

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO



**Centro Hospitalar do Porto, EPE**

Hospital de Santo António | Maternidade Júlio Dinis | Hospital Maria Pia

Relatório de Estágio  
Mestrado Integrado em Medicina

**ESTÁGIO NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DA PÓVOA DE  
VARZIM / VILA DO CONDE DO HOSPITAL MAGALHÃES LEMOS**

Álvaro Joaquim Tavares Dias Pereira

**Orientador: Dr. José Maria Leão Ferreira Queiroz**

**Co-Orientadora: Dra. Maria Soledade Pereira Coutinho Gomes Varela**

PORTO 2011

## RESUMO

**Objectivos:** Ficar a conhecer melhor a realidade da Psiquiatria no nosso país, bem como aprofundar conhecimentos em patologias “major” da Psiquiatria.

**Descrição:** Durante o período que estive no Hospital de Magalhães Lemos convivi com a rotina do serviço de internamento da Póvoa de Varzim / Vila do Conde. Participei em consultas externas quer no hospital, quer junto da comunidade, nomeadamente na Unidade de Saúde Mental da Póvoa de Varzim / Vila do Conde. Tomei, de igual forma, contacto com o Serviço de Internamento Integrado do Hospital e com o Serviço de Urgência de Psiquiatria do Porto, que tem lugar no Hospital de São João. Tive oportunidade de assistir a várias consultas de doentes com patologias muito distintas, como esquizofrenia, depressão, perturbação bipolar do humor ou atraso mental. Compreendi, igualmente, as diferentes formas de terapêutica para estas mesmas patologias. Além disso, ao longo dos vários dias, pude acompanhar vários psiquiatras e assim perceber a variabilidade inter-pessoal de actuação.

**Conclusões:** No que diz respeito ao internamento, considero que existe um acompanhamento adequado dos doentes, quer por parte da equipa médica, quer por parte da equipa de enfermagem. Em relação à consulta externa, parece-me que são vistos demasiados doentes. Mais do que a capacidade horária permite. Através da consulta na comunidade, verifiquei a mais valia que significa para os doentes não terem de percorrer 30 quilómetros para poderem estar com o seu médico assistente. Quanto ao Serviço de Urgência do Hospital de São João, apesar da grande afluência ao serviço, considero que todos os doentes foram atendidos de forma adequada.

Assim, é minha convicção que a realização deste estágio foi importante para a minha formação. As patologias psiquiátricas são hoje bastante frequentes e transversais a todas as especialidades médicas. Por isso, qualquer que seja a minha escolha, entendo que estou mais preparado para lidar com estas patologias.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** Understanding the reality of Psychiatry in Portugal, as well as enlarging my knowledge in major pathologies of Psychiatry.

**Description:** During the period spent in Hospital de Magalhães Lemos I became familiar with Póvoa de Varzim / Vila do Conde ward's daily routine. I've participated in the external consults in the hospital, as well as in the community, more exactly in Póvoa de Varzim / Vila do Conde's mental health unit. I came into contact with the emergency room of the Hospital, as well as with the emergency room of psychiatry in Oporto, which is located in the Hospital de São João. I had the opportunity to attend to numerous consults of patients with various pathologies, such as schizophrenia, depression, bipolar disorder or mental retard. I understood, as well, the different forms of treatment available to these pathologies. Apart from that, during the whole traineeship, I had the opportunity of assist numerous psychiatrists, which gave me the opportunity to experience and to follow their inter-personal performance variation.

**Conclusions:** Concerning the ward, I consider that there is an adequate attendance of the patients, whether it is by part of the medical team or by the nursing team. Regarding the consults, I believe that too many patients are being seen. More than time permits. The Póvoa de Varzim / Vila do Conde's mental health unit is excellent, because it allows patients to reduce by 30 kilometres the distance between them and their psychiatrist. The Psychiatry emergency room of the Hospital de São João works very well, despite the great stream of people to the service.

I believe that doing this traineeship was very important to my formation. The psychiatric pathologies are nowadays very frequent and common to all medical specialties. I am now better prepared to treat these pathologies, whatever specialty I choose in the future.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a colaboração na realização deste estágio às seguintes pessoas e instituições:

Ao meu orientador, Dr. José Queiroz, por ter aceite orientar este estágio. Pela simpatia, dedicação e disponibilidade demonstradas antes, durante, e depois da realização do mesmo. Apesar do seu tempo ocupadíssimo e das inúmeras tarefas que realiza no dia-a-dia, sempre arranjou tempo para me ajudar. É, infelizmente, raro ver um docente com tanta disponibilidade e respeito para com os seus discentes. Um bem-haja por isso!

À minha co-orientadora, Dra. Soledade Varela, porque apesar do meu orientador sempre ter estado presente, foi com ela que, verdadeiramente, realizei este estágio. Por me ter deixado acompanhá-la na rotina do seu dia-a-dia, e por sempre se ter mostrado disponível para esclarecer as minhas dúvidas, apesar de ter, igualmente, o seu tempo sempre ocupado. Foi uma inspiração ver a relação que tem com os seus doentes!

À Dra. Catarina Fonseca, que me deixou acompanhá-la por diversas vezes no serviço de urgência! Pelo carinho com que me acolheu, e pela disponibilidade que demonstrou em discutir comigo todos os casos que víamos, acedendo a todas as minhas dúvidas sem hesitação.

Ao Dr. Paulo Horta, à Dr. Marieta Osório e ao Dr. Pedro Oliveira, pela disponibilidade de aceitarem a minha presença nas suas consultas e por terem, igualmente, tirado as minhas dúvidas.

A todos os restantes médicos do serviço Póvoa de Varzim / Vila do Conde do Hospital Magalhães Lemos, pela simpatia com que me acolheram no serviço.

A todos os enfermeiros, auxiliares e funcionários do serviço Póvoa de Varzim / Vila do Conde do Hospital Magalhães Lemos, que me fizeram sentir integrado.

Ao Hospital de Magalhães Lemos e colaboradores onde sempre me senti bem e que me proporcionaram um ambiente familiar.

Ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e a todos os docentes e funcionários que dele fazem parte, por potenciarem em mim um futuro médico.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
DISCUSSÃO.....	6
INTERNAMENTO .....	7
CONSULTA EXTERNA .....	10
SERVIÇO DE INTERNAMENTO INTEGRADO.....	12
CONSULTA NA COMUNIDADE.....	12
SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	14
CONCLUSÕES .....	16
BIBLIOGRAFIA .....	19
ANEXO 1 .....	21
Organigrama do Serviço Póvoa de Varzim / Vila do Conde.....	21
ANEXO 2 .....	23
Quadro de Internamento 13 de Dezembro de 2010.....	23

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Dissertação / Projecto / Relatório de Estágio” decidi optar pela modalidade de relatório de estágio no serviço de internamento da Póvoa de Varzim / Vila do Conde do Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.

O estágio decorreu entre os dias 13 de Dezembro de 2010 e 22 de Dezembro de 2010, tendo posteriormente estado presente no Serviço de Urgência do hospital de São João nos dias 20 e 27 de Dezembro de 2010 e 22 de Janeiro de 2011.

Pretendi com este estágio, de carácter profissionalizante, ficar a conhecer um pouco melhor a realidade da Psiquiatria no nosso país, bem como aprofundar conhecimentos em patologias “major” da Psiquiatria.

Durante o período que estive no Hospital de Magalhães Lemos convivi com a rotina do internamento, nomeadamente do serviço de internamento da Póvoa de Varzim / Vila do Conde. Participei em consultas externas quer no hospital, quer junto da comunidade, nomeadamente na Unidade de Saúde Mental Comunitária da Póvoa de Varzim / Vila do Conde. Tomei, de igual forma, contacto com o Serviço de Internamento Integrado (S.I.I.) do hospital e com o Serviço de Urgência Integrada de Psiquiatria da Área Metropolitana do Porto, que tem lugar no Hospital de São João.

A história do “Internamento Psiquiátrico” começa com os asilos da Idade Média, onde se encontravam os indivíduos que a sociedade rejeitava, fossem eles psicóticos, dementes, leprosos, criminosos ou vagabundos, funcionando estas instituições como lares onde estes se encontravam aprisionados. Os asilos tinham, então, meras funções de hospedagem e protecção, visto que a sociedade tradicional não possuía o conceito da terapia dos “alienados”.

Tal ideia manteve-se em vigor até ao aparecimento da Psiquiatria moderna no século XVIII. Nesta época surgiu o conceito de “Manicómio Terapêutico”, baseado na crença de que as próprias instituições podiam ser transformadas em meios de curar, e que os doentes poderiam melhorar enquanto confinados a estas. Os dois aspectos considerados terapêuticos eram o próprio ambiente, com as suas metódicas rotinas e espírito comunitário, e a relação médico - doente.

Assim, nos finais do século XVIII passou a predominar o “olhar” médico científico, encarando-se a “loucura” como doença mental, passível de tratamento. Esta

mudança deveu-se a homens como Phillippe Pinel, um médico francês que foi o primeiro a fazer a distinção entre loucos e criminosos. A sua obra de 1801 “Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie” (Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania) tornou-o um dos precursores da Psiquiatria moderna.

Mas o grande passo na história do internamento psiquiátrico deu-se com o desenvolvimento da psicofarmacologia, a partir dos anos 50 do século XX. O uso de medicamentos possibilitou o controlo, estabilização, ou mesmo a remissão dos diferentes quadros psicopatológicos, permitindo muitas vezes a “devolução” do doente mental à comunidade. Neste contexto, tornou-se clara a distinção entre quadros agudos, a necessitar de intervenção imediata e de curta duração, em regime de internamento, e os quadros crónicos, a necessitar de uma abordagem contínua e prolongada, mais dirigida para a reabilitação. Tornou-se então óbvia a necessidade da existência de diferentes espaços físicos para estas realidades tão díspares.

Em 1953, foi publicado o decreto-lei que autorizava o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte a instalar, na cidade do Porto, na freguesia de Aldoar, um hospital psiquiátrico, ao qual foi dado o nome de Magalhães Lemos.

Actualmente, estima-se que cerca de 450 milhões de pessoas sofram de perturbações mentais ou comportamentais em todo o mundo, sendo que apenas uma pequena minoria tem acesso a tratamento (Organização Mundial da Saúde, 2002). As perturbações mentais representam já 5 das 10 principais causas de incapacidade a nível mundial, o que representa um custo enorme em termos não só de sofrimento humano, mas também em termos económicos (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

No entanto, embora as doenças mentais representem cerca de 12% do peso total de doenças em todo o mundo, e cerca de 24% na Europa, menos de 1% do orçamento de saúde mundial é destinado à saúde mental. Importa também esclarecer que as doenças mentais são um fenómeno comum, e cerca de 25% da população mundial é afectada por uma doença mental em qualquer ponto da sua vida, sendo que 1 em cada 4 famílias tem pelo menos um familiar que sofre de uma perturbação mental ou comportamental (Organização Mundial da Saúde, 2002).

Em Portugal, o financiamento público, directo, da saúde mental não deverá exceder os 3,5% do orçamento do Sistema Nacional de Saúde. No contexto europeu, o

nosso país situa-se no grupo de países que dedica menor esforço orçamental ao tratamento da doença mental (mais de metade destes países afectam uma percentagem do seu orçamento superior a 5%) (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, entendem-se por perturbações mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor, ou por comportamentos associados com angústia pessoal e /ou deterioração do funcionamento. Estes comportamentos não são apenas variações do “normal”, mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos.

Diferentes modos de pensar e de se comportar, entre diferentes culturas, podem influenciar a forma pela qual se manifestam as perturbações mentais. Assim, variações normais do comportamento, determinadas pela cultura e educação de um determinado indivíduo, não devem ser rotuladas como perturbação, como é o caso das crenças sociais, religiosas ou políticas.

A 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças (ICD-10), com base numa revisão da bibliografia científica, consultas e consenso mundiais, dividiu as perturbações mentais e comportamentais em 11 categorias:

- Perturbações mentais orgânicas (ex. demência na doença de Alzheimer);
- Perturbações mentais e comportamentais devidas ao abuso de substância psico-activa (ex. toxicod dependência);
- Esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e perturbações delirantes (ex. esquizofrenia paranóide);
- Perturbações do humor (ex. perturbação bipolar do humor);
- Perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o stress e perturbações somatoformes (ex. perturbações obsessivo-compulsivas);
- Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a factores físicos (ex. perturbações do comportamento alimentar);
- Perturbações da personalidade e do comportamento (ex. perturbação da personalidade do tipo histriónico);
- Atraso mental (ex. atraso mental ligeiro);
- Perturbações do desenvolvimento psicológico (ex. autismo);
- Perturbações da infância (ex. perturbações hiperkinéticas);
- Perturbação mental não especificada;

Entre as patologias psiquiátricas mais comuns estão a depressão e a esquizofrenia:

A depressão caracteriza-se por humor diminuído, anedonia e anergia. Outros sintomas frequentes são a perda de confiança e auto-estima, o sentimento injustificado de culpa e a ideação suicida. Podem, também, estar presentes diversos sintomas somáticos como perturbações do sono e do apetite, diminuição da libido e amenorria.

Ocorre muitas vezes episodicamente, mas pode ser recorrente ou crónica. É mais comum no sexo feminino do que no masculino e pode afectar as pessoas em qualquer fase da vida, embora a incidência seja maior na meia-idade.

Para ser feito o diagnóstico de depressão, os sintomas devem estar presentes, pelo menos, durante duas semanas, sendo que a depressão pode variar em gravidade, desde a depressão ligeira, em que pode ocorrer ideação suicida, mas a auto-agressão é rara, até à depressão muito grave, em que a ideação e as intenções suicidas são proeminentes e podem mesmo ocorrer sintomas psicóticos.

O tratamento dos episódios depressivos pode ser feito recorrendo à terapia farmacológica, com a utilização de fármacos anti-depressivos, ou através de psicoterapia, sendo que a combinação das duas é mais eficaz do que cada uma isoladamente.

Apesar do aumento da eficácia da terapêutica da depressão nos últimos anos, mais de 50% das pessoas que tiveram um episódio depressivo terão pelo menos outro ao longo da vida, sendo que, quanto mais grave for o episódio depressivo, pior será o prognóstico (Harrison P. *et al*, 2006).

A depressão é um dos principais factores de risco para o suicídio. Em cada 9 minutos morre, por suicídio, uma pessoa na União Europeia, estimando-se que o número de tentativas de suicídio seja 10 vezes mais elevado. As taxas de suicídio na Europa variam numa razão de 1:12 (Comissão Europeia, 2008).

Ainda assim, Portugal apresenta uma das mais baixas taxas de suicídio da União Europeia (5,1% em 2000), a que frequentemente se associa (ainda que sem evidência científica) um determinante de natureza religiosa, por analogia com as taxas igualmente baixas verificadas em outros países católicos, nomeadamente do Sul da Europa (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

A esquizofrenia é uma perturbação grave que, em regra, se manifesta nos adultos jovens. Caracteriza-se por perturbações do pensamento, ideias delirantes bizarras,

comportamento estranho e ausência de “insight” para a doença. Pode ser dividida em 3 subtipos: paranóide, em que predominam as ideias delirantes do tipo persecutório, desorganizado, em que predominam os comportamentos estranhos e o pensamento desorganizado e catatónico, em que predomina o embotamento afectivo. Quando estão presentes características dos 3 subtipos dizemos que estamos perante um subtipo indiferenciado.

Observa-se em proporções iguais entre os sexos, embora, no sexo feminino, a sua manifestação inicial tenda a ocorrer mais tardiamente, verificando-se, de igual forma, uma melhor evolução e melhores resultados.

O tratamento da esquizofrenia é feito com o auxílio da terapia farmacológica, com a utilização de fármacos anti-psicóticos, e também com a utilização de terapias psicológicas e sociais.

Mesmo depois de desaparecidos os sintomas mais evidentes desta perturbação, alguns sintomas residuais podem permanecer. São eles a falta de interesse e de iniciativa no trabalho, nas actividades do dia-a-dia e nas actividades lúdicas. Estes sintomas podem causar incapacidade permanente e uma qualidade de vida reduzida. Cerca de 1 em cada 20 indivíduos com esquizofrenia tenta o suicídio, em dado momento, durante o curso da sua doença e em todo o mundo, a esquizofrenia reduz a esperança média de vida em cerca de 10 anos (Organização Mundial da Saúde, 2002).

## DISCUSSÃO

O Hospital de Magalhães Lemos (H.M.L.), como hospital central especializado de psiquiatria é, hoje, o hospital de referência da região Norte em cuidados de Psiquiatria e de Saúde Mental. Abrange actualmente as áreas assistenciais dos centros de saúde dos concelhos de Matosinhos, Porto (com a excepção de Bonfim, Campanhã e Paranhos, abrangidos pelo Hospital de São João), Santo Tirso, Trofa, Póvoa de Varzim e Vila do Conde, perfazendo um total aproximado de meio milhão de habitantes.

Ocupa uma área extensa, distribuído em vários pavilhões, e em cada um desses pavilhões funcionam serviços de internamento que têm os seus doentes atribuídos de acordo com a sua residência. Assim, existem os serviços de internamento do Porto, de Matosinhos, de Santo Tirso e da Póvoa de Varzim / Vila do Conde.

O serviço de internamento da Póvoa de Varzim / Vila do Conde é, actualmente, dirigido pela Dra. Soledade Varela e conta com 4 assistentes graduados: o Dr. Jorge Lopes, o Dr. Júlio Brandão, a Dra. Marieta Osório e o Dr. Paulo Horta (Ver Anexo 1 – Organigrama). É constituído por 22 camas, tendo também uma cama extra de isolamento que pode ser ocupada quando não houver outra disponível.

Caracterizando a área de influência do serviço, constatamos que o concelho da Póvoa de Varzim se localiza na Região Norte, dentro da Área Metropolitana do Porto. Fica situado no litoral atlântico, a cerca de 30 quilómetros para norte da cidade do Porto. Abrange uma área de 82 km<sup>2</sup> dividida em 12 freguesias e assume um carácter urbano, sendo a linha da costa a área de maior densidade populacional do concelho.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2001, o concelho tinha 63470 habitantes. Destes, 30542 eram homens (48,1%) e 32928 mulheres (51,9%). Tendo em conta a idade da população ela encontrava-se dividida da seguinte forma: Crianças com menos de 14 anos – 12081 (19,1%); Jovens entre os 15 e os 24 anos – 10231 (16,1%); Adultos entre os 25 e os 64 anos – 34031 (53,6%); Idosos com mais de 64 anos – 7127 (11,2%).

A taxa de analfabetismo da população era de 5,9% em 2001, e a taxa de desemprego do concelho em 2010 era de 13%, valor superior à média nacional. A nível económico, em 2001, 9,5% das pessoas trabalhavam no sector primário, 41,6 % no sector secundário: 41,6% e 49,0% no sector terciário.

Ao nível dos equipamentos de saúde, o concelho possui um hospital central: centro hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, e um Centro de Saúde com 5 extensões.

Já o concelho de Vila do Conde, localiza-se, igualmente, dentro da Área Metropolitana do Porto. Fica situado no litoral atlântico, a norte da cidade do Porto. Abrange uma área de 149,31 km<sup>2</sup>, dividida em 30 freguesias, e faz parte do mesmo aglomerado urbano da Póvoa de Varzim.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2001, o concelho tinha 74391 habitantes. Tal como na Póvoa de Varzim, 48% destes eram homens e 52% mulheres. Tendo em conta a idade da população ela encontrava-se dividida da seguinte forma: Crianças com menos de 14 anos – 13369 (18,0%); Jovens entre os 15 e os 24 anos – 11276 (15,1%); Adultos entre os 25 e os 64 anos – 41066 (55,2%); Idosos com mais de 64 anos – 8680 (11,7%).

A taxa de analfabetismo da população era de 6,2% em 2001, e a taxa de desemprego do concelho em 2010 era de 12,5%, valor superior à média nacional.

Durante o meu estágio no hospital acompanhei diversos psiquiatras, tendo estado presente em diferentes locais. Assim, para efeitos de apresentação, decidi agrupá-los de acordo com as seguintes categorias: Internamento, Consulta Externa, Serviço de Internamento Integrado, Consulta na Comunidade e Serviço de Urgência.

## INTERNAMENTO

Particpei em 2 reuniões de serviço que têm lugar todas as semanas à 2<sup>a</sup> feira. Na primeira semana estavam presentes 8 pessoas (5 psiquiatras, a Enfermeira – Chefe, a Assistente Social e eu) e foram apresentados e discutidos os doentes internados naquele momento. Estavam internados 23 doentes: 12 elementos do sexo feminino e 11 elementos do sexo masculino. Apresentavam várias patologias distintas (Ver Quadro Internamento – Anexo 2), como esquizofrenia, distúrbio bipolar, autismo, demência e alcoolismo. Apresentavam uma média de idades de 44,04 anos, sendo que o doente mais novo tinha 22 anos e o mais velho 75 anos. Estavam ainda internados noutros serviços, por falta de vagas, cinco doentes (quatro do sexo masculino – dois na U.C.I., um no Serviço de Matosinhos, um no Serviço de Santo Tirso e um do sexo feminino –

Serviço de Internamento Integrado). A grande problemática desta reunião foi a ida dos doentes a casa para passar o Natal, visto que estávamos próximos dessa data festiva. A família é fundamental na recuperação psicológica e social destes doentes, ainda para mais nesta época especial cujo epicentro é a família. Na reunião verificou-se que a grande maioria dos doentes ia a casa, voltando depois a ser internada. Na reunião da semana seguinte tentou-se perceber as razões que impediam que todos os doentes fossem a casa, no sentido de evitar que alguns doentes permanecessem internados durante este período.

Durante a minha permanência no hospital tive oportunidade de acompanhar a Dra. Soledade Varela no seguimento de vários doentes internados. Alguns exemplos:

- Sexo feminino, 55 anos, doente com depressão crónica seguida há 20 anos no H.M.L., que nos últimos tempos começou a ingerir álcool em quantidades abundantes, o que não tinha feito até essa data. Queixa-se que o marido a maltrata verbalmente e que neste momento o seu refúgio é o álcool. Propõe-se que a doente peça ao marido para vir ao serviço para que aí, sem medo que este recorra à agressão física, possam conversar. Mantém a medicação: Diazepam, Lorazepam, Flurazepam, Trazodona e Maprotilina.

- Sexo masculino, 50 anos, nacionalidade brasileira, alcoólico crónico seguido há vários anos no H. M. L. e que teve uma recaída no último mês. Não consome bebidas alcoólicas desde que está internado e promete, que desta vez, não voltará a consumir álcool pois sabe que se o fizer “irei perder a minha família” (sic). Tem alta hoje, mas pede para permanecer no hospital durante mais 4 dias devido à festa de Natal, em que vai participar. O pedido é aceite.

- Sexo feminino, 24 anos, internada de forma compulsiva por tentativa de suicídio – ingestão medicamentosa. A doente tem antecedentes de doença psiquiátrica desde os 15 anos e já tem outros episódios passados de tentativas de suicídio. Continua a manter a ideação suicida e por isso decide manter-se a medicação: Lamotrigina, Fluoxetina, Lorazepam, Diazepam e Olanzapina.

- Ida ao internamento de Santo Tirso para ver uma mulher de 77 anos, com perturbação esquizo-afectiva. Trata-se de uma patologia que engloba características da

esquizofrenia, como perturbações do pensamento e comportamento estranho, e da perturbação bipolar do humor, como sintomas de mania ou depressão, que estão presentes num mesmo episódio. O tratamento baseia-se numa combinação de fármacos estabilizadores do humor e fármacos anti-psicóticos. A doente tinha estado, recentemente, internada e voltou ao S.U. porque terá agredido um funcionário da instituição de solidariedade social, onde se encontra há cerca de 20 anos. A doente mantém o mesmo quadro psicótico há já vários anos e o seu internamento dever-se-á mais ao cansaço dos cuidadores do que ao agravamento da sintomatologia. É, infelizmente, uma situação bastante frequente em doentes idosos com patologia psiquiátrica crónica. Deve manter o tratamento, uma vez que no internamento permanece calma e de fácil controlo.

Acompanhei, do mesmo modo, a Dra. Marieta Osório ao serviço de internamento de Matosinhos para dar alta a um doente:

- Sexo masculino, 37 anos, designer gráfico, com antecedentes de perturbação bipolar do humor. Esta patologia caracteriza-se por episódios recorrentes de depressão, em que estão presentes sintomas como humor deprimido, anergia e ideação suicida, que alternam com episódios de mania, em que se verifica humor elevado, ou eufórico, fuga de ideias, comportamento desinibido, insónia e hiperactividade. É uma doença comum, cujo risco é maior para o sexo feminino e em casos de antecedentes familiares da doença. O seu tratamento é feito à base de fármacos estabilizadores do humor, como o lítio, e anti-depressivos nos episódios depressivos, bem com anti-psicóticos nos episódios maníacos. O doente encontrava-se num episódio depressivo, tendo sido internado 8 dias antes por tentativa de suicídio – ingestão medicamentosa. Durante o internamento ajustou-se a medicação, estando há vários dias sem ideação suicida pelo que se decide pela alta. É explicado ao doente que em caso de necessidade, antes da próxima consulta marcada para a próxima semana, pode recorrer ao H.M.L. ou ao S.U. do Hospital de São João.

Durante o período em que estive no hospital tive oportunidade de almoçar na cantina que é gerida pela Associação de Familiares e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos (A.F.U.A.). Além da cantina, existem também uma papelaria e uma pequena loja, geridas por esta associação. Os funcionários da cantina e das lojas são doentes do

hospital, o que é excelente para a sua posterior integração na sociedade e, ao mesmo tempo, permite um maior convívio entre os doentes, familiares e funcionários do Hospital de Magalhães Lemos. É uma associação sem fins lucrativos, cujo único objectivo é integrar estes doentes na sociedade civil num futuro não muito distante.

Realizou-se, durante este período, a festa de Natal do Hospital de Magalhães Lemos, com a apresentação de uma peça de teatro cujos actores eram doentes do hospital, bem como a exposição de alguns trabalhos feitos pelos mesmos durante as sessões de terapia ocupacional. Nos dias que antecederam esta festa era evidente a ansiedade dos doentes, uma vez que, para eles, esta festa representa uma oportunidade única de mostrarem aos familiares e funcionários do Hospital de Magalhães Lemos, o seu talento.

#### CONSULTA EXTERNA

Paralelamente ao internamento tive a possibilidade de assistir a consultas de seguimento de doentes de ambulatório. Juntamente com o Dr. Pedro Oliveira, observei um doente seguido em consulta externa:

- Sexo masculino, 48 anos, esquizofrénico, vem acompanhado pela irmã e recusa a medicação há já vários anos porque “não preciso pois eu limpo as minhas energias” (sic). Visto que não representa perigo para si e para os outros, e tem um apoio importante da irmã que aceita o desejo do irmão, não lhe é prescrita medicação. Vem às consultas para controlo dos sintomas e é-lhe explicado que, em caso de agravamento, terá de ser internado de forma compulsiva.

Acompanhei, de igual forma, a consulta externa da Dra. Soledade Varela no Pavilhão de Consultas. Alguns exemplos:

- Sexo masculino, 31 anos, esquizofrénico, julga ser um militar americano estacionado em Portugal. Na consulta refere que quer reduzir a medicação pois “sinto-me muito cansado” (sic). É registado o pedido e faz análises clínicas de rotina. Este doente é seguido há vários anos, tendo uma patologia delirante cristalizada que não melhora com a medicação. Está, actualmente, internado em regime de residência vigiada, uma vez que não representa perigo para si nem para os outros e a sua estrutura

familiar não lhe permite estar em casa. O seu “insight” é bastante reduzido e em todas as consultas propõe uma redução da medicação.

- Sexo masculino, 70 anos, humor bastante deprimido em reacção a tratamentos de quimioterapia e radioterapia para tratamento de um carcinoma do pulmão. A mulher não sabe o seu diagnóstico e este facto não o perturba pois “seria pior se ela soubesse” (sic). O doente apresenta-se mais triste e choroso do que na última consulta há cerca de 3 meses, dizendo que a chegada do Inverno teve muita influência. Diz ter saudades do pai de 95 anos que reside em Trás-os-Montes e que já não vê desde que iniciou o tratamento pois “não me sinto com forças para viajar para tão longe” (sic). Mantém a medicação com Mirtazapina e Zolpidem e acrescenta-se Bromazepam que deve fazer iniciar 3 dias antes e parar 3 dias depois do Natal, devido a um previsível aumento da ansiedade relacionado com a quadra natalícia.

- Sexo masculino, 63 anos, com doença de Alzheimer diagnosticada há cerca de 3 anos. Actualmente não consegue andar sozinho na rua e, mesmo em casa, há ocasiões em que se perde quando se desloca de uma divisão para outra. Tem grandes dificuldades nas AVD'S como vestir-se, alimentar-se e fazer a sua própria higiene. É seguido também na consulta de Neurologia do Hospital de Magalhães Lemos e a sua situação actual vai ser discutida em consulta de grupo.

- Sexo feminino, 40 anos, atraso mental diagnosticado na infância. Tem andado eufórica devido à festa de Natal do centro de dia que frequenta. É seguida, desde há vários anos, em consulta de Psiquiatria pela Dra. Soledade Varela. Actualmente, encontra-se muito melhor. Pratica capoeira e assiste a aulas de cerâmica no centro de dia que frequenta. Mantém a medicação habitual, uma vez que não se justifica a sua alteração.

- Sexo feminino, 50 anos, com perturbação da personalidade do tipo histriónico. O termo “personalidade” engloba características comportamentais, emocionais e cognitivas de um indivíduo. Quando os traços de personalidade são exacerbados, mostrando-se estáveis e inflexíveis, ao ponto de causar sofrimento ao próprio, ou interferir nas suas relações pessoais ou profissionais, dizemos que estamos perante uma

perturbação da personalidade. Podemos dividi-las em 3 grupos: Grupo A, ou Excêntrico, Grupo B, ou Dramático, e Grupo C, ou Ansioso. A perturbação da personalidade do tipo histriónico faz parte do Grupo B ou dramático, e os doentes com esta patologia caracterizam-se por expressarem as suas emoções de forma exagerada, ou teatral, procurarem constantemente a atenção, possuírem um humor lábil e terem paixões súbitas. A doente é seguida há cerca de 15 anos na consulta, com muitos altos e baixos. Actualmente está reformada devido à doença psiquiátrica mas trabalha como dama de companhia de um casal de idosos. Queixa-se, como habitualmente, do marido que não gosta que ela passe algumas noites fora de casa a fazer companhia ao casal de idosos. Mantém medicação habitual, uma vez que não se justifica a sua alteração.

### SERVIÇO DE INTERNAMENTO INTEGRADO

Estive também presente no Serviço de Internamento Integrado do Hospital de Magalhães Lemos a acompanhar o Dr. Pedro Oliveira. Este serviço faz a recepção dos doentes que são internados pela via do Serviço de Urgência do Hospital de São João, de forma a que estes tenham um acompanhamento mais próximo durante as primeiras 24 horas antes de serem integrados num serviço de internamento normal, permitindo o ajuste terapêutico. Durante esta permanência, para além de conhecer as instalações e o funcionamento do serviço, observei uma doente do sexo feminino, 22 anos, internada no dia anterior de forma compulsiva por tentativa de suicídio – “cortei os pulsos” (sic). A doente já tinha estado internada em Outubro de 2010 também por tentativa de suicídio e está triste porque “a minha mãe não me visita” (sic). Diz que “tenho de aprender que não posso voltar a tentar o suicídio e não o voltarei a fazer” (sic). Apesar de já não apresentar ideação suicida, tendo em conta que só está internada há 1 dia mantém a medicação.

### CONSULTA NA COMUNIDADE

Desloquei-me à Unidade de Saúde Mental Comunitária da Póvoa de Varzim / Vila do Conde para assistir a consultas com o Dr. Paulo Horta. A unidade localiza-se num anexo do antigo Centro de Tuberculose de Vila do Conde que foi remodelado e tem agora boas condições para a prática médica. Alguns exemplos da consulta:

- Sexo feminino, 60 anos, seguida em consulta há vários anos por perturbação distímica. Trata-se de uma patologia depressiva ligeira, mas de longa duração, em que estão presentes sintomas de ausência de prazer pela vida, ou necessidade de esforço para realizar tarefas quotidianas. A doente queixa-se, actualmente, de “andar esgotada” (sic) por tomar conta da sogra que sofre de doença de Alzheimer (a sogra tem momentos em que se esquece quem é e onde está). Gostaria de a colocar num lar e é aconselhada a procurar um centro de dia para pessoas idosas. A medicação habitual da doente é clobazam, ginkgo biloba e amitriptilina. Tendo em conta a situação actual da doente, com aumento de stress, aumenta-se a dose de clobazam e amitriptilina de 1 para 2 tomas diárias.

- Sexo feminino, 40 anos, anda muito ansiosa com medo que a empresa onde trabalha encerre. Tem um filho com problemas de aprendizagem na escola, o que também a preocupa bastante. É alterada a medicação pois diz que tem insónias frequentes para Trazodona, Loflazepato de Etilo e Mirtazapina.

- Sexo masculino, 18 anos, internado recentemente por primeiro surto psicótico, actualmente com delírios de natureza dismórfica: “a minha boca cheira mal. Não preciso de medicação para a cabeça, mas de consultar um especialista em halitose” (sic). Segundo a mãe já consultaram vários dentistas que lhe dizem não haver qualquer problema. À medicação habitual: Lorazepam e Olanzapina é adicionada Primazida de forma a tentar controlar estes delírios.

- Sexo masculino, 30 anos, esquizofrénico e alcoólico há vários anos, diz que não bebe há 6 meses e que se sente bem. Refere gostar bastante do fórum (centro de actividades). Mantém medicação e marca-se nova consulta de rotina dentro de 3 meses.

Além da unidade de saúde mental em Vila do Conde, existe um centro de actividades na Póvoa de Varzim (Fórum). É um centro de Terapia Ocupacional que alguns dos doentes frequentam e dizem gostar bastante. É muito importante para a integração na sociedade a existência destes centros, pois ajudam a criar rotinas e promovem o convívio entre doentes com a mesma patologia.

## SERVIÇO DE URGÊNCIA

Foi-me proporcionada, de igual forma, a experiência de acompanhar a Dra. Catarina Fonseca no Serviço de Urgência do Hospital de São João. Aqui funciona a urgência integrada da Área Metropolitana do Porto, incluindo, de forma rotativa, equipas de psiquiatras do Hospital de São João, do Hospital de Magalhães Lemos, do Hospital de Gaia e do Hospital de Valongo. Todos os doentes a necessitar de cuidados urgentes psiquiátricos são encaminhados para este serviço. Os doentes são triados pelo sistema de Triagem de Manchester como todos os doentes que chegam ao Serviço de Urgência, sendo depois encaminhados para a área de Psiquiatria. Esta área é constituída por 2 gabinetes médicos, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala de espera e um W.C. para os doentes.

Neste dia, talvez por ser segunda-feira (dia de grande afluência ao serviço) a sala de espera estava completamente cheia. Quando cheguei estavam presentes cerca de 10 doentes para serem atendidos, número que não diminuiu durante todo o dia, apesar das várias consultas efectuadas pelos 2 psiquiatras presentes. Alguns exemplos da Urgência:

- Sexo feminino, 29 anos, com antecedentes de patologia depressiva, seguida em consulta de Psiquiatria há vários anos, que entretanto, abandonou. Desde há 3 meses com quadro de lipotimias, perdas de memória, astenia, anorexia, sono entrecortado, humor depressivo, labilidade emocional e instabilidade fácil. É casada há 10 anos e tem 2 filhos (3 e 10 anos de idade). Teve um conflito com a melhor amiga há cerca de 15 dias e desde aí tem tido “ataques de pânico” (sic). Tomava Diazepam 5mg quando era seguida na consulta de Psiquiatria. Diz ter sofrido abusos sexuais na infância por parte do pai e quando era mais nova terá tentado o suicídio algumas vezes. É medicada com Diazepam 5mg (1+0+0) e Escitalopram (1+0+0). Leva carta para o médico de família e deve deslocar-se ao Serviço de Urgência em caso de agravamento dos sintomas.

- Sexo feminino, 34 anos, esquizofrénica diagnosticada aos 18 anos, grávida de 34 semanas, é enviada ao Serviço de Urgência pela consulta externa de Obstetrícia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia por considerarem que está mais ansiosa do que o normal. Na urgência parece estar bem, sem ideias delirantes. Liga-se à mãe que confirma que a filha tem andado bem e tem alta sem alteração da medicação habitual (Diazepam + Haloperidol).

- Sexo feminino, 34 anos, professora do ensino básico (7º Ano de Inglês de uma escola do Concelho do Porto). Começou há cerca de 1 mês com alterações do comportamento. Dorme cerca de 2 a 3 horas por noite “não preciso de dormir mais”(sic). Hoje foi trazida ao S.U. pelas irmãs embora tenha mostrado grande relutância pois “não estou doente”, “estou bem”, “vou ficar pior com a medicação”(sic). Mostra-se muito agressiva e na primeira vez que é chamada entra no gabinete e volta a sair sem dar justificação. Volta a entrar e revela comportamentos persecutórios. “Eles têm o meu telefone sob escuta” (sic). Segundo a irmã, mandou retirar uma ficha tripla do quarto dos pais por considerar que esta estava sob escuta. Revela que “tenho de puxar as pessoas para o bem porque estão na sombra”, “eu mando-lhes sinais mas não os aceitam” (sic). Segundo a irmã, estes comportamentos já decorrem há bastante tempo, mas só agora nas festas de Natal em que estiveram mais tempo próximos é que se aperceberam do estado da irmã. Segundo esta, a doente terá tido problemas com alguns colegas da escola apesar de “adorar os miúdos e a minha profissão” (sic). Faz Tomografia Computorizada (TC), pesquisa de drogas de abuso e Diazepam 5mg. A TC não revelou alterações e não foram encontradas drogas de abuso. Interna-se a doente de forma compulsiva para melhor esclarecimento do quadro.

## CONCLUSÕES

A realização deste estágio no Hospital Magalhães Lemos foi bastante enriquecedora, quer do ponto de vista pessoal, quer do ponto visto profissional. Julgo que sou, agora, mais capaz de identificar patologias do foro psiquiátrico e orientar os doentes de acordo com a sua patologia, independentemente da especialidade que escolher no futuro. Tive oportunidade de assistir a várias consultas de doentes com patologias muito distintas, como esquizofrenia, depressão, perturbação bipolar do humor ou atraso mental. Compreendi, igualmente, as diferentes formas de terapêutica para estas mesmas patologias.

Assim, considero que o balanço deste estágio é bastante positivo, uma vez que alcancei todos os objectivos a que me propus, nomeadamente, conhecer melhor a realidade do hospital e aumentar o meu conhecimento em relação a patologias “major” da psiquiatria. Além disso, ao longo dos vários dias, pude acompanhar vários psiquiatras e, assim, perceber a variabilidade inter-pessoal de actuação, o que enriqueceu ainda mais a minha experiência pessoal.

No que diz respeito ao internamento, considero que existe um acompanhamento adequado dos doentes, quer por parte da equipa médica, quer por parte da equipa de enfermagem. Ambas as equipas trabalham em conjunto, e em função dos doentes, e pude testemunhar isso mesmo, quer nas reuniões de serviço, quer nos dias em que assisti a consultas de seguimento. A relutância, que testemunhei em muitos doentes, em abandonar o internamento e regressar a casa, reforça a ideia de que se sentem acompanhados e gostam de estar no serviço. Entendo, também, que as instalações são adequadas ao bem-estar dos doentes, notando-se uma preocupação com a higiene e limpeza das mesmas.

Em relação à consulta externa, parece-me que são vistos demasiados doentes. Mais do que a capacidade horária permite, o que faz com que as consultas tenham de ser muitas vezes encurtadas de forma propositada, para que toda a gente possa ser atendida. Este é um obstáculo importante, já que a tranquilidade e o tempo para atender (e entender) os doentes são vitais para o seu tratamento. A proposta de resolução desta problemática, com a qual concordo, está já prevista na “Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016” e passa por um melhor aproveitamento dos Cuidados de Saúde Primários.

Para isso é necessária uma melhor articulação entre estes e os serviços de saúde mental, e, ao mesmo tempo, um investimento na formação dos médicos de família na área da Psiquiatria. Desta forma, poderíamos reduzir o número de doentes que recorre à consulta hospitalar, e assim melhorar o serviço prestado. Muitos doentes que vi podiam ser seguidos pelo seu médico de família e, em caso de necessidade, o psiquiatra assistente seria contactado. Ainda assim, considero que, quer a Dra. Soledade Varela, quer os outros psiquiatras, têm uma excelente relação com todos os doentes, sendo que todos estes, sem excepção, gostam bastante quer do hospital, quer da forma como são seguidos nas consultas.

As condições físicas dos gabinetes parecem-me adequadas à boa prática médica, sendo de construção recente. Possuem aquecimento central e luminosidade natural. Os doentes são chamados por um processo electrónico de senhas o que facilita a sua chamada, e permite reduzir os tempos de espera entre cada consulta. A sala de espera também me parece adequada, com bastantes cadeiras, televisão, aquecimento central e luminosidade natural. Proporciona um ambiente tranquilo aos doentes pela sua grande dimensão, o que nem sempre se verifica nas salas de espera de outros hospitais.

Em relação à consulta na comunidade, esta tem lugar num anexo do antigo Centro de Tuberculose de Vila do Conde que foi remodelado e tem agora boas condições para a prática médica. Contudo, a casa-mãe está abandonada (com vários vidros partidos), tornando o local pouco acolhedor e algo estranha a prática de consultas neste local. Julgo que a sua remodelação exterior tornaria o local mais apazível e, ao mesmo tempo, dignificaria o trabalho que ali é feito. Ainda assim, verifiquei a mais valia que significa para os doentes não terem de percorrer 30 quilómetros para poderem estar com o seu médico assistente, já que são estes que se deslocam do Hospital Magalhães Lemos até ali para realizarem consultas.

Os doentes eram, na sua larga maioria, provenientes de classes sociais muito desfavorecidas, tendo a maior parte deles grandes problemas de estrutura familiar e relacionamento social (desemprego, reformas baixas, famílias disfuncionais), o que complica, de sobremaneira, o seu tratamento e a respectiva integração na sociedade. De qualquer forma estavam quase todos com a sintomatologia bem controlada e com medicação adequada ao seu estado patológico, sendo que aceitam bem o tratamento e têm confiança no seu médico. A grande maioria das consultas consistiu na verificação do controlo dos sintomas com a medicação (delírios, humor, ideação suicida,

relacionamento social), bem como a nova prescrição medicamentosa e marcação da próxima consulta de rotina num espaço de 3 meses.

Achei importante a disponibilidade manifestada pelo Dr. Paulo Horta no sentido de que, em caso de necessidade, antes da próxima consulta, se podiam deslocar ali ou ao Hospital para falar com ele, o que se verificou neste dia com alguns doentes. Na minha opinião, esta atitude aumenta a confiança e melhora a relação médico-doente que são fundamentais no tratamento destas patologias.

Quanto ao Serviço de Urgência do Hospital de São João importa, em primeiro lugar, referir que a sala de espera é muito reduzida tendo em conta a elevada afluência deste serviço, o que faz com que muitas vezes esteja completamente cheia. Esta situação não é muito aconselhável quando se trata de doentes bastante ansiosos ou com patologia delirante. Assim, muitas vezes assiste-se a alguns conflitos verbais entre doentes enquanto esperam pela sua consulta. A reformulação da sala de espera, apesar da recente renovação do serviço, parece-me importante para promover uma maior tranquilidade no atendimento destes doentes.

Em segundo lugar, os dois gabinetes médicos, e o da enfermagem, fecham-se através de uma porta. Por um lado é bom, pois permite privacidade em relação ao exterior, mas, como não está disponível um sistema de alarme, em casos de doentes com comportamento agressivo torna-se perigoso para os profissionais de saúde. Já têm acontecido agressões físicas a psiquiatras e enfermeiros, sem que ninguém no exterior se tenha apercebido. Considero fundamental a instalação de um sistema que permita uma maior segurança dos profissionais, sendo esse o primeiro passo quando estamos a socorrer alguém: assegurar a nossa própria integridade física.

No entanto, e apesar da grande afluência ao serviço, considero que todos os doentes foram atendidos da melhor forma, tendo os seus casos sido resolvidos com alta médica ou com encaminhamento para o serviço de internamento.

Finalizada a realização deste estágio, é minha convicção que o mesmo foi importante para a minha formação enquanto futuro médico. As patologias psiquiátricas são hoje bastante frequentes e transversais a todas as especialidades médicas. Por isso, qualquer que seja a minha escolha, entendo que estou mais preparado para lidar com estas patologias. Julgo ser este o objectivo da possibilidade de escolhermos a modalidade de relatório de estágio nesta unidade curricular, o que me deixa bastante satisfeito com a minha escolha.

## BIBLIOGRAFIA

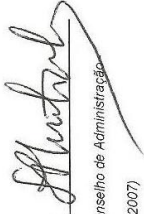
- Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernández S, Gómez-Pardiñas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabé F, García-Fernández J, Martínez-Sande G, Lantes-Louzao S, Pértega-Díaz S., “Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007)”, BMC Psychiatry. 2011; Mar 31; 11:51.
- Alvares J., “Philippe Pinel. Uma nova concepção de loucura”. Disponível em <http://www.psicologia.org.br/internacional/artigo4.htm>
- American Psychiatric Association, “DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais”, Climepsi Editores, 2002, 1ª Edição.
- Case M., Stauffer V.L., Ascher-Svanum H., Conley R., Kapur S., Kane J.M., Kollack-Walker S., Jacob J., Kinon B.J., “The heterogeneity of antipsychotic response in the treatment of schizophrenia”, Psychol Med., 2010 Oct, 7:1-10.
- Cheniaux E., “The pharmacological treatment of bipolar disorder: a systematic and critical review of the methodological aspects of modern clinical trials”, Rev Bras Psiquiatr. 2011 Mar;33(1):72-80.
- Comissão Europeia, “Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar – Versão Portuguesa”, 2008, 5.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, “Relatório – Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007 / 2016”, Ministério da Saúde, 2007.
- Costa R.T., Cheniaux E., Rosaes P.A., Carvalho M.R., Freire R.C., Versiani M., Rangé B.P., Nardi A.E., “The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study”, Rev Bras Psiquiatr. 2011 Mar 18.
- Harrison P., Geddes J., Sharpe M., Capítulos 9, 12 e 15, “Guia Prático da Psiquiatria”, Climepsi Editores, Dezembro de 2006, 1ª Edição, 169-193; 235-259; 305-317.
- Instituto Nacional de Estatística, “Censos 2001 – Recenseamento Geral da População e Habitação”, 2002.
- McIlwain M.E., Harrison J., Wheeler A.J., Russell B.R., “Pharmacotherapy for treatment-resistant schizophrenia”, Neuropsychiatr Dis Treat. 2011; 7:135-49.

- Núcleo Executivo da Rede Social de Vila do Conde, “Diagnóstico Social de Vila do Conde”, 2007.
- O Portal dos Psicólogos, Psicoglobal. Disponível em [http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm\\_cid/](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/)
- Organização Mundial da Saúde, Capítulos 1 e 2, “Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança”, Climepsi Editores, Abril de 2002, 1ª Edição, 29-30; 51-92.
- Portal da Câmara Municipal da Póvoa de Varzim. Disponível em <http://www.cm-pvarzim.pt/accao-social/rede-social/indicadores-do-concelho>
- Póvoa de Varzim, In Infopédia, Porto, Porto Editora, 2003-2011. Disponível em [www: <URL: http://www.infopedia.pt/\\$povoa-de-varzim,2>](http://www.infopedia.pt/$povoa-de-varzim,2)
- Rihmer Z., Gonda X., “Antidepressant-resistant depression and antidepressant-associated suicidal behaviour: the role of underlying bipolarity”, *Depress Res Treat.* 2011; 2011:906462.
- Wagner L.C., Torres-González F., Geidel A.R., King M.B., “Existential questions in schizophrenia: perception of patients and caregivers”, *Rev Saude Publica.* 2011 Apr; 45(2):401-8.

## **ANEXO 1**

Organigrama do Serviço Póvoa de Varzim / Vila do Conde

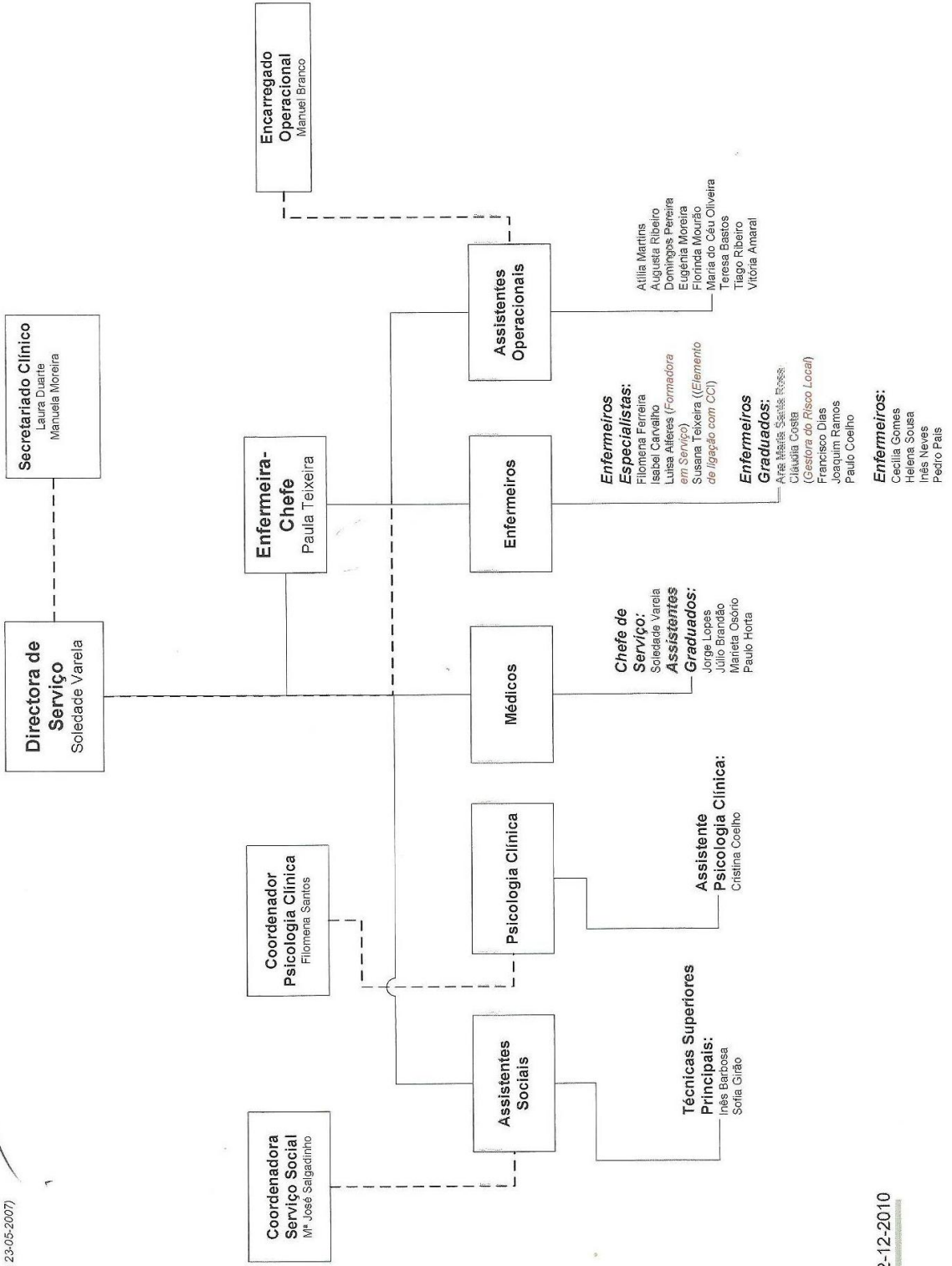
# ORGANOGRAMA DO SERVIÇO PÓVOA / VILA DO CONDE



O Director/Responsável: \_\_\_\_\_

(Modelo homologado pelo Conselho de Administração)

- Data de deliberação: 23-05-2007



Atualizado em 02-12-2010

## **ANEXO 2**

Quadro de Internamento 13 de Dezembro de 2010

Hospital de Magalhães Lemos  
 Serviço de Internamento Póvoa de Varzim / Vila do Conde  
 Quadro de internamento no dia 13 de Dezembro de 2010

Cama	Nome	Idade	Sexo	Data de Entrada	Diagnóstico
1	C.G.	33	Feminino	20-07-2007	299 – Autismo
2	M.M.C.	55	Feminino	20-07-2010	290 – Demência
3	A.P.	75	Masculino	04-11-2010	290.9 – Demência Senil Inespecífica
4	M.L.	43	Feminino	11-11-2010	799 – Hipoxia
5	J.S.	23	Masculino	01-03-2009	318 – Atraso Mental
6	M.N.S.	51	Masculino	10-11-2010	295 – Esquizofrenia
7	O.N.G.	65	Masculino	06-11-2010	296 – Distúrbio Bipolar do Humor
8	V.M.F.	50	Masculino	11-12-2010	303 – Alcoolismo
9	M.C.L.	52	Masculino	01-09-2010	295 – Esquizofrenia
10	B.M.	22	Masculino	20-08-2010	295.3 – Esquizofrenia Paranóide
11	A.G.	50	Masculino	25-11-2010	295.7 – Esquizofrenia Esquizo-Afectiva
12	J.A.	36	Masculino	16-11-2010	295.6 – Esquizofrenia Residual
13	V.D.	24	Masculino	27-10-2010	295 – Esquizofrenia
14	L.S.	49	Masculino	13-08-2010	295.3 – Esquizofrenia Paranóide
15	M.P.	55	Feminino	02-12-2010	304 – Abuso de Substâncias 318 – Atraso Mental
16	R.M.M.	53	Feminino	17-11-2010	295 – Esquizofrenia
17	M.N.	37	Feminino	23-11-2010	303 – Alcoolismo
18	C.M.	54	Feminino	24-02-2010	295.6 – Esquizofrenia Residual
19	L.M.	34	Feminino	30-11-2010	296 – Distúrbio Bipolar do Humor
20	I.B.	33	Feminino	09-12-2010	296 – Distúrbio Bipolar do Humor
21	M.G.	49	Feminino	17-06-2010	296 – Distúrbio Bipolar do Humor
22	C.P.	46	Feminino	16-11-2010	296 – Distúrbio Bipolar do Humor
23	L.S.	24	Feminino	12-12-2010	297 – Estado Paranóide