

PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO EM HOSPITAL GERAL

Sete Casos Paradigmáticos

Diogo Frasquilho GUERREIRO, Daniel BARROCAS, Susana FERNANDES, Ricardo COENTRE, Rita NAVARRO, Nazaré SANTOS

RESUMO

Este artigo revê, por meio de estudo de casos, causas frequentes que originam necessidade de intervenção psiquiátrica em doentes internados em serviços hospitalares médicos e cirúrgicos. Focam-se os aspectos diagnósticos particulares e ilustra-se a necessidade de integração das dimensões biológica, psicológica e social do doente. É também realçada a necessidade de uma abordagem integrada pelos vários profissionais de saúde que tratam estes doentes. Os casos apresentados foram observados em consulta de Psiquiatria de Ligação do serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, entre Novembro de 2007 e Janeiro de 2008. Foram seleccionados sete casos por reflectirem paradigmas da intervenção do psiquiatra de ligação, sendo abordadas as seguintes doenças psiquiátricas: Perturbação de Pânico, Esquizofrenia Paranóide, Perturbação Bipolar, Perturbação de Personalidade, Depressão *Major*, Demência e Síndrome de Privação.

SUMMARY

LIAISON PSYCHIATRY IN A GENERAL HOSPITAL Seven Paradigmatic cases

Through the use of case reports, this article reviews frequent causes that origin the need for psychiatric intervention in patients hospitalized in medical and surgical wards. Particular diagnosis aspects are focused, so is the necessity of integration of the biological, psychological and social dimensions of the patient. The integrated approach by the various members of the medical staff is also emphasised. The cases presented were observed in the Liaison Psychiatry Consult of the Psychiatry Service of Hospital Santa Maria, in Lisbon, between November 2007 and January 2008. Seven cases were selected because they reflect paradigms in the intervention of the Liaison Psychiatrist, and reflect the following psychiatric diagnosis: Panic Disorder; Paranoid Schizophrenia; Bipolar Disorder; Personality Disorder; Major Depression, Dementia and Abstinence Syndrome.

D.F.G., D.B., S.F., R.C., R.N., N.S.: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Hospital de Santa Maria. Lisboa

© 2009 CELOM

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas assistimos à reintegração da Psiquiatria no seio das especialidades médicas. A Psiquiatria de Ligação no Hospital Geral surgiu da necessidade de articulação entre a Psiquiatria e as especialidades médicas e cirúrgicas possibilitando uma intervenção diferenciada e estruturada, na avaliação, no diagnóstico, no tratamento e na valorização dos aspectos psicológicos associados à doença somática. Dentre estes, citamos as complicações psiquiátricas das doenças orgânicas e as perturbações psicológicas decorrentes das dificuldades de adaptação à doença, aos tratamentos e ao internamento hospitalar. O objectivo desta subespecialidade é o estabelecimento de uma abordagem do doente e do *adoecer* que possa abranger, de forma completa, as suas vertentes biopsicossociais. Um psiquiatra de ligação para além de actividade clínica, tem também uma função educativa junto dos outros técnicos, aumentando a sua capacidade para manejar doenças psiquiátricas e facilitando a comunicação.

Através do presente artigo pretendemos rever, por meio de um estudo de casos, algumas das causas frequentes na origem da necessidade de intervenção psiquiátrica em doentes internados em serviços hospitalares médicos e cirúrgicos. Neste contexto, focam-se os aspectos diagnósticos particulares dos casos descritos e ilustra-se a necessidade de intervenção psicofarmacológica em grupos especiais. Da mesma forma, pretendemos também realçar o papel primordial da comunicação com os colegas das diferentes especialidades e com os familiares dos pacientes. Pensamos que os casos clínicos expostos reflectem os desafios colocados na tentativa de integração das dimensões biológica, psicológica e social do doente.

Os casos apresentados foram observados em consulta de Psiquiatria de Ligação do serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, entre Novembro de 2007 e Janeiro de 2008.

CASO 1 – Perturbação de Pânico Simulando Isquémia Cardíaca

Identificação: MR, sexo F, 45 anos. Assistente Social.

Motivo e local de internamento: Internada em serviço de medicina por pré-cordialgia e episódios paroxísticos de taquicardia a esclarecer.

Motivo de pedido de Psiquiatria de ligação: diagnóstico diferencial.

Observação: Após ter sido feita a exclusão de patologia orgânica que justificasse esses períodos de taqui-

cardia, a avaliação psiquiátrica revelou, sintomas compatíveis com episódio depressivo desde há 2 anos, após divórcio. Há cerca de 6 meses atrás, altura concomitante com o aparecimento dos episódios de taquicardia paroxística, existe história de agressão na via pública após tentativa de assalto. Desde essa altura desenvolve episódios de pânico frequentes, com o principal sintoma de taquicardia, mas também taquipneia, suores frios, vertigens, que são auto-limitados (cerca de 20 minutos) associados a medo intenso de morrer e ansiedade antecipatória relativamente aos mesmo. Recorre múltiplas vezes ao seu médico de família e a serviços de urgência com queixas de dor torácica, nunca sendo avaliada pela psiquiatria.

Diagnóstico final: Depressão *Major* Moderada comorbilidade com Perturbação de Pânico.

Intervenção terapêutica: Paroxetina 20mg/dia e Alprazolam 0,75mg/dia.

Referenciação: consulta de Psiquiatria.

Discussão de caso: Estima-se que a probabilidade de sofrer uma perturbação de Pânico (PP) ao longo da vida é entre 4 a 7% na população em geral¹. A sua apresentação como dor torácica é altamente prevalente no serviço de urgência (SU) de hospitais gerais, sendo raramente reconhecida pelos clínicos². No SU a PP não é detectada em 98% dos casos³. Custo elevados tem sido associados a esse não reconhecimento e a utilização de técnicas invasivas de diagnóstico e mesmo dias de internamento⁴. Reconhece-se hoje em dia que indivíduos com PP muitas vezes recorrem aos SU, médicos de família ou cardiologistas, antes de ser referenciados ou procurarem ajuda psiquiátrica. O quadro parece ser semelhante para as outras perturbações de ansiedade, nomeadamente perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva e fobia social⁵.

Numa metanálise de 2003, a prevalência da PP em contexto de dor torácica, foi estimada entre 20 a 38%. 5 factores foram associados a maior probabilidade de PP em quadro de apresentação aguda de dor torácica: Dor torácica atípica; Ausência de antecedentes de doença coronária; sexo feminino; idade abaixo de 50 anos e; alto nível de ansiedade auto-reportada. Os autores desta metanálise sugerem a aplicação neste grupo de doentes de um questionário de auto-preenchimento baseado no Panic Syndrome Checklist (ver abaixo)⁶, melhorando a detecção destes casos no SU.

*Quadro 1 – Proposta de rastreio de Perturbação de Pânico***Questionário de auto-preenchimento baseado no Panic Syndrome Checklist⁶**

1. Nas últimas 4 semanas, alguma vez teve um ataque súbito de medo ou ansiedade?
2. Isto já lhe aconteceu mais vezes?
3. Estes ataques surgem repentinamente, em situações inesperadas?
4. Estes ataques causam-lhe uma preocupação intensa ou medo que se venham a repetir?
5. Durante o seu último ataque, experimentou algum dos seguintes sintomas: falta de ar, dor torácica, coração a bater rápido, palpitações, suores, calafrios ou vermelhidão, tonturas, náuseas, formigueiros?

O caso clínico acima descrito relata o percurso habitual dos doentes com PP não diagnosticada: recorrência aos SU, internamentos; processos diagnósticos dispendiosos e manutenção do quadro psiquiátrico com agravamento progressivo.

Relativamente ao manejo da situação deve ter-se em contas os seguintes dados, na doença coronária a prevalência de perturbações de ansiedade ronda os 5-10%⁷ e no prolapso da válvula mitral perturbação de pânico ocorre em 5-20% dos doentes⁸. Assim sendo a primeira parte do tratamento da perturbação de pânico deve ser a da exclusão de patologia orgânica. Deve ser realizado electrocardiograma, análises de sangue e exame físico completo. Após esta primeira etapa, deve ser explicado o quadro ao doente, tranquilizando-o e assegurando assim a adesão ao tratamento eficaz para a sua perturbação. A medicação antidepressiva mostrou-se eficaz na redução dos ataques de pânico ou na sua severidade, melhorando a qualidade de vida dos pacientes⁹. Metanálises recentes mostram eficácia dos inibidores da recaptação da serotonina (SSRI), fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citalopram, e escitalopram, com *effect size* moderado a alto¹. Existem também evidências, dadas por RCT, que indicam a utilização de Venlafaxina na PP¹⁰. Os antidepressivos tricíclicos mostram também boa evidência da sua utilização na PP, tendo sido terapêutica de 1ª linha durante muitos anos, estão associados a mais efeitos secundários embora menor custo económico, tem evidências a imipramina, a clomipramina, a amitriptilina e a nortriptilina¹. As benzodiazepinas (BZD) são também eficazes e bem toleradas na PP, tem um início de acção mais rápido, embora estejam reservadas para uma segunda linha em doentes com resposta parcial aos antidepressivos, ou utilizadas em conjunto com os antidepressivos na fase inicial¹¹. O seu principal problema reside no risco de abuso, de criação de tolerância e de mascarar eventual perturbação depressiva no qual não são um tratamento eficaz¹². Estratégias

psicoterapêuticas, nomeadamente psicoterapia cognitivo-comportamental são eficazes no tratamento desta condição¹³.

Em contexto de psiquiatria de ligação parece-nos fundamental aplicar estratégias sensibilização acerca da PP aos médicos que fazem SU geral, certamente a situação descrita não necessitava de um internamento. Concomitantemente é necessário despendir algum tempo em psicoeducação, pois dificilmente um doente internado num serviço de medicina se convence de não ter qualquer problema médico, mas sim psiquiátrico.

A comorbilidade entre a depressão major (DM) e a perturbação de pânico já foi bem documentada, estimando-se que entre 50 a 60% de indivíduos com DM sofreu ou irá sofrer de uma perturbação de ansiedade¹⁴. A intervenção da psiquiatria de ligação em casos de depressão *major* será detalhada no caso 5.

CASO 2: Primeiro Surto Psicótico Detectado em Enfermaria de Medicina

Identificação: KM, sexo M, 22 anos. Residente na Holanda onde trabalha com operário em empresa de tecelagem.

Motivo e local de internamento: Internado em serviço de medicina após queda de um 3º andar.

Motivo de pedido de Psiquiatria de ligação: avaliação de risco de suicídio.

Observação: Ao exame psicopatológico verificou-se que este doente, sem antecedentes psiquiátricos, apresentava agora um quadro delirante persecutório «eu não me atirei pela janela, fugi... era a única escapatória», sentia que há cerca de 6 meses, colegas na Holanda o perseguiram e o tentavam envenenar. Apresentava contacto pouco sintónico e desconfiado e acabou por admitir a presença de alucinações acústico-verbais na 2ª pessoa que lhe faziam ameaças. Referiu que tinha vindo para Portugal, para se proteger na casa da sua irmã. Ao falar com a irmã, esta referiu que outro irmão tinha diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide.

Diagnóstico final: 1º Surto de Esquizofrenia Paranóide.

Intervenção terapêutica: Olanzapina 10mg/dia.

Referenciação: consulta de Psiquiatria.

Discussão de caso: A Esquizofrenia trata-se de uma doença psiquiátrica com prevalência de 1% ao longo da vida, com uma distribuição geográfica semelhante a nível mundial, igual incidência entre sexos mas com os homens a serem afectados mais cedo e a terem maior probabilidade de serem afectados por sintomatologia negativa que as

mulheres¹⁵. A etiologia não está completamente esclarecida, embora haja cada vez mais evidências de que a genética terá um peso fundamental interagindo com factores ambientais vários. No que respeita à neurobiologia, é consensual considerar-se a esquizofrenia como uma doença do neurodesenvolvimento, que afecta, entre outras estruturas, o sistema límbico. Os neurotransmissores dopamina e serotonina, são aqueles que reúnem maior volume de evidência como estando envolvidos na etiologia da esquizofrenia¹⁶.

Sob o ponto de vista clínico e de acordo com DSM-IV-TR, a esquizofrenia divide-se em cinco subtipos: paranóide, desorganizada, catatónica, indiferenciada e residual. Neste trabalho abordaremos apenas o subtipo paranóide¹⁷.

A esquizofrenia paranóide caracteriza-se pela presença de ideias delirantes e/ou alucinações acústico-verbais. As primeiras podem ser do tipo persecutório, auto-referencial, de grandeza, messiânicas, religiosas, fantásticas, entre outras; as segundas são geralmente complexas, sob a forma de uma ou mais vozes, que poderão reportar directamente ao doente (na forma de segunda pessoa) ou comentar entre si as acções do doente (na terceira pessoa). Para além destes sintomas, é frequente observarem-se desmandos de conduta, alterações dos limites do Eu, experiências de passividade de pensamento ou de comportamento, embotamento afectivo, diminuição de ressonância e modulação dos afectos. Estas manifestações interagem na vida do doente levando à desagregação da sua vida profissional e das suas relações sociais, o que contribui para a redução da qualidade de vida destes doentes^{18,19}.

Neste caso, o doente apresentava sintomatologia delirante persecutória e de envenenamento há seis meses, acompanhada de alucinações acústico-verbais, o que permitia fazer o diagnóstico de esquizofrenia. Para além disto, refira-se a idade do doente corresponder ao período em que a esquizofrenia geralmente se manifesta nos homens e a existência de antecedentes familiares de esquizofrenia.

No que respeita à terapêutica, as orientações internacionais vão no sentido de se utilizar um Antipsicótico Atípico (ApA), nas doses mais baixas que sejam eficazes na remissão dos sintomas. Neste doente, dado o período de evolução da doença e dado que o diagnóstico se afigurava simples, não se justificaria intervalo livre de terapêutica de cerca de 24-48 horas para esclarecimento diagnóstico, como as *guidelines* recomendam para os primeiros episódios psicóticos. Assim iniciou-se ApA em baixas doses, aguardando-se efeito terapêutico. Caso não se registasse diminuição da sintomatologia, dever-se-ia aumentar as doses e não considerar ineficaz um ApA até quatro semanas de terapêutica. Só então estaria recomendado

mudar para outro ApA. Os antipsicóticos são apenas uma das dimensões terapêuticas de um primeiro Episódio Psicótico, sendo de fundamental importância estabelecer uma relação de confiança e de esclarecimento com o doente e sua família de modo a que este possa desenvolver a melhor crítica possível sobre a sua doença e assim abraçar o projecto terapêutico e manter-se mais tranquilo. Estudos controlados e aleatorizados recentes, com origem em países nórdicos, evidenciaram melhor prognóstico e evolução em doentes que para além do tratamento farmacológico receberam acompanhamento cognitivo-comportamental, embora estes dados careçam de replicação^{19,21}. O projecto terapêutico deste doente seria em tudo semelhante quer o doente estivesse em enfermaria psiquiátrica ou não. Neste último caso, o papel do psiquiatra de ligação seria talvez ainda mais importante no sentido de tranquilizar o doente, na medida em que este iria estar num local onde ninguém mais teria o mesmo tipo de queixas e onde se poderia sentir mais ameaçado. Seria indispensável ter em conta e informar o doente sobre os possíveis efeitos secundários da terapêutica, sem esquecer eventuais interacções com fármacos com que o doente estivesse a ser medicado. Do mesmo modo seria fundamental educar os técnicos do serviço onde o doente estivesse internado acerca das modalidades terapêuticas disponíveis caso o doente se mostrasse agitado, agressivo ou desenvolvesse sintomatologia acessória. Em ambulatório, o seguimento em consulta, com intervalos relativamente reduzidos ao início seria indicado, de modo a monitorizar a evolução da doença, tendo em mente que o objectivo é a remissão e não apenas a diminuição dos sintomas.

CASO 3: Pneumonia em Fase Maníaca

Identificação: RC, sexo M, 44 anos. Residente em Angola. Economista.

Motivo e local de internamento: Internado no serviço de medicina intensiva por pneumonia grave, com necessidade de apoio ventilatório. Transferido do Hospital Júlio de Matos, onde estava internado há cerca de 2 semanas por episódio maniaco grave em contexto de doença bipolar tipo I.

Motivo de pedido de Psiquiatria de ligação: Orientação psicofarmacológica.

Observação: O doente tinha vindo passar férias com a família a Portugal há cerca de 1 mês, tendo apresentado agitação psicomotora, insónia total, comportamentos de risco e delírio de grandiosidade, razão pela qual tinha sido internado em Psiquiatria. Tem diagnóstico de

doença bipolar há mais de 10 anos, embora não aderisse ao tratamento. Ao exame psicopatológico o doente encontrava-se ligeiramente hipomaniaco, embora já fizesse crítica para a sua situação.

Diagnóstico final: Doença Bipolar tipo I.

Intervenção terapêutica: Carbonato de Litio 1200mg/dia e Olanzapina 20 mg/dia.

Referenciação: transferido para hospital de origem para finalização de internamento psiquiátrico, após estabilização de quadro infeccioso.

Discussão de caso: A perturbação bipolar (PB) é uma perturbação de humor crónica e grave caracterizada por episódios de mania ou hipomania alternando ou simultâneos com episódios de depressão. Na classificação actual segundo o DSM-IV-TR¹⁷ incluem-se quatro categorias no espectro bipolar que reflectem os tipos de episódios que ocorrem ao longo da vida dos doentes:

- PB tipo I – pelo menos um episódio maniaco ou misto; episódio depressivo major habitualmente presente mas não obrigatório.
- PB tipo II – pelo menos um episódio hipomaniaco e pelo menos um episódio depressivo major; sem episódios maníacos ou mistos.
- Perturbação ciclotímica – sintomas depressivos e hipomaniacos a longo prazo; sem episódio depressivo major ou maniaco
- PB sem outra especificação – sintomas maníacos presentes mas sem critérios para perturbação bipolar tipo I, bipolar tipo II ou ciclotímica; sintomas depressivos não são requeridos.

A prevalência ao longo da vida de PB tipo I no mundo ocidental é de cerca de 1%, a prevalência da PB tipo II está menos estudada, sendo considerada de cerca de 1.5-2.5%. Tipicamente o início da doença ocorre na segunda ou terceiras décadas de vida, tendo consequências importantes a nível interpessoal, laboral e familiar. Mesmo com o tratamento óptimo, estes doentes têm sintomas em cerca de metade do tempo, com grave incapacidade funcional²². A taxa de suicídio é cerca de 15 vezes superior à da população em geral²³.

Existe evidência clínica emergente de que as doenças médicas não psiquiátricas são altamente prevalentes entre os doentes bipolares. Por exemplo a cefaleias tipo enxaqueca e doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, pulmonares e infecciosas são frequentemente citadas como comorbilidades. A obesidade pode representar 21-32% dos doentes bipolares e 58% têm excesso de peso. A obesidade está relacionada com outras consequências como dia-

betes e doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão arterial e dislipidemia. Os estudos indicam que o risco relativo para obesidade, síndrome metabólica e diabetes tipo II está elevado e exerce de modo independente o seu efeito deletério sobre o curso da PB. A doença pulmonar obstructiva crónica e as doenças musculoesqueléticas são também igualmente mais prevalentes nestes doentes²⁴.

Existem vários factores que podem ser referidos como responsáveis por esta sobreposição entre a PB e as comorbilidades médicas. Os doentes bipolares têm mais factores de risco para doenças médicas, como insuficiente acesso a cuidados de saúde primários, má adesão terapêutica, tabagismo, inactividade física, abuso de substâncias e regime dietético altamente calórico. As doenças afectivas estão também associadas com activação hormonal e imunoinflamatória que contribui para a génese das doenças. A iatrogenia também é uma via possível, por exemplo o hipotiroidismo no tratamento com o lítio, diabetes tipo II com os antipsicóticos de segunda geração e a doença do ovário poliquístico com o valproato de sódio²⁵.

Existem alguns estudos que confirmam a existência de uma interacção recíproca entre as condições comórbidas médicas e o prognóstico em termos funcionais. A existência de doença crónica médica esteve associada com menor sucesso no emprego, maior dependência dos outros e maior utilização de cuidados de serviços de saúde mental, incluindo hospitalização²².

A PB é geralmente episódica, com um curso muito variável, com tratamento mas sem cura. A maioria dos doentes com o decorrer da doença apresentam menos episódios maníacos e os episódios depressivos tendem a ser mais longos e mais comuns após a meia idade. A história natural inclui períodos de remissão, mas sem tratamento ocorrerá sempre a recorrência²².

Os doentes com PB requerem um plano terapêutico a longo prazo, incluindo a estabilização do episódio agudo, tratamento de manutenção, psicoeducação e intervenção psicossocial.

O tratamento do episódio agudo inicia-se desde o início do episódio depressivo ou maniaco até à remissão com a melhoria clara dos sintomas e envolve fármacos estabilizadores de humor (ex: carbonato de lítio ou valproato de sódio) e/ou antipsicóticos atípicos (ex: olanzapina, quetiapina, risperidona e ziprazidona). No episódio depressivo poderão ser utilizados antidepressivos, com cautela acrescida pelo risco de viragem maniaca. Quando se considera que o doente recuperou do episódio agudo, o objectivo é manter a estabilidade e prevenir ou atenuar futuros episódios agudos, com evidências para a utilização de lítio, olanzapina, lamotrigina e valproato. Existe al-

gum debate sobre a duração da terapêutica de manutenção, como se trata de uma doença crónica, recorrente e incapacitante em termos funcionais, muitos dos estudos indicam a necessidade de tratamento a longo prazo a partir do primeiro episódio²⁶. A electroconvulsivoterapia é recomendada quando o tratamento com terapêutica farmacológica adequada falhou²⁷.

O caso apresentado evidência a necessidade da adesão à terapêutica, mesmo na presença de comorbidade médica relevante. A adesão à terapêutica é um problema relevante na prática psiquiátrica, com taxas elevadas de incumprimento da medicação.

Os profissionais de saúde devem estar familiarizados com a interação entre as condições médicas gerais e as doenças crónicas psiquiátricas, neste caso a PB. Estes doentes têm risco elevado de doenças médicas, que são por vezes sub-diagnosticadas e logo não tratadas. Também os Médicos Psiquiatras devem fazer rastreios para doenças médicas gerais e incorporar estratégias de prevenção²⁸.

CASO 4: Perturbação de Personalidade em Unidade de Queimados

Identificação: DQ, sexo F, 26 anos. Coordenadora de loja pronto a vestir.

Motivo e local de internamento: Internada há 3 semanas na Unidade de Queimados por queimadura de 32% de área corporal. Grávida de 12 semanas.

Motivo de pedido de Psiquiatria de ligação: Avaliação de risco de suicídio e avaliação de capacidade de decisão acerca de eventual interrupção terapêutica da gravidez.

Observação: À observação a doente relata que após discussão com o namorado (o pai da criança) acerca de possível infidelidade, tenta com álcool etílico imolar-se pelo fogo e ao namorado. Nega ideação suicida, referindo-se a este acto como algo impulsivo e «descontrolado», mencionando o seu arrependimento. Apresenta traços de personalidade marcados por instabilidade emocional, dificuldades de relação interpessoal, clivagem de pensamento, desconfiança mantida nos outros e passagens ao acto frequentes (zangas, agressões, ruptura de relações). Não foram apurados sintomas psicóticos ou da linha maníaca. À data do exame psiquiátrico apresentava critérios de depressão major moderada, desde há um ano. Já anteriormente ao internamento desejava fazer interrupção voluntária da gravidez (IVG) tendo o processo sido interrompido pelo

internamento. Durante a fase inicial deste, fez fármacos com potencial teratogénico. Não apresentava alterações psicóticas ou a nível formal de pensamento que a impedissem de assinar o consentimento informado para IVG terapêutica.

Diagnóstico final: Perturbação de Personalidade Borderline e Episódio Depressivo Major Moderado.

Intervenção terapêutica: Venlafaxina 150mg/dia.

Referenciação: Seguimento psicoterapêutico durante o internamento e consulta de Psiquiatria pós-alta.

Discussão de caso: A característica essencial da Perturbação de Personalidade Borderline (PPB) consiste num padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos, e uma impulsividade marcada, quadro este com começo no início da idade adulta¹⁷. O diagnóstico é clínico, e implica que estas características sejam suficientemente graves e persistentes para prejudicarem o funcionamento social, ocupacional, e em outras áreas importantes de funcionamento¹⁷. A prevalência na comunidade é de cerca de 2%²⁹, mas é a mais comum e mais grave das perturbações de personalidade, com elevada morbidade e mortalidade³⁰. Cerca de 80% dos doentes que recebem tratamento são mulheres³¹ mas as diferenças de género são menos evidentes em amostras da comunidade³².

Estima-se que taxa de suicídio em doentes com PPB seja entre 8-10%^{31,32}. No entanto, 60 a 70% dos doentes fazem tentativas de suicídio (ou outro tipo de comportamentos suicidários) sendo estas muito mais frequentes do que suicídios consumados³³.

Os factores de risco para comportamentos suicidários nas PPB estão sumarizados no Quadro 2. Apesar de existir a possibilidade de identificar factores de risco importantes nestes doentes, os comportamentos suicidários num doente individual são de difícil prevenção³⁴.

Quadro 2 – Principais factores de risco para comportamentos suicidários em doentes com Perturbação de Personalidade Borderline³³

- Tentativas de suicídio prévias
- Comorbidade com perturbação de humor
- Níveis elevados de desesperança
- História familiar de suicídio ou de comportamentos suicidários
- Comorbidade com abuso de substâncias
- História de abuso sexual
- Elevados níveis de impulsividade e/ou traços antisociais de personalidade

A comorbilidade com a perturbação depressiva *major* (PDM) é comum³³, e poderá aumentar o número e a gravidade das tentativas de suicídio³⁵. Num doente com apenas PPB, os sintomas depressivos e ideação suicida são geralmente reactivos a *stressores* interpessoais e muitas vezes de curta duração. Por outro lado, quando existe comorbilidade com PDM, estes sintomas desenvolvem-se, agravam-se gradualmente e podem persistir por mais tempo³⁶.

Relativamente ao tratamento da PPB, a psicoterapia é a opção primária e central, complementada com farmacoterapia³⁷.

Existem duas formas de psicoterapia, terapia comportamental dialéctica e psicoterapia psicodinâmica, mencionadas em ensaios randomizados e controlados, que mostram benefício no tratamento desta patologia^{37,38}. Outros tipos de psicoterapia (tais como interpessoal, cognitiva, cognitiva analítica) estão também a ser estudados, embora não exista, por enquanto, evidência em relação à sua eficácia³⁹.

A farmacoterapia é utilizada para controlo sintomático. Há evidência de que o tratamento com Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (SSRI) ou Venlafaxina deverão ser a escolha inicial e que poderão melhorar os sintomas de desregulação afectiva, impulsividade, auto-mutilação e comportamentos de risco³⁷. Quando surgem sintomas de ansiedade, a adição de uma benzodiazepina poderá ser útil, no entanto, existe o risco de abuso. Existem poucos dados que apoiem o tratamento com estabilizadores de humor (lítio, carbamazepina, valproato de sódio), mas, existem alguns estudos que comprovam a eficácia no controlo dos sintomas comportamentais, pelo que se deverão pesar os riscos e benefícios destes fármacos em casos individuais. Quando existem sintomas comportamentais graves, impulsividade marcada, ou sintomas *psicóticos-like*, a adição de antipsicóticos em doses baixas podem ser úteis³⁷.

A evidência mostra-nos também que os SSRI são eficazes (superiores aos Inibidores da Monoaminoxidase e Antidepressivos Tricíclicos) no tratamento de sintomas depressivos associados à PPB²⁷.

Não existem estudos que comparem a combinação de psicoterapia com fármacos com qualquer um destes tratamentos isolados, no entanto a experiência clínica indica que muitos doentes poderão beneficiar de uma intervenção combinada²⁷.

A psicoeducação, envolvendo as famílias dos doentes, é muitas vezes apropriada e útil, no contexto clínico e de gestão de risco. Deverá incluir a discussão dos riscos inerentes à doença e as incertezas dos resultados terapêuticos e do prognóstico do doente.

Este caso clínico, apesar de ilustrar um tipo de comportamento pouco frequente (pela sua gravidade), retrata uma situação impulsiva, de grande agressividade, que surge num contexto depressivo. Em contexto de psiquiatria de ligação é importante o seguimento por um elemento da equipa de maneira constante, a avaliação do risco de continuação de comportamentos auto-destrutivos, e promoção da comunicação (por vezes difícil) e psicoeducação da equipa médica⁴⁰.

CASO 5: Avaliação do Risco de Suicídio Pré-Alta Médica

Identificação: MA, sexo masculino, 51 anos. Empresário.

Motivo e local de internamento: Internado em serviço de medicina após intoxicação voluntária por gás natural.

Motivo de pedido de Psiquiatria de ligação: Avaliação de risco de suicídio e eventual transferência para internamento psiquiátrico.

Observação: Tratava-se de um doente sem quaisquer antecedentes psiquiátricos. Há 15 dias atrás, após notícia de divórcio iminente, desenvolve reacção depressiva grave, com anedonia total, insónia terminal, anorexia com perda de peso, diminuição da concentração, inibição psicomotora e incapacidade funcional a nível profissional. O doente faz a tentativa de suicídio sozinho, deixando uma carta para a filha, consumindo álcool durante a mesma, mostrando intencionalidade. Acaba por ser encontrado pela filha e levado para o hospital. Quando observado o doente mantém intencionalidade marcada, referindo que quando sair do internamento irá tentar novamente, recusa qualquer apoio psiquiátrico, internamento ou psicofármacos, inclusive. Não apresentava critérios para internamento ao abrigo da lei de Saúde Mental, embora o risco de suicídio fosse alto. O doente apresenta traços de personalidade de grande rigidez e narcisismo, não sendo capaz de lidar com esta frustração. Apesar disso e conversando também com a filha em quem confiava, foi possível deixar uma consulta de psiquiatria marcada e medicação, ficando de decidir nos próximos dias se aceitava ou não. Na semana seguinte acabou por aparecer na consulta e começou terapêutica, com melhoria moderada.

Diagnóstico final: Depressão *Major* Severa com características melancólicas.

Intervenção terapêutica: Intervenção em crise, Mirtazapina 30mg/dia.

Referenciação: Consulta de Psiquiatria, após recusa de internamento.

Discussão de caso: As perturbações depressivas constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2020 a depressão será a segunda causa de prejuízo causado por doença medido pelo *Disability Adjusted Life Years*, ficando apenas atrás das doenças cardíacas, nos países desenvolvidos serão mesmo a primeira causa⁴¹.

As perturbações depressivas são caracterizadas pelo seu curso recorrente, muitas vezes crónico. Prejudicam a qualidade de vida dos indivíduos afectados mais do que qualquer outra doença, e frequentemente, conduzem ao suicídio e para-suicídio. Mais de 15% dos doentes com depressão major cometem suicídio. Os presentes altos índices de suicídio são considerados como importantes indicadores do subdiagnóstico e subtratamento da depressão⁴².

A etiologia da depressão, a perturbação do afecto mais estudada, está longe de ser totalmente compreendida. Muitos casos de depressão ocorrem após determinados eventos stressores, no entanto nem todos os indivíduos ficam deprimidos nessas circunstâncias. A probabilidade de certa pessoa vir a sofrer de uma perturbação depressiva depende de uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Ou seja, depende da intensidade e duração do evento stressor, do substrato genético do indivíduo, das suas estratégias e reacções de *coping* e da rede de suporte social em que se insere⁴³.

Os sintomas de um episódio depressivo major são sumariamente descritos no Quadro 3.

Mais de 90% dos suicídios ocorrem no contexto de doença psiquiátrica, sendo que a depressão se afigura, de longe, como a mais significativa. Na maior parte dos países, o risco de suicídio é superior nos idosos do sexo masculino e o risco de tentativas de suicídio é mais frequente nas mulheres jovens. Estudos indicam que cerca de 40% dos indivíduos que cometem suicídio consultaram um médico nas quatro semanas anteriores à passagem ao acto suicida⁴⁴, sublinhando a necessidade de se empreenderem intervenções sustentadas ao nível dos cuidados de saúde primários.

Muitas das vezes os primeiros técnicos de saúde que se deparam com este tipo de comportamentos auto-destrutivos são os médicos não psiquiatras em serviços de urgência ou internamentos médicos onde é feita a estabilização dos doentes. As intoxicações medicamentosas e outros tipos de comportamentos suicidários, são causas comuns de utilização de serviços de emer-

Quadro 3 – *Sintomas de Episódio Depressivo Major*

- Humor deprimido
 - Redução da energia e diminuição da actividade
 - Alteração da capacidade de experimentar prazer e perda de interesse
 - Diminuição da capacidade de concentração
 - Fadiga marcada, mesmo após esforços mínimos
 - Problemas de sono
 - Diminuição do apetite
 - Diminuição da auto-estima e da autoconfiança
 - Ideias de culpabilidade e/ou de inutilidade
 - O humor depressivo varia pouco de dia para dia e habitualmente não é reactivo perante as circunstâncias
 - Uma duração de pelo menos duas semanas é requerida para o diagnóstico
- Pode ser acompanhado de sintomas ditos *melancólicos*:
- o Perda total do interesse ou prazer em actividades habitualmente agradáveis
 - o Despertar matinal precoce (várias horas antes da hora habitual)
 - o Agravamento matinal da depressão
 - o Lentificação psicomotora importante
 - o Agitação
 - o Perda de apetite
 - o Perda de peso
 - o Perda da libido
- O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave

gência médica, sendo que segundo um estudo recente 80% das tentativas de suicídio observada no SU são intoxicações medicamentosas. Este mesmo estudo indica que apenas cerca de metade é referenciada para avaliação especializada⁴⁵. Sabemos hoje em dia que o principal factor de risco para suicídio consumado é a existência de actos suicidários prévios⁴⁶, realçando-se com isto a necessidade da integração da equipa médica com a equipa psiquiátrica no sentido do tratamento da depressão e da avaliação de risco e prevenção de futuros comportamentos suicidários.

Este caso descreve uma situação muito frequente nos hospitais gerais em que a interacção entre a equipa de psiquiatria de ligação e os médicos do internamento, permitiu o primeiro contacto de um doente com um episódio depressivo major com a psiquiatria. A partir daqui foi possível, em conjunto com a família, uma peça chave na avaliação do risco de suicídio, a estruturação de um plano pós-alta e instituição de terapêutica eficaz. É fundamental que todo o doente internada por tentativa de suicídio seja avaliado por um técnico de saúde mental, de modo a minimizar o risco de novas (e eventualmente mais graves) tentativas.

CASO 6: Agravamento de Demência após Intercorrência Médica

Identificação: AA, sexo masculino, 79 anos. Reformado.

Motivo e local de internamento: Internado no serviço de cardiologia por Bradidisritmia.

Motivo de pedido de Psiquiatria de ligação: Agitação psicomotora.

Observação: Doente com antecedentes de Doença de Alzheimer, já medicado com Galantamina. Internado no serviço há 2 dias e que interrompeu abruptamente o anticolinesterásico, por não estar disponível no serviço. Apresentou síndrome confusional agudo, com desorientação temporal e espacial, agitação psicomotora e delírio persecutório, achava que os enfermeiros «queriam matá-lo». O quadro reverteu após o recomeço da terapêutica com galantamina e com risperidona em SOS. O doente era medicado com varfarina e apresentava insuficiência renal crónica.

Diagnóstico final: Síndrome confusional agudo em contexto de Demência de Alzheimer e intercorrência médica.

Intervenção terapêutica: Galantamina 16mg/dia e Risperidona 2mg (em SOS se agitação psicomotora)

Referenciação: Consulta habitual de Psiquiatria.

Discussão do caso: A Síndrome Confusional Agudo, de ora em diante referido como *delirium*, trata-se de uma situação médico-psiquiátrica bastante comum, calculando-se que entre 10% a 40% dos idosos internados em enfermarias gerais e 60% a 85% dos doentes em ventilação mecânica em Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) o desenvolvam^{47,48}. Está associado a internamentos mais prolongados, maiores taxas de complicações médicas e maiores custos⁴⁹.

Os doentes idosos, com patologias médicas prévias, internados em UCIs, queimados, com lesões cerebrais, pós-cirúrgicos e com VIH estão mais sujeitos a desenvolverem *delirium*. As manifestações clínicas passam por irritabilidade, ansiedade e inquietação, seguindo-se obnubilação da consciência (ao contrário da demência, em que a consciência está geralmente preservada), disrupção do ciclo vigília-sono, alterações cognitivas e de percepção (alucinações visuais são características), agitação psicomotora e desorientação. Estas alterações instalam-se de modo agudo, apresentam um curso flutuante, com agravamento nocturno, e têm em geral carácter reversível. O *delirium* pode sobreinstalar-se em pacientes com demência. Nesses casos, observa-se agravamento do estado cognitivo prévio e desorganização comportamental⁵⁰.

As causas de *delirium* são várias: traumatismos (crânios ou não), estados pós-cirúrgicos, desequilíbrios hidro-

electrolíticos, infecções, défices vitamínicos, doenças orgânicas (cerebrais ou não), intoxicações e fármacos (início ou descontinuação). Sob um ponto de vista etiológico, a disrupção do sistema colinérgico tem sido proposta como um mecanismo chave para a instalação do *delirium*⁵⁰.

A terapêutica destas situações passa pela reversão das causas e pela utilização de antipsicóticos, se necessário. Alguns estudos demonstraram que os antipsicóticos atípicos são tão eficazes quanto o haloperidol, não estando associados aos efeitos secundários deste último. Dado o mecanismo etiológico proposto, os fármacos que potenciam o sistema colinérgico, como os anti-demenciais, poderiam ser úteis. No entanto, metanálises efectuadas sobre o donepezil, não revelaram superior eficácia em relação ao placebo⁴⁸⁻⁵¹.

No caso descrito, a interrupção da terapêutica colinesterásica com que o doente estava medicado para Demência de Alzheimer parece ter sido dos principais factores desencadeantes do *delirium*, se bem que a patologia renal não seria também de descurar. O retomar do fármaco e a administração, quando necessário, de um antipsicótico atípico, bem como a compensação da patologia renal foram eficazes no tratamento. Para além da terapêutica médica, medidas gerais, como estimulação sensorial durante o dia e diminuição de estímulos durante a noite, são importantes na terapêutica desta situação.

CASO 7: Abstinência Alcoólica em Internamento de Ortopedia

Identificação: LO, sexo masculino, 58 anos. Operário construção civil.

Motivo e local de internamento: Internado no serviço de ortopedia por fractura pertrocantérica.

Motivo de pedido de Psiquiatria de ligação: Privação Alcoólica.

Observação: Doente com antecedentes de Alcoolismo, de longa data, nunca seguido por este problema. Foi internado há 4 dias para proceder a intervenção cirúrgica que realizou no dia anterior à observação. Após a intervenção inicia quadro confusional, com agitação psicomotora marcada, tremor generalizado. O quadro reverte em algumas horas após a toma de Oxazepam, Haloperidol e Tiamina. Não ocorreram episódios convulsivos. Não se verificaram intercorrências cirúrgicas relevantes.

Diagnóstico final: Síndrome de Abstinência Alcoólica.

Intervenção terapêutica: Oxazepam 90mg/dia, Haloperidol 10mg/dia,

Referenciação: Consulta de Alcoolismo.

Discussão de caso: A propósito deste caso clínico, optámos por abordar a síndrome de abstinência do álcool, cocaína, opióides e benzodiazepinas, pela sua frequência e relevância no âmbito da psiquiatria de ligação.

O abuso de substâncias está associado com consequências e custos significativos para o indivíduo e sociedade. Têm um importante impacto emocional e financeiro na família, estão relacionados com baixa produtividade no trabalho, desemprego, aumento da criminalidade e alta morbidade e mortalidade⁵².

Em Portugal, a prevalência de abuso de álcool é de 1% a 10%, em função das diferentes definições de alcoolismo e dos critérios de medida utilizados⁵³. Quanto ao consumo de outro tipo de tóxicos, a taxa de prevalência ao longo da vida é de cerca de 7.8%⁵⁴. Em hospitais gerais e centros de traumatologia a frequência de abuso de substâncias é muito maior, variando entre 15 a 50%⁵⁵. O psiquiatra de ligação tem um papel no apoio terapêutico e encaminhamento de doentes com consumos abusivos de substâncias psicoactivas e/ou situações de abstinência.

A sintomatologia da síndrome de abstinência ou privação põe em relevo modificações bruscas induzidas nos vários sistemas de compensação cerebral criados pelo consumo continuado⁵⁶.

A síndrome de abstinência do álcool inicia-se num intervalo de horas após a diminuição ou suspensão do consumo de álcool. O tempo e intensidade do uso são directamente proporcionais à gravidade do quadro; tem um curso flutuante e auto-limitado. A abstinência habitualmente caracteriza-se por tremor, irritabilidade, tonturas, ansiedade, náuseas e hiperactividade autonómica. Podem haver alterações da percepção, com ilusões e alucinações. Pode associar-se a episódios convulsivos ou evoluir para um quadro confusional (*delirium tremens*), ou ambos⁴⁰.

A intervenção terapêutica implica aporte hídrico e nutricional, administração de tiamina (prevenção de complicações neurológicas) e benzodiazepinas (alívio sintomático e acção anti-convulsivante). A presença de *delirium tremens* ou de alucinose alcoólica implica a administração de um neuroléptico, sendo o haloperidol o mais recomendado (pelo seu menor potencial de induzir convulsões)⁵⁷.

A síndrome de abstinência de cocaína divide-se em três fases: *Crash* (logo após a interrupção do uso e até quatro dias – humor disfórico/deprimido, ansiedade, diminuição da energia, hipersónia e *craving* intenso); Abstinência (até 10 semanas – anedonia, ansiedade, insónia ou hipersónia, hiperfagia e alterações psicomotoras como tremores, dores musculares e movimentos involuntários) e

Extinção – com resolução completa dos sinais e sintomas físicos; o *craving* é o sintoma residual que aparece eventualmente e o seu desaparecimento pode durar meses e até anos⁴⁰. Não há uma abordagem terapêutica que suprima os sintomas de abstinência como um todo, no entanto, é possível intervir no alívio de sintomas como inquietação e insónia, entre outros na linha ansiosa e depressiva (SSRI e antidepressivos tricíclicos mostram alguma evidência)⁵⁵. Alguns autores apoiam o uso da carbamazepina, valproato de sódio, lamotrigina, gabapentina e bloqueadores β -adrenérgicos como opções terapêuticas no tratamento da abstinência de cocaína⁵⁹.

Quanto à síndrome de privação dos opióides, inclui quatro fases – Antecipatória (3 a 4 h após o uso – com ansiedade, medo da falta do opióide e comportamento de busca); Inicial (8-10 h após o uso – com ansiedade, inquietação, sudorese, lacrimejo, rinorreia, náuseas e midríase); Total (1-3 dias após o uso – ansiedade grave, tremor, inquietação, vômitos, diarreia, espasmo e dor muscular, aumento da tensão arterial, taquicardia, febre e calafrios) e Tardia (até seis meses – hipotensão, taquicardia, insónia, diminuição da energia). O tratamento inclui clonidina (para alívio dos sintomas autonómicos), benzodiazepinas e analgesia. Metadona e buprenorfina podem também ser utilizados⁶⁰.

Em relação à síndrome de abstinência de benzodiazepinas, os sintomas começam progressivamente 2 a 3 dias após a suspensão de benzodiazepinas de semi-vida curta e de 5 a 10 dias após a suspensão de benzodiazepinas de semi-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose⁶¹. Os sintomas de privação incluem tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, cefaleias, dores musculares, insónia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia, alterações de memória, despersonalização/desrealização, convulsões, alucinações e *delirium*⁶². Para o tratamento da síndrome de abstinência, faz-se a reintrodução do fármaco, seguido pela sua retirada mais gradual ou substituição por um agente de meia-vida mais longa ou então por outro depressor do SNC, preferivelmente um que actue no mesmo receptor das benzodiazepinas⁶³.

A intervenção terapêutica dos síndromes de abstinência que ocorrem tão frequentemente nos serviços dos hospitais gerais, é uma intervenção necessária e urgente, mas insuficiente como tratamento. Ela deve constituir um ponto de partida para um tratamento mais prolongado, onde outros aspectos, nomeadamente a psicoterapia e o apoio após a suspensão dos consumos têm uma importância fundamental.

CONCLUSÃO

Com a apresentação destes sete casos, tentámos cobrir o vasto campo da interacção entre a psiquiatria e as outras especialidades médicas. São casos frequentes, observados no dia a dia da consulta de psiquiatria de ligação.

Desde as patologias de ansiedade, passando pela depressão, a esquizofrenia, a doença bipolar, os quadros confusionais, as perturbações da personalidade e os comportamentos aditivos, sublinhamos a necessidade de uma dinâmica acentuada entre os vários profissionais de saúde que cuidam destes doentes. Só através de uma visão abrangente e claramente multidisciplinar é possível oferecer uma melhor qualidade de vida para estes doentes, prevenindo os riscos associados a estas patologias.

Declaração de interesses:

Os autores declaram não ter qualquer tipo de conflito de interesse na realização deste artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

- ROY-BYRNE PP, CRASKE MG, STEIN MB: Panic disorder. *Lancet* 2006; 16;368:1023-32
- FLEET RP, DUPUIS G, MARCHAND A, BURELLE D, ARSENAULT A, BEITMAN BD: Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *Am J Med* 1996;101(4):371-380
- FLEET RP, DUPUIS G, MARCHAND A et al: Panic disorder in coronary artery disease patients with noncardiac chest pain. *J Psychosom Res* 1998;44:81-90
- COLEY KC, SAUL MI, SEYBERT AL: Economic burden of not recognizing panic disorder in the emergency department. *J Emerg Med* 2007;36(1):3-7
- DEACON B, LICKEL J, ABRAMOWITZ JS: Medical utilization across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2008;22(2):344-350. Epub 2007 Mar 12
- HUFFMAN JC, POLLACK MH: Predicting panic disorder among patients with chest pain: an analysis of the literature. *Psychosomatics* 2003;44(3):222-236
- SULLIVAN M, LACROIX AX, SPERTUS JS et al: Effects of anxiety and depression on symptoms and function in patients with coronary heart disease: A five-year retrospective study. *Psychosomatics* 2000;41:187
- MARGAF J, EHLERS A, ROTH WT: Mitral valve prolapse and panic disorder: a review of their relationship. *Psychosom Med* 1988;50:93-113
- KUMAR S, OAKLEY BROWNE M. Panic disorder. *Clin Evid* 2003;9:1084-90.
- BRADWEJN J, AHOKAS A, STEIN DJ, SALINAS E, EMILIEN G, WHITAKER T. Venlafaxine extended-release capsules in panic disorder: flexible-dose, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 2005;187:352-9
- GOULD RA, OTTO MW, POLLACK MH: A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev* 1995;15:819-844
- BRUCE SE, VASILE RG, GOISMAN RM et al: Are benzodiazepines still the medication of choice for patients with panic disorder with or without agoraphobia? *Am J Psychiatry* 2003;160:1432-8
- MITTE K: A meta-analysis of the efficacy of psycho-and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord* 2005;88:27-45
- KAUFMAN J, CHARNEY D: Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2000;12(Suppl 1):69-76
- SAHA S, CHANT D, MCGRATH: Meta-analyses of the incidence and prevalence of schizophrenia: conceptual and methodological issues. *J Int J Methods Psychiatr Res* 2008;17(1):55-61
- EISENER A, PATO MT, MEDEIROS H, CARVALHO C, PATO CN: Genetics of schizophrenia: recent advances. *Psychopharmacol Bull* 2007;40(4):168-177
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington D.C. Am Psychiatry Assoc 2000
- FREUDENREICH O, HOLT DJ, CATHER C, GOFF DC: The evaluation and management of patients with first-episode schizophrenia: a selective, clinical review of diagnosis, treatment, and prognosis. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15(5):189-211
- Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, 2nd Edition; Am Psychiatric Association 2004;p.114
- Schizophrenia: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London Natl Inst Health Clin Excellence 2003;p.252
- SPENCER E et al: Management of first-episode psychosis. *APT* 2001;7:135
- VIETA E: Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice. London Current Med Group 2007;105
- VIETA E et al: Suicidal behaviour in bipolar I and bipolar II disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:407-9
- MCINTYRE R, KONARSKI J et al: Medical Comorbidity in Bipolar Disorder: Implications for Functional Outcomes and Health Service Utilization. *Psychiatric Services* 2006;57(8):1140-4
- LEROY SL, FRYE MA, SUPPES T: Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63:207-213
- VAZ SERRA A et al: Orientações baseadas na evidência para o tratamento farmacológico da perturbação bipolar, Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, Parte I, II e III. *Acta Psiquiatr* 2006 e 2007
- SACHS G. Managing Bipolar Affective Disorder. Science Press: London, UK; 2004
- REDELMEIER DA, TAN SH, BOOTH GL: The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *NEJM* 1998;338:1516-20
- PARIS J: Borderline personality disorder. *Canadian Med As J* 2005;172(12):1579-83
- CHANEN, A. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *MJA* 2007;187(7 suppl):518-521
- SKODOL AE, GUNDERSON JG et al: The borderline diagnosis. I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002;51:936-950.

32. TORGERSEN S, KRINGLEN E, CRAMER V: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:590-6
33. OLDHAM J: Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006;163:20-6
34. GUNDERSON JG, RIDOLFI ME: Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Ann NY Acad Sci* 2001;932:61-73
35. SANSONE RA: Chronic suicidality and borderline personality. *J Personal Disord* 2004;18:215-225
36. SOLOFF PH, LYNCH KG et al: Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry* 2000;157:601-8
37. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(Suppl):1-52
38. STONE MH: Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry* 2006;5:15-20
39. OLDHAM JM: Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. Arlington, Va. Am Psychiatric Association 2005
40. BOTEAGA N: Prática psiquiátrica no Hospital geral: Interconsulta e Emergência. Artmed, Porto Alegre 2002
41. MURRAY CJL, LOPEZ AD: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston, Harvard School of Public Health on behalf of WHO and the World Bank (distributed by Harvard University Press) 1996
42. European Alliance Against Depression (EAAD) - Saúde pública e depressão. 2006. Disponível em: www.eaad.net [Acedido em Agosto de 2008]
43. United States Public Health Service – Mental Health: A Report of the Surgeon General. Washington D.C. U.S. Department of Health and Human Services 1999
44. LUOMA JB, MARTIN CE, PEARSON JL: Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159(6):909-916
45. GUNNELL D, BENNEWITH O, PETERS TJ, HOUSE A, HAWTON K: The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *J Public Health (Oxf)*. 2005;27(1):67-73
46. TROISTER T, LINKS PS, CUTCLIFFE J: Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital. *Curr Psychiatry Rep* 2008;10(1):60-5
47. PUN BT, ELY EW: The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chest* 2007;132(2):624-636
48. OZBOLT LB, PANIAGUA MA, KAISER RM: Atypical antipsychotics for the treatment of delirious elders. *J Am Med Dir Assoc* 2008;9(1):18-28
49. BRITTON A, RUSSELL R, WITHDRAWN: Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD000395
50. OVERSHOTT R, KARIM S, BURNS A: Cholinesterase inhibitors for delirium. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD005317
51. ALEXOPOULOS GS, JESTE DV et al: The expert consensus guideline series. Treatment of dementia and its behavioral disturbances. Introduction: methods, commentary, and summary. *Postgrad Med* 2005;6-22
52. HARWOOD H, FOUNTAIN D, LIVERMORE G: The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States 1992. Rockville, MD: National Institutes on Drug Abuse 1998
53. ROUSSAUX JP, FAORO-KREIT B, DENIS-HERS: O alcoólico em família. 2ª ed. Climepsi editores. Lisboa 2002
54. BALSAL C, FARINHA T, URBANO C, FRANCISCO A: Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa 2001. Lisboa: IDT Coleção Estudos – Universidades 2003
55. WEINTRAUB E, DIXON L et al: Reason for medical hospitalization among adult alcohol and drug abusers. *Am J Addictions* 2001;10:167-177
56. MELLO LM, BARRIAS J, BREDA J: Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Edição. Direção-Geral de Saúde. Lisboa 2002
57. LARANJEIRA R, NICASTRI S et al: Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(2):62-71
58. SOFUOGLU M, KOSTEN T: Emerging pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction. *Expert Opin Emerging Drugs* 2006;11(1):91-8
59. ZULLINO DF, KHAZAAL Y, HATTENSCHWILER J, BORGEAT F, BESSON J: Anticonvulsant drugs in the treatment of substance withdrawal. *Drugs Today* 2004;40 (7):603-619
60. BALTIERI, D, STRAIN, E, DIAS, J et al: Brazilian guideline for the treatment of patients with opioids dependence syndrome. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(4):259-269
61. NASTASY H., RIBEIRO M., MARQUES A: Abuso e dependência de benzodiazepínicos. *Ética Revista* 2004;10-12
62. HOLLISTER LE, CSERNANSKY: Clinical Pharmacology of Psychoterapeutic Drugs. Churchill Livinstone NY 1990
63. KAPLAN H, SADOCK B: Comprehensive Textbook of Psychiatry, vol II, 8th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins 2005;2787-8