

A importância da continuidade de cuidados na patologia psiquiátrica: um relato de caso



Filipa Canha,¹ Rita Pitta,² Margarida Esteves Nunes Gil Conde³⁻⁵

RESUMO

Introdução: Os cuidados de saúde primários (CSP) são responsáveis pela resposta a situações de diagnóstico e tratamento de patologias do foro psiquiátrico bem como a referenciação de determinados casos para nível hospitalar. A Lei da Saúde Mental (Lei n.º 36/98) determina os princípios da política de saúde mental e regulamenta o internamento compulsivo de pessoas com doença mental, sendo da responsabilidade do médico de família a identificação dessas situações e a ativação do Mandado de Condução ao Serviço de Urgência.

Descrição do caso: O caso refere-se a uma utente do sexo feminino, de 50 anos de idade, com antecedentes psiquiátricos de tentativa de suicídio e seguida em consulta de psiquiatria. Em consulta programada de psiquiatria a utente refere quadro de ansiedade e agitação noturna, tendo sido realizado ajuste terapêutico com reavaliação posterior. Por manter queixas é novamente realizada alteração do plano terapêutico. Posteriormente recorre aos CSP em consulta do dia com a médica de família, onde refere incumprimento terapêutico bem como agravamento sintomático associado a irritabilidade e alucinações auditivas na forma de voz única com instruções para realizar atos de auto e hetero-agressividade; fora encaminhada e avaliada no serviço de urgência, com novo ajuste terapêutico e indicação para antecipação de consulta de psiquiatria para reavaliação do quadro. Em consulta subsequente com a médica de família apura-se ideação suicida, auto e hetero-agressividade associadas a pseudo-alucinações acústico-verbais, tendo sido proposta nova ida a SU, que a utente recusou. Pelo contexto, a médica de família aciona o Mandado de Condução que a utente compreende e aceita. Durante o internamento foi realizado novo plano terapêutico, observando-se remissão da ideação auto e hetero-agressiva e das pseudo-alucinações auditivas, bem como eutimização do humor e redução da anedonia e cognições de cariz depressivo.

Comentário: Este caso clínico representa a gestão partilhada de utentes com patologia psiquiátrica entre os CSP e a psiquiatria e ainda a importância da vigilância da resposta terapêutica, reforçando a necessidade de aperfeiçoamento na articulação entre os diversos níveis de cuidados com o objetivo de garantir partilha de informação mais eficaz e a melhor prestação de cuidados aos utentes de foro psiquiátrico.

Palavras-chave: Transtornos psicóticos; Depressão; Decisões judiciais; Relato de caso.

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários (CSP) apresentam-se como a primeira resposta para múltiplas condições não-emergentes, incluindo no diagnóstico e tratamento de doenças mentais. O número de utentes com registo de perturbações mentais nos CSP aumentou cerca de 20% de 2011 a 2016, segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental 2017.¹ Posteriormente, a pandemia de COVID-19 causou um impacto na saúde mental, sendo que o estudo *Saúde Mental em tempos de pandemia*

revelou que 34% da população apresentava sinais de sofrimento psicológico.²

A Lei da Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho) determina os princípios da política de saúde mental e

1. Médica Interna de formação geral. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

2. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Jardins da Encarnação, ACeS Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

3. Médica Especialista de Medicina Geral e Familiar. USF Jardins da Encarnação, ACeS Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

4. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal.

5. Secção de Investigação, Comissão de Ética para a Saúde, ARSLVT. Lisboa, Portugal.



regulamenta o internamento compulsivo de pessoas com doença mental.³ Este é decidido de forma judicial, para situações em que se apresenta como a única medida para assegurar o tratamento da pessoa em causa. O Mandado de Condução ao Serviço de Urgência de Psiquiatria, regulamentado pela Lei da Saúde Mental, é emitido pelas autoridades de saúde pública que determinam a condução de determinado cidadão portador de anomalia psíquica grave ao estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo. O objetivo é a avaliação clínico-psiquiátrica e a prestação de cuidados médicos necessários a pessoas que, devido a anomalia psíquica, ponham em perigo o próprio ou terceiros, e que se recusem ao respetivo tratamento. O requerimento do Mandado de Condução pode ser efetuado por familiares próximos, cuidadores, representantes legais de menores ou pelo médico assistente, autoridade de saúde, autoridade policial ou Ministério Público.³

O papel que o médico de família tem na saúde da comunidade e a proximidade com os seus utentes conferem especial relevância na identificação de situações em que se torna necessário acionar este dispositivo legal. Descreve-se de seguida um caso clínico que foca a importância da vigilância do seguimento hospitalar dos utentes pelo médico de família num caso de patologia psiquiátrica, bem como a ativação do Mandado de Condução ao Serviço de Urgência.

DESCRIÇÃO DO CASO

O caso refere-se a uma utente do sexo feminino, de 50 anos, com seis anos de escolaridade e desempregada há cerca de dez anos, trabalhando previamente como empregada de mesa. Reside com o companheiro num quarto arrendado, cuja casa de banho é partilhada com outras famílias, e subsistem do Rendimento Social de Inserção e de apoio da Santa Casa da Misericórdia, por insuficiência económica grave. Trata-se de uma família reconstruída, encontrando-se na fase VII do ciclo de vida de *Duvall*.

Apresenta, como antecedentes pessoais, diabetes *mellitus* tipo 2, alteração do metabolismo dos lípidos, hipotireoidismo, asma, enxaqueca, psoríase, taquicardia sinusal, osteoporose, status pós-histerectomia com conservação de anexos em 2010 por carcinoma *in situ* do colo do útero e luxação no tornozelo direito, com seguimento prévio em consulta de ortopedia. De antecede-

ntes psiquiátricos destaca-se perturbação depressiva, perturbação de ansiedade generalizada e tentativa de suicídio há vinte e três anos em contexto de conflito entre os pais, que motivou internamento. Encontrase em acompanhamento em consulta de psiquiatria há cinco anos. Medicada habitualmente com: metformina 1000 mg *id*, empagliflozina + metformina 12,5 + 100 mg *bid*, gliclazida 30 mg *id*, rosuvastatina 10 mg *id*, fenofibrato mg *id*, levotiroxina 25 mcg *id*, salmeterol/fluticasona 250 mcg/dose + 50 mcg/dose *bid*, propranolol 40 mg *id*, pantoprazol 20 mg *id*, ácido fólico 5 mg *id* e colecalciferol 22400 U.I. 1 comprimido a cada 28 dias, clonazepam 2 mg $\frac{1}{2}$ + $\frac{1}{2}$ + 1, gabapentina 600 mg *id*, olanzapina 15 mg *id*, paroxetina 20 mg *id*, quetiapina 200 mg *id*, quetiapina 100 mg *id*. Relativamente aos hábitos destaca-se consumo tabágico de trinta cigarros/dia, cerca de 40 UMA, sem antecedentes de consumos toxicofílicos ou etanólicos.

A 22/junho/2022, em consulta de seguimento de psiquiatria, a utente descreveu crises de ansiedade e agitação noturna, com insónia inicial e intermediária, em agravamento progressivo, e refratária a medidas de higiene de sono. Apurou-se que a precariedade da sua situação social antes de residir em quarto arrendado condicionou o agravamento dos seus medos e preocupações. No seguimento da avaliação clínica, a terapêutica foi alterada para paroxetina 20 mg *id*, gabapentina 600 mg 3 *id*, clorpromazina 100 mg *id* e clonazepam 2 mg *id*.

Em consulta de psiquiatria de reavaliação, no dia 7/julho, a utente mantinha a insónia inicial e referiu apresentar sonolência diurna desde a alteração terapêutica na consulta anterior. Do que se apurou, a utente encontrava-se a tomar medicação diferente e em dose superior ao prescrito – paroxetina 20 mg 3 *id*, gabapentina 600 mg 3 *id*, quetiapina 100 mg 3 *id* e olanzapina 15 mg *id*. Tendo isso em conta, a psiquiatra deu indicação para reduzir para paroxetina 20 mg *id*, suspender olanzapina e aumentar a dose de quetiapina para 5 *id*.

A 25/julho/2022 recorreu à consulta do dia, com a sua médica de família, por queixas de ansiedade e crises de pânico recorrentes condicionantes de limitação em utilizar transportes públicos e para solicitar certificado de incapacidade temporária (CIT) para justificar as ausências ao curso mandatário do Instituto do Emprego e Formação Profissional, decorrentes da sintomatologia apresentada. Na semana seguinte foi



reavaliada por persistência de ansiedade, referindo adicionalmente cansaço e perda de peso nos últimos meses. Negou alterações do apetite, náuseas, vômitos, alterações do trânsito intestinal ou genito-urinárias. Na sequência destas queixas foi pedida avaliação analítica urinária e sanguínea, incluindo à função tiroideia, e agendada consulta de seguimento.

A 18/agosto recorreu novamente a consulta do dia, na qual manifestou quadro com catorze dias de evolução de irritabilidade e alucinações auditivas na forma de voz única com instruções para realizar atos de auto e hetero-agressividade – “Dizem para bater com a cabeça nas paredes, cortar os pulsos, tomar medicação em excesso e estrangular as pessoas!” (*sic*). Destacou também a presença de sonhos frequentes em que cometia homicídio por estrangulamento a pessoas conhecidas, incluindo a médica de família, o marido e um dos arrendatários do apartamento onde reside. Pelo quadro apresentado encaminhou-se a utente ao serviço de urgência (SU) de psiquiatria. Na avaliação no SU a utente destacou quadro de tristeza, anedonia, avolia e irritabilidade — “Não sinto alegria, estou sempre revoltada com tudo, só me apetece ficar no meu cantinho” (*sic*). Referiu também ter pensamentos de morte frequentes – “Tomar comprimidos, atirar-me para baixo de um carro” (*sic*) – e sonhos onde tinha comportamentos hetero-agressivos e auto-lesivos. Da avaliação psiquiátrica apurou-se: ideias autolesivas e de morte, descritas sem modulação afetiva; atividade pseudo-alucinatoria na modalidade acústico-verbal, sob a forma de vozes de comando e imperativas, não agindo de acordo com as mesmas; humor hipotímico com reduzida amplitude afetiva; sem ideação hetero-agressiva e com crítica para a necessidade de tratamento. Por este contexto foi pedida a antecipação da consulta com a psiquiatra assistente que estava agendada para outubro/2022 e proposta frequência de hospital de dia, que a utente recusou. Adicionalmente foi realizado ajuste terapêutico para clonazepam 2 mg $\frac{1}{2}$ 2 *id*, paroxetina 20 mg 2 *id*, quetiapina 200 mg *ide*, durante vinte dias, risperidona 1 mg *id*.

Para reavaliação do quadro foi programada consulta de saúde de adultos pela médica de família após duas semanas da ida ao SU, onde se apurou incumprimento terapêutico de quetiapina 200 mg, alegando que não tinha sido prescrito. Assim, adicionou-se quetiapina 100 mg *id*, renovou-se toda a medicação e agendou-se

consulta de reavaliação em duas semanas para eventual ajuste terapêutico.

A 21/setembro, em consulta de reavaliação, a utente informou ausência de nova marcação de consulta após contactar o serviço externo da consulta de psiquiatria. Negou melhoria sintomática, persistindo as alucinações acústico-verbais e ideação hetero-agressiva em relação ao vizinho. Manifestou ainda ideação suicida – “Já sei o que tenho que fazer, tenho tudo planejado. Dia 1 de outubro tenho o batizado da minha sobrinha, dia 3 de outubro tenho que pagar a renda e depois disso posso deixar de existir” (*sic*). E, quando questionada, explicou o plano de ingerir múltiplos comprimidos de quetiapina nesse dia. Pela persistência do quadro anterior com um mês de evolução e por apresentar ideação suicida de novo foi proposto o encaminhamento ao SU de psiquiatria, que a utente recusou. Dado o contexto, foi acionado o mandado de condução ao SU pela médica de família, com o consentimento e colaboração da utente.

A utente foi observada no SU de psiquiatria onde se apurou que mantinha as pseudo-alucinações acústico-verbais previamente descritas e pensamento com ideação suicida, com plano semiestruturado de intoxicação medicamentosa voluntária com data definida. Perante a impressão diagnóstica de episódio depressivo em utente com história pregressa de tentativa de suicídio foi proposto o internamento da utente, que a mesma aceitou. Durante o internamento, o inibidor seletivo de recaptção de serotonina realizado anteriormente foi alterado para o escitalopram que, embora da mesma classe farmacológica, resultou em rápida remissão da ideação auto e hetero-agressiva e das pseudo-alucinações auditivas, bem como eutimização do humor e redução da anedonia e cognições de cariz depressivo. A utente associou o agravamento do quadro depressivo com fatores precipitantes como o desemprego de longa duração, a situação socio-habitacional precária e o conflito recente com um dos arrendatários do apartamento onde reside. Teve alta clinicamente estabilizada com consulta agendada para a psiquiatra assistente em doze dias e com a seguinte alteração da terapêutica psiquiátrica: escitalopram 20 mg *id*, olanzapina 15 mg *id* e clobenzaprina 10 mg *id*. Foi também observada em consulta de reavaliação com a médica de família, na qual retomou a vigilância de todos os problemas de saúde.



COMENTÁRIO

Este caso clínico conduz à reflexão sobre a gestão compartilhada de utentes com patologia psiquiátrica entre os CSP e a psiquiatria. Também reforça a importância da vigilância da resposta terapêutica após alteração da mesma, bem como da avaliação da compreensão do plano e adesão à terapêutica, que não ocorreu no presente caso.

A norma de orientação clínica n.º 034/2012, da Direção-Geral da Saúde, enfatiza a necessidade de avaliação da efetividade terapêutica no período máximo de oito semanas após a introdução de terapêutica antidepressiva.⁴ No entanto, não é referida informação da reavaliação perante alterações terapêuticas durante o curso terapêutico da depressão, nomeadamente qual o intervalo máximo para a consulta seguinte. Este facto é de especial relevância neste caso clínico, onde ocorreu consulta de reavaliação psiquiátrica duas semanas após alteração da medicação. Todavia, o mesmo não aconteceu após novo ajuste terapêutico, com consulta agendada em doze semanas.

A nível hospitalar, caso não existam recursos e disponibilidade temporal para o número de consultas de reavaliação de efeitos terapêuticos dos utentes, é crucial refletir e definir novos mecanismos de vigilância. O apoio dos CSP nesta vigilância pode ser importante para diminuir a pressão a nível hospitalar; no entanto, para que tal ocorra é necessário programar um esquema de articulação que não contribua para uma sobrecarga excessiva quer dos serviços hospitalares quer dos CSP, onde recaem múltiplas funções de vigilância. Será também benéfico para o utente que exista uma maior comunicação entre CSP e cuidados hospitalares, para que ambas as partes possam compreender o doente na sua globalidade, bem como o plano terapêutico em curso. Uma revisão sistemática de 2007 observou que apenas 17 a 20% dos médicos de família eram sempre notificados da alta hospitalar dos seus utentes.⁴ Este paradigma agrava-se em Portugal, uma vez que o *software* SClínico utilizado nos CSP não notifica os médicos de internamentos ou altas dos respetivos utentes. Adicionalmente, esta informação é crucial para compreender o estado de saúde do utente e continuar o seu seguimento a nível dos CSP. Para manterem os cuidados de seguimento após a alta, médicos apontaram como informações importantes: o diagnóstico princi-

pal, as alterações do exame objetivo relevantes, os resultados de exames e procedimentos, as alterações da medicação habitual e os motivos das mesmas, os exames com resultados pendentes, bem como necessidades específicas de seguimento. Apesar da relevância destes dados para a continuação do seguimento, revisões sistemáticas apontaram para a falta dos mesmos nas respetivas notas de alta. O diagnóstico principal do internamento não estava identificado em 6 a 17% dos documentos de alta e faltava informação sobre alterações terapêuticas em 8 a 21% dos mesmos.⁵⁻⁶

O regime de hospital de dia apresenta-se promissor como estrutura para vigilância de alterações de planos terapêuticos psiquiátricos. No entanto, a distância entre o hospital e a área de residência dos utentes poderá constituir um fator dissuasor, principalmente em casos de insuficiência económica grave, como se verificou no presente caso. Adicionalmente, a existência de equipas comunitárias de saúde mental apresenta-se, segundo o Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, como pilar crucial dos serviços locais de saúde mental. Estas equipas têm como objetivo promover cuidados de saúde mental em ambulatório, permitindo a descentralização hospitalar, mas também uma maior articulação com os CSP. De acordo com o mesmo Decreto-Lei, articularão com os CSP na gestão de casos de pessoas com doenças mentais graves e colaborarão também no seguimento de pessoas com doenças mentais comuns.⁷

O papel do médico de família, como gestor de caso, passa também por garantir que os utentes recebem o apoio adequado. Em caso de falência de resposta nos CSP é importante que o médico de família utilize todas as ferramentas disponíveis para encaminhamento do caso. No presente caso clínico há inicialmente uma experiência desmotivante em termos de apoio e gestão da doença em SU, o que leva a utente a recusar recorrer novamente a esse serviço. Pelo risco de auto e hetero agressividade que a situação clínica condicionava foi necessário o médico de família ativar o Mandado de Condução ao Serviço de Urgência.

É essencial que a articulação entre os diversos níveis de cuidados seja aprimorada para que haja uma garantia de resposta aos utentes, especialmente num período pós-pandemia, em que vários serviços se encontram assoberbados e com protocolos e procedimentos desatualizados. Concomitantemente, é fundamental



propor alternativas através da manutenção de uma relação de confiança com os utentes, numa perspetiva de decisão partilhada e de transmissão das informações relevantes associadas à saúde de cada utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Nacional para a Saúde Mental. Programa nacional para a saúde mental 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.
2. Almeida TC, Heitor MJ, Santos O, Costa A, Virgolino A, Rasga C, et al. Saúde mental em tempos de pandemia – SM-COVID19: relatório final [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2020. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/7245>
3. Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Diário da República. I Série-A;(169).
4. Direção-Geral da Saúde. Terapêutica farmacológica da depressão maior e da sua recorrência no adulto: norma n.º 034/2012, de 30/12/2012. Lisboa: DGS; 2012.
5. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007;297(8):831-41.
6. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W, et al. Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters. J Behav Health Serv Res. 2012;39(4):445-61.
7. Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro. Diário da República. I Série;(240).

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, FC e MGC; validação e verificação de conteúdo, FC, RP e MGC; redação do *draft* original, FC e RP; revisão, edição e validação do texto final, FC, RP e MGF; supervisão e coordenação, MGC.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Margarida Esteves Nunes Gil Conde
E-mail: margarida.gil.conde@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9367-5899>

Recebido em 06-01-2023

Aceite para publicação em 17-06-2023

ABSTRACT

THE IMPORTANCE OF CONTINUITY OF CARE IN PSYCHIATRIC PATHOLOGY: A CASE REPORT

Introduction: Primary health care (PHC) workers are responsible for diagnosing and treating psychiatric disorders, as well as referring some instances to secondary care. The Mental Health Law (Law no. 36/98) sets out the principles for mental health policy and regulates the involuntary hospitalization of people with mental illness. It is the responsibility of the family physician to identify such situations and activate the "emergency assessment warrant".

Case description: The case concerns a 50-year-old female patient with a history of attempted suicide and followed up in psychiatry. In a scheduled psychiatry appointment, the patient reported anxiety and night-time agitation, and therapeutic adjustment was made with subsequent reevaluation. Due to persistent symptoms, the therapeutic plan was adjusted again. Later, she sought care from her family physician reporting noncompliance with treatment and worsening symptoms of irritability and auditory hallucinations in the form of a single voice with instructions for self- and hetero-aggressive acts. The patient was referred to the emergency department, evaluated, and received a new therapeutic adjustment and a recommendation for an earlier psychiatry appointment for reassessment. In a subsequent appointment with the family physician, it was identified suicidal ideation, self- and hetero-aggression, and acoustic-verbal pseudo hallucinations, and a new visit to the emergency department was proposed, which the patient refused. Given the context, the family physician activated the "Mandado de Condução à Urgência" which the patient understood and accepted. During hospitalization, a new therapeutic plan was implemented, resulting in remission of self and hetero-aggressive ideation and auditory pseudo hallucinations, as well as improvement in mood and reduction of anhedonia and depressive cognitions.

Comments: This clinical case represents shared management of patients with psychiatric illness between PHC and psychiatry, as well as the importance of monitoring therapeutic response, reinforcing the need for improved coordination among various levels of care to ensure more effective information sharing and better care for patients with psychiatric disorders.

Keywords: Psychotic disorders; Depression; Judicial decisions; Case report.