



Uma consulta no outro domicílio

José Agostinho Santos*

RESUMO

Introdução: É polémica e muito discutida a exposição pública de estados de humor e opiniões nas redes sociais cibernéticas, por supostamente colidir com a privacidade individual. Porém, não constituirão estas redes uma ferramenta útil para acesso ao indivíduo?

Descrição do caso: Ana, 19 anos, integrada numa família monoparental, tem antecedentes de perturbação ansiosa, cuja sintomatologia começou aos 14 anos. Nessa altura, após divórcio parental, recorreu ao SU hospitalar após públicas ameaças de suicídio, interpretadas como crises histeriformes em contexto apelativo. Em Outubro/2010, vem à consulta revelando-se «feliz» e com uma relação amorosa de um ano. A mãe conta «só pensa em namorado e *facebook!*». Em Fevereiro/2011, é trazida pela mãe por estar chorosa desde o fim da relação amorosa há três meses e ter afirmado «morrer é a melhor solução». Questionada sobre intenção de suicídio, Ana nega. Atendendo aos antecedentes, torna-se difícil para o médico de família (MF) e para a sua mãe determinar o valor preditivo positivo da intenção de suicídio em tais palavras. Porém, uma visita ao seu perfil *facebook*, pelo seu MF, permite constatar que, perante a possibilidade de centralização de atenção, Ana não publicara qualquer informação desde há três meses. Tal faz consolidar a suspeita de perturbação depressiva *major* numa doente de risco. No seu quarto, é encontrada, posteriormente, uma embalagem contendo organofosforados. Em fase terapêutica de manutenção, Ana revela que planeava o suicídio.

Comentário: Tal como uma consulta domiciliária fornece dados para um entendimento biopsicossocial, esta consulta no domicílio cibernético consistiu numa ferramenta de exploração da interacção da doente com seu meio, permitindo retirar informação relativa ao seu *status* na dimensão social e inferir sobre seu *status* na dimensão psicológica. Este caso é exemplo de que, em contextos clínicos seleccionados, as redes sociais poderão ter uma potencialidade complementar para acesso ao indivíduo.

Palavras-chave: Rede Social; Medicina Familiar; Relações Médico-Paciente.

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, as redes sociais são cada vez mais populares como veículos de socialização que conduzem um cibernauta à facultação de opiniões, revelação de estados de humor e expressão livre da sua personalidade perante um número potencialmente grande de pessoas.^{1,2} Porém, discute-se se esta socialização sem fronteiras claras não poderá corroer a barreira da privacidade individual ou grupal.³

Existem diferentes definições publicadas de *rede social cibernética*, porém, genericamente, poderá ser considerada uma estrutura social, de alicerces electrónicos, composta por pessoas conectadas que partilham princípios ou condições comuns, possibilitando relaciona-

mentos horizontais entre os participantes.^{1,2} Este último aspecto realça a potencialidade desta plataforma no acesso à dimensão psicossocial do indivíduo.

Independentemente da polémica envolvente, as redes sociais proliferam pela *internet*. E não constituirão estas uma ferramenta acessível e útil na Medicina Geral e Familiar, em pleno século XXI, ao acrescentarem mais um patamar de expressão psicossocial do indivíduo?

DESCRIÇÃO DO CASO

Dados demográficos

Ana (nome fictício) é uma jovem de 19 anos, estudante universitária na área das artes. É filha única e insere-se com a mãe Manuela (nome fictício) numa família monoparental, desde o divórcio dos pais. Os antecedentes familiares são irrelevantes para o caso.

*Interno de Medicina Geral e Familiar, USF Lagoa, Centro de Saúde da Senhora da Hora, ULS – Matosinhos.



História Médica Progressa

Como antecedentes pessoais, há a registar uma amigdalectomia aos 7 anos por amigdalites de repetição e uma perturbação da ansiedade de separação diagnosticada aos 14 anos. Actualmente, sem medicação habitual.

O quadro de perturbação da ansiedade de separação teve início aos 14 anos, coincidente com o divórcio dos pais (e conseqüente saída do pai do agregado familiar). Caracterizou-se por uma relutância diária na ida para a escola, por uma perda do rendimento escolar e por alterações do comportamento com o desenvolvimento de irritabilidade, acessos de raiva e flutuações afectivas. Aos 15 anos, Ana fez diversas ameaças públicas de suicídio na escola (isolando-se na casa de banho escolar e anunciando uma intoxicação voluntária medicamentosa sempre com uma embalagem de benzodiazepina, todas as vezes sem mais do que cinco comprimidos), revelou comportamentos de auto-mutilação (cortes no antebraço) e redigiu cartas à melhor amiga anunciando a sua intenção suicida. Deu entrada no serviço de urgência de Psiquiatria por cinco vezes, sempre acompanhada pelos pais, com o diagnóstico de saída de «crises histeriformes» sem intenção de suicídio (perpetuando sempre o mesmo esquema de ameaça e sem um verdadeiro plano de suicídio), em contexto apelativo e reactivo à separação dos pais e interpretadas como agudizações de uma perturbação da ansiedade de separação.

Ana fez terapia cognitivocomportamental em consulta de Psiquiatria particular e farmacoterapia com fluoxetina 20 mg/dia durante três anos. Aos 17 anos, por estabilidade do quadro, suspendeu o tratamento.

História da Doença Actual

A história médica actual é, abaixo, dividida segundo as datas das consultas. O raciocínio clínico desenvolvido em cada contacto com a paciente e sua mãe é parte integrante de cada divisão.

4/Outubro/2010

S: Vem à consulta programada para «vigilância», acompanhada pela mãe. Diz estar feliz com a relação amorosa que dura há um ano. Nega flutuações do estado de humor, referindo apenas «um vazio» ocasional e transitório.

Tem tido bom aproveitamento na faculdade e bom relacionamento com a mãe, com quem vive. Almoça três a quatro vezes por semana com o pai, com quem parti-

lha uma relação «próxima». A mãe acrescenta «Só pensa em estar com o namorado... e escrever no *facebook!*».

Nega hábitos tabágicos e bebe uma unidade de álcool em eventos sociais (10 g/semana). Não pratica qualquer desporto.

O: Ao exame objectivo, tem um aspecto cuidado e não apresenta qualquer alteração.

A: Na avaliação desta consulta, é registado *sem doença actual*.

P: O plano desta consulta consiste num aconselhamento relativo a estilos de vida, incluindo a abordagem da sexualidade e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o reforço do incentivo para prática regular de exercício físico.

2/Fevereiro/2011

A mãe vem à sua própria consulta programada e mostra-se muito preocupada com a filha. Documenta que a relação amorosa da Ana terminou há três meses e que, desde então, a jovem se tem apresentado chorosa e com «acessos de ira». Acrescenta que «há um mês, disse-me que se queria matar porque morrer era a melhor solução...» E, atendendo aos antecedentes da Ana, conclui «Mas não sei se hei-de valorizar o que ela me diz nestas situações...»

Manuela refere que a relação entre o casal de namorados era marcada por diversos afastamentos e reaproximações, salientando o «feitio exigente» e o «medo de ficar sozinha no mundo» da Ana como factores intervenientes neste processo instável.

Marca-se consulta para Ana para cinco dias depois.

7/Fevereiro/2011

S: Ana vem só e nega qualquer queixa orgânica.

Sob o ponto de vista psicológico, revela que tem vindo a ter uma fadiga inespecífica e um choro fácil alterado com acessos de profunda irritabilidade e raiva, que têm prejudicado algumas relações interpessoais (mãe e amigos). Sente-se desmotivada para a maior parte das actividades que desempenha, na dependência de uma «sensação de vazio», o que tem justificado isolamento social progressivo e absentismo escolar ocasional. Refere insónia intermédio-terminal e pesadelos relacionados com a separação amorosa e com a morte. Não aborda, na consulta, qualquer intenção suicida e nega um risco de cometer suicídio.



Sob o ponto de vista social, mantém algumas saídas nocturnas com os amigos, embora com menor frequência. Na faculdade, começou a ter atrasos na entrega das maquetes e de outros trabalhos académicos. Em casa, o relacionamento com a mãe perde qualidade, ao pontuar-se por alternância entre a procura intensa da vinculação materna e um distanciamento brusco.

O: Ao exame objectivo, destaca-se o fâcies triste e aspecto menos cuidado que o habitual. Não são visíveis lesões de auto-agressão.

A: Na parte final da consulta, três hipóteses de diagnóstico são listadas como prováveis:

1. recidiva da perturbação da ansiedade de separação;
2. perturbação da personalidade *borderline*;
3. perturbação depressiva *major*.

A **recidiva da perturbação da ansiedade de separação** parece ser, neste momento do seguimento, muito provável, atendendo aos antecedentes da doente. Ana preenche três critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.^a edição (DSM-IV, Quadro I),⁴ que teriam tido início aos seus 14 anos e que agora recorrem (talvez por alocação do ex-namorado na imagem do seu pai) com uma duração já superior a quatro semanas:

- *sofrimento excessivo e recorrente face à ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação;*
- *preocupação persistente e excessiva acerca da perda de figuras importantes de vinculação;*
- *receio excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinha ou sem as figuras importantes de vinculação em casa ou sem adultos significativos em outros contextos;*
- *pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação.*

Tratando-se uma paciente já adulta, também é suspeita uma **perturbação da personalidade *borderline***, que em nada se opõe à co-existência de uma perturbação da ansiedade de separação.

Ana cumpre, de forma segura, quatro critérios do DSM-IV para uma alteração da personalidade tipo *borderline* (Quadro II).⁵ Parece claro que revela:

- *medo de encarar as separações e perdas das pessoas;*
- *existência de relações interpessoais intensas e instáveis caracterizadas por idealizações e depreciações extremas (tal como é subentendido nas suas relações com o ex-namorado e com a mãe);*
- *instabilidade afectiva devido a marcada reactivida-*

de aos acontecimentos;

- *sentimento crónico de vazio.*

Permanece a dúvida quanto ao cumprimento do quinto critério – *comportamento auto-mutilante e/ou suicida*. Estão documentados os seus antecedentes de

QUADRO I. Critérios DSM-IV para Perturbação da Ansiedade de Separação.

A. Ansiedade inadequada e excessiva em relação ao nível de desenvolvimento, envolvendo a separação do lar ou de figuras de vinculação, evidenciada por três ou mais dos seguintes aspectos:

- sofrimento excessivo e recorrente face à ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação
- preocupação persistente e excessiva sobre a perda ou os possíveis perigos envolvendo figuras importantes de vinculação
- preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação
- relutância persistente ou recusa a ir para a escola ou a qualquer outro lugar, por medo da separação
- receio excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de vinculação em casa ou sem adultos significativos em outros contextos
- relutância ou recusa persistente a ir dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou a pernoitar longe de casa
- pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação
- repetidas queixas de sintomas somáticos (tais como cefaleias, dores abdominais, náuseas ou vômitos), quando a separação de figuras importantes de vinculação ocorre ou é prevista

B. A perturbação tem uma duração mínima de 4 semanas

C. A perturbação inicia-se antes dos 18 anos

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de uma Perturbação Invasiva do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e, em adolescentes e adultos, não é melhor explicada por Perturbação de Pânico Com Agorafobia



QUADRO II. Critérios DSM-IV para Perturbação da Personalidade *Borderline*.

Um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da auto-imagem e dos afectos e acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco ou mais dos seguintes:

- Medo de encarar as separações e as perdas de pessoas
- Existência de relações interpessoais intensas e instáveis caracterizadas por idealizações e depreciações extremas
- Impulsividade em, pelo menos, duas áreas que possam levar a um eventual prejuízo pessoal tais como dívidas, sexo, excesso de alimentação, uso de substâncias prejudiciais e condução com desrespeito pelas normas de segurança
- Comportamento auto-mutilante e/ou suicida
- Instabilidade afectiva devido a marcada reactividade aos acontecimentos
- Sentimentos crónicos de vazio
- Raiva intensa injustificada e de difícil controlo, levando a agressões contínuas
- Ideias paranóides transitórias relacionadas com a agitação

auto-mutilação, porém, Ana não é uma portadora segura de intenção ou de plano de suicídio. Pela predominância do comportamento apelativo e ansiedade, o quadro poderá inserir-se no grupo da perturbação *borderline* que alguns autores denominam de *predomínio das características neuróticas*.

A terceira hipótese de diagnóstico constitui uma **perturbação depressiva major**. A doente parece preencher seis critérios do DSM-IV, suficientes para o diagnóstico (Quadro III):⁶

- *humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias;*
- *interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as actividades da maior parte do dia, quase todos os dias;*
- *insónia ou hipersónia quase todos os dias;*
- *fadiga ou perda de energia quase todos os dias;*
- *capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão;*
- *pensamentos de morte recorrentes.*

P: O plano consiste no reforço do suporte familiar,

QUADRO III. Critérios DSM-IV para Perturbação Depressiva *Major*, Episódio Único.

A. Cinco ou mais dos seguintes sintomas estão presentes durante um período de duas semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é um dos dois primeiros:

1. humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por um relato subjectivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito)
2. interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as actividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por um relato subjectivo ou observação feita por outros)
3. perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta; ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
4. insónia ou hipersónia quase todos os dias
5. agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observáveis por outros)
6. fadiga ou perda de energia quase todos os dias
7. sentimento de inutilidade ou de culpa excessiva/ inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)
8. capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjectivo ou observação feita por outros)
9. pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os sintomas não se devem a efeitos fisiológicos directos de uma substância (por ex., abuso de drogas ou medicamentos) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

D. Os sintomas não são melhor explicados por luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.



junto da mãe, e no início de terapia cognitivocomportamental (com discussão dos aspectos positivos da sua personalidade enquanto pessoa e de actividades que incentivem uma nova autovalorização) e de farmacoterapia com sertralina 50 mg/dia. O uso dos inibidores da recaptção da serotonina é indicado para a terapêutica da perturbação da ansiedade e para a perturbação depressiva.^{7,8} A sua prescrição é também adequada na perturbação da personalidade *borderline* quando orientada para as co-morbilidades habitualmente existentes, podendo ser este o caso de Ana.^{9,10} É agendada nova consulta dentro de oito dias, para reavaliação e continuação da psicoterapia.

Após saída da paciente, o seu médico de família (MF) faz as notas e reflexões finais. Permanece a dúvida quanto à sua ideação suicida. Ana negou na consulta que a tivesse. No entanto, torna-se desafiante a interpretação da sua atitude suicida.

A doente preenche os critérios diagnósticos do DSM-IV para uma perturbação depressiva *major*, relevando o potencial para um acto suicida. Por outro lado, num contexto de possível perturbação da personalidade *borderline*, as típicas instabilidade afectiva e oscilação brusca entre amor e ódio conduzem o paciente ao esforço frenético de recuperação das pessoas afastadas e de evicção do abandono.⁹ Esse esforço poder-se-ia manifestar, nesta doente, sob a forma de ameaças de suicídio, essencialmente apelativas, nesse contexto de ansiedade de separação. Neste ponto, é tão possível que co-existam as três perturbações, apenas duas ou como que uma delas simule as outras duas.

Perante os seus antecedentes de perturbação da ansiedade de separação e a hipótese de uma alteração da personalidade *borderline*, é suspeito um comportamento manipulativo, mais do que uma intenção suicida.

15/Fevereiro/2011

Ana falta por motivos escolares. Vem a mãe, contando que Ana voltara a indiciar ideação suicida, verbalizando «Já não é a mesma Ana... Nem ao computador liga...» Nesta consulta, o seu MF compreende que falhara na exploração de uma parte da dimensão psicossocial de Ana, aquela revelada segundo uma plataforma sobre a qual Ana frequentemente adquiria uma grande interacção social.

Nesse mesmo dia, o seu MF acede ao seu perfil no *fa-*

cebook. O seu perfil está aberto a qualquer visitante, não necessitando de autorização ou conhecimento prévios pela criadora do perfil para acesso directo. No seu mural e ao longo de 2010, estão publicados inúmeros *posts* de amigos, vídeos musicais ou de teor humorístico e diversos comentários trocados com os seus amigos. Diversos registos fotográficos de 2010 entre família, amigos e ex-namorado estão patentes na secção de fotos.

Porém, desde há 2 meses, o mural não regista qualquer actividade, excepto uma mensagem de apoio de um amigo, sem resposta de Ana.

Esta visita ao seu perfil permite constatar que, perante a possibilidade de expressão livre dos seus estados de humor e centralização de atenção, Ana não publicara qualquer informação desde há 3 meses. Algo que se assumia pouco a favor das ameaças de suicídio apelativas coexistentes com os seus antecedentes de perturbação da ansiedade de separação e com sua personalidade interpretada como *borderline* predominantemente histriónica. É colocada, então, a perturbação depressiva *major* com risco de suicídio como principal diagnóstico.

No dia seguinte, o seu MF contacta telefonicamente os pais, esclarecendo e salientando a necessidade de reforço do suporte afectivo e aproximação familiar em torno da doente. É agendada consulta para dois dias depois, em que é explicado à jovem adulta a suspeita de uma perturbação depressiva grave com base em sintomas e sinais provindos tanto do seio familiar como de uma visita ao seu perfil da rede social. Ana concorda e o seu MF solicita também a colaboração de Psiquiatria e, na mesma semana, Ana inicia seguimento com o Psiquiatra que já a acompanhara anteriormente.

Evolução Posterior

A estabilidade do quadro de Ana foi conseguida após um mês de seguimento com o seu MF e o seu Psiquiatra.

Actualmente encontra-se em fase de manutenção, de humor mais elevado e sob sertralina 100 mg/dia e lófazepato de etilo 2 mg em SOS. Nesta fase, Ana revela ao seu MF que planeara, de facto, o suicídio: uma embalagem de organofosforados é, posteriormente, encontrada, pela mãe, no seu quarto.

COMENTÁRIO

Tal como uma consulta domiciliária é exploradora da dimensão biopsicossocial do doente fora do gabinete



médico, esta consulta nesta rede social consistiu numa ferramenta para a mesma característica. Os paralelismos parecem ser óbvios: a consulta no domicílio cria o desenvolvimento de uma relação com o paciente mais gratificante,^{11,12} enquanto que a consulta na rede social cibernética cria uma possibilidade para tal. Por outro lado, a consulta domiciliária possibilita o diagnóstico de um maior número de problemas de saúde do que a consulta no gabinete médico,^{11,12} enquanto que a consulta cibernética pode auxiliar no diagnóstico de problemas de saúde. Finalmente, a consulta do domicílio permite a avaliação funcional do paciente através das actividades da vida diária,^{11,12} enquanto que a visita à rede social torna possível a avaliação dos relacionamentos horizontais e não-hierárquicos entre os pares. Diante destes paralelismos, a rede social poderá ser considerada como *domicílio cibernético (o outro domicílio)* e, portanto, muito valorizável na dimensão psicossocial do indivíduo.

A consulta no domicílio é definida como «uma consulta directa, programada ou espontânea, na residência do paciente, onde o seu médico de família avalia o seu estado de saúde, o aconselha e trata, satisfazendo uma necessidade de cuidados assistenciais devido a uma impossibilidade de se deslocar ao gabinete médico».¹¹

A consulta na rede social poderá, na opinião do autor, ser definida como uma consulta directa, programada ou espontânea, na *residência cibernética* do paciente, onde o seu médico de família também avalia, aconselha e trata, de modo a satisfazer uma necessidade de cuidados assistenciais devido a uma impossibilidade de se «deslocar» ao gabinete médico. O conceito de «deslocar» é interpretado, nesta consulta cibernética, muito para além do limiar da mobilidade. Pelo contrário, quererá mais referir-se à incapacidade de estar presente, no gabinete médico, sob todos os pontos de vista psicossociais. Foi o caso de Ana, que negara ideação suicida na consulta dentro do gabinete com o seu MF mas que teria, como se confirmou posteriormente, uma intenção autolesiva.

Nos dias de hoje e em contexto clínicos seleccionados, as redes sociais poderão constituir uma potencialidade complementar para acesso ao doente. Poder-se-á valorizar o seu possível papel suplementar na abordagem da saúde do adolescente, particularmente interessado nas novidades informáticas, ou do doente com

dificuldade de verbalização dos seus problemas dentro do gabinete médico, através do sistema de conversação escrita habitualmente disponível e opcional em diferentes redes sociais, algo que releva a potencialidade destas redes no estabelecimento de visitas interactivas e de relações horizontais. Salienta-se, portanto, a importância da adaptação do Médico de Família actual a esta realidade comunitária, aproveitando os novos recursos que serão cada vez mais relevantes para o cumprimento de uma das suas competências nucleares: modelação holística. Tal implica desenvolver competências técnico-profissionais que muito se assemelham às necessárias para a consulta domiciliária, tais como atitudes de aquisição da flexibilidade e sensibilidade no ambiente do paciente, desenvolvimento de capacidades para recolher história clínica no *novo domicílio* e, acima de tudo, compreensão e aceitação da comunidade onde trabalha.^{11,12}

A Medicina Geral e Familiar é, portanto, também uma medicina da comunidade. As redes sociais são plataformas utilizadas por uma boa fracção da comunidade actual e, portanto, são recursos já ao dispôr do MF, facilmente acessíveis e que não implicam custos adicionais para o uso na sua prática clínica. Curiosamente, nos Estados Unidos, um estudo revelou que 60% dos médicos inquiridos e de diferentes especialidades estavam interessados em usar as redes sociais cibernéticas para diversos fins profissionais.¹

Alguns poderão considerar o uso destes recursos como uma invasão de privacidade do doente. Contudo, as redes sociais têm diversas opções de segurança, permitindo ao utilizador definir a sua privacidade e evitar padrões intrusivos, pelo que um acesso livre ao seu perfil pressupõe um consentimento prévio do doente nesse processo, não levantando questões éticas de relevo. Para além disso, o acesso a estas redes não constituirão para o indivíduo, certamente, uma invasão da intimidade maior do que entrar no seu domicílio, algo que o MF sempre fez com um intuito de auxiliar o seu doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Keckley PH, Hoffman M. Social Networks in Health Care: Communication, collaboration and insights. New York: Deloitte Center for Health Solutions; 2010.
2. Boyd DM, Ellison NB. Social network sites: definition, history and scholarship. *J Computer-Mediated Communication* 2007; 13 (1): 11. Disponível em <http://jcmc.indiana.edu/vol13/issue1/boyd.ellison.html> [acedido em



- 12/06/2012].
3. Comissão Europeia. Agenda Digital: as redes sociais podem fazer muito mais para proteger a privacidade dos menores, conclui relatório da Comissão. Comunicado de Imprensa 2011. Disponível em: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/1124&format=HTML&aged=0&language=PT&guiLanguage=en> [acedido em 12/06/2012].
 4. American Psychiatric Association. Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000. Disponível em: <http://dsm.psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=22§ionid=1888402> [acedido em 12/06/2012].
 5. American Psychiatric Association. Personality disorders. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision Washington, D.C.: American Psychiatric Association 2000. Disponível em: <http://dsm.psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=22§ionid=1892638> [acedido em 12/06/2012].
 6. American Psychiatric Association. Mood disorders. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision Washington, D.C.: American Psychiatric Association 2000. Disponível em: <http://dsm.psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=22§ionid=1890370> [acedido em 12/06/2012].
 7. Connolly SD, Bernstein GA; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46 (2): 267-83.
 8. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline 90. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
 9. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: The NICE GUIDELINE on Treatment and Management. National Clinical Practice Guideline 78. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
 10. Kendall T, Burbeck R, Bateman A. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline. *Br J Psychiatry* 2010 Feb; 196 (2): 158.
 11. Cafede MC, Arnaud MF, Santos MF. A consulta no domicílio. In: Manual de Medicina Geral e Familiar. Associação Portuguesa de Clínica Geral; 2000. Disponível em: http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/12/16_texto.html [acedido em 12/06/2012].
 12. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade de 2006; 15 (2): 88-95.*

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declara não possuir qualquer tipo de conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Agostinho Santos
Rua Hernâni Torres, 73, 4.º Dir
4200 – 320 Porto
E-mail: zeagostinho@hotmail.com

Recebido em 02/12/2011

Aceite para publicação em 05/05/2012

ABSTRACT

ANOTHER KIND OF HOME VISIT

Introduction: Internet social networks may cause significant invasion of privacy. However, these networks may also provide medically useful information.

Case Description: Ana was 19 year old patient and was part of a single parent family. She had a past history of an anxiety disorder since age 14 when her parents divorced. She had a number of emergency room visits after threats of suicide, interpreted as cries for help. In October of 2010, she visited her family doctor saying she was "happy" and in a relationship for one year. Her mother reported that "Ana just thinks about her boyfriend and Facebook." In February of 2011, she was brought to the family doctor because she had been tearful for three months since the end of her relationship with her boyfriend. She had said to her mother that "dying is the best solution." When asked about suicidal intention, the patient denied this. Given her background, it was difficult for the family doctor and for her mother to assess the seriousness of her suicidal threat. However, a visit to her Facebook page revealed that she had not posted any new information for three months. This increased suspicion of a major depressive disorder in a patient at risk. A search of her bedroom at home revealed a package containing organophosphates. In subsequent therapy, the patient revealed that she was planning suicide.

Comment: Just as traditional home visits may increase our biopsychosocial understanding of patients, similarly, a visit to the internet home page of the patient may be helpful. It may help explore the patient's interaction with her environment, provide information relating to her social status, and make inferences about the psychological dimension. This case illustrates how social networks may have a potential for providing additional valuable information about patients.

Keywords: Social Networking; Family Practice; Physician-Patient Relations.