

## **Relatos Casos Clínicos**

### **PO - (UM16-31) - DE VOLTA À VIDA: UM CASO DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA**

Ana Sardo<sup>1</sup>; Joana Guerra<sup>1</sup>; Susana Costa<sup>1</sup>

1 - USF Mirante

#### **Enquadramento**

Com o envelhecimento da população, a polimedicação tornou-se um dos problemas mais frequentes nos Cuidados de Saúde Primários. Segundo a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, INFARMED, a medicação que atua no sistema nervoso central é das mais utilizadas em Portugal, sendo que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa. A sua utilização múltipla e indiscriminada, para além de ser responsável por efeitos por vezes imprevisíveis devido a interações medicamentosas, pode ter implicações graves tanto na saúde dos indivíduos como a nível económico e familiar.

#### **Descrição do caso**

F.G, género masculino, 78 anos, residente em Olhão, casado, no estadio VIII do ciclo de vida de Duvall. Da sua lista de problemas há a destacar como problema ativo doença bipolar tipo II e passivo úlcera gástrica. Aos 20 anos iniciou sintomas depressivos, relacionados com relação conflituosa com a madrastra e o filho desta, sintomas que melhoraram com medicação antidepressiva e com o seu casamento. Com 30 anos teve recidiva dos sintomas devido a incapacidade para o trabalho motivada por uma úlcera gástrica. Por sua vez, os sintomas depressivos, alternando com momentos de hipomania, foram responsáveis por vários períodos de absentismo laboral que agravaram o quadro psicológico, pelo que iniciou acompanhamento psiquiátrico e foi reformado por invalidez aos 46 anos. Aos 49 anos teve dois internamentos no serviço de psiquiatria por tentativa de suicídio e iniciou igualmente seguimento com neurologista, por hipótese diagnóstica de demência, apesar da tomografia computadorizada crânio-encefálica e, mais tarde, da ressonância magnética nuclear não apresentarem alterações. Foi medicado com mais de dez fármacos psicotrópicos e anti-demençiais simultaneamente, com agravamento progressivo do seu estado clínico até 2013, momento em que, com 76 anos, tinha dependência total, sendo incapaz de comer sozinho, falar, levantar-se, obedecer a ordens simples e reconhecer a família. Tinha períodos de choro e agitação psicomotora que, por não ter médico de família, motivavam idas ao serviço de urgência. Em Maio de 2013 foi-lhe atribuído médico de família e iniciou seguimento com outro neurologista e psiquiatra, tendo a sua situação clínica sido interpretada como síndrome confusional e parkinsonismo de causa iatrogénica, pelo que lhe foi retirada toda a medicação. Uma semana depois, durante visita domiciliária da sua médica de família, levantou-se pela primeira vez em sete meses e comeu sem ajuda. Atualmente está medicado com valproato de sódio, escitalopram e trazodona e é totalmente independente para todas as suas atividades, deslocando-se à consulta da sua médica de família sozinho.

#### **Discussão**

O tratamento das perturbações psiquiátricas pode ser bastante complexo, representando um grande desafio para o médico. Tal como no caso descrito, o risco de sobretratar e agravar o estado clínico é grande. Neste caso clínico, os efeitos adversos condicionados pelo excesso de medicação foram devastadores tanto para o doente como para a família. O médico de família tem o papel de promover e garantir a articulação e a integração dos cuidados, possibilitando assim a gestão da medicação dos doentes de forma a minorar os seus efeitos secundários.