



# Psiquiatria Primária

a Saúde Mental nos Cuidados  
de Saúde Primários



V Congresso  
de Psiquiatria  
e Medicina Geral  
e Familiar

X Encontro  
de Psicogeriatria  
e Cuidados de Saúde  
Primários

24 e 25//JAN//2013

Hotel VIP Executive Villa Rica, Lisboa

PROGRAMA CIENTÍFICO

## **INTERVENIENTES**

**DR.ª ANA PISCO** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar da Tornada, Caldas da Rainha || **DR. ANTÓNIO ALBUQUERQUE** Especialista de Psiquiatria; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa || **DR. ANTÓNIO FARIA VAZ** Médico de Família; Presidente da Comissão de Ética da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Lisboa || **PROF. DOUTOR ANTÓNIO VAZ CARNEIRO** Especialista em Medicina Interna, Hospital de Santa Maria, Lisboa || **DR. CARLOS GÓIS** Psiquiatra, Lisboa || **DR. CARLOS LACERDA** Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental; Ex-Director de Serviço do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa || **DR.ª CLARA SÁ DA BANDEIRA** Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta, Lisboa || **DR.ª CRISTINA GALVÃO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos; Mestre em Gerontologia pela Universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa || **DR. DUARTE ROLO** Psicólogo, Doutorando no *CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers)*, Paris || **DR.ª FÁTIMA FERREIRA** Directora do Serviço de Psiquiatria do Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos || **PROF. DOUTOR JOÃO MARQUES TEIXEIRA** Psiquiatra e Psicoterapeuta; Professor Agregado da Universidade do Porto; Director Clínico do Neurobios-Instituto de Neurociências, Porto || **DR. JOÃO SEQUEIRA CARLOS** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Hospital da Luz, Lisboa; Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Lisboa || **DR.ª JOSEFINA MARAU** Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar, USF Cidadela, Centro de Saúde de Cascais, Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar e Mestre em Saúde Mental pela FCML, Clínica CUF de Cascais || **PROF. DOUTOR JÚLIO MACHADO VAZ** Professor Auxiliar a Título Definitivo do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto (Reformado); Director Clínico da Comunidade Terapêutica para recuperação de Toxicod dependentes Adaufe; Vice-Presidente da Fundação da Juventude, Porto; Coordenador Técnico da Comunidade de Inserção Eng.º Paulo Vallada; Médico Psiquiatra || **DR. LUÍS PISCO** Médico de Família, Vice-Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Lisboa || **PROF.ª DOUTORA LUÍSA FIGUEIRA** Directora do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Lisboa; Professora Catedrática de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa || **DR. MANUEL LUCIANO SILVA** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduado de Clínica Geral; Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Horizonte, ACES de Matosinhos || **DR.ª MARIA JOÃO CARNOT** Directora de Serviço, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa || **DR.ª MARIA JOÃO HEITOR** Especialista em Psiquiatria, Serviço de Psiquiatria, Hospital Beatriz Ângelo, Loures || **DR.ª MARIA DA LUZ PEREIRA** Médica de Família, Presidente do Conselho Clínico do ACES Seixal/Sesimbra || **DR.ª MARIA DOS PRAZERES FRANCISCO** Especialista de Medicina Geral e Familiar; Responsável pelo PAIM – Projecto de Apoio Integral ao Médico, Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos || **PROF. DOUTOR MÁRIO SIMÕES** Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa; Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de Santa Maria, Lisboa || **DR. MIGUEL MAURITTI** Director do Jornal Médico de Família || **DR.ª PAULA BROEIRO** Médica de Família, Coordenadora do Internato da Zona Sul || **DR. PEDRO MACEDO** Especialista em Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Director Clínico da Clínica Passeio da Estrela, Lisboa || **DR. PEDRO VARANDAS** Director Clínico Irmãs Hospitalares || **DR.ª REGINA SEQUEIRA CARLOS** Assistente Graduada Sênior da Carreira Especial Médica de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da ECR-LVT da RNCCI-ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Lisboa || **DR. RUI CERNADAS** – Vogal Médico do Conselho Directivo da ARS Norte; Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, Vila Nova de Gaia || **DR.ª TERESA LAGINHA** Chefe de Serviço de Clínica Geral; Terapeuta Familiar, Lisboa.

## **COMISSÃO DE HONRA**

Presidente: **Ministro da Saúde**

**Bastonário da Ordem dos Médicos** || **Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos** || **Presidente do Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos** || **Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar** || **Presidente do Conselho de Administração da ARS de Lisboa e Vale do Tejo.**

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

Presidente: **DR. PEDRO MACEDO** Especialista em Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Director Clínico da Clínica Passeio da Estrela, Lisboa.

**DR.ª CLARA SÁ DA BANDEIRA** Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta, Lisboa || **DR.ª CRISTINA GALVÃO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos; Mestre em Gerontologia pela Universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa || **DR. MANUEL LUCIANO SILVA** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduado de Clínica Geral; Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Horizonte, ACES de Matosinhos || **DR.ª REGINA SEQUEIRA CARLOS** Assistente Graduada Sênior da Carreira Especial Médica de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da ECR-LVT da RNCCI-ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Lisboa || **DR.ª TERESA LAGINHA** Chefe de Serviço de Clínica Geral; Terapeuta Familiar, Lisboa.

## **COMISSÃO CIENTÍFICA**

Presidentes: **PROF.ª DOUTORA MARIA LUÍSA FIGUEIRA** Directora do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Lisboa; Professora Catedrática de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa || **DR. LUÍS PISCO** Médico de Família, Lisboa.

**PROF. DOUTOR ADRIANO VAZ SERRA** Professor Catedrático de Psiquiatria; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra || **PROF. DOUTOR ANTÓNIO LEUSCHNER** Chefe de Serviço de Psiquiatria; Presidente do Conselho de Administração do Hospital Magalhães Lemos, EPE, Porto; Professor no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto || **DR.ª CRISTINA GALVÃO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral; Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos; Mestre em Gerontologia pela Universidade de Salamanca, Espanha || **PROF. DOUTOR DANIEL SAMPAIO** Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa; Coordenador do Núcleo de Estudos do Suicídio do Hospital de Santa Maria, Lisboa || **PROF. DOUTOR JOÃO BARRETO** Chefe de Serviço de Psiquiatria, Hospital de São João, Porto; Professor Associado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto || **DR. JOÃO SEQUEIRA CARLOS** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Hospital da Luz, Lisboa; Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Lisboa || **DR. JORGE BRANDÃO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Presidente da Associação Portuguesa de Grupos Balint || **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada || **PROF. DOUTOR JOSÉ G. SAMPAIO FARIA** Chefe de Serviço de Psiquiatria; Lisboa || **DR. LUÍS CÂMARA PESTANA** Especialista em Psiquiatria; Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE; Presidente da Associação de Psiquiatria Biológica; Membro da Direcção do Colégio da Especialidade de Psiquiatria, Lisboa || **PROF. DOUTOR LUÍS REBELO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Centro de Saúde de Alvalade, USF do Parque; Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa || **DR. LUIZ GAMITO** Especialista em Psiquiatria; Unidade de Neurociências da Clínica de S. João de Deus, Lisboa || **DR. MANUEL CRUZ** Chefe de Serviço de Psiquiatria; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa || **DR. MANUEL LUCIANO SILVA** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduado de Clínica Geral; Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Horizonte, ACES de Matosinhos || **PROF.ª DOUTORA MARIA ISABEL SANTOS** Directora do Departamento Universitário de Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa || **DR. PEDRO MACEDO** Especialista em Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Director Clínico da Clínica Passeio da Estrela, Lisboa || **DR.ª REGINA SEQUEIRA CARLOS** Assistente Graduada Sênior da Carreira Especial Médica de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da ECR-LVT da RNCCI-ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Lisboa || **PROF. DOUTOR RUI MOTA CARDOSO** Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Presidente da Direcção do Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional.

## **COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS**

Presidente: **DR.ª REGINA SEQUEIRA CARLOS** Assistente Graduada Sênior da Carreira Especial Médica de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da ECR-LVT da RNCCI-ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Lisboa.

**DR.ª CLARA SÁ DA BANDEIRA** Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta, Lisboa || **DR. PEDRO MACEDO** Especialista em Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Director Clínico da Clínica Passeio da Estrela, Lisboa || **DR.ª TERESA LAGINHA** Chefe de Serviço de Clínica Geral; Terapeuta Familiar, Lisboa.

# CURSO PRÉ-CONGRESSO

23 de Janeiro 2013

14.00-18.00 h **CURSO**

## CONDUZIR A ENTREVISTA NAS VÁRIAS PATOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Docentes: Dr. Pedro Macedo, Dr<sup>a</sup> Josefina Marau  
e Dr<sup>a</sup> Teresa Laginha

### OBJECTIVOS DO CURSO:

O presente Curso tem por finalidade sensibilizar e iniciar o treino de condução de entrevista nos doentes com Patologia Psiquiátrica nos Cuidados de Saúde Primários. A condução da entrevista em Cuidados de Saúde Primários tem várias características próprias, resultantes de o Médico ou outro profissional de saúde que trabalhe nesta área ter acesso e se ver confrontado com a saúde global do doente e não só com a saúde mental. A relação de proximidade estabelecida pelo Médico de Família é distinta da que se estabelece com um Médico Psiquiatra, e o conhecimento que existe sobre o doente, família, contexto social e vários outros factores condicionantes também o é. O facto de nos confrontarmos com doentes com Patologia Psiquiátrica obriga a estratégias tanto relacionais, como de investigação de dados fundamentais na orientação do diagnóstico e elaboração de um plano terapêutico. Serão abordadas três patologias a Ansiedade, a Depressão e a Perturbação Maníaca. Os quadros serão exemplificados através de *role-playing*.

14.00-14.45h	Introdução e Organização de Grupos de Trabalho
14.45-15.30h	Ansiedade
15.30-16.15h	Depressão
16.15-16.45h	Intervalo
16.45-17.30h	Perturbação Maníaca
17.30-18.00h	Conclusões e Discussão

# PROGRAMA CIENTÍFICO

24 de Janeiro 2013

09.00h Abertura do Secretariado

10.30-10.50h Sessão de Abertura

10.50-11.20h **CONFERÊNCIA INAUGURAL**

## PSIQUIATRIA PRIMÁRIA, UMA OUTRA PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL

Presidente: Dr. Manuel Luciano  
Palestrante: Dr. Pedro Macedo

11.20-11.50h Intervalo

11.50-12.45h **MESA-REDONDA**

## TRABALHO E PSICOPATOLOGIA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Moderadora: Dr<sup>a</sup> Josefina Marau

Clínica do trabalho nos profissionais de saúde

Dr. Duarte Rolo

Cuidar de quem cuida

Dr<sup>a</sup> Maria dos Prazeres Francisco

12.45-13.30h	<b>AndaMente: Demonstração Terapêutica</b> <b>Organizada pela ProfundaMente em</b> <b>doentes de Alzheimer</b>
13.30-14.30h	Intervalo para almoço
14.30-15.00h	<b>CONFERÊNCIA</b> <b>PARADIGMAS DO CORPO E DA MENTE</b> O Corpo como lugar de Experiências Presidente: Prof <sup>a</sup> . Doutora Luísa Figueira Palestrante: Prof. Doutor Mário Simões
15.00-16.30h	<b>DEBATE</b> <b>SAÚDE MENTAL – A QUEM PERTENCE?</b> Moderador: Dr. Miguel Mauritti Intervenientes: Prof. Doutor Marques Teixeira, Dr. Luís Pisco, Dr. Manuel Luciano e assistência
16.30-17:00h	Intervalo
17.00-18.30h	<b>DEBATE</b> <b>SAÚDE MENTAL – COMO ARTICULAR CUIDADOS?</b> Moderadora: Dr. <sup>a</sup> Regina Sequeira Carlos Intervenientes: Dr. <sup>a</sup> Maria João Heitor, Dr. <sup>a</sup> Fátima Ferreira, Dr. <sup>a</sup> Maria da Luz Pereira, Dr. Rui Cernadas e assistência
 <b>25 de Janeiro 2013</b>	
08.30h	Abertura do Secretariado
09.30-11.00h	<b>MESA-REDONDA</b> <b>SAÚDE E ENVELHECIMENTO NOS</b> <b>CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</b> Presidente: Dr. <sup>a</sup> Regina Sequeira Carlos Moderadora: Dr. <sup>a</sup> Clara Sá da Bandeira <b>A Medicina Familiar no envelhecimento</b> Dr. <sup>a</sup> Ana Pisco <b>Cuidados Continuados na “demência”</b> Dr. <sup>a</sup> Cristina Galvão <b>Cuidados de saúde primários</b> <b>e doenças com declínio cognitivo</b> Dr. Pedro Macedo
11.00-11.30h	Intervalo

11.30-12.30h	<b>MESA-REDONDA</b> <b>PSICOFARMACOLOGIA - O OUTRO LADO DA TERAPÊUTICA</b> Presidente: Dr. Carlos Lacerda Moderador: Dr. António Faria Vaz <b>Vantagens e desvantagens das associações</b> Dr. Pedro Varandas <b>Desembaraçar a polimedicação</b> Dr.ª Paula Broeiro
12.30-13.15h	<b>APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS</b>
13.15-14.15h	Intervalo para almoço
14.15-15.15h	<b>APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS</b>
15.15-15.45h	<b>CONFERÊNCIA</b> <b>PARADIGMAS DO CORPO E DA MENTE</b> O envelhecer do paradigma da eterna juventude Presidente: Dr. João Sequeira Carlos Palestane: Prof. Doutor Júlio Machado Vaz
15.45-17.15h	<b>MESA-REDONDA</b> <b>EVIDÊNCIA DA SAÚDE VS MEDICINA DA EVIDÊNCIA</b> Presidente: Dr.ª Teresa Laginha Moderadora: Dr.ª Maria João Carnot <b>Medicina da evidência</b> Prof. Doutor Vaz Carneiro <b>Evidência da Saúde</b> Dr. António Albuquerque <b>Ainda há tristeza?</b> Dr. Carlos Góis
17.15h	<b>ENTREGA DE PRÉMIO MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL</b> <b>ENCERRAMENTO DO CONGRESSO</b>







# RESUMOS DE COMUNICAÇÕES ORAIS





## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 1

### CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO DA APATIA NA COMPREENSÃO DA DOENÇA DE PARKINSON

Patrícia de Matos e Sofia Tavares

Universidade de Évora

#### Resumo

**Introdução e Objetivos:** Investigações recentes (e.g., Bartels & Leenders, 2009; Pedersen et al., 2009; Pluck & Brown, 2002) têm sistematicamente advertido para a necessidade de se aprofundar o estudo das condições neuropsiquiátricas em doenças degenerativas. É no seguimento desta recomendação que, com este estudo, nos propusemos contribuir para aumentar o conhecimento em torno do papel que a apatia desempenha na Doença de Parkinson (DP). A apatia, ainda que seja um conceito relativamente recente, é reconhecida como estando presente numa variedade de perturbações psiquiátricas e condições neurológicas. De acordo com alguns autores (e.g., Dujardin et al., 2009) a apatia constitui-se como um fator de risco para a demência na DP, o que consequentemente contribui para a morbilidade e para a mortalidade nesta doença.

O nosso interesse pela DP acompanhou a tendência da comunidade científica que, nos últimos anos, tem revelado um crescente interesse pelos aspetos não-motores desta doença.

O presente trabalho teve como objetivo primordial contribuir para melhorar a compreensão acerca dos aspetos neuropsiquiátricos da DP, nomeadamente, através do estudo da apatia. Resumidamente, esta investigação teve como objetivos principais:

- (1) Estudar a presença de apatia na amostra estudada;
- (2) Analisar a relação entre a apatia, aspetos demográficos (e.g., idade, sexo) e alguns aspetos clínicos de sujeitos com DP.

**Metodologia:** O estudo foi realizado junto de 100 sujeitos, entrevistados individualmente (69 sujeitos da comunidade e 31 sujeitos com doença de Parkinson), enquanto inscritos num Centro Novas Oportunidades, utentes do Serviço de Neurologia do Hospital do Alto Ave EPE e de um Centro de Dia. Os instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo foram um questionário sociodemográfico e clínico, o Exame de Estado Mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), a Escala de Avaliação de Apatia - Versão do Profissional (Marin, 1991) e a (c) Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (Zigmond & Snaith, 1983).

**Conclusões:** Os resultados encontrados apontam para uma elevada prevalência de apatia e uma significativa comorbilidade entre sintomas de apatia e de depressão na doença de Parkinson, bem como a presença de sintomas de apatia em sujeitos mais idosos. Neste sentido, os dados do nosso estudo reforçam a necessidade de um diagnóstico eficaz da apatia na doença de Parkinson, a compreensão das suas especificidades e da sua associação com a depressão.

**Palavras-Chave:** Palavras-Chave: Apatia, Depressão, Doença de Parkinson

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 2

### USO DA PREGABALINA NO TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA NO ADULTO

Ana Alexandra Ferreira Neto

USF Forte

#### Resumo

**Introdução:** A perturbação de ansiedade generalizada é um problema com que o Médico de Família se depara na sua actividade diária, cabendo-lhe diversas vezes a detecção inicial do quadro clínico e o início do tratamento.

**Objectivo:** Rever a evidência disponível sobre o uso de pregabalina no tratamento da perturbação de

ansiedade generalizada no adulto.

**Metodologia:** Pesquisa de guidelines, revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA) e ensaios clínicos aleatorizados (ECA) nas bases de dados *Medline*, *BMJ-clinical evidence*, *Cochrane library*, *guidelines Finder*, publicados nos últimos 10 anos, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando os termos *Mesh: Pregabalin AND generalized anxiety in adult*. Foram seleccionados os artigos de acordo com o interesse para o objectivo proposto. A atribuição do nível de evidência (NE) e da força de recomendação realizou-se a partir da escala *SORT* da *American Family Physician*.

**Resultados:** Dos 42 artigos obtidos, foram seleccionados 9 estudos (1 *guideline*, 1 RS, 1 MA e 6 ECA). De acordo com os mesmos, a pregabalina é eficaz no tratamento da perturbação de ansiedade generalizada (NE 1). A dose ideal varia de 200 a 450mg/dia. É bem tolerada a curto prazo.

A pregabalina na dose de 300mg/dia parece ser equivalente ao alprazolam ou à venlafaxina.

**Discussão:** A pregabalina constitui uma alternativa ao tratamento da perturbação de ansiedade generalizada (*SORT A*), podendo ser utilizada pelo Médico de Família. É eficaz no tratamento a curto prazo. No entanto, são necessários mais estudos, com o intuito de avaliar o uso da pregabalina a longo prazo e determinar a posologia mais indicada.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 3

### VINCULAÇÃO MATERNA, ANSIEDADE E IMAGEM CORPORAL DURANTE O ÚLTIMO TRIMESTRE DA GRAVIDEZ

Ana Sofia Cavaleiro<sup>1</sup>

Ivone Patrão<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ISPA - Instituto Universitário

<sup>2</sup> ACES Odivelas/Loures

#### Resumo

A importância de uma gravidez saudável e de uma boa saúde materna é fundamental para que se possa prever a saúde do feto e, posteriormente, a saúde, organização e maturação da identidade do bebé. A gravidez pode ser encarada como uma fase de crescimento mas pode, também, ser vista como uma representação negativa que leva a mulher a comportamentos de desorganização, de risco e a reacções patológicas, influenciando o equilíbrio emocional, fundamentais para uma boa capacidade de cuidar e contribuir para um adequado desenvolvimento da criança. Sendo, assim, fundamental que a auto-imagem da mulher seja adequada se não tenderá a julgar-se incapaz de cuidar do filho e sentir-se-á com total insegurança, desvalorizada e ansiosa, o que vai prejudicar a vinculação e o recém-nascido poderá arcar com problemas psicossomáticos acrescidos, passando este a ser visto como angustiante e impossível de cuidar. Deste modo a ansiedade materna que ocorre durante a gravidez acarreta implicações para o feto não só durante o período fetal e neonatal, mas também enquanto criança e adulto, a nível morfológico e fisiológico do cérebro, do comportamento e emocional.

Esta investigação tem como objectivo geral analisar a associação entre a ansiedade, a imagem corporal e a vinculação materna durante o último trimestre da gravidez. Com uma amostra de 100 grávidas, acompanhadas nos cuidados de saúde primários, foram utilizados instrumentos como questionário Sócio-demográfico, a versão materna da Escala de Vinculação Pré-Natal (AEAS) de John Condon (1993 - versão portuguesa por Gomez e Leal 2007), a Escala de Ansiedade para Grávidas (ASP) de Doyle-Waters (1994) e a Escala de Medida em Imagem Corporal (EMIC) de Souto (1999). As participantes



desta investigação mostraram níveis elevados de ansiedade, principalmente em relação à saúde do bebê, trabalho de parto e atractividade, e níveis de vinculação materna e imagem corporal satisfatórios e apenas 28 frequentam o curso de preparação para o nascimento e parentalidade.

Os resultados indicaram, também, uma relação significativa bastante negativa entre a ansiedade e a imagem corporal ( $p = -0.554$ ). Foram, ainda, encontradas relações significativas entre características sociodemográficas e os factores psicológicos como a ansiedade e o curso de preparação para o parto ( $p = 0.018$ ), a vinculação materna e a actual gravidez ( $p = 0.007$ ) e entre a imagem corporal e o índice de massa corporal ( $p = 0.032$ ), entre outros.

Os resultados obtidos podem contribuir para uma melhor compreensão de alguns factores psicológicos importantes que influenciam a gravidez, para a criação de alvos e estratégias de intervenção clínica para actuar mais eficazmente ao nível dos cuidados de saúde primários.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 4 COMUNICAÇÃO NÃO APRESENTADA

### COMUNICAÇÃO ORAL Nº 5 CEFALEIA COMO SINTOMA PSIQUIÁTRICO

Inês Santos de Matos Ferraz

Clinica de Psiquiatria e Saúde Mental – Centro Hospitalar de São João

#### Resumo

**Introdução:** As cefaleias estão entre os principais motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar.

Na 2ª edição da Classificação Internacional de Cefaleias surge um novo capítulo (“cefaleia atribuída a perturbação psiquiátrica”), onde foram incluídos os casos nos quais uma cefaleia ocorre no contexto de uma perturbação psiquiátrica que é reconhecida por se manifestar sintomaticamente por cefaleia (perturbação de somatização e perturbação psicótica).

A experiência clínica sugere que as cefaleias podem fazer parte do quadro clínico de outras perturbações psiquiátricas tais como, a perturbação depressiva major, perturbação distímica, perturbação de ansiedade e perturbação de adaptação.

**Objetivo:** Este trabalho pretende abordar a comorbidade psiquiátrica associada às cefaleias, suas implicações, limitações diagnósticas e oportunidades terapêuticas.

**Material e Métodos:** Revisão de literatura sobre a cefaleia no contexto clínico de algumas perturbações psiquiátricas.

**Resultados:** A maioria das cefaleias que ocorrem em associação com perturbações psiquiátricas não estão causalmente relacionadas com a patologia psiquiátrica, são antes condições comórbidas.

**Discussão e Conclusão:** A revisão de literatura aponta para que possam existir outras entidades psiquiátricas, como as perturbações depressivas e ansiosas, em relação com a cefaleia do tipo tensão ou com a enxaqueca. A natureza exata desta associação ainda está por esclarecer, pelo que do conhecimento sobre a interação de variáveis psicossociais e fisiológicas durante o stress pode assentar a fisiopatologia de doenças como a cefaleia.

### COMUNICAÇÃO ORAL Nº 6 DA PESSOA AO SINTOMA: VISÃO BIOPSISSOCIAL NUMA CONCEPÇÃO SISTÊMICA

Lucília Guimarães Oliveira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

#### Resumo

**Introdução:** A pluralidade dos actuais sistemas familiares e a transformação das dinâmicas sociais têm introduzido maior complexidade nas interações biopsicossociais com o patológico, levantando questões conceptuais, interpretativas e de intervenção.

**Objetivos:** Elaborar uma revisão temática sobre o sintoma e o adoecer psíquico a partir da pessoa perspectivada como um todo biopsicossocial e numa concepção sistémica.

**Material e métodos:** Revisão bibliográfica da literatura actual sobre o tema.

**Resultados:** Apuraram-se elementos vários no eclodir do sintoma, da doença e da patoplastia da mesma, realçando-se o campo familiar, a estrutura da personalidade, a patologia orgânica comórbida, o percurso vital, os eventos de vida associados e o processo de envelhecimento.

**Discussão/Conclusões:** Da apreensão global da pessoa parte-se para o sentido particular da compreensibilidade do adoecer psíquico e do seu sintoma. É numa concepção sistémica de intervenção multidisciplinar em equipa, abrangente do englobante familiar e da dinâmica biopsicossocial da pessoa, que mais capazes estaremos de responder às necessidades individuais e situacionais de cada doente.

### COMUNICAÇÃO ORAL Nº 7 TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS: ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS DO FORO PSIQUIÁTRICO.

Cruz, C.; Marques, A.; Pereira, A.; Figueiredo, M.; Correia, V.

Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS), Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

#### Resumo

**Introdução:** A Terapia de Reminiscências tem apresentado resultados notáveis enquanto estratégia terapêutica no tratamento de doenças do foro psiquiátrico, nomeadamente na depressão.

**Objetivo:** Pretendemos como objetivo principal deste projeto implementar a Terapia de Reminiscências, como modalidade de intervenção psicoterapêutica, direcionada para os doentes com patologia mental internados nos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental.

**Material/Métodos:** O projeto, com base na pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto de trabalho, promove uma prática, baseada na evidência contribuindo, para o aumento da qualidade dos cuidados. Para a implementação desta Terapia de Reminiscências, reunimos componentes propostos por vários autores, e projetámo-los num único modelo. Procedemos à reflexão crítica sobre: estímulos, modos, contextos, moderadores, funções, objetivos e resultados desta psicoterapia. Listam-se aquelas que consideramos ser as principais limitações da Terapia de Reminiscências: ausência de modelos estruturados de intervenção e delineamento experimental deficitário. Para colmatar as lacunas referentes a estratégias intencionais de aplicação e avaliação da terapia, construímos um protocolo que orientará a sua aplicação num serviço hospitalar baseado em Serrano (2005), adaptado por Gonçalves (2006), direcionado ao idoso com sintomatologia depressiva, através da estimulação da memória autobiográfica.

O projeto construído apresenta as etapas: Diagnóstico de situação; Definição dos objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação; Divulgação dos resultados.

**Conclusões:** A implementação deste projeto visa a satisfação das necessidades identificadas, resolvendo ou minimizando problemas de saúde, otimizando a eficácia dos serviços prestados, com consequentes ganhos em saúde, através de estratégias como: a promoção da adaptação a transições de vida, da autoestima e da auto percepção de saúde, do bem-estar e da satisfação de vida, estimulação cognitiva de doentes com demência e diminuição da sintomatologia depressiva.

**Palavras-chave:** Terapia de reminiscências; Memória autobiográfica; Projeto de intervenção.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 8

### ADESÃO TERAPÊUTICA NUMA MULHER COM DEPRESSÃO MAJOR: PERSPETIVA DA DOENTE.

Cruz, C.; Marques, A.; Pereira, A.; Figueiredo, M.; Correia, V.

Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS), Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

#### Resumo

**Introdução:** A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, como um problema primordial de saúde pública; principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes.

A mulher sofre mais de depressão do que o homem numa proporção de 2:1, tendendo para a cronicidade, cerca de 20% dos casos, por ineficácia do tratamento ou fraca adesão à terapêutica, sendo a adoção de estratégias, crucial para minimizar este problema.

**Objectivo:** Decidimos: Identificar fatores que influenciam o comportamento de adesão ao regime terapêutico, conhecer a influência das estratégias usadas pelos profissionais de saúde no comportamento de adesão ao regime terapêutico, conhecer a influência das estratégias utilizadas pela doente para aderir ao regime terapêutico.

**Material/Métodos:** Realizamos um estudo qualitativo, fenomenológico e descritivo: estudo de caso, recorrendo a um questionário para caracterização sócio demográfica, aos guilhões de História Clínica psiquiátrica e Exame do Estado Mental, e entrevista semiestruturada, aplicados à participante do estudo.

**Resultados:** Identificamos fatores influenciadores do comportamento de adesão ao regime terapêutico: fatores económicos, sociais e culturais; fatores relacionados com os serviços e com os profissionais de saúde; fatores relacionados com o tratamento. As estratégias usadas pela doente: os memorandos, e pelo profissional de saúde: estratégias comportamentais e educacionais.

**Conclusões:** A doente apresenta um comportamento de não adesão ao regime terapêutico instituído. Os fatores económicos, sociais e culturais, relacionados com os serviços de saúde e com os tratamentos, são preditores de não adesão. Os fatores relacionados com os profissionais de saúde são preditores de comportamento de adesão mas não perpetuadores desse mesmo comportamento. As estratégias usadas pela doente para aderir ao regime terapêutico são preditores de adesão mas, à semelhança dos fatores relacionados com os profissionais de saúde, não são perpetuadoras desse comportamento. As estratégias usadas pelos profissionais de saúde, são preditoras de adesão ao regime terapêutico mas, também não são perpetuadoras desse mesmo comportamento.

**Palavras-Chave:** Depressão maior; Adesão terapêutica; Fatores influenciadores; Estratégias.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 9

### PERCEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL ACERCA DO CUIDAR O DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Cruz, C.; Marques, A.; Pereira, A.; Figueiredo, M.; Correia, V.

Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS), Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

#### Resumo

**Introdução:** A família sente dificuldades no cuidar o doente mental no domicílio. O conhecimento desta realidade é fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados prestados podendo assim contribuir, para uma melhoria da saúde do doente e família.

**Objetivos:** Conhecer a opinião do cuidador informal quanto ao preconceito da esquizofrenia, no que se relaciona ao seu familiar; Saber se o cuidador informal já vivenciou sentimentos de preconceito

da sociedade em geral, por ter um familiar com esquizofrenia; Verificar se o doente mental é agressivo para o cuidador informal; Saber se o cuidador informal compreende a sintomatologia apresentada pelo doente mental; Perceber se cuidar o doente mental provoca sobrecarga física, financeira e emocional ao cuidador informal.

**Material/Métodos:** Estudo de caso, qualitativo, de natureza fenomenológica. A colheita de dados ao prestador de cuidados informal, através de uma entrevista semi-estruturada, contendo questões relativas ao cuidar o doente com esquizofrenia, especificamente a percepção acerca da sintomatologia, a sobrecarga familiar e o preconceito.

**Discussão de resultados:** Verificamos que o cuidador informal, procura estar informado acerca da doença, demonstrando conhecer a sintomatologia apresentada pelo doente, referindo já ter sido agredido verbal e fisicamente pelo doente. Identificou a incurabilidade e a perigosidade como únicos aspectos relativos ao preconceito da esquizofrenia e reconhece o prejuízo nas relações sociais e de lazer, a interacção familiar com o doente e a preocupação com o futuro, como factores de sobrecarga familiar.

**Considerações finais:** Cuidar do doente com esquizofrenia causa sobrecarga física e emocional ao cuidador informal, estando também associado um elevado risco e mesmo situações de agressividade verbal e física por parte do doente.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia; Cuidador informal; Sobrecarga familiar; Preconceito.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 10

### BURNOUT NOS ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE DESABITUAÇÃO

Cruz, C.; Marques, A.; Pereira, A.; Figueiredo, M.; Correia, V.

Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS), Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

#### Resumo

**Introdução:** As profissões que implicam a prestação de cuidados a pessoas em situação de fragilidade física e emocional, exigem um investimento emocional elevado por parte dos profissionais. Este facto faz com que o burnout avaliado nas profissões que implicam o estabelecimento da Relação de Ajuda, sendo um importante indicador da Saúde Mental dos profissionais. Na enfermagem esta síndrome pode surgir como consequência da relação enfermeiro/utente. Neste sentido, foi nosso objetivo avaliar os níveis de burnout dos enfermeiros e sua relação com as características sociodemográficas, profissionais e individuais.

**Metodologia:** O instrumento utilizado para avaliar o burnout foi *Copenhagen Burnout Inventory*, composto por três subescalas que avaliam o burnout pessoal, o burnout relacionado com o trabalho e o burnout relacionado com o cliente, validado para a população portuguesa por Fonte (2011). A amostra compreende oito enfermeiros com uma média de idade de 33 anos.

**Resultados:** Os resultados sugerem que os enfermeiros da apresentam níveis elevados de burnout, sendo que ao nível do burnout relacionado com o cliente que estes valores são mais manifestos. Relativamente à relação do burnout com as variáveis sociodemográficas, profissionais e individuais não houve se verificou evidência estatisticamente significativa.

**Conclusões:** Estes resultados têm implicações ao nível da compreensão do fenómeno burnout pois sugerem que é ao nível da relação enfermeiro/utente que se verificam níveis mais elevados de burnout. Estes resultados salientam a necessidade de se estabelecer relações de confiança e parceria com os utentes e aumentar o *insight* sobre os próprios problemas\ dificuldades dos enfermeiros e a capacidade de encontrar novas vias de resolução de forma a promover

a saúde mental destes profissionais.

**Palavras-chave:** Burnout; Enfermeiros; Saúde Mental.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 11

### FALSA EXCLUSIVIDADE

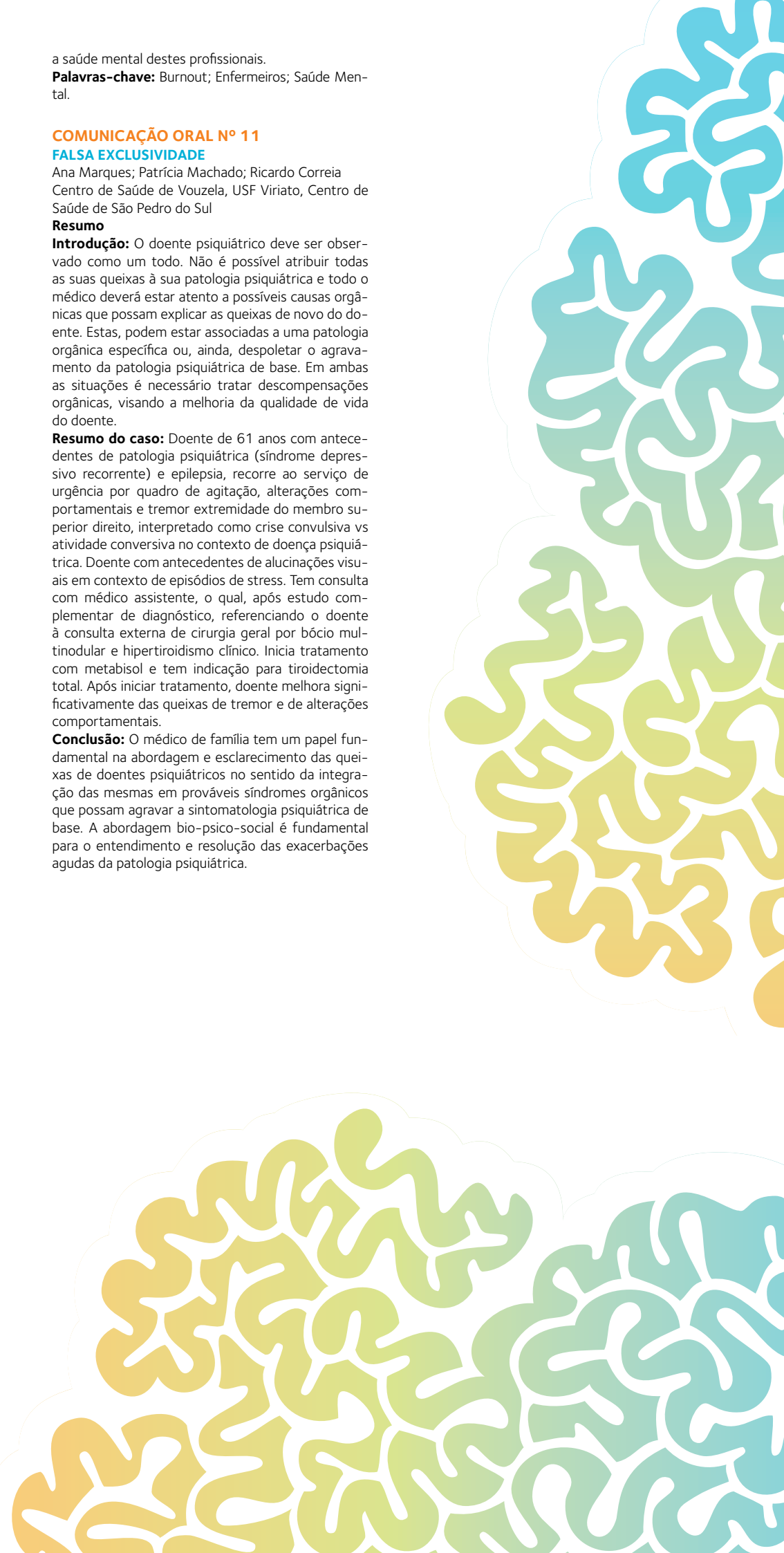
Ana Marques; Patrícia Machado; Ricardo Correia  
Centro de Saúde de Vouzela, USF Viriato, Centro de Saúde de São Pedro do Sul

#### Resumo

**Introdução:** O doente psiquiátrico deve ser observado como um todo. Não é possível atribuir todas as suas queixas à sua patologia psiquiátrica e todo o médico deverá estar atento a possíveis causas orgânicas que possam explicar as queixas de novo do doente. Estas, podem estar associadas a uma patologia orgânica específica ou, ainda, despoletar o agravamento da patologia psiquiátrica de base. Em ambas as situações é necessário tratar desconcompensações orgânicas, visando a melhoria da qualidade de vida do doente.

**Resumo do caso:** Doente de 61 anos com antecedentes de patologia psiquiátrica (síndrome depressiva recorrente) e epilepsia, recorre ao serviço de urgência por quadro de agitação, alterações comportamentais e tremor extremidade do membro superior direito, interpretado como crise convulsiva vs atividade conversiva no contexto de doença psiquiátrica. Doente com antecedentes de alucinações visuais em contexto de episódios de stress. Tem consulta com médico assistente, o qual, após estudo complementar de diagnóstico, referenciando o doente à consulta externa de cirurgia geral por bócio multinodular e hipertireoidismo clínico. Inicia tratamento com metabisol e tem indicação para tiroidectomia total. Após iniciar tratamento, doente melhora significativamente das queixas de tremor e de alterações comportamentais.

**Conclusão:** O médico de família tem um papel fundamental na abordagem e esclarecimento das queixas de doentes psiquiátricos no sentido da integração das mesmas em prováveis síndromes orgânicas que possam agravar a sintomatologia psiquiátrica de base. A abordagem bio-psico-social é fundamental para o entendimento e resolução das exacerbações agudas da patologia psiquiátrica.



# Psiquiatria Primária

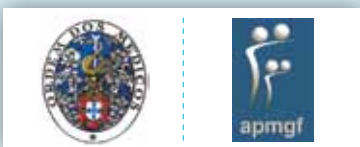
## a Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários



V Congresso  
de Psiquiatria  
e Medicina Geral  
e Familiar

X Encontro  
de Psicogeriatria  
e Cuidados de Saúde  
Primários

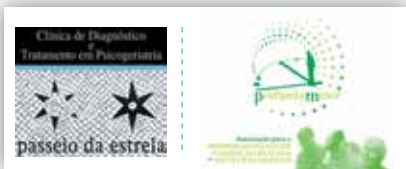
### PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS



### SPONSORS



### APOIO



### SECRETARIADO

**admedic<sup>+</sup>** Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa  
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19  
E: ana.pais@admedic.pt | W: www.admedic.pt

### AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO

**admedic<sup>+</sup>  
Tours** Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa  
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59  
E: paula.cordeiro@admedictours.pt | W: www.admedictours.pt | RNAVT 2526