

U.PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO NO HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS

Diana Gomes Martins Correia da Silva

Orientador
Dr. José Queirós

Co-Orientador
Dr. Paulo Horta

Porto 2012

1. Resumo

Dado o meu particular interesse pela especialidade de Psiquiatria, a escolha da modalidade de estágio nesta área médica foi espontânea já que era de meu interesse aprofundar os conhecimentos que fui adquirindo ao longo do meu percurso académico e observar a dinâmica da aplicação prática desses mesmos conhecimentos na actividade diária de um hospital psiquiátrico. Este estágio foi realizado no Serviço Póvoa/Vila do Conde do Hospital de Magalhães Lemos (HML), num período compreendido entre de 21 de Novembro e 16 de Maio, com a co-orientação do Dr. Paulo Horta e orientação do Dr. José Queirós, ambos médicos pertencentes ao quadro do referido hospital. Tive ainda a oportunidade de acompanhar a Dr^a Ana Cerqueira e o Dr. Victor Mota nas suas atividades clínicas.

Contatei com várias modalidades da prática clínica na área da psiquiatria, desde a consulta externa (no hospital e na área de referência) ao internamento, passando pelos cuidados de intervenção intensivos e psiquiatria forense, no sentido de compreender de perto quais as principais psicopatologias que recorrem a esta área de cuidados médicos, quais os trajectos terapêuticos apropriados às várias patologias psiquiátricas e que impacto tais patologias têm na vida dos doentes, seus familiares e amigos.

Considero que tais objetivos foram atingidos e pretendo, neste relatório de estágio, apresentar uma descrição das atividades desenvolvidas, os tipos de patologias observadas, e sua distribuição, apresentando uma reflexão pessoal sobre as experiências vividas durante este estágio.

Por último, mas não menos importante, este estágio contribuiu para o meu crescimento pessoal e humanístico além de ter sido fundamental na orientação para uma possível escolha de especialidade médica.

Abstract

Given my particular interest in Psychiatry, the choice of a medical training in this area was spontaneous as it was my aim to deepen the knowledge that I acquired throughout my academic course and to observe the dynamics of the practical application of those skills in daily activity of a psychiatric hospital. This internship was carried out at Póvoa / Vila do Conde service, in Hospital de Magalhaes Lemos (HML), during a period between 21st of November and the 16th of May, with the co-coordination of Dr. Paulo Horta and supervision of Dr. Jose Queiroz, both resident physicians of the hospital. I also had the opportunity to follow Dr. Ana Cerqueira and Dr. Victor Mota in their clinical activities.

I contacted with various fields of clinical practice in psychiatric area, from medical consultation (in the hospital and in the reference area) to medical internment and the intensive care intervention in order to understand closely what are the main psychopathologies that search this area of medical care, what are the appropriate therapeutic plans to several psychiatric disorders and what impact these diseases have on patients' lives, their families and friends.

I also looked forward to understand what the condition of mental health is in primary health care by taking the testimony of a doctor in general practice who told me of her personal experience.

I consider that these goals have been reached and I intend, by this internship report, to provide a description of the activities, the pathologies observed, therapeutic options taken, supplementing them with theoretical support, and to present a personal reflection on the experiences I lived during this internship.

Last but not least, this experience contributed to my personal and humanistic growth as well as having been important in guiding me in the choice of my future medical specialization.

2. Agradecimentos

Ao Dr. José Queirós, mentor e mestre, pela sua disponibilidade, apoio e orientação neste trabalho assim como na minha vida académica e pessoal.

Ao co-orientador, o Dr. Paulo Horta, pela amabilidade de me receber e partilhar comigo os seus conhecimentos e experiência.

À Dr^a Ana Cerqueira e ao Dr. Victor Mota pelo contributo para o enriquecimento deste estágio.

(ao Dr. Queirós)

"Ser mestre não é de modo algum um emprego e a sua atividade não se pode aferir pelos métodos correntes; ganhar a vida é no professor um acréscimo e não o alvo; e o que importa, no seu juízo final, não é a ideia que fazem dele os homens do tempo; o que verdadeiramente há-de pesar na balança é a pedra que lançou para os alicerces do futuro."

Agostinho da Silva

Índice Geral

1. Resumo.....	I
Abstract.....	II
2. Agradecimentos.....	III
3. Introdução.....	1
4. Discussão.....	2
Sobre o Hospital de Magalhães Lemos e o Serviço Póvoa/Vila do Conde.....	2
Sobre a psiquiatria e sua prática.....	3
O estágio.....	4
Internamento.....	4
Consulta Externa.....	6
Serviço de Intervenção Intensiva.....	8
Alguns casos clínicos observados durante o estágio.....	13
Psiquiatria Forense.....	20
5. Reflexão/ Conclusão	22
6. Bibliografia	23
7. Anexos	24
Anexo 1.....	25
Anexo 2.....	26
Anexo 3.....	27

3. Introdução

As doenças psiquiátricas e os problemas a elas associadas, em termos de morbilidade e mortalidade, absentismo, degradação da qualidade de vida, entre outros, acarretam sérias consequências quer para o indivíduo afetado, quer para a comunidade onde este se insere. Os meios de apoio médico e social que são necessários mobilizar para o acompanhamento destes doentes demonstram bem as dimensões do seu impacto no funcionamento da sociedade. Por estas e outras razões, compreende-se a necessidade de aquisição cada vez mais aprofundada de conhecimentos na área de saúde mental por parte dos profissionais de saúde no sentido de responder com a máxima eficácia possível a estes doentes e às consequências do seu adoecimento para a sociedade, não só no que se refere ao seu tratamento mas também ao referenciamento destes casos para os profissionais especializados da área e para redes de suporte. Essa formação deve começar desde logo durante a fase de ensino através de um contato próximo com a realidade da saúde mental em Portugal e ao longo da carreira médica dos profissionais de saúde com atualizações regulares de conhecimentos e boas práticas.

O particular interesse pela área da psiquiatria, associado à necessidade de conhecimento nesta área por parte de qualquer profissional de saúde, justificou a minha escolha da realização de um estágio em psiquiatria, no caso presente realizado num hospital de cuidados de saúde mental.

Para tal acompanhei várias modalidades da prática médica em psiquiatria, desde internamento a consultas, passando pelo serviço de intervenção intensiva do Hospital de Magalhães Lemos, tendo como referência a área abrangida pelo serviço Póvoa/Vila do Conde e sob a tutela do Dr. Paulo Horta, e ainda com a contribuição da Dra Ana Cerqueira e do Dr. Victor Mota, este último na área da psiquiatria forense.

4. Discussão

Sobre o Hospital de Magalhães Lemos e o Serviço Póvoa/Vila do Conde

O hospital de Magalhães Lemos foi oficialmente inaugurado em 1962, mas só a partir de Janeiro de 1970 se começaram a realizar os primeiros internamentos que até então efetuavam no hospital de Conde Ferreira.

De acordo com a atual Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental e o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, a área geodemográfica do Hospital de Magalhães Lemos engloba os concelhos do Porto (exceto as freguesias de Bonfim, Paranhos e Campanhã), Matosinhos, Póvoa do Varzim e Vila do Conde, Santo Tirso e Trofa, além de



receber doentes de toda a região norte do país já que é hospital de referência de saúde mental do norte. O HML presta serviços assistenciais aos seus utentes nas suas instalações físicas, em ambulatório ou internamento, e através de consultas externas realizadas nas respetivas áreas de referência. O atendimento urgente da área metropolitana do Porto é garantido pelo Hospital de São João e é apoiado por uma 2ª linha de urgência a cargo do Serviço de Intervenção Intensiva do Hospital de Magalhães Lemos.

Em anexo (anexo 1) apresenta-se um organograma detalhado deste hospital.

O HML aposta, desde a sua abertura, na integração social dos indivíduos com problemas mentais, desenvolvendo actividades de ligação com centros de saúde e hospitais gerais, bem como de articulação com estruturas de apoio social e com autarquias da área assistencial abrangida por este hospital. Promove, igualmente, iniciativas de dinamização de Unidades Residenciais e de emprego social para doentes com apoios sócio-familiar e profissional deficientes.

Às actividades do HML soma-se, ainda, o importante trabalho realizado na área do ensino, desenvolvido em parceria com várias instituições de formação pré e pós-graduada e nas quais se inclui o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Como já referido, este estágio foi realizado tendo por base o serviço Póvoa/ Vila do Conde, chefiado pela Dr^a Soledade Varela e sustentado por uma equipa de recursos humanos que abrange médicos (entre os quais o co-orientador deste estágio, o Dr. Paulo Horta), enfermeiros, psicólogos, serviço social e serviços administrativos.

Sobre a psiquiatria e sua prática

Segundo o que os documentos históricos existentes nos permitem aferir, a psiquiatria (ainda sem esta designação e reconhecimento como sub-especialidade médica) originou-se no século V a.C. e os primeiros hospitais para doentes mentais foram criados na Idade Média. Durante muitos séculos as doenças mentais eram atribuídas à ação de forças místicas e obscuras, não havendo uma clara distinção entre o sobrenatural e suas exteriorizações mentais.

Foi durante o século XVIII que a Psiquiatria evoluiu como campo médico distinto e que as instituições para doentes mentais passaram a aplicar tratamentos mais complexos e a ter em conta a dimensão humana dos seus pacientes.

No século XIX houve um aumento importante no número de pacientes, quem sabe relacionado com a revolução industrial, e no século seguinte assistiu-se à evolução no entendimento biológico das doenças mentais, à introdução de classificações para os transtornos psiquiátricos e ao desenvolvimento e administração de psicofármacos.

Outro importante acontecimento, tendo em conta as mudanças a que conduziu, foi o surgimento da antipsiquiatria ou movimento anti-psiquiátrico na década de 60, levando à discussão da desinstitucionalização em favor dos tratamentos na comunidade.

Na atualidade, a especialidade médica de psiquiatria tem como campo de trabalho a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das diferentes formas de patologias mentais, de origem orgânica ou funcional, com manifestações psicológicas e físicas severas, sendo o seu objectivo principal o alívio do sofrimento e promoção do bem-estar psíquico e físico. Daí a origem da palavra “psiquiatria”: deriva do grego e significa “arte de curar a alma”.

A abordagem é feita através de uma avaliação global do doente nas suas dimensões biológica, psicológica e cultural, elaborando a história clínica, realizando o exame do estado mental e recorrendo a testes psicológicos, neurológicos, exames de imagem e analíticos, quando necessário. Por estas razões, se justifica uma abordagem multidisciplinar que complementa e enriquece o processo clínico.

A terapêutica psiquiátrica, por sua vez, distingue-se das realizadas nas demais especialidades médicas por envolver, não só, a administração de fármacos, mas também várias formas de psicoterapia e eletroconvulsivoterapia. Mais uma vez se compreende a importância da intervenção de vários profissionais, além do médico psiquiatra, como psicólogos, terapeutas, entre outros.

Tal como noutras especialidades médicas, e tendo em conta a aquisição constante de novos conhecimentos, também a psiquiatria se foi especializando em sub-áreas de intervenção, desde a pedopsiquiatria à psicogeriatría, passando pela psiquiatria forense. Por outro lado, e para uma maior uniformização de diagnósticos e procedimentos, foram desenvolvidos sistemas, replicáveis e objectivos, de classificação de doenças. A CID (Classificação Internacional de Doenças), atualmente na sua 10ª edição, é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e utilizada a nível mundial. Nos Estados Unidos o sistema diagnóstico padrão é o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) publicado pela American Psychiatric Association e atualmente na sua 4ª edição. São ambos igualmente eficazes no estabelecimento e uniformização dos diagnósticos e em parte são sobreponíveis, com exceção de certas categorias, devido a diferenças culturais.

O estágio

Internamento

À semelhança dos outros internamentos do Hospital Magalhães Lemos, o espaço físico do serviço Póvoa/ Vila do Conde é constituído por quartos, WC's, refeitório, uma sala de convívio, sala de reuniões e gabinetes médicos. Quer a equipa multidisciplinar, quer o espaço físico do serviço Póvoa/ Vila do Conde garantem o seu bom funcionamento e o bem-estar dos doentes.

O internamento tem como intuito o seguimento de doentes através de uma vigilância mais próxima por parte dos profissionais de saúde mental e está indicado nas situações de doença mental aguda ou de agudização de doença mental crónica prévia em que o melhor tratamento indicado é aquele instituído num ambiente controlado e vigiado, já que há situações agudas que podem constituir potenciais fragilidades para o doente, para a família ou mesmo para a sociedade e, por isso, é essencial assegurar a maior protecção de todos os envolvidos.

Ainda que possam ser voluntários ou compulsivos, de acordo com a psicopatologia e características da agudização, qualquer internamento constitui, por si só, uma experiência mais

ou menos stressante não só para o doente em questão, mas também para todos aqueles próximos dele (família e amigos), já que ao processo de internamento estão frequentemente associados sentimentos de medo, sofrimento e de dúvida, além do estigma que as patologias mentais ainda acarretam perante a sociedade. Por estas razões, durante todo o decurso de internamento procura-se respeitar a individualidade e espaço pessoal de cada doente, bem como fornecer-lhe o melhor tratamento possível ao dispor dos profissionais de saúde no sentido da recuperação com os melhores resultados.

A importância do trabalho multidisciplinar é muito evidente neste tipo de ações médicas já que estas constituem um processo de acompanhamento contínuo dos doentes por um conjunto de profissionais que agrega, no mesmo grupo de trabalho, desde médicos a enfermeiros, passando por auxiliares e outros em apoio e seguimento constante do doente.

Nas visitas ao internamento era feito um registo clínico após a observação do doente, permitindo uma comunicação detalhada e esclarecedora entre profissionais e facilitando o planeamento e orientação de cuidados integrados e continuados.

Analisando, na sua globalidade, o conjunto de doentes que observei e registei nas visitas ao serviço de internamento durante este estágio, conclui-se que a distribuição por sexos se aproximava da equidade, embora com valores ligeiramente superiores para o sexo masculino, como se pode ver no gráfico I.

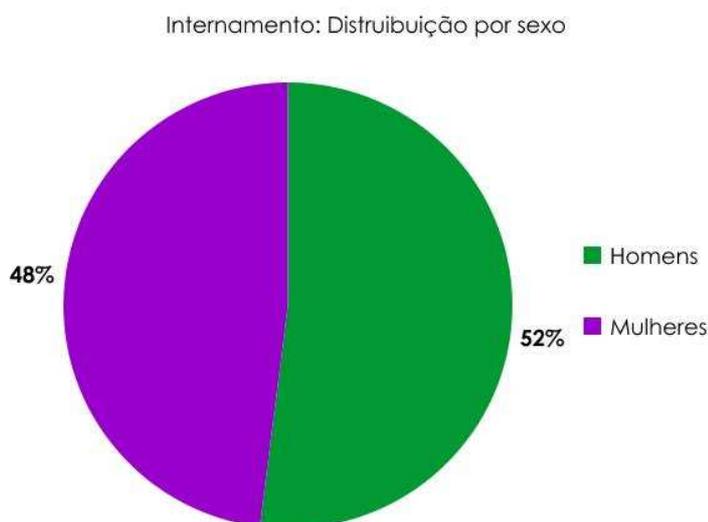


Gráfico I: Distribuição por sexo dos doentes observados no internamento.

Outro parâmetro estimado foi a média de idades nos doentes internados, rondando esta, os 40 anos de idade. Analisando separadamente a média de idades em cada um dos

sexos (gráfico II), esta rondava os 43 anos nos doentes internados do sexo masculino e nos doentes do sexo feminino a média de idades rondava os 37 anos de idade.

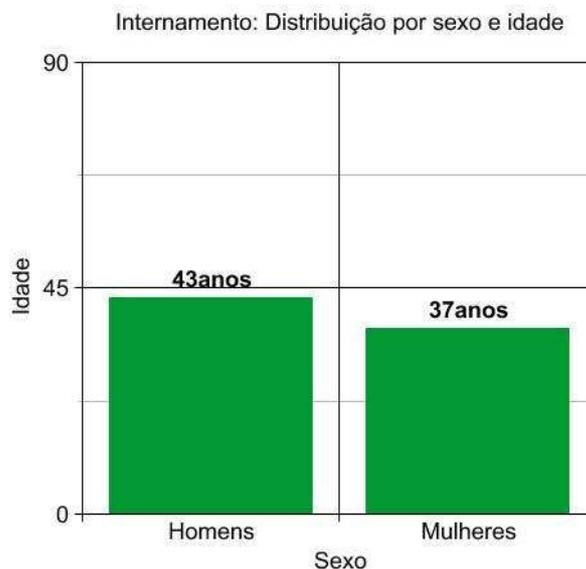


Gráfico II: média de idades, em ambos os sexos, dos doentes observados em internamento.

Após a alta do internamento, o seguimento médico é feito através de consultas em ambulatório, marcadas de acordo com a necessidade e evolução da doença e em articulação com os cuidados de saúde primários. Nos casos em que há um incumprimento do tratamento farmacológico, nomeadamente as terapêuticas injectáveis periódicas feitos em ambulatório no hospital e em que os contactos efectuados são infrutíferos, o hospital dispõe de uma equipa que se desloca ao domicílio no sentido de perceber o que se passa e de garantir o cumprimento da medicação. Esta iniciativa permite diminuir o número de descompensações por incumprimento terapêutico assim como evitar a conseqüente necessidade de internamentos.

Consulta externa

Durante o estágio assisti a várias consultas realizadas, quer no pavilhão A do hospital de Magalhães Lemos, quer no Centro de Saúde de Vila do Conde, no contexto da equipa que semanalmente se desloca a esta área de referência.

O que me chamou de imediato a atenção foi o fato de o local de consulta externa em Vila do Conde encontrar-se mal sinalizado e a área externa encontra-se mal conservada e cuidada. Uma apresentação mais agradável do centro de saúde onde se realiza a consulta de psiquiatria seria uma mais-valia para os utentes e profissionais que trabalham naquele espaço.

Por outro lado, e apesar de o interior estar bem preservado e em boas condições, o seu espaço é limitado e a sala de espera pouco confortável. Direta ou indiretamente, estas circunstâncias influenciam o bem-estar de quem atende e é atendido naquele local.

Todas as consultas a que assisti eram de seguimento, isto é, nenhuma foi uma primeira consulta e em todas elas foi-me transmitido o enquadramento clínico do doente e sua evolução médica com posterior consulta dos processos clínicos dos doentes.

As patologias que tive oportunidade de ver nas consultas incluíram casos de depressão major, distímia, doença bipolar, distúrbio de personalidade, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, dependência alcoólica, entre outras. As atrás mencionadas formam as perturbações mais observadas na consulta externa, num total de 44 doentes, com uma distribuição relativamente semelhante entre os dois sexos, à exceção da dependência alcoólica. Esta foi mais vezes observada nos doentes do sexo masculino e, num número significativo de casos, associados a comportamentos violentos, nomeadamente em relação a esposas, companheiras e filhos. Ainda de salientar que os casos de distúrbio de personalidade paranóide foram observados somente em mulheres, sem contudo significar uma correspondência à prevalência destes casos na população em geral.

Analisando o grupo de doentes com quem contatei na consulta, verifica-se que a distribuição por sexo é relativamente equitativa, mas com um número ligeiramente superior de mulheres (56,8 % vs 43,2 % de homens)- gráfico III.

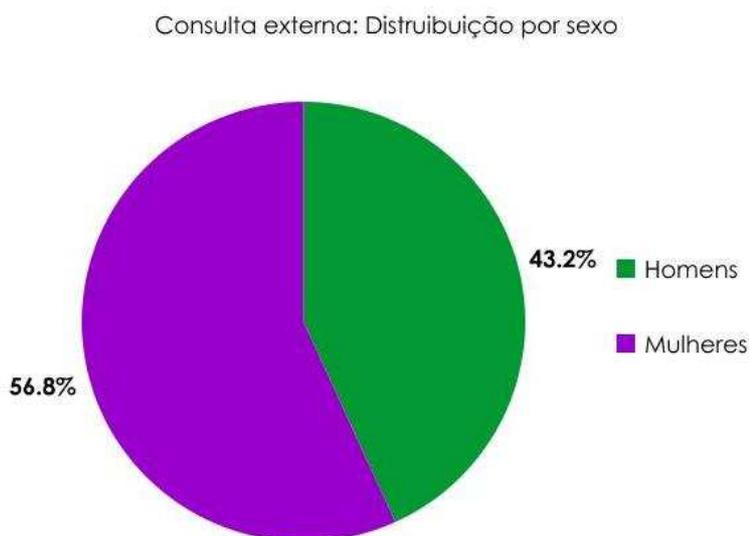


Gráfico III: Distribuição por sexo dos doentes observados na consulta externa.

Por outro lado, a distribuição de idades em cada um dos sexos (gráfico IV) correspondeu a uma média de 44 anos de idade para os homens e de 49 anos para as mulheres, isto é, dois valores sem grande desfasamento entre si.

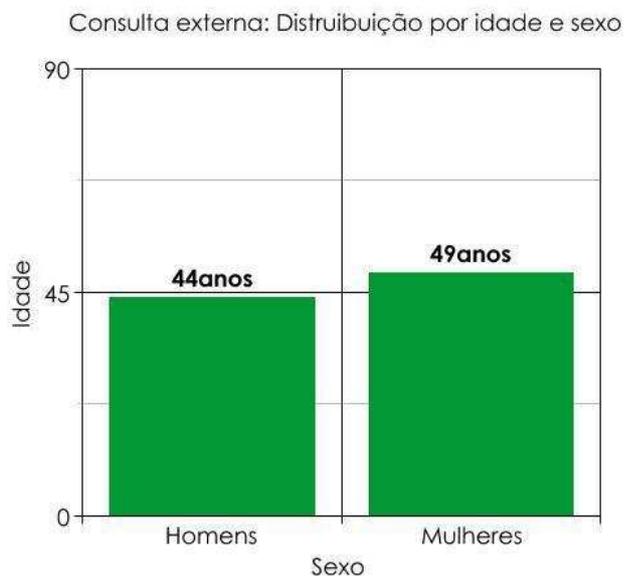


Gráfico IV: média de idades, em ambos os sexos, dos doentes observados na consulta externa.

A consulta externa permitiu-me compreender melhor umas das vertentes da psiquiatria em contexto de ambulatório, e observar um grupo variado de psicopatologias que têm indicação para serem seguidas com a regularidade apropriada a cada uma delas, de acordo com o seu grau de deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida.

Serviço de Intervenção Intensiva

Como foi previamente referido, as urgências psiquiátricas da área metropolitana do Porto são atendidas no Hospital de São João (HSJ). No entanto, até 1993 estavam a cargo do HML que possuía um serviço de urgência entretanto transferido para o Hospital Geral de Santo António e, mais tarde, para o HSJ onde funciona desde então. No HML foi criada uma 2ª linha de urgência através da abertura da Unidade de Cuidados Intensivos Psiquiátricos (UCIP), agora denominado Serviço de Intervenção Intensiva (SII), que passou a operar em articulação com os restantes serviços do hospital e com o serviço de urgência do HSJ.

Para o SII são referenciados os doentes provenientes do serviço de urgência psiquiátrica do Hospital de São João, de outras unidades médicas da zona Norte do país e de outros serviços do próprio hospital de Magalhães Lemos (quando ocorrem situações de

agudização de doença psiquiátrica que justifique a transferência do doente do internamento onde se encontra para o SII, já que aqui o hospital dispõe de uma equipa permanente de cuidados continuados). É, assim, uma unidade especializada que funciona em períodos de 24h e permite a avaliação e orientação de situações agudas com necessidade de cuidados especiais e contínuos.

O espaço do SII, à semelhança do que acontece noutros serviços do HML, é constituído por quartos, WC's, sala de convívio, um espaço ao ar livre os doentes, sala de reuniões e gabinetes médicos.

Tendo por base os dados relativos ao dia 11 de Maio, um dos dias em que estagiei no SII, procedi a uma análise da distribuição de parâmetros como sexo, idade e tipo de internamento (voluntário ou compulsivo), no sentido de obter uma imagem global representativa de um dia de actividade. De referir que, além das camas existentes no SII (um total de 15), foi necessário aumentar o número de vagas hospitalares por ter havido um incremento significativo de urgências psiquiátricas num período recente. Para tal, foi mobilizado um espaço num dos edifícios do HML, que estava previamente encerrado, no sentido de receber o crescente número de doentes que recorreram aos serviços de urgência. Essa nova unidade, a que se chamou plano B está sob responsabilidade do SII e, à data deste estágio, dispunha de um total de 18 camas, além de WC's, refeitório, sala de convívio e gabinetes médicos.

Às 16h do dia 11 de Maio de 2012 havia 29 doentes internados no SII (incluindo os referentes ao plano B) sendo que 7 desses internamentos realizaram-se no período das 8h às 20h. A distribuição, por sexo, dos doentes internados neste serviço do HML era de 42,4% de doentes do sexo masculino e de 57,6% de doentes do sexo feminino (gráfico V).

SII: Distribuição por sexo

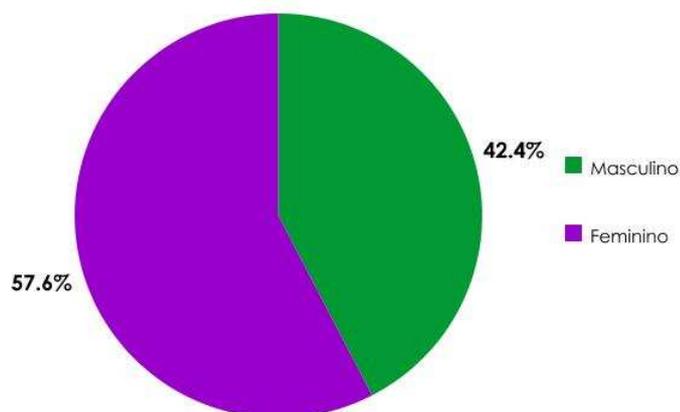


Gráfico V: Distribuição por sexo dos doentes observados no SII

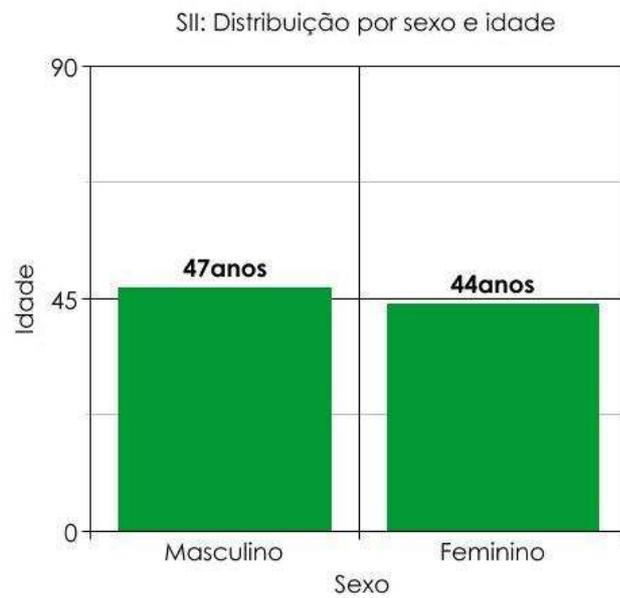


Gráfico VI: média de idades, em ambos os sexos, dos doentes observados no SII

As médias de idades eram de 47 anos para os homens e de 44 anos para as mulheres (gráfico VI).

Também comparei a percentagem global (homens e mulheres) de internamentos voluntários vs internamentos compulsivos, sendo que os primeiros correspondiam a 76% dos casos os segundos aos restantes 24% (gráfico VII).

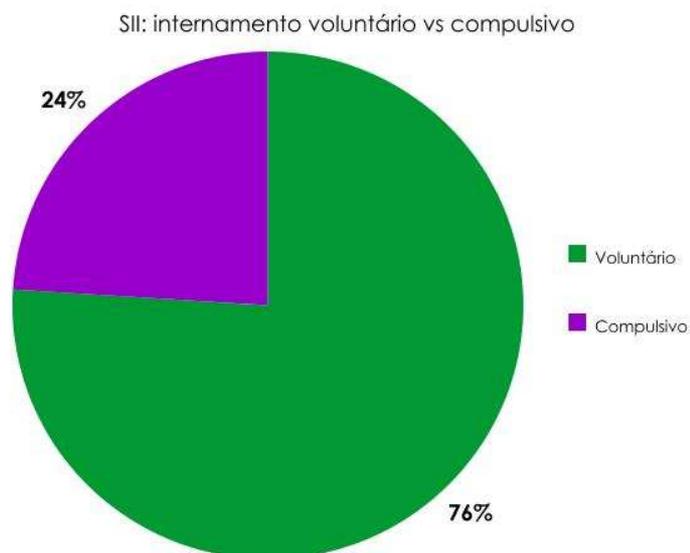


Gráfico VII: Internamento Voluntário vs Compulsivo, em ambos os sexos.

Avaliei, ainda, estes parâmetros para homens e mulheres, isoladamente. Os valores obtidos são os descritos nos gráficos VIII e IX.

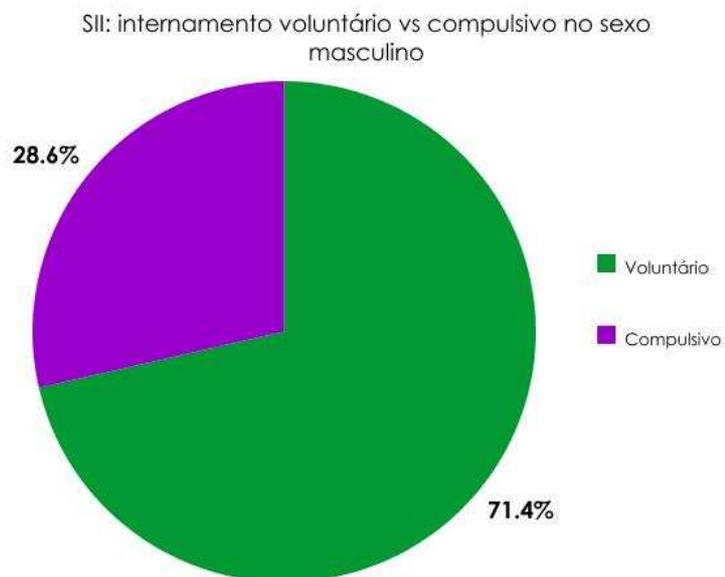


Gráfico VIII: Internamento Voluntário vs Compulsivo, no sexo masculino

Conclui-se que no sexo masculino a percentagem de internamentos compulsivos foi mais elevada que nas mulheres, ainda que os valores em questão não apresentem uma discrepância significativa entre si nem se afastem da percentagem global de internamentos compulsivos vs voluntários quando os dois sexos são avaliados em conjunto.

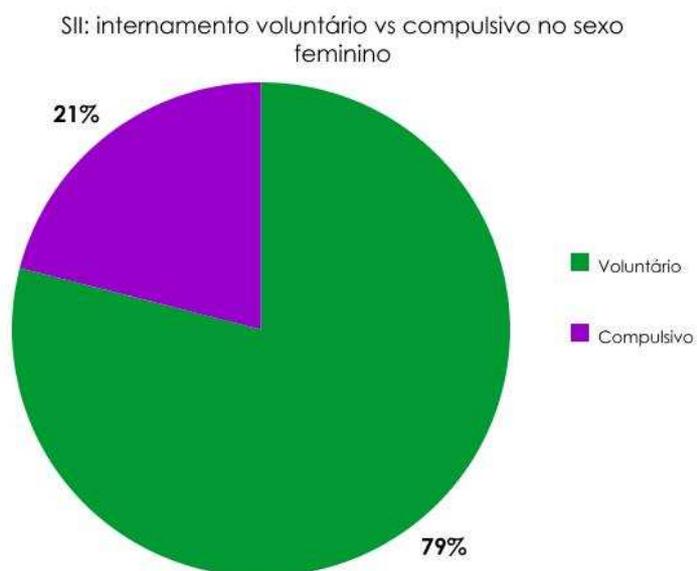


Gráfico IX: Internamento Voluntário vs Compulsivo, no sexo feminino

No SII, tal como nos outros serviços onde fiz estágio, contatei com vários quadros psiquiátricos, desta vez em situação aguda, onde os tratamentos instituídos apresentam as suas particularidades relativamente aos efectuados noutros estados de doença. A primeira particularidade será o próprio espaço físico de internamento desenhado para ser possível um maior controlo das situações potencialmente perigosas quer para o doente, quer para onde se dá um controlo das saídas dos doentes, estando estas limitadas ao espaço do SII. Tal é feito em primeiro lugar para salvaguarda da segurança do próprio doente, principalmente nos casos de internamento compulsivo, e para que haja garantia de um cumprimento de tratamento.

As psicopatologias observadas neste dia de internamento no SII e respectivas prevalências entre sexos masculino e feminino estão descritas no gráfico X.

Distribuição de patologias psiquiátricas no SII em ambos os sexos

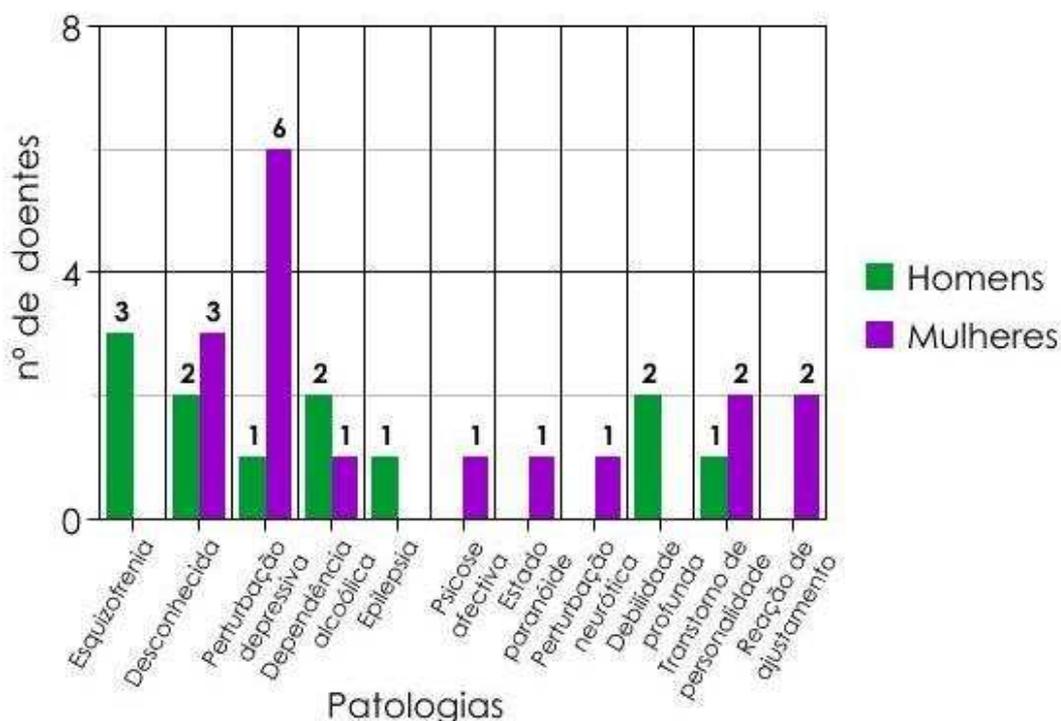


Gráfico X: Distribuição de patologias psiquiátricas no SII em ambos os sexos

Analisando o gráfico, conclui-se que as perturbações depressivas estavam sobretudo presentes no sexo feminino (6 mulheres internadas por essa patologia contra apenas 1 homem), o que vai de encontro à prevalência desta doença psiquiátrica na população em geral. Os três casos de esquizofrenia internados referiam-se, todos eles, a doentes do sexo masculino, ao contrário dos internamentos por reacção de ajustamento só presente em mulheres. Também presentes unicamente no sexo feminino, embora com pouca

representação, foram os casos de psicose afetiva, estado paranóide e perturbação neurótica. Os dois casos de debilidade mental referiam-se a doentes do sexo masculino. Nas restantes patologias, verificou-se um relativo equilíbrio de prevalência entre os dois sexos.

De referir que, apesar das conclusões acerca deste grupo de doentes em concreto, não devem ser feitas extrapolações para a população em geral já que a amostra é diminuta e por isso, pouco representativa estatisticamente. Este gráfico apenas permite perceber a distribuição destas patologias mentais naquele serviço em concreto, sendo necessário obter uma amostra muito mais significativa caso o objectivo fosse fazer, de facto, um estudo comparativo.

Em anexo (anexo 2) é possível ver uma grelha descritiva mais detalhada do SII do dia em questão.

Casos clínicos observados no SII

Caso 1

M.J.M.N.S., sexo feminino, 61 anos de idade, divorciada, tem 2 filhas, está desempregada e reside sozinha num apartamento no mesmo prédio de uma das filhas.

Motivo de internamento: episódio psicótico agudo.

Antecedentes psiquiátricos: episódio depressivo em 1997 após cirurgia ginecológica; em 2000, no contexto de divórcio, teve surto psicótico com actividade alucinatório-delirante de tipo persecutório; desde há 2-3 semanas, há referência a recaída de sintomatologia alucinatório-delirante de tipo persecutório após ter suspenso, há cerca de 2 meses, a toma de Risperidona que tomava desde 2003 (médico de família tentou reduzir tendo até prescrito um antidepressivo). A doente sentiu-se mal com o mesmo e voltou a tomar Risperidona. Foi acompanhada em consulta de psiquiatria entre 1999 e 2003, tendo abandonado a mesma depois disso.

Hábitos tabágicos: 1 maço de tabaco/dia e álcool esporádico.

No dia deste internamento recorreu ao SU, acompanhada da filha mais nova, por agravamento da sintomatologia. Apresentou muita dificuldade em contar a história por manifesta crítica sobre o que sentia, nomeadamente quando a filha disse à frente da doente que havia um tema relacionado com a cirurgia sobre o qual a mãe tinha que falar, mas esta reagiu mal e disse que não queria contar.

Referiu que durante a noite precedente não terá dormido porque “as vozes não paravam de dizer me coisas”, “dão-me ordens e eu tenho que as cumprir senão é pior”. Chegou a partir um retrato do ex-marido durante a noite e relatou estas vozes como vindo “dentro do útero”, sentindo-se “vigiada por elas” e disse, ainda, que eram vozes de pessoas conhecidas, incluindo as filhas, que faziam “parte do complot” (achava que elas “sabiam o que se passava” e que a andavam a observar). Estas vozes dirigiam-se diretamente à doente mas esta não conseguiu esclarecer se a tratavam por “tu” ou por “você”. Eram nítidas por vezes, outras vezes não.

A doente assinou o plano individual de cuidados e solicitação de internamento voluntário.

A psicose é um sintoma ou característica de determinadas doenças mentais caracterizada por mudanças radicais na personalidade, funcionamento desajustado, e um senso distorcido ou inexistente da realidade objetiva. Os indivíduos que sofrem de psicose são incapazes de distinguir a experiência subjetiva pessoal da realidade externa e experimentam alucinações e / ou delírios que acreditam serem reais o que pode exteriorizar-se através de uma comunicação inapropriada e incoerente.

A psicose pode surgir como sintoma de uma série de distúrbios mentais, desde transtornos de humor a transtornos de personalidade estando também presente na esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante e nos transtornos psicóticos.

Pode ser causada pela interação de factores biológicos e psicossociais dependendo do distúrbio em que ela se apresenta e pode também ser causada pelo consumo de substâncias psicotrópicas ou por factores puramente sociais, sem nenhum componente biológico.

O tratamento na fase aguda tem como alvo aliviar os sintomas psicóticos mais severos com antipsicóticos e benzodiazepinas e a hospitalização está indicada para propósitos diagnósticos (se ainda não estabelecidos), estabilização da medicação e segurança dos pacientes com comportamentos desorganizados e inadequados.

Após um episódio agudo é importante prevenir recidivas e otimizar o nível de funcionamento através de intervenções psicológicas e sociais assim como investir na educação do doente e família no sentido de uma melhor compreensão da doença e adesão ao tratamento.

Caso 2

M.S.C., sexo masculino, 38 anos de idade, desempregado, solteiro, analfabeto, de etnia cigana, a viver com o pai.

Motivo de internamento: agressividade associada a abuso de álcool.

Antecedentes psiquiátricos: há 5 anos atrás esteve internado em Barcelos durante 1 ano, por dependência alcoólica e esteve sem beber 1 ano e 2 meses; não estava a fazer medicação aquando do episódio de internamento atual.

Análises: TGP= 51; G-GT= 134; Álcoolémia= 1,01

Em entrevista, o pai do doente referiu que este era alcoólico desde que a mãe morreu há 13 anos e que, no dia do internamento, o filho tinha bebido vários bagaços e vinho, partido um televisor e tentado agredir o pai. O doente veio transferido do Hospital de Famalicão porque nos últimos meses passava o dia a beber, ficando agressivo. O pai do doente disse, ainda, que já não aceitavam o filho para internamento em Barcelos e manifestou vontade (chegando a exigir) que o filho ficasse internado no HML por um período prolongado. Quando lhe foi dito que o hospital era para casos agudos, o pai do doente reagiu mal.

Plano individual de cuidados e solicitação de internamento voluntário assinados pelo pai do doente.

O alcoolismo é o conjunto de consequências e problemas relacionados com o consumo excessivo, prolongado e regular de álcool e constitui um conjunto de diagnósticos desde a dependência, a abstinência, o abuso (uso excessivo, mas não continuado), intoxicação por álcool (embriaguez) a síndromes amnésico, demencial, alucinatória, delirante, de humor. Assim, o alcoolismo é um termo genérico que indica algum problema, mas é necessário apontar qual ou quais distúrbios que estão presentes, pois geralmente há mais de um.

Os efeitos emocionais e comportamentais são muito frequentes e variáveis conforme a tolerância do indivíduo e a dose ingerida. Pode ocorrer perda de inibição, alteração do humor, agressividade, comportamento violento, depressão e perda de memória. Geralmente está associado a outras condições psiquiátricas como transtornos de personalidade, depressão, transtorno afetivo bipolar (ou psicose maníaco depressiva), transtornos de ansiedade e suicídio.

Caso 3

L.M.S.C., 34 anos de idade, divorciada, sem filhos, desempregada, vive com a mãe.

Motivo de internamento: alterações de comportamento em doente com esquizofrenia esquizoafetiva.

Antecedentes psiquiátricos: acompanhada no HML desde 2005, tem historial de vários internamentos em psiquiatria, o último dos quais há 1 mês. Estaria medicada com Aripiprazole, Midazolam e Risperidona.

Aparentemente bem até há cerca de 2-3 semanas antes do atual episódio de internamento (o 10º internamento no HML), altura em que foi detetado um nódulo mamário revelando-se ser um carcinoma ductal invasor. Esteve internado no Hospital Pedro Hispano onde foi submetida a tumoretomia. Desde então vinha apresentando alteração progressiva do comportamento com discurso centrado na sua doença, insónia, anorexia e períodos de agitação psicomotora. Terá sido avaliada pelo psiquiatra assistente que lhe alterou a medicação para Venlafaxina, Quetipina e aumentado a dosagem de Midazolam. Manteve alterações do comportamento com agravamento do mesmo e passou a demonstrar interesse pela Bíblia que não demonstrava antes.

Em entrevista individual com a doente, esta apresentava-se desadequada e referiu que, após ter deixado o Hospital Pedro Hispano, ficou muito preocupada e sentia que uma tia pertencente à igreja Mórmon a estava a influenciar. Disse ainda que as enfermeiras lhe faziam o curativo ao contrário.

A doente assinou o plano individual de cuidados e solicitação de internamento voluntário.

Caso 4

J.M.F.O.M., sexo masculino, 57 anos de idade, desempregado há mais de 15 anos, vive em casa dos pais.

Motivo de internamento: alterações comportamentais com delírios de grandeza.

Antecedentes psiquiátricos: tem doença psiquiátrica crónica, nomeadamente Perturbação de Personalidade Borderline. Tem história de consumos de substâncias

psicotrópicas, períodos depressivos, perturbações de ansiedade agravadas desde a morte do pai em Dezembro de 2011. Desde então apresentava comportamento diferente do habitual, como afixação de cartazes menos próprios no carro, deambulação pelos cafés da localidade onde vive, gastos excessivos de dinheiro. Passou a envergar vestuário exótico e exuberante, cheio de adereços.

Foi pedido internamento compulsivo pelo psiquiatra assistente da unidade de alcoologia.

Na entrevista individual, apresentou-se vestido de branco, cheio de adereços, com flutuação do humor, ideias sobrevalorizadas de conteúdo místico e de grandeza, aspeto emagrecido. Sem crítica e muito pouco colaborante por sentir o coração aos saltos (TA= 174/115 mmHg). Referiu que fazia Trazodona e Quetiapina em casa mas deixou de a tomar por esta ter acabado.

Assinou plano individual de cuidados.

A esquizofrenia começa mais frequentemente entre os 18 e os 25 anos nos homens e entre os 26 e os 45 anos nas mulheres e a sua instalação pode ser súbita, num espaço de dias ou de semanas, ou lenta e insidiosa, ao longo de anos.

Os sintomas da esquizofrenia agrupam-se em três grandes categorias, sendo que o mesmo indivíduo pode apresentar sintomas de um ou dos vários grupos: delírios e alucinações, alteração do pensamento e do comportamento e sintomas negativos ou por défice.

Os delírios são crenças falsas que, habitualmente, implicam uma má interpretação das percepções ou das experiências podendo consistir em delírios persecutórios (o indivíduo acredita que está a ser atormentada, seguida, enganada ou espiada), delírios de referência (crença em que há mensagens dirigidas a si), delírios de roubo ou de imposição do pensamento (crença em que outros estão ler as sua mentes, que os seus pensamentos são transmitidos a outros ou que os seus pensamentos e impulsos lhes são impostos por forças externas) e delírios de grandeza. Podem também ocorrer alucinações auditivas (de longe as mais frequentes e em que o indivíduo pode «ouvir» vozes que comentam o seu comportamento, que conversam entre elas ou que fazem comentários críticos e abusivos), visuais, olfativas, gosto ou de tato. As alterações do pensamento consistem no pensamento desorganizado, que se torna patente quando a expressão é incoerente, muda de um tema para outro sem nenhuma finalidade e as alterações de comportamento podem tomar a forma de simplismos de carácter infantil, agitação ou aparência, higiene ou comportamento inapropriados. Por fim, os sintomas negativos ou por défice da esquizofrenia incluem frieza de emoções, pobreza de expressão, anedonia e associabilidade.

Caso 5

M.T.P.B.M., sexo feminino, 47 anos de idade, casada, tem 3 filhas, doméstica, vive com o marido.

Motivo de internamento: ingestão voluntária de medicamentos (Lorazepam).

Antecedentes psiquiátricos: acompanhada em psiquiatria no Hospital de Valongo, tendo faltado à consulta de Março; doente com história de múltiplas tentativas de suicídio e de internamentos desde 1986 (último internamento ainda este ano, em Janeiro).

Doente recorreu ao SU acompanhada pela filha do meio. A doente sempre foi doméstica e o marido trabalhava e ficava muito tempo fora de casa. Desde que ficou desempregado, passou a estar mais por casa resultando em conflitos constantes entre o casal. Ambas referiram que, no dia do internamento desta doente, o marido da mesma foi ao banco e levantou todo o dinheiro da bolsa escolar de uma das filhas e o gastou, não sabem em quê. Referiu que andava com ideias autodestrutivas desde há 4 meses, chegando até a comprar veneno para ratos e que este comportamento do marido a terá levado a ingerir voluntariamente vários comprimidos de Lorazepam.

A doente assinou o plano individual de cuidados e solicitação de internamento voluntário.

Caso 6

M.G.A., sexo masculino, 54 anos de idade, divorciado, tem 1 filha, reformado com um trabalho em part-time num condomínio, vive sozinho em casa própria e nega suporte familiar.

Motivo de internamento: ideias recorrentes de morte; internamento a pedido do doente.

Antecedentes psiquiátricos: doente seguido no HML com diagnóstico de esquizofrenia residual, medicado com Risperidona, Lorazepam e Agomelatina. Recorre frequentemente ao SU por queixas somatoformes. Último diagnóstico foi de psicose não orgânica. Consultando o processo eletrónico do doente, verificou-se que este tinha consulta marcada com psiquiatra assistente para dali a 1 mês.

Em entrevista individual o doente apresentava choro fácil, desesperança, cefaleias e outros sintomas inespecíficos. Referiu ideias de morte (“vou-me envenenar”) e pouco apoio familiar. Disse que a mulher o traiu e que a filha pouco lhe ligava, que não atendia os telefonemas dele. Afirmou, ainda, que não comprou o antidepressivo prescrito pela psiquiatra assistente e preferiu ir à urgência.

Mostrou-se preocupado com o facto de não ter fechado as persianas de casa e de não ter pago o condomínio.

O doente assinou o plano individual de cuidados e solicitação de internamento voluntário.

(No anexo 3 encontra-se uma descrição resumida dos fármacos referidos nos casos clínicos.)

O comportamento suicida inclui as tentativas de suicídio (acções suicidas com intenção de morte, mas que não atingem o seu propósito) e o suicídio consumado (acções suicidas que resultam em morte) e resulta geralmente da interacção de vários factores como perturbações mentais (fundamentalmente depressão e abuso de substâncias), factores sociais (desilusão, perda e ausência de apoio social), perturbações de personalidade (impulsividade e agressão) e doença orgânica incurável. De salientar que mais de metade das pessoas que se suicidam estão deprimidas. Os problemas matrimoniais, uma relação amorosa acabada ou problemática ou uma perda pessoal recente (particularmente entre as pessoas de idade avançada) podem precipitar a depressão e o suicídio é muitas vezes o acto final de uma série de comportamentos autodestrutivos. O comportamento suicida exacerba-se, por vezes, pela ruptura de *stress* motivado por relações problemáticas e pela carga que representa estabelecer novas relações e estilos de vida.

Para além da depressão, existem outras perturbações mentais que aumentam o risco de suicídio como, por exemplo, a esquizofrenia, (particularmente os que estão também deprimidos são mais propensos a tentar o suicídio do que aqueles que não têm esta doença), ou as perturbações de personalidade.

A sobredosagem farmacológica é o método utilizado com mais frequência nas tentativas de suicídio.

Psiquiatria Forense

No âmbito deste estágio, não foi possível acompanhar todas as áreas de competência da psiquiatria forense (por exemplo, na peritagem médico-legal ou testemunho técnico em tribunal), mas fui esclarecida e elucidada pelo Dr. Victor Mota acerca das funções do médico psiquiatra e os seus vários âmbitos de atuação. Acompanhei-o, no entanto, ao serviço de doentes residentes/difíceis do hospital de Magalhães Lemos, sobre o qual me debruçarei mais à frente.

A palavra “forense” deriva de “fórum”, isto é, o local onde se situavam os tribunais, pelo que é facilmente perceptível a ligação entre a psiquiatria forense e a lei, já que esta sub-especialidade da psiquiatria constituiu uma interface entre psiquiatria e o direito. As práticas forenses de psiquiatra fazem-se em ambientes diversificados: hospitais, prática de gabinete, instalações correcionais, tribunais, sendo que, na maioria dos casos, a prática tradicional hospitalar constitui apenas uma pequena componente da prática psiquiátrica forense.

Os psiquiatras forenses estão envolvidos, de uma forma geral, em questões que possam levantar dúvidas sobre as capacidades de uma pessoa, muitas vezes em trabalho multidisciplinar com outras áreas técnico-científicas como a sociologia, criminologia/vitimologia, antropologia, psicologia e a medicina legal. São chamados a realizar uma peritagem psiquiátrica no sentido de ajudar a esclarecer, a outros profissionais envolvidos na resolução de casos legais, os aspetos psicológicos de um determinado indivíduo no sentido de, por exemplo, de facilitar a decisão sobre a responsabilidade (imputável) ou ausência dela (inimputável), em direito penal e decidir pela pena a aplicar. Ou seja, a psiquiatria forense exerce a sua competência a pedido dos juízes, dos advogados, das famílias e, em determinadas circunstâncias, do próprio arguido ou parte visada.

Geralmente um exame pericial em psiquiatria forense é composto por quem requisitou a perícia, exame indireto, exame direto, história pessoal e familiar, exame clínico e psicopatológico (onde são avaliados o comportamento, discurso, humor, ideias delirantes, alucinações e ilusões, traços de personalidade, orientação auto, alopsíquica, entre outros itens), avaliação psicológica, discussões e conclusões. Por sua vez, dada a sua finalidade de esclarecer outros profissionais envolvidos, os relatórios resultantes desses exames periciais devem conter dados objetivos, bem sistematizados, numa linguagem simples e acessível a não técnicos de saúde, definindo os conceitos a que recorre e apresentando conclusões bem fundamentadas.

No serviço de doentes residentes/ difíceis (Serviço E) do hospital de Magalhães Lemos contatei com alguns dos doentes internados naquele serviço, permitindo-me perceber de perto o conceito de doente crónico com um nível de gravidade de doença que justifica a permanência prolongada num serviço de internamento de psiquiatria.

Nesta visita foi possível observar comportamentos e atividades psíquicas que nunca tinha presenciado em nenhum dos meus contatos anteriores com a psiquiatria. Um dos doentes com quem contatei, um homem de cerca de 40 anos de idade com sequelas neurológicas e psiquiátricas permanentes após um traumatismo craneo-encefálico, apresentava um discurso com ecolalia e atividade motora reduzida aquando da entrevista com o médico.

Num outro caso, uma doente de meia-idade mostrava uma aparência um tanto bizarra, pontuada por acessórios exuberantes, maquilhagem muito marcada e apresentava um discurso de conteúdo fantasioso e delusório acerca de controlar o mundo a partir do HML e que preferia estar no hospital porque tinha toda a gente a trabalhar para ela e assim conseguiria alcançar os seus objectivos de domínio.

Um jovem de 21 anos, com história de hetero-agressividade no domicílio e também no hospital, parecia estar relativamente consciente do seu comportamento e da gravidade que este poderia representar para o bem-estar dos outros doentes internados no mesmo serviço. Segundo o que me foi relatado, apresentava-se mais colaborante e assertivo que em entrevistas anteriores, apesar do seu elevado défice intelectual.

De todos os serviços com os quais tive contacto, esta foi a visita mais desafiante pela complexidade das patologias e pelo seu grau de evolução, pela componente comunicativa da entrevista que é tanto mais produtiva quanto o maior nível experiência do entrevistador e que, no meu caso, não possuía. Mas encarei essa falta de prática como um desafio que me despertou ainda mais o interesse na saúde mental e a vontade de aprofundar os meus conhecimentos na área.

5. Reflexão/ Conclusão

A complexidade e dinâmica da saúde mental constituem, para mim, um desafio e um prazer e ambos pesaram na minha escolha de tese, ainda que esta tenha sido uma opção natural dado o meu particular interesse na psiquiatria.

Este estágio permitiu-me contactar estreitamente com o funcionamento de um hospital psiquiátrico, realidades práticas a ele inerentes e com as especificidades da psiquiatria, não só pela natureza das patologias, mas também pelos tratamentos usados no seguimento das mesmas, que englobam terapias não usadas noutras especialidades médicas.

Os objetivos a que me propus foram atingidos e as expectativas superadas. Pude confrontar a informação teórica adquirida em anos anteriores com a realidade da sua prática médica e, desta forma, enriquecer e aprofundar os meus conhecimentos, não só a nível de patologias psiquiátricas, tratamentos, epidemiologia, mas também a nível do funcionamento multidisciplinar das equipas que permitem uma abordagem mais abrangente e enriquecedora do doente mental possibilitando, pelas mesmas razões, a instituição de tratamentos mais dirigidos e completos, no sentido da melhor recuperação ao dispor de cada doente. Por outro lado, tive a oportunidade de constatar os efeitos da doença mental, não só na vivência pessoal do indivíduo com patologia psiquiátrica, mas também no funcionamento das suas relações familiares e sociais e os efeitos que reciprocamente essas relações podem ter na evolução favorável ou desfavorável da doença, já que a estigmatização das doenças mentais ainda é uma realidade que se reflete na vivência íntima e social das mesmas.

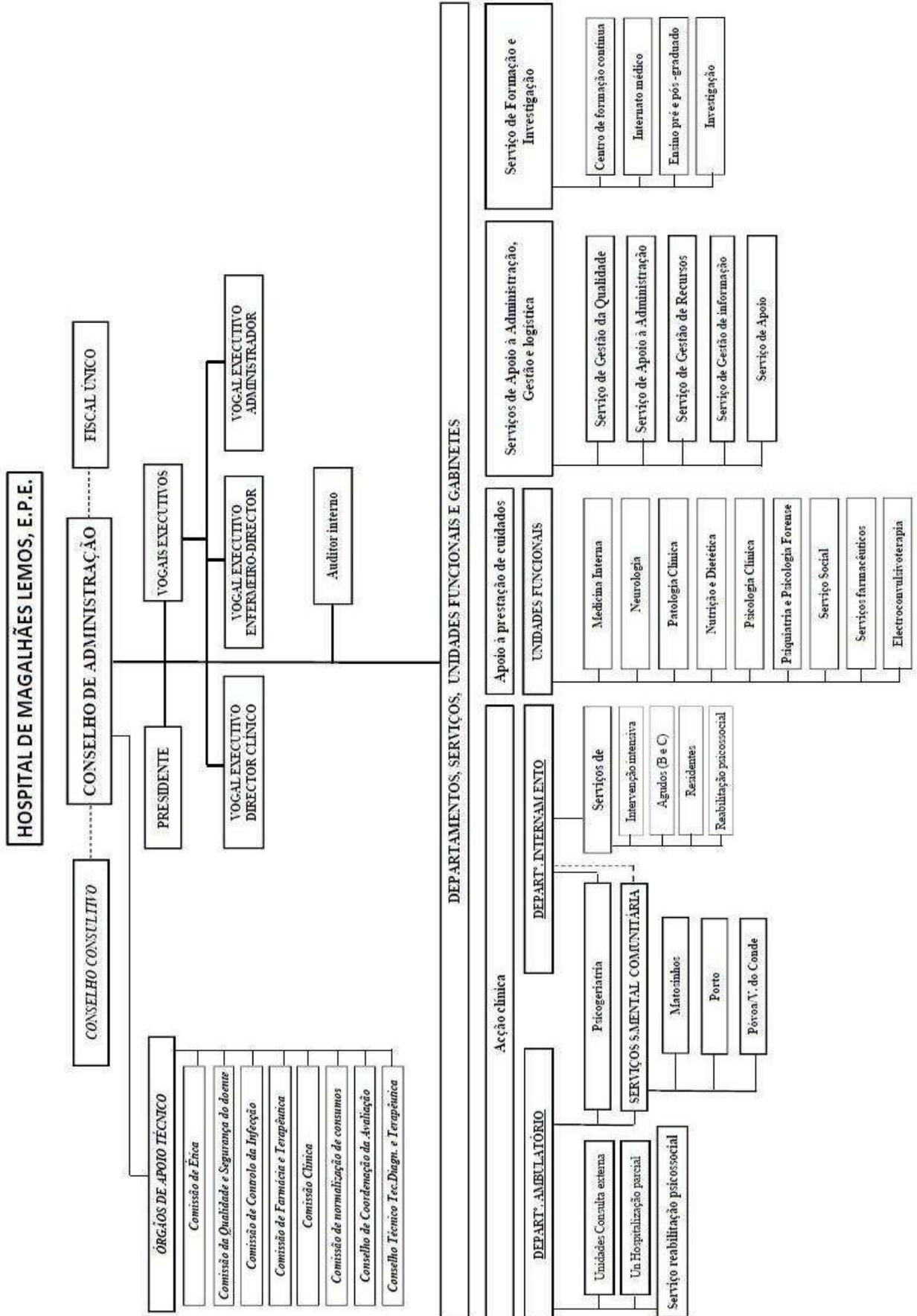
De salientar, ainda na mesma linha de pensamento, que necessidade de uma abordagem global do doente como indivíduo inserido numa sociedade e importância da sua reintegração na mesma esteve sempre presente durante todo o estágio, através do reconhecimento da constante mobilização de vários serviços e profissionais do hospital de Magalhães Lemos como intermediários e mesmo construtores dessa reintegração.

Esta experiência foi, pelo acima referido, indispensável para consolidar conhecimentos essenciais para a minha prática médica futura e orientar-me na escolha de uma especialidade médica. Como ser humano, tratou-se de uma caminhada no sentido do desenvolvimento e crescimento pessoais, não só pela proximidade com os profissionais de saúde que acompanhei e me acompanharam, mas também pelo contato com as histórias e realidades únicas dos doentes com quem contatei.

6. Bibliografia

1. Shorter, Edward, *Uma História da Psiquiatria, da Era do Manicómio à idade do Prozac*, Climepsi Editores, 2001, Lisboa
2. Harrison, Paul et all, *Guia Prático de Psiquiatria*, Climepsi Editores, 2006, Lisboa
3. Cordeiro, J.C.D., *Manual de Psiquiatria Clínica*, Fundação Calouste Gulbenkian, 2ª Edição, Lisboa, 2002
4. Barahona, H.J., *Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental I : O Homem Perturbado*, Fundação Calouste Gulbenkian, 1998, Lisboa
5. *American Psychiatric Association, DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 2002, Climepsi Editores, 4ª edição, texto revisto.
6. Gelder, López-Ibor Jr, Andreasen, *New Oxford Texbook of Psychiatry*, vols 1 e 2, Oxford Press, 2003
7. Stahl, Stephen M., *Psicofarmacologia- Base Neurocientífica e Aplicações Práticas*, Guanabara Koogan, 2ª edição, 2006
8. Sadock, Benjamin J. et col., *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, 5ª edição, 2010
9. Teixeira, J.M., *Perturbações depressivas, Consensos Psiquiátricos: Manual Prático para Clínicos Gerais*, VVE editores
10. Pervin, Lawrence A., *Personalidades: Teoria e Pesquisa*, Artmed, 8ª edição, 2008
11. Lieberman et col., *Textbook of Schizophrenia*, The American Psychiatric Publishing, 2006
12. Archinard, M., et al, *Medicina Psicossomática – Perspectivas Psicossociais*, Climepsi Editores, Lisboa, 1998
13. Ballone G.J., Ortolani I.V., Pereira Neto E., *Da Emoção à Lesão*, Edições. Manole, 2ª edição, São Paulo, 2007

7. Anexos



Anexo 2

PANORAMA GERAL DO SII DE DIA 11 DE MAIO DE 2012 (às 16h)

	Cama	Nome	Sexo	Idade	Data Admissão	Diagnóstico (códigos DSM-IV)	Vol/Comp	Área Assistencial
Sala 4	1	A.J.S.V.	M	40	09-05-2012	295	V	Gaia
	2	A.B.C.	M	81	05-05-2012	799	C	Feira
	3							
Sala 3	4	M.F.P.P.	M	39	08-05-2012	311	V	V. Sousa
	5	P.J.M.R.	M	27	07-05-2012	303 + 345	V	Porto
	6	A.B.R.C.	M	63	08-05-2012	295	V	Feira
Sala 2	7	J.F.V.A.	F	55	05-05-2012	311	C	Sto. Tirso
	8	S.M.M.S.	F	42	07-05-2012	296	V	HML
	9	M.E.G.M.	F	55	09-05-2012	311	V	V. Sousa
Sala 1	10	M.A.G.A.R.	F	60	07-05-2012	297	C	Sto. Tirso
	11	M.H.G.S.	F	40	09-05-2012	799	C	Matosinhos
	12							
Quartos	13	F.S.S.	M	54	03-01-2012	295	C	Feira
	14	M.T.B.M.	F	47	10-05-2012	300	V	Valongo
	15	R.T.A.	M	32	20-04-2012	318	V	Porto
	16	D.A.F.N.	M	18	17-04-2012	318	V	Póvoa

CAMAS SUPLEMENTARES (PLANO B)

Cama	Nome	Sexo	Idade	Data Admissão	Diagnóstico (códigos DSM-IV)	Vol/Comp	Área Assistencial
17	J.M.O.M.	M	57	10-05-2012	799	C	HSJoão
18	S.M.P.B.	F	31	08-05-2012	301	V	Porto
19	M.L.F.S.	F	52	09-05-2012	309	V	V Sousa
20	A.C.P.V.	M	35	09-05-2012	303	V	V. Sousa
21	M.F.G.F.	F	58	09-05-2012	311	V	Sto. Tirso
22	M.G.G.S.	F	55	08-05-2012	311	V	Sto. Tirso
23	S.C.C.	M	44	08-05-2012	301	V	Sto. Tirso
24	M.E.M.A.	F	69	09-05-2012	799	V	Porto
25							
26							
27	M.I.R.S.	F	47	09-05-2012	303	V	Amarante
28	S.M.D.S.	F	25	09-05-2012	311	V	Porto
29	A.D.M.	F	33	09-01-2012	301	V	V. Sousa
30	M.C.S.F.	F	38	09-05-2012	311	V	Gondomar
31	S.V.	F	30	10-05-2012	799	V	França
32	O.C.V.E.	F	43	10-05-2012	799	V	Feira
33	L.M.S.C.	F	34	10-05-2012	309	V	Matosinhos

Anexo 3

A Risperidona é um neuroléptico do grupo benzisoxazol cuja principal indicação é o tratamento de sintomas psicóticos especialmente nos pacientes esquizofrênicos que não melhoraram com outros fármacos antipsicóticos. As apresentações orais de 1, 2 e 3mg facilitam o uso, já que na maioria dos casos um a dois comprimido por dia são suficientes (2 a 6mg/dia). Os principais efeitos colaterais são insônia, sedação, cefaleia, inquietação e ansiedade. Apesar de pouco frequentes e de baixa intensidade, podem-se manifestar alguns efeitos motores como tremores e contrações involuntárias.

O Aripiprazole é um anti-psicótico com mecanismo de ação desconhecido. Pensa-se que o seu efeito benéfico é devido aos seus efeitos sobre os receptores de dopamina e serotonina. É usado para tratar a esquizofrenia, transtorno bipolar e mistos maníacos / depressivos (como terapia única ou adjuvante) ou como terapêutica adjuvante do transtorno depressivo major. A sua dosagem geralmente começa com 10 mg a 15 mg uma vez por dia. A dose inicial recomendada para adultos que estão sendo tratados para a doença bipolar é de 15 mg uma vez ao dia, mas pode ser aumentada se houver indicação. A dose inicial recomendada de aripiprazol no tratamento da depressão major em adultos (quando usado com um antidepressivo) é de 2 mg a 5 mg uma vez ao dia.

O Midazolam é um fármaco de ação curta da classe das benzodiazepinas. Atua nos recetores gabarérgicos, sendo utilizado para o tratamento de convulsões agudas, insónias, possui efeito ansiolítico, hipnótico, anticonvulsivante e propriedades sedativas.

A Venlafaxina é um antidepressivo inibidor da recaptção da serotonina e da norepinefrina; as suas principais indicações são para o tratamento da depressão e do transtorno obsessivo-compulsivo. A dose inicial pode ser de 75mg ou 37,5 de acordo com o peso do paciente. A dose pode ser elevada em 75mg a cada 4 dias até compor 375mg/dia, ou menos se o paciente obtiver bons resultados com doses menores. Os principais efeitos colaterais são cefaleias, sonolência ou insônia, tonturas, nervosismo, hipersudorese, tremores, palpitações e obstipação.

A Quetiapina é um neuroléptico do grupo dibenzotiazepina cujas principais indicações são o tratamento da esquizofrenia e do transtorno do humor bipolar tanto em fases maníacas como depressivas. A dose de início depende da patologia psiquiátrica a ser tratada. Os principais efeitos colaterais são xerostomia, sonolência e tonturas, aumento de peso; outros

efeitos podem surgir, mas costumam diminuir ao longo do tratamento. A dose inicial indicada é de 50 mg/dia até dose de manutenção 300 mg a 400 mg/dia em 2 a 3 administrações (dose máxima 750 mg/dia). No tratamento de episódios de mania associados a perturbação bipolar a dose inicial é de 100 mg/dia, podendo ser aumentado até à dose de 400 mg/dia (dose máxima 800 mg/dia).

A Trazodona é um antidepressivo diferente dos demais usados (tricíclicos, IMAO ou inibidores da recaptação da serotonina); é um derivado das triazolopiridinas e o seu mecanismo de ação ainda não foi suficientemente esclarecido. Indicado como antidepressivo para depressões de longa ou curta duração, também pode auxiliar como indutor do sono e tranquilizante. Tem menos efeitos anticolinérgicos do que a maioria dos antidepressivos tricíclicos. A dose recomendada varia entre 50 e 150mg, podendo ser elevada até 400mg.

O Lorazepam é uma benzodiazepina que possui como principal propriedade a inibição leve de alguns setores do SNC, proporcionando relaxamento muscular, sedação e efeito tranquilizante. Está indicado principalmente como ansiolítico e para o tratamento da insónia, assim como no distúrbio bipolar, na claustrofobia e como coadjuvante da terapia antidepressiva. Os principais efeitos colaterais são sonolência, ataxia, hipotensão, depressão respiratória, fadiga, cefaleias e tonturas. O uso de benzodiazepinas pode causar dependência física e psicológica. Em estudos recentes, foi comprovado que o Lorazepam possui maior potencial de dependência em relação a outras benzodiazepinas; porém, o seu índice de dependência é relativamente menor em comparação a outros hipnóticos e é reduzido quando o Lorazepam é utilizado na dose adequada em tratamento a curto prazo. A dose diária é de 2 a 6 mg em 2 a 4 administrações mas pode ser aumentado até aos 10 mg se necessário.

A Agomelatina é um antidepressivo com ação nos recetores de melatonina e possui um elevado perfil de eficácia e tolerabilidade. Indicado no tratamento de episódios de depressão major em adultos. A dose recomendada é 25 mg uma vez por dia tomado oralmente ao deitar mas após duas semanas de tratamento, se não houver melhoria dos sintomas, a dose pode ser aumentada para 50 mg uma vez por dia.