



Casos difíceis



IV Congresso
de Psiquiatria
e Medicina Geral
e Familiar

IX Encontro
de Psicogeriatria
e Cuidados de Saúde
Primários

19 e 20//JAN//2012

SANA LISBOA HOTEL

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMISSÃO DE HONRA

Presidente:

Ministro da Saúde

Membros:

Bastonário da Ordem dos Médicos

Presidente do Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos

Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Presidente da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

Presidente do Conselho de Administração da ARS de Lisboa e Vale do Tejo

COMISSÃO ORGANIZADORA

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

CLARA SÁ DA BANDEIRA Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta, Lisboa || **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 || **LUÍS ROCHA** Enfermeiro Especialista em Saúde Mental; Enfermeiro Chefe do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa || **MANUEL LUCIANO SILVA** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral; Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Horizonte, ACES de Matosinhos || **REGINA SEQUEIRA CARLOS** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Chefe de Serviço de Clínica Geral; ARS de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa || **TERESA LAGINHA** Chefe de Serviço de Clínica Geral; Terapeuta Familiar, Lisboa.

COMISSÃO CIENTÍFICA

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

ADRIANO VAZ SERRA Professor Catedrático de Psiquiatria; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra || **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 || **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 || **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 || **JOÃO BARRETO** Chefe de Serviço de Psiquiatria, Hospital de São João, Porto; Professor Associado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto || **JOÃO SEQUEIRA CARLOS** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Hospital da Luz, Lisboa; Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral || **JORGE BRANDÃO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Presidente da Associação Portuguesa de Grupos Balint || **JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada || **JOSÉ G. SAMPAIO FARIA** Chefe de Serviço de Psiquiatria; Lisboa || **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 || **LUÍS REBELO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Centro de Saúde de Alvalade, USF do Parque; Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa || **LUIZ GAMITO** Especialista em Psiquiatria; Unidade de Neurociências da Clínica de S. João de Deus, Lisboa || **MANUEL CRUZ** Chefe de Serviço de Psiquiatria; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa || **MANUEL LUCIANO SILVA** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral; Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Horizonte, ACES de Matosinhos || **MARIA ISABEL SANTOS** Directora do Departamento Universitário de Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa || **PEDRO MACEDO** Especialista em Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Director Clínico da Clínica Passeio da Estrela, Lisboa || **REGINA SEQUEIRA CARLOS** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Chefe de Serviço de Clínica Geral; ARS de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa || **RICARDO FRANÇA JARDIM** Presidente Conselho de Administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa || **RUI MOTA CARDOSO** Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Presidente da Direcção do Instituto de Prevenção do Stresse e Saúde Ocupacional

INTERVENIENTES

ALEXANDRA FERNANDES Especialista em Medicina Geral e Familiar; Directora do Internato Médico da Zona Sul; Coordenadora da USF FF-MAIS, Fernão Ferro, ACES Seixal-Sesimbra || **AMÉLIA FELICIANO** Assistente Hospitalar de Pneumologia; Hospital Pulido Valente; CHLN || **CLARA SÁ DA BANDEIRA** Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta, Lisboa || **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 || **DULCE BOUÇA** Psiquiatra e Psicoterapeuta; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; até Dezembro de 2010 responsável da Unidade de Comportamento Alimentar do Hospital de Santa Maria, Lisboa || **FERNANDO MEDEIROS PAIVA** Psiquiatra; Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, Porto || **FILIPA RAMALHO SILVA** Interna de Psiquiatria; Hospital Magalhães Lemos, Porto || **JOÃO MARQUES TEIXEIRA** Psiquiatra e Psicoterapeuta; Professor Agregado da Universidade do Porto; Director Clínico do Neurobios-Instituto de Neurociências || **JOÃO SEQUEIRA CARLOS** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Hospital da Luz, Lisboa; Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral || **JORGE BOUÇA** Psiquiatra, Psicanalista, Director do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia || **JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada || **JOSÉ NUNES** Chefe de Serviço de Clínica Geral; Assistente Convidado de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa || **JOSEFINA MARAU** Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar; Unidade de Saúde Familiar Cidadela, Centro de Saúde de Cascais || **LUÍS ROCHA** Enfermeiro Especialista em Saúde Mental; Enfermeiro Chefe do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa || **LUÍS SARDINHA** Chefe de Serviço de Psiquiatria, Hospital de S. Francisco Xavier, Lisboa || **MANUEL LUCIANO SILVA** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral; Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Horizonte, ACES de Matosinhos || **MARIA LUÍSA FIGUEIRA** Directora do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Lisboa; Professora Catedrática de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa || **PEDRO MACEDO** Especialista em Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Director Clínico da Clínica Passeio da Estrela, Lisboa || **REGINA SEQUEIRA CARLOS** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Chefe de Serviço de Clínica Geral; ARS de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa || **RITA ABRIL** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Unidade de Cuidados Continuados, Hospital da Luz, Lisboa || **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 || **TERESA LAGINHA** Chefe de Serviço de Clínica Geral; Terapeuta Familiar, Lisboa || **TERESA VENTURA** Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar; Centro de Saúde Santo Condestável, Lisboa; Assistente Convidada da Fac. de Ciências Médicas de Lisboa.

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS E POSTERS

Presidente: **REGINA SEQUEIRA CARLOS** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Chefe de Serviço de Clínica Geral; ARS de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa

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

CURSO PRÉ-CONGRESSO

18 de Janeiro de 2012

14.00-18.00h **CURSO**

ACTUALIZAÇÃO TERAPÊUTICA NAS PATOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS FREQUENTES EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Dra. Regina Sequeira Carlos

Dra. Teresa Laginha

Dr. Pedro Macedo

Destinatários do Curso: O Curso destina-se a Médicos, Enfermeiros e Psicólogos dos Cuidados de Saúde Primários. A compreensão biológica será perspectivada com referência ao psicológico. É abordada a relação médico-doente e enquadrada com o conceito de acompanhamento terapêutico, não deixando de ser enfatizado o farmacológico.

Objectivos do Curso: O Curso procura, a partir do levantamento das actuais áreas fundamentais de intervenção em Psiquiatria e Saúde Mental pela Medicina Geral e Familiar, dar uma perspectiva actual das maiores necessidades e critérios de abordagem pela Medicina Geral e Familiar, bem como actualização terapêutica.

PROGRAMA CIENTÍFICO

19 de Janeiro de 2012

08.30 h Abertura do Secretariado

09.30-09.45 h **SESSÃO DE ABERTURA**

09.45-10.30 h **CONFERÊNCIA INAUGURAL**

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO NA EFICÁCIA TERAPÊUTICA

Presidente: Dr. Pedro Macedo

Palestrante: Prof^a. Doutora Maria Luísa Figueira

10.30-11.00 h Coffee-break

11.00-12.30 h **MESA-REDONDA**

DEPRESSÃO RESISTENTE

Moderadores: Dr. Manuel Luciano Silva e Dra. Regina Sequeira Carlos

Depressão vs. Doença Bipolar

Caso Clínico

Dra. Alexandra Fernandes

Dr. Jorge Bouça

Reconhecer factores de risco de suicídio

na depressão

Dra. Filipa Ramalho Silva

Factores de resistência ao tratamento
Dr. Fernando Medeiros Paiva
Perguntas & Respostas

12.30-13.15 h **SIMPÓSIO SATÉLITE**

UM OLHAR SOBRE A PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR

Palestrante: Dra. Gisela Borges



13.15-14.30 h Almoço de Trabalho

14.30-15.00h **CONFERÊNCIA**

PARADIGMAS DO CORPO E DA MENTE

Dor Crónica

Presidente: Dra. Regina Sequeira Carlos

Palestrante: Dr. José Canas da Silva

15.00-16.30 h **MESA-REDONDA**

ABORDAGEM EM PATOLOGIAS DIFÍCEIS

Moderadora: Dra. Teresa Laginha

Depressão e Ansiedade nas Perturbações
da Personalidade

Dr. José Nunes

Primeiros Sinais de Alterações
do Comportamento Alimentar

Dra. Dulce Bouça

Fronteiras de Diagnóstico nas Psicoses

Prof. Doutor João Marques Teixeira

Como lidar com Personalidades Dífíceis

Enf.º Luís Rocha

Perguntas & Respostas

16.30-17.00 h Coffee-break

17.00-19.10 h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**

19.10 h Fim das Sessões do 1º dia

20 de Janeiro de 2012

08.30 h Abertura do Secretariado

09.30-11.00 h **MESA-REDONDA**

PSICOPATOLOGIA NAS DEMÊNCIAS

Moderadora: Dra. Clara Sá da Bandeira

Psicopatologia e Sintomas nas Doenças
com Deterioração Cognitiva

Dr. Pedro Macedo

Demência Frontal, Depressão Vascular e Depressão
Dra. Cristina Galvão

Cuidados Paliativos nas Demências

Dra. Rita Abril

Perguntas & Respostas

11.00-11.30 h Coffee-break

11.30-12.15 h **CONFERÊNCIA**

PARADIGMAS DO CORPO E DA MENTE

O Corpo como Local Psíquico

Presidente: Dr. João Sequeira Carlos

Palestrante: Dr. Pedro Macedo

12.15-13.00 h **SIMPÓSIO SATÉLITE**

13.00-14.30 h Almoço de Trabalho

14.30-16.00 h **MESA-REDONDA**

PATOLOGIA DO SONO

Moderadora: Dra. Teresa Ventura

Insónias na Patologia Psiquiátrica

Dr. Luís Sardinha

Apneia do Sono

Dra. Amélia Feliciano

As Perturbações do Sono em Medicina
Geral e Familiar

Casos Clínicos e Comentários

Dra. Josefina Marau

Terapêutica das Disfunções do Sono

Dra. Amélia Feliciano e Dr. Luís Sardinha

Perguntas & Respostas

16.00-17.15 h **DEBATE DE ENCERRAMENTO**

SONHO OU PESADELO: O ENVELHECIMENTO NO SÉCULO XXI

Projeção do filme "Alasca"
de Miguel Seabra Lopes

Intervenientes: Dra. Cristina Galvão,

Prof. Doutor Rui Mota Cardoso e Dr. Pedro Macedo

17.15-17.30 h **ENTREGA DE PRÉMIOS**

E ENCERRAMENTO DO CONGRESSO

POSTER Nº 1

A SAÚDE MENTAL DOS NOSSOS IDOSOS

Helena Fragoeiro e Isabel Fragoeiro
Centro de Saúde de Câmara de Lobos - Universidade da Madeira

Introdução: Nos idosos as perturbações da saúde mental (SM) são frequentemente desvalorizadas. Importa, pois, determinar o seu tipo e prevalência, a forma como são toleradas, que relação têm com outras patologias e as suas repercussões na qualidade de vida.

Objectivos: Caracterizar a população idosa do ponto de vista da SM, determinar a prevalência da ansiedade e depressão e a influência de diversos factores na SM.

Material e métodos: Tratou-se de um estudo de natureza psicossocial, transversal, probabilístico. A SM foi avaliada segundo o modelo de Ware 65 anos, residente na comunidade.

Resultados: Da análise dos dados, verificou-se que os idosos possuíam maioritariamente SM mais positiva. Constatou-se uma prevalência de 3,2% para o distress psicológico e de 0,3% para os idosos que se apresentavam mais deprimidos. Dos inquiridos, 8,8% apresentavam um nível médio de depressão e 27,5% perturbação da ansiedade. A probabilidade da SM ser mais positiva era 30% menor nas mulheres e naqueles que auferiam de apoios sociais. Era 40% inferior quando possuíam uma rede social muito limitada. As limitações na capacidade física para a satisfação de necessidades diárias e a percepção de saúde mais negativa emergiram como factores significativos para a pior SM.

Conclusão: Saliencia-se como necessário o rastreio dos idosos que apresentam défices cognitivos, os quais deverão beneficiar de apoios e respostas adequadas, com o objectivo de minimizar as complicações que se repercutem no bem-estar e SM.

POSTER Nº 2

ABORDAGEM DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Helena Fragoeiro
Centro de Saúde de Câmara de Lobos

Introdução: A depressão pós-parto é uma patologia relativamente comum mas que frequentemente passa despercebida, sobretudo devido à sobreposição dos sintomas depressivos com aquilo que é culturalmente aceite como expectável e natural na mulher após o parto.

Objectivo: Rever e sistematizar os aspectos relativos à epidemiologia, etiopatofisiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e terapêutica da depressão pós-parto, no sentido de nortear uma abordagem adequada ao nível dos cuidados de saúde primários.

Material e Métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos em inglês e português publicados nos últimos 3 anos nas bases de dados *Pubmed*, *Cochrane* e *Uptodate*, utilizando os termos *Mesh: Post partum depression*.

Resultados: A depressão pós-parto afecta aproximadamente 10% das mulheres, constituindo-se como um factor de risco importante para o desenvolvimento futuro de episódios de depressão maior. Apresenta repercussões negativas ao nível da criação de vínculos afectivos entre a mãe e a criança, no normal desenvolvimento da última e na relação do casal. Idealmente, o seu despiste deverá fazer parte das consultas de rotina no período pós-parto, podendo para tal recorrer-se a instrumentos já validados ou simplesmente pelo questionar da mulher relativamente ao seu estado de humor e eventuais medos que possa ter. A terapêutica farmacológica deverá ser instituída precocemente e, seleccionada consoante o facto da mulher estar ou não a amamentar, podendo ser complementada por acompanhamento psicológico.

Discussão/Conclusão: O despiste da depressão pós-parto deverá ser feito rotineiramente pelo médico de família, devendo as consultas de saúde infantil e de revisão do puerpério constituir momentos chave para tal.

POSTER Nº 3

DE PESCADOR A AGRICULTOR: UM CASO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO

Helena Fragoeiro e Fábio Camacho
Centro de Saúde de Câmara de Lobos

Enquadramento: Embora inicialmente descrito em militares, o stress pós-traumático (STP) é ainda uma entidade a ter em conta nos dias de hoje e para o qual o médico de família deve estar alerta, sobretudo em indivíduos sujeitos a eventos traumáticos.

Descrição do caso: JMVA, sexo masculino, 33 anos, casado e pescador. Em 2010, a embarcação onde trabalhava sofreu um naufrágio, tendo o mestre da embarcação falecido. Apesar de fisicamente não ter sofrido sequelas, após regressar a casa, a esposa começou a notar alterações no seu comportamento (dificuldades em dormir, evitamento de conversas sobre o naufrágio, ansiedade e agressividade), tendo procurado ajuda junto do médico de família. Embora na primeira consulta o doente tenha demonstrado resistência em abordar o naufrágio, acabou por referir que sofria de insónias, que se sentia ansioso e com dificuldades em concentrar-se pois tinha pesadelos e recordações constantes sobre o que tinha acontecido. Optou-se, por iniciar terapêutica antidepressiva (escitaprolam 10mg), associada a uma benzodiazepina. Recomendou-se acompanhamento na consulta de psicologia, o qual recusou. Entretanto, o doente continua a ser acompanhado na consulta e mantém a medicação, pois embora se sinta menos ansioso e tenha menor dificuldade em dormir, continua a ter dificuldades em abordar o que aconteceu, tendo inclusivamente mudado de profissão, dedicando-se agora à agricultura.

Discussão: O SPT embora raro, está associado a elevados níveis de disfunção social, familiar e pessoal, sendo o seu diagnóstico particularmente difícil devido à heterogeneidade de manifestações clínicas e à resistência por parte dos doentes em abordar o evento traumático.

POSTER Nº 4

OS SOMATIZADORES, HIPOCONDRIACOS NA CONSULTA...

Guida da Ponte, Teresa Neves, Margarida Lobo, Susana Fernandes, Vanessa Vila Nova, Ofélia da Ponte
Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

Introdução: Tradicionalmente os termos "somatização" e "hipocondria" têm sido usados de forma sinónima para designar a presença ou a preocupação com um sintoma sugestivo de doença física, para o qual não é encontrado uma etiologia física clara. Muitos destes pacientes não chegam aos cuidados do psiquiatra pela sua própria recusa ou pela falta de identificação por parte do técnico.

Objectivos: Alertar para a importância da identificação e tratamento das perturbações somatoformes.

Material e Métodos: Pesquisa de literatura relevante.

Resultados: As Perturbações Somatoformes representam uma região obscura no conhecimento médico, sendo bastante frustrantes, tanto para o paciente como para o médico. Representam até metade dos atendimentos em cuidados de saúde primários e secundários, e são causa importante de incapacidade. O diagnóstico traz consigo a problemática inerente a qualquer diagnóstico de exclusão: a frustração do médico e do paciente, e o elevado consumo de ser-

RESUMOS DE COMUNICAÇÕES LIVRES

viços de saúde. O alertar do médico para a procura do factor emocional despoletante da sintomatologia somatoforme permite um diagnóstico positivo, com a instituição de um tratamento, que passa pela explicação dos sintomas ao paciente, um acompanhamento regular, e se necessário, a referência à consulta de psiquiatria.

Discussão/conclusões: Os somatizadores são responsáveis por excessivos gastos no sistema de saúde. A adopção de um modelo médico bio-psico-social facilita a sua correcta identificação com a instituição do tratamento apropriado, melhorando a qualidade de vida do paciente e diminuindo os custos.

POSTER Nº 5

DEPRESSÃO NO IDOSO: COMO ABORDAR?

Joana Lopes¹, Jessica Costa², Cátia Almeida², Catarina Santos³

¹USF Egas Moniz (ACES Feira-Arouca)

²USF Famílias (ACES Feira-Arouca)

³UCSP Argoncilhe (ACES Feira-Arouca)

Introdução: A Depressão no Idoso é uma patologia que cursa com características inespecíficas, pelo que é frequentemente subdiagnosticada e subtratada. Segundo alguns autores a sua prevalência varia entre 1-10% nos idosos vivendo na comunidade e 10-30% entre os institucionalizados. Sendo uma das principais causas de sofrimento social e diminuição da qualidade de vida, é nas idades avançadas que atinge os mais elevados índices de morbidade e mortalidade.

Objectivo: Rever e sistematizar os principais aspectos inerentes a etiologia, factores de risco, clínica, diagnóstico e tratamento da depressão no idoso, no sentido de nortear uma abordagem adequada em cuidados de saúde primários (CSP).

Metodologia: Pesquisa de artigos de revisão, meta-análises e *guidelines* na *Medline/Pubmed* e sites *MBE (National Guideline Clearinghouse, Cochrane, Dare, Bandolier)*, publicados nos últimos 10 anos em língua portuguesa e inglesa, com as palavras-chave: *depression; elderly; management*. Pesquisa bibliográfica recomendada nas áreas de Geriatria e Psiquiatria.

Resultados: Para a depressão no idoso podem contribuir factores sócio-demográficos, factores biológicos, acontecimentos vitais e antecedentes familiares e psiquiátricos de risco. A presença de cuidados médicos, condutas de confrontação e apoio social adequados, podem actuar como factores protectores ao desenvolvimento desta patologia. Clinicamente, apresenta-se frequentemente de forma atípica, caracterizando-se mais pela anedonia e maior número de sintomas somáticos e de comorbidades decorrentes de doença orgânica. Existem vários instrumentos para avaliação de depressão no idoso, dos quais se destacam a Escala de Depressão Geriátrica de Yassavage. No tratamento, os IRS e ISRSN continuam a ser os antidepressivos de eleição nestes doentes, embora nos casos refractários, quadros psicóticos ou risco de suicídio, se possa associar um estabilizador de humor.

Discussão/Conclusão: Nos idosos, o diagnóstico de depressão é dificultado por problemas físicos coexistentes e frequentemente os sintomas são encarados como manifestações normais do envelhecimento. Mas a maioria pode ser efectivamente tratada, com redução da incapacidade e melhoria da qualidade de vida. A intervenção dos CSP é fundamental, porque o médico de família encontra-se numa posição privilegiada para detectar factores de risco, fazer um diagnóstico e uma abordagem terapêutica precoces e referenciar sempre que necessário, segundo uma articulação adequada de cuidados.

POSTER Nº 6

HIPERICÃO, QUAL O SEU IMPACTO NA DEPRESSÃO?!

Ana Póvoas, Ana Quelhas

USF Alpendorada, USF Nova Era

Introdução: A depressão é um problema de saúde pública, com especial destaque nos países desenvolvidos. Em Portugal, afecta cerca de 20% da população acarretando custos sociais e pessoais muito elevados. É uma patologia que exige um tratamento prolongado e, por vezes recorrente. O extracto de Hipericão tem vindo a ser usado para fins medicinais desde a antiguidade. São-lhe conhecidas propriedades anti-inflamatórias e antibacterianas, mas o seu principal uso sempre foi devido às suas propriedades antidepressivas, na medida em que inibe a recaptção da serotonina.

Objectivos: Rever a evidência disponível sobre a eficácia do Hipericão no tratamento da Depressão.

Metodologia: Pesquisa de sistemas, meta-análises, revisões sistemáticas, normas de orientação clínica, ensaios clínicos aleatorizados e controlados e estudos observacionais, publicados entre Janeiro de 2000 e Novembro de 2011, em inglês e português. Foram utilizados os termos *MeSH: depression, depressive disorder, St John's Wort e hypericum*, nas bases de dados *National Guideline Clearinghouse, NHS Evidence, Cochrane, DARE, Medline e Uptodate*. Para avaliação dos níveis de evidência e atribuição de forças de recomendação foi utilizada a escala de *Strenght of recommendation Taxonomy (SORT) da American Family Physician*.

Resultados: Foram encontrados 243 artigos, dos quais 18 cumpriam os critérios de inclusão: 8 revisões sistemáticas, 9 ensaios clínicos aleatorizados e controlados e 1 estudo observacional. Da análise dos artigos seleccionados conclui-se que o tratamento com hipericão na depressão apresenta resultados superiores ao placebo e semelhantes aos antidepressivos standard.

Discussão: A evidência disponível demonstrou uma melhoria significativa da sintomatologia depressiva dos doentes medicados com extracto de hipericão comparativamente com o placebo, e resultados semelhantes aos antidepressivos standard. No entanto, as conclusões dos estudos não são consistentes, na medida em que avaliaram dosagens e tempos de tratamento diferentes e usaram metodologia muito heterogénea (SORT B). Mesmo tratando-se de um fármaco com resultados positivos e diminutos efeitos laterais, a sua utilização clínica não é recomendada pelo Infarmed.

POSTER Nº 7

RASTREIO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO UTILIZANDO A ESCALA PDSS, EM UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Magalhães, Ana Dantas, Maria João Oliveira, *Olena Lourenço, Paulo Baptista Coelho.

*USF Rodrigues Miguéis, USF Tílias, UCSP Sete Rios

Introdução: A depressão pós-parto tem elevada prevalência e impacto negativo em toda a família, no entanto é subdiagnosticada.

Tem-se procurado um método de rastreio eficaz, que alerte o clínico para o facto de a mulher estar a vivenciar sintomas depressivos, os quais podem indicar tratar-se de um caso de perturbação depressiva. A escala *PDSS (Postpartum Depression Screen Scale)* foi recentemente validada em Portugal.

Objectivos: Determinar a prevalência de rastreios positivos para a depressão pós-parto utilizando a versão curta da escala *PDSS*. Caracterizar as mulheres com rastreio positivo.

Material e métodos: Estudo descritivo e transversal, através da aplicação de um questionário a uma amostra de conveniência, constituída por mulheres no período entre os 2 e os 4 meses pós-parto, utilizadoras de Unidades de Saúde do ACES-I (Lisboa Norte).

Resultados: Obtiveram-se cinquenta e cinco questionários válidos, de mulheres com idade média de 32 anos. 56% (n=31) tiveram rastreio positivo para sintomas depressivos. Todas as mulheres com antecedentes de depressão tiveram rastreio positivo (n=9), assim como todas as mulheres que referiram

ter tido uma depressão durante esta gravidez (n=4). Das 5 mulheres que referiram ter sido uma gravidez não desejada, 4 tiveram rastreio positivo para sintomas depressivos.

Discussão: Dada a elevada sensibilidade e especificidade do teste de rastreio utilizado (> 83%) e a prevalência de depressão pós-parto obtida noutros estudos, os resultados deste estudo são surpreendentes. Estes resultados salientam a importância da abordagem da sintomatologia depressiva em todas as mulheres no período pós-parto, de forma a diagnosticar precocemente e tratar as mulheres com depressão.

POSTER Nº 8

UMA DOR NO CORAÇÃO OU NA ALMA?

Carla Cardoso, Rui Queiroz Valério

UCSP Póvoa de Santa Iria - ACES Lisboa XII

Enquadramento: Os doentes deprimidos apresentam frequentemente queixas somáticas, que mascaram o quadro depressivo subjacente e que dificultam o diagnóstico. As queixas somáticas mais frequentes são: algias crónicas, sintomas gastrointestinais, astenia, palpitações, precordialgia ou dispneia. Nestas situações, o diagnóstico de depressão só é possível se o médico de família (MF) tiver um olhar atento.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 48 anos de idade, pertencente a uma família reconstruída, de classe média alta. Em Setembro de 2011, dirige-se ao serviço de urgência por precordialgia. Posteriormente marca consulta com o MF por recorrência das queixas. Pediram-se exames cardíacos e análises. Vem a nova consulta para mostrar os exames, que não revelaram alterações, e refere novas queixas de dificuldade de memorização e concentração. Quando questionado sobre o humor, desencadeia-se o pranto, ao mesmo tempo que refere a Dra. tocou-me num ponto fraco. Estão presentes 7 critérios de depressão major, com um ano de evolução. Inicia-se um antidepressivo e ansiolítico e agenda-se nova consulta passado um mês. Na consulta seguinte, apresenta humor melhorado, negando episódios de precordialgia desde o início da terapêutica. Mantém seguimento mensal.

Discussão: A evolução da doença, a história familiar e pessoal de distúrbios afectivos, a personalidade pré-mórbida e a resposta ao tratamento antidepressivo são elementos essenciais e ao alcance do MF para identificar um quadro depressivo, mascarado pela sintomatologia somatoforme. A continuidade de cuidados prestados pelo MF veio a revelar-se uma mais-valia neste caso, pois contribuiu para a identificação da verdadeira causa da precordialgia.

POSTER Nº 9

DR. ANDO MUITO ESQUECIDO(A)!...TEREI ALZHEIMER?

Carla Cardoso, Rui Queiroz Valério

UCSP Póvoa de Santa Iria - ACES Lisboa XII

Introdução: As queixas de alterações de memória são frequentes na prática clínica do médico de família (MF). Em Portugal, existem cerca de 92 470 casos de demência, 50-60% referentes à Doença de Alzheimer. Em 10% dos casos existe uma causa reversível, pelo que o MF deve estar apto a identificá-la e a corrigi-la.

Objectivos: Esquematizar os passos recomendados perante a suspeita de um défice cognitivo.

Metodologia: Pesquisa de artigos publicados na *Pubmed*, revistas médicas de clínica geral e *guidelines* de Neurologia e Psiquiatria. Foram seleccionados 8 artigos, de Jan 99 a Maio 2005, em inglês, espanhol e português. Utilizaram-se os termos *MESH: dementia, diagnosis, primary health care*.

Resultados: Apresenta-se um algoritmo de actuação clínica que pretende auxiliar o MF na abordagem do défice cognitivo. A anamnese e o exame físico, neurológico e do estado mental (*Mini-Mental State Examination*) permitem confirmar o défice cognitivo

e identificar eventuais patologias que sejam a causa ou contribuam para o quadro demencial. É importante avaliar o estado funcional (Questionário sobre Actividades Funcionais) frequentemente afectado na demência. Deve fazer-se o diagnóstico diferencial das causas reversíveis e tratáveis, nomeadamente depressão, perturbações metabólicas e infecções. Subsistindo a suspeita de demência, é necessário referenciar o doente para determinar a natureza da desordem demencial.

Discussão: O algoritmo elaborado pretende melhorar a actuação clínica do MF perante um défice cognitivo. A melhoria esperada refere-se à identificação precoce das causas tratáveis com resolução das queixas. Por outro lado, a referência precoce da demência, permite intervir na fase inicial, retardando a sua progressão.

POSTER Nº 10

BURNOUT: PREVALÊNCIA NOS PROFISSIONAIS DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO BAIXO VOUGA II

Tânia Silva, Yolanda Oliveira, Maria João Marques, Pedro Damião

Unidade de Saúde Pública, Centro de Saúde

Introdução: A reestruturação dos cuidados de saúde primários, nestes últimos anos, criou novas exigências aos profissionais que integram os seus serviços, criando um stress adaptativo, podendo este comprometer o seu bem-estar, produtividade e desempenho. Neste contexto, torna-se pertinente avaliar a qualidade da relação indivíduo-trabalho.

Objectivo: Determinar a prevalência da Síndrome de Burnout nos profissionais do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga II (ACeS BVII), nos três estratos profissionais mais numerosos: administrativo, enfermagem e médico.

Material e métodos: O estudo realizado foi do tipo observacional, transversal e analítico, com aplicação de um questionário de auto-preenchimento, que incluía os 16 itens do *Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS)*, aos profissionais do ACeS BVII, entre Maio e Agosto de 2011.

Resultados: A adesão foi de 84,1%, contudo dos 290 questionários apenas 244 estavam completamente preenchidos. Aplicando os critérios estabelecidos para o uso do *MBI-GS (1996)* estimou-se uma prevalência intervalar (I.C. 95%) de [0,1%;3,2%] nos profissionais do ACeS BVII.

Discussão/Conclusões: Em comparação com outros trabalhos, a prevalência encontrada foi inferior. Tal pode resultar da aplicação de critérios mais latos de outras versões do questionário *MBI* e eventualmente de uma boa relação dos profissionais do ACeS BVII com o seu ambiente de trabalho.

POSTER Nº 11

DEMÊNCIA E DEPRESSÃO - QUE RELAÇÃO?

Joana Marques da Torre

Centro de Saúde de Marvila - Lisboa

Introdução e Objectivos: Na prática clínica encontramos frequentemente casos de doentes com algum tipo de demência e com patologias do foro depressivo concomitantemente. O objetivo desta investigação foi detetar se o diagnóstico de depressão em doentes com demência é efetuado de forma eficaz na nossa prática, tanto ao nível dos Cuidados de Saúde Primários como Secundários.

Metodologia: Foi avaliada uma amostra de doentes com demência e depressão identificadas como doenças ativas. Estas amostras foram confrontadas de forma a determinar se a percentagem de doentes com depressão nos doentes com demência era correspondente à da literatura atualizada e à da depressão na totalidade dos doentes da amostra.

Resultados: A percentagem de doentes diagnosticados com síndrome depressiva dentro da amostra de doentes com demência foi significativamente menor do que a mesma percentagem nos doentes sem

diagnóstico de demência. Estes dados foram colhidos com base nos dados oficiais constantes da ficha clínica do doente e diferem bastante da realidade observada na prática e da literatura. A maioria dos doentes com demência tem sinais objetivos de depressão.

Discussão e Conclusão: A depressão é frequentemente sub-diagnosticada em doentes com demência. As interfaces entre depressão e demência são frequentes e clinicamente significativas. Pode concluir-se da pesquisa bibliográfica que síndrome depressiva pode relacionar-se com demência enquanto comorbilidade, pródromo ou fator de risco. Refinar medidas de avaliação da cognição no contexto da depressão é necessário, assim como da avaliação da depressão na demência. Identificar biomarcadores para depressão e demência pode ser o futuro.

POSTER Nº 12 DEPRESSÃO SAZONAL - UM DESAFIO NA CLÍNICA

Raquel Calvão de Melo¹, Rui Lopes², Henrique Fontes¹, José Carlos Alves¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;

²Hospital de S. João, Porto

Resumo: A Depressão Sazonal é um sub-tipo de Depressão, descrita na DSM-IV-R, como uma entidade nosológica distinta relativamente à sua definição e características clínicas. A manifestação clínica é variável mas mais frequentemente coincidente com sintomatologia de Depressão Atípica, ocorrendo tipicamente na Primavera e no Outono/Inverno, com remissão total dos sintomas nos meses de Verão. Na sua etiologia poderá estar uma alteração do metabolismo da melatonina e do ritmo circadiano, associados a uma menor actividade do neurotransmissor serotonina. A sua incidência é maior nos países de maiores latitudes, o padrão de manifestação mais frequente no Outono e no sexo feminino, sendo a idade média de diagnóstico aos 23 anos. A importância do seu reconhecimento nos Cuidados de Saúde Primários e Saúde Pública relaciona-se com o facto de 10-40% dos doentes nos cuidados primários sofrerem de sintomatologia depressiva e destes alguns apresentarem um padrão típico da Depressão Sazonal. A Depressão Sazonal é pois uma entidade que o Médico de Família e Psiquiatra deverão reconhecer num esforço em conjunto, com vista a um abordagem multidisciplinar e de cooperação. Os autores apresentam um caso clínico de depressão sazonal num doente de 32 anos, que manifesta períodos de sintomatologia depressiva major desde há 2 anos, coincidentes com a estação de Outono, com remissão total nos meses de Verão, e ao qual se segue uma breve revisão bibliográfica do assunto, nomeadamente estratégias de tratamento.

POSTER Nº 13 QUALIDADE DE VIDA ACIMA DOS 65 ANOS EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: A IMPORTÂNCIA DO SEXO DOS DOENTES

Eduardo Sepúlveda¹, Rui Poínhos^{1,2}, Miguel Constante³, Paula Freitas^{4,5}, Duarte Pignatelli^{4,5}, Davide Carvalho^{4,5}

¹APAD Associação de Prevenção e Apoio à Diabetes (Porto);

²Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto;

³Institute of Psychiatry, King's College London;

⁴Serviço de Endocrinologia, Hospital de S. João;

⁵Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A percepção da qualidade de vida (PQV) em pessoas com Diabetes Mellitus (DM) pode estar diminuída em algumas dimensões. Este constructo assume particular importância quando considerados concomitantemente factores que a possam afectar. A psicogeriatría é uma área emergente, sabendo-se que a idade influencia a PQV, importando conhecer os factores efectivamente relevantes quando se abordam doentes idosos, nomeadamente verificando se pessoas diabéticas com idade superior apresen-

tam diferenças nalgumas dimensões da PQV face aos restantes doentes.

Objectivo: Comparar a PQV em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) entre doentes com idade superior a 65 anos ou até 65 anos.

Metodologia: Avaliaram-se 95 DM2 (55,2% homens) através das oito dimensões do *Short-Form 36* (SF-36) função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. Compararam-se doentes entre 44 e 65 anos (n=59) e entre 66 e 80 anos (n=36). Registaram-se as complicações crónicas de cada doente.

Resultados: Os dois grupos de doentes não diferiam quanto ao número de complicações. Não se verificaram diferenças na PQV entre os dois grupos nos homens; as mulheres mais velhas apresentavam pior PQV em termos de função física mas melhor em termos de saúde geral.

Discussão/Conclusões: A valoração da PQV em DM2 com mais de 65 anos implica a consideração do sexo dos doentes. Poderá ser útil estudar a relação do controlo metabólico com a percepção de saúde geral em função da faixa etária e sexo dos doentes.

POSTER Nº 14 COMPLICAÇÕES AGUDAS: RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA GERAL E ESPECÍFICA PARA A DIABETES MELLITUS

Sara Oliveira¹, Eduardo Sepúlveda¹, Rui Poínhos^{1,2}, Gonçalo Fernandes¹, Miguel Constante³, José Luís Pais-Ribeiro^{1,4}, Paula Freitas^{5,6}, Duarte Pignatelli^{5,6}, Davide Carvalho^{5,6}

¹APAD Associação de Prevenção e Apoio à Diabetes (Porto);

²Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto;

³Institute of Psychiatry, King's College London;

⁴Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto;

⁵Serviço de Endocrinologia, Hospital de S. João;

⁶Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Objectivo: Avaliar a relação entre a presença de complicações agudas da Diabetes Mellitus (DM; sem complicações agudas frequentes vs. com hiperglicemias mas sem hipoglicemias frequentes vs. com ambas as complicações agudas frequentes) e a percepção da qualidade de vida (PQV) geral e específica em diabéticos.

Metodologia: Entrevistaram-se 95 diabéticos (52,6% homens; média de idades de 54,7 anos, DP=15,9; 26,3% DM1, 41,1% DM2 com insulino-terapia e 32,6% DM2 sem insulino-terapia) através do *Short-Form 36* (SF-36: função física [FF], desempenho físico [DF], dor corporal [DC], saúde geral [SG], vitalidade [VT], função social [FS], desempenho emocional [DE] e saúde mental [SM]), e do *Diabetes Health Profile* (DHP: tensão psicológica [TP], barreiras à actividade [BA] e alimentação desinibida [AD]) em função das complicações agudas.

Resultados: Os DM apenas com hiperglicemias frequentes apresentam uma FF significativamente inferior em relação aos restantes grupos. Os DM apenas com hiperglicemias frequentes apresentavam DF, DC, SG e FS significativamente inferiores e tendência para pior VT em relação aos que não tinham nenhuma das complicações agudas. Nenhuma dimensão do DHP mostrou relação significativa com as complicações agudas da DM.

Discussão/Conclusões: Os diabéticos com hiperglicemias frequentes apresentam uma PQV significativamente inferior em relação aos restantes grupos. A interpretação da pior PQV nos diabéticos apenas com hiperglicemias frequentes poderá ser estudada através de metodologia qualitativa que valorize as representações dos dois tipos de complicações agudas da DM. A idade dos doentes poderá mediar algumas relações entre as diferentes dimensões de PQV e as complicações agudas.

COMUNICAÇÃO ORAL Nº 1 PSICOPATOLOGIA PURA OU SECUNDÁRIA A ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: A PROBLEMÁTICA NA CONSULTA...

Guida da Ponte, Ofélia da Ponte, Teresa Neves, Margarida Lobo
Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a 3ª causa de morte nos países desenvolvidos. As perturbações psiquiátricas associadas são variadas e colocam problemática no diagnóstico diferencial entre quadros primários e secundários. A patologia mais frequentemente encontrada é a depressiva, mas também surgem déficits cognitivos, quadros de ansiedade, apatia, labilidade emocional, mania, psicose, alterações da personalidade e disfunções sexuais.

Objectivos: Alertar para a comorbilidade psiquiátrica no AVC em contexto de consulta.

Material e Métodos: Pesquisa de literatura relevante e pequenas notas clínicas.

Resultados: Os quadros psiquiátricos pós-AVC são similares às patologias primárias. O diagnóstico de depressão pós-AVC leva em conta factores, também de prognóstico, como: tempo decorrido pós-AVC, sexo e localização da lesão. Nos déficits cognitivos é fundamental fazer o diagnóstico diferencial entre pseudodemência e demência, sendo importante a colheita da história com ênfase no curso clínico, na conduta e exploração das perturbações cognitivas do doente. A apatia é um dos factores de pior prognóstico na evolução do AVC, especialmente se associada a depressão. A labilidade emocional é um quadro que geralmente se associa a lesões frontais. Ao contrário da ansiedade, psicose, mania e alterações da personalidade, que são manifestações pouco frequentes, mais de dois terços dos doentes sofrem de disfunção sexual pós-AVC.

Discussão/conclusões: Os doentes que sofreram de AVC têm maior predisposição para apresentar perturbações emocionais e da conduta. É urgente identificar e tratar a patologia psiquiátrica pelo seu importante impacto sobre a qualidade de vida do doente (nomeadamente a sua recuperação física e emocional), e dos cuidadores.

COMUNICAÇÃO ORAL Nº 2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E ANTROPOMÉTRICA DO ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS DEPRIMIDOS

Alice Roberto, Isabel R. Costa, Catarina Cupertino
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A depressão é uma perturbação comum e debilitante, que ocorre frequentemente na população idosa. Os sintomas depressivos influenciam o estado nutricional e problemas a este nível podem, por sua vez, agravar a síndrome depressiva e contribuir para o surgimento ou agravamento de co-morbilidades.

Objectivo Principal: caracterizar o estado nutricional de idosos com depressão, seguidos em consulta de psicogeriatría.

Material e métodos: Estudo descritivo e transversal. Aplicou-se um questionário constituído por três secções: Dados sócio-demográficos e co-morbilidades; Escala de Depressão Geriátrica (30 itens); *Mini Nutritional Assesment*. Os dados foram analisados no SPSS v.19 para Windows.

Resultados: 35 doentes foram avaliados; 58% encontra-se sob risco de desnutrição e 6% está desnutrido. A gravidade do estado nutricional esteve directamente relacionada com a gravidade do quadro depressivo (p = 0,006). 57,6% tem excesso de peso e 30,3% estão obesos. Relativamente às

co-morbilidades, 45% dos doentes tem hipertensão e dislipidemia e 30% tem diabetes mellitus.

Discussão e Conclusões: Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre a gravidade da depressão e o défice nutricional. A depressão pode contribuir para as alterações nutricionais mas alguns estudos apontam-nas como um factor etiológico da síndrome depressiva. Nos idosos deprimidos devem ser pesquisados factores de risco cardiovascular e nos doentes com estes factores devem ser pesquisados sinais de depressão, dada a relação bidireccional existente entre estas patologias. As questões nutricionais no tratamento destas patologias têm um especial impacto e podem fazer a diferença na qualidade de vida e nos custos de saúde.

COMUNICAÇÃO ORAL Nº 3 IMPORTÂNCIA DA CONSIDERAÇÃO DO SEXO, COMORBILIDADES E VARIÁVEIS CLÍNICAS NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA PARA A DIABETES MELLITUS

Eduardo Sepúlveda¹, Rui Poínhos^{1,2}, Miguel Constante³, José Luís Pais-Ribeiro^{1,4}, Paula Freitas^{5,6}, Duarte Pignatelli^{5,6}, Davide Carvalho^{5,6}

¹APAD Associação de Prevenção e Apoio à Diabetes (Porto);

²Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto;

³Institute of Psychiatry, King's College London;

⁴Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto;

⁵Serviço de Endocrinologia, Hospital de S. João;

⁶Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: Diversas características influenciam a percepção da qualidade de vida (PQV) na Diabetes Mellitus (DM).

Objectivo: Relacionar PQV com sexo, classe IMC, duração da doença, tipo DM e terapêutica, complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doenças cardiovasculares [DCV], doença arterial periférica [DAP] e hipertensão arterial [HTA]).

Metodologia: Relacionaram-se as dimensões do *Diabetes Health Profile* (DHP; valores em bruto e ajustados para a idade) tensão psicológica (TP), barreiras à actividade (BA) e alimentação desinibida (AD) com as variáveis clínicas em 97 diabéticos (74,2% DM2; 55,7% homens; média 54,7 anos).

Resultados: As mulheres apresentam pior TP e BA. Verifica-se associação entre maior IMC e pior TP (não ajustado para idade). Maior duração da doença está associada a pior TP e BA. Os DM2 com insulino-terapia apresentaram pior TP do que os DM1, e pior BA do que os DM2 sem insulino-terapia. Os DM2 com insulino-terapia apresentaram pior AD do que os DM1 em tratamento intensivo (apenas considerando valores não ajustados). DCV relaciona-se com pior TP (apenas valores não ajustados). Retinopatia ou neuropatia relacionam-se com pior TP e BA e retinopatia com melhor AD. Há interacções entre pares de complicações. O número de complicações associa-se significativamente com pior TP e BA.

Discussão/Conclusões: As variáveis clínicas e sexo apresentam relações com a PQV. Apesar da ausência de associação com as dimensões do DHP, a idade pode mediar algumas relações. As complicações microvasculares parecem ter maior relação com a qualidade de vida específica para a DM do que as macrovasculares.

COMUNICAÇÃO ORAL Nº 4 TERAPIA FAMILIAR EM CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria Paula Fernandes

Introdução: As alterações da dinâmica familiar, enquanto sistema, com o aparecimento de novas formas de família, mudanças no ciclo de vida familiar levam ao aumento de situações de crise familiar o que tornou pertinente a criação de um espaço próprio para intervenção familiar assim, no âmbito da formação da Unidade de Saúde Familiar onde exerce funções, foi iniciada uma consulta de terapia familiar.

Objectivo: O objectivo deste trabalho é o de transmitir a experiência dessa consulta no período desde 25 de Janeiro de 2011 até 31 de Dezembro de 2011.

Análise de Dados e Conclusões: Os dados e conclusões serão avaliados a partir das 32 famílias seguidas no período acima e incluem tempo médio de espera de marcação consulta; referenciadores, forma de contacto das famílias e tempo do processo, nos casos em que aquele já foi concluído.

Foram usadas na intervenção várias técnicas como facilitadoras na mudança sistémica, tais como, o conto sistémico, cadeira vazia, "como se" - objectos flutuantes (Caillé, Rey, 2003). A comunicação incidirá sobre vários exemplos de intervenção em famílias evidenciando as técnicas anteriormente referidas, tendo em conta a orgânica do serviço.

A consulta de Terapia Familiar trouxe um decréscimo à procura de Consultas de Saúde do Adulto, conforme feedback dos colegas, das famílias e da colega Interna de Medicina Geral e Familiar que testemunha o processo de uma das famílias.

COMUNICAÇÃO ORAL Nº 8 PSICOSE NO IDOSO

Henrique Fontes, Raquel Melo, José Carlos Alves Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Objectivo: Sistematizar linhas de orientação diagnóstica e terapêutica, contextualizadas à prática clínica nos cuidados de saúde primários.

Métodos: Revisão e sistematização de literatura actual.

Resumo: Esta exposição aborda a psicose no idoso de uma forma geral, tentando enquadrar o tema à prática clínica e dirigi-lo às necessidades dos cuidados de saúde primários.

A relevância desta exposição prende-se sobretudo com uma grande correlação entre patologia orgânica e estado mental, que assume neste grupo etário uma elevada prevalência: em que a patologia orgânica apresenta frequente repercussão psicopatológica e da mesma forma, co-morbilidades psiquiátricas poderão ter influência na evolução da patologia orgânica.

Assim, tenta-se aqui estabelecer uma matriz orientadora da abordagem diagnóstica de psicoses funcionais de novo e epifenómenos frequentes de natureza cognoscitiva, bem como rever eventuais implicações farmacológicas contextualizadas ao grupo etário em questão.

COMUNICAÇÃO ORAL Nº 6 ENTRE REALIDADE E NECESSIDADE

Iwona Tomczak, José Estrada

CS Alvalade - USF do Parque; Hospital de São Francisco Xavier - Departamento de Psiquiatria

Introdução: Portugal é um dos países europeus onde a Geriatria ainda não é reconhecida como especialidade. O rápido envelhecimento da população cria grandes desafios para a prestação de cuidados primários. O aumento da longevidade das populações constitui, assim, um desafio para a formação e educação em Gerontologia, integrando as diferentes esferas de actuação numa perspectiva multidisciplinar.

Objectivos: Pretende-se realizar revisão teórica sobre formação em geriatria em Portugal. Será apresentada breve vinheta clínica de doente com Perturbação Esquizofrénica para ilustrar a importância da colaboração multidisciplinar entre os Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Secundários.

Metodologia: O documento é baseado na revisão

sobre Geriatria em Portugal e a análise de dados demográficos de Portugal (Índice de Envelhecimento; Índice de Dependência de Idosos; Censos de População; Estimativas e Projecções de População Residente; Pirâmides Etárias da População Residente Total). Será apresentada breve vinheta clínica de doente internada em Psiquiatria no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Resultados: De acordo com INE (2007) o número dos idosos tem aumentado e caracteriza-se pelo envelhecimento da própria população idosa, isto é, as pessoas mais idosas (80 anos ou mais) constituem o segmento da população em crescimento mais rápido. Por um lado o aumento da esperança média de vida acarreta mais tempo de vida activa e, por outro, mais tempo de dependência. Em Portugal não existem competências específicas em Geriatria. A articulação entre a medicina familiar e outras especialidades pode ser feita nos diversos modos: programas informáticos, reuniões e congressos multidisciplinares.

Discussão: É importante a formação dos Médicos de Família em competências particulares de assistência aos mais velhos, assim como idade, sexo e práticas culturalmente sensíveis, que abordam conhecimentos, atitudes e habilidades. Desta forma, podemos ajudar as pessoas idosas a viver esta fase da sua vida melhor e por mais tempo e ainda preparar os jovens profissionais para lidar eficazmente com todos os problemas dos idosos. Uma perspectiva multidisciplinar contribui para uma melhor prestação de cuidados e menor risco de erros cometidos.

Palavras-chave: geriatria, comunicação multidisciplinar, prestação de cuidados.

COMUNICAÇÃO ORAL Nº 7 O RASTREIO DA SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM DOENTES DIABÉTICOS MELLITUS TIPO 2, NUMA LISTA DE UTENTES DE MÉDICO DE FAMÍLIA

Celestina Ventura¹, Ana Furão¹, Sara Letras², Tamara Prokopenko², Tânia Barcelos³, Jorge Rodrigues³, Margarida Guedes⁴

¹USCP de Sines, ACES do Alentejo Litoral

²USP de Santiago do Cacém, ACES do Alentejo Litoral

³USCP de Santiago do Cacém, ACES do Alentejo Litoral

⁴Linde gás

Introdução: A diabetes é considerada a epidemia do século XXI. A diabetes está associada vulgarmente à doença cardiovascular, uma das principais causas de mortalidade no mundo. Tem sido observado recentemente um aumento da taxa de mortalidade cardiovascular em doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). Existe evidência entre a SAOS e as doenças cardiovasculares, e a sua patogénese não está completamente esclarecida, envolve uma multiplicidade de factores, desde a hiperactividade do sistema nervoso simpático, a activação das vias inflamatórias, a disfunção endotelial, alterações da coagulação, a disfunção metabólica e por fim a resistência à insulina e a alteração do metabolismo lipídico.

Objectivos: Avaliar a prevalência de SAOS, em doentes com diabetes mellitus tipo 2, numa lista de utentes de Médico de Família.

Metodologia: Estudo prospectivo dos doentes com diabetes mellitus tipo 2 e seguidos na lista de utentes de Médico de Família, durante 2 meses. Os 148 utentes identificados com diabetes mellitus tipo 2 foram avaliados com o Questionário de Berlim e a Escala de Sonolência de Epworth. Os doentes considerados positivos efectuaram o estudo poligráfico do sono em ambulatório com o sistema Apneia Link.

Resultados: Dos 148 utentes estudados, 56 apresentaram valores no Questionário de Berlim e escala de Epworth positivos para SAOS, tendo sido posteriormente avaliados pelo Apneia Link. Os resultados mostraram 13 negativos, 18 com apneia do sono de grau ligeiro, 11 com apneia do sono de grau moderado e 9 com apneia do sono de grau acentuado.

Discussão/Conclusão: Estudo efectuado durante 2 meses no Centro de Saúde, com os recursos disponíveis, pessoal e instalações e com apoio de um técnico de Cardiopneumologia. Foram identificados nos doentes portadores de diabetes mellitus tipo 2, os doentes com apneia do sono de grau acentuado, estes 9 doentes foram observados e avaliados na consulta de Pneumologia do Hospital de Referência e em todos se confirmou a necessidade de medidas urgentes de vigilância e terapêutica. Verificámos que 6,1% dos doentes têm SAOS de grau acentuado, confirmando a necessidade de efectuar um rastreio mais abrangente aos doentes com diabetes dos nossos Centros de Saúde; parece-nos que o método utilizado, a avaliação com o Questionário de Berlim e a Escala de Sonolência de Epworth podem fazer parte de uma primeira selecção e os doentes considerados positivos, posteriormente avaliados com o estudo poligráfico do sono em ambulatório.

COMUNICAÇÃO ORAL Nº 8 DISFUNÇÃO ERÉTIL NO IDOSO

Joana Marques da Torre

Centro de Saúde de Marvila

Introdução: É sabido que a importância do sexo na vida das pessoas não diminui com o envelhecimento, apesar da frequência das relações diminuir. A evolução constante da medicina e das condições de vida tem levado a um aumento progressivo da esperança média de vida da população, que gera um período de vida mais longo de convivência com doenças crónicas que podem afetar a vida sexual do doente. Neste contexto, tendo em conta a importância da vida sexual na qualidade de vida do doente, devemos saber a forma como esta o pode afetar física e psicologicamente.

Objetivos: O objetivo desta apresentação é esclarecer, de acordo com estudos recentes, a forma como se deve abordar a patologia psicológica associada à disfunção erétil no idoso, relembrar os seus mecanismos fisiológicos e sugerir algumas terapias eficazes nesta situação.

Material e Métodos: Pesquisa de literatura científica atualizada tanto nacional como internacionalmente utilizando artigos publicados no presente ano.

Resultados: As terapêuticas farmacológicas disponíveis para tratar a patologia em causa ainda não são suficientemente seguras tendo em conta que nesta faixa etária são prevalentes muitas patologias crónicas. As terapias não farmacológicas devem ser disponibilizadas com maior facilidade.

Conclusões: A questão da sexualidade tem de ser abordada no idoso e é este o primeiro passo para a resolução do problema. Têm de ser vencidas barreiras culturais e cabe ao clínico avaliar as mesmas. Quando há necessidade de recorrer a terapêutica farmacológica esta deve ser selecionada criteriosamente e sempre tendo em conta a situação clínica do doente.

COMUNICAÇÃO ORAL Nº 9 DIABETES TIPO 2 E DEPRESSÃO: QUE RELAÇÃO?

Ana Sanches

UCSP da Lapa - ACES III de Lisboa Central

Introdução: A diabetes mellitus tipo 2 e a depressão são duas patologias muito prevalentes na nossa sociedade. De que forma estas duas patologias interagem? Que impacto tem esta relação na nossa prática clínica?

Objectivos: Rever a evidência existente sobre a relação entre diabetes tipo 2 e depressão.

Material e Métodos: Pesquisa sistemática na *PubMed* com os termos "*Diabetes Mellitus, Type 2*" and "*Depression*" de artigos em Inglês, Francês, Espanhol e Português, publicados nos últimos 10 anos.

Resultados: A prevalência da depressão na população diabética corresponde a 1,6 vezes aquela encontrada na população sem esta patologia. Linhas de investigação apontam para a hiperglicémia como

factor predisponente para o desenvolvimento de depressão. Por outro lado, o aparecimento de depressão maior parece preceder o diagnóstico de diabetes tipo 2 em vários anos e aumentar o risco de se desenvolver essa doença. Para tal, poderão contribuir os efeitos hiperglicémiantes da medicação antidepressiva, as alterações no peso e na dieta e o sedentarismo associados à depressão crónica, ou ainda alterações bioquímicas relacionadas com a depressão. Estudos apontam para um agravamento do controlo glucídico com a norriptilina e com os inibidores da MAO e uma melhoria deste com alguns inibidores ivos da recaptação da serotonina (fluoxetina, sertralina). Depressão e diabetes interagem negativamente, na medida em que a depressão condiciona o pior controlo metabólico (tanto por vias metabólicas como comportamentais) e a hiperglicémia agrava os sintomas depressivos.

Discussão/Conclusões: Apesar de mais de um quarto da população diabética apresentar sintomas depressivos, a depressão é diagnosticada e tratada apenas em cerca de um terço destes doentes. É importante reconhecer e tratar a depressão nos doentes diabéticos promovendo uma melhoria da adesão à terapêutica e aos autocuidados. Nos doentes com depressão é importante rastrear uma eventual diabetes, dado que um melhor controlo metabólico pode condicionar uma melhoria do humor, e escolher o tratamento da depressão que melhor respeite o seu controlo metabólico.

COMUNICAÇÃO ORAL Nº 10 HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL, UM SÍNDROME SE RECONHECIDO, REVERSÍVEL

Pedro Guimarães, Alexandre Costa, Andreia Veiga, Georgina Neves

Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: Descrita pela primeira vez por Hakim e Adams em 1965, a Hidrocefalia de Pressão Normal consiste em hidrocefalia na ausência de papiledema e com pressão de abertura normal na punção lombar. À etiologia idiopática acrescenta-se a secundária em que as doenças meníngeas e do epêndima são exemplos. A tríade composta por demência, apraxia da marcha e incontinência urinária é a apresentação habitual.

Caso Clínico: Mulher, 78 anos de idade, com diagnóstico de meningite crónica linfocítica com 10 anos de evolução cuja investigação etiológica revelou serologia positiva para cisticercose no sangue. Efectuou tratamento para provável neurocisticercose com Praziquantel. Evoluiu, no entanto, com deterioração cognitiva, períodos de confusão, apatia e incontinência urinária bem como consequente total dependência nas actividades da vida diária o que motivou readmissão no nosso serviço. Ao exame neurológico existia desorientação temporal e espacial, inatenção, indiferença afectiva, bradifrenia, bradicinésia, comportamentos de imitação, perturbação da linguagem, erros de memória imediata, reflexo de preensão palmar patológico e apraxia da marcha. Na imagem verificar-se-ia dilatação ventricular desproporcionada face à atrofia cortical com imagens sugestivas de exsudação transependimária e a punção lombar evacuadora com manometria revelaria pressão de abertura normal e líquido com pleocitose leucocitária monocítica, hiperproteínorráquia e glicose normal. Ressalva-se que a evacuação de líquido foi eficaz na melhoria das manifestações cognitivas mas sobretudo da dificuldade da marcha.

Conclusão: O caso descrito ilustra hidrocefalia de pressão normal secundária a um processo meningítico crónico. Salienta-se a manifestação sindrómica potencialmente reversível desta entidade.

Notas

Casos difíceis



IV Congresso
de Psiquiatria
e Medicina Geral
e Familiar

IX Encontro
de Psicogeriatría
e Cuidados de Saúde
Primários

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS



MAJOR SPONSORS



Respostas Que Contam.

SPONSORS

Bial



GRÜNENTHAL



SECRETARIADO

admedic⁺
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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⁺
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 | Alvará Nº 1270/2005