ou suspeita inicial do sujeito vai-se gradualmente elaborando, consumindo cada vez mais a atenção da pessoa até se tornar delirante.

Esta perturbação tende a ser resistente ao tratamento e a intervenção deve focar-se em reduzir o impacto da doença na vida do paciente e família. O sucesso no atingimento destes objectivos depende da relação de confiança que o clínico conseguir estabelecer com o doente, que nestes casos é particularmente difícil.

É importante não argumentar contra, nem a favor do delírio, ouvir o paciente, e nunca fingir que se acredita no seu conteúdo pois o clínico deve representar a realidade para o paciente - técnica confirmada pela atitude permanente da Dra Soledade.

Esta mulher estava internada para estudo, pois existem muitas substancias e condições medicas não psiquiátricas que causam delírios/ilusões.

PERTURBAÇÕES RELACIONADAS COM SUBSTANCIAS

Estas perturbações dividem-se em dois grandes grupos: perturbações pela utilização de substancias (dependência e abuso) e perturbações induzidas pelas substâncias (perturbação psicótica, demência e abstinência). Refiro-me a estas três, apesar da vasta lista da qual fazem parte, por terem sido as que tive contacto durante o estágio.

SII – Jovem , 27 anos com possível síndrome de abstinência por cessação de consumo de heroína há 2 dias , o rapaz apresentava-se com queixas de mal estar geral, agitado e irritado , mostrando a ânsia de readministrar esta ou outra substância que lhe reduzisse esses sintomas, entrou na sala já suplicando e tentando manipular a médica : “vim ao hospital porque me disseram que me davam alguma coisa” (sic). Cuidadosamente a Dra. Marieta tranquilizou-o e procedeu ao seu internamento para tratamento do síndrome de abstinência.

A característica essencial da Abstinência é o desenvolvimento de uma alteração comportamental desadaptativa, com concomitantes fisiológicos e cognitivos devido à cessação ou redução na utilização prolongada de uma substância (implica tolerância e indica dependência). A heroína é o opioide com maior abuso, 3 vezes mais frequente nos homens e com inicio normalmente por volta dos 20 anos. A sua procura

deve-se á sensação de bem-estar, excitação, euforia e prazer que produz, efeitos que duram entre 4 a 6 horas. A tolerância é desenvolvida rapidamente, levando ao aumento das quantidades consumidas para obtenção dos mesmos efeitos. Esta droga, especialmente quando pura, exige grandes encargos económicos, portanto, o seu consumo crónico poderá levar ao cometimento de actos criminosos para a obter , resultando em défices acentuados a nível social como desemprego, dificuldades interpessoais e desestruturação familiar.

No dia 8 do estágio, também no **SII** deparei-me com outra situação relativa a esta temática.

Mulher, 48 anos, residente na Holanda, com história de internamentos psiquiátricos sucessivos (não sabe especificar) , consumidora de haxixe, heroína e cocaína desde os 16 anos, referia não consumir há uma semana... apresentava-se calma e colaborante, mas bastante confusa, com um discurso desorganizado e marcados défices mnésicos : ...”tenho um filho que me foi buscar e acho q tenho mais três... n tenho a certeza... o meu companheiro sabe ...mas não sei o nome dele...”

Para esta doente pensou-se no possível diagnóstico de demência persistente induzida por substâncias, tanto pela história de consumo pesado de drogas, como pelos deficits mnésicos e postura pueril que apresentava (vinha directamente de um hospital da Holanda donde teria passado os últimos meses). Havia também efectuado uma TAC revelando atrofia da substancia branca.

Esta perturbação tem um inicio insidioso e uma progressão lenta, tipicamente durante um período onde o sujeito preenche os requisitos para um diagnóstico de Dependência de substâncias.

PERTURBAÇÕES DO HUMOR

As perturbações do humor são caracterizadas pela perda do controlo das variações normais do humor .

A patologia depressiva é um problema grave de saúde publica, a 4ª causa de morbilidade e perda de qualidade de vida, estimando-se que em 2020 seja a 2ª ⁽⁷⁾. Comporta custos elevadissimos sendo a maior parte perdas por absentismo laboral, diminuição da produtividade e ate morte prematura

Na **consulta** assisti a pelo menos 5 casos de perturbação depressiva major, mulheres com idades entre os 43 e 63 anos, todas com episódios recorrentes e enfatizando a comum “exposição” ao mesmo agente psicossocial stressor – problemas conjugais... Apesar dos aspectos comuns, parece-me oportuno salientar o seguinte caso :

Mulher, 43 anos a quem foi diagnosticada Artrite Reumatóide aos 32 anos. Esta comorbilidade desencadeia-lhe um quadro de dor crónica e múltiplas queixas somáticas limitativas das actividades da vida diária, levando-a a períodos depressivos e sentimentos de desesperança com consequentes tentativas de suicídio. Em 2005 esteve internada no HML com sintomatologia depressiva , após primeira tentativa de suicídio. Tem sido seguida nas consultas em Vila do Conde, das quais se registam constante dificuldade de resposta a acontecimentos stressantes e de relacionamento interpessoal associadas a sintomas depressivos.

Na consulta que assisti, vi uma mulher emagrecida, com ar cansado e fâcies muito entristecida e aflita. Vinha com o marido. Apesar de referir melhora desde a ultima consulta, envergonhada revelou que continuavam os problemas económicos e os conflitos conjugais : “oh...diz tu...tenho vergonha...pronto Dra., não satisfaço o meu marido , eu sei...”

Uma Perturbação Depressiva Major, segundo o DSM-IV, tem como característica essencial uma evolução clínica caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major, sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos. Um Episódio Depressivo Major é um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe humor deprimido ou perda de interesse em quase todas as actividades, associado a : alterações do apetite, peso e sono; diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou tomar decisões ; pensamentos recorrentes a propósito da morte , ideação, planos e tentativas suicidas .

Esta perturbação é muito comum, a sua incidência anual é de 1,59 % em amostras da comunidade , numa proporção de quase 2:1 (mulheres: homens). A taxa de suicídio associada pode ir até aos 15%. A perturbação distímica pode precede-la em 10% dos casos.⁽⁸⁾

O diagnóstico diferencial entre Perturbação sistémica e Perturbação depressiva Major é particularmente difícil, uma vez que ambas partilham sintomas e as diferenças entre o início , duração , persistência e a intensidade não são fáceis de avaliar retrospectivamente . Habitualmente, a Perturbação depressiva major consiste em episódios que se distinguem do funcionamento habitual da pessoa, enquanto a

perturbação distímica é caracterizada por sintomas crónicos, mas menos intensos, que tem estado presentes durante muitos anos.

Foi o caso de duas doentes que acompanhei no mesmo dia, ambas casadas, uma de 46 e outra de 49 anos , que andavam na consulta por sintomatologia depressiva e que se auto - descreviam como pessoas tristes, solitárias, sem interesses nem objectivos : *“ando sempre com dores de cabeça ...fui sempre assim desde nova...parece que não me enquadro em nada...” (sic)*

Apesar da mais baixa prevalência da Perturbação Bipolar (0,4 - 1,6% em amostras da comunidade)⁽⁹⁾ em consulta pude assistir a cinco casos com esse diagnóstico.

Assim, “contrariando” a igual prevalência entre géneros, vi quatro mulheres, com idades compreendidas entre os 38 e os 60 anos, duas das quais já tinham tentado o suicídio durante um episódio depressivo , mas todas com a doença compensada no momento.

5º caso: *Homem, 59 anos, barbeiro, que vive com o filho desde o divórcio em 1998 . História de múltiplos internamentos por episódios maníacos e alcoolismo. No mais recente foi levado à urgência pelo filho, este alertado por um agente do banco , segundo o qual, o pai queria levantar todo o dinheiro que estaria em seu nome (não era a primeira vez...) para a compra de uns terrenos na Régua (sua terra). Segundo o filho , o doente não dormia há dois dias, mas não se sentia cansado , alegava que tinha muita coisa para fazer , nomeadamente “cortar o cabelo a todas as pessoas da Régua” (sic). Chegou mesmo a ir lá, dizendo que toda a gente fazia fila para estar com ele . O seu humor era excessivo e alternado com períodos de irritabilidade, principalmente quando o impediram de levantar o dinheiro... (processo clínico)*

Estaríamos portanto perante um episódio maníaco por descompensação da sua Doença Bipolar. Um episódio maníaco é um período distinto (durando pelo menos uma semana), durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável. Esta alteração deve ainda ser acompanhada de alguns sintomas incluindo: aumentos de auto-estima e grandiosidade, necessidade de dormir diminuída, discurso rápido, fuga de ideias, distractibilidade, agitação psicomotora e desinibição sexual.

Este individuo tinha o diagnóstico de Perturbação Bipolar I, cuja característica essencial é a presença de um ou mais episódios maníacos, ou mistos (coexistência de sintomas depressivos e maníacos, todos os dias pelo menos durante uma semana) associados ou não a Episódios Depressivos Major.

Neste caso nunca houve registo de episódios depressivos e o seu primeiro episódio maníaco foi aos 34 anos quando foi a uma loja de roupa comprar todos os fatos da loja... altura em que se divorciou e em que surgiu o abuso do álcool que tem resultado em múltiplas hospitalizações e numa evolução mais desfavorável da doença.

Indivíduos com uma Perturbação do Humor, tem um risco aumentado de desenvolver outras perturbações como abuso ou dependência do álcool. Por outro lado, indivíduos com história de abuso de substâncias e perturbações da ansiedade comportam por si um maior risco de virem a desenvolver uma Perturbação do Humor.

Na consulta o doente referiu franca melhora depois do internamento, está a fazer um estabilizador do humor associado a um antipsicótico e parece em remissão pelo menos parcial da sintomatologia, visto mostrar ainda algumas ideias de grandeza residuais.

PERTURBAÇÃO DA ADAPTAÇÃO

É , em linhas gerais, uma resposta psicológica a um ou mais factores de *stress* identificáveis que resulta em sintomas emocionais ou comportamentais desajustados clinicamente significativos.

Este tipo de perturbação é muito comum - 12% dos sujeitos internados em hospitais gerais referenciados á psiquiatria, 10 – 30% dos sujeitos em consulta de ambatório e até 50 % em populações especiais sujeitas a um factor de stress específico⁽¹⁰⁾.

Em amostras clínicas de adultos, as mulheres recebem o diagnóstico com uma frequência dupla da dos homens, contudo, o contexto cultural do sujeito deve ser tomado em conta ao avaliar clinicamente a “adequabilidade” deste às ditas situações stressantes.

Na consulta 10 doentes foram assim diagnosticados, 8 do sexo feminino compreendendo idades entre os 47 e os 61 anos e dois do sexo masculino , ambos com 50 anos.

Por definição, a sintomatologia surge nos três meses seguintes ao inicio do(s) factor(es) stressante(s) e desaparece pelo menos nos seis meses seguintes á sua extinção, a menos que estejamos perante um factor desencadeante crónico e nesse caso também a perturbação poderá tornar-se crónica. Curiosamente, na amostra

observada, todos os casos do sexo feminino se referiam a situações crónicas, ao passo que os dois casos do sexo masculino se tratavam de situações agudas (persistência dos sintomas por períodos inferiores a seis meses).

Além da natureza do factor stressante e o significado individual que este tem para cada individuo, a vulnerabilidade preexistente de cada sujeito desempenha um papel importante no desencadear desta perturbação

O DSM-IV distingue seis subtipos, pelas manifestações clínicas predominantes, aquele com a qual tive oportunidade de contactar foi essencialmente o tipo Misto (humor depressivo e ansiedade).

Consulta: *Homem, 50 anos, fâcies muito triste, referiu recente isolamento social, perda de interesse nas actividades normais, insónia e um estado de ansiedade constante, reactivo a excesso de trabalho e resultando em incapacidade laboral “ não estou a aguentar aquilo, não consigo dar conta do recado...só de pensar que tenho que ir trabalhar, fico todo a transpirar Dra., nem me apetece sair de casa...” Foi evidente o seu nervosismo e preocupação com a sua situação económica e profissional.*

Mulher, 44 anos, acompanhada desde 2004 por quadro de ansiedade generalizado. Tentativa de suicídio aos 18 anos. Em 2008 verbalizou ideação suicida, altura em que também se registou uma diminuição do apetite, insónia e anedonia levando-a ao internamento. Discurso perfeitamente coerente durante toda a consulta mas mostrando-se muito nervosa, com tremor do queixo e voz trémula, mantinha humor depressivo e ansiedade reactiva a conflitos conjugais prolongados com “agravamento recente” Traços marcados de uma personalidade introvertida e fantástica. Já fez várias tentativas de parar a medicação mas sem resultados. “bem queria porque me causam aqueles problemas...mas não consigo”

Devemos estar atentos pelo risco aumentado de suicídio, abuso de substâncias e de somatização em indivíduos com esta perturbação. Na consulta foram frequentes as queixas de cefaleias , manifestação passada de ideação suicida e dois casos de tentativas de suicídio prévias.

Existe uma alta probabilidade deste tipo de perturbação persistir e progredir para outra perturbação mental mais grave. Isto remete-nos para a importância de uma avaliação longitudinal do doente e para a impossibilidade de, transversalmente, numa única consulta, fazer qualquer diagnóstico.

REFLEXÃO

Após o caminho percorrido, é inegável a importância desta experiência para a minha formação pessoal e profissional, que ao permitir o contacto directo com o verdadeiro trabalho de um psiquiatra, me fez confrontar a informação teórica abordada em anos anteriores com a realidade prática.

Confrontei-me com questões por um lado assustadoras e por outro muito desafiadoras. Refiro-me especialmente a algo que surgiu logo no primeiro dia de estágio. A dificuldade em lidar com o homólogo conseguindo manter a necessária distância que se impõe nesta profissão, a dificuldade em lidar com o heterólogo percebendo a sua credibilidade e aceitando a sua existência e finalmente mas não menos importante, o encerrar de um capítulo onde vivia estas situações com a ironia e o humor de uma turma, abrindo um novo, em que a seriedade e a responsabilidade serão as palavras de ordem.

O diagnóstico em psiquiatria é outro assunto bastante controverso, devemos admitir que nenhuma definição estabelece adequadamente limites precisos para um real conceito de perturbação mental e portanto, além da dificuldade de um diagnóstico imediato e da consequente necessidade de um acompanhamento longitudinal do doente, o facto de não haver dados analíticos, bioquímicos ou marcadores biológicos mensuráveis que permitam objectivar a patologia psiquiátrica, cria muitas vezes a descrença na psiquiatria.

O ser humano é muito mais do que um corpo físico ou o somatório de partes, pelo que o atendimento multidisciplinar é inquestionável. É no desafio a uma prática multidisciplinar que se coloca o papel do psiquiatra em contexto de saúde.

Nesta instituição vi como os profissionais tem que guiar a sua actuação por objectivos comuns, comunicar, partilhar e consolidar conhecimentos, salientando-se a preocupação demonstrada em investir na sua formação pessoal. o que para mim resultou numa boa orientação e apoio.

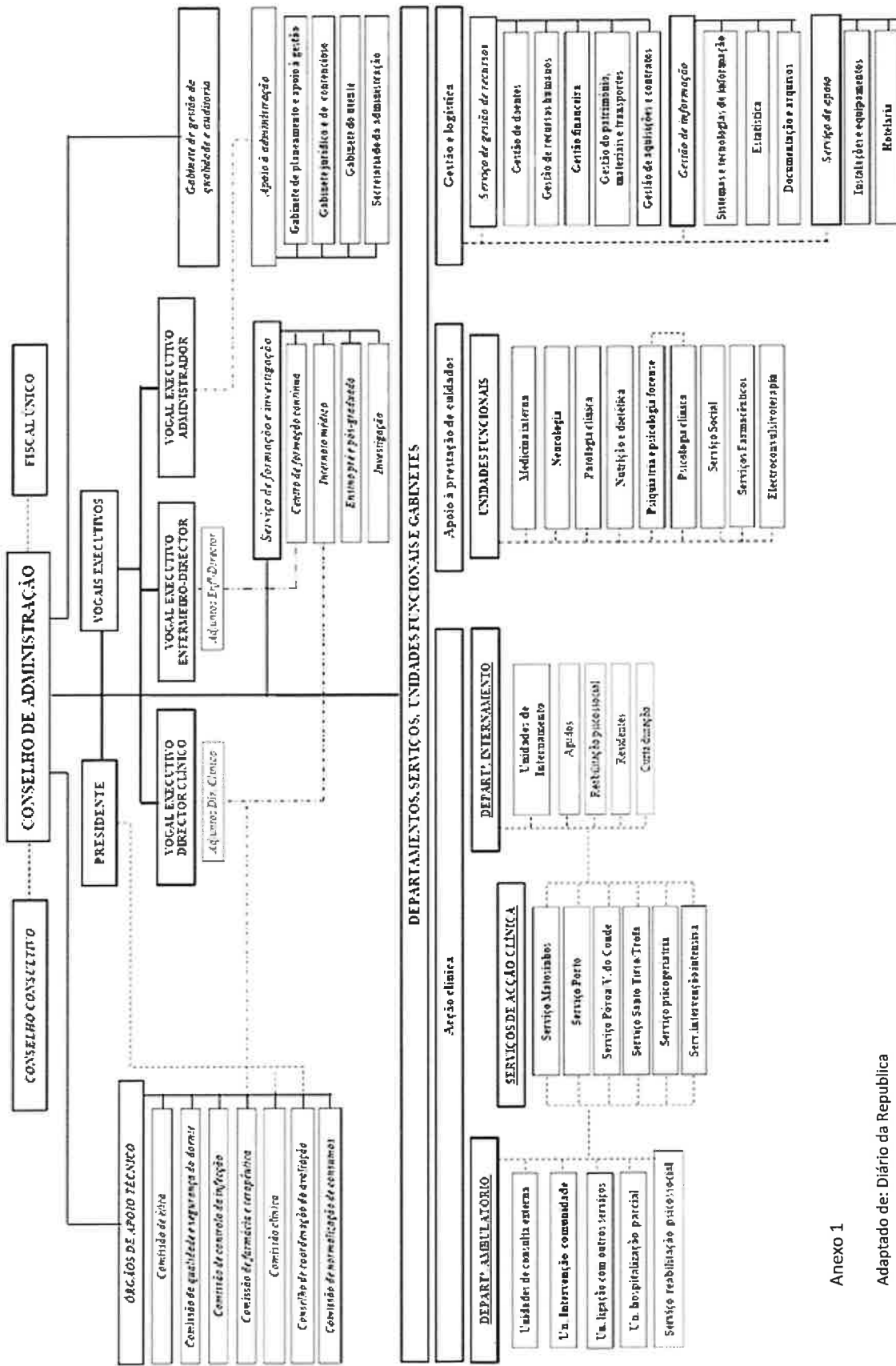
Considerando que as dificuldades poderão antes ser vistas como oportunidades de desenvolvimento, o estágio contribuiu muito nesta minha caminhada no sentido da evolução, crescimento e avanço.

BIBLIOGRAFIA - LISTA DE REFERÊNCIAS

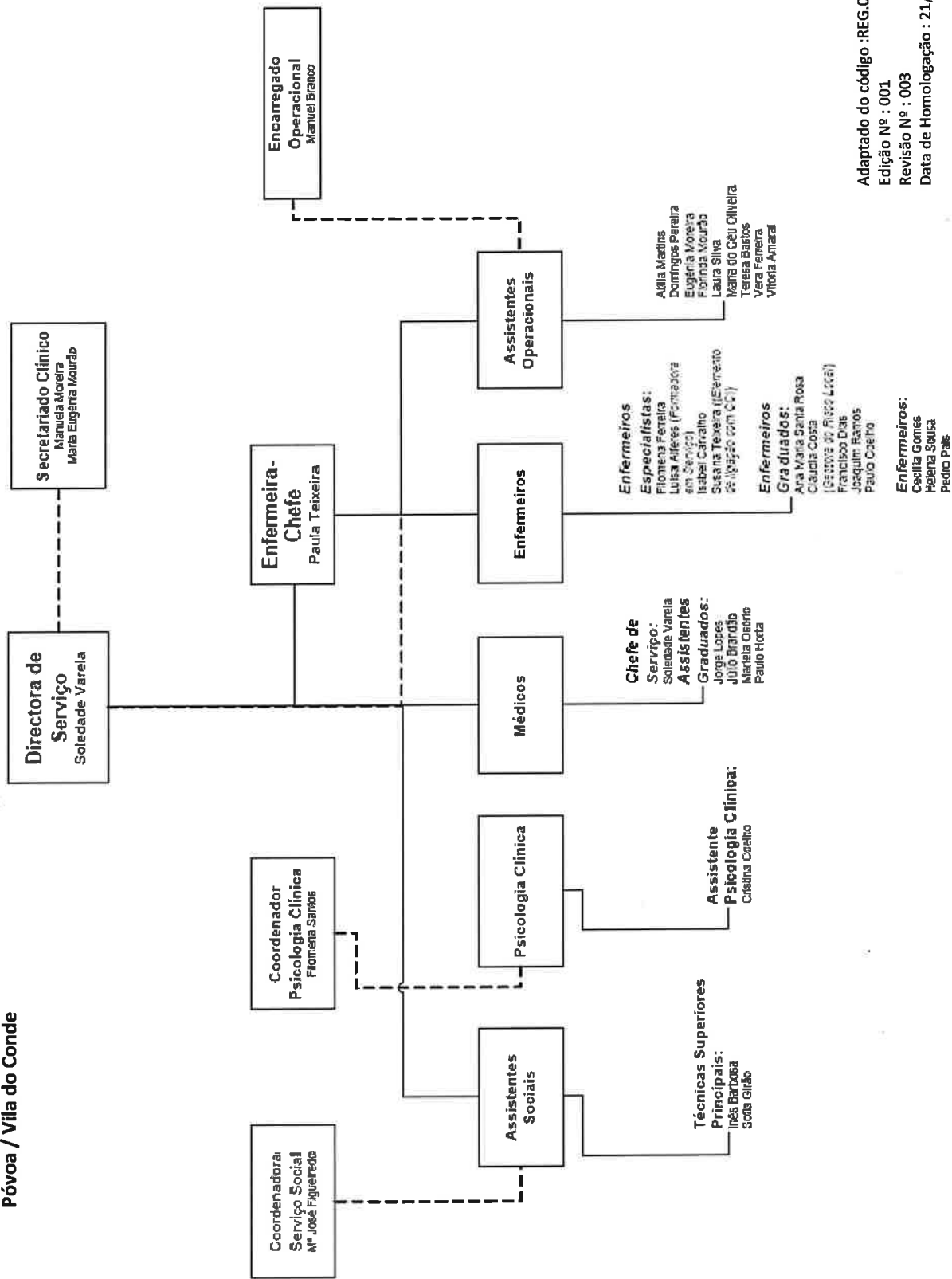
- ⁽¹⁾ Barahona, H.J., Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental I : O Homem Perturbado, 1998, Fundação Calouste Gulbenkian, p.120;
- ⁽²⁾ Sadock, B.J., Sadock, V.A., Personality Disorders, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 2007, Lippincott Williams & Wilkins, 10ª edição, p.791;
- ⁽³⁾ American Psychiatric Association, Perturbações da personalidade, DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2002, Climepsi Editores, 4ª edição, texto revisto, p. 699;
- ⁽⁴⁾ Sadock, B.J., Sadock, V.A., Schizophrenia, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 2007, Lippincott Williams & Wilkins, 10ª edição, p. 468-488;
- ⁽⁵⁾ Sadock, B.J., Sadock, V.A., Delusional disorder and Shared psychotic disorder, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 2007, Lippincott Williams & Wilkins, 10ª edição, p.505;
- ⁽⁶⁾ American Psychiatric Association, Esquizofrenia e outras Perturbações psicóticas, DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2002, Climepsi Editores, 4ª edição, texto revisto, p. 326;
- ⁽⁷⁾ Teixeira, J.M., Perturbações depressivas, Consensos Psiquiátricos: Manual Prático para Clínicos Gerais, VVE- editores, p.50,
- ⁽⁸⁾ Sadock, B.J., Sadock, V.A., Mood disorders, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 2007, Lippincott Williams & Wilkins, 10ª edição, p.528;
- ⁽⁹⁾ American Psychiatric Association, Perturbações do Humor, DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2002, Climepsi Editores, 4ª edição, texto revisto, p.365;
- ⁽¹⁰⁾ American Psychiatric Association, Perturbações da adaptação, DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2002, Climepsi Editores, 4ª edição, texto revisto, p.681;

ANEXOS

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, E.P.E. - ORGANOGRAMA 2010



Organograma do Serviço Póvoa / Vila do Conde



Adaptado do código :REG.001.PVC

Edição Nº : 001

Revisão Nº : 003

Data de Homologação : 21/05/2010

Anexo 3

Lista de abreviaturas:

CHP - Centro Hospitalar do Porto

CS – Centro de Saúde

DSM - IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV*

HGSA – Hospital Geral de Santo António

HIV – Virus da Imunodeficiência Humana

HML – Hospital de Magalhães Lemos

HSJ – Hospital de São João

POC – Perturbação Obsessivo - compulsiva

SII – Serviço de Intervenção Intensiva

SU – Serviço de Urgência

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Psiquiátrica

ULS - Unidade Local de Saúde

Resumo

O presente relatório procura contemplar as experiências de aprendizagem vivenciadas no âmbito do estágio do Mestrado Integrado em Medicina, que decorreu no Hospital De Magalhães Lemos, Serviço Póvoa, de 22 de Novembro a 3 de Dezembro, com a supervisão e co-orientação da Dra. Marieta Vaz Osório e orientação do Dr. José Queirós, ambos psiquiatras do quadro.

O relatório contempla : um breve enquadramento contextual da instituição e caracterização das entidades de acolhimento; uma síntese descritiva e analítica das principais actividades desenvolvidas, nomeadamente na vertente assistencial (consulta externa e internamento de agudos) e reuniões de serviço, e finalmente uma reflexão pessoal sobre as experiências vivenciadas e desenvolvimento de conhecimentos/ competências que mais contribuíram para a minha formação pessoal e prática profissional.

O estágio teve como principal objectivo aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos na área da psiquiatria, o que considero ter sido plenamente atingido.

Fui cordialmente recebida e apoiada em todos os passos do meu estágio. Este tempo permitiu-me concluir que o HML e em particular o serviço Póvoa funcionam de forma exemplar. E que a harmonização dos diferentes serviços desta instituição e da própria instituição com outros sectores de cuidados de saúde, nomeadamente Cuidados de Saúde Primários são fundamentais para uma gestão cada vez mais adequada destas patologias.

“Aquele que quer conhecer e descrever um ser vivo,

procura logo expurgar-lhe a alma,

acaba então por estar de posse das suas partes componentes,

pena é ,que lhes falte somente o espírito que as liga”

(Trecho do Fausto de Goethe)⁽¹⁾

Agradecimentos

A todos os profissionais do Hospital de Magalhães Lemos, em particular do serviço Póvoa/Vila do Conde;

Ao meu Orientador Dr José Queirós pela disponibilidade sempre prestada;

À minha supervisora e co-orientadora Dra. Marieta Osório pela atenção e apoio desde o início.

Obrigada a todos por me terem ajudado a crescer nesta fase da minha formação!

Índice

• Resumo.....	I
• Agradecimentos.....	II
• Introdução.....	1
• O Hospital de Magalhães Lemos.....	2
• Serviço Póvoa / Vila do Conde.....	3
• Síntese descritiva e analítica das principais actividades desenvolvidas.....	4
○ Reuniões de serviço.....	4
○ Internamento.....	5
○ Consulta externa.....	7
○ Serviço de Intervenção Intensiva.....	9
• Patologias observadas.....	10
• Reflexão.....	25
• Bibliografia/Referências.....	26
• Anexos.....	27

