



**Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina
Ano Letivo 2011/2012**

ESTÁGIO EXTRACURRICULAR EM PSIQUIATRIA

Diogo Fonseca da Silva

**Orientador
Dr. José Queirós**

**Coorientadora
Dra. Paula Valente**

Porto 2012

Resumo

Relatório do Estágio extracurricular em Psiquiatria, com orientação do Dr. José Queirós e coorientação da Dra. Paula Valente, com a duração de 80 horas, que decorreu nas Unidades de Hospital de Dia (38 horas), Psicogeriatría (4 horas), Consulta Externa (8 horas), Internamento de Doentes Agudos e Residentes (2 hora) e Serviço de Intervenção Intensiva (28 horas) do Hospital de Magalhães Lemos, EPE.

Objetivos: adquirir novas competências na abordagem do doente com patologia Psiquiátrica, nomeadamente no que diz respeito à realização de anamnese, diagnóstico, notas de admissão, diários clínicos e tratamento; reflexão acerca do estabelecimento de Relação Terapêutica e dinâmica da equipa multidisciplinar, o papel do Médico Psiquiatra e discussão de questões comuns da Psiquiatria, recorrendo a informação atualizada e na perspetiva de Medicina Baseada na Evidência; contato direto com o doente, sua análise biopsicossocial e integração com outras patologias Médicas.

Atividades empreendidas: acompanhei a coorientadora Dra. Paula Valente na sua prática clínica diária, nomeadamente na realização de notas de admissão, diários clínicos, anamnese, exame físico, discussão de sinais e sintomas, diagnóstico e propostas terapêuticas.

Conclusões: a Psiquiatria é um ramo da Medicina com perspectivas de imenso crescimento com base na intensa investigação na neurobiologia que se verifica atualmente. No entanto, a compreensão do doente geralmente necessita do conhecimento da sua história pessoal, pensamentos, sentimentos, experiências e comportamentos, pelo que é necessário um aperfeiçoamento contínuo da colheita da anamnese. Com este Estágio, aprofundei conhecimentos teóricos e práticos da Psiquiatria que poderão ser úteis na minha futura prática clínica.

Abstract

Report of the extracurricular Internship in Psychiatry, under the supervision of Dr. José Queirós and cosupervision of Dr. Paula Valente, with the total duration of 80 hours, that has taken place in Hospital de Dia (38 hours), Psicogeriatría (4 hours), Consulta Externa (8 hours), Internamento de Doentes Agudos e Residentes (2 hours) and Serviço de Intervenção Intensiva (28 hours) of Hospital de Magalhães Lemos, EPE.

Objetives: learning new skills on the management of patients with Psychiatric disease, particularly in regard to anamnesis, diagnosis, admission notes, clinical diaries and treatment; reflexection about the establishment of a Therapeutic Relationship and dynamics of the multidisciplinary team, the role of the Psychiatrist and discussion of common issues of Psychiatry, using updated information and relying on the perspetive of Evidence Based Medicine; direct contact with the patient, his biopsychosocial analysis and integration with other Medical conditions.

Activities undertaken: I followed the cosupervisor Dr. Paula Valente in her daily clinical practice, that included admission notes, clinical diaries, anamnesis, physical examination, discussion of signs and symptoms, diagnosis and treatment proposals.

Conclusions: Psychiatry is a branch of Medicine with tremendous prospects of growth based on the intensive neurobiology research that occurs nowadays. However, comprehension of the patient usually requires deep understanding of his personal history, thoughts, feelings, experiences and behaviors, so it demands a continuous improvement on the history-taking. With this Internship, I deepened my theoretical and practice knowledge about Psychiatry which may be useful in my future clinical practice.

Índice

Introdução	Página 1
Desenvolvimento	
Hospital de Dia	Página 2
Serviço de Intervenção Intensiva	Página 6
Unidade de Internamento de Doentes Agudos e Residentes	Página 11
Unidade de Psicogeriatría	Página 12
Consulta Externa	Página 14
Discussão	Página 16
Conclusão	Página 18
Bibliografia	Página 19

Introdução

No âmbito da unidade curricular Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio, a escolha de fazer um Estágio na área da Psiquiatria não surgiu necessariamente do intuito de prosseguir este caminho na formação pósgraduada. Pelo contrário, senti necessidade de contatar com um maior número de doentes com patologia Psiquiátrica e partilhar da prática clínica e ensinamentos de médicos com experiência na área. As capacidades, atitudes e conhecimentos aprendidos no âmbito da Psiquiatria são relevantes para todos os Médicos (Harrison *et al*, 2005) e a forte demarcação entre a Psiquiatria e outras especialidades Médicas que é estabelecida tradicionalmente (e perpetuada pelos próprios Médicos às gerações mais novas de estudantes de Medicina) é uma ideia obsoleta sustentada pela ausência de uma base biológica claramente estabelecida que explique as Doenças Mentais. Verifica-se uma expansão da compreensão neurobiológica das Perturbações Mentais a acompanhar o desenvolvimento da imagiologia cerebral e da genética molecular. Considero no entanto que a compreensão dos fenómenos psicológicos terá sempre de ter em conta o substrato social e cultural do individuo e que o fenótipo de uma Doença Mental resulta de uma intrincada teia de interações entre o genótipo e o ambiente. A doença mental é em termos figurativos um imenso *puzzle* do qual dispomos apenas de algumas peças, sendo que é também dependente de aspetos de ordem cultural, isto é, em determinada cultura um comportamento pode ser aceite como normal enquanto que noutra é considerado disruptivo.

Durante a realização do Estágio passei pelo Hospital de Dia (38 horas), Unidade de Psicogeriatria (4 horas), Consulta Externa (8 horas), Unidades de Internamento de Doentes Agudos e Residentes (2 hora) e Serviço de Intervenção Intensiva (28 horas) do Hospital de Magalhães Lemos, EPE. Descrevo os doentes mais significativos que vi e os que permitem uma discussão mais profunda do quadro psicopatológico, indo de encontro ao Regulamento da Unidade Curricular que preconiza entre outros: o “relato circunstanciado de toda a atividade médica e científica realizada”, os “conhecimentos e a aprendizagem adquiridos” e as “vivências e emoções experimentadas”. De notar que tentei inicialmente não repetir doenças, no entanto veio a tornar-se uma tarefa impossível, pois o doente não é uma doença, mas antes um ser biopsicossocial ao qual várias variáveis individuais se juntam e interagem para modular a expressão da sua Doença Mental.

A descrição das atividades desenvolvidas está descrita nas páginas seguintes.

Hospital de Dia

Estive um total de 38 horas e assisti às Reuniões de Serviço e Entrevistas de Admissão. Este Serviço destina-se a utentes com Perturbações de Personalidade, patologia Neurótica, situações de impasse terapêutico ou nas situações em que se está perante um quadro de difícil caracterização diagnóstica pelo que é necessário um seguimento mais intensivo e estruturado do que o permitido pelo seguimento em Consulta Externa.

Aquando da admissão dos doentes é estabelecido um contrato terapêutico entre a equipa e o doente com regras bem definidas tais como a obrigação de guardar sigilo acerca dos outros doentes, a participação nas consultas e atividades, a proibição do consumo de substâncias ilícitas e estabelecimento de relacionamentos fora do Hospital.

O Hospital de Dia é constituído por Médicos, Enfermeiros, uma Terapeuta Ocupacional, uma Psicóloga e a Secretária. É dirigido pela Dra. Paula Valente, mas dado que funciona no conceito de multidisciplinidade, os planos de tratamento são discutidos e elaborados em conjunto, com a participação dos membros de todos os grupos profissionais, em oposição a um somatório de intervenções isoladas de cada elemento da equipa. Só com um plano terapêutico com objetivos claros e uma abordagem coerente com que toda a equipa se identifique se podem gerir doentes difíceis.

Nesta Unidade é recriado um ambiente social experimental, com atividades de Terapia Ocupacional, momentos de interação grupal livre, Terapia de Grupo e Individual. O estudo destas pessoas não passa apenas pela discussão do paciente individualizado, mas da interação do doente com os outros doentes, do doente com os vários membros da equipa e, a análise de todo o conjunto, uma vez que consoante a personalidade do Profissional de Saúde, pode haver sentimentos antagónicos (por exemplo, sentimentos de repulsa e de proteção) que também são fonte de informação e devem ser analisados. Como constatei, os nossos próprios sentimentos, emoções e questões pessoais não resolvidas são críticos para a leitura da problemática do doente, pois tudo o que vemos tem um filtro constituído pelas nossas próprias experiências e padrões de funcionamento mental. É portanto importante um Médico em geral, e um Médico Psiquiatra em particular, fazer uma análise dos seus próprios sentimentos pois os movimentos de contratransferência podem ter implicações na Relação Terapêutica. Outro aspeto importante da livre expressão de sentimentos é que permitem uma crescente coesão da equipa, avaliar as dificuldades pessoais, facilitar o distanciamento correto e diminuir a ocorrência de interferência por de

fatores de ordem pessoal. Mais ainda, permite aumentar a tolerância dos Profissionais de Saúde em relação aos doentes mais difíceis e elaborar a sua frustração, havendo portanto menor probabilidade de os seus sentimentos contaminarem a relação com o paciente.

Um exemplo de um caso que foi proposto para integrar o Hospital de Dia por dúvidas no estabelecimento de um diagnóstico foi o caso de um jovem de 19 anos com uma história de Abuso de Substâncias, sintomas depressivos, esvaziamento afetivo, isolamento e ideação suicida. Este jovem apresentava problemas diagnósticos importantes, dado que a história atual tanto se podia dever ao Abuso de Substâncias, uma Perturbação do Humor, ou ainda estar a desenvolver progressivamente sinais de Esquizofrenia, podendo encontrar-se na fase prodrómica da doença. A distinção entre estas etiologias tem importância prognóstica e terapêutica.

Das várias histórias que conheci no Hospital de Dia, a mais rica em termos pedagógicos e humanos foi o caso de uma senhora com cerca de 25 anos que contava ter sido vítima de uma violação por parte de um desconhecido e desde então dizia ter fobia de estar junto de homens. Nas sessões de Terapia Ocupacional evitava sistematicamente sentar-se junto a outros pacientes do sexo masculino e tendia para o isolamento. No entanto, a possibilidade de violação era contestada pelo pai, havendo de fato incongruências no relato temporal, não sendo contudo suficientes para verificar a existência de simulação ou uma Perturbação Fática. O diagnóstico diferencial entre estas duas situações faz-se na medida em que na simulação há produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou exagerados, motivados por incentivos externos tais como a obtenção de compensações económicas, enquanto que na Perturbação Fática estão ausentes incentivos externos para o comportamento (American Psychiatric Association, 2000). Em ambas as situações, isto é, quer ela tivesse sido violado ou não, estamos perante um caso grave que merece ser estudado. Ao longo do tempo, esta doente foi tendo cada vez mais comportamentos apelativos, chegando a mimetizar os comportamentos relatados pelos outros pacientes, como sejam a ingestão de acetona e desmaios frequentes.

Outra característica interessante do trabalho no Hospital de Dia é a perspetiva holística com que encara os pacientes e a abrangência de diversas esferas da sua vida pessoal. Relato o caso de uma paciente com uma Perturbação *Borderline* da Personalidade. A característica essencial desta Perturbação da Personalidade é um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem e afetos, bem como uma impulsividade marcada com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos. Os sujeitos com esta Perturbação da Personalidade fazem esforços frenéticos para evitar o abandono,

que podem passar por atos impulsivos com intenção autodestrutiva tais como automutilação ou comportamentos suicidas. O padrão de relacionamentos é intenso e instável e podem entrar em rutura consigo próprias quando um objetivo está à beira de se concretizar (por exemplo, abandonar a escola perto da sua conclusão). Globalmente, estima-se que tenha uma prevalência de cerca de 2% na população geral americana (American Psychiatric Association, 2000). Não havendo dados acerca da prevalência em Portugal, penso que a extrapolação para a nossa realidade seja possível.

A paciente em questão tinha perdido recentemente a guarda legal da filha, passando esta a estar a cargo da sua mãe, e tinha uma história de relacionamentos instáveis e conflituosos, consumo de tóxicos e comportamentos agressivos, tendo recentemente destruído o quarto da filha. A possibilidade de se tornar agressiva no Hospital de Dia quando sentisse uma posição de oposição por parte da equipa era uma realidade. A Dra. Paula Valente enfatizou a necessidade de se ter uma postura firme e a importância de se antecipar a falar sobre este assunto na consulta de modo a prevenir a passagem ao ato. Ao longo do tempo, vinha a revelar uma postura de oposição e rutura com a equipa do Hospital de Dia e demonstrava pouco interesse em aderir às atividades propostas, pelo que se discutia nas Reuniões de Serviço a razão pela qual a doente continuava a frequentar o Hospital de Dia, se seria com a expectativa de melhorar os seus problemas ou se pretendia obter um ganho secundário, no sentido em que ao frequentar um programa Psiquiátrico passasse uma imagem de “doente reabilitada”. Nas Reuniões de Grupo entre os utentes e a equipa, a participação é livre e sem tema definido, permitindo aos doentes a partilha das suas vivências e sentimentos, bem como a identificação com problemas comuns a outros doentes e a reflexão sobre o seu percurso pessoal e padrões de funcionamento desadaptativos. Essa paciente mantinha um discurso bastante apelativo, emocionando os outros pacientes com a descrição dramática da perda da filha. Os pacientes são livres de dizer apenas aquilo que desejarem, e ela omitia inicialmente os seus comportamentos agressivos do resto do grupo. Porém, com o decorrer do tempo, e devido aos inúmeros comportamentos agressivos de que foi protagonista no Hospital de Dia, os outros pacientes foram-se apercebendo da realidade, tendo menos ressonância emocional e demonstrando menos solidariedade para com a situação dela. Ela apercebeu-se disso, o que agravou ainda mais a sua adesão ao plano do Hospital de Dia.

Nas Entrevistas de Admissão, ocorre uma reunião entre o doente e toda a equipa. O doente fala um pouco da sua história e das suas preocupações, as suas expectativas e motivações para o tratamento, toma conhecimento da rotina do Hospital de Dia e das suas obrigações, e se decidir integrar o grupo e a equipa considerar que a sua entrada é benéfica para ele,

acordam uma data para começar. Assisti à admissão de uma jovem de 24 anos que era finalista do curso de Terapia da Fala que teve um Episódio Depressivo próximo do seu término quando apenas lhe faltava discutir a sua Tese de Mestrado e que entretanto fez duas tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa. Ela foi convidada a falar um pouco do que se tinha passado na altura deste episódio contando que não tinha entrada para aquele curso por vocação, que sentia pressão para não dececionar os seus pais e que se ligava demasiado às histórias de vida das pessoas que tratava. Quando se aproximava o fim do curso, começou a colocar em causa o investimento pessoal que tinha feito em todos aqueles anos, iniciando deste modo um quadro de sintomas depressivos e ansiosos que culminaram em abandonar a discussão do seu trabalho. Ela tem história pessoal de outro Episódio Depressivo quando iniciou a faculdade. Segundo opinião da equipa, esta doente teria vantagem em frequentar o Hospital de Dia, em primeiro lugar como medida de contenção dos seus impulsos suicidas, em segundo lugar para estudar o seu funcionamento mental, as suas relações pessoais e as suas motivações, tendo em conta que se trata de uma pessoa jovem com forte possibilidade de ter uma vida funcional com a resolução deste conflito interno.

Serviço de Intervenção Intensiva

Estive presente num total de quatro vezes (28 horas: 10 + 4 + 10 + 4). O Serviço de Intervenção Intensiva recebe doentes agudos provenientes da Urgência Metropolitana do Hospital de São João, incluindo doentes enviados com mandado de condução judicial para proceder ao respetivo internamento compulsivo (na maioria dos casos tratavam-se de doentes com patologia Psicótica descompensada), e também doentes da região norte do país quando não havia vagas nos Hospitais da sua zona de residência. Ao Médico que está no Serviço de Intervenção Intensiva cabe auxiliar em algum problema ou dúvida que ocorra em outras Unidades do Hospital quando não houver outro Médico disponível. Nesse sentido, fomos solicitados a ir ao Internamento algumas vezes que descrevo em seção própria.

Na primeira noite em que frequentei este Serviço tinha havido um grande número de admissões e, não havendo camas disponíveis para todos os doentes, alguns tiveram de dormir em cadeirões. Alguns doentes entenderam a situação como desconsideração pessoal e mostraram o seu descontentamento, havendo mesmo um que durante a discussão com um dos Enfermeiros o chegou a agredir. Esse doente, uma vez que foi internado voluntariamente, decidiu assinar o Termo de Responsabilidade, e ir embora. Além disso, havia um doente num quarto isolamento que havia momentos em que dava pancadas na parede ininterruptamente, parando para o voltar a fazer minutos depois, o que no início da noite me angustiava.

Nessa noite recebemos uma doente com 30 anos com Doença Depressiva do Humor, que foi interpretada como tendo risco aumentado de suicídio e que estava acompanhada pela irmã. A entrevista de admissão no Serviço de Intervenção Intensiva, como me apercebi nessa primeira noite, não se pretende que seja bastante detalhada em termos do percurso pessoal dos doentes, mas sim direcionada para a situação aguda. No entanto, a conversa com a doente e a sua irmã, bem como o aspeto físico da doente, permitiu tirar inferências que devem ser registadas para posterior estudo pelo Médico que acompanhe o caso. Durante a anamnese é necessário pesquisar por um fator de *stress* que possa ter motivado o quadro atual. No caso desta doente, a irmã relata que houve na noite anterior um encontro com um pretendente do qual resultou uma possível rutura amorosa. A doente recusou-se a falar neste episódio, mas é provável que a sua descompensação aguda possa ter ocorrido devido a esta situação. Um aspeto interessante deste caso é o fato das duas irmãs se terem casado bastante novas com parceiros violentos, estarem ambas divorciadas

e terem voltado a morar com os pais. O pai é alcoólico e havia história de agressões físicas e psicológicas, pelo que os seus casamentos surgem da necessidade de sair de casa, numa falsa autonomização. Ocorre portanto um padrão familiar de relacionamentos, com repetição transgeracional dum mesmo relacionamento violento.

De dados importantes da história médica ficou em destaque a coexistência de hipertiroidismo, que entra no diagnóstico diferencial de uma Perturbação do Humor. O hipertiroidismo é uma doença com repercussões em praticamente todos os sistemas orgânicos. Particularmente ao nível do sistema nervoso central pode provocar nervosismo, hiperatividade, inquietação, labilidade emocional e distúrbios do sono, bem como alterações da personalidade mais inespecíficas. As alterações comportamentais podem predominar no quadro clínico de alguns doentes (O'Brien *et al*, 2006), o que pode passar despercebido a alguns médicos mais atentos a sintomas cardiovasculares ou gastrointestinais, com rotulação fácil destes sintomas como secundários a uma Perturbação Ansiosa ou do Humor.

Os dias seguintes tiveram uma menor afluência de doentes o que permitiu uma maior reflexão acerca dos doentes e também acerca da formação complementar em Psiquiatria. Para além do interesse pela especialidade, tinha dúvidas acerca do funcionamento do Internato e preocupações acerca do papel do Médico Psiquiatra no futuro, por exemplo no que diz respeito à ênfase que é cada vez mais colocado em torno da produtividade, com o prejuízo que possa ter para ouvir e pensar sobre os doentes.

Outro assunto discutido surgiu na sequência de uma doente de 19 anos com Atraso Mental que pedia incessantemente para ir para casa para junto dos pais. Tendo em conta que tinha uma idade mental bastante inferior à sua idade biológica, uma questão que eu pus foi se não faria sentido haver a possibilidade de estes doentes ficarem internados com a companhia dos pais à semelhança do que acontece com os Internamentos em Pediatria, coisa que não se faz, por um lado por questões logísticas, e por outro pelo fato de estes internamentos às vezes ocorrerem precisamente para alívio temporário do cuidador.

Um problema com o qual nos deparámos frequentemente foi a questão da má adesão à terapêutica e importantes efeitos laterais dos psicofármacos. Um fato para o qual a Dra. Paula Valente me chamou à atenção é a Síndrome Maligna dos Neurolépticos que ocorre em 0.02 a 3% dos doentes tratados com estes psicofármacos, e que é fatal em 10 a 20% dos doentes, sendo caracterizada por alterações do estado mental, rigidez, febre e disautonomia (Lemos *et al*, 2010). Vi uma doente que desenvolveu um quadro depressivo grave com características psicóticas devido a um problema de disputa da guarda da filha que

se encontrava prostrada e com diminuição do nível de consciência, com uma fâcies dolorosa. Como estava medicada com haloperidol intramuscular, havia a preocupação de manter uma vigilância apertada dado que o estado de prostração poderia ocultar esta Síndrome. Um dado do exame físico que tornava esta hipótese menos provável foi o sinal da roda dentada negativo.

Houve também o caso de uma doente com o mesmo diagnóstico, embora de menor gravidade que possibilitou uma discussão interessante. Tratava-se de uma senhora de 56 anos que desenvolveu um quadro depressivo em 2008, descrito no relatório do Médico Psiquiatra que a seguia desde então como tendo surgido na sequência da falência da empresa de construção civil do marido e a tentativa de penhora dos seus bens. A doente apresentou-se no Serviço de Intervenção Intensiva com um delírio do tipo persecutório e de ruína, cujo conteúdo incidia sobre o fato de que o Estado iria penhorar os seus bens e ela ficaria na miséria. Portanto, o seu conteúdo não era bizarro, isto é, era minimamente plausível e compreensível. Ela trazia consigo uma carta do Ministério da Finanças que fez questão de nos mostrar e que acreditava conter o aviso da penhora, mas cujo conteúdo não estava relacionado. Uma ideia delirante pode ser difícil de distinguir de uma convicção muito forte acerca de um assunto. Como a sua convicção era inabalável apesar da evidência clara que contrariava a sua veracidade, a hipótese de uma ideia delirante em oposição a uma ideia fortemente mantida torna-se mais provável.

Outro caso bastante interessante, foi o de um doente de 34 anos com história de consumo de *cannabis* e Esquizofrenia diagnosticada aos 24 anos, tendo má adesão à terapêutica com risperidona na fórmula injetável *depot*, que tinha um mandato de internamento compulsivo na sequência de uma agressão ao pai durante uma fase ativa da doença. Não tendo sido possível ainda demonstrar um efeito causal inequívoco, o consumo desta droga parece duplicar o risco de vir a desenvolver Esquizofrenia (Smit *et al*, 2004), e pela minha passagem pelo Hospital de Magalhães Lemos verifiquei que uma grande percentagem de doentes consumia drogas ilegais. Apesar de ser frequente a coexistência de Abuso de Substâncias com outras Perturbações Mentais (American Psychiatric Association, 2000), o número de doentes com Abuso de Substâncias é notoriamente inferior nas outras especialidades Médicas e Cirúrgicas, segundo a minha experiência pessoal. Refletindo acerca do assunto, considerei possível estar também em causa o fato de este dado da caracterização do estado de saúde ser mais vezes omitido nas outras especialidades, por haver uma menor probabilidade desta informação interferir com a história da doença atual, do ponto de vista fisiopatológico.

Na sequência da entrevista, o doente revelou ter crítica parcial do seu estado, mas mantinha ainda um delírio residual: dizia que no dia anterior se sentia perseguido por traficantes de droga e que tinha um escondido na mala do carro do pai a espiá-lo. Reconhecia agora que era exagero seu, “não fazia sentido ter alguém na mala do carro”, no entanto, mais há frente referiu que tinha uma ferida no dedo e colocou a hipótese de alguém ter entrado à noite no seu quarto e tê-la feito como “aviso”. Referiu também que ouvia vozes no dia anterior, mas negava alucinações atualmente. No entanto, no final da entrevista, quando o doente abandonou a sala, a Dra. Paula Valente perguntou-me se eu tinha reparado na pausa que o doente fez enquanto estava a falar. Eu não tinha reparado, e a Dra. Paula Valente aproveitou para me explicar que por vezes os doentes quando têm uma alucinação auditiva param o que estão a fazer para se concentrarem na mensagem que estão a ouvir e, se o estímulo for suficientemente forte, olham na direção de onde percebem que vem a voz. Outro aspeto importante consiste no problema da má adesão terapêutica no contexto da Esquizofrenia com taxas de aproximadamente 50% (Lacro *et al*, 2002) e com o qual me deparei frequentemente. De notar contudo que as taxas de abandono do tratamento era maior antes do advento dos antipsicóticos de segunda geração devido à maior incidência de efeitos laterais (Kemmler *et al*, 2005). A não adesão ao tratamento pode ocorrer por diversas e variadas causas. Houve uma doente com um padrão de humor maníaco que recusava tomar a medicação pois dizia perder a sensação de comunhão com a natureza. Outra doente recusava o tratamento com Respiridona *depot* por lhe causar dor no local da injeção.

Houve outro doente com Esquizofrenia com ideação suicida em que predominavam os sintomas negativos da doença, nomeadamente um marcado embotamento afetivo e alogia. Estes sintomas podem ser característicos da doença, ser secundários ao efeito da medicação, consequência de um estado depressivo concomitante, ou ainda como consequência do isolamento social com diminuição da estimulação ambiental e desmoralização que evolui para uma apatia aprendida. Para fazer a distinção é necessário uma história detalhada destes sintomas nomeadamente da sequência cronológica e relação com a instituição de terapia. Uma pista que pode auxiliar na distinção entre sintomas negativos e sintomas depressivos é o fato de que sujeitos com sintomas de Depressão apresentam tipicamente um afeto dolorosamente intenso, enquanto aqueles que sofrem de Esquizofrenia têm uma diminuição ou ausência de afetos (American Psychiatric Association, 2000). Causou-me desconforto a postura imóvel do doente e a sua reduzida expressão corporal, mas o que me impressionou sobremaneira foi a maneira objetiva como descreveu as razões pelas quais se queria suicidar e como o pretendia fazer, denotando

um distanciamento afetivo, como se não estivesse a falar dele próprio ou como que descrevendo alguma coisa trivial. Este estado de anestesia afetiva constitui um risco extremamente elevado de suicídio e não deve ser nunca desvalorizado apenas pelo fato de não estar associado a outras características de patologia Neurótica, tais como uma grande apelatividade, choro fácil e dramatização.

Vi uma doente de 31 anos sem história de doença Psiquiátrica passada que desde há cerca de uma semana atrás tinha iniciado um comportamento não habitual de agressividade, isolamento, ideias delirantes do tipo persecutório e choro fácil que saía de casa à noite aparecendo posteriormente nua. Quando foi encontrada, trazia consigo haxixe. No Hospital de São João esteve em estado de agitação psicomotora, tendo sido instituída terapêutica antipsicótica e ansiolítica, pelo que quando deu entrada no Hospital de Magalhães Lemos estava sedada. Falamos com a sua irmã que relata uma pessoa até à altura funcional, mas que tinha recentemente terminado uma relação e feito um aborto fruto dessa mesma relação. O diagnóstico diferencial desta doente passa pela distinção entre um Distúrbio Afetivo ou um Distúrbio Psicótico concomitante com consumo de drogas. Esta distinção é frequentemente difícil e complicada precisamente pelo consumo de drogas, que tanto pode ser causa etiológica, intensificador da sintomatologia ou fator confundidor. Entretanto, é necessário um afastamento do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais que tem em conta critérios rígidos de evolução temporal, dado que a doente foi abordada precocemente no curso da sua doença.

Outro caso interessante foi o de uma senhora de 56 anos com história de Dependência de Álcool. Apresentava um consumo progressivo, bebendo atualmente cerca de 240 gramas de álcool por dia e tinha também história familiar. Na altura da entrevista, a doente já não bebia há 15 horas, pelo que a anamnese e exame físico passaram pela pesquisa de sinais e sintomas de abstinência, nomeadamente diaforese, tremor das mãos, história passada de convulsões, insónia, agitação psicomotora, ansiedade, náuseas ou vómitos, tendo a doente apenas tremor das mãos. De notar também que a doente referia nunca ter tido coragem para falar com o seu Médico de Família acerca deste assunto, pois sempre que o consultava, ele não lhe dava espaço para expor as suas preocupações. Posteriormente, o seu Médico ficou de baixa prolongada, sendo substituído por outro Médico no seu Centro de Saúde. Com este novo Médico, a doente sentiu-se à vontade para expor os seus problemas de alcoolismo e foi na sequência dessa conversa que ela se apresentou naquele dia para internamento voluntário.

Unidade de Internamento de Doentes Agudos e Residentes

Frequentei o internamento pelo período total de 2 horas, acompanhando a Dra. Paula Valente durante o seu período destinado ao Serviço de Intervenção Intensiva sempre que era necessária intervenção Médica.

Houve o caso de um idoso internado que sofreu uma queda da qual resultou uma solução de continuidade da pele na região parietal e a Dra. Paula Valente foi chamada a dar o seu parecer acerca da necessidade ou não de sutura daquela região. De notar que a queda não tinha sido observada e havia o risco de ter resultado um hematoma subdural, pelo que foi necessário chamar uma ambulância e destacar alguém para acompanhar o doente ao Hospital de Pedro Hispano.

Em uma outra situação, um doente internado foi à consulta de Neurologia e veio com a prescrição de uma medicação mas sem indicação no registo clínico da via de administração pelo que foi necessário contactar o colega. Esta é uma situação frequente na prática clínica na qual os Médicos, por prescrição repetida de determinado fármaco, dão por adquirido que os colegas de outras especialidades conhecem o modo de administração.

Também acompanhei a realização de um diário clínico de uma doente com o diagnóstico de Perturbação Bipolar internada por ideação suicida. O diário clínico deve fazer menção à evolução do estado clínico da doente, nomeadamente a resposta à terapêutica, e aprofundar a história do doente quando relevante. Os doentes tendem em partilhar progressivamente as suas preocupações em oposição de o fazerem na primeira entrevista e, para além disso, sentem-se mais confortáveis com uns Médicos do que com outros, pelo que a história é um *continuum* durante o internamento. A doente trabalha na empresa Refer e queixava-se de *mobbing* no local de trabalho mantendo rumações acerca destes problemas, um discurso prolixo e pressão de discurso. Tinha ideação suicida repetidamente por trucidamento por comboio, o que neste grupo de doentes é particularmente perigoso, dado que o suicídio consumado ocorre em 10-15% dos sujeitos, sendo mais prováveis quando o sujeito se encontra num estado depressivo ou misto (American Psychiatric Association, 2000).

Unidade de Psicogeriatría

Na Unidade de Psicogeriatría estive um total de 4 horas assisti a uma reunião de Serviço, uma sessão de Terapia de Reminiscências acompanhando a Terapeuta Ocupacional Teresa Santos e uma sessão do Grupo de Apoio Mútuo.

As Reuniões de Serviço são realizadas na segunda e sexta-feira e descrevem a evolução dos doentes internados, integrando os diversos profissionais de saúde que constituem o serviço, nomeadamente Médicos, Enfermeiros, uma Psicóloga, uma Terapeutas Ocupacional e uma Assistente Social.

Em doentes idosos existe muitas vezes a existência de comorbilidades orgânicas (nesta reunião discutiu-se a evolução de uma infeção do trato urinário e sua relação com as flutuações do estado mental da doente), bem como questões de ordem social, nomeadamente a preparação da alta e assegurar a existência de um suporte familiar e social para receber este grupo de doentes particulares, nos quais a perda de autonomia é uma questão muito importante. Para além da descrição dos parâmetros hemodinâmicos, deu-se ênfase à discussão dos problemas de sono dos doentes e do relacionamento entre estes, bem como os seus antecedentes pessoais de doenças Neurológicas e Psiquiátricas e a evolução dos seus sintomas, quer da esfera cognitiva quer da capacidade funcional. Nestas reuniões ficou subjacente a existência de doentes com a condição clínica estável que aguardavam a alta precisamente por questões sociais.

A sessão de Terapia das Reminiscências constituiu uma mais-valia para o meu Estágio pois foi uma das áreas com as quais não contatei durante o curso e que desconhecia como abordagem ao doente com patologia Demencial. Nestas sessões são escolhidos doentes que possam beneficiar de estratégias que estimulem a recordação de memórias de longa duração, nomeadamente a memória declarativa e episódica com o objetivo de retardar a progressão da doença e aumentar a sua autoestima por meio de manutenção da sua identidade pessoal. A sessão começa com o Teste da Realidade, na qual os doentes devem identificar o espaço (cidade, instituição) e o tempo (período do dia, mês, estação) em que se encontram com recurso a um quadro com figuras para colar, estimulando a sua orientação temporoespacial. Quando assisti a esta sessão estávamos próximos do 25 de abril, acontecimento que foi aproveitado para fazer os doentes retroceder a esse período da sua vida, recordando as suas vivências e emoções com recurso a figuras importantes na revolução e músicas que os doentes deveriam identificar. Eram questionados acerca das

suas profissões, a sua idade e as diferenças entre o pré e pós 25 de abril. Durante a sessão, a Terapeuta Ocupacional teve de gerir a dinâmica do grupo, estimulando os doentes apáticos a partilharem as suas experiências. Houve uma doente que adormecia sistematicamente e um doente que apesar de fluente se veio a revelar ao longo da sessão como um discurso circular, pobre em conteúdo.

Frequentei uma reunião do Grupo de Apoio Mútuo. Este Grupo é constituído por uma Enfermeira, uma Assistente Social e uma Psicóloga e foi pensado nos cuidadores, sendo estes convidados em partilhar as suas experiências e preocupações com outros que partilham da mesma situação. Os cuidadores constituem também um grupo de risco por terem sobre eles a responsabilidade de cuidar de pessoas com autonomia limitada. Geralmente são familiares, pelo que existe também uma carga emocional muito importante por verem as pessoas com quem partilharam a vida a perderem progressivamente a sua autonomia e juízo crítico. Quando se trata do marido ou da esposa, acresce o fato de que eles próprios terem de lidar com o seu próprio envelhecimento e suas características inerentes. Por estas razões, os Cuidadores merecem uma atenção especial dos Profissionais de Saúde.

No Grupo, o discurso é livre, sendo as pessoas convidadas a falarem umas com as outras e com a equipa acerca da sua vida ou de quem cuidam, com pequenas interrupções para esclarecer aspetos que os Profissionais julguem necessário. Por exemplo, um senhor dizia que tinha uma horta e que vendia hortaliças para um supermercado. A Assistente Social aproveitou para lhe perguntar se já tinha esse acordo com o dono da loja, se aquela era a sua fonte de rendimentos, se tinha outras e com quem ficava a esposa enquanto ele estava a tratar destes negócios.

Consulta Externa

Na consulta externa passei um total de 8 horas. Assisti à consulta de um doente com 53 anos que desenvolveu uma Demência Frontotemporal rapidamente progressiva com diagnóstico há 4 anos. Era um senhor com hábitos alcoólicos e história relatada pela esposa de violência doméstica que na atualidade se encontrava com redução marcada da fala e do comportamento, com embotamento afetivo e dependente da esposa para as atividades de vida diária (como a alimentação e o vestir), com períodos de heteroagressividade. Neste doente, a preocupação inicial foi excluir as causas secundárias de demência, que embora tenham uma frequência relativamente modesta como agentes etiológicos, são pensados com maior ênfase em doentes mais jovens, e incluiu estudo neurorradiológico com possibilidade de neoplasia ou outra lesão ocupante de espaço, pesquisa de défices nutricionais, alterações endocrinológicas e infeções do sistema nervoso central. A questão da perda da consciência pessoal e social é para mim um assunto particularmente pungente, principalmente por se tratar de um doente tão jovem.

Outro doente que observamos foi uma senhora de 82 anos, que vive sozinha e com queixas de solidão, ausência de sentido da vida, e falta de objetivos. Era uma senhora que relatava estas queixas com um discurso idiossincrático e irónico e no decorrer da consulta chegou a perguntar se não haveria uma medicação que “ me fizesse ir adormecendo devagarinho sem dor” porque “já não estava a aqui a fazer nada”, apesar de aparentar estar bem-humorada. A estratégia nesta consulta passou por abordar a razão pela qual esta senhora era importante para os outros, nomeadamente para uma vizinha idosa e para o seu gato, optando por manter a dose da medicação antidepressiva que estava a fazer. Foi interessante nesta consulta a altura em que a doente estava a falar do seu gato e refere que ele gostava de brincar com um ratinho que tinha lá em casa. Como a doente passou a consulta a brincar, primeiro tentámos compreender se não passava de fato de uma brincadeira, mas como a doente insistia no assunto a dúvida já era se haveria de fato ratos na sua casa ou a possibilidade de ser uma alucinação visual, descrito em algumas formas de demência.

Do restante das consultas ficou subjacente a problemático social e económica dos doentes idosos, por vezes com problemas graves de subsistência e condições insalubres de habitabilidade, bem como a dificuldade de garantir a adesão correta ao tratamento prescrito.

Assisti a uma primeira consulta e às 2 consultas subsequentes de uma senhora de cerca de 50 anos que se queixava de uma relação conflituosa com o marido, traições, desvalorização pessoal, discussões e violência doméstica. Há mais de 20 anos que recorria esporadicamente a consultas de Psiquiatria em alturas de maior *stress* emocional que correspondiam sempre a problemas com o marido e abandonava pouco tempo depois quando os conflitos pessoais acalmavam, não aderindo a um plano terapêutico que lhe permitisse elaborar os seus conflitos. Apresentava portanto um padrão crónico de sintomatologia, queixando-se consulta após consulta e ano após ano dos mesmos conflitos e violência, sem conseguir contudo pôr termo ao seu relacionamento ou solucioná-lo. À data da entrevista, a doente apresentava-se com queixas de ansiedade, diminuição do humor, insónia, anorexia, emagrecimento e ideação suicida.

Estas consultas permitiram uma aproximação à estruturação de uma entrevista Psiquiátrica com a exploração progressiva das diversas esferas da vida da doente, abordando não só o conflito com o marido, mas a relação com os filhos, com o neto, com os seus pais e outros significativos. Acerca deste assunto, a Dra. Paula Valente aconselhou-me um livro que falava acerca deste tema e que incidia sobretudo na abordagem psicanalítica. As relações humanas são pautadas pela dualidade amor/ ódio, havendo um equilíbrio entre as duas. Há no entanto casais que desenvolvem um Vínculo Tantalizante, vínculo esse que tem uma configuração sadomasoquista acentuada. Nesta teoria, existe um membro do casal que domina, apodera-se e seduz o outro que sofre e “ama acima de tudo” pelo que se submete às falhas que reconhece no outro. Esta relação patológica tende a cronificar-se dado que, segundo também esta teoria, todo o masoquista tem um lado sádico e vice-versa, pelo que os casais projetam um no outro as partes sádicas e masoquistas. Assim, complementam-se, tornando a separação muito difícil, dado que a perda do outro representa uma espécie de “amputação” de uma metade sua (Zimmerman, 2004). Deste modo, apesar de haver uma violência à liberdade do outro, traições, desvalorizações, ou agressões, o poder é tal que a separação se torna extremamente dolorosa e postergada sucessivamente para outra altura.

Discussão

As doenças Psiquiátricas são bastante prevalentes na população geral. Além do mais, é frequente a coexistência de mais do que uma doença Psiquiátrica num mesmo indivíduo e a coexistência de doença psiquiátrica com doença Médica ou Cirúrgica, havendo interação entre estas (Harrison *et al*, 2005).

A Psiquiatria é uma área médica em expansão que, tal como as outras especialidades, tem por base a anamnese, bem como o exame físico e exames complementares de diagnóstico, tendendo a privilegiar a primeira. É uma ciência médica baseada na evidência que tem especial interesse pela emoção, a percepção, o pensamento e a memória, e que, por privilegiar a palavra, obriga ao desenvolvimento de competências na arte da entrevista e do estabelecimento de uma relação médico-doente.

O paradigma da centralização hospitalar está sendo progressivamente alterado para uma estrutura comunitária. De fato, está preconizado que a maioria dos problemas psiquiátricos seja tratada não por um Psiquiatra, mas por um Clínico Geral nos Cuidados de Saúde Primários. É uma posição que eu concordo, todos os médicos devem ter competências básicas na área da semiologia Psiquiátrica e deve haver um esforço nas Escolas de Saúde para combater o estigma da doença mental, que na minha opinião é ainda uma realidade, e que pode consistir em ideias tais como a doença mental ser culpa do indivíduo ou a doença mental não ser real, antes uma “invenção” do doente. Este estigma deve ser combatido; a doença Psiquiátrica é comum e pode acometer qualquer pessoa.

É fundamental um Médico olhar para dentro de si próprio e analisar os seus próprios sentimentos, vulnerabilidades e motivações. O que sentimos pode criar uma barreira impercetível mas real com o doente, pode dificultar vê-lo inteiramente e compreender os seus problemas e angústias. No limite, a projeção dos nossos próprios sentimentos pode ter implicações para o estabelecimento de uma Relação Terapêutica com todas as consequências que daí possam advir.

A passagem pelo Hospital de Dia foi para mim bastante recompensadora, uma vez que tenho bastante interesse pelas Perturbações de Personalidade. Um dos pontos mais interessantes deste assunto é a impossibilidade de se catalogar a maior parte dos comportamentos como patológicos ou não, pelo fato de não existir um “comportamento normal” que ocorra em oposição a um “comportamento anormal”. A personalidade é moderadamente estável durante a infância, atinge o pico de estabilidade por volta dos 30

anos e permanece estável desse ponto para a frente (Ferguson, 2010) o que constitui outro aspeto interessante desta discussão devido à impossibilidade de se mudar a estrutura fundamental da personalidade, isto é, não se pode transformar uma pessoa noutra, de modo a obter a “cura” da sua Perturbação de Personalidade, sendo mais realista um trabalho com o objetivo de adquirir um maior *insight*, de modo a modificar a relação do doente consigo próprio e com os outros, de forma a aliviar o seu sofrimento.

Conclusão

A Medicina é construída diariamente num aperfeiçoamento constante das competências clínicas. Este Estágio constituiu um acumular de experiência e conhecimentos que serão úteis para a minha prática clínica, uma vez que tive contato com as situações mais prevalentes da Psiquiatria como era meu objetivo. Concluo que a Medicina Psiquiátrica não constitui uma especialidade à parte de todas as outras. Pelo contrário, está em interação com todas elas e possui naturalmente as suas características próprias e desafios.

Existem várias formas de tratamento, desde o tratamento farmacológico, a terapia eletroconvulsivante, intervenções sociais ou Psicoterapia que se apoia em diversas teorias para explicar o funcionamento mental e que incluem por exemplo a Psicanálise, a Terapia Comportamental ou a Terapia Cognitiva. Sendo cada uma delas um assunto bastante complexo, o meu objetivo passou por conhecer os seus princípios fundamentais sem aprofundar as suas técnicas pois necessitaria de muitas mais que as 80 horas do Estágio.

Para terminar, este Estágio foi também oportunidade de partilhar novas maneiras de pensar a Medicina em geral e a especialidade de Psiquiatria em particular, partindo de outros pontos de vista diferentes dos meus. Constitui portanto uma atividade enriquecedora do meu percurso académico.

Bibliografia

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Review. Washington D. C.: American Psychiatric Association; 2000.

Ferguson CJ. A Meta-Analysis of Normal and Disordered Personality Across the Life Span. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2010;98(4):659-57

Harrison PJ, Geddes JR, Sharpe M. Lectures Notes. Psychiatry. 9th ed. Oxford (UK):Blackwell Science Ltd.; 2005.

Kemmler G, Hummer M, Widschwendter C, Fleischhacker WW. Dropout rates in placebo-controlled and active-control clinical trials of antipsychotic drugs: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1305-1312.

Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication non adherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiat* 2002;63:892-909.

Lemos J, Mós M, Monteiro A. Síndrome Maligno dos Neurolépticos – Um Caso Raro de Evolução Prolongada. *Acta Med Port*. 2010;23(6):1155-1159.

O'Brien RF, Kifuji K, Summergrad P. Medical Conditions with Psychiatric Manifestations. *Adolesc Med* 2006;17:49-77.

Smit F, Bolier L, Cuijpers P. Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction* 2004;99:425-430.

Zimerman DE. Uma Forma Patológica de Amar: O Vínculo Tantalizante. In: Zimerman DE. *Manual de Técnica Psicanalítica: Uma Re-Visão*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004. p.333-43.