

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Entre o Hospital e a Comunidade: Estágio em Psiquiatria Comunitária no Hospital de Magalhães Lemos

Leonor Magalhães Guedes Novais

M

2025



Estágio em Psiquiatria de Comunidade

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

Estudante: Leonor Magalhães Guedes Novais

Estudante do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Número mecanográfico: 201907870

Rua Viterbo Ferreira no228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: leonornovais@outlook.pt

Orientador: Gustavo Miguel Cabral Machado França Santos

Assistente: Assistente Hospitalar de Psiquiatria – Serviço Local de Saúde Mental do Porto

Ocidental, Departamento de Saúde Mental, Hospital de Magalhães Lemos, Unidade Local de Saúde de Santo António

Afiliação: Docente Externo Convidado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço eletrónico: gmsantos@icbas.up.pt

Coorientador: Liliana Correia de Castro

Assistente: Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria – Departamento de Saúde Mental, Hospital de Magalhães Lemos, Unidade Local de Saúde de Santo António

Afiliação: Professora Auxiliar Convidada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço eletrónico: lccastro@icbas.up.pt

Estudante:

Leonor Magalhães Guedes Novais

Leonor Magalhães Guedes Novais

Orientador:

Assinado por: GUSTAVO MIGUEL CABRAL
MACHADO FRANÇA SANTOS
Num. de Identificação: BI13389475
Data: 07-06-2025 21:52:15 +01:00



Gustavo Miguel Cabral Machado França Santos

Coorientador:

Assinado por: **LILIANA CORREIA DE CASTRO**
Num. de Identificação: 11778923
Data: 2025.06.08 19:57:07 +0100



Liliana Correia de Castro

Porto, junho 2025

Agradecimentos

Agradeço ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto pela formação de excelência, pela exigência académica e pelo ambiente enriquecedor que proporcionou o meu crescimento, não apenas enquanto estudante, mas também enquanto futura médica.

À Professora Doutora Liliana Castro e ao Dr. Gustavo França, expresso a minha profunda gratidão pela orientação dedicada, pela disponibilidade constante e pela forma inspiradora como me acompanharam ao longo deste estágio. A exigência aliada à vossa humanidade foram determinantes para o desenvolvimento deste trabalho.

Estendo também o meu agradecimento a todos os profissionais do Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental, da Unidade Local de Saúde de Santo António, pela forma generosa e acolhedora com que me integraram nas suas equipas, partilhando o seu conhecimento e experiência com rigor, empatia e espírito de missão.

À minha família e aos meus amigos, agradeço profundamente por todo o apoio ao longo deste percurso. A vossa presença constante e confiança foram essenciais nos momentos mais exigentes, tornando esta caminhada mais leve e memorável.

Esta tese representa o culminar de um ciclo exigente, mas profundamente gratificante. A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para este momento, o meu sincero e sentido obrigada.

Resumo

No âmbito da unidade curricular Dissertação/Projeto/Estágio e da conclusão do Mestrado Integrado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, redigiu-se o presente relatório, resultante de um estágio de carácter observacional e profissionalizante realizado no domínio da Psiquiatria Comunitária no Departamento de Saúde Mental do Hospital de Magalhães Lemos, da ULS de Santo António.

O estágio teve como principal finalidade proporcionar uma aproximação à prática clínica na área da Psiquiatria Comunitária, possibilitando um contacto direto com os diferentes contextos e modalidades de intervenção psiquiátrica. Durante o período de estágio, foi possível observar e refletir criticamente sobre a evolução histórica das políticas e estruturas de Saúde Mental, a abordagem aguda de doentes com perturbações mentais, conhecer o perfil clínico dos internamentos psiquiátricos, acompanhar consultas de psiquiatria geral e especializada em regime ambulatorio, bem como integrar visitas domiciliárias, que se revelaram de particular relevância para compreender a dimensão comunitária da especialidade. Procurou-se, igualmente, consolidar competências clínicas numa perspetiva biopsicossocial, compreender a complexidade do diagnóstico e tratamento em psiquiatria, e desenvolver uma visão integrada e humanizada da especialidade.

A experiência incluiu a participação em diferentes níveis de cuidados — urgência, serviço de internamento, consulta externa, visitas domiciliárias, serviço de reabilitação psicossocial e serviço de terapêuticas especiais e inovação— permitindo uma aproximação representativa à organização dos serviços de saúde mental em Portugal. Decorreu entre dezembro e março de 2025, totalizando 87 horas de prática clínica.

A metodologia assentou na observação participante, complementada por uma componente reflexiva e analítica, que inclui a contextualização teórica do tema e a descrição de casos clínicos. Baseado na experiência do estágio nos diferentes níveis de cuidados, o relatório estrutura-se em cinco componentes principais: (a) urgência psiquiátrica e intervenção intensiva, (b) internamento e serviço de terapêuticas especiais e de inovação, com análise casuística do período de 15 de setembro a 30 de setembro de 2024; (c) visitas domiciliárias, intervenção comunitária e reabilitação psicossocial; (d) consulta externa e (e) perícias médico legais na Unidade de Clínica Médico-Legal Psiquiátrica.

A vivência neste estágio constituiu uma oportunidade ímpar de imersão numa realidade clínica complexa, mas profundamente humana. A Psiquiatria Comunitária, mais do que uma abordagem da especialidade, revelou-se como uma filosofia de cuidados que privilegia a continuidade, a proximidade e a personalização das intervenções. Ao longo deste percurso, aprofundei o conhecimento sobre a diversidade das perturbações mentais, as necessidades das populações em situação de vulnerabilidade e o papel crucial do trabalho multidisciplinar. Esta experiência foi determinante para a minha formação médica e crescimento pessoal.

Abstract

Within the framework of the curricular unit Dissertation/Project/Internship, and as part of the completion of the Integrated Master's Degree in Medicine at the Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, this report was written following a professional and observational internship in the field of Community Psychiatry at the Mental Health Department of Hospital de Magalhães Lemos, integrated in the Santo António Local Health Unit (ULS de Santo António).

The primary aim of this internship was to foster a close engagement with clinical practice in Community Psychiatry, enabling direct exposure to the various contexts and modalities of psychiatric intervention. Throughout the internship, it was possible to observe and critically reflect on the historical evolution of mental health policies and care structures, the acute management of patients with mental disorders, the clinical profiles of psychiatric inpatients, and to accompany both general and specialized outpatient psychiatric consultations. Additionally, participation in home visits proved particularly valuable in understanding the community dimension of the specialty. The internship also sought to consolidate clinical skills within a biopsychosocial framework, deepen the understanding of the complexity of psychiatric diagnosis and treatment, and promote an integrated and humanized view of the discipline.

The experience included involvement in various levels of care — emergency, inpatient, outpatient, home visits, psychosocial rehabilitation service, and specialized care services — providing a representative insight into the organization of mental health services in Portugal. The internship took place between december 2024 and march 2025, totaling 87 hours of clinical practice.

The adopted methodology was based on participant observation, enriched by a reflective and analytical component, including theoretical contextualization of the subject and clinical case descriptions. Based on the experience across the different care levels, the report is structured into five main components: (a) psychiatric emergency and intensive intervention; (b) inpatient care and the service for special and innovative treatments, including a case analysis from the period between September 15 and September 30, 2024; (c) home visits, community intervention, and psychosocial rehabilitation; (d) outpatient consultations; and (e) forensic psychiatric evaluations at the Psychiatric Medico-Legal Clinical Unit.

This internship provided a unique opportunity to immerse myself in a complex yet profoundly human clinical reality. Community Psychiatry, more than just a branch of the specialty, emerged as a care philosophy emphasizing continuity, proximity, and personalized interventions. Throughout this experience, I deepened my understanding of the diversity of mental disorders, the needs of vulnerable populations, and the essential role of multidisciplinary work. This experience was pivotal to my medical education and personal development.

Lista de Abreviaturas

ACES: Agrupamento de Centros de Saúde
CACI: Centros de Atividades e Capacitação para a Inclusão
CAVI: Centros de Apoio à Vida Independente
CHUdSA: Centro Hospitalar Universitário de Santo António
CID-11: Classificação Internacional de Doenças 11
CRI: Centros de Respostas Integradas
DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.ª edição
ECT: Eletroconvulsivoterapia
EIC: Equipa de Intervenção Comunitária
GAM: Grupo de Ajuda Mútua
HML: Hospital de Magalhães Lemos
ICAD: Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
IMC: Índice de Massa Corporal
MMSE: Mini-Mental State Examination
OMS: Organização Mundial de Saúde
PCA: Perturbações do Comportamento Alimentar
PEA: Perturbação do Espectro do Autismo
PHDA: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
SLSMPO: Serviço Local de Saúde Mental Porto Ocidental
SRP: Serviço de Reabilitação Psicossocial
UII: Unidade de Intervenção Intensiva
ULSSJ: Unidade Local de Saúde de São João
ULSSA: Unidade Local de Saúde de Santo António
UMPP: Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract	iv
Lista de Abreviaturas	vi
Lista de tabelas	viii
Lista de figuras	ix
Lista de gráficos	x
Introdução	1
Metodologia:	7
Resultados	8
Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto e Unidade de Intervenção Intensiva	9
Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto:.....	9
Unidade de Intervenção Intensiva:.....	12
Internamento do Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental e Serviço de Terapêuticas Especiais e de Inovação.....	13
Internamento do Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental	13
Análise e reflexão da casuística:	16
Serviço de Terapêuticas Especiais e de Inovação	18
Consultas:.....	21
Consulta de Psiquiatria Geral:	22
Consulta de Neurodesenvolvimento:	22
Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar:	25
Consulta de Sexologia Clínica:	28
Consulta de Perturbação do Abuso de Substâncias:	29
Terapia Familiar Sistémica:	30
Visitas Domiciliárias, Grupo de Ajuda Mútua do Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental e Serviço de Reabilitação Psicossocial	31
Visitas Domiciliárias:	32
Grupo de Ajuda Mútua:	34
Unidade de Clínica Médico-Legal Psiquiátrica:	35
Discussão	38
Conclusão	41
Anexos	42
Gráficos.....	43
Bibliografia.....	47

Lista de tabelas

Tabela I- Distribuição horária do estágio pelas diferentes valências

Lista de figuras

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

Lista de gráficos

Gráfico 1: Distribuição de acordo com o número de dias de internamento

Gráfico 2: Distribuição de acordo com o sexo

Gráfico 3: Distribuição de acordo com o sexo e tipo de internamento

Gráfico 4: Distribuição de acordo com o tipo de internamento

Gráfico 5: Distribuição da toma de antipsicótico injetável

Gráfico 6: Distribuição de acordo com a idade

Gráfico 7: Distribuição de acordo com o diagnóstico

Introdução

No âmbito da unidade curricular Dissertação/Projeto/Estágio do 6º ano e da obtenção do grau de Mestre em Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto escolhi desenvolver um relatório sobre a minha experiência na área da Psiquiatria Comunitária no Serviço Local de Saúde Mental Porto Ocidental, integrado no Departamento de Saúde Mental do Hospital de Magalhães Lemos da Unidade Local de Santo António na área da Psiquiatria Comunitária. Este estágio de natureza profissionalizante e observacional decorreu sob a orientação do Dr. Gustavo França e sob a coorientação da Prof. Doutora Liliana Castro, tendo contado também com a colaboração de diferentes profissionais de saúde do Hospital de Magalhães Lemos.

A saúde mental representa uma prioridade crescente na saúde pública, dada a sua elevada prevalência e o impacto significativo a nível individual, familiar e comunitário. Portugal destaca-se negativamente com uma das taxas mais elevadas de perturbações mentais da Europa, apenas superado pela Irlanda do Norte, sublinhando a urgência de uma abordagem integrada, centrada na pessoa e sustentada na formação dos profissionais de saúde ^{1 2}.

A escolha da Psiquiatria para o meu estágio surgiu de um interesse progressivo consolidado ao longo do curso, particularmente após a experiência curricular em Milão, no 5.º ano, durante o programa Erasmus. Embora inicialmente não considerasse esta especialidade, a pandemia de COVID-19 despertou em mim uma maior consciência sobre a importância da saúde mental, motivando um envolvimento mais profundo com a área. . A oportunidade de aprofundar conhecimentos e competências nesta área, sobretudo numa perspetiva comunitária, foi determinante para a escolha deste estágio, cuja natureza prática permite uma compreensão mais próxima e realista da complexidade do sofrimento psíquico e do funcionamento das equipas multidisciplinares em saúde mental. Numa fase de indefinição relativamente ao percurso de formação médica pós-graduada, considero fundamental desenvolver competências transversais que serão úteis em qualquer especialidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde mental como um estado de bem-estar que permite ao indivíduo lidar com os desafios diários, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sociedade. Esta visão é partilhada por autores como Freud, que destaca a capacidade de amar, sonhar e trabalhar como pilares da saúde psíquica ¹.

A saúde mental assume um papel central na vida do indivíduo, da família e da sociedade. Individualmente, permite o pleno aproveitamento das capacidades intelectuais e emocionais,

promovendo um desempenho funcional adequado. No âmbito familiar, influencia e é influenciada pelas relações interpessoais. A nível social, contribui para a coesão, justiça e bem-estar coletivo. Em contraste, a doença mental implica perdas económicas, sobrecarga emocional e impacto funcional significativo ¹³⁴.

Para ser considerada uma perturbação mental, a alteração de humor ou comportamento deve ser persistente ou recorrente, causar sofrimento e comprometer, de forma relevante, pelo menos uma área da vida. As perturbações mentais seguem geralmente um curso clínico previsível, com sintomas específicos e um impacto variável. Considera-se grave quando interfere de forma substancial com a funcionalidade diária ou ocupacional ⁵.

Instrumentos como a Classificação Internacional de Doenças 11 (CID-11) oferecem critérios clínicos e diagnósticos sistematizados. O diagnóstico pode basear-se em classificações nosológicas, no grau de incapacidade, ou, idealmente, numa combinação de ambos, sempre respeitando o contexto individual e sociocultural. A distinção entre saúde e doença mental requer uma avaliação integrada dos critérios formais e do impacto funcional.

As perturbações mentais resultam da interação entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. A adversidade precoce, como pobreza, negligência, violência ou abuso de substâncias, é um fator de risco relevante. A pobreza, em particular, agrava a prevalência e dificulta o acesso a cuidados de saúde mental. Fatores como sexo e idade influenciam também a prevalência e tipo de diagnóstico: embora a taxa global de perturbações seja semelhante entre géneros, as mulheres apresentam mais quadros de ansiedade e depressão, enquanto os homens são mais afetados por perturbações de uso de substâncias e perturbações de personalidade antisocial. As mulheres recorrem mais a cuidados psiquiátricos e têm maior prescrição de psicofármacos. Com o avançar da idade, certas patologias, como a depressão, tornam-se mais prevalentes, especialmente entre os idosos. Eventos de vida significativos e fatores familiares ou ambientais influenciam o início e a evolução destas condições ¹⁴.

As doenças neuropsiquiátricas representam atualmente 12% da carga global de doença, valor que sobe para 24% na Europa. Tornaram-se uma das principais causas de incapacidade e morbilidade, com cinco das dez principais causas de incapacidade sendo de origem neuropsiquiátrica: depressão, esquizofrenia, dependências, demência e epilepsia. Estas patologias, juntamente com as doenças cardiovasculares, substituíram as doenças infetocontagiosas como prioridades de saúde pública nos países desenvolvidos ⁵.

Em Portugal, as perturbações mentais assumem especial relevo, com uma prevalência de 23,1%, a segunda mais alta da Europa. Representam 11,8% da carga global de doença no país, superando patologias oncológicas (10,4%) e aproximando-se das doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%). São também responsáveis por 20,55% dos anos vividos com incapacidade, muito acima das doenças respiratórias (5,06%) e da diabetes (4,07%)^{2 4 5}.

As perturbações de ansiedade são as mais prevalentes (16,5%), seguidas pelas perturbações do humor (7,9%). Cerca de 4% da população apresenta uma perturbação mental grave. No entanto, apenas 14,4% dos casos recebem tratamento adequado. Este valor sobe para 66,1% nas perturbações graves, mas permanece muito baixo nas formas ligeiras (16,8%)^{2 5 6}.

A pandemia de COVID-19 agravou este cenário: entre maio e julho de 2020, 34% da população e 45% dos profissionais de saúde mostraram sinais de sofrimento psicológico, com destaque para sintomas de ansiedade, depressão e stress pós-traumático. Profissionais na linha da frente apresentaram níveis elevados de *burnout*⁷.

Apesar do impacto generalizado das perturbações mentais e da reconhecida importância do diagnóstico precoce, estas continuam subvalorizadas nas políticas públicas. O financiamento da saúde mental em Portugal corresponde apenas a 3,5% do orçamento do SNS, abaixo da média europeia. O Plano Nacional de Saúde Mental (2007–2020), embora ambicioso, foi limitado por falta de recursos e de vontade política. Estima-se que os custos das perturbações mentais atinjam 3,7% do produto interno bruto nacional, incluindo despesas diretas em saúde e perdas associadas à produtividade. Apesar dos esforços recentes para reformar os serviços e aumentar a sua eficácia e humanização, muitos dos desafios atuais enfrentados pela saúde mental resultam de um legado histórico profundamente institucionalizante. A compreensão da evolução dos cuidados psiquiátricos permite contextualizar as fragilidades persistentes e sublinhar a necessidade de um modelo verdadeiramente centrado na comunidade e nos direitos humanos^{3 4}.

O modelo tradicional de cuidados em saúde mental assentava em grandes instituições isoladas, cuja rigidez e impessoalidade favoreceram a cronificação das perturbações mentais. No século XIX, apesar da consolidação da psiquiatria como disciplina médica e do reconhecimento das doenças mentais como objetos legítimos de estudo, persistia a prática de institucionalização em asilos e instituições estatais, perpetuando a marginalização a nível global. A segunda metade do século XX marcou uma rutura com o modelo institucional tradicional de cuidados em saúde mental, alicerçada em três grandes transformações: os progressos na psicofarmacologia, o fortalecimento dos direitos humanos no plano internacional e a redefinição do conceito de saúde pela OMS em

1948. Isto impulsionou a adoção de um modelo comunitário, mais flexível e orientado para a reabilitação e autonomia dos utentes ⁸.

A psiquiatria comunitária afirma-se como um modelo que valoriza a proximidade, a humanização e a integração dos cuidados de saúde mental no quotidiano dos indivíduos. Em contraste com a abordagem hospitalocêntrica tradicional, propõe-se o acompanhamento dos doentes no seu contexto social e económico, integrando estratégias de prevenção, promoção da saúde mental e intervenção ao longo do ciclo de vida, com especial atenção às populações em situação de maior vulnerabilidade. Ao articular-se com os cuidados de saúde primários, este modelo procura reduzir o *treatment gap* e garantir uma resposta mais eficaz, equitativa e centrada nas necessidades individuais, contribuindo para a diminuição da estigmatização associada às perturbações mentais. Os ganhos demonstrados em termos de custo-efetividade e qualidade de vida reforçam a sua relevância no panorama atual ⁸.

Entre as principais mudanças estruturais destacam-se a progressiva integração das unidades de internamento em hospitais gerais, a implementação de serviços locais orientados para o ambulatório e o desenvolvimento de estruturas de reabilitação psicossocial, como hospitais de dia, residências terapêuticas e unidades especializadas. Estas favorecem a articulação com os cuidados primários e outros setores sociais, promovendo uma abordagem mais coordenada e holística. Os hospitais psiquiátricos mantêm-se essenciais na gestão de quadros clínicos mais complexos, oferecendo cuidados diferenciados ⁸.

O enfoque comunitário proporciona intervenções personalizadas e de proximidade, incluindo programas de reabilitação, soluções habitacionais apoiadas e iniciativas de inclusão laboral. Esta abordagem permite detetar precocemente os sinais de sofrimento psicológico, fomenta a autonomia e contribui para a inserção social. Ainda assim, subsistem entraves importantes, como a escassez de profissionais, nomeadamente psicólogos no sistema público, a limitação do tempo clínico para a prestação de psicoterapia e a resposta insuficiente às perturbações mais comuns, como a ansiedade e a depressão, frequentemente diagnosticadas nos cuidados de saúde primários.

Embora os avanços na saúde mental comunitária tenham sido notáveis, muitas pessoas com perturbações mentais graves continuam a enfrentar estigma e discriminação social. Estudos revelam que indivíduos tratados na comunidade apresentam melhor qualidade de vida comparativamente aos que permanecem em instituições psiquiátricas de longa duração. Por isso, é essencial continuar a investir na rede de cuidados comunitários, assegurando o acesso universal,

promovendo a inclusão social e melhorando as condições de vida e tratamento dos doentes. Este esforço deve incluir políticas públicas robustas, aumento de recursos humanos e financeiros, e uma articulação eficaz entre os serviços de saúde mental e os cuidados de saúde primários ^{3 4}.

A fusão do Hospital de Magalhães Lemos (HML) com o Centro Hospitalar Universitário do Porto, em fevereiro de 2023, originou o Centro Hospitalar Universitário de Santo António. Esta reestruturação, promovida pelo Governo português, visou melhorar a eficiência dos serviços e a qualidade dos cuidados de saúde, integrando os cuidados de saúde mental na rede geral e promovendo uma abordagem mais inclusiva, contribuindo também para combater o estigma associado às perturbações mentais ⁹.

A integração reforçou ainda a articulação com o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, favorecendo o ensino clínico e a investigação científica nas áreas da Medicina e da Saúde Mental e Psiquiatria. Posteriormente, em novembro de 2023, o CHUdSA passou a integrar a Unidade Local de Saúde de Santo António (ULS AS), juntamente com os Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto V – Porto Ocidental. Este novo modelo reforça a ligação entre cuidados hospitalares e cuidados primários, numa lógica centrada no utente ⁹.

Atualmente, o CHUdSA assegura os cuidados de saúde mental da área abrangida pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Porto Ocidental, representada na figura 1. A organização dos cuidados assenta em seis eixos fundamentais: (1) articulação com os cuidados de saúde primários para discussão de casos, referenciação e continuidade de cuidados; (2) internamento hospitalar na unidade D3, com capacidade para 26 camas; (3) consultas de Psiquiatria em ambulatório no HML; (4) atuação da Equipa de Intervenção Comunitária; (5) colaboração com estruturas comunitárias; e (6) sessões de hospital de dia, programas de psicoeducação e Grupos de Ajuda Mútua para utentes e familiares ⁹.

Durante o estágio, o hospital apresentava uma estrutura organizativa composta por três grandes departamentos, para além da Direção Clínica, que era liderada pelo Dr. António Marques, com assessoria da Dr.ª Rosa Encarnação. O Departamento de Saúde Mental abrangia uma vasta gama de intervenções, desde os cuidados agudos até à reabilitação psicossocial e implementação de terapêuticas inovadoras. Neste departamento integravam-se os Serviços Locais de Saúde Mental do Porto Ocidental e de Gondomar/Porto Central, a Unidade de Psiquiatria de Ligação, os serviços de Reabilitação Psicossocial, Psiquiatria de Agudos, Doentes Díficeis, Psiquiatria Forense e e Serviço de Terapêuticas Especiais e Inovação.

O segundo departamento, designado Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e da Adolescência, estava vocacionado para a resposta às necessidades da população pediátrica e juvenil, englobando unidades transversais de intervenção urgente e promovendo a articulação com outros serviços clínicos relevantes.

Por fim, o Departamento de Neuropsiquiatria e Longevidade centrava-se no atendimento à população geriátrica, com especial enfoque na interface entre a saúde mental e as doenças neurológicas. Este departamento integrava o Serviço de Psicogeriatrica e o Serviço de Psicologia, sendo dirigido pela Dr.^a Cristina Paz. Posteriormente o Serviço de Psicogeriatrica foi integrado no Departamento de Saúde Mental.

Além disso, o hospital conta com estruturas de apoio administrativo e logístico. Importa referir que o HML não possui serviço de urgência próprio, sendo esta resposta garantida pela Urgência Metropolitana Psiquiátrica do Porto, sediada no Centro Hospitalar Universitário de São João, Unidade Local de Saúde de São João (ULSSJ).

Objetivos:

Este relatório tem como finalidade descrever e refletir criticamente sobre as minhas vivências e aprendizagens neste estágio contribuindo, pela minha lente, para um olhar integrado sobre a prática da Psiquiatria, em especial no seu modelo comunitário. Pretendeu-se observar e acompanhar as atividades dos profissionais de saúde desta área, compreendendo a sua organização, os modelos de atuação e o perfil dos doentes com perturbações mentais graves, frequentemente inseridos em contextos de vulnerabilidade social.

Um objetivo central foi a aquisição e consolidação de competências que permitam uma abordagem diagnóstica e terapêutica adequada ao doente psiquiátrico, tendo em conta a sua complexidade clínica e o necessário enfoque biopsicossocial.

Por fim, este estágio teve igualmente como finalidade documentar, de forma teórica e prática, a evolução das estruturas de Saúde Mental em Portugal e o funcionamento dos diferentes níveis de cuidado – nomeadamente o serviço de urgência, o serviço de intervenção intensiva, o internamento, a consulta externa, o serviço de reabilitação psicossocial (SRP), as visitas domiciliárias e o serviço de terapêuticas especiais e inovação proporcionando, assim, uma experiência representativa dos cuidados psiquiátricos no nosso país.

Metodologia:

O estágio profissionalizante com a duração de 87 horas foi realizado no Serviço Local de Saúde Mental Porto Ocidental (SLSMPO), no Departamento de Saúde Mental do Hospital de Magalhães Lemos, Centro Hospitalar Universitário de Santo António/ULS SA, sob a orientação do Dr. Gustavo França e da Prof.^a Doutora Liliana Castro. A organização teve em conta a minha disponibilidade e a dos profissionais envolvidos, decorrendo nas diversas valências do SLSMPO. A integração em equipas multidisciplinares permitiu o acompanhamento direto de diferentes intervenções em saúde mental.

A metodologia baseou-se na observação participante, complementada por registo sistemático de dados clínicos e demográficos, análise crítica das práticas observadas e reflexão. O relatório está estruturado em cinco componentes, correspondentes às diferentes vertentes da experiência em Psiquiatria Comunitária. Em cada componente, é apresentada uma descrição da experiência, sustentada por um breve enquadramento teórico, complementada por um caso clínico e algumas reflexões.

A) Vertente de Urgência - Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto (UMPP, ULSSJ) e Unidade de Intervenção Intensiva (UII, ULSSA), com um foco na abordagem à ideação suicida no serviço de urgência, e à aplicação da Lei de Saúde Mental no âmbito do internamento involuntário.

B) Internamento do Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental e Serviço de Terapêuticas Especiais e de Inovação – evolução dos doentes e casuística entre o dia 15/09 e 30/09/2025 com discriminação do diagnóstico de perturbação mental, duração de internamento (em dias), tipologia de internamento (involuntário ou voluntário), uso de antipsicótico injetável, género e idade com base na consulta dos processos clínicos. Serão documentados com maior pormenor casos clínicos assim como a experiência na Unidade de Eletroconvulsivoterapia;

c) Visitas domiciliárias, Grupo de Ajuda Mútua do SLSMPO, Serviço de Reabilitação Psicossocial- descrição da experiência e respetiva reflexão.

d) Consulta Externa – documentação da experiência nas diferentes vertentes da Psiquiatria Geral e nas consultas especializadas, nomeadamente Consulta de Neurodesenvolvimento, Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar e de Sexologia Clínica. Para complementar a atividade clínica do meu estágio, frequentei também as consultas de Comportamentos Aditivos no Centro de Respostas Integradas (CRI) Porto Ocidental do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD) com a Dr.^a Inês Homem de Melo.

e) Unidade de Clínica Médico-Legal Psiquiátrica- assisti a diversas perícias médico legais com o objetivo de compreender a ação do médico perito e a interseção da psiquiatria com o sistema jurídico. Aqui, relato a experiência enquadrando teoricamente.

Resultados

Com o intuito de acompanhar a lógica cronológica do percurso dos doentes no sistema de saúde mental, os resultados desta tese serão apresentados por etapas, começando pela urgência, muitas vezes a porta de entrada para os cuidados psiquiátricos. Seguem-se os dados relativos ao internamento no Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental, e, de seguida, a análise da Consulta Externa. Também serão incluídas as intervenções comunitárias, nomeadamente visitas domiciliárias, Serviço de Reabilitação Psicossocial e Grupo de Ajuda Mútua (GAM). As perícias médico-legais serão apresentadas no final desta secção.

Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto e Unidade de Intervenção Intensiva

Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto:

A Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto, sediada no Hospital de São João, constitui um ponto nevrálgico no acesso à saúde mental em situações de crise aguda. Regista uma procura crescente, maioritariamente motivada por agudizações de perturbações psiquiátricas graves, incluindo ideação ou tentativas de suicídio, bem como episódios psicóticos com agitação ou agressividade.

O acesso à UMPP pode ocorrer por iniciativa do próprio utente ou dos seus familiares, por referência médica ou, com frequência, através da intervenção das forças de segurança em situações de perigo iminente. Nestes casos, pode ser acionado um mandado de condução, previsto na legislação portuguesa, permitindo o tratamento involuntário em contexto hospitalar.

O suicídio constitui, atualmente, um dos mais relevantes problemas de saúde pública à escala global. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que cerca de 800.000 pessoas morram anualmente por suicídio, número que se acredita ser significativamente subestimado, em virtude do estigma social associado e da subnotificação sistemática. Trata-se de uma das principais causas de morte entre adolescentes e adultos jovens, com incidência particularmente elevada na faixa etária dos 15 aos 34 anos ¹⁰.

A tentativa de suicídio prévia constitui o fator de risco mais significativo para a consumação do ato suicida. No entanto, o comportamento suicidário resulta da interação de múltiplos fatores, sendo essencial uma avaliação clínica atenta. Entre os fatores de risco mais relevantes encontram-se várias comorbilidades psiquiátricas, como depressão, perturbações psicóticas, perturbações de

personalidade (especialmente *borderline* e antissocial) e consumo de substâncias psicoativas. O álcool, em particular, é um fator de risco independente, associado a aumento de impulsividade, desinibição, distorção da percepção e maior vulnerabilidade psicossocial. Outros fatores de risco incluem o isolamento social, o desemprego, luto recente, perda de estatuto socioeconómico, sexo masculino (associado a maior letalidade), impulsividade, desesperança, história familiar de suicídio, vivência de traumas precoces e doenças físicas crônicas ou incuráveis ^{10 11}.

Em contrapartida, a presença de fatores protetores pode mitigar substancialmente o risco suicidário. Entre estes, destacam-se a parentalidade ativa, relações familiares e afetivas estáveis, redes de apoio social, adesão a crenças religiosas organizadas e acesso facilitado a cuidados de saúde. Estes elementos reforçam o vínculo à vida e fornecem suporte emocional em momentos críticos, devendo ser integrados na avaliação clínica ¹¹.

A avaliação do risco suicidário deve ser sistemática, abrangente e centrada numa abordagem clínica holística, integrando os diversos domínios da história pessoal, psicopatológica e social do doente. Deve incluir a avaliação da ideação suicida (frequência, intensidade, existência de um plano concreto com risco iminente de passagem ao ato), bem como de comportamentos preparatórios (por exemplo, elaboração de testamentos, ou cartas de despedida). A investigação de episódios prévios de autoagressão ou tentativas de suicídio é essencial, dada a sua forte correlação com reincidência e aumento de letalidade. A avaliação do estado mental deve ser minuciosa, incluindo o humor, sintomas psicóticos, cognição e uso de substâncias. A disponibilidade de suporte familiar e social, bem como os fatores protetores identificados, devem ser valorizados. Sempre que possível, deve ser procurada informação junto de familiares ou cuidadores, que podem fornecer dados relevantes sobre mudanças comportamentais recentes e sinais de alarme ^{12 13 14 15}.

Apesar da existência de várias escalas validadas para avaliação do risco suicidário — como a *SAD PERSONS Scale*, a *Beck Suicide Intent Scale* e a *Manchester Self-Harm Rule* — a sua aplicação clínica sistemática revela-se limitada, devido à reduzida sensibilidade preditiva e à dificuldade em distinguir entre risco imediato e risco a médio ou longo prazo. Assim, o julgamento clínico estruturado, fundamentado na observação direta, no contexto do doente e na experiência do profissional, mantém-se como o instrumento mais fiável nesta avaliação ¹⁶.

A abordagem clínica perante um doente com ideação suicida deve ser proporcional à gravidade do risco identificado e às condições do contexto. Nos casos de risco baixo, pode ser considerada a alta hospitalar com encaminhamento para cuidados de saúde primários ou consulta de especialidade, assegurando-se o seguimento psicoterapêutico e a vigilância clínica. Quando o

risco é moderado, recomenda-se o encaminhamento urgente para consulta de crise e o reforço das intervenções psicossociais. Em situações de risco elevado — como ideação estruturada, tentativa recente, ausência de rede de apoio ou recusa de colaboração —, impõe-se o internamento psiquiátrico, voluntário ou involuntário, de acordo com a legislação vigente. Nestes casos, deve garantir-se uma vigilância rigorosa e intervenções terapêuticas ajustadas à gravidade do quadro clínico ¹⁴.

Quando se opta pela alta, é essencial a elaboração de um plano terapêutico estruturado que contemple o envolvimento dos cuidadores, a entrega de contactos de apoio (como linhas telefónicas de escuta, por exemplo, a Voz Amiga), a prescrição de psicofármacos com bom perfil de segurança e a marcação de consulta de reavaliação a curto prazo. Este plano é fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados, prevenir recaídas e promover a segurança do utente ¹⁴.

No que concerne à agitação psicótica, esta é uma manifestação clínica frequente e desafiante nas urgências psiquiátricas, caracterizada por inquietação motora, excitação emocional, discurso desorganizado e, por vezes, agressividade verbal ou física. Trata-se de um estado agudo que representa risco para o próprio doente, profissionais de saúde e terceiros, exigindo uma intervenção célere e proporcional¹⁴.

Este quadro não constitui uma entidade clínica isolada, mas sim um sintoma transversal a várias patologias psiquiátricas e médicas, incluindo episódios psicóticos primários (como esquizofrenia), estados maníacos, intoxicações, síndromes de abstinência, perturbações de personalidade, estados confusionais agudos e encefalopatias metabólicas ou infecciosas. A apresentação clínica ocorre num continuum, desde sinais ligeiros de desorganização até condutas impulsivas ou violentas, podendo evoluir rapidamente¹⁴.

Os sinais clínicos incluem alterações do discurso (incoerência, pressão de fala), do afeto (disforia, labilidade), distorções perceptivas (alucinações) e delírios, frequentemente de teor persecutório. A presença de agressividade, autoagressão ou comportamento sexual desinibido deve ser considerada sinal de alarme¹⁴.

A intervenção deve priorizar a segurança, iniciando-se com estratégias não farmacológicas sempre que possível. Estas envolvem abordagem verbal empática, ambiente calmo, técnicas de redução e atenuação da agressividade, gestão de conflitos e definição de limites. Estas medidas são frequentemente eficazes nas fases iniciais da agitação. Nos casos graves, a intervenção farmacológica torna-se necessária. Antipsicóticos (como haloperidol ou olanzapina) e benzodiazepinas (lorazepam, midazolam) são usados, isoladamente ou em combinação, conforme

o quadro clínico e contexto clínico. Em situações extremas, a contenção física pode ser aplicada, mas apenas como último recurso, sob vigilância rigorosa e registo clínico.

Após estabilização, deve proceder-se a uma avaliação diagnóstica exaustiva, incluindo história clínica, exames físicos, laboratoriais e imagiológicos. A diferenciação entre causas psiquiátricas e orgânicas é essencial para orientar o tratamento adequado.

A continuidade de cuidados — através de referência para psiquiatria, eventual internamento, apoio psicoterapêutico, envolvimento familiar e reforço da literacia em saúde — é fundamental para prevenir recaídas e promover estabilidade clínica. A atuação em contexto de crise deve ser rápida, humanizada e tecnicamente rigorosa, assegurando não só a estabilização imediata como também o acompanhamento sustentado a médio e longo prazo.

Unidade de Intervenção Intensiva:

A Unidade de Intervenção Intensiva tem como missão a prestação de cuidados psiquiátricos diferenciados a doentes em fase aguda de descompensação, encaminhados pela Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto, por unidades hospitalares através da Psiquiatria de Ligação, em contexto de transferência de internamento intra-hospitalar ou internamento a partir da consulta externa de Psiquiatria. Esta unidade de internamento de elevada vigilância exige monitorização contínua e decisões terapêuticas rápidas, sendo fundamental na estabilização clínica de situações graves.

A UII do Hospital de Magalhães Lemos dispõe de 16 camas e está integrado numa rede regional coordenada de resposta emergente, especialmente articulada com a UMPP. Os tempos de permanência na unidade antes de transferência para internamento variam habitualmente entre três a quinze dias.

Os doentes são classificados em três níveis consoante a gravidade clínica. O Nível 1 implica observação intensiva com reavaliação médica a cada 12 horas, indicado para casos de risco iminente (agitação, ideação suicida, fuga ou agressividade). O Nível 2 corresponde a vigilância intermédia aplicável a quadros agudos sem risco iminente. O Nível 3 é raramente utilizado, reservado a casos estabilizados que apenas requerem supervisão pontual.

A avaliação clínica inclui entrevistas regulares para monitorização do estado mental e da resposta ao tratamento. A equipa médica psiquiátrica é rotativa diariamente, garantindo-se a presença de um médico especialista em Psiquiatria durante a noite.

O internamento involuntário pode iniciar-se por mandado de condução judicial, geralmente solicitado por familiares. Este instrumento obriga à avaliação clínica, mas não implica obrigatoriamente o internamento. A recente reforma da Lei da Saúde Mental privilegia um paradigma centrado na autonomia do utente, limitando o internamento involuntário aos casos de ausência de insight com risco para si ou para terceiros e requer avaliação do doente por dois psiquiatras no prazo máximo de cinco dias, salvaguardando, assim, os direitos do utente e evitando medidas desproporcionadas que impliquem privação injustificada da liberdade.

Concluindo, a Unidade de Intervenção Intensiva representa um elo fundamental entre a urgência e o internamento, permitindo estabilizar o doente num ambiente seguro e tecnicamente preparado. A articulação eficaz entre equipas, a gestão de recursos e o respeito pela dignidade e autonomia do utente são pilares essenciais. À luz da nova Lei da Saúde Mental, impõe-se uma prática clínica cada vez mais ética, centrada na pessoa, e que equilibre beneficência, autonomia e justiça.

Caso clínico: Na UMPP, observei um homem de 41 anos com perturbação bipolar tipo I, encaminhado com um mandado de condução após abandono de consultas e alterações comportamentais. O doente mantinha-se em silêncio; a mãe referia cumprimento da medicação injetável e estabilidade clínica. Avaliou-se e concluiu-se pela necessidade de tratamento involuntário, em regime de internamento. A estrutura contentora da UII, aliada à supervisão rigorosa nos primeiros dias, foi fundamental para conter o risco de agressividade e garantir a estabilidade inicial do tratamento.

Internamento do Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental e Serviço de Terapêuticas Especiais e de Inovação

Internamento do Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental

O Internamento Psiquiátrico destina-se à estabilização clínica de doentes em fase aguda de descompensação, admitidos em regime voluntário ou involuntário. O objetivo principal do

internamento é garantir a melhoria do estado clínico de forma a permitir o regresso ao acompanhamento em regime ambulatorio. Com a progressiva desinstitucionalização e o reforço dos cuidados comunitários, os internamentos tornaram-se mais seletivos e breves, centrando-se na gestão de crises agudas. Esta mudança resultou numa redução significativa da duração média de hospitalização e num foco na eficácia do tratamento durante o internamento ^{17 18}.

A duração do internamento é um indicador essencial da qualidade e eficiência dos serviços de saúde mental. A evidência científica indica que hospitalizações inferiores a 28 dias podem promover o funcionamento social dos utentes sem comprometer os resultados clínicos, nem aumentar as taxas de readmissão. Diversos fatores influenciam o tempo de internamento, incluindo variáveis clínicas, sociodemográficas e institucionais ^{18 19}.

Entre os fatores clínicos, destacam-se as perturbações psicóticas e do humor, frequentemente associadas a internamentos mais prolongados, bem como o regime involuntário de internamento, a utilização de contenção física e a necessidade de cuidados médicos diferenciados para eventuais comorbilidades ^{18 19}.

No plano sociodemográfico, a idade avançada está associada a estadias mais longas, ao passo que o estado civil, a escolaridade elevada e o emprego surgem como fatores protetores ^{18 19}.

Ao nível institucional, a duração tende a ser maior em hospitais psiquiátricos do que em unidades de psiquiatria inseridas em hospitais gerais. A proximidade geográfica ao domicílio do doente, a existência de uma equipa multidisciplinar robusta e um maior volume assistencial estão associados a internamentos mais curtos e eficazes ^{18 19}.

A readmissão hospitalar é outro indicador relevante da qualidade dos cuidados. Os principais fatores preditivos incluem historial de internamentos prévios, diagnóstico de psicose, idade avançada, ausência de suporte social e internamentos involuntários. Por outro lado, o apoio familiar, a satisfação com o tratamento e uma atitude positiva em relação à doença atuam como fatores protetores. Altas taxas de readmissão podem refletir falhas na continuidade de cuidados, insuficiente resposta comunitária e adesão terapêutica inadequada ^{19 20}.

Para reduzir a duração do internamento e as readmissões é fundamental investir em cuidados comunitários robustos. Devem ser promovidos serviços que previnam hospitalizações prolongadas e garantam um acompanhamento eficaz após a alta. O financiamento público deve privilegiar modelos de apoio comunitário, reforçando a articulação entre hospitais e redes de suporte locais. A alta hospitalar deve ser cuidadosamente planeada, incluindo avaliação das

necessidades do doente, estratégias de intervenção psicossocial, promoção da adesão terapêutica e apoio à reintegração social ²¹.

A gestão dos internamentos, sobretudo em casos crónicos ou com fatores sociais complexos, continua a ser um desafio significativo. A resposta passa por estratégias interdisciplinares, assentes na colaboração entre serviços hospitalares, estruturas comunitárias e redes de apoio social. Esta abordagem integrada é essencial para garantir cuidados eficazes, humanizados e sustentáveis, promovendo a autonomia dos doentes e a sua reinserção na comunidade.

No Hospital Magalhães Lemos, os doentes são alocados conforme a área assistencial e a disponibilidade de vagas. O Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental gere a unidade D3, com disponibilidade para até 26 camas, destinada a doentes do ACES Porto Ocidental. Os doentes de Gondomar são internados na unidade B1, uma vez que não existem serviços de internamento psiquiátrico no município. Já os doentes provenientes de Matosinhos Póvoa de Varzim, Vila do Conde e Santa Maria da Feira são alocados às unidades C3, C4 e B3.

A prática clínica no HML envolve reuniões regulares para discussão de casos, ajustes terapêuticos e articulação com os diferentes intervenientes. Às segundas-feiras, realiza-se uma reunião com os utentes da unidade D3, liderada pela Dra. Ana Moreira e pela Enfermeira-Chefe Purificação Oliveira, onde se discutem sugestões, preocupações e aspetos relevantes da vivência hospitalar. Às terças-feiras, pelas 11h, decorre a reunião clínica multidisciplinar do serviço que envolve os psiquiatras e internos de psiquiatria, a responsável da equipa de enfermagem e habitualmente mais um enfermeiro, as assistentes sociais do serviço, a psicóloga e a terapeuta ocupacional. Nestas reuniões são abordadas questões como esquemas terapêuticos, planeamento de altas e dificuldades sociais. Um dos temas frequentemente debatidos é a gestão de doentes sem morada fixa e os obstáculos à reintegração social, reforçando a importância do trabalho da equipa comunitária, cujas respostas ultrapassam as possibilidades do internamento hospitalar.

Segue-se a apresentação da casuística referente aos internamentos na Unidade D3 do Hospital Magalhães Lemos, ocorridos entre os dias 15 e 30 de setembro de 2024.

Análise e reflexão da casuística:

Durante o período compreendido entre 15 e 30 de setembro de 2024, foi realizada uma análise detalhada dos dados clínicos referentes ao internamento na unidade D3 do HML, contemplando um total de 33 doentes.

Como é possível de visualizar no gráfico 1, a média de duração do internamento foi de 83,09 dias, apresentando um desvio acentuado em relação à mediana (30 dias), o que evidencia uma distribuição fortemente assimétrica à direita. O intervalo total de variação foi de 631 dias, com um mínimo de 4 dias e um máximo de 635 dias. Este último valor constitui um *outlier* clínico significativo, sugerindo a presença de fatores condicionantes como patologia psiquiátrica crónica, ausência de suporte sociofamiliar ou condicionantes legais prolongados, os quais merecem reflexão no planeamento de cuidados continuados e estratégias de alta.

No que respeita à distribuição por género plasmada no gráfico 2, observou-se um equilíbrio relativo entre os sexos: 52% dos doentes eram do sexo masculino e 48% do sexo feminino. Esta paridade, num contexto de internamento agudo, poderá indicar uma semelhança na procura de cuidados especializados entre homens e mulheres, contrariando tendências descritas na literatura, onde os internamentos – sobretudo os involuntários – tendem a ser mais prevalentes no sexo masculino. Esta observação é parcialmente corroborada pela presente amostra dado que 54,5% dos homens se encontravam internados sob regime involuntário, contrastando com apenas 25% das mulheres internadas sob o mesmo regime, esquematizada no gráfico 3 ²².

Importa destacar que 70% dos episódios de internamento decorreram em regime voluntário, visível no gráfico 4, o que pode ser interpretado como um sinal positivo relativamente à capacidade de insight e adesão terapêutica da maioria dos utentes. Este dado poderá refletir uma boa articulação entre os cuidados de saúde primários, intervenção precoce eficaz e menor estigmatização do tratamento psiquiátrico. Esta realidade alinha-se com os princípios orientadores da nova Lei de Saúde Mental Portuguesa, a qual privilegia o tratamento voluntário e em ambiente menos restritivo, sempre que possível.

Relativamente à utilização de antipsicóticos em formulação injetável, verificou-se que apenas 27% dos doentes se encontravam sob este regime terapêutico, representado no gráfico 5. Este padrão poderá refletir preferência terapêutica dos clínicos ou dos próprios utentes, boa adesão à medicação oral e/ou menor gravidade de sintomatologia psicótica.

A análise da distribuição etária esquematizada no gráfico 6, revelou uma maior concentração de doentes na faixa dos 50 aos 59 anos (em número de 14), seguida pelas faixas dos 30–39 anos (em número de 6) e dos 70–79 anos (em número de 5). Esta distribuição etária contraria a tendência geralmente descrita na literatura, que aponta para uma maior incidência de internamentos em adultos jovens. A preponderância de indivíduos em idade mais avançada poderá estar associada a fenómenos como o envelhecimento da população com doença mental crónica, a cumulatividade de episódios de descompensação ou à presença de comorbilidades que agravam o quadro psiquiátrico e justificam a necessidade de internamento ²³.

Do ponto de vista diagnóstico, a experiência de internamento na unidade D3 evidenciou uma predominância acentuada de perturbações psicóticas, que corresponderam a 55% dos diagnósticos durante o período analisado. As perturbações afetivas bipolares e os quadros clínicos relacionados com o consumo de substâncias apresentaram ambos uma prevalência de 15%, posicionando-se como os dois grupos diagnósticos seguintes em termos de frequência, como demonstrado no gráfico 7. Este padrão é consistente com a tipologia de doentes habitualmente internados em unidades agudas ^{17 19}.

Por fim, a análise dos dados recolhidos durante o período de internamento na unidade D3 permite traçar um perfil demográfico e clínico representativo da realidade atual em contexto de psiquiatria hospitalar. A prevalência elevada de perturbações psicóticas, a significativa duração média dos internamentos, bem como a proporção expressiva de internamentos voluntários, apontam para uma população com elevada complexidade clínica mas com algum grau de adesão ao tratamento. A distribuição etária e os padrões terapêuticos observados levantam questões relevantes para a adequação dos modelos assistenciais à evolução epidemiológica das doenças mentais. Estes resultados sublinham a importância de políticas de saúde mental que promovam a continuidade de cuidados e intervenções comunitárias eficazes.

Caso clínico: Entre os casos observados, salienta-se o de um homem de 45 anos, internado voluntariamente por uma descompensação psicótica aguda, com atividade delirante persecutória e alucinações auditivo-verbais. Trata-se de um doente com o diagnóstico de esquizofrenia, desde o início da vida adulta, com um histórico de vários internamentos por descompensações psicóticas. No momento atual, apresentava sintomas negativos marcantes, e uma deterioração cognitiva. A ausência de resposta à clozapina motivou a proposta de eletroconvulsivoterapia. Este caso reflete

a complexidade clínica de algumas situações e sublinha a importância de terapias avançadas, ajustadas ao perfil clínico individual.

Serviço de Terapêuticas Especiais e de Inovação

No dia 10 de fevereiro de 2025, tive a oportunidade de visitar o Serviço de Terapêuticas Especiais e de Inovação do Hospital de Magalhães Lemos, com foco particular na Unidade de Eletroconvulsivoterapia (ECT), sob responsabilidade da Dr.^a Sofia Martins. Esta é uma das unidades mais ativas do país, tratando semanalmente entre 20 a 30 doentes. Para além da ECT, o serviço contempla outras abordagens terapêuticas inovadoras, como a estimulação magnética transcraniana e a administração de quetamina por via intravenosa. Durante a observação, assisti à realização de oito sessões de ECT: seis em regime de manutenção e duas em contexto de tratamento agudo.

A ECT é indicada em contextos clínicos graves, quando não há resposta às terapêuticas convencionais. Em sintonia com as orientações internacionais, as principais indicações incluem a depressão major com risco suicidário, episódios catatónicos, esquizofrenia resistente ao tratamento, estados psicóticos agudos e perturbação afetiva bipolar em fase severa ²⁴.

Embora o mecanismo de ação da ECT não esteja totalmente compreendido, estudos de neuroimagem demonstram alterações estruturais e funcionais significativas, como aumento do volume da substância cinzenta em áreas frontolímbicas e melhoria da integridade da substância branca nas regiões frontal e temporal. A ECT parece também modular neurotransmissores monoaminérgicos, regular o eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal e promover a neurogénese na circunvolução dentada ²⁵.

Apesar da sua eficácia comprovada, a ECT permanece subutilizada, em parte devido ao estigma social, à desinformação e à representação negativa nos meios de comunicação. A preocupação com os efeitos cognitivos, especialmente na memória, também contribui para a resistência à sua utilização, embora esta amnésia tenda a resolver em poucas semanas. A utilização de técnicas como estimulação unilateral direita com pulsos ultrabreves (<0,5 ms) tem demonstrado minimizar estes efeitos ^{24 25 26}.

A ECT tem uma taxa de resposta entre 60% a 80% na depressão resistente, com remissão observada em 50% a 60% dos casos. Na esquizofrenia refratária, a eficácia varia entre 40% a 70%

²⁴.

A taxa de mortalidade é extremamente baixa (2,1 por 100.000 tratamentos), geralmente por eventos cardiopulmonares agudos. Os efeitos secundários mais comuns são as cefaleias, mialgias, náuseas, fadiga e são habitualmente transitórios ²⁴.

Antes do procedimento, é verificado o estado clínico do doente, incluindo jejum, medicação habitual e alergias. As benzodiazepinas, devido ao seu efeito anticonvulsivante, devem ser suspensas com antecedência. A ECT realiza-se sob anestesia geral breve, utilizando tiopental e relaxamento muscular com succinilcolina. A pré-oxigenação com oxigénio a 100% reduz riscos anestésicos. Durante o procedimento, são utilizados dispositivos como tubo de Guedel e protetores dentários, garantindo segurança e conforto. O doente é monitorizado através de sinais vitais, eletrocardiograma e eletroencefalograma, sendo este último particularmente importante para confirmar a presença e duração da convulsão.

A convulsão induzida do tipo tónico-clónico dura geralmente entre 20 a 60 segundos. Os elétrodos são posicionados bilateralmente (potencialmente mais eficaz, mas com maior impacto cognitivo) ou unilateral (menos efeitos colaterais, eficácia eventualmente inferior). No HML, a abordagem inicial preconizada é a unilateral, com transição para bilateral em caso de resposta clínica insuficiente.

A eficácia do tratamento depende de vários fatores, incluindo a duração da convulsão, a carga elétrica administrada e a sua adequação ao limiar convulsivo do doente. A dose inicial é calculada empiricamente e ajustada ao longo do tratamento. Em regimes de manutenção, a dose é definida com base na resposta anterior, procurando equilíbrio entre eficácia e tolerabilidade. O protocolo inicial geralmente compreende entre 6 a 12 sessões, realizadas ao longo de duas a quatro semanas. A ECT de manutenção, ainda pouco implementada, pode prolongar-se por meses ou anos, com sessões espaçadas, conforme a evolução clínica.

O recobro decorre durante 30 a 60 minutos, em sala própria com capacidade para 12 doentes, sob vigilância contínua. A resposta clínica é avaliada ao longo das sessões, com ajuste dos parâmetros técnicos conforme necessário.

Em síntese, a ECT continua a ser uma intervenção terapêutica essencial no tratamento de patologias psiquiátricas graves, sobretudo em casos onde a resposta clínica é urgente ou em que falharam abordagens convencionais. A sua eficácia, aliada aos avanços técnicos que minimizam os efeitos adversos, justifica a sua integração nos protocolos de centros especializados.

Caso clínico: Homem de 48 anos com esquizofrenia resistente à clozapina, apresentando delírios persistentes e desorganização comportamental. Iniciou protocolo de ECT com dose mínima, ajustada segundo a resposta convulsiva. Após nove sessões, registou-se redução da angústia, da agitação e melhoria parcial dos sintomas psicóticos, sem efeitos adversos relevantes. A última sessão decorreu a 3 de março, sendo posteriormente dada alta com indicação para ECT de manutenção. Este caso ilustra a eficácia da ECT como terapêutica adjuvante na esquizofrenia resistente, evidenciando o seu papel na amplificação da resposta clínica ao tratamento antipsicótico.

Consultas:

As consultas externas de psiquiatria são um pilar fundamental na abordagem e acompanhamento de perturbações mentais, permitindo uma avaliação clínica continuada sem necessidade de internamento. Têm como principal objetivo promover a estabilização dos sintomas, melhorar a funcionalidade global e assegurar um acompanhamento acessível e eficaz. Além da componente diagnóstica e terapêutica, estas consultas favorecem o estabelecimento de uma relação de confiança entre o doente e a equipa clínica — elemento crucial para a adesão ao tratamento. A articulação com outras especialidades médicas e com os cuidados de saúde primários é essencial para uma resposta integrada e multidisciplinar.

Durante o estágio, as consultas externas representaram a maior parte da minha atividade, distribuídas por Psiquiatria Geral (45%), Neurodesenvolvimento (20%), Perturbações do Comportamento Alimentar (12,5%), Sexologia Clínica (12,5%) e Perturbação de Abuso de Substâncias (10%). Participei ainda numa sessão de terapia familiar sistémica, com duração de duas horas.

Esta experiência permitiu-me desenvolver competências na estruturação da entrevista psiquiátrica e na abordagem sequencial das várias dimensões da vida do doente. Verificou-se uma distinção clara entre a primeira consulta, dedicada a uma anamnese aprofundada e definição do plano terapêutico inicial, e as consultas subsequentes, centradas na evolução clínica, resposta à terapêutica e surgimento de novos sintomas. Avalia-se igualmente a situação atual do doente em múltiplos domínios, promovendo uma visão holística do seu bem-estar.

A elevada procura por consultas, em contraste com os recursos disponíveis, obriga a uma gestão rigorosa do tempo clínico. O Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental (2007–2016), assente nos princípios de desinstitucionalização, proximidade e integração, procurou reorganizar os cuidados psiquiátricos, reforçando os Cuidados de Saúde Primários e os serviços locais. Contudo, a sua implementação enfrentou constrangimentos, nomeadamente a escassez de recursos humanos e financeiros ^{3 27}.

Por fim, observei com apreço a disponibilidade demonstrada pelos profissionais em reforçar o vínculo terapêutico, incentivando os doentes a procurarem apoio sempre que necessário — um gesto simples, mas fundamental para fortalecer a confiança e o compromisso com o seguimento clínico.

Consulta de Psiquiatria Geral:

A consulta de psiquiatria geral desempenha um papel fundamental no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doentes com uma ampla gama de perturbações mentais. Estas consultas visam não apenas a estabilização clínica, mas também a reintegração social e funcional dos doentes.

A organização das consultas variava consoante se tratava de uma primeira avaliação ou de um seguimento mas tinha a duração média de 25 minutos. De facto, um dos desafios observados foi a gestão do tempo, dado que muitos doentes necessitavam de uma abordagem mais detalhada, mas o tempo disponível era limitado. A abordagem terapêutica era multifacetada, combinando medicação e intervenção psicossocial. Foi frequente a necessidade de ajustar fármacos devido a efeitos adversos ou introduzir estratégias complementares. O objetivo foi maximizar a adesão ao tratamento, garantindo um equilíbrio entre eficácia e segurança, sem comprometer a qualidade de vida dos doentes nem a sua estabilidade clínica.

Além da terapêutica farmacológica, o acompanhamento psicológico, o suporte social e a articulação com os cuidados de saúde primários foram fundamentais para otimizar a adesão ao tratamento e um acompanhamento integrado.

Durante o estágio, tive oportunidade de acompanhar diversas consultas de Psiquiatria Geral, nas quais foram avaliados doentes com quadros clínicos variados, incluindo depressão major, perturbação bipolar, esquizofrenia, perturbações de ansiedade, perturbações da personalidade, entre outras. As patologias mais frequentemente observadas foram a perturbação bipolar do tipo I e a esquizofrenia, embora o leque de diagnósticos tenha sido bastante alargado. A maioria dos utentes acompanhados encontrava-se na faixa etária entre os 18 e os 50 anos. Em vários casos, a presença de comorbilidades contribuiu para uma maior complexidade na gestão clínica.

Consulta de Neurodesenvolvimento:

As perturbações do neurodesenvolvimento constituem um grupo heterogéneo de condições que comprometem o desenvolvimento de competências fundamentais nas esferas motora, linguística, cognitiva e social. Resultam de alterações no processo de maturação cerebral, geralmente com início precoce, afetando significativamente o funcionamento pessoal, académico,

profissional e social. Embora os sintomas se manifestem na infância, muitas destas perturbações persistem ao longo da vida, sendo essencial assegurar a continuidade dos cuidados, particularmente na transição para a idade adulta^{28 29}.

Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar o Dr. Gustavo França, responsável pelas consultas de Neurodesenvolvimento no HML. As perturbações mais frequentemente acompanhadas nesta consulta incluem a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual.

Em algumas consultas, observei que apenas os cuidadores compareciam, relatando alterações como agitação e agressividade, ou situações de isolamento extremo e quebra do rendimento escolar/académico.

Foi recorrente a referenciação de jovens de 18 anos oriundos da pedopsiquiatria, neuropediatria ou pediatria do desenvolvimento. O seguimento especializado permitia uma transição clínica mais suave, com intervenção precoce e estratégias adaptadas para promover autonomia funcional e reduzir o impacto das perturbações. Em casos de PEA de alto funcionamento, os doentes eram frequentemente integrados em grupos de psicodrama, dinamizados às terças-feiras, pelas 17h, sob coordenação do Dr. Gustavo França, como forma de promover competências sociais em ambiente terapêutico.

A promoção da autonomia revelou-se um objetivo central, não só pela sua importância para a qualidade de vida dos doentes, como também pela prevenção do *burnout* dos cuidadores face à complexidade das exigências diárias. Nesse contexto, destacou-se o papel das estruturas de apoio psicossocial, fundamentais para a reabilitação e integração comunitária.

Entre estas estruturas, os Centros de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) proporcionam um ambiente estruturado para indivíduos com incapacidade significativa, promovendo competências funcionais e a interação social. Os Centros de Apoio à Vida Independente (CAVI) disponibilizam assistentes pessoais que apoiam tarefas quotidianas, facilitando uma vida mais autónoma. Já os empregos protegidos constituem oportunidades de inserção laboral adaptada a indivíduos com défice cognitivo ou patologia psiquiátrica estabilizada, fomentando a autoestima, a inclusão social e combatendo o estigma. O acesso a estes recursos é determinante para evitar institucionalizações prolongadas e assegurar uma vida mais digna, autónoma e integrada para os doentes com perturbações do neurodesenvolvimento^{30 31}.

Dado que a PHDA foi a patologia com maior representatividade nas consultas observadas, apresento de seguida um breve enquadramento teórico. A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é uma condição neurobiológica com início na infância e prevalência estimada entre 6 a 10% nas crianças e 4,4% nos adultos. Cerca de 60% dos casos diagnosticados em idade pediátrica persistem na idade adulta ³².

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (DSM-5), os sintomas da PHDA distribuem-se por dois domínios principais: desatenção e hiperatividade/impulsividade, devendo estar presentes durante pelo menos seis meses, em dois ou mais contextos com início antes dos 12 anos e impacto funcional evidente. Nos adultos, o subtipo combinado é o mais frequente (70%), seguido do subtipo predominantemente desatento (25%) e, menos frequentemente, do subtipo hiperativo-impulsivo isolado (<5%). Ao contrário do que se observa na infância, onde é mais comum no sexo masculino, na idade adulta a razão entre sexos esbate-se ^{5 32 33}.

O diagnóstico desta patologia continua a ser clínico baseado em critérios comportamentais. Atualmente, não existem marcadores neurobiológicos objetivos que confirmem o diagnóstico. A investigação recente tem alargado o espectro sintomático da PHDA, tornando o diagnóstico mais desafiante, sobretudo em adultos ³³.

Infelizmente, muitos casos permanecem por diagnosticar e tratar, contribuindo para elevadas taxas de comorbilidade psiquiátrica. Estudos revelam que cerca de 45% dos adultos com PHDA apresentam perturbações do humor, como episódios depressivos major (41%), perturbação bipolar (18%) e distímia (13%). Adicionalmente, a PHDA associa-se a dificuldades académicas e profissionais, instabilidade nas relações interpessoais, maior risco de acidentes e até mortalidade prematura ³³.

Dada a sua elevada prevalência e consequências significativas, é fundamental garantir o rastreio precoce da PHDA, particularmente nos cuidados de saúde primários. Entre os instrumentos disponíveis, destaca-se a *Adult ADHD Self-Report Scale*, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, que apresenta elevada sensibilidade e especificidade para a deteção de casos em adultos ³⁴.

Caso clínico: Primeira consulta de mulher de 18 anos, com défice cognitivo ligeiro, avaliada num caso clínico complexo com implicações nas áreas da neurologia, genética, psiquiatria e sexologia. Encontra-se sob tratamento hormonal e foi explorado o seu percurso de vida, destacando-se a

vivência com a mãe e irmã, e o abandono paterno aos seis anos. Apresentava um quadro clínico de isolamento, dificuldades nas relações interpessoais e perda global de funcionalidade.

Durante a consulta, foram abordados os antecedentes médicos, a medicação em curso e as dificuldades funcionais no quotidiano. A doente expressou interesse em adotar um estilo de vida ativo e estruturado. A mãe participou na consulta para esclarecer o historial de desenvolvimento e a compreensão familiar do diagnóstico. Considerou-se a hipótese de perturbação do espectro do autismo, tendo sido solicitada avaliação neuropsicológica complementar, pela psicologia.

Foram discutidos dois caminhos possíveis para o futuro: a integração num emprego protegido, com avaliação e treino de competências promovidos pelo CEFPI, ou, em alternativa, a inclusão num Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI). Paralelamente, foi proposto dar início ao processo legal de maior acompanhado (via Ministério Público), obter um atestado multiusos e avaliar a elegibilidade para apoio do CAVI (Centro de Apoio à Vida Independente). Reforçou-se a importância de prevenir o isolamento social e de promover a autonomia da utente, dentro das suas capacidades funcionais.

Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar:

Durante o estágio, sob a supervisão da Dr.^a Bárbara Almeida, acompanhei consultas especializadas em Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), uma área de crescente relevância em saúde mental. Nas últimas décadas, as PCA têm-se diversificado em termos clínicos e etiológicos, afetando indivíduos de todas as idades e estratos sociais, embora com maior prevalência entre adolescentes e jovens adultos. A sua origem envolve uma interação complexa de fatores genéticos e ambientais, sendo o seu tratamento um desafio clínico considerável ³⁵.

A prevalência global das PCA aumentou cerca de 25% nos últimos anos, mas apenas cerca de 20% dos doentes procuram tratamento. O tempo até ao início da intervenção varia: cerca de 30 meses na anorexia nervosa, 44 meses na compulsão alimentar, e 53 meses na bulimia nervosa, sendo geralmente mais curto em crianças. Atrasos no acesso a cuidados estão associados a pior prognóstico e maior risco de cronicidade ³⁵.

A anorexia nervosa apresenta a taxa de mortalidade mais elevada entre as doenças psiquiátricas, com cerca de 5,9%, seguida da compulsão alimentar e da bulimia nervosa. Estima-se que 50% das mortes por anorexia nervosa estejam associadas a complicações médicas da

desnutrição. A bulimia nervosa e a compulsão alimentar causam sobretudo complicações metabólicas e orgânicas relacionadas com comportamentos purgativos e obesidade ³⁶.

O DSM-5 e a CID-11 identificam seis categorias principais de PCA: anorexia nervosa, bulimia nervosa, perturbação da ingestão alimentar compulsiva, perturbação de restrição alimentar, PICA e perturbação de ruminação. A maioria destes quadros associa-se a elevada morbilidade médica e a comorbilidade psiquiátrica em mais de 70% dos casos, envolvendo perturbações do humor, da ansiedade, de personalidade, neurodesenvolvimento ou consumo de substâncias ^{37 38}.

A intervenção precoce é determinante para o prognóstico. Em casos leves ou moderados, a abordagem inicial deve ser ambulatoria, com psicoterapia e envolvimento familiar. Casos graves exigem programas de internamento parcial ou integral. O apoio da família é crucial, especialmente em adolescentes, e os cuidadores devem receber formação e psicoeducação para lidar com a sobrecarga emocional bem como ter acesso a terapia familiar sempre que indicado ³⁸.

O tratamento das complicações médicas e nutricionais constitui uma prioridade e deve preceder qualquer intervenção psicofarmacológica. No caso da bulimia nervosa e da compulsão alimentar periódica, os antidepressivos — e, nesta última, também os psicoestimulantes — podem ser utilizados como complemento à intervenção psicoterapêutica. No contexto da anorexia nervosa, estudos mais recentes têm vindo a explorar o uso de antipsicóticos atípicos, como a olanzapina, com resultados promissores em determinados subgrupos ³⁸.

Com esta base clínica estabelecida, segue-se um breve enquadramento teórico das três principais perturbações do comportamento alimentar.

A anorexia nervosa é caracterizada por restrição alimentar persistente, resultando em perda de peso significativa e índice de massa corporal (IMC) abaixo do normal. Mais prevalente em adolescentes do sexo feminino, apresenta herdabilidade entre 28% e 74%. Envolve fatores socioculturais (idealização da magreza), traços de personalidade (perfeccionismo, baixa autoestima), e dinâmicas familiares disfuncionais. Profissões como dança, moda ou desporto apresentam maior risco ^{39 40}.

Os critérios diagnósticos do DSM-5 incluem: (1) restrição alimentar com perda ponderal significativa; (2) medo intenso de ganhar peso ou comportamentos persistentes que impeçam o aumento de peso; (3) distorção da imagem corporal e negação da gravidade da magreza. O curso clínico é geralmente flutuante, com episódios de recaída ⁵.

Esta patologia distingue-se da perturbação evitante/restritiva da ingestão alimentar pela preocupação obsessiva com peso e forma corporal, ausente nesta última.

O tratamento centra-se numa relação terapêutica sólida assente na aliança clínica e na negociação de objetivos terapêuticos. Na ausência de critérios de risco, a intervenção pode ser ambulatoria, com metas semanais de ganho ponderal e reeducação alimentar. A psicoterapia é fundamental, podendo incluir modelos cognitivo-comportamentais, psicodinâmicos, interpessoais ou terapia familiar. A vigilância médica deve ser rigorosa, sobretudo para prevenir a síndrome de realimentação.

O internamento está indicado quando o IMC é inferior a 14 kg/m², na presença de arritmias, ideação suicida ou outras complicações médicas.

No que concerne à bulimia nervosa, esta surge habitualmente no final da adolescência, sendo que cerca de 25% dos casos têm história de anorexia nervosa. Fatores de risco incluem antecedentes familiares de depressão, obesidade infantil ou parental, menarca precoce e história de abuso de substâncias ³⁸.

É caracterizada por episódios de ingestão compulsiva seguidos de comportamentos compensatórios como vômito autoinduzido, uso de laxantes ou exercício excessivo. O diagnóstico exige que estes episódios ocorram, no mínimo, uma vez por semana durante três meses. O IMC tende a manter-se normal, mas podem surgir sinais clínicos como parotidomegalia, sinal de Russell, erosão dentária e alcalose metabólica ^{14 40}.

A terapia cognitivo-comportamental guiada por auto-ajuda é a abordagem de primeira linha, idealmente iniciada nos cuidados primários. A fluoxetina pode ser eficaz como adjuvante em casos com sintomatologia depressiva. Em doentes não responsivos, deve considerar-se intervenção especializada mais intensiva ¹⁴.

Apesar de apresentar um prognóstico mais favorável que a anorexia nervosa, mantém uma taxa de persistência crónica em cerca de um terço dos casos ³⁸.

A perturbação da ingestão alimentar compulsiva é mais comum em homens de idade mais avançada e caracteriza-se por episódios recorrentes de ingestão excessiva de alimentos, acompanhados de uma sensação de perda de controlo. Distingue-se da bulimia nervosa pela ausência de comportamentos compensatórios. Está frequentemente associada a sintomas depressivos, insatisfação com a imagem corporal e obesidade, aumentando o risco de complicações

metabólicas. O tratamento inclui remissão espontânea, terapia cognitivo-comportamental ou interpessoal e eventualmente farmacoterapia ^{14 38}.

Consulta de Sexologia Clínica:

As consultas de sexologia clínica conduzidas por psiquiatras têm como objetivo avaliar, diagnosticar e tratar disfunções sexuais, considerando a complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. São abordadas condições como desejo sexual hipoativo, disfunção erétil, ejaculação precoce, anorgasmia e dispareunia, bem como dificuldades relacionais e sofrimento associado à vivência da sexualidade.

Estas consultas adquirem particular relevância quando as disfunções sexuais coexistem com perturbações psiquiátricas ou resultam de condições médicas com impacto na função sexual. São igualmente essenciais para monitorizar e corrigir os efeitos adversos sexuais induzidos por psicofármacos, promovendo uma sexualidade plena, saudável e integrada no bem-estar global do indivíduo. A intervenção pode incluir psicoterapia individual ou de casal, farmacoterapia e psicoeducação, adaptadas às necessidades específicas e etiologia subjacente. A consulta deve decorrer num ambiente livre de tabus ou preconceitos, promovendo um diálogo clínico aberto, informativo e baseado na evidência.

Durante a minha experiência com o Dr. Vítor Covelo, constatei que uma parte significativa dos utentes acompanhados eram pessoas transgénero, em processo de obtenção do segundo relatório clínico necessário à cirurgia de afirmação de género. Este parecer é frequentemente emitido por profissionais do Hospital Magalhães Lemos, para onde os utentes são referenciados a partir do Gabinete Multidisciplinar de Medicina Sexual e de Género do Hospital de Santo António, centro de referência nacional criado em 2021 e que integra psicologia, psiquiatria, pedopsiquiatria, pediatria endócrina, cirurgia plástica, urologia, ginecologia, anestesiologia e endocrinologia (adultos e pediátrica), permitindo que os utentes sejam acompanhados no mesmo local e por uma equipa multidisciplinar.

O termo transgénero refere-se a indivíduos cuja identidade de género difere do sexo atribuído à nascença . Já a disforia de género refere-se ao sofrimento decorrente desta incongruência, variando em intensidade e podendo necessitar de diagnóstico segundo o DSM-5 ⁵.

Estudos revelam que adultos trans apresentam maior prevalência de depressão e abuso de substâncias, frequentemente associadas à discriminação, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde. Esta exclusão pode gerar atrasos na procura de tratamento ou recusa de cuidados ⁴¹.

Compreender estas vivências é fundamental para melhorar os resultados clínicos e reduzir desigualdades, através de um modelo de cuidados trans-inclusivo, que contemple tratamentos de afirmação de género, linguagem respeitosa, documentação adequada e formação especializada dos profissionais de saúde.

Consulta de Perturbação do Abuso de Substâncias:

No ICAD – CRI Porto Ocidental, sob a supervisão da Dr.ª Inês Homem de Melo, tive a oportunidade de acompanhar consultas especializadas na perturbação do abuso de substâncias e em comportamentos aditivos sem substância, como o jogo patológico ^{42 43}.

Segundo a CID-11, estas perturbações caracterizam-se por padrões comportamentais repetitivos, persistentes e desadaptativos, com impacto negativo significativo na vida pessoal, social, familiar e ocupacional. A sua crescente prevalência representa, atualmente, um dos principais desafios da saúde mental ^{40 42}.

Em Portugal, há um aumento da procura de ajuda para comportamentos aditivos sem substância. Em 2022, cerca de 7.000 pessoas recorreram aos serviços públicos por este motivo, sendo que 12% dos casos se relacionavam com jogo patológico — predominantemente em contexto online. Estima-se que 1,2% da população adulta apresente comportamentos de jogo problemático, mais prevalentes entre homens e jovens adultos, refletindo a tendência internacional impulsionada pela acessibilidade das plataformas digitais ⁴⁴.

As consultas observadas decorriam em regime de “porta aberta”, permitindo o acesso direto ao serviço, sem necessidade de encaminhamento médico. Esta flexibilidade revelou-se essencial, sobretudo quando a motivação para procurar ajuda é impulsiva. A abordagem clínica era centrada no utente e incluiu temas como a autoexclusão voluntária de plataformas e espaços de jogo — uma medida concreta para reduzir a exposição a estímulos de risco nos estadios iniciais do tratamento.

Outro aspeto enfatizado foi o envolvimento familiar. Com o consentimento do utente, familiares podiam aceder a extratos bancários como forma de monitorizar comportamentos de risco. Esta estratégia reforça a responsabilização, facilita a deteção precoce de recaídas e encontra suporte na literatura, que defende a abordagem sistémica como essencial no tratamento de comportamentos aditivos ⁴³.

Esta experiência clínica permitiu-me aprofundar a compreensão sobre a complexidade destas perturbações e reconhecer a importância de uma intervenção individualizada, flexível e multidisciplinar, adaptada à realidade de cada doente.

Terapia Familiar Sistémica:

A terapia familiar sistémica é uma abordagem psicoterapêutica que intervém nas interações entre os membros de uma família, visando a modificação de padrões disfuncionais e a melhoria da dinâmica relacional. Assente na teoria dos sistemas, considera a família como uma unidade interligada, onde o comportamento de cada elemento influencia o funcionamento global do sistema. O foco do terapeuta recai nas interações atuais, sem atribuição de culpa, promovendo uma comunicação mais funcional e compreensão mútua ⁴⁵.

Esta abordagem permite a externalização dos problemas, dissociando-os da identidade dos indivíduos, facilitando a reformulação das narrativas familiares e a construção de vínculos mais saudáveis. Ao atuar sobre o sistema familiar, promove-se a mudança através da transformação dos padrões interativos, com vista à redução do sofrimento e ao reforço das relações afetivas ⁴⁵.

Estudos confirmam a eficácia da terapia familiar sistémica em diversas condições de saúde mental, sendo especialmente útil em quadros complexos. Entre as suas principais vertentes incluem-se a terapia estrutural, centrada na organização familiar; a terapia estratégica, que visa modificar padrões interacionais; a abordagem de Bowen, focada na diferenciação do *self*; e a terapia narrativa, que auxilia na reconstrução das histórias familiares ⁴⁵.

Durante o estágio, tive oportunidade de assistir a uma sessão deste tipo, orientada pela Dr.ª Bárbara Almeida e pelo Dr. Gustavo França, com duração de duas horas, numa sala espelhada. Antes da sessão, os terapeutas reuniram-se para definir a abordagem e os objetivos clínicos.

O caso em questão dizia respeito a uma jovem de 25 anos com restrição alimentar e um IMC de 16.9 kg/m², que apenas se alimentava, caso a mãe o fizesse, na mesma quantidade. A mãe, com excesso de peso, sentia-se forçada a comer mais para encorajar a filha. Este padrão de aglutinação foi explorado em sessão, demonstrando como a terapia familiar sistémica pode ser fundamental para compreender e alterar dinâmicas familiares que perpetuam comportamentos disfuncionais.

Visitas Domiciliárias, Grupo de Ajuda Mútua do Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental e Serviço de Reabilitação Psicossocial

O Serviço de Reabilitação Psicossocial tem como missão a reabilitação e reintegração de utentes com patologia psiquiátrica crónica, nomeadamente aqueles com longa evolução e sem suporte familiar residentes na Unidade de Apoio. O serviço funciona em dias úteis, das 8h00 às 16h00, sob coordenação do Dr. Henrique Pereira, em articulação com o Enfermeiro José João.

A sua atuação baseia-se nos princípios de *recovery* e *empowerment*, centrados na promoção da autonomia, da participação ativa do utente e da melhoria da qualidade de vida, através da aquisição de competências pessoais, sociais e profissionais. Estes princípios, amplamente sustentados pela literatura científica, valorizam o papel ativo do indivíduo no seu próprio processo de recuperação, algo que pude observar claramente durante a experiência clínica⁴⁸.

Os critérios de admissão incluem idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico de perturbação psiquiátrica crónica com impacto significativo no funcionamento psicossocial, e adesão voluntária ao programa. A integração no SRP pode ocorrer em regime de Hospitalização Parcial, através do Centro de Dia (frequência diária) ou do Clube Terapêutico (2 a 3 vezes por semana).

Após admissão, é realizada uma avaliação inicial por uma equipa multidisciplinar, com elaboração de um Plano Individual de Cuidados, ajustado às capacidades, interesses e necessidades do utente. A cada utente é atribuído um par terapêutico, geralmente um enfermeiro, que acompanha o processo.

O serviço oferece ateliers terapêuticos dinamizados por técnicos especializados, incluindo culinária, pintura, ginástica, teatro, informática, reabilitação neuropsicológica, entre outros. As atividades abrangem ainda a criação de produtos para feiras de artesanato, exposições de arte e a participação em eventos culturais e desportivos. Estas intervenções favorecem a reintegração social e emocional, como demonstrado por estudos que evidenciam o impacto positivo da intervenção psicossocial estruturada.

O SRP mantém articulação com estruturas intra e extra-hospitalares, como empresas de inserção e fóruns socio-ocupacionais, alinhando-se com os princípios do Plano Nacional de Saúde Mental, que defende uma abordagem comunitária, participativa e integrada na saúde mental.

Visitas Domiciliárias:

A saúde mental é fortemente condicionada por determinantes sociais e culturais. O contexto em que o indivíduo se encontra exerce um papel central na promoção da recuperação e reintegração social, podendo também contribuir para o agravamento do estigma e da exclusão ⁴⁸ ⁴⁹.

Face à cronicidade de grande parte das patologias psiquiátricas, torna-se imperativa a adoção de um modelo de cuidados contínuos, integrados e centrados na pessoa. Neste âmbito, destacam-se como medidas prioritárias a descentralização dos serviços, a sua articulação com os cuidados de saúde primários, o reforço da capacitação dos cuidadores e o investimento em programas de reabilitação psicossocial baseados na comunidade ⁴⁸ ⁵⁰.

A humanização dos cuidados constitui um princípio estruturante para a dignidade e o respeito pela pessoa em sofrimento psíquico. A evidência científica sustenta que práticas como o acolhimento empático, a escuta ativa e a corresponsabilização terapêutica fortalecem a eficácia clínica e a aliança terapêutica. Esta abordagem holística valoriza as dimensões física, psicológica, social e espiritual do cuidado ⁵¹ ⁵² ⁵³.

Intervenções comunitárias têm demonstrado impacto significativo na melhoria dos resultados terapêuticos. As visitas domiciliárias, por exemplo, estão associadas à redução das taxas de reinternamento e à melhoria da adesão ao tratamento em indivíduos com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. De igual modo, os programas de psicoeducação revelam-se eficazes no aumento da literacia em saúde mental, na adesão terapêutica e no fortalecimento da relação entre utentes, famílias e profissionais ⁵⁰ ⁵³ ⁵⁴.

Tanto a União Europeia como a Organização Mundial da Saúde recomendam a integração dos serviços especializados nos cuidados gerais, através de equipas comunitárias multidisciplinares. Neste modelo, a intervenção das Equipas de Intervenção Comunitária assume um papel estratégico, não só em termos clínicos, mas também na otimização dos recursos, considerando que os internamentos hospitalares representam cerca de 83% dos custos globais em saúde mental ⁴⁸ ⁵³.

As visitas domiciliárias permitem a administração de medicação, avaliação da funcionalidade global e das necessidades, gestão doméstica e financeira em doentes com doença mental grave no período pós-alta, promovendo integração social, autonomia e adesão terapêutica. São também desenvolvidas ações de psicoeducação, treino cognitivo e de competências, bem

como trabalho emocional com doentes e cuidadores. A equipa oferece apoio diverso: acompanhamento a compras, treino de competências cognitivas, incentivo à hidratação e higiene do sono, obtenção de passes de transporte, e mediação em situações delicadas como comunicação de óbitos. Atua ainda como elo entre os doentes e os serviços hospitalares, reportando necessidades como renovação de medicação.

Estas visitas são realizadas em articulação com unidades residenciais, respostas socio-ocupacionais, cuidados de saúde primários e Unidades Locais de Saúde Mental. Visam reduzir reinternamentos e reforçar a rede de suporte em doentes com escasso apoio familiar ou social, promovendo também o contacto com a rede sociofamiliar.

Esta Equipa de Intervenção Comunitária surgiu inicialmente em Matosinhos e expandiu-se para a atual unidade, mantendo acompanhamento de utentes dessa área. Atualmente, a equipa segue 132 doentes, entre os 27 e os 90 anos, de diversas nacionalidades e apenas vinte destes não realizam medicação injetável.

Os doentes acompanhados pela Equipa de Intervenção Comunitária (EIC) são referenciados por médicos das consultas do HML, pelo próprio gabinete de administração de medicação ou após internamento, visando reduzir o tempo de hospitalização. Incluem-se utentes involuntários, voluntários ou sem crítica, incluindo idosos em lares e centros de dia. O primeiro contacto ocorre idealmente durante o internamento. A equipa, geralmente fixa, avalia a autonomia do doente, ajustando a frequência das visitas. A medicação pode ser administrada em domicílio, centros de saúde ou instituições como o Fórum Gatões, Costa Cabral e albergues.

As visitas domiciliárias envolvem articulação estreita com médicos, assistentes sociais e associações. Após as visitas, deslocam-se ao hospital para registos clínicos e gestão de prescrições. Nos casos mais vulneráveis, mantêm contacto direto através de um telemóvel de serviço, reforçando a continuidade de cuidados.

No dia 6 de março de 2025 tive a oportunidade de acompanhar a EIC, composta pelo Enfermeiro José Meira e pela Enfermeira Carla Loureiro, participando em diversas visitas domiciliárias. Todos os utentes observados apresentavam patologia psicótica.

As intervenções de enfermagem centraram-se sobretudo na administração de antipsicóticos injetáveis. Paralelamente, foram avaliados o humor, o funcionamento autónomo no domicílio, alterações comportamentais e sinais de alarme. Procedeu-se à psicoeducação individualizada, atualização da situação psicossocial e articulação com médicos e assistentes

sociais. Abordaram-se temas como adesão terapêutica e estilos de vida saudáveis. A maioria dos utentes tinha história prolongada de doença psiquiátrica e tratamento antipsicótico crónico. Foram também acompanhados vários idosos, cuja fragilidade evidencia a importância de soluções como assistentes pessoais, capazes de promover maior autonomia e bem-estar.

Ao longo das visitas, constatei o valor de uma relação terapêutica próxima e flexível. Muitos utentes acompanhados pela EIC demonstravam vínculos afetivos com a equipa, expressando gratidão e reconhecimento. As famílias, por sua vez, valorizavam a continuidade e a presença ativa dos profissionais. Esta abordagem, ancorada na competência técnica e no envolvimento humano, revelou-se decisiva na melhoria da qualidade de vida e da adesão terapêutica.

Grupo de Ajuda Mútua:

As perturbações psicóticas tendem a surgir em idades jovens, período em que a maioria dos doentes ainda vive em estreita convivência com os familiares. Por essa razão, a resposta do núcleo familiar tem um impacto crucial na evolução da doença. Estudos demonstram que elevados níveis de emoção expressa, crítica ou hostilidade familiar estão associados a piores desfechos clínicos, incluindo maior taxa de recaídas ^{48 55}.

Os cuidadores enfrentam frequentemente uma carga significativa, refletida em exaustão emocional, dificuldades na gestão do comportamento do doente, impacto económico e laboral, isolamento social e perda do papel ativo na comunidade. Neste contexto, emergem intervenções psicoeducativas destinadas a apoiar as famílias, promovendo não só o bem-estar dos cuidadores, como também a estabilidade clínica dos doentes ⁵⁵.

O Grupo de Ajuda Mútua promovido pelo Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental constitui uma dessas respostas. Dirigido a familiares de doentes com patologia psicótica, tem como objetivo facilitar o conhecimento sobre a doença e oferecer estratégias de gestão. As reuniões decorrem na primeira segunda-feira de cada mês, às 18h. Tive a oportunidade de participar numa dessas sessões em 2025.

O GAM proporciona um espaço seguro e informal de partilha entre familiares e profissionais de saúde, permitindo a troca de experiências, a clarificação de dúvidas e o reforço de estratégias para lidar com a doença, as expectativas e as frustrações. Para além disso, contribui para a melhoria da comunicação com o doente, das suas competências sociocognitivas e da identificação precoce de sinais de alarme. Também serve como reforço de aprendizagens adquiridas em ações de formação psicoeducativa intensiva previamente frequentadas pelos cuidadores.

Durante a sessão observada, realizou-se uma intervenção interativa centrada no autocuidado. Foi salientada a importância de cuidar de si próprio como condição fundamental para

prestar cuidados de qualidade. Os participantes partilharam sentimentos de culpa e desgaste físico e emocional, refletindo a intensidade da carga que enfrentam.

Neste contexto, tive também a oportunidade de assistir a uma sessão do Programa de Psicoeducação e Gestão da Psicose que visa empoderar os doentes, dotando-os de ferramentas práticas para a gestão da doença e para a melhoria da qualidade de vida. Cada participante recebeu uma agenda de saúde mental com frases motivacionais, espaço para anotações, datas importantes e objetivos pessoais. O programa integra 16 sessões, cada uma iniciada com uma dinâmica de quebra-gelo e terminada com um exercício de relaxamento. O ambiente criado é confidencial, acolhedor e livre de julgamentos, favorecendo a partilha e a participação ativa.

A sessão foi estruturada em vários momentos: dinâmicas de apresentação, definição de expectativas, introdução ao conteúdo programático, explicação das regras de funcionamento, treino de estratégias para lidar com o stress e uma meditação guiada no encerramento. Os utentes demonstraram interesse em aprofundar temas como o conhecimento da doença, estratégias de *coping*, gestão financeira, comunicação eficaz, ideação suicida, estigma e internamento involuntário.

Em suma, intervenções psicoeducativas como o GAM e o Programa de Gestão da Psicose são fundamentais para apoiar tanto os doentes como os seus cuidadores, promovendo conhecimento, resiliência e melhoria da qualidade de vida no contexto da doença mental grave.

Unidade de Clínica Médico-Legal Psiquiátrica:

De forma geral, o objetivo primordial do médico é a beneficência do doente. Contudo, quando assume o papel de perito, o médico não atua em nome do paciente, mas sim ao serviço da verdade. Neste contexto, não se estabelece uma relação terapêutica no sentido tradicional, nem se aplica da mesma forma o sigilo profissional, elementos fundamentais na prática clínica. A sua conduta deve ser pautada pela imparcialidade, objetividade e respeito pela autonomia e dignidade da pessoa avaliada, garantindo uma atuação neutra, fundamentada na evidência científica e de acordo com os mais elevados padrões de rigor profissional.

As perícias médico-legais constituem uma interface essencial entre a medicina e o sistema jurídico. São atos avaliativos especializados, realizados por profissionais de saúde tecnicamente qualificados — designadamente peritos — com formação específica em áreas técnico-científicas relevantes. Estes profissionais conduzem procedimentos destinados a informar o tribunal ou outra entidade competente sobre matérias que extravasam o seu domínio de conhecimento. Especificamente, a perícia médico-psiquiátrica tem como finalidade avaliar o estado de saúde mental de um indivíduo, identificar eventuais anomalias psíquicas e determinar a sua repercussão

jurídica, nomeadamente na imputabilidade penal, na capacidade civil ou laboral, ou no grau de perigosidade do examinado ⁵⁶.

Este tipo de perícia é regulado pelo artigo 159.º do Código de Processo Penal português, sendo determinante na avaliação da existência de causas patológicas que possam fundamentar a inimputabilidade ou a imputabilidade diminuída, conforme previsto no artigo 20.º do Código Penal ^{56 57}.

As perícias psiquiátricas e psicológicas são requeridas pelas entidades judiciais junto das delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), podendo ser executadas também por serviços do SNS quando não existam recursos locais suficientes. Salvo em exceções legalmente previstas, o perito não pode recusar a realização da perícia, exceto se tiver sido médico assistente do examinado, para assegurar imparcialidade. Além dos peritos nomeados pelo tribunal, a lei prevê a presença de assistentes técnicos, contratados pelas partes, com direito a acompanhar a perícia, solicitar esclarecimentos e emitir pareceres.

A avaliação psiquiátrica forense baseia-se numa metodologia estruturada que inclui anamnese detalhada, análise do funcionamento cognitivo, pensamento, afeto, comportamento, insight e capacidade crítica. Sempre que necessário, podem ser utilizados instrumentos validados, como o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) em termos de rastreio cognitivo, bem como entrevistas com familiares ou análise de documentação clínica e judicial.

O relatório pericial elaborado inclui a identificação do perito e do avaliado, os quesitos formulados, a metodologia utilizada e as conclusões fundamentadas. Pode ainda ser exigida a presença do perito em audiência judicial para prestar esclarecimentos adicionais.

O tipo de perícia psiquiátrica depende da natureza e jurisdição do processo.

No âmbito penal, de acordo com o artigo 151.º do Código de Processo Penal, a perícia psiquiátrica visa avaliar a imputabilidade penal, a capacidade de participação consciente no processo e o grau de perigosidade do arguido. Estes elementos são essenciais para fundamentar a eventual aplicação de medidas de segurança, nomeadamente o internamento involuntário, nos casos em que se determine a inimputabilidade por anomalia psíquica grave que comprometa a autodeterminação no momento da prática do crime. Também é frequente a realização de perícias para avaliação de dano psíquico em vítimas ^{56 57}.

No domínio civil, a perícia psiquiátrica incide sobre a capacidade para a prática de atos jurídicos, como elaborar testamentos, administrar património ou prestar consentimento informado. Com a entrada em vigor da Lei n.º 49/2018, foi substituído o regime de interdição pela figura do maior acompanhado, promovendo uma abordagem mais flexível, proporcional e centrada na pessoa. Compete ao perito avaliar o grau de incapacidade e determinar a necessidade de nomeação de acompanhante ou curador ^{56 58}.

Nos tribunais de família e menores, a atuação pericial decorre ao abrigo da Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, centrando-se na avaliação do bem-estar psicológico de crianças e jovens, e da competência parental, sendo fundamentais para decisões sobre medidas de proteção, guarda ou responsabilidades parentais ^{56 59}.

Na jurisdição laboral, as perícias psiquiátricas avaliam o impacto da perturbação mental na capacidade funcional, sendo determinantes em processos de reforma por invalidez, compensações por incapacidade e reintegração profissional ⁵⁶.

Trata-se de uma prática tecnicamente exigente, que requer domínio científico, rigor metodológico e sensibilidade ética. Os principais desafios incluem a análise da imputabilidade (total ou parcial), a deteção de simulação e a avaliação de comorbilidades. O rigor, a clareza e a imparcialidade do perito são indispensáveis para garantir pareceres fiáveis e respeitadores dos direitos fundamentais do examinado.

Caso Clínico:

Por fim, relato brevemente uma perícia psiquiátrica a que assisti, realizada no âmbito de um processo cível, mais concretamente no contexto do regime do maior acompanhado. Tratava-se de uma mulher de 70 anos, com antecedentes de AVC grave em 2020, atualmente diagnosticada com demência vascular. O objetivo geral da perícia era avaliar o diagnóstico e avaliar as medidas de acompanhamento necessárias, incluindo os meios de apoio, face às suas limitações cognitivas e perda de funcionalidade. Um quesito específico desta perícia era avaliar a sua capacidade de autodeterminação e o direito pessoal de fixar residência (estava proposto pelo Ministério Público a institucionalização num Estabelecimento Residencial para Idosos).

Mais do que os défices cognitivos isolados, o foco da avaliação incidiu na funcionalidade da pessoa no seu quotidiano. Foram realizadas diversas perguntas orientadas para compreender o seu grau de consciência sobre a situação, incluindo se sabia o motivo da perícia, se concordava com a institucionalização, qual era a sua vontade, e que dificuldades antecipava na gestão da sua vida. Para apoio à avaliação clínica, aplicou-se o MMSE, entre outros testes dirigidos à análise da autonomia e das funções executivas.

Atendendo à gravidade dos défices cognitivos verificados, e à perda de autonomia nas atividades de vida diária, optou-se por propor uma medida de acompanhamento de representação geral, com a subtração do direito de fixar residência. Ficou prevista uma reavaliação periódica a cada cinco anos.

Discussão

A realização do estágio em Psiquiatria Comunitária no Departamento de Saúde Mental do Hospital de Magalhães Lemos constituiu uma oportunidade privilegiada de integração entre conhecimento teórico e prática clínica. A participação em equipas multidisciplinares e o contacto direto com pessoas em diferentes fases do acompanhamento permitiram desenvolver competências essenciais, como a comunicação empática, a gestão emocional e o trabalho em equipa. Esta experiência proporcionou um entendimento aprofundado do funcionamento da Psiquiatria Comunitária, bem como do perfil e das necessidades das pessoas com perturbações mentais. Em suma, o estágio possibilitou um contacto abrangente com os diversos domínios da Saúde Mental.

Relativamente à abordagem ao doente com perturbação mental urgente, o estágio permitiu compreender melhor os critérios clínico-legais que justificam a invocação da Lei da Saúde Mental, bem como acompanhar o percurso de um utente desde a admissão na urgência psiquiátrica até à progressão para a Unidade de Intervenção Intensiva e para o internamento psiquiátrico, alta para a consulta de Psiquiatria e integração sociofamiliar e comunitária. Neste contexto, subsistem desafios importantes verificando-se uma dificuldade persistente em definir de forma clara e consensual o que constitui uma “emergência psiquiátrica”. Esta indefinição compromete a eficácia da triagem, podendo conduzir ao encaminhamento inadequado de casos para o serviço de urgência. Tal situação potencia um aumento artificial da procura, com impacto direto na sobrecarga das equipas clínicas e dos recursos hospitalares disponíveis. Por outro lado, importa destacar a problemática associada aos critérios de internamento em contexto agudo. Com alguma frequência, continuam a ocorrer internamentos motivados por razões predominantemente sociais, como a ausência de uma rede de suporte familiar ou a inexistência de alternativas terapêuticas na comunidade, nomeadamente em ambulatório. Nestes casos, o internamento é efetuado na ausência de uma descompensação psicopatológica grave ou de um grau de perigosidade que, em rigor clínico e legal, justificasse tal medida. Este duplo desvio – por excesso na triagem de urgência e por internamentos clínico-socialmente discutíveis – contribui de forma significativa para a sobrecarga dos serviços de Psiquiatria, já de si pressionados por limitações estruturais e humanas. A inadequação entre os critérios clínicos e a realidade operacional traduz-se, assim, numa utilização subótima dos recursos, com implicações na qualidade da resposta assistencial e na eficiência do sistema de saúde mental.

No contexto do internamento, foi possível ter um contacto próximo com o quotidiano de pessoas com patologia psiquiátrica em fase aguda. Observar a evolução clínica ao longo do

internamento permitiu compreender o impacto combinado da intervenção farmacológica, psicoterapêutica e relacional na melhoria do bem-estar e funcionalidade dos doentes. A experiência evidenciou, no entanto, que o processo de recuperação não é linear, sendo comuns episódios de recaída, o que exige do clínico uma atitude vigilante, promotora da adesão terapêutica e da continuidade de cuidados. Verificou-se uma elevada frequência de reinternamentos precoces, frequentemente associados a contextos sociofamiliares adversos ou à comorbilidade com perturbações por uso de substâncias.

Adicionalmente, verificou-se que muitos doentes permanecem internados além do tempo clinicamente necessário, não por agravamento do seu estado de saúde, mas por ausência de condições sociais que possibilitem a alta hospitalar em segurança. Trata-se frequentemente de pessoas cuja estabilização clínica já foi alcançada, mas cuja vulnerabilidade social – traduzida na inexistência de suporte familiar, ausência de alojamento digno ou falta de estruturas na comunidade – impede o regresso ao domicílio ou a transferência para uma resposta alternativa. A carência de recursos como Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), famílias de acolhimento, apartamentos com supervisão ou comunidades terapêuticas (especialmente importantes em situações de patologia dual) compromete a continuidade de cuidados fora do hospital.

Esta realidade tem implicações significativas, tanto para os próprios doentes como para o sistema de saúde. A permanência hospitalar indevidamente prolongada expõe estas pessoas a riscos como o hospitalismo, a deterioração das capacidades funcionais, a perda de autonomia e a maior suscetibilidade a infeções nosocomiais. Simultaneamente, limita a disponibilidade de camas para novos internamentos agudos, agravando a sobrecarga dos serviços.

Reforçar a articulação entre os cuidados hospitalares e os recursos sociais e comunitários é, por isso, essencial para garantir uma transição oportuna, digna e adequada à complexidade de cada situação clínica e psicossocial.

Neste contexto, as visitas domiciliárias revelaram-se uma ferramenta fundamental da prática comunitária em saúde mental. A intervenção no domicílio permite uma avaliação mais completa e contextualizada, abrangendo rotinas, dinâmicas familiares, condições habitacionais e redes de suporte. Para além de facilitar a deteção precoce de sinais de descompensação, permite identificar fatores de risco e proteção que passariam despercebidos em contexto institucional. Este modelo reduz também as barreiras no acesso aos cuidados, sendo particularmente relevante para

peessoas com dificuldades económicas, cognitivas, limitações físicas ou ausência de suporte familiar.

As equipas domiciliárias assumem um papel multifacetado, integrando funções clínicas, sociais e motivacionais. A continuidade dos cuidados e a construção de uma relação terapêutica sustentada ao longo do tempo mostraram-se essenciais para a adesão ao tratamento, a promoção da autonomia e a reintegração social das pessoas com perturbação mental. A reabilitação psicossocial no domicílio, especialmente após a estabilização clínica em internamento, revelou-se fundamental para consolidar os ganhos terapêuticos e prevenir recaídas. Apesar da sua importância, esta prática continua limitada por constrangimentos estruturais, como a escassez de recursos humanos e materiais e a elevada carga de trabalho das equipas.

Já a participação em perícias médico-legais constituiu uma vertente particularmente relevante do estágio, permitindo observar a interface entre a psiquiatria e o sistema judicial. A complexidade destas avaliações, que exigem não apenas conhecimento clínico rigoroso, mas também um entendimento aprofundado do enquadramento legal, evidenciou a importância da formação específica nesta área da prática psiquiátrica. Além disso, tornou-se evidente o impacto significativo que uma perícia pode ter na vida dos indivíduos avaliados, destacando a necessidade de uma postura ética, objetiva e fundamentada por parte dos profissionais envolvidos. Esta componente do estágio contribuiu para alargar a compreensão do papel social da psiquiatria e do seu potencial contributo, para além da colaboração com as áreas do direito e da justiça (e do interesse público), na defesa dos direitos das pessoas com doença mental grave.

Para o futuro, seria desejável uma aposta reforçada em políticas públicas que valorizem a psiquiatria comunitária, com financiamento adequado, estabilidade nas equipas e formação contínua dos profissionais.

Conclusão

Este estágio em Psiquiatria Comunitária teve como principal objetivo viabilizar uma aproximação à prática clínica real, permitindo o contacto com diferentes níveis e modalidades de intervenção em saúde mental. Ao longo de 87 horas, estive integrada na realidade dos serviços psiquiátricos em Portugal o que potenciou não só os meus conhecimentos sobre o diagnóstico e tratamento em psiquiatria como também instigou uma reflexão sobre a evolução e o estado atual destes mesmos cuidados. Esta experiência permitiu-me um contacto direto e aprofundado com o modelo comunitário da prática psiquiátrica, centrado na continuidade de cuidados e na reabilitação psicossocial.

A diversidade de contextos e o contacto direto com a complexidade da doença mental catalisou em mim um processo de aprendizagem inestimável para o meu futuro enquanto médica. Esta experiência permitiu-me compreender que a prática psiquiátrica exige mais do que conhecimento técnico: requer flexibilidade, empatia e capacidade de adaptação à singularidade de cada doente. Desenvolvi competências como escuta ativa e comunicação ajustada e aprendi a reconhecer o impacto dos determinantes sociais na doença e a importância de uma abordagem humanista. Cresci também em maturidade emocional, aprendendo a lidar com a incerteza, o sofrimento psíquico e os limites da prática clínica.

Este estágio foi profundamente transformador a nível pessoal. Mostrou-me, de forma marcante como inúmeras pessoas com perturbações mentais enfrentam não apenas o peso da doença, mas também obstáculos imensos no acesso aos cuidados de que tanto precisam. Senti de perto a vulnerabilidade desta população, muitas vezes esquecida ou estigmatizada, e percebi como pequenas barreiras se tornam muralhas para quem já vive em sofrimento. Mais ainda, ter conhecimento da elevada prevalência da doença mental reforça, em mim, o compromisso de ser uma profissional mais consciente, mais próxima e mais humana na forma como cuido.

Considero que um maior contacto com intervenções comunitárias no currículo do estudante de medicina poderia potenciar ainda mais e contribuir para o desenvolvimento da nossa capacidade de adaptação e resposta prática diante da complexidade da patologia mental, capacitando-nos para lidar com as múltiplas realidades da saúde mental na sociedade contemporânea. Aos futuros estudantes, recomendaria uma observação com respeito e a escuta com presença, porque cada pessoa com quem nos cruzamos é uma oportunidade única de crescer como médico e como ser humano.

Esta experiência formativa revelou-se uma travessia pelo lado mais sensível e invisível da medicina — onde a escuta, o tempo e a presença se tornam terapêuticos. Mais do que lidar com diagnósticos, aprendi a encontrar a pessoa por detrás da doença, a sua história e a sua dor. Como afirmou William Osler *“o bom médico trata a doença; o grande médico trata o doente que tem a doença”*. Esta vivência inspirou em mim o compromisso com uma prática médica mais empática, integrada e centrada na dignidade do doente.

Anexos

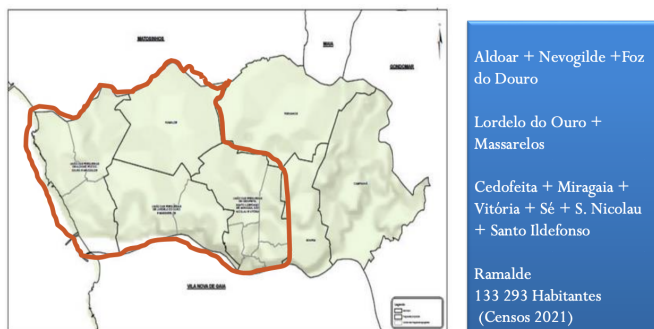


Figura 1- Representação da Distribuição dos Cuidados de Saúde Mental do ACES – Porto Ocidental Fonte: Unidade Técnica para a Reorganização Administrativa do território

Tabela I- Distribuição horária do estágio pelas diferentes valências

Valência	Número de horas dispendidas
Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto na ULS de São João e Unidade de Intervenção Intensiva na ULS de Santo António	8
Internamento do Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental e Serviço de Terapêuticas Especiais e de Inovação	17
Consulta externa	40
Visitas domiciliárias, Grupo de Ajuda Mútua do Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental, Serviço de Reabilitação Psicossocial	17
Unidade de Clínica Médico-Legal Psiquiátrica	5
Total	87

Gráficos

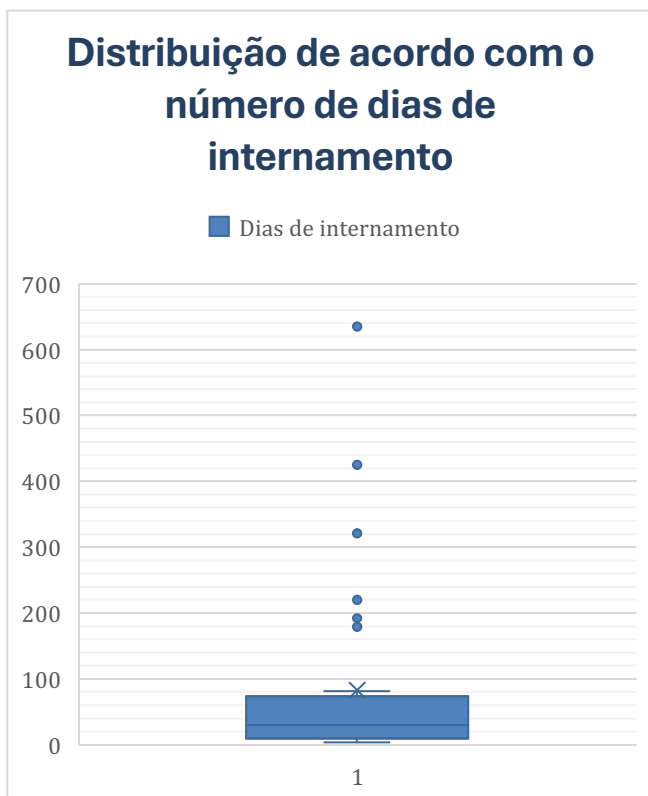


Gráfico 1: Distribuição de acordo com o número de dias de internamento



Gráfico 2: Distribuição de acordo com o sexo

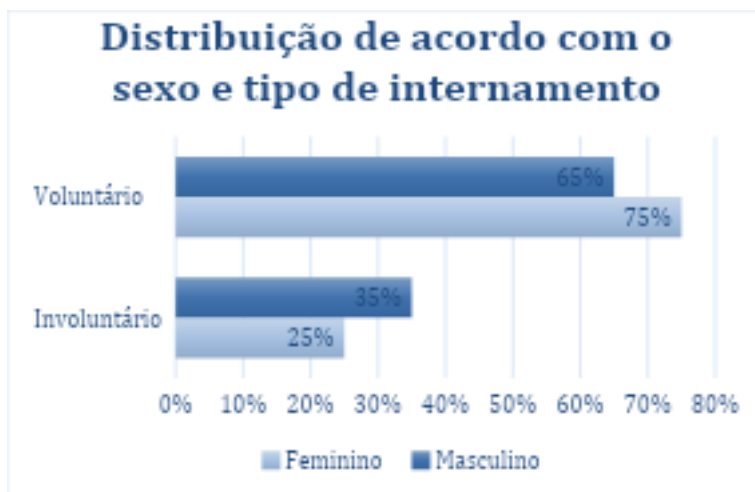


Gráfico 3: Distribuição de acordo com o sexo e tipo de internamento



Gráfico 4: Distribuição de acordo com o tipo de internamento



Gráfico 5: Distribuição da toma de antipsicótico injetável

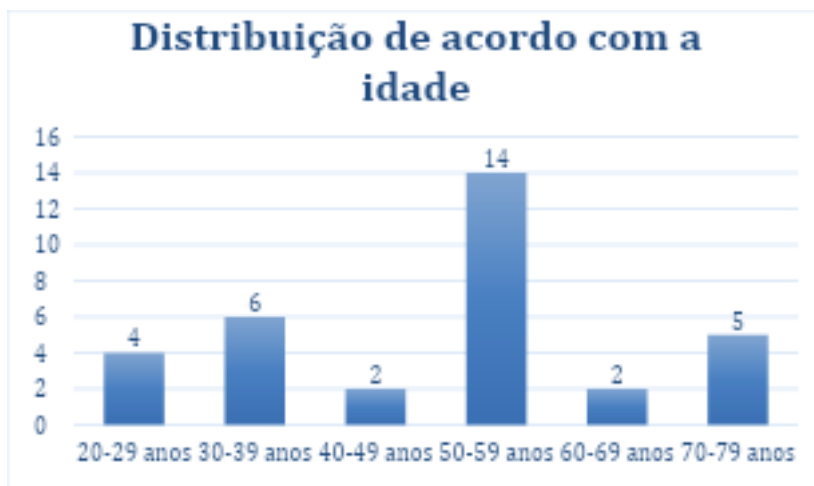


Gráfico 6: Distribuição de acordo com a idade



Gráfico 7: Distribuição de acordo com o diagnóstico

Bibliografia

1. World Health Organization. The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001.
2. Direção-Geral da Saúde. Portugal – Saúde Mental em Números 2015. Lisboa: DGS; 2015.
3. Programa Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016 e Extensão até 2020. Lisboa: DGS; 2017.
4. Fundação Calouste Gulbenkian. Relatório do Estudo sobre a Saúde Mental em Portugal –2015. Lisboa: FCG; 2015.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Perfil de Saúde do País 2023. Paris: OECD Publishing; 2023.
7. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. Perturbação Mental em Números. Lisboa: SPPSM.
8. Pereira JM. A Psiquiatria em Portugal: Protagonistas e história conceptual (1884–1924) [dissertação de doutoramento]. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra; 2015.
9. ACeS Porto Ocidental. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: SNS.
10. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva: WHO; 2022.
11. Silva FN, Lameira D, da Costa JP, Sá F, Rebelo C. Characteristics and challenges of psychiatric emergency services in Portugal: a national survey. *Int J Ment Health Syst.* 2024;18(1):14.
12. Rodrigues M, Silva FN, Rebelo C, Sá F, da Costa JP. Urgent psychiatric care in Portugal: A national survey of services and professionals' perspectives. *Int J Ment Health Syst.* 2021;15(1):23.
13. Rebelo C, da Costa JP, Sá F, Lameira D, Silva FN. Pathways to urgent psychiatric care in Portugal: A study in an emergency department with a psychiatric unit. *Int J Ment Health Syst.* 2021;15(1):47.
14. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2017.

15. Saraiva C, Cerejeira J. *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas; 2014.
16. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187–232.
17. Sheridan Rains L, Johnson S, Barnett P, et al. Early intervention in mental health: an umbrella review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2020;10(5):e035568.
18. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*. 2019;18(3):276–286.
19. Poremski D, Rabouin D, Kurdyak P. Duration of mental health-related civil detentions in Toronto, Canada. *Psychiatr Serv*. 2016;67(9):998–1003.
20. Furtado JP, Caeiro MF, Leuschner A, et al. Psychiatric hospital admission and involuntary treatment in Portugal: legal framework, practices and ethical dilemmas. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:1115.
21. Delgado R. Hospitalismo e dependência institucional: a propósito de um caso clínico. *Psi Logos*. 2017;(27):25–34.
22. Torres T. Internamento psiquiátrico: uma abordagem aos direitos humanos e à nova Lei de Saúde Mental [dissertação de mestrado]. Maia: Universidade da Maia; 2023.
23. Killaspy H, Priebe S, McPherson P, et al. Quality of life, autonomy and satisfaction with care among people with long-term mental health problems in residential settings in England. *Br J Psychiatry*. 2014;205(3):160–167.
24. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. *Eletroconvulsivoterapia: manual clínico – módulo 2*. Lisboa: HFF; 2020.
25. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003;361(9360):799–808.
26. Semkovska M, McLoughlin DM. Measuring retrograde amnesia following electroconvulsive therapy: historical perspective and current issues. *J ECT*. 2013;29(2):127–133.
27. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. *Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007–2016)*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2007.
28. Sampaio D, Garrido MI, Figueira ML. *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Lidel; 2017.

29. Antshel KM, Russo N. Autism spectrum disorders and ADHD: overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(5):34.
30. CAVI - Vida Independente. O que são os CAVI? <https://vidaindependente.org/projectos-piloto/o-que-sao-os-cavi/>
31. CERCIPOM. CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão. <https://www.cercipom.org.pt/servicos-caci-centro-de-atividades-e-capacitacao-para-a-inclusao>
32. Cerbo A, D’Agati E, Operto FF. From Pediatric to Adult Services: A Review of Guidelines and Consensus Statements for the Care of ADHD and ASD Patients. *Brain Sci.* 2020;10(9):637.
33. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry.* 2019;56:14–34.
34. World Health Organization. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener. WHO.
35. Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM. The global burden of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2022;35(6):529–534.
36. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *Lancet.* 2014;383(9926):1536–1546.
37. Hübel C, Gaspar HA, Coleman JRI, et al. Genomics of body fat percentage may contribute to sex bias in anorexia nervosa. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2020;183(7):423–432.
38. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet.* 2020;395(10227):899–911.
39. Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) 2019 – Resultados Preliminares. Lisboa: INE; 2020.
40. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). <https://icd.who.int/en/>
41. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016.
42. Petry NM, Zajac K, Ginley MK. Behavioral addictions as mental disorders: to be or not to be? *Annu Rev Clin Psychol.* 2018;14:399–423.

43. Stinchfield R. A critical review of adolescent gambling instruments. *Int J Adolesc Med Health*. 2014;26(1):3–28.
44. SICAD. Relatório Anual 2022 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: SICAD; 2023.
45. European Association for Psychotherapy. Family Therapy and Systemic Practice. <https://www.europsyche.org/About/Modality-Representations/Psychotherapeutic-Approaches/Systemic-Familytherapy>
46. Jiménez L, Hidalgo V, Baena S, León A, Lorence B. Effectiveness of Structural–Strategic Family Therapy in the Treatment of Adolescents with Mental Health Problems and Their Families. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(7):1255.
47. Carr A. Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *J Fam Ther*. 2019;41(2):153–213.
48. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16(4):11–23.
49. Slade M, Amering M, Farkas M, et al. Recovery: the lived experience of rehabilitation and the role of mental health services. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(2):103–109.
50. Silva T, Mendes A. Reabilitação Psicossocial em saúde mental: práticas e desafios. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2015;(14):39–46.
51. Santos J, Oliveira J. A prática de enfermagem nas equipas comunitárias de saúde mental: perceções de enfermeiros. Biblioteca Digital do IPB. 2021.
52. Freitas CM dos S. A Humanização dos Cuidados como Caminho para a Excelência da Prática de Enfermagem [Relatório de Estágio]. Universidade Católica Portuguesa; 2017.
- Gago C, Sousa C.
53. Dias V, Costa J. Equipa de intervenção comunitária em saúde mental: relato de experiência. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2017;(17):46–53.
54. A importância da visita domiciliária na continuidade de cuidados em saúde mental. Repositório Científico do IPBeja. 2019.
55. Leff J, Vaughn C. Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. New York: Guilford Press; 1985.

56. Barros J, Maia Â. A prática pericial médico-legal psiquiátrica em Portugal: uma análise dos seus fundamentos ético-legais. *Rev Port Psiquiatr Forense*. 2012;1(1):23–32.
57. Código de Processo Penal. Artigos 151.º, 159.º e 160.º. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109
58. Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/49-2018-116043536>
59. Lei n.º 147/99, de 1 de setembro. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/147-1999-408809>

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

