

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Psiquiatria Forense em Cenário de Mudança: estágio numa unidade de internamento

António Maria Simões Baptista

M

2022



Psiquiatria Forense em Cenário de Mudança: estágio numa unidade de internamento

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

António Maria Simões Baptista

Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar – Universidade do Porto
Endereço eletrónico: am.simoesebaptista@gmail.com

Orientadora: Professora Doutora Maria Alice Soares Lopes
Diretora do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Universitário do
Porto.
Psiquiatra de Ligação da Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde.
Professora Catedrática convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar –
Universidade do Porto

Coorientador: Mestre João Luís Sarmento de Freitas
Diretor do Serviço de Psiquiatria Forense da unidade orgânica Hospital Magalhães Lemos, do
Centro Hospitalar e Universitário de Santo António.
Consultor de Psiquiatria; Assistente Hospitalar Graduado Sénior; Subespecialista em
Psiquiatria Forense pela Ordem dos Médicos.
Professor Externo do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Porto, Maio de 2024

Psiquiatria Forense em Cenário de Mudança: estágio numa unidade de internamento

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

ASSINATURA DA ESTUDANTE

Autónio Baptista

ASSINATURA DA ORIENTADORA

Assinado por: **MARIA ALICE SOARES LOPES**
Num. de Identificação: 03175877
Data: 2024.06.03 09:47:35+01'00'

ASSINATURA DO COORIENTADOR

Assinado por: **JOÃO LUÍS SARMENTO
DE FREITAS**
Num. de Identificação: 06690104
Data: 2024.06.02 23:30:48+01'00'



Porto, Maio de 2024

Agradecimentos

Ao Dr. João Freitas e à Dr.^a Alice Lopes, expresso o meu profundo agradecimento pela constante disponibilidade e pelos valiosos ensinamentos.

À equipa da Unidade de Psiquiatria Forense, agradeço por me incluírem em todas as atividades e possibilitarem a concretização deste estágio.

À minha família e amigos, agradeço do fundo do coração o incentivo e apoio incondicional ao longo do meu trajeto académico e profissional.

Resumo

No contexto da Unidade Curricular de Dissertação/Projeto/Estágio, inserida no 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, concretizei um estágio clínico na unidade de internamento da psiquiatria forense da unidade orgânica hospital Magalhães Lemos, pertencente à Unidade Local de Saúde de Santo António. O estágio englobou 82 horas de contacto com as atividades do serviço.

Atualmente, a psiquiatria forense desempenha um papel crucial no contexto médico e psiquiátrico, sendo fundamental para a compreensão e abordagem de questões complexas relacionadas com a psiquiatria e o direito. Esta área destaca-se pela sua capacidade de avaliar e intervir em situações em que a saúde mental e o comportamento humano se intersectam com o sistema judicial. A psiquiatria forense desempenha também um papel vital na identificação de distúrbios mentais que possam determinar o eventual comportamento criminoso, contribuindo assim para decisões judiciais mais justas e informadas, e medidas preventivas importantes. Sendo uma área que, para além de ter um papel importante dentro do meu espectro de interesses profissionais, tem uma importância substancial a nível clínico e judicial.

A partir da observação no serviço de psiquiatria forense do Hospital Magalhães Lemos, o objetivo geral é compreender e apreender as condutas clínicas num serviço de internamento de inimputáveis, compreendendo o impacto do Decreto de lei 70/2019 (DL70/2019). Os objetivos específicos incluem: observar e descrever as práticas atuais de abordagem e tratamento de doentes inimputáveis em âmbito hospitalar, mas também aperceber-se do âmbito da atuação da psiquiatria forense no panorama pericial; captar perspectivas práticas sobre as mudanças implementadas pelo Decreto; Avaliar a eficácia das práticas observadas na promoção da reabilitação e reinserção dos doentes inimputáveis no meio social.

Abstract

In the context of the Dissertation/Project/Internship Curricular Unit, part of the 6th year of the Integrated Master's Degree in Medicine at the Abel Salazar Biomedical Sciences Institute, I carried out a clinical internship in the forensic psychiatry inpatient unit of the Magalhães Lemos hospital, that belongs to the Unidade Local de Saúde de Santo António. The internship involved 82 hours of contact with the service's activities.

Currently, forensic psychiatry plays a crucial role in the medical and psychiatric context, and is fundamental to understanding and addressing complex issues related to psychiatry and the law. This area stands out for its ability to assess and intervene in situations where mental health and human behavior intersect with the judicial system. Forensic psychiatry also plays a vital role in identifying mental disorders that may determine possible criminal behavior, thus contributing to fairer and more informed judicial decisions and important preventive measures. As well as playing an important role within my spectrum of professional interests, this area is also of substantial importance at a clinical and judicial level.

Based on the observation of the forensic psychiatry service at Magalhães Lemos Hospital, the general objective is to understand and apprehend the clinical behaviors in an inpatient service for drug addicts, understanding the impact of Decree Law 70/2019 (DL70/2019). The specific objectives include:

observing and describing the current practices of approaching and treating incapacitated patients in hospital, but also understanding the scope of action of forensic psychiatry in the expert panorama; to capture practical perspectives on the changes implemented by the Decree; to evaluate the effectiveness of the practices observed in promoting the rehabilitation and reintegration of drug addicts into society.

Lista de Abreviaturas

AVD - Atividades de vida diárias

DL70/2019 - Decreto-lei nº 70/2019

DGRSP - Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

MA - Maior acompanhado

MSI - Medidas de Segurança e Internamento

PTR - Plano Terapêutico e de Reabilitação

UCMLP - Unidade Clínica Médico-Legal Psiquiátrica

ULS - Unidade local de saúde

UIPF - Unidade de internamento de Psiquiatria Forense

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Lista de Abreviaturas.....	iv
Índice.....	v
Lista de tabelas.....	vi
Lista de figuras.....	vii
Introdução.....	1
1 – Enquadramento teórico.....	2
1.1 – Contexto histórico.....	2
1.2 – Decreto de lei 2019/70.....	4
1.3 – Hospital Magalhães Lemos.....	5
1.3.1 – Unidade Funcional de Psiquiatria e Psicologia Forense.....	5
1.3.1.1 – Unidade de internamento.....	5
1.3.1.2 – Unidade médico-legal.....	7
2 – O estágio.....	7
2.1 – Objectivos.....	7
2.2 – Método.....	7
2.3 – Atividades realizadas.....	8
2.3.1 – Unidade de Internamento.....	8
2.3.1.1 – Reuniões de serviço	10
2.3.1.2 – Conselho técnico.....	10
2.3.1.2 – Conselho de unidade.....	11
2.3.2 – Unidade Médico-legal.....	11
2.4 – Discussão.....	12
2.5 – Conclusões.....	14
Referências bibliográficas.....	15
Anexos.....	16

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição Etária Dos doentes internados na UIPF

Tabela 2 - Distribuição das patologias dos doentes internados na UIPF

Lista de Figuras

Figura 1 — Adaptação Portuguesa da Bateria de avaliação frontal

Figura 2 — Adaptação Portuguesa do Mini mental state evaluation

Figura 3 — Índice de Barthel

Figura 4 — Northwick Park Index

Introdução

Este relatório foi elaborado no contexto da Unidade Curricular (UC) Dissertação/ Projeto/ Estágio – M601 (DPE) do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) do ICBAS da Universidade do Porto (UP). Conforme as Normas Gerais da UC, conforme estipulado nos artigos 8º a 13º do Regulamento Geral de Ciclos de Estudo Integrado de Mestrado da UP (Despacho Reitoral nº GR. 06/02/2018), este estágio teve uma duração de 82 horas de contacto, ocorrendo entre 23 de dezembro de 2023 e 30 de Abril de 2024.

Conforme estabelecido, o estágio teve um carácter observacional, sendo intercalado devido aos requisitos horários do 6º ano do MIM. A orientação deste estágio ficou a cargo da Prof.ª Dr.ª Maria Alice Soares Lopes e do co-orientador Dr. João Luis Sarmento de Freitas. A supervisão clínica foi assegurada por diversos profissionais do serviço, sempre aderindo às normas de prática médica adequada, com particular atenção ao respeito pelos doentes e ao seu direito de consentir ou recusar a presença de estudantes, o que é crucial em áreas delicadas como a saúde mental e a psiquiatria, onde se abordam frequentemente temas frágeis e questões da intimidade psicológica dos doentes.

O presente relatório tem como base um estágio realizado no serviço de psiquiatria forense do Hospital Magalhães-Lemos, com enfoque na sua UIFP e nos seus doentes (imputáveis e inimputáveis). A inimputabilidade, no contexto da psiquiatria forense, de acordo com o artigo 20º do Código de Execução de Penas, refere-se à condição de indivíduos que, no momento da prática de um ato ilícito, não possuíam a capacidade de compreender a natureza ilícita de suas ações, devido a uma perturbação mental. Este conceito é crucial para a intersecção entre o direito e a psiquiatria, pois determina a extensão da responsabilidade legal de um indivíduo e fundamenta a necessidade de um tratamento especializado ao invés de uma abordagem puramente prisional.

O tratamento adequado dos doentes inimputáveis é uma necessidade ética e clínica que reflete não só a preocupação com a dignidade humana e os direitos fundamentais dos doentes, mas também uma estratégia pragmática que visa a segurança pública e a reintegração desses indivíduos na sociedade. A relevância de estabelecer práticas de cuidado apropriadas para esta população específica é amplamente reconhecida e foi recentemente reiterada e regulamentada pelo DL70/2019. Este decreto reitera, com as adaptações necessárias, o que já estava previamente estipulado no Capítulo III do artigo 122º do Código de Execução de Penas, que as medidas privativas de liberdade aplicadas aos inimputáveis devem ser executadas preferencialmente em unidades de saúde mental não prisionais. Este enquadramento legal sublinha a transição de uma perspectiva punitiva para uma abordagem mais humanizada e terapêutica, enfatizando a reabilitação e a reintegração social dos internados.

O estágio em questão proporcionou uma observação direta de como tais diretrizes são implementadas na prática, oferecendo uma visão detalhada das dinâmicas internas de uma unidade

de psiquiatria forense, dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental e da interação destes com os doentes inimputáveis. Além disso, a experiência permitiu uma reflexão sobre as complexidades associadas ao equilíbrio entre cuidado clínico e requisitos legais, uma dualidade sempre presente no tratamento de indivíduos com condições psiquiátricas forenses.

Este relatório visa, portanto, descrever e analisar as observações realizadas, relacionando-as com os conhecimentos teóricos adquiridos durante o mestrado integrado em medicina e as normativas legais em vigor, em particular as estipulações do DL70/2019. Ao fazê-lo, busca contribuir para uma compreensão mais ampla e aprofundada sobre a importância de práticas especializadas e humanizadas no contexto da psiquiatria forense e na gestão da inimputabilidade.

1 – Enquadramento teórico

1.1 – Contexto Histórico

A psiquiatria forense em Portugal evoluiu significativamente desde o final do século XIX até os dias atuais, marcada por figuras pioneiras e mudanças significativas na legislação e práticas médico-legais. Inicialmente, durante a transição do século XIX para o XX, a introdução e o desenvolvimento da psiquiatria forense foram profundamente influenciados por Júlio de Matos, que defendeu a singularidade do contexto português frente às práticas europeias de então¹. Este período foi marcado por uma tentativa de alinhar as práticas nacionais com os avanços científicos internacionais, mas também por uma notável originalidade nas abordagens adotadas em Portugal.

A partir daí, a legislação começou a abordar mais diretamente a questão dos criminosos com anomalias psíquicas, estabelecendo medidas específicas para o tratamento e custódia desses indivíduos². Este enfoque legislativo refletia uma crescente preocupação com a segurança pública e a necessidade de um tratamento diferenciado para indivíduos considerados inimputáveis por razões de saúde mental.

No decorrer do século XX, a formação em psiquiatria forense começou a ganhar contornos mais definidos, com a implementação de programas de formação especializados que visavam a capacitar profissionais para lidar com as complexidades desta interseção entre direito e psiquiatria³. Este movimento culminou com a consolidação de uma comunidade médico-legal bem instruída, capaz de realizar avaliações forenses com maior precisão e embasamento científico e com recursos e infraestruturas adequadas para o efeito, servindo como exemplo, a inauguração do Hospital Magalhães Lemos, em 1962.

Algumas das principais alterações na legislação portuguesa relativamente à gestão e tratamento de doentes psiquiátricos no século XX que acabam por ser um reflexo palpável desta nova narrativa.

- Lei n.º 2006 de 1945 - Primeira grande reforma da assistência psiquiátrica.

Principais Alterações: Introdução de uma abordagem profilática e higienista com a criação de Centros de Assistência Psiquiátrica, Dispensários de Higiene Mental e Asilos. Dividiu o país em três zonas de assistência psiquiátrica (Norte, Centro e Sul) e começou a criação de estruturas que iriam surgir nas décadas seguintes.

- Decreto-Lei n.º 41759 de 1958 - Criação do Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP).

Principais Alterações: Enquadramento dos estabelecimentos e serviços oficiais, com ações profiláticas, terapêuticas e pedagógicas no domínio das doenças e anomalias mentais.

- Lei n.º 2118 de 1963 - Influenciada pelo Mental Health Act promulgado por Kennedy.

Principais Alterações: Introdução da sectorização dos serviços psiquiátricos e criação de Centros de Saúde Mental, com o objetivo de "desinstitucionalizar" a psiquiatria e levá-la às comunidades, reduzindo o protagonismo dos hospitais psiquiátricos.

- Decreto-Lei n.º 413 de 1971 - Aproximação da política de saúde mental portuguesa às correntes europeias.

Principais Alterações: Articulação dos Serviços de Saúde Mental com outros Serviços de Saúde (Psiquiatria de Ligação) e integração na Direção Geral de Saúde. Definição de princípios para reabilitação psicossocial, desinstitucionalização e direitos dos doentes mentais, incluindo consentimento do tratamento e direito à informação.

- Lei n.º 36 de 1998 - Revisão da Lei de 1963.

Principais Alterações: Consagração de princípios gerais de política de saúde mental, com um foco significativo no internamento compulsivo. Sugere também novas medidas de Prestação de cuidados a nível comunitário, integração da assistência psiquiátrica nos serviços médicos e hospitalização em hospitais gerais.

- Lei n.º 36 de 1998 - Lei da saúde mental.

Principais alterações: Estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.

- Lei n.º 35 de 2023 - Nova lei da saúde mental.

Principais alterações: Elimina a possibilidade de prorrogação indefinida da medida de segurança de internamento de inimputáveis.

- Decreto-Lei n.º 70 de 2019

Paralelamente, estudos e revisões históricas foram realizados para entender melhor as raízes e a evolução da psiquiatria forense no país⁴. Tais estudos não apenas ilustraram o desenvolvimento histórico da disciplina, mas também ajudaram a moldar as práticas atuais, influenciando tanto a legislação quanto a formação académica na área³.

Dessa forma, a psiquiatria forense em Portugal, ao longo de mais de um século, transformou-se de uma prática emergente, fortemente influenciada por figuras pioneiras e pelo contexto europeu.

1.2 – Decreto-Lei 70/2019

O DL70/2019 constitui uma revisão normativa que vem reiterar o que o código de execução de penas e medidas privativas da liberdade (CEPMPL) estipula, endereçando a execução de medidas privativas de liberdade para indivíduos inimputáveis, enfatizando uma abordagem centrada na saúde mental e na reabilitação. Este decreto procura fazer uma adaptação da legislação pré-existente relativamente à execução das MSI (medida de segurança e internamento) em unidades de saúde mental não prisionais, distanciando os inimputáveis do sistema prisional convencional, de modo a proporcionar um tratamento mais adequado e humanizado⁵. Seguindo também, de certa forma, a direção, do que tem sido a tendência relativamente à evolução do panorama histórico da saúde mental em Portugal, o de tratamento psiquiátrico e psicológico personalizado e com foco na reintegração social².

No âmbito clínico, as unidades destinadas ao internamento de inimputáveis são obrigadas a integrar equipas clínicas multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Esta estrutura favorece uma abordagem holística e integrada no tratamento, crucial para o desenvolvimento de um PTR (Plano terapêutico e de reabilitação) eficaz que responda às diversas necessidades do internado. Paralelamente, a interação com os serviços de reinserção social é fundamental para preparar o internado para a vida em comunidade⁵.

Os princípios que orientam a execução do internamento favorecem a individualização do tratamento, a programação e o faseamento da reintegração do internado. Estas diretrizes procuram facilitar a transição gradual dos indivíduos para um ambiente comunitário, reduzindo os impactos negativos de longos períodos de institucionalização⁵.

Adicionalmente, a continuidade dos cuidados após a libertação é garantida através da coordenação com serviços locais de saúde mental e reinserção social. Este aspecto do decreto assegura que o apoio ao internado continue de forma ininterrupta, abordando tanto as necessidades de saúde quanto as sociais, crucial para uma reintegração bem-sucedida e sustentável na sociedade⁵.

Finalmente, a avaliação inicial e a afetação baseiam-se numa análise detalhada das necessidades clínicas, sociais e de segurança do internado. Esta metodologia assegura que a colocação em unidades de tratamento seja a mais propícia para promover a recuperação e a reinserção social do indivíduo ⁵.

1.3 – Hospital Magalhães Lemos

Inaugurado em 1962, o Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. é uma instituição especializada em cuidados de Psiquiatria e Saúde Mental, sendo desde 2002 o único hospital público especializado em Psiquiatria na região norte do país. Situa-se na União de Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde no concelho e distrito do Porto e ocupa uma área de cerca de 102.800m². A sua área assistencial é ampla, diferenciada e distinta consoante os serviços considerados, nomeadamente serviços de internamento completo, internamento parcial (hospital de dia, área de dia do serviço de Psicogeriatria e serviço de reabilitação psicossocial), consulta externa e visita domiciliária, dando resposta às necessidades populacionais dos concelhos de Matosinhos, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Arouca, Gondomar, Oliveira de Azeméis, Santa Maria da Feira, Santo Tirso, São João da Madeira, Trofa, Vila Nova de Famalicão e Vale de Cambra. Para além de ser instituição especializada na área da saúde mental tem também uma participação activa em projectos de investigação, e na formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde.

1.4 – Serviço de Psiquiatria Forense

A Serviço de Psiquiatria Forense do Hospital de Magalhães Lemos desenvolve a sua actividade em duas áreas fundamentais: a realização de exames médico-legais na UCMLP e o internamento de sujeitos imputáveis e inimputáveis na UIPF (Unidade de internamento de psiquiatria forense).

1.4.1 – Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense (UIPF)

A UIPF começou a operar em dezembro de 2019, cumprindo a legislação que advoga que os cidadãos inimputáveis sejam preferencialmente internados em instituições psiquiátricas, em consonância com a nova lei de saúde mental e com o DL70/2019, que preconiza o tratamento e a reinserção social destes indivíduos em detrimento de uma abordagem exclusivamente punitiva.

Com capacidade para acolher 40 doentes, a unidade especializa-se no internamento de indivíduos inimputáveis, ou, imputáveis, de acordo com os artigos 104 e 105 do Código de Execução de Penas, proporcionando um ambiente controlado tanto para a segurança e tratamento do doente como para a protecção da comunidade. Este modelo de internamento é projetado não só para prevenir a

reincidência dos comportamentos, considerados ilícitos, baseados na perigosidade dos internados, mas também para incentivar a sua recuperação funcional e a reintegração na sociedade e no meio familiar.

O período de internamento destes doentes termina com uma decisão judicial fundamentada na avaliação do seu nível de perigosidade, refletindo a estrutura estipulada pelo Código de Execução de Penas, que enfatiza a reabilitação em detrimento da detenção prolongada sem critérios de melhoria clínica. A equipa multidisciplinar, numa colaboração estreita entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, desempenha um papel crucial não só na gestão clínica dos utentes, mas também na elaboração e implementação de um plano de reabilitação.

Este plano inclui intervenções psicoterapêuticas, programas de desenvolvimento de competências sociais e atividades que promovem a autonomia e preparação para a vida fora do ambiente hospitalar, como é exemplo as várias formações/aulas que o unidade oferece (aulas de upcycling, natação, teatro, educação física, formação de jardinagem) e o programa de treino de AVDI (Atividades de vida diárias instrumentais).

Este último programa de treino, é essencial de uma perspetiva de reintrodução e reintegração social e, eventualmente, na aproximação gradual do que é considerado a vida autónoma em liberdade. Os doentes aprendem a gerir a comunicação, utilizando vários sistemas e equipamentos, e a navegar e movimentar-se na comunidade, seja através de transporte público ou privado. Este programa inclui ainda o ensino de cuidados a terceiros, quando aplicável, bem como a gestão financeira, crucial para a independência diária. Além disso, os doentes são instruídos sobre como montar e gerir uma residência, preparar refeições, realizar limpezas e fazer compras de forma eficiente. O treino também aborda a manutenção de segurança e como agir em emergências, habilidades importantes para a gestão de situações imprevistas. Estas competências são fundamentais para a reintegração dos doentes na sociedade, permitindo-lhes viver de forma mais independente e segura fora do ambiente hospitalar.

No âmbito de preparação do doente para a reinserção social a UIPF dispõe também de infra-estruturas adequadas a uma transição gradual para a vida em liberdade, como um campo de futebol, um espaço vocacionado para a prática de exercício físico, uma horta gerida pelos doentes em internamento, residências de treino, que visam o treino de autonomia e de competência sociais, entre outros.

Adicionalmente, este modelo de intervenção está alinhado com os princípios de tratamento individualizado mencionados no DL70/2019, garantindo que cada doente receba cuidados ajustados às suas necessidades específicas e ao seu percurso de recuperação. Desta forma, a UIPF não só cumpre com os requisitos legais e éticos para o tratamento de inimputáveis, mas também se posiciona

como um exemplo de boas práticas na intersecção entre a psiquiatria forense e a justiça criminal em Portugal.

1.4.2 – Unidade de Clínica Médico-legal Psiquiátrica

Esta unidade está encarregue da realização de perícias psiquiátricas no âmbito civil, especialmente associadas ao regime jurídico do maior acompanhado (MA), âmbito penal, âmbito do direito do trabalho e de avaliações clínico-psiquiátricas ordinárias.

No âmbito civil, a unidade foca-se fundamentalmente em perícias no âmbito do MA (Lei nº 49/2018 de 14 de agosto), que permite a qualquer pessoa que, por razões de saúde, deficiência ou pelo seu comportamento, esteja impossibilitada de exercer os seus direitos ou de cumprir os seus deveres, possa requerer junto do tribunal as adequadas medidas de acompanhamento. Permite ainda a escolha do acompanhante, que será a pessoa ou pessoas responsáveis por ajudar ou representar na tomada de decisões de carácter pessoal ou patrimonial.

2 – O Estágio

2.1 – Objetivos

Durante o estágio, o objetivo principal consistiu em analisar de forma pormenorizada os processos e rotinas clínicas no serviço de psiquiatria forense do Hospital Magalhães Lemos, com ênfase nas implicações do DL70/2019. Este estágio visa observar e documentar os métodos de intervenção e tratamento aplicados a doentes inimputáveis, captando uma percepção detalhada das mudanças introduzidas pelo Decreto, especialmente no que tange à gestão de recursos e à qualidade do tratamento providenciado. Além disso, pretende-se avaliar a eficácia destas práticas na promoção da reabilitação e reintegração social dos doentes inimputáveis. A pesquisa busca contribuir para uma compreensão abrangente das transformações ocorridas no âmbito da saúde mental forense, por meio de uma análise observacional dos procedimentos e diretivas terapêuticas em uso.

2.2 – Métodos

A metodologia adotada foca-se principalmente na observação das rotinas e processos clínicos do serviço de psiquiatria forense do Hospital Magalhães Lemos, composto pela unidade médico-legal e a unidade de internamente, com especial enfoque na última. Este método incluirá a observação direta

das práticas clínicas, bem como das interações e dinâmicas que ocorrem durante o processo de internamento. Para além disso, a observação será estendida ao contexto das consultas e perícias, enriquecendo a compreensão das operações e interações no serviço de psiquiatria forense do hospital. Esta estratégia combinada propicia uma visão integral e aprofundada do desenvolvimento da psiquiatria forense em Portugal e das práticas de internamento, oferecendo percepções concretas e aplicadas acerca das metodologias atuais.

2.3 – Atividades realizadas

2.3.1 – Unidade de internamento

Durante o estágio, tive a oportunidade de observar o tratamento e gestão de doentes submetidos a MSI, conforme previsto no DL70/2019, enfatizando a importância de uma abordagem focada na reabilitação e na integração social dos doentes⁵. Este contexto legislativo enquadrava a minha observação das rotinas clínicas da unidade, permitindo-me entender as especificidades dos cuidados necessários e os objetivos terapêuticos visados.

A minha função durante o estágio consistiu principalmente na recolha de dados, sob a supervisão do meu co-orientador, para a elaboração de histórias clínicas de admissão e a realização de entrevistas clínicas para a avaliação do estado mental dos doentes, em linha com as disposições do DM70/2019 que estipula a necessidade de planos individualizados de cuidados. Na secção “anexos”, incluí exemplos práticos destas histórias (Anexo 1, Anexo 2), que refletem a aplicação prática dos procedimentos clínicos associados ao tratamento, avaliação psicopatológica em contexto de internamento, com a respetiva interpretação psicopatológica. Tive a oportunidade de observar relatórios e outros documentos clínicos, juntamente com a participação nas discussões dos PTRs em momentos como reuniões de serviço, conselhos técnicos e conselhos de unidade, demonstrou como os princípios de individualização e adequação às necessidades e capacidades de cada doente são, na prática, implementados.

Um dos aspectos mais desafiantes deste estágio foi a consulta aos processos clínicos e judiciais dos doentes, que incluem informações detalhadas de carácter judicial e médico-legal, fundamentais para uma abordagem integrada e holística dos casos. Este desafio está alinhado com o DL70/2019, que visa uma maior compreensão dos contextos médico e legal envolvidos no internamento de inimputáveis, e sublinha a necessidade de acesso e análise destes documentos para a correta implementação das medidas de segurança⁵. A análise destes processos permitiu-me entender melhor as circunstâncias e medidas de internamento e segurança aplicadas em cada caso.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de acompanhar as admissões à UIFP, sendo o total destas, 5:

(Identificação/ Data de entrada/ Ilícitos associados/ Início — Limite máximo de MSI/ Observações

durante internamento /Estado)

- SS/ 17-01-2024/ Furto, furto qualificado, falsidade de testemunho/ Esquizofrenia / 18-09-2020 — 18-07-2027/ Fuga a 04-04-2024 às 04:54/ Alta para E.P.S.C.B a 04-04-2024
- SA/ 06-02-2024/ Furto qualificado / Perturbação do Desenvolvimento Intelectual / 14-11-2022 — 10-11-2027/ A cumprir MSI na UIFP
- MM/ 06-03-2024/ Incêndio/ Esquizofrenia / 14-06-2022 — 15-09-2031/ A cumprir MSI na UIFP
- JD/ 10-04-2024/ 8 crimes de roubo/ Esquizofrenia / 24-05-2018 — 22-05-2026/ A cumprir MSI na UIFP
- NT/ 18-04-2024/ Violência doméstica/ Perturbação delirante persistente / 24-02-2021 — 24-02-2026/ A cumprir MSI na UIFP

Durante o tempo de estágio tive ainda a oportunidade de fazer uma abordagem estatística relativamente superficial dos doentes internados (um total de 40 homens), tendo em conta os seguintes parâmetros: idade e a patologia associada.

Relativamente à distribuição etária dos doentes dos pacientes internados na UIFP, esta revela que a maioria dos pacientes encontra-se na faixa etária entre 50 e 70 anos, sendo a média de idade 47,5 anos. (Tabela 1)

Quanto à distribuição das patologias dos doentes internados na UIFP, esta revela que a esquizofrenia é a patologia mais prevalente, representando a maior parte dos diagnósticos — 18 doentes, ou 45% da amostra — sendo que 25% destes (4 doentes) com uma perturbação de uso de substâncias associada. Em seguida, a perturbação do desenvolvimento intelectual também aparece com uma frequência significativa, embora menor que a esquizofrenia — 6 doentes ou 15% da amostra. As outras patologias, que englobam uma variedade de diagnósticos psiquiátricos, constituem uma parte menor do total de diagnósticos. Esta distribuição é indicativa das patologias mais frequentemente tratadas na unidade de psiquiatria forense, sendo a esquizofrenia a condição predominante, o que pode estar relacionado com a gravidade dos sintomas e o impacto funcional significativo desta doença. A presença de perturbação delirante persistente, embora menos comum, também é relevante e sublinha a diversidade de condições psiquiátricas atendidas na unidade. (Tabela 2)

2.3.1.1 – Reuniões de serviço

Tive a oportunidade de assistir a Reuniões de Serviço da UIPF, que decorrem semanalmente, todas as segundas-feiras de manhã, nas instalações da sala de reuniões situada no piso superior da unidade. Estas sessões são presididas pelo Diretor de serviço e contam com a presença de membros essenciais da equipa, incluindo o médico responsável, o enfermeiro chefe, a psicóloga, a assistente social e o terapeuta ocupacional, o que facilita um debate alargado sobre temas tanto clínicos como não clínicos, com o intuito de otimizar as operações do serviço.

O objetivo principal destas reuniões é tratar de assuntos administrativos e organizacionais, bem como avaliar o desempenho do serviço e discutir o progresso de projetos e iniciativas em curso. Estes encontros têm também como objetivo revisar e planear as atividades relacionadas com o tratamento dos doentes internados, incluindo a definição de planos de ação para os dias seguintes, que envolvem a organização e mobilização da equipa multidisciplinar no tratamento integrado de cada caso.

Adicionalmente, nas reuniões discute-se a concessão de Licenças de Saída de Curta Duração para os utentes seguidos na UIPF. Estas licenças, que têm uma duração máxima de três dias, requerem uma avaliação e um parecer favorável tanto do psiquiatra assistente como do diretor do serviço. Estas licenças são consideradas fundamentais no processo de reabilitação dos doentes, pois promovem o fortalecimento dos laços familiares e sociais, constituindo um elemento vital na estratégia de reintegração social dos internados.

2.3.1.2 – Reunião de Conselho técnico

As reuniões do Conselho Técnico ocorrem mensalmente, especificamente na terceira segunda-feira de cada mês, na sala de conferências da Unidade. A direção das sessões é da responsabilidade da Meritíssima Juíza e inclui a presença de um representante da DGRSP (Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais), encarregado de monitorizar a reintegração dos internados. A equipa multidisciplinar presente é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, assim como um representante do Ministério Público.

Esta reunião serve como um órgão consultivo auxiliar do tribunal de execução de penas. O objetivo principal destas reuniões é revisar e avaliar o desenvolvimento e a situação corrente dos processos de reabilitação e reintegração dos internados.

Neste contexto, são examinados e discutidos detalhadamente diversos fatores críticos relacionados com cada internado, incluindo, análises sobre incidentes ocorridos durante períodos de licença

anteriores, a condição psicopatológica atual do internado, padrões de comportamento observados durante o internamento, condições sociofamiliares e as propostas de tempo de saída adequado para cada caso em consideração.

Estas análises são fundamentais para embasar as decisões sobre a emissão de Licenças de Saída Jurisdicionais, avaliar a possibilidade de conceder a Liberdade para Prova, determinar as condições apropriadas para tais liberações, ou mesmo decidir sobre a Liberdade Definitiva dos doentes. Através desta abordagem estruturada e colaborativa, o Conselho Técnico assegura uma avaliação metódica e profunda, promovendo decisões judiciais bem informadas que facilitam o processo de reintegração dos internados na comunidade.

2.3.1.3 – Reunião de conselho de unidade

As Reuniões de Conselho de Unidade decorrem mensalmente, agendadas para as segundas segundas-feiras de cada mês, durante a manhã, nas instalações da sala de reuniões da UIPF. Estas sessões funcionam como etapa preparatória para as subsequentes Reuniões de Conselho Técnico.

Presididas pelo Diretor de Serviço, as reuniões contam com a presença dos membros da equipa multidisciplinar da UIPF e representantes da DGRSP. O Conselho de Unidade atua como um órgão consultivo do diretor, emitindo pareceres sobre o PTR, a seleção do regime de execução das MSI, além da aprovação de licenças de saída.

O principal objetivo destas reuniões é facilitar um debate aprofundado e detalhado sobre os processos terapêuticos e reabilitativos dos internados, analisando cada caso em suas diversas dimensões. Este debate prepara a equipa para uma avaliação informada das propostas que serão posteriormente discutidas no Conselho Técnico.

As licenças de saída propostas são desenhadas com objetivos terapêuticos e de reintegração, sendo cuidadosamente ajustadas aos planos de reabilitação e ao estado clínico atual de cada internado. As decisões são tomadas coletivamente num contexto multidisciplinar e são debatidas mais a fundo no Conselho Técnico, refletindo a abordagem integrada, multidisciplinar e holística exigida no tratamento dos indivíduos internados nesta unidade.

2.3.2 – Unidade Clínica Médico-Legal Psiquiátrica

Nesta unidade observei perícias no contexto do Regime Jurídico do MA e avaliações clínico-psiquiátricas no âmbito da Lei da Saúde Mental. Desenvolvi habilidades na elaboração de relatórios forenses e na realização de anamneses e avaliações psicopatológicas imparciais, essenciais para os objetivos da perícia.

O foco da maioria das perícias observadas foi a avaliação da capacidade dos indivíduos para gerir suas vidas e bens, conforme o Regime Jurídico do MA, que substituiu os regimes de Interdição e Inabilitação⁶. Este regime permite ajustes nas medidas de acompanhamento através de decisões judiciais, baseando-se na evolução das condições que motivaram a implementação do acompanhamento. Durante as avaliações, tive a oportunidade de observar consultas dirigidas ao diagnóstico, ao nível de incapacidade, início provável da condição, tratamentos, prognóstico e adequação das medidas propostas. Isto para que o juiz possa, posteriormente, definir os atos que o acompanhado pode realizar autonomamente, visando proteger os direitos dos indivíduos com capacidades reduzidas e reduzir o estigma anteriormente associado aos processos de Interdição e Inabilitação.

Nestas perícias no contexto do regime Jurídico, tive também a oportunidade de recolher dados, elaborar histórias clínicas e observar a utilização de ferramentas de avaliação cognitiva, com o objetivo de aferir corretamente a capacidade de autonomia e discernimento dos indivíduos periciados. Entre as ferramentas utilizadas no contexto destas consultas, está a adaptação portuguesa da bateria de avaliação frontal, a adaptação portuguesa do mini mental state evaluation, o índice de Barthel e o Northwick Park dependency score (Figura 1, Figura 2, Figura 3, Figura 4)

2.4 – Discussão

A implementação da nova lei de saúde mental assim como a sua reiteração e adaptação da legislação existente para doentes inimputáveis, em forma do DL70/2019, representa uma mudança significativa nas políticas de saúde mental e tratamento de infratores com transtornos mentais em Portugal, focando-se em práticas mais humanizadas e centradas na reabilitação e reintegração social⁵. Durante o estágio na UIFP, pude observar a aplicação prática deste decreto, oferecendo uma visão valiosa dos desafios e benefícios associados a essa mudança paradigmática.

Durante o estágio, foi possível observar que a unidade faz um esforço para cumprir os critérios de qualidade clínica mas acima de tudo, um esforço consciente para integrar PTRs individualizados que promovem a reintrodução e reintegração social dos doentes. Este enfoque está em linha com a literatura internacional que destaca a eficácia da reabilitação psicossocial na redução da reincidência. Por exemplo, atividades como terapia ocupacional, workshops de habilidades sociais e programas educacionais, como o programa de treino de AVD, são implementados regularmente para melhorar as competências de vida dos doentes, preparando-os para uma transição suave de volta à comunidade^{5 7}.

Um aspecto notável observado foi a integração eficaz dos serviços de saúde mental no ambiente restritivo da unidade. A colaboração interdisciplinar entre psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e pessoal médico é evidente, cada profissional traz uma perspectiva única para o tratamento integrado dos doentes o que resulta num aumento da taxa de sucesso terapêutico⁸. Esta abordagem multidisciplinar é essencial para o desenvolvimento de um plano de tratamento coeso e

eficaz, que apoia as necessidades individuais de cada doente, facilita sua reintegração e ainda contribui para diminuir vieses cognitivos⁹.

Um dos maiores desafios observados durante o estágio foi o manejo das expectativas dos doentes em relação ao tempo e à eficácia do tratamento. Uma boa parte dos doentes é admitido na UIFP depois de cumprir a medida de segurança num estabelecimento prisional, o que faz com que aceitem mais facilmente a MSI na UIFP. Outros doentes, talvez por não terem um termo de comparação negativo tão palpável, no que toca a autonomia e a liberdade pessoal, ou por terem um histórico de experiências desagradáveis relacionadas com internamentos psiquiátricos, inicialmente mostraram-se mais reticentes ao tratamento. É necessário um esforço considerável por parte dos clínicos para construir uma relação de confiança com esses doentes, destacando a necessidade de habilidades de comunicação eficazes e paciência no processo terapêutico^{10 11}.

Além disso, a adequação das instalações e a disponibilidade de recursos adequados são desafios constantes nesta área da saúde, tema que é fulcral no que toca a proporcionar um ambiente apropriado para o incentivo da reintegração e da reintrodução com sucesso destes doentes na sociedade⁵. Embora o DL70/2019 promova uma abordagem mais humanizada, a implementação prática muitas vezes esbarra na realidade de instalações superlotadas e subfinanciadas¹². Durante o meu estágio pude verificar que as instalações da UIFP eram adequadas, cumprindo as recomendações do decreto, e que os doentes se encontravam monitorizados e se sentiam apoiados a todos os níveis. Está provado que é um fator fulcral quanto ao sucesso terapêutico e que este pode estar gravemente afetado em casos de défice neste âmbito, especialmente quando os recursos educacionais e de lazer são insuficientes, limitando a capacidade de uma unidade de internamento oferecer PTRs abrangentes¹³.

A aplicação de técnicas de terapia cognitivo-comportamental e programas de desenvolvimento de atividades diárias mostraram um impacto positivo significativo no bem-estar dos doentes. Muitos doentes demonstraram melhorias notáveis em relação à sua autoestima, autonomia e motivação para a mudança, o que pode ser atribuído ao ambiente de suporte e ao foco na reintegração, e que no fundo é um pilar nuclear destas atividades.¹¹

Outro aspecto inovador observado foi a integração da base de dados e sistemas informáticos de apoio ao tratamento e gestão dos doentes do Hospital Magalhães Lemos e consequentemente do serviço de psiquiatria, no sistema da ULS (Unidade Local de Saúde) Santo António, que, no momento do meu estágio, se encontrava em desenvolvimento. A evidência científica mostra que a utilização de softwares de gestão de casos e plataformas de manipulação em massa de dados facilita significativamente o acompanhamento dos progressos dos doentes e a coordenação entre diferentes profissionais de saúde e os respectivos doentes¹⁴.

Em suma, as estratégias observadas durante o estágio, relativamente à reabilitação, reintrodução social e desinstitucionalização de doentes inimputáveis demonstram uma crescente alinhamento com as tendências europeias, particularmente observáveis em exemplos como a Itália¹⁵. Este alinhamento reflete um compromisso com a promoção de uma abordagem mais humanizada e menos restritiva no tratamento da saúde mental. A transição de cuidados institucionais para serviços baseados na comunidade enfatiza a importância da reintegração social e da autonomia dos pacientes, princípios esses que estão no cerne das recomendações europeias para a reforma dos sistemas de saúde mental. Portanto, Portugal está a caminhar a par e passo com as melhores práticas europeias, visando não só a melhoria dos cuidados de saúde mental, mas também o reforço dos direitos e dignidade dos pacientes.

2.5 – Conclusões

O estágio observacional que realizei enriqueceu consideravelmente a minha experiência observacional na área da psiquiatria, mas principalmente no contexto específico da psiquiatria forense, área que considero seguir como especialização médica. A oportunidade de interagir diretamente com profissionais qualificados e doentes dentro desta especialidade não só preencheu uma significativa lacuna de conhecimento resultante da difícil gestão de tempo para abordar os vários temas e especialidades ao longo do curso, mas também solidificou meu interesse e compreensão das dinâmicas e desafios clínicos presentes no quotidiano desta área.

O Hospital de Magalhães Lemos, através das UIPF, demonstrou ser um exemplo notável de excelência no tratamento e gestão de doentes com patologia mental associada à criminalidade. A disponibilidade de recursos, a abordagem multidisciplinar adotada e o compromisso com a reabilitação e reintegração dos doentes são aspectos que contribuíram consideravelmente para o meu aprendizado e perspectiva profissional.

Além disso, a experiência reforçou a convicção sobre a importância do investimento contínuo em saúde mental, seja no âmbito da pesquisa para o desenvolvimento de novas terapias e estratégias de intervenção, seja na melhoria das infraestruturas e condições de trabalho para os profissionais. Este investimento é crucial não só para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes, mas também para a segurança e bem-estar da sociedade como um todo.

Referências bibliográficas

1. da Cruz, Ana Inês Vizeu Pinto. História da Psiquiatria Forense em Portugal (1884-1926): a consistente originalidade de Júlio de Matos. Diss. Universidade de Coimbra (Portugal), 2016.
2. Quintais, Luis. "A perigosidade do agente e a emergência da psiquiatria forense Portuguesa" I Jornadas de história da psiquiatria e saúde mental, 2010. 15-18.
3. Vieira, Fernando, B. Trancas, and J. Santos. "Contributos para a formação geral e especializada em psiquiatria forense em Portugal." *Revista de Psiquiatria* (2011): 5-7.
4. Quintais, Luís. *Mestres da verdade invisível no Arquivo da Psiquiatria Forense Portuguesa*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press, 2012.
5. Diário da República (Internet). Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda; disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/70-2019-122393532>. Consultado pela última vez em 2024/04/01.
6. Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto (Internet). Lisboa: Procuradoria geral-distrital de Lisboa; disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2925&tabela=leis&nversao=. Consultado pela última vez em 2024/04/01.
7. Szmukler, George. "Offenders with a Mental Impairment Under a 'Fusion Law': Non-Discrimination, Treatment, Public Protection." *International Journal of Mental Health and Capacity Law* 26 (2020): 35-51.
8. Marques, António. "A política de saúde mental como instrumento de promoção da qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia." (2001). 125-135.
9. Scarpazza, Cristina, et al. "A multidisciplinary approach to insanity assessment as a way to reduce cognitive biases." *Forensic science international* 319 (2021): 110652. 3-4.
10. GRECO, Luís, et al. "Reforma da parte geral do Código Penal: Uma proposta alternativa para debate." *SIJ:[Se]* (2017). 5-6.
11. Santos, Inês Filipa Lucas Rodrigues dos. *Ad eternum: o problema da duração indeterminada da medida de segurança de internamento por anomalia psíquica*. MS thesis. 2017.
12. Zimmer, Fernanda. *A internação compulsória: uma nova porta de entrada legal para o asilo*. Diss. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal do Espírito Santo, 2011. 21-22.
13. Corrigan, Patrick W., W. Y. Kwartarini, and Wartini Pramana. "Staff perception of barriers to behavior therapy at a psychiatric hospital." *Behavior modification* 16.1 (1992): 132-144.
14. Sonesson, Ove, Hans Arvidsson, and Tomas Tjus. "Effectiveness of psychiatric inpatient care." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27.2 (2013): 319-326.
15. Scarpa, Franco. "The Italian reform of treatment of people not guilty by reason of insanity: the closure of forensic institutions." *Forensic science international: mind and law* 1 (2020): 100016.

Anexos

Anexo 1 — Caso Clínico 1

Registos feitos com base em entrevista clínica e consulta do arquivo clínico

Informação Básica

Nome: MM

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 27/02/1991

Idade: 33

Filiação: Pai reformado da construção civil, mãe costureira.

Naturalidade e Nacionalidade: Portuguesa

Residência: E.P. Santa Cruz do Bispo, 4455 Santa Cruz do Bispo

Estado Civil: Solteiro

Situação Profissional: Desempregado

Educação: Equivalência ao 9º ano pelas novas oportunidades

Motivo de Internamento

Transferido da Clínica Psiquiátrica do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo

História da Doença Atual

Diagnóstico Atual: Esquizofrenia paranoide.

Vigilante, orientado, discurso coerente mas pobre em conteúdo, deterioração cognitiva ligeira, sem atividade alucinatoria no momento, antecedentes de alucinações auditivas e delírios de perseguição.

Detido e institucionalizado no estabelecimento prisional de Sta. Cruz desde 2019 devido a incidente que ocorreu em Vieira do Minho, em casa dos Pais, onde residia previamente.

Doente alega que no dia, umas horas antes, fumou dois charros (cannabis), consumo que tinha cessado 8 anos antes. Adicionalmente, admite também o consumo de “mais de 4” cervejas previamente ao ato.

O doente refere ainda que foi incentivado por vozes que ouvia (“dentro da minha cabeça”), espalhou gasolina no chão do pátio externo da residência e acendeu um fósforo, provocando um incêndio. Após iniciar o fogo ainda espalhou mais combustível no hall de entrada da casa antes de fugir sem verificar o resultado. Refere que só retornou à residência quinze dias depois do ocorrido.

O motivo alegado para o ato cometido é o facto querer apagar quaisquer indícios de um relacionamento amoroso, associado a término sem incidentes relevantes há 3 anos, com o objetivo de o “apagar da minha vida”. O doente expressou arrependimento, mas reiterou que sua intenção era apenas “aliviar a dor”, aparentando uma diminuída consciência de mortalidade.

Doente, em momento posterior justifica o ato com um motivo diferente, “provocar um susto à minha mãe”, que, segundo ele, envenena a sua comida, com um pó branco nas bananas e comprimidos dissolvidos no café. Refere que a mãe costuma “ser assim brincalhona com ele” mas que ultimamente “tem abusado”. Não sabe dizer quando é que esta percepção começou.

História Médica Passada

- Refere ideação suicida desde os 15/16 anos e 3 tentativas de suicídio, aos 16 /25 / 29, sempre com recurso ao método de sobre-dosagem de fármacos que não consegue nomear.
- tratamento anterior para quadro depressivo associado a ruptura amorosa.
- Antecedentes Cirúrgicos: Operado a quisto sacro coccígeo;

História Pessoal e Familiar

Pai com 68 anos, reformado, trabalhava como operário da construção civil, enquanto a mãe, de 64 anos, era costureira antes de se aposentar. Tem dois irmãos e uma irmã, uma irmã trabalha como assistente social, a outra é professora de geografia na Universidade de Guimarães, e seu irmão é camionista internacional. Em relação à sua própria trajetória educacional, o examinando concluiu a equivalência ao 9º ano através do programa Novas Oportunidades. Após completar o 9º ano, trabalhou de forma intermitente em diversos empregos, incluindo operário de construção civil, ajudante de mecânico e cortador de roupa.

- Antecedentes de consumo diário de haxixe dos 16 - 22 anos. Alega que comprava com o dinheiro que a mãe lhe dava por dia (€10). Refere que deixou porque já não gostava de como o “fazia sentir”.

História Medicamentosa

Medicação Passada

-

Medicação Atual

- Antipsicótico injetável de libertação prolongada e antipsicótico oral para controle da sintomatologia produtiva.

Intervenções: Monitorização constante do consumo de substâncias ilícitas, sessões regulares de terapia cognitivo-comportamental focadas na gestão de delírios e reintegração social.

Diagnóstico

Esquizofrenia paranoide.

O diagnóstico atual de esquizofrenia paranóide para o doente é substancialmente justificado através de diversas manifestações clínicas evidentes durante a avaliação. O doente apresentou alucinações auditivas, um sintoma proeminente da esquizofrenia, onde relatou ouvir vozes que lhe incitavam a comportamentos destrutivos. Adicionalmente, ele expressou delírios de perseguição, acreditando que sua mãe estava envenenando sua comida, um indício claro de paranoia que é típico no subtipo paranóide da esquizofrenia. A deterioração cognitiva ligeira e a desorganização do pensamento, evidenciada por um discurso pobre e desorganizado, também reforçam este diagnóstico. A funcionalidade diária do doente está severamente comprometida, como demonstrado por seu desemprego e incapacidade de manter relações sociais estáveis.

Diagnósticos Diferenciais

Transtorno esquizoafetivo

O transtorno esquizoafetivo foi avaliado devido à presença de depressão significativa que seguiu a ruptura do seu relacionamento anterior. No entanto, a ausência de sintomas de humor persistentes durante os episódios psicóticos torna este diagnóstico menos provável.

Transtorno delirante

O transtorno delirante também foi considerado, dada a intensidade dos delírios; contudo, a presença de alucinações auditivas e a ampla desorganização psicológica são mais consistentes com a esquizofrenia do que com transtornos puramente delirantes, que normalmente não incluem tais alucinações.

Transtorno bipolar

O transtorno bipolar com características psicóticas foi outra possibilidade devido ao comportamento desregulado do doente e episódios depressivos. Ainda assim, a falta de episódios maníacos claramente definidos e a predominância de sintomas psicóticos fora dos episódios de humor apontam mais para a esquizofrenia.

Transtorno de personalidade esquizotípica

Transtorno de personalidade esquizotípica foi explorado por causa do isolamento social do doente e excentricidades comportamentais. No entanto, os sintomas psicóticos graves e a desorganização do pensamento observados são mais severos do que os vistos tipicamente em transtornos de personalidade, indicando um transtorno psicótico mais grave como a esquizofrenia.

Avaliação Social e Reabilitativa

A situação social do doente revela desafios significativos que impactam diretamente sua reabilitação e integração social. Atualmente desempregado e com um histórico de trabalhos ocasionais de baixa qualificação, o doente enfrenta dificuldades económicas que limitam suas opções de tratamento e reabilitação fora do ambiente institucional. Socialmente, embora tenha suporte familiar, a natureza de seus delírios envolvendo membros da família pode complicar essas relações, tornando a dinâmica familiar uma área complexa e delicada para intervenção.

A história de consumo substancial de substâncias, incluindo álcool e cannabis, contribui para a complexidade do seu quadro clínico, exacerbando os sintomas psicóticos e potencialmente prejudicando qualquer progresso terapêutico. Portanto, a integração social eficaz para este doente requer uma abordagem multifacetada que não só aborde suas necessidades clínicas, mas também ofereça suporte para superar os desafios socioeconómicos e familiares.

Plano Terapêutico e de Reabilitação

Objetivos do Plano

- Estabilização da Condição Psiquiátrica: Manter a estabilidade clínica através da manutenção da administração regular de antipsicóticos injetáveis de libertação prolongada, minimizando os riscos de recaída e garantindo a continuidade do cuidado.
- Reabilitação Cognitiva e Psicossocial: Implementar estratégias para melhorar a função cognitiva e as habilidades sociais, facilitando a integração comunitária e a independência.
- Gerenciamento do Consumo de Substâncias: Desenvolver um programa específico para lidar com o abuso de substâncias, crucial para a melhoria do prognóstico geral do doente.

Intervenções Específicas

- Programas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC): Focar na modificação de pensamentos e comportamentos delirantes, melhorando a interpretação da realidade do doente.

- Terapia Ocupacional: incentivar o doente a participar em atividades estruturadas que promovam o desenvolvimento de habilidades práticas e sociais, tais como oficinas de trabalho, arte e outras terapias recreativas.
- Suporte de Emprego Assistido: Colaboração com agências de emprego para encontrar trabalho adequado ao seu nível de capacidade, promovendo a independência financeira.
- Aconselhamento Familiar: Sessões regulares com a família para educar sobre a esquizofrenia, reduzir o estigma, e melhorar as relações interpessoais dentro da família.
- Terapia de Grupo para Dependência de Substâncias: Participação em grupos de apoio para lidar com o consumo de álcool e cannabis, oferecendo suporte comunitário e estratégias para evitar recaídas.

Avaliação e Monitorização Contínua

Avaliações psiquiátricas periódicas para monitorar a progressão da doença e a eficácia do tratamento, adicionalmente, feedback regular de terapeutas e família para ajustar o plano conforme as necessidades emergentes e garantir que o doente está a receber o apoio necessário.

Preparação para Alta

Desenvolvimento de um plano para a transição para o cuidado ambulatorial, que inclui acompanhamento psiquiátrico, continuação da terapia e suporte comunitário. Adicionalmente, incentivar, caso se cumpram os critérios clínicos, a implementação gradual de licenças de saída para testar e fortalecer as habilidades do doente em um ambiente menos restritivo, preparando-o para eventual reintegração na comunidade.

Anexo 2 — Caso Clínico 2

Registos feitos com base em entrevista clínica e consulta do arquivo clínico

Informação Básica

Nome: PL

Idade: 40 anos.

Sexo: Masculino.

Data de Admissão: 31-08-2023.

Proveniência: Clínica Psiquiátrica de Santa Cruz do Bispo.

Estado Civil: Solteiro.

Nacionalidade: Portuguesa.

Naturalidade: Miragaia, Porto.

Motivo de Internamento

Transferido da Clínica Psiquiátrica do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo

História da Doença Atual

Diagnóstico Atual: Perturbação delirante persistente (em avaliação).

Sintomas: Delírios de perseguição, rigidez muscular (atribuída ao haloperidol).

Doente pouco colaborante mas consciente e orientado nas três esferas. Diagnosticado com uma perturbação delirante crónica, especificamente do tipo erotomaniaco, também conhecida como Síndrome de Clérambault. Neste contexto, o doente sustenta uma crença delirante de que está envolvido amorosamente com alguém de status social mais elevado, mais concretamente a sua advogada. Este delírio classicamente desenvolve-se progressivamente, começando com uma fase de esperança, seguida de um período de ira e culminando numa fase de ressentimento, O doente aparenta não ter sentimentos de ira, ressentimento ou ideação de violência, sendo que poderá estar na primeira fase do desenvolvimento psicopatológico.

Adicionalmente, relata delírios de perseguição, relacionados com a aldeia onde viveu (São João da Pesqueira) e com a ideia de que estes se juntam para conspirar contra o mesmo. Estes sintomas resultaram em comportamentos disruptivos e dificuldades significativas de integração social e funcional, exigindo a transferência para uma unidade especializada onde possa receber tratamento psiquiátrico apropriado.

História Médica Passada

- Antecedentes psiquiátricos: Acompanhamento psiquiátrico anterior para ansiedade e insónia, tratado com triticum e zyprexa.
- Antecedentes Cirúrgicos: Cirurgia de hérnia inguinal na infância.

História Pessoal e Familiar

O doente é o segundo de três irmãos, nascido numa família onde a mãe, atualmente com 71 anos, tem um histórico de longa data de epilepsia, gerido medicamente com sucesso ao longo dos anos. O pai do doente, agora com 73 anos e aposentado, foi durante muitos anos proprietário de uma escola

de condução, contribuindo para um ambiente familiar estável, embora sem relatos de condições médicas significativas.

História Medicamentosa

Medicação Passada

- Trazodona

Medicação Atual

- Haloperidol (100 mg de 28 em 28 dias)
- olanzapina (5 mg diariamente)
- biperideno (4 mg duas vezes por dia)

Diagnóstico

Perturbação Delirante Crónica, do tipo Erotomaníaco.

Este transtorno caracteriza-se pela presença de um ou mais delírios não bizarros que persistem por pelo menos um mês. No tipo erotomaníaco, o delírio central envolve a falsa crença de que outra pessoa, frequentemente de status superior, está apaixonada pelo doente. Este delírio, classicamente, é mantido sem qualquer evidência real e pode levar a comportamentos de perseguição ou tentativas de contato com o objeto de seu afeto. O doente pode interpretar gestos comuns ou interações sociais normais como evidências de sentimentos românticos que não existem. No caso de perturbação delirante, os delírios ocorrem independentemente do estado de humor.

Diagnósticos Diferenciais

Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma possibilidade devido à presença de delírios persistentes. No entanto, para um diagnóstico de esquizofrenia, outros sintomas, como alucinações, fala desorganizada, comportamento catatônico ou negativismo, e sintomas negativos marcantes deveriam estar presentes de forma mais evidente e contínua. Na perturbação delirante, os delírios não são acompanhados por uma ampla gama de psicopatologia como na esquizofrenia.

Transtorno Bipolar com Características Psicóticas

Este diagnóstico pode ser considerado se houver episódios de mania ou depressão maior que incluam delírios. A distinção é geralmente feita pela correlação dos delírios com episódios de humor elevado ou muito baixo, e neste caso, não há oscilações marcadas de humor que justifiquem um diagnóstico de transtorno bipolar.

Transtorno de Personalidade Esquizotípica

Este transtorno de personalidade é caracterizado por peculiaridades de pensar, percepções distorcidas e comportamento excêntrico. Os indivíduos podem apresentar crenças estranhas ou pensamento mágico. No entanto, ao contrário da perturbação delirante, as suas ideias não alcançam o nível de delírios verdadeiros, e o funcionamento social e ocupacional geralmente está menos prejudicado do que na perturbação delirante.

Avaliação Social e Reabilitativa

O doente apresenta dificuldades de reintegração, destacando a necessidade de monitorização e suporte contínuo para a reinserção social e familiar.

Plano Terapêutico e de Reabilitação

Objetivos Gerais

- Redução da Perigosidade: Monitorizar e controlar comportamentos que possam representar risco para si mesmo ou para outros, visando a segurança do doente e da comunidade.
- Reabilitação Psicossocial: Promover a reintegração do doente no seu meio social e familiar, melhorando a sua capacidade de interação e função diária.
- Autonomia e Competências Sociais: Desenvolver habilidades para uma vida independente e socialmente integrada.

Intervenções específicas

- Terapia Medicamentosa: Continuação do tratamento com haloperidol, olanzapina, e biperideno para gestão de sintomas psicóticos e prevenção de efeitos extrapiramidais. Ajustes periódicos na medicação serão realizados com base na resposta do doente e possíveis efeitos colaterais.
- Terapia Cognitivo-Comportamental: Focada na identificação e modificação de pensamentos delirantes e comportamentos disruptivos, para melhorar o raciocínio e a interação social.

- **Terapia Ocupacional:** Inclusão em atividades que promovam o desenvolvimento de habilidades laborais e de lazer, adaptadas às capacidades e interesses do doente. Estas atividades podem incluir arteterapia, terapia com exercício físico e programas vocacionais como aulas ou formações.
- **Avaliação e Treino de Competências Sociais:** Sessões estruturadas para treinar habilidades de comunicação e interação social, como manter conversas, interpretar sinais sociais e gerir conflitos.
- **Apoio Psicossocial e Familiar:** Intervenções para envolver a família no processo de reabilitação, proporcionando educação sobre a condição do doente e estratégias de suporte. Envolvimento de serviços sociais para facilitar o acesso a recursos comunitários, como grupos de suporte, habitação assistida e programas de emprego.

Monitorização e Avaliação

Avaliações clínicas regulares e revisões do plano terapêutico para ajustar intervenções conforme necessário, baseando-se na progressão ou regressão dos sintomas.

Preparação para Alta

Desenvolvimento de um plano para a transição para o cuidado ambulatorial, que inclui acompanhamento psiquiátrico, continuação da terapia e suporte comunitário. Adicionalmente, incentivar, caso se cumpram os critérios clínicos, a implementação gradual de licenças de saída para testar e fortalecer as habilidades do doente em um ambiente menos restritivo, preparando-o para eventual reintegração na comunidade.

Figura 1 — Adaptação Portuguesa da Bateria de avaliação frontal

FAB – Bateria de Avaliação Frontal

Bruno Dubois, Andrea Slachevsky, Irene Livtan e Bernard Pillon, 2000¹
 Adaptação portuguesa de César F. Lima, Laura P. Meireles, Rosália Fonseca, São Luís Castro e
 Carolina Garrett, 2008²

Nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Data: _____ de _____ de _____

1. Semelhanças (conceptualização)

"Diga em que são semelhantes..."

Uma banana e uma laranja

No caso da resposta ser totalmente errada ("não têm nada de semelhante") ou parcialmente errada ("ambas têm pele"), ajudar, dizendo: "a banana e a laranja são ambas...". Mesmo que o doente responda correctamente após a ajuda, a pontuação é 0. Nos itens seguintes não deve ser dada nenhuma ajuda.

Uma mesa e uma cadeira

Uma tulipa, uma rosa e uma margarida

Pontuação (só se consideram correctas as respostas por categorias: frutos, mobília e flores):

Três correctas	3
Duas correctas	2
Uma correcta	1
Nenhuma correcta	0

2. Fluência lexical (flexibilidade mental)

"Diga todas as palavras que se lembrar que comecem com a letra P, excepto nomes próprios e apelidos."

Se durante os primeiros 5 segundos o doente não der nenhuma resposta, dizer: "por exemplo, pato". Se ao fim de 10 segundos o doente continuar sem responder, estimulá-lo dizendo: "qualquer palavra que comece com a letra P". A duração da tarefa é de 60 segundos.

Pontuação (repetições de palavras ou variações [e.g., pato, patinho], apelidos e nomes próprios não são considerados respostas correctas):

Mais de nove palavras	3
Seis a nove palavras	2
Três a cinco palavras	1
Menos de três palavras	0

3. Séries motoras (programação)

"Olhe com atenção para aquilo que estou a fazer."

O examinador, sentado em frente ao doente, executa sozinho três vezes, com a mão esquerda, a série de Lúria "punho-eixo-palma". Em seguida, diz: "Agora, com a sua mão direita, faça o mesmo, primeiro comigo, depois sozinho". Executa a série três vezes com o doente e depois diz-lhe: "agora, continue sozinho".

Pontuação:

Seis séries correctas consecutivas sozinho	3
Pelo menos três séries correctas consecutivas sozinho	2
Não consegue sozinho mas executa três séries consecutivas com o examinador	1
Não executa três séries consecutivas, nem sozinho, nem com o examinador	0

¹ Dubois, B., Slachevsky, A., Livtan, I., & Pillon, B. (2000). The FAB: A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55, 1621-1628.

² Lima, C. F., Meireles, L., Fonseca, R., Castro, S. L., & Garrett, C. (2008). The Frontal Assessment Battery (FAB) in Parkinson's disease and correlations with formal measures of executive functioning. *Journal of Neurology*, 255(11), 1756-1761.

Figura 2 — Adaptação Portuguesa do Mini mental state evaluation

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)

I. ORIENTAÇÃO

Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

- 1. Em que ano estamos? _____
- 2. Em que mês estamos? _____
- 3. Em que dia do mês estamos? _____
- 4. Em que estação do ano estamos? _____
- 5. Em que dia da semana estamos? _____
- 6. Em que País estamos? _____
- 7. Em que Distrito vive? _____
- 8. Em que Terra vive? _____
- 9. Em que casa estamos? _____
- 10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

II. RETENÇÃO

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.” As palavras são:

PERA GATO BOLA

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____ Nota: _____

II. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) (27) (24) (21) (18) (15) Nota: _____

IV. EVOCAÇÃO

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção) “Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA _____

GATO _____

BOLA _____

Nota: _____

V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” Nota: _____

b) Mostrar um lápis.

“Como se chama isto?” Nota: _____

c) Repetir a frase:

“O rato rói a rolha” Nota: _____

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”.

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Coloca o papel no chão _____

Nota: _____

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão.”

Mostrar o cartão com a frase: “FECHE OS OLHOS”. (Dar 1 ponto por cada realização correta).

Nota: _____

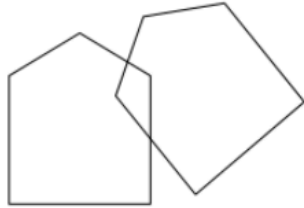
f) “Escreva uma frase.”

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou com erros de trocas de letras não contam como erros.)

Nota: _____

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar.” Mostrar o desenho num cartão.

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



Nota: _____

NOTA TOTAL: _____

Figura 3 — Índice de Barthel

Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)	
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	

PONTUAÇÃO**TOTAL (0–100):****Orientações:**

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

Observação: esta tradução encontra-se em processo de validação para a língua portuguesa. Data: 28 de agosto de 2006.

Traduzido por:

Dr. Guanis de Barros Vilela Junior
Grupo de Pesquisas em Qualidade de Vida e Atividade Física
UEPG / METROCAMP

Figura 4 — Northwick Park Index

Northwick Park Dependency Score — Basic Care Needs	
2	
<p>Mobility</p> <p>a) Walk fully independently — 0</p> <p>b) Independent in electric/self-propelled chair — 1</p> <p>c) Walk with assistance/supervision of one — 2</p> <p>d) Uses attendant-operated wheelchair — 3</p> <p>e) Bed-bound (unable to sit in wheelchair) — 4</p> <p>f) Walk with assistance/supervision of two — 4</p>	
<p>Bad transfers</p> <p>a) Fully independent/bad bound — 0</p> <p>b) Requires help from one people — 1</p> <p>c) Requires help from two people — 2</p> <p>d) Requires hoisting by 1, and takes < ½ hr — 2</p> <p>e) Requires hoisting by 2, and takes < ¼ hr — 3</p> <p>Frequency of bad transfer:</p> <p>0 1 2 more than 2</p>	
<p>Toileting bladder</p> <p>Mode of emptying: toilet, commode, bottles, catheter/convene, bed-pan, pads</p> <p>Need for assistance:</p> <p>a) Able to empty their bladder independently — 0</p> <p>b) Set-up only (e.g. copes if bottles left within reach) — 1</p> <p>c) Has in-dwelling catheter/convene — 1</p> <p>d) Needs help/supervision of 1 and takes < ¼ hr. — 2</p> <p>e) Needs help of 1, and takes > ¼ hr. — 3</p> <p>f) Needs help of 2, and takes < ¼ hr. — 4</p> <p>Frequency of assistance for emptying bladder</p> <p>During the day (7–23):</p> <p><4 times/5–6 times/>6 times/help at night only</p> <p>During the night:</p> <p>0 1 2 >2</p>	
<p>Urinary incontinence:</p> <p>a) No accidents or leakage from catheter/convene — 0</p> <p>b) Continent if toilet regularly. Occasional accidents — 1</p> <p>c) 1–2 episodes of incontinence/leakage in 24 hrs. — 2</p> <p>d) >2 episodes of incontinence/leakage in 24 hrs. — 3</p>	
<p>Toileting bowels</p> <p>Need for assistance</p> <p>a) Able to empty their bowels independently — 0</p> <p>b) Set-up only (eg giving suppositories/enema) — 1</p> <p>c) Needs help of 1, and takes < ¼ hr. — 2</p> <p>d) Needs help of 1, and takes > ¼ hr. — 3</p> <p>e) Needs help of 2, and takes < ¼ hr. — 4</p> <p>f) Needs help of 2, and takes > ¼ hr. — 5</p> <p>Frequency of opening bowels or trial of evacuation:</p> <p>2–3/week 4–5/week 1/day 2/day >2/day</p>	

Faecal incontinence

- a) No faecal accidents — 0
- b) Requires regular bowel regimen — suppositories/enemas in order to remain continent — 1
- c) Occasional faecal accidents (less than daily) — 2
- d) Regular incontinence of faecals — 3

Washing and grooming

- a) Able to wash and groom independently — 0
- b) Needs help of set up only — 1
- c) Needs help of 1, and takes < ¼ hr. — 2
- d) Needs help of 1, and takes > ¼ hr. — 3
- e) Needs help of 2, and takes < ¼ hr. — 4
- f) Needs help of 2, and takes > ¼ hr. — 5

Bathing/showering

- a) Able to bath/shower independently — 0
- b) Needs help to set up only (e.g. running bath, soaping flannel etc.) — 1
- c) Needs help of 1, and takes < ½ hr. — 2
- d) Needs help of 1, and takes > ½ hr. — 3
- e) Needs help of 2, and takes < ½ hr. — 4
- f) Needs help of 2, and takes > ½ hr. — 5

Dressing

- a) Able to dress independently — 0
- b) Needs help set up only — 1
- c) Needs incidental help from 1 — 1
- d) Needs help of 1, and takes < ¼ hr. — 2
- e) Needs help of 1, and takes > ¼ hr. — 3
- f) Needs help of 2, and takes < ¼ hr. — 4
- g) Needs help of 2, and takes > ¼ hr. — 5

Consumptions of meals

Eating

- a) Entirely gastrostomy/nasogastric fed — 0
- b) Able to eat independently — 0
- c) Needs help to set up only — 1
- d) Needs intermittent check/supervision from 1 — 1
- e) Needs help from 1, and takes < ½ hr. — 2
- f) Needs help from 1, and takes > ½ hr. — 3

Drinking

- a) Entirely gastrostomy/nasogastric fed — 0
- b) Able to pour own drink and drink it independently — 0
- c) Able to drink independently if left within reach — 1
- d) Able to drink independently but needs prompting to do so — 1
- e) Needs help/supervision, and takes < ½ hr. — 2
- f) Needs help/supervision, and takes > ½ hr. — 3

How many Times in 24 hrs?

- 3 4-6 >6

Enteral feeding (gastrostomy or nasogastric tube)

- a) No enteral feeding/manage feeds independently — 0
- b) Needs help to set up feed just once a day — 1
- c) Needs help to set up feed twice a day — 2
- d) Needs help to set up feed 3 times a day — 3
- e) Needs help to set up feed and extra flushes during the day — 4
- f) Needs help to set up feed and extra flushes both the day and night — 4

No counterpart

Skin pressure relief

- a) Able to relieve pressure independently — 0
 - b) Needs prompting only to relieve pressure — 1
 - c) Needs help from 1 to relieve pressure/turn (4 hrly) — 2
 - d) Needs help from 2 to relieve pressure/turn (4 hrly) — 3
-

-
- e) Skin marked or broken, needs 1 to relieve pressure/turn (2 hrly)
— 4
- f) Skin marked or broken, needs 2 to relieve pressure/turn (2 hrly)
— 5
-

Safety awareness

- a) Fully orientated, aware of personal safety — 0
- b) Requires some help with safety and orientation but safe to be left for more than 2 hrs and could summon help in emergency — 1
- c) Requires help to maintain safety. Could not be left for 2 hrs and could not summon help in emergency — 2
- d) Requires at least hourly checks or constant supervision — 3
-

Communication

- a) Able to communicate needs without help — 0
- b) Able to communicate basic needs with little help or by using a communication aid or chart (< ¼ hr.) — 1
- c) Able to communicate basic needs with little help or by using a communication aid or chart (> ¼ hr.) — 2
- d) Able to respond to direct questions about basic needs — 3
- e) Responds only to gestures and contextual cues — 4
- f) No effective means of communication — 5
-

How many Times does communication occur within 24 hours?

<2 times 2–4 times >4 times

Behaviour

- a) Compliant and socially appropriate — 0
- b) Needs verbal/physical prompting for daily activities — 1
- c) Needs persuasion to comply with rehab or care — 2
- d) Needs structured behavioural modification programme — 3
- e) Disruptive, inclined to aggression — 4
- f) Inclined to wander off ward — 5
-

Tabela 1 - Distribuição Etária Dos doentes internados na UIPF

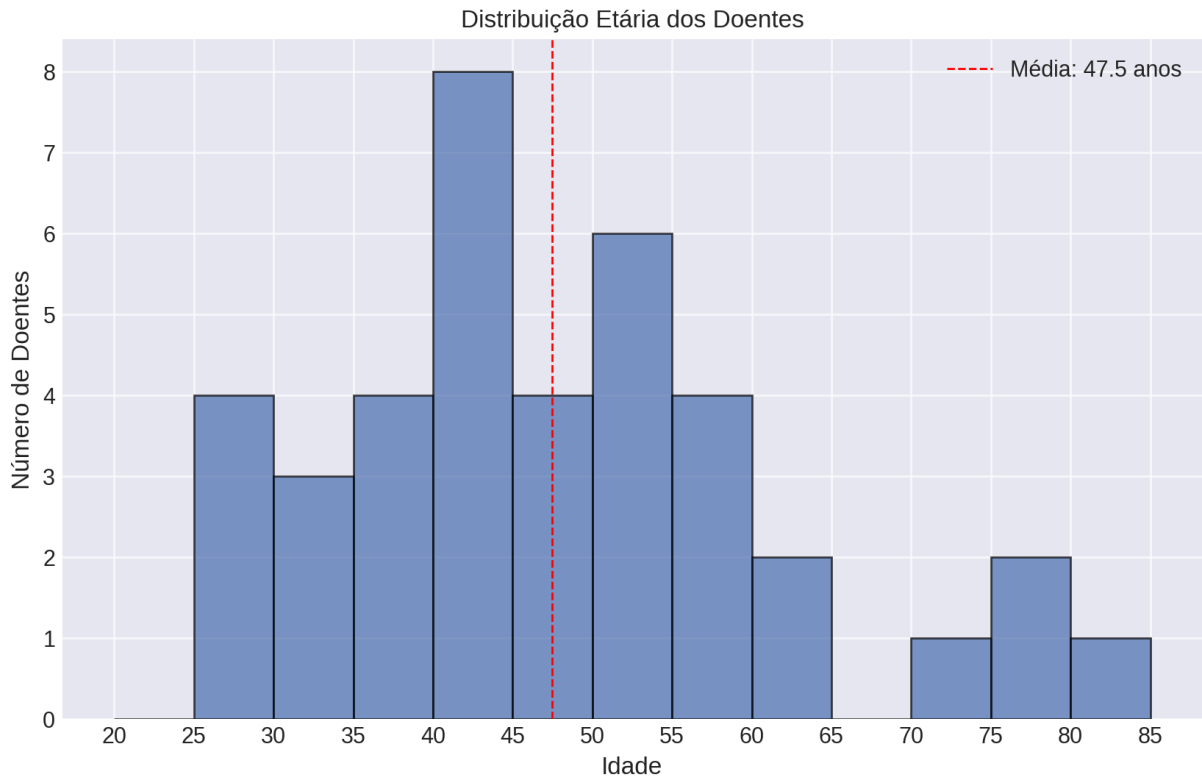
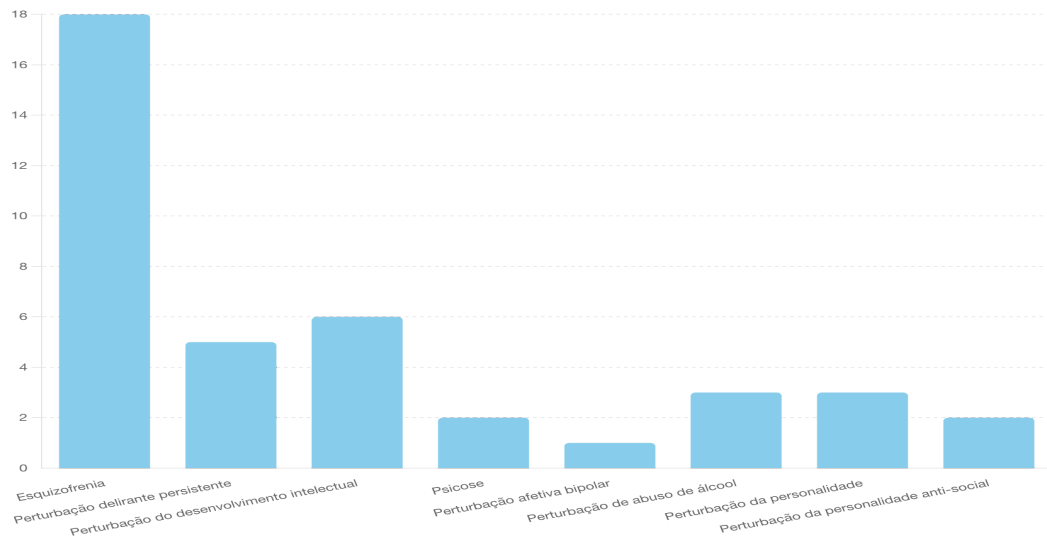


Tabela 2 - Distribuição das patologias dos doentes internados na UIPF



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

