

Jornada Alagoana de Psiquiatria

"Psiquiatria e Modernidade"

20 E 21 DE SETEMBRO
HOTEL BEST WESTERN PREMIER

PALESTRANTE CONFIRMADO

Dr. Amaury Cantilino

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE. Professor Adjunto de Psiquiatria da UFPE. Membro da comissão de saúde mental da mulher da ABP. Idealizador do Instagram "Novos Papers Psiquiatria". Mais de 80 artigos

CARGA HORÁRIA 20h CERTIFICADA

XXV Jornada Alagoana de Psiquiatria

"Psiquiatria e Modernidade"

20 E 21 DE SETEMBRO
HOTEL BEST WESTERN PREMIER

PALESTRANTE CONFIRMADA

Alexandrina Meleiro

Doutora em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da USP. Médica da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Coordenadora da Comissão de Estudo e Prevenção de Suicídio da ABP

INSCRIÇÕES:
COMUNIC EVENTOS
comunicaveventos.com.br

REALIZAÇÃO:
AAP ASSOCIAÇÃO ALAGOANA DE PSQUIATRIA

f aapsiquiatria @ aapsiquiatria

XXV Jornada Alagoana de Psiquiatria

"Psiquiatria e Modernidade"

20 E 21 DE SETEMBRO
HOTEL BEST WESTERN PREMIER

PALESTRANTE CONFIRMADA

Carmita Abdo

Psiquiatra, Professora do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMU. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) para o triênio 2017-2019.

INSCRIÇÕES:
COMUNIC EVENTOS
comunicaveventos.com.br

REALIZAÇÃO:
AAP ASSOCIAÇÃO ALAGOANA DE PSQUIATRIA

f aapsiquiatria @ aapsiquiatria

Inscrições: comunicaveventos.com.br

XXV Jornada Alagoana de Psiquiatria

"Psiquiatria e Modernidade"

20 E 21 DE SETEMBRO
HOTEL BEST WESTERN PREMIER

CARGA HORÁRIA 20h

INSCRIÇÕES:
COMUNIC EVENTOS
comunicaveventos.com.br

REALIZAÇÃO:
AAP ASSOCIAÇÃO ALAGOANA DE PSQUIATRIA

f aapsiquiatria @ aapsiquiatria



Ansiedade e Depressão

Thiago Roberto Sarmiento de Moraes

Médico Psiquiatra

CRM 5944 | RQE 3413

Roteiro da aula

- Normal x Patológico
- Epidemiologia
- Neurobiologia
- Comorbidades clínicas
- Classificação DSM V
 - Depressão
 - Comportamento suicida
 - TAG
 - Transtorno de Pânico
 - Agorafobia
 - Fobia social



O que é um transtorno psiquiátrico?

Normal X patológico

Contextos social, ambiental, econômico e cultural

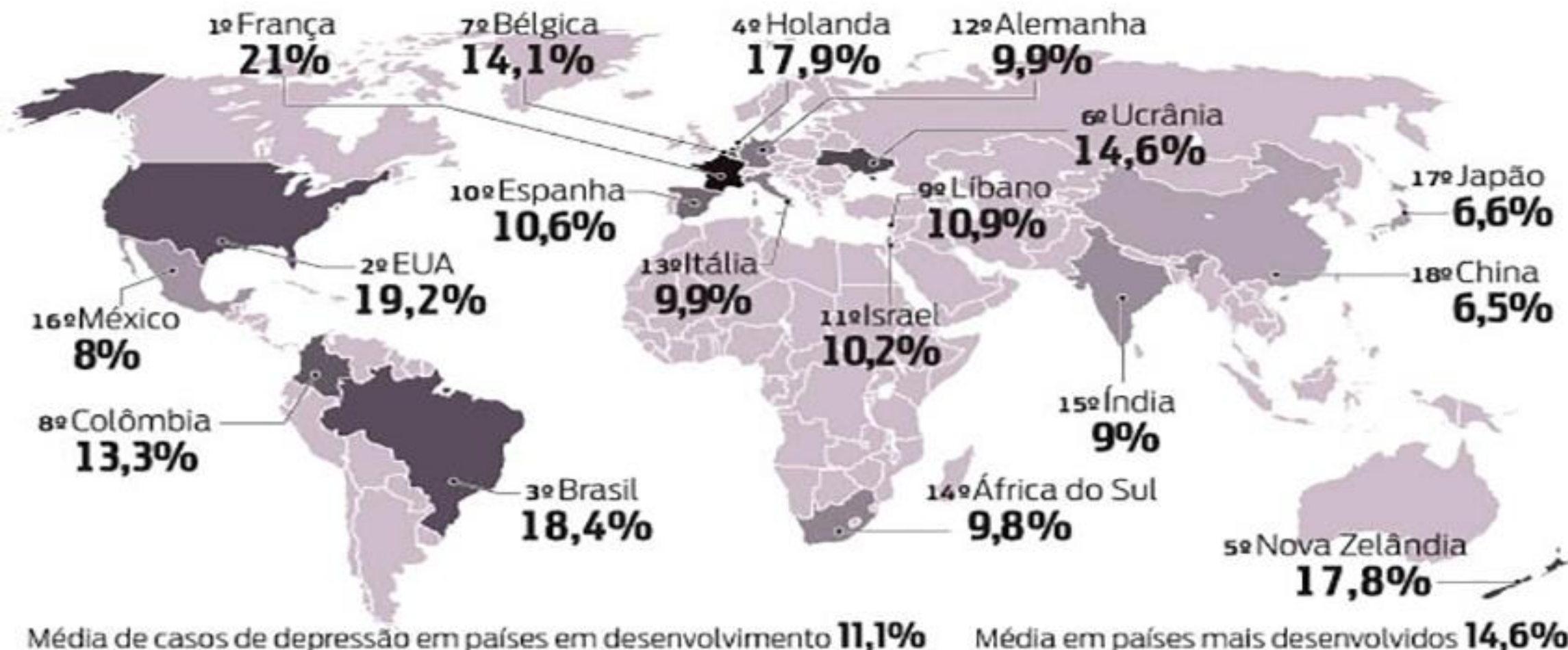
Sufrimento

Prejuízo funcional

laboral, acadêmico, interpessoal

MAPA DA DEPRESSÃO

Estudo divulgado em 2011 mostra que o Brasil é o terceiro país mais deprimido do mundo. Pesquisa feita com mais de 89 mil pessoas com mais de 18 anos, em 18 países, mostra o percentual da população com pelo menos um episódio depressivo durante a vida.



DADOS SOBRE DEPRESSÃO



Mais de **300 milhões** de pessoas de **TODAS AS IDADES** sofrem de depressão.¹

Pessoas com transtornos mentais:³



Fumam mais



São mais sedentárias



Não possuem uma dieta balanceada



A depressão é mais comum entre **AS MULHERES (5,1%)** do que entre os **HOMENS (3,6%).⁵**



Quase **metade** dos **pacientes com depressão** também são diagnosticados com **TRANSTORNO DE ANSIEDADE.²**



De acordo com a OMS, **1 EM 13 PESSOAS** no mundo sofrem de transtornos de **ANSIEDADE.²**



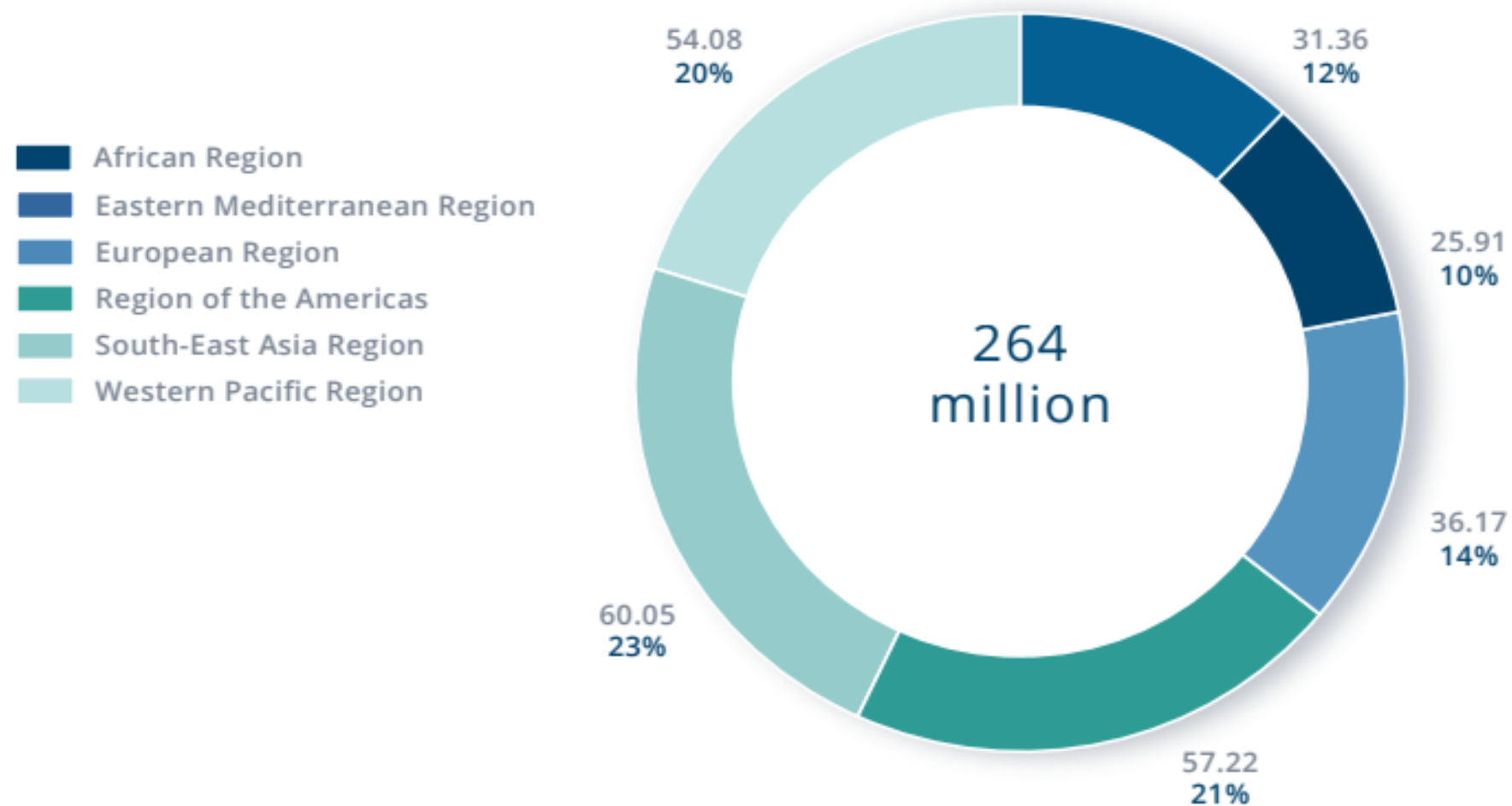
Depressão é também uma
doença recorrente!

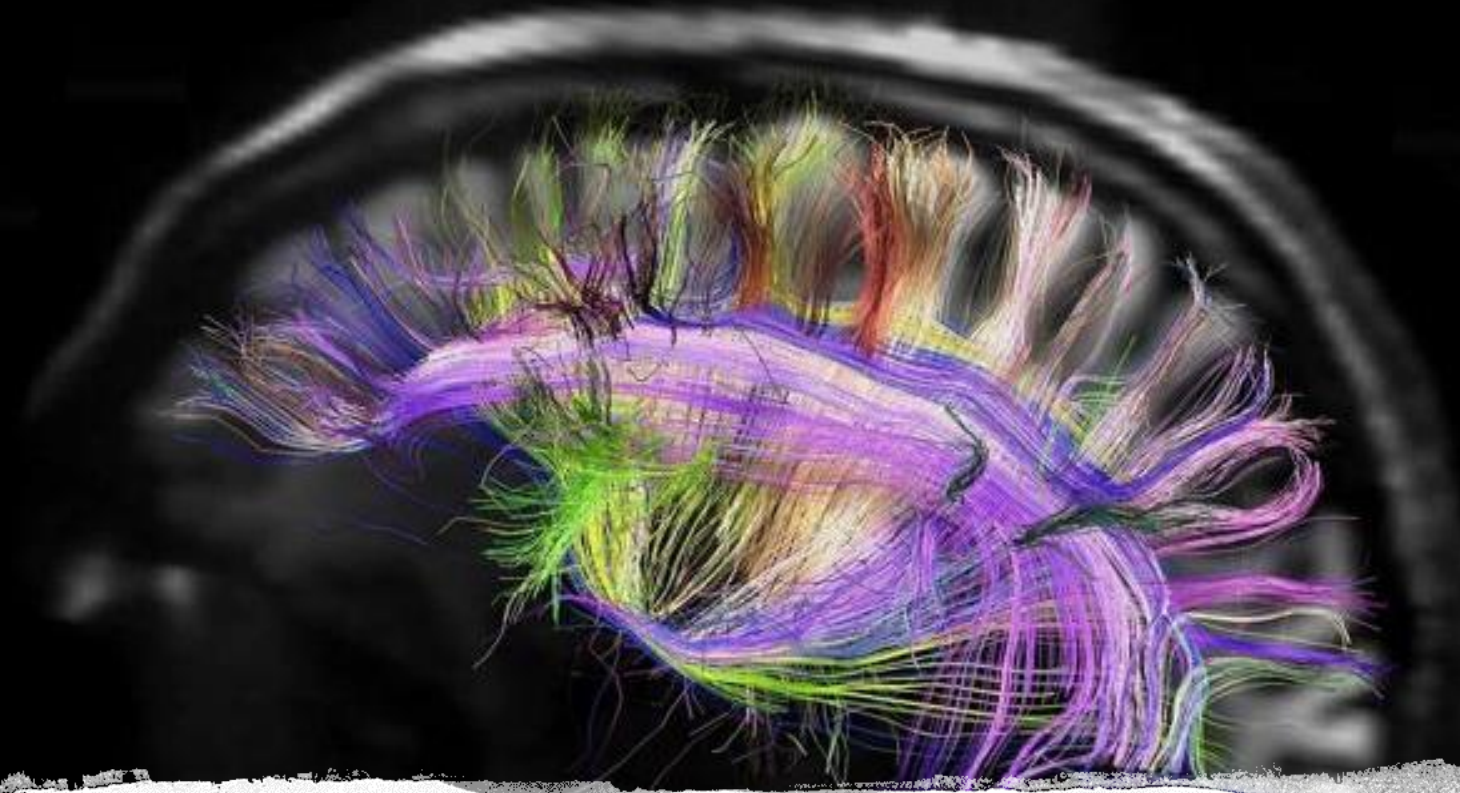
- 1 episódio – 50%
- 2 episódios – 70%
- 3 episódios – 90%

Incapacidade funcional e laboral

- Países desenvolvidos
 - 2ª causa de incapacidade
- Em 2020
 - 1ª causa de incapacidade nos países em desenvolvimento.

Cases of anxiety disorder (millions), by WHO Region





Epidemiologia - Brasil

- País com maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo

9,3% (18.657.943), OMS

Suicídio

No mundo

suicídio é a 2ª **CAUSA DE MORTE** entre jovens de 15 a 29 anos, atrás de acidentes

ELE MATA uma pessoa a cada

40
SEGUNDOS

No Brasil

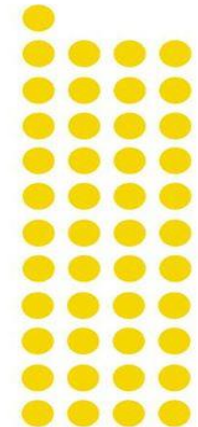
faz cerca de

11 MIL MORTES

por ano, o equivalente a



55 acidentes com o **airbus da TAM**



45 tragédias da **boate Kiss**



1.8k



A cada 45 minutos, uma pessoa comete suicídio no Brasil

Associação Psiquiátrica da América Latina (Apal) pretende lançar campanhas nas redes sociais ao longo do chamado Setembro Amarelo para alertar sobre o assunto e oferecer apoio e ajuda

OS MÉDICOS ESTÃO DOENTES

O que leva alguém que teria de salvar a vida dos outros a querer acabar com a própria

- Acesso a meios mais eficazes de letalidade
- Isolamento social
- Situação conjugal insatisfatória
- Precária situação empregatícia
- São mais exigentes consigo mesmo
- Têm pouca tolerância a falhas
- Dificuldade em assumir que está doente
- Baixa adesão ao tratamento

"Estudos recentes têm apontado uma cifra **3X maior** de suicídio entre médicos, comparada à população em geral", diz Alexandrina Meleiro

Só nos EUA, entre **300 e 400** tiram a própria vida todos os anos, segundo a Fundação Americana para a Prevenção do Suicídio. Praticamente uma morte por dia.

<https://tab.uol.com.br/medicos-suicidio>



Depressão e ansiedade entre nós

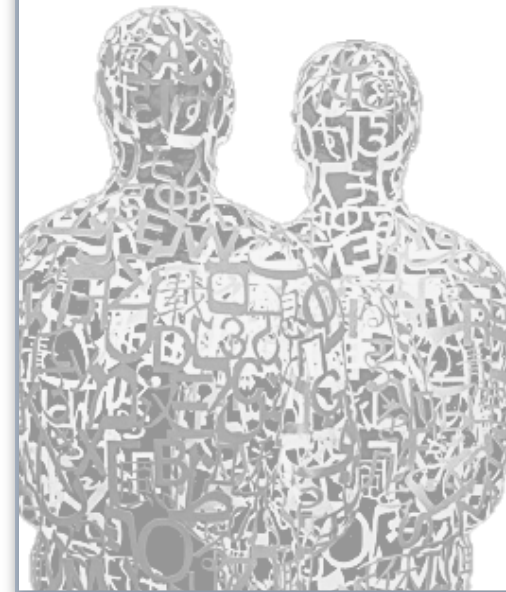
- N: 1350 estudantes
- Prevalência depressão: 41%
- Ansiedade estado: 81,7%
- Ansiedade traço: 85.6%

A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina: um estudo multicêntrico no Brasil

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Programa de Ciências Médicas
Orientadora: Profa. Dra. Patricia Zen Tempski

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)



São Paulo
2017

Tabela 6 - ESTADO DE ANSIEDADE (IDATE-E)

	N	%	% entre casos
			válidos
leve	67	19,0	19,8
moderada	186	52,8	54,9
grave	86	24,4	25,4
total	339	96,3	100,0
sem o dado	13	3,7	
Total	352	100,0	

Tabela 7 - TRAÇO DE ANSIEDADE (IDADE-T)

	N	%	% entre casos
			válidos
leve	81	23,0	24,1
moderada	179	50,9	53,3
grave	76	21,6	22,6
total	336	95,5	100,0
sem o dado	16	4,5	
Total	352	100,0	

*Estudo em fase de análise dos resultados



As causas

■ Genética

É tida como o principal fator para a doença. Uma pessoa com parentes próximos vítimas de depressão tem até três vezes mais probabilidade de apresentar o mesmo problema

■ Stress

É um fator que geralmente atua no desencadeamento da primeira crise depressiva. Pode ser de natureza física (doenças que causam dor crônica, por exemplo), psicológica (divórcio ou excesso de trabalho) e ambiental (invernos rigorosos ou catástrofes naturais)

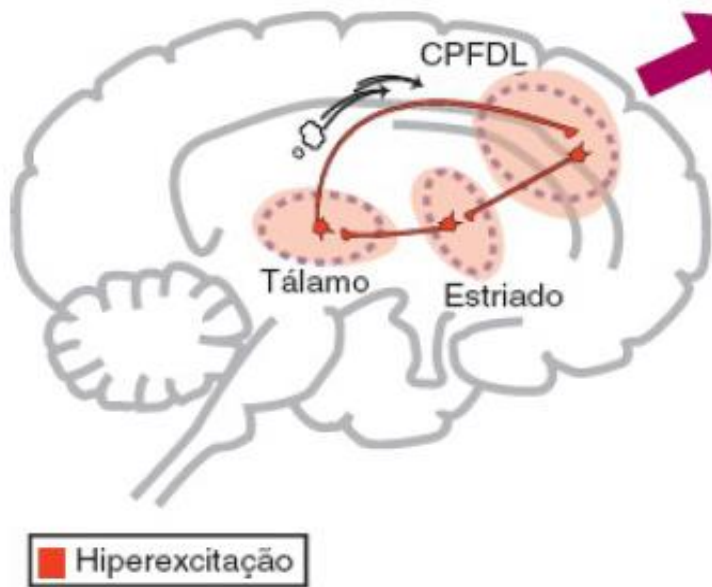
■ Doenças que alteram a química cerebral
Derrames, tumores no cérebro e hipotireoidismo, entre outros distúrbios, podem desregular a química cerebral, favorecendo a depressão

■ Uso de drogas

O abuso de alguns medicamentos, álcool e drogas ilícitas interfere na comunicação entre neurônios, o que pode levar a quadros depressivos



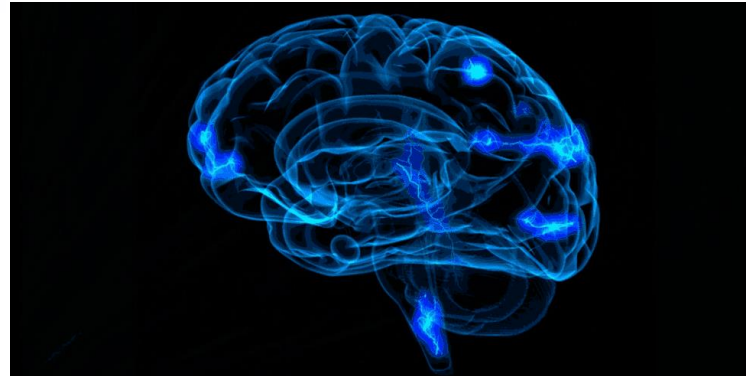
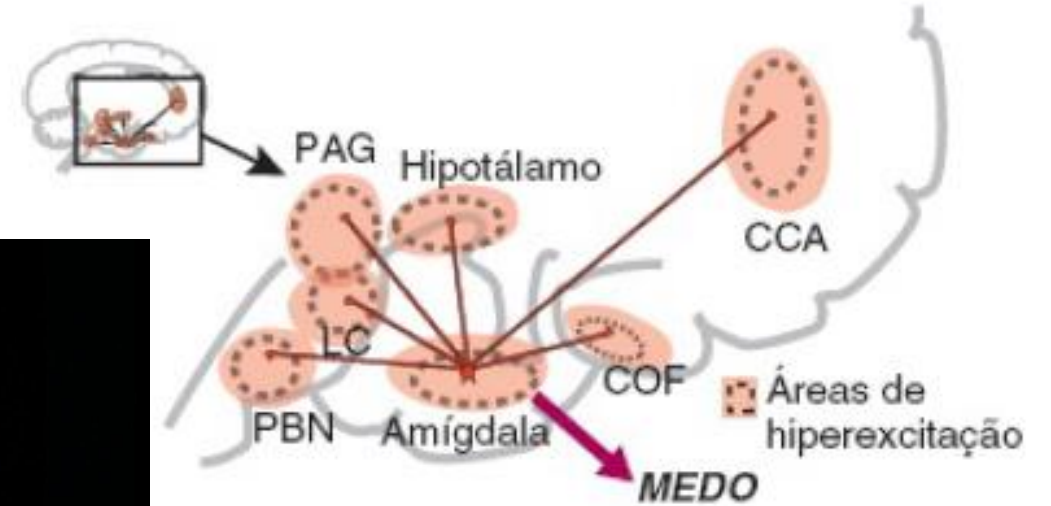
Preocupação/obsessões



Preocupação



A amígdala hiperativa e o medo



A circuitaria por trás dos sintomas



INSTITUTO ERICKSON

I Curso de Atualização em Psicopatologia



Karine Martins e Thiago Moraes

CENTRO DE
NEUROPSICOLOGIA E
REABILITAÇÃO COGNITIVA
E COMPORTAMENTAL

Superposição de TDM e transtornos de ansiedade

Superposição de TDM e transtornos de ansiedade



Transtorno depressivo maior



Transtornos de ansiedade

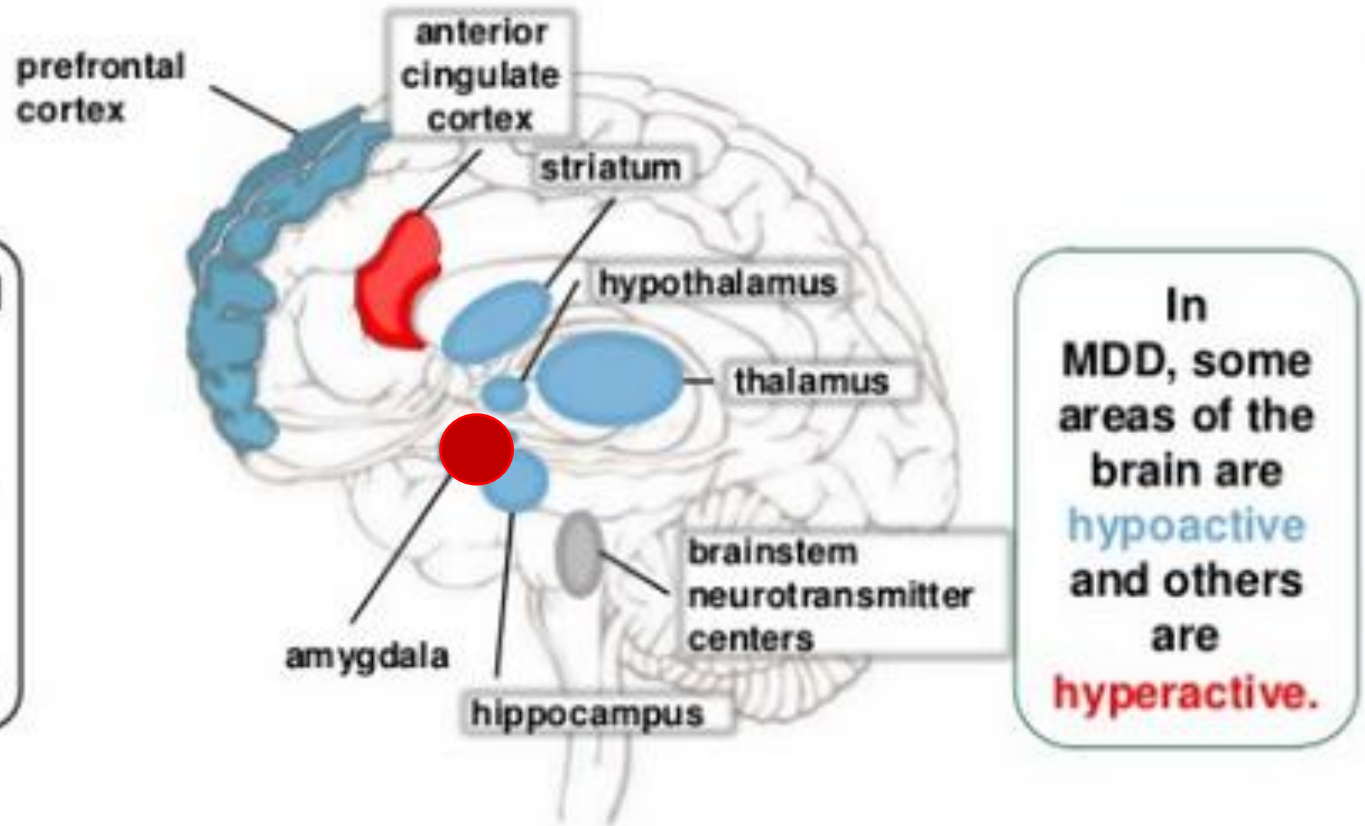
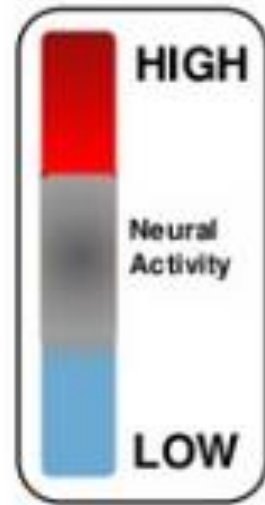
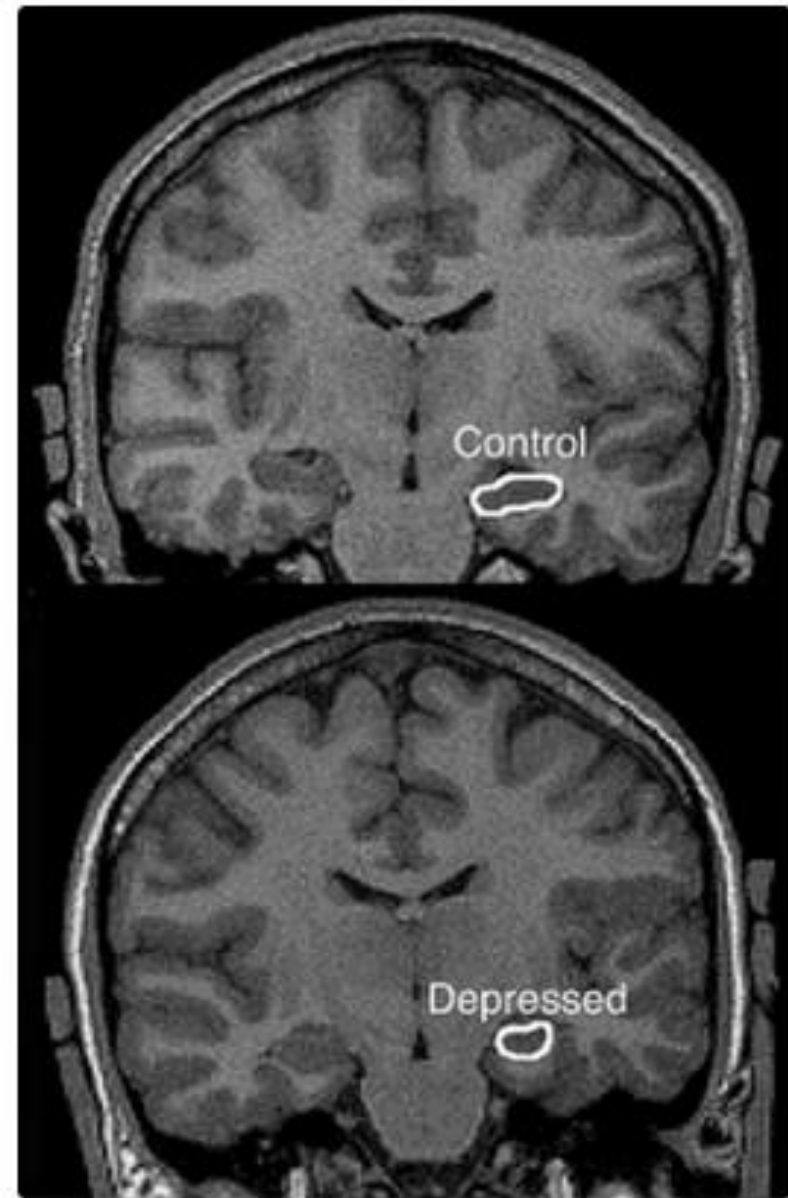


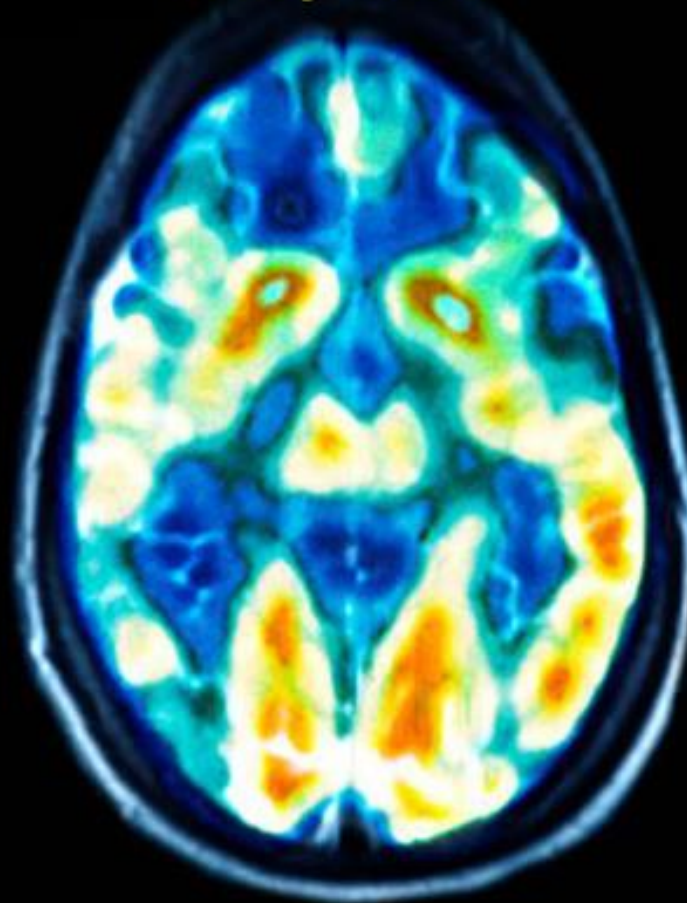
Figure: Diagram depicting activity scale of some regions of the brain in depression.

Figure: MR image showing the demarcation of the hippocampus (in white) in healthy control (top) and adolescent with major depression (bottom).

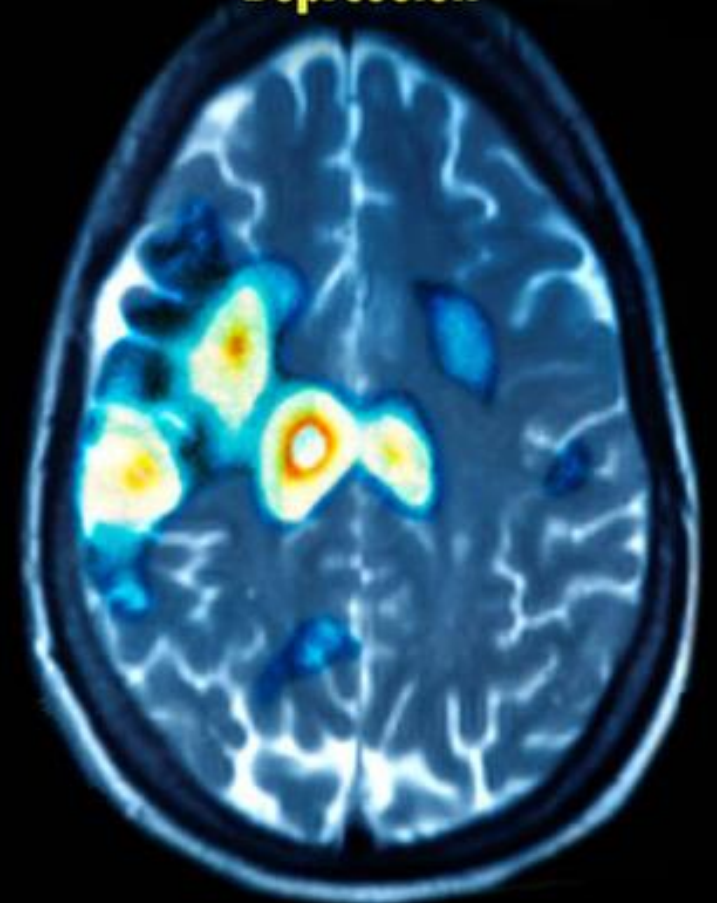
Hipofuncionamento e atrofia cortical



No Depression

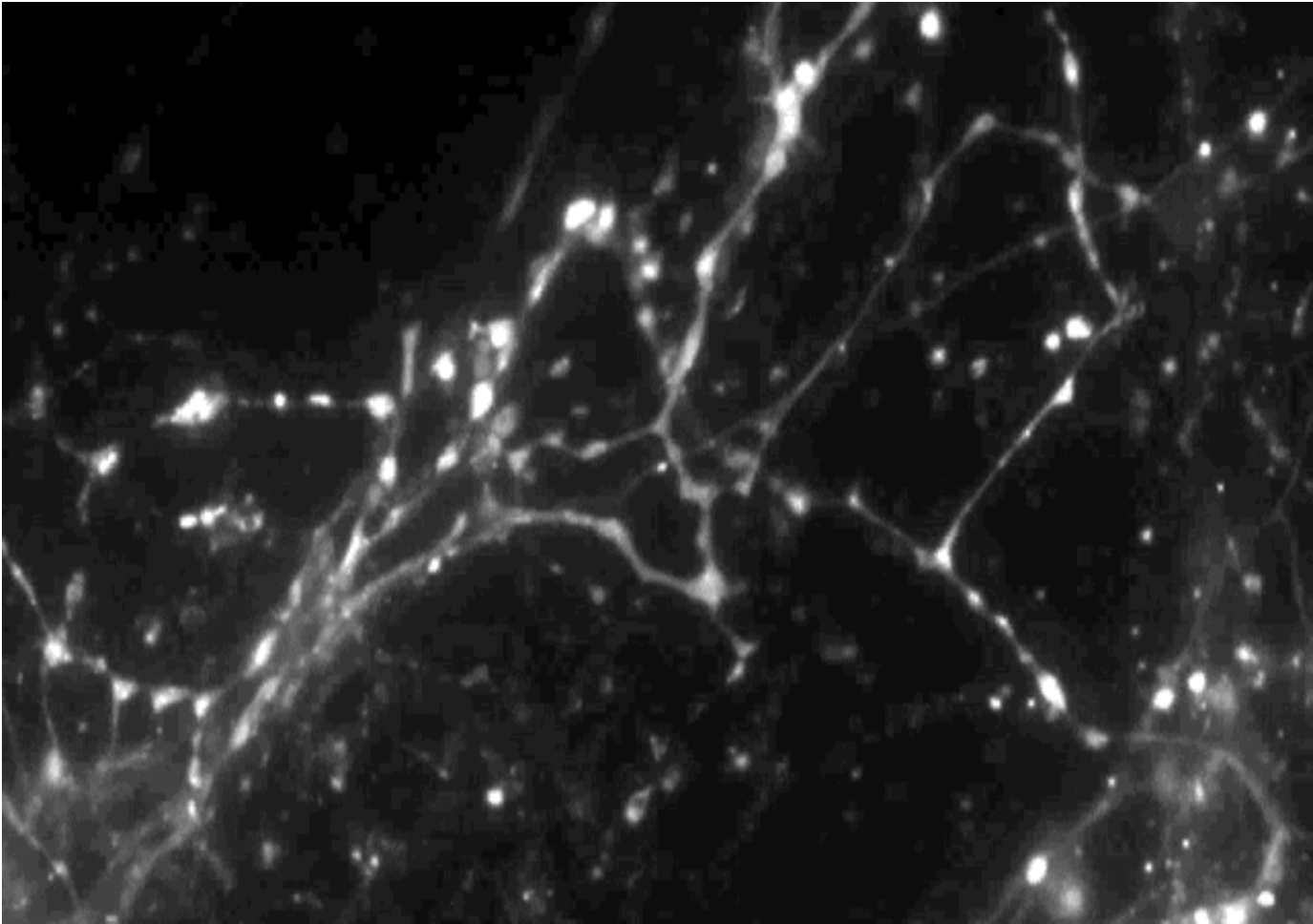


Depression



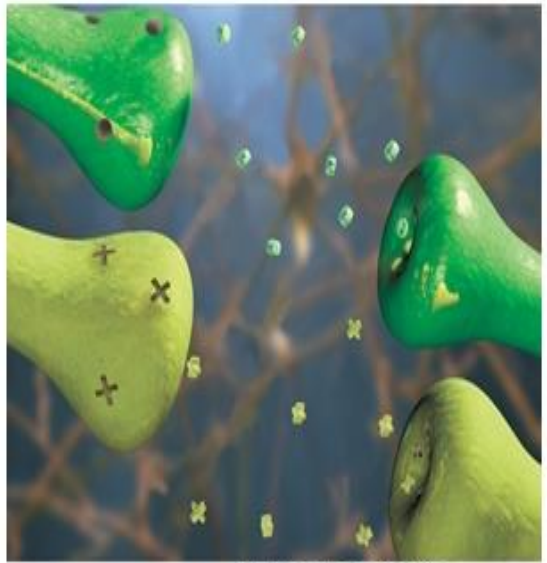
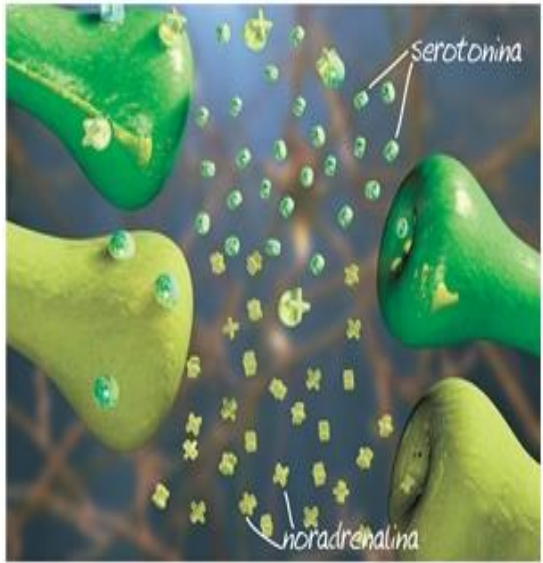




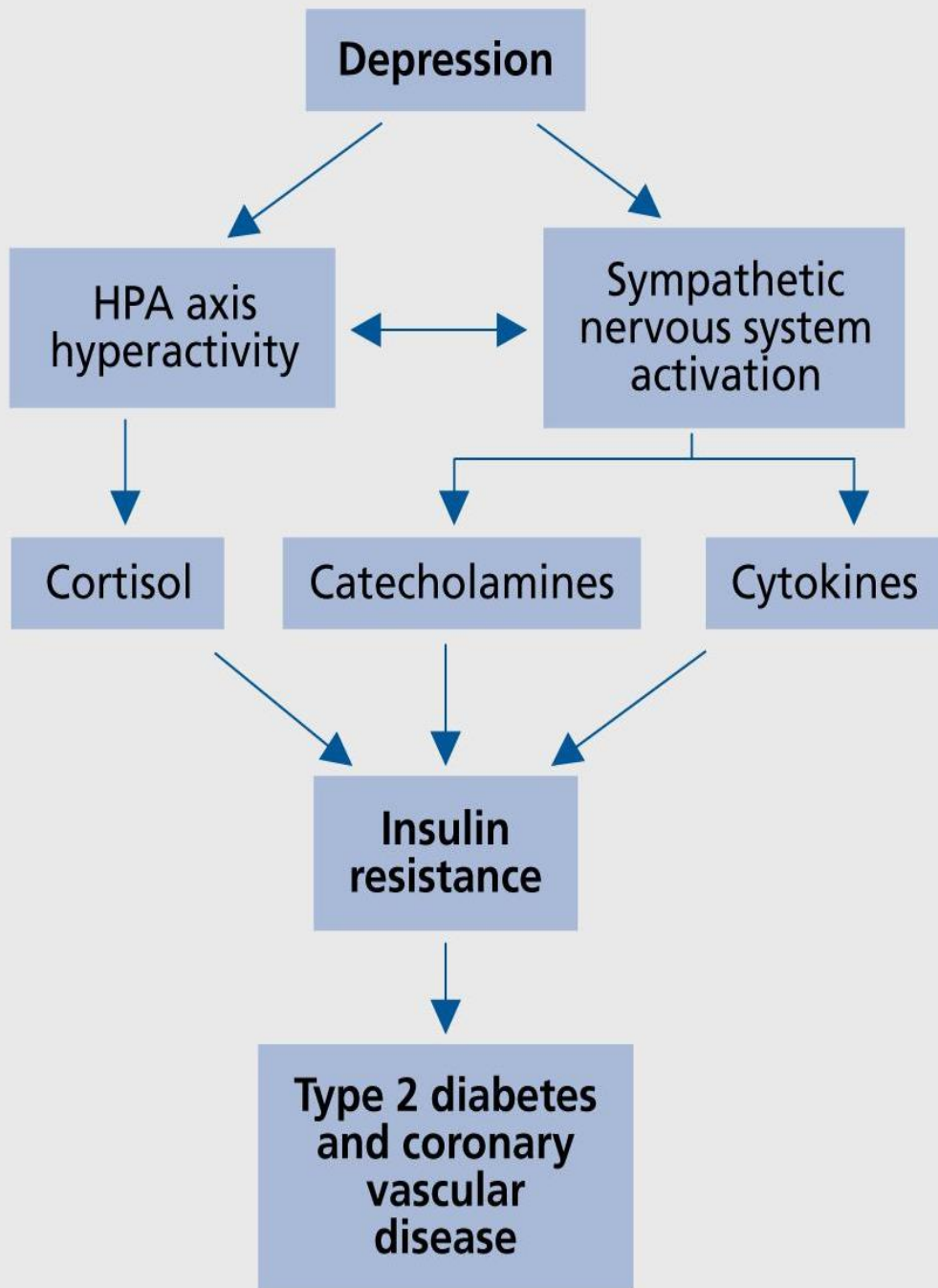


Cérebro Saudável

Cérebro Deprimido



Representação Teórica



DEPRESSÃO E

PRINCIPAIS COMORBIDADES



Diabetes



Doenças neurológicas



HIV



Câncer



Doença cardiovascular



Dor crônica



Doenças do fígado



Identificando e tratando os transtornos

- Transtorno depressivo maior
- Comportamento suicida
- Ataque de pânico
- Transtorno de pânico
- Fobia social
- Agorafobia
- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

Transtorno depressivo maior



Diagnóstico

Pelo menos 5 sintomas, presentes por 2 semanas, na maioria dos dias:

Um sintoma deve obrigatoriamente ser:

- **1 - Humor deprimido** ou **2 - Perda de interesse/prazer**

Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ; redução ou aumento do apetite

Insônia ou hipersonia

Agitação ou retardo psicomotor

Fadiga ou perda de energia

Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada

Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão

Pensamentos recorrentes de morte; ideação suicida recorrente; uma tentativa de suicídio

Tratamento



Psicoterapia



Atividade física



Medicamentos

Antidepressivos

Lítio

Antipsicóticos

Protocolo tratamento

A remissão completa de sintomas deve ser a meta de qualquer tratamento antidepressivo



A resposta ao tratamento agudo com antidepressivo é observada entre 2 e 4 semanas após o início do uso



A prescrição de antidepressivos está associada com diminuição do risco de suicídio

o risco de suicídio é mais alto antes do tratamento antidepressivo iniciar (mês anterior), muito menor na primeira semana de tratamento, diminuindo ainda mais nas semanas seguintes



O tratamento antidepressivo de continuação por seis meses reduz em 50% o risco de recaída



A dose efetiva do tratamento na fase de continuação é a mesma do tratamento na fase aguda



Continue o tratamento antidepressivo por pelo menos seis meses **após a remissão** dos sintomas do episódio depressivo



Nos pacientes que persistem com sintomas residuais, mantenha o tratamento por tempo mais prolongado



O tratamento de manutenção está indicado nas seguintes situações:



a) três ou mais episódios depressivos nos últimos cinco anos;



b) mais que cinco episódios ao todo ao longo da vida;



c) risco persistente de recaída.



O tratamento de manutenção deve ser feito por pelo menos cinco anos e, provavelmente, **indefinidamente**

Resposta insatisfatória

As estratégias utilizadas quando um paciente não responde ao tratamento com medicamento antidepressivo consistem em:

1) aumento de dose

2) Troca de classe

3) potencialização com lítio ou antipsicótico atípico ou outro AD

4) Eletroconvulsoterapia (ECT)

Depressão refratária

- Tentativa com pelo menos 2 AD de classes diferentes em doses adequadas e tempo apropriado (6 semanas)

Antidepressivos tricíclicos

Ef. Colaterais: boca seca; visão turva; retenção urinária; constipação; ganho de peso; **arritmias**

Imipramina (75-300mg)	Tofranil Boa eficácia antidepressiva
Amitriptilina (75-300mg)	Amytril Indutor de sono Quadros álgicos comórbidos
Nortriptilina (50-150mg)	Pamelor Menos efeitos colaterais
Clomipramina (150-300mg)	Anafranil; Clo Preferível em quadros de TOC

Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)

Ef. Colaterais: inquietação; náuseas e vômitos; diarreia; alteração de apetite; sudorese.

Fluoxetina (20-80mg)

Prozac; Daforin; Fluxene

Ativador

Inibe apetite – redução de peso

Irritação TGI – Tomar após refeição

Paroxetina (20-60mg)

Pondera; Paxtrat

Boa ação ansiolítica

Leve ação sedativa

Leve aumento de apetite/ganho de peso

O que mais interfere na função sexual – atraso na ejaculação

Sertralina

(50-200mg)

Zoloft; Tolrest; Assert

Poucas interações medicamentosas

O mais seguro na gestação e lactação

Diarréia

Citalopram

(20-60mg)

Maxapram; Denyl

Leve sedação

Poucas interações medicamentosas

Leve aumento no apetite

Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)



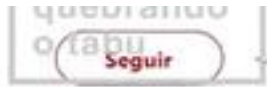
Comportamento suicida
Automutilação

Fatores de risco

Como identificar um paciente suicida?



Talinda Bennington
@Talinda8



This is what depression looked like to us just 36 hrs b4 his death. He loved us SO much & we loved him. #fuckdepression #MakeChesterProud



"é assim que a depressão parecia para nós, apenas 36 horas antes de sua morte. Ele nos amou muito e nós amamos ele."



Prevenção do Suicídio: **FRASES DE ALERTA**



**EU PREFERIA
ESTAR MORTO**



**EU NÃO POSSO
FAZER NADA**



**EU NÃO
AGUENTO MAIS**



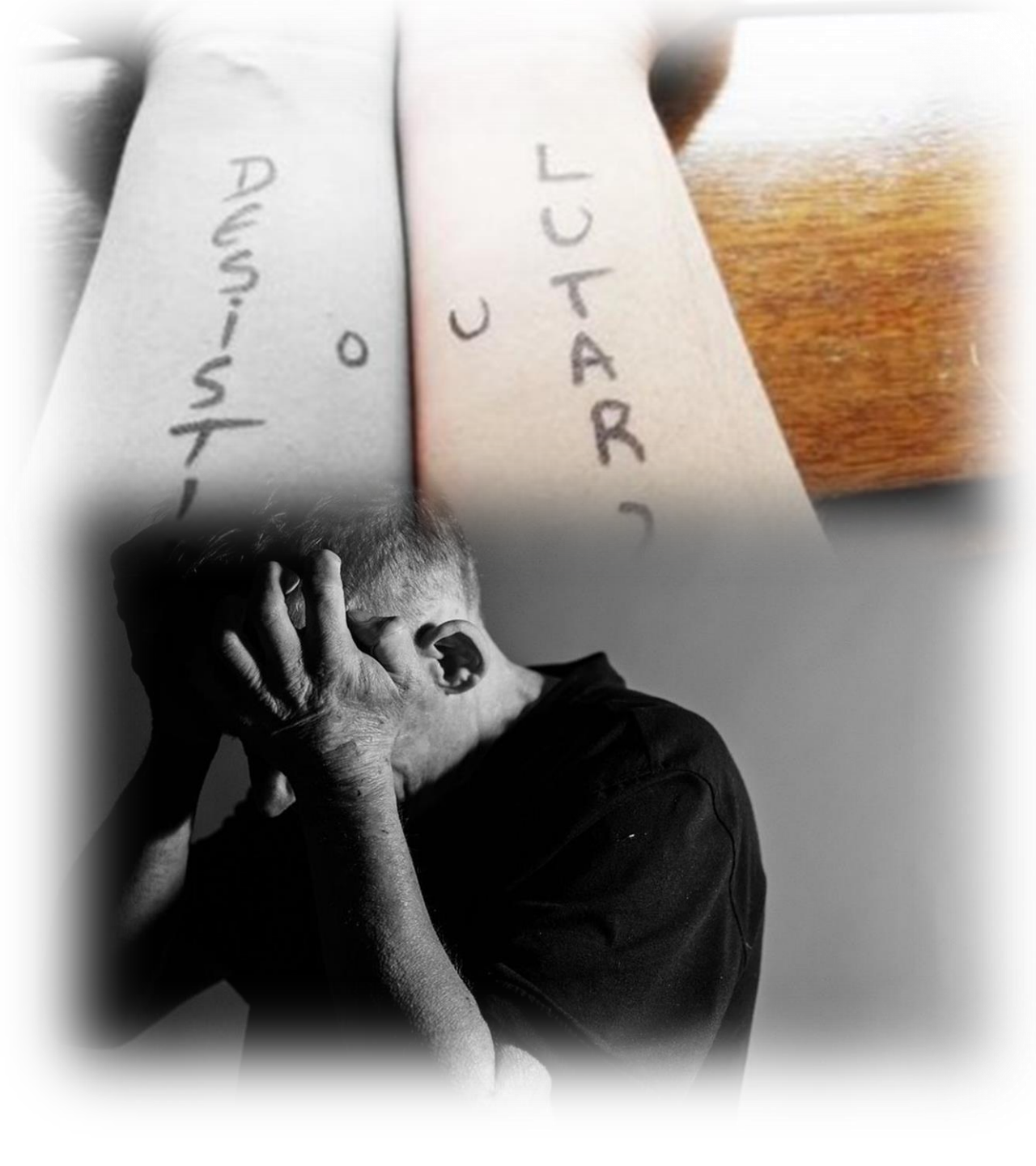
**EU SOU UM PERDEDOR
E UM PESO PROS OUTROS**



**OS OUTROS
VÃO SER MAIS
FELIZES SEM MIM**

Fatores de risco

1. Tentativa prévia
2. Doença mental
3. Desesperança



MITOS E VERDADES

Quem ameaça se matar não se mata, só quer chamar atenção



A maioria das pessoas que se mata dá sinais: muda de comportamento e fala a respeito a amigos ou profissionais de saúde. Leve-as a sério!

Falar de suicídio incentiva a pessoa a tirar a própria vida



Não. Conversar abertamente sobre suicídio ajuda a preveni-lo porque alivia a angustia e o desespero.

Quem quer se matar vai se matar



Ao contrário. Pessoas costumam ser ambivalentes sobre viver ou morrer. Muitos tomam veneno impulsivamente, mas logo depois se arrependem. Daí a importância do apoio emocional.

Quem sobrevive a uma tentativa de suicídio está fora de perigo



Um dos períodos mais críticos é quando a pessoa está melhorando da crise que motivou a tentativa, ou quando ainda está no hospital.

Como abordar o paciente?

Dados semiológicos e apoio emocional/estabelecimento de vínculo

O essencial é ouvir com atenção – estar do lado do paciente

- Não tentar mudar a todo custo seus sentimentos e ideias

Investigar fatores de risco

- Tentativa prévia - Doença mental - Desesperança

Tomar como foco o conteúdo expresso

- Frustrações – Conflitos - Necessidades

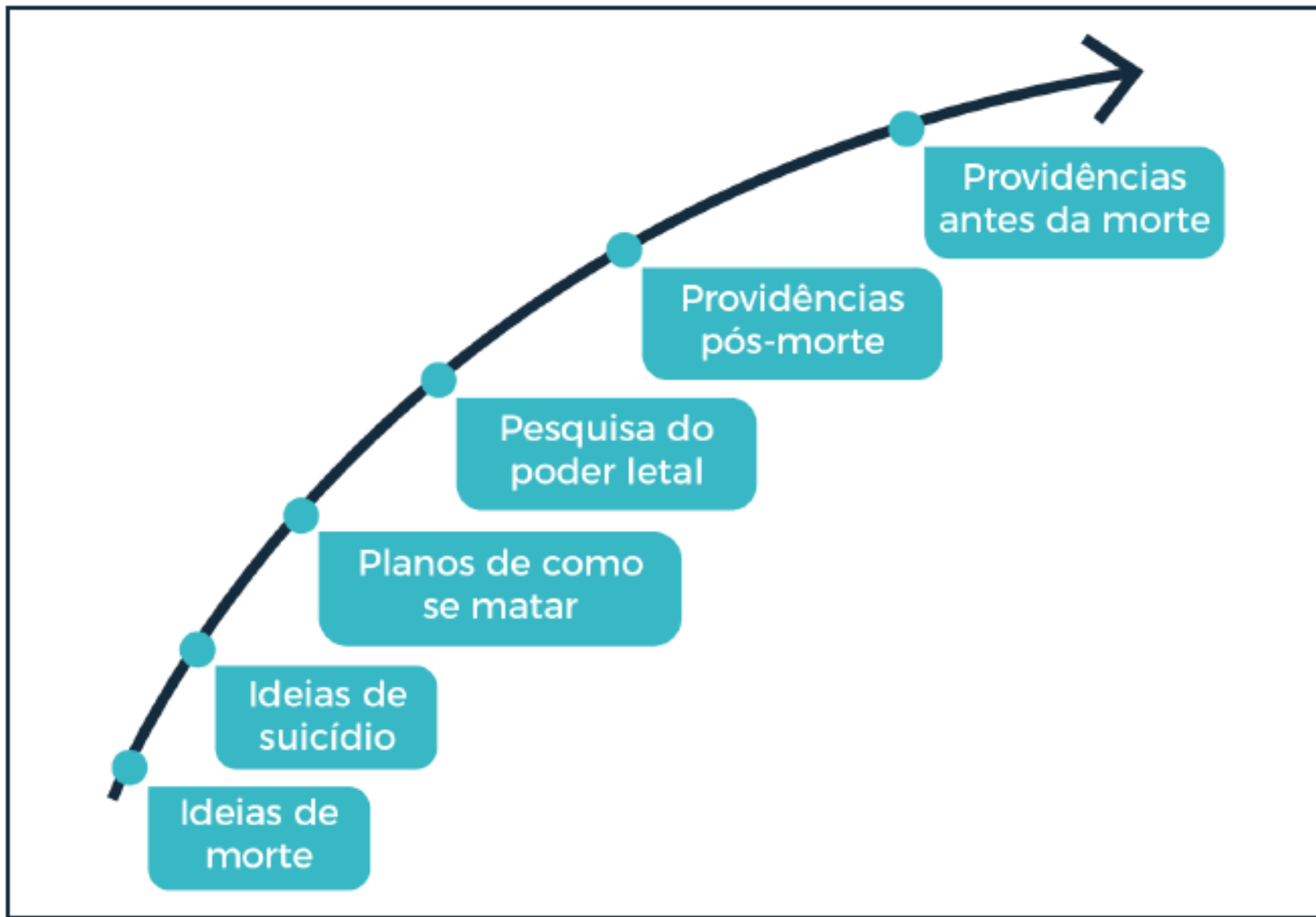


Figura 3: Características que acompanham o aumento da intencionalidade suicida.
Fonte: Botega (2015).

Risco baixo

A person is sitting on a bench in a park, with a large tree in the background. The scene is dimly lit, suggesting dusk or dawn.

Caracterizar:

- A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano.

Manejar:

- Escuta acolhedora para compreensão e amenização de sofrimento;
- Facilitar a vinculação do sujeito ao suporte e ajuda possível ao seu redor – social e institucional;
- Tratamento de possível transtorno psiquiátrico.

Risco médio



Caracterizar:

- A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente.

Manejar:

- Total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento;
- Escuta terapêutica que o possibilite falar e clarificar para si sua situação de crise e sofrimento;
- Realização de contrato terapêutico de não suicídio;
- Investimento nos possíveis fatores protetivos do suicídio;

Risco médio

Encaminhar para o serviço de psiquiatria para avaliação e conduta ou agendar uma consulta o mais breve possível;

Peça autorização para entrar em contato com a família, os amigos e/ou colegas

Oriente sobre medidas de prevenção, como: esconder armas; facas; cordas; deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso etc.

Manejo medicamentoso

1. Tratamento do transtorno mental de base
2. Uso de antipsicóticos em situações de crise
 - Sedação
 - Ação estabilizadora do humor
 - Diminuição da angústia e ansiedade
3. Carbonato de lítio
 - Ação específica antisuicida cientificamente comprovada
 - Requer experiência e cuidados de manejo





Ataque de pânico



Ataque de pânico

Pode estar presente em todos os transtornos de ansiedade

- Estima-se que **ataques de pânico** ocorram em **20%** das pessoas
- O **transtorno de pânico** tem uma prevalência ao longo da vida muito mais baixa, entre **3 e 5%**.

Outros transtornos mentais

- transtornos depressivos
- transtorno de estresse pós-traumático
- transtornos por uso de substâncias

Outras condições médicas

- Cardíaca
- Respiratória
- Vestibular
- Gastrintestinal

Ataque de pânico

Um surto **abrupto** de medo ou de **desconforto intenso** que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem **quatro** (ou mais) dos seguintes sintomas:

- 1. Palpitações, coração acelerado ou taquicardia.
- 2. Sudorese.
- 3. Tremores ou abalos.
- 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
- 5. Sensações de asfixia.
- 6. Dor ou desconforto torácico.
- 7. Náusea ou desconforto abdominal.
- 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
- 9. Calafrios ou ondas de calor.
- 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).
- 11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
- 12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
- 13. Medo de morrer.



Transtorno de pânico

Karine Martins e Thiago Moraes



INSTITUTO ERICKSON



Neuropsi

CENTRO DE
NEUROPSICOLOGIA E
REABILITAÇÃO COGNITIVA
E COMPORTAMENTAL

Transtorno de pânico – critérios

1. Ataques de pânico **recorrentes e inesperados**.
2. Seguido de **um mês**
 - **Apreensão ou preocupação persistente** acerca de ataques de pânico **adicionais** ou sobre suas **consequências**
 - Mudança desadaptativa (**esquiva; evitação**)
3. Descartar uso de substâncias; outras causas orgânicas ou psiquiátricas.

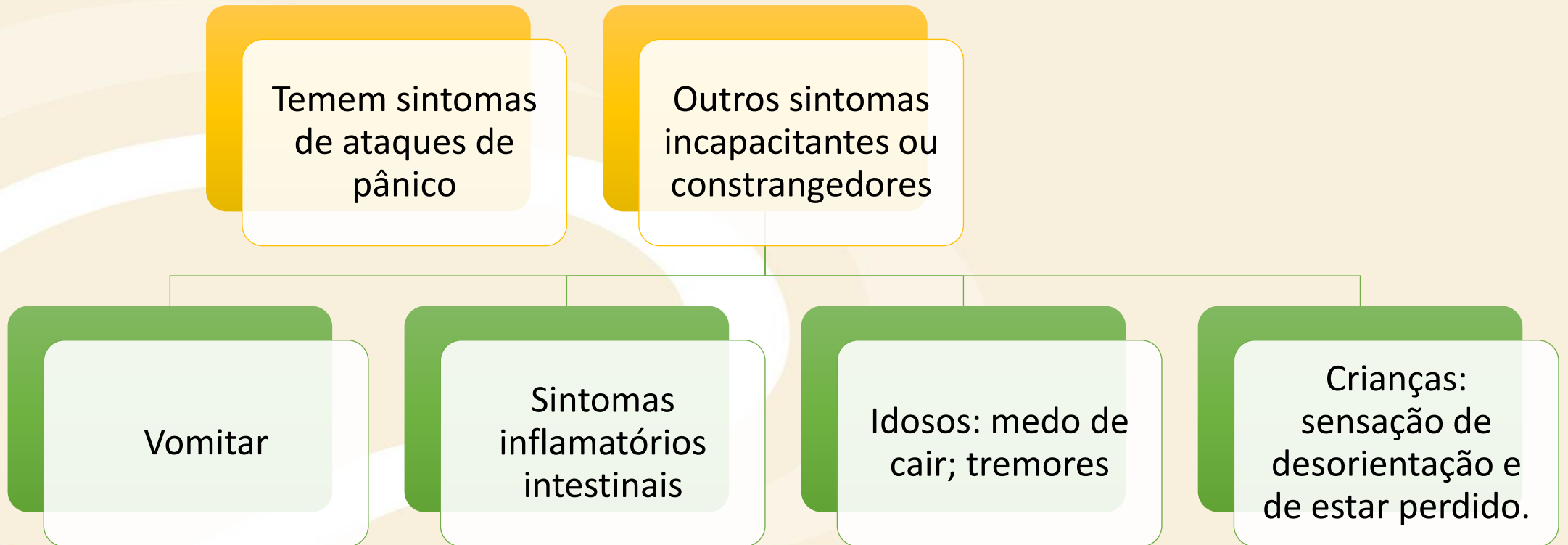


Agorafobia

Agorafobia | critérios

1. Medo/evitação de pelo menos **2 situações**
 - Uso de transporte público; Permanecer em espaços abertos; Sair de casa sozinho; ficar em meio a uma multidão
2. Cognição: **“se passar mal não vou conseguir escapar/ajuda!”**
3. As situações agorafóbicas são **ativamente evitadas**, requerem a presença de uma companhia ou são suportadas com intenso medo ou ansiedade.
4. O medo, ansiedade ou esquiva é **persistente**, geralmente durando mais de **seis meses**.

Agorafobia





Transtorno de ansiedade social (fobia social)

Fobia social | critérios

1. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais **situações sociais**.
 - **Cognição envolvida: “serei avaliado negativamente”**
 - interações sociais (manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares)
 - ser observado (comendo, bebendo ou escrevendo)
 - situações de desempenho diante de outros (proferir palestras; apresentações).
2. Teme agir de forma a **demonstrar** sintomas de ansiedade
3. As situações sociais **são evitadas** ou **suportadas** com intenso medo ou ansiedade – **desproporcional**
4. Sintomas persistentes por pelo menos **6 meses**
5. Pode levar a extremo **isolamento** social

**"Eu me
preocupo sobre
tudo, o tempo
todo"**



**Transtorno de
Ansiedade
Generalizada
(TAG)**

TAG – critérios

1. Ansiedade/preocupação com **diversos eventos ou atividades**

2. Maioria dos dias por pelo menos **6 meses**

3. Apresenta **3/6 sintomas**

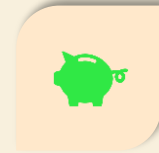
1. Inquietação
2. Fatigabilidade
3. Irritabilidade
4. Concentração
5. Tensão muscular
6. Perturbação do sono



RESPONSABILIDADES NO TRABALHO



SAÚDE



FINANÇAS



SAÚDE DOS MEMBROS DA FAMÍLIA

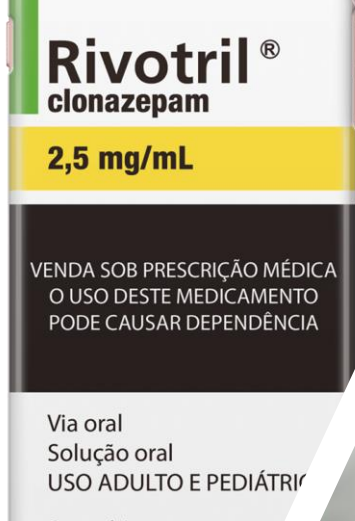


DESGRAÇAS COM SEUS FILHOS



Tratamento medicamentoso dos transtornos de ansiedade

- **ISRS**
- Em pacientes ansiosos ou somatizadores iniciar com a metade da dose terapêutica recomendada:
 - Fluoxetina – 10mg na 1^o semana; passar para 20mg a partir da 2^a semana.
 - Citalopram - 10mg na 1^o semana; passar para 20mg a partir da 2^a semana.
- Associação com BZD no início do tratamento ajuda na tolerabilidade inicial aos ISRS's



Benzodiazepínicos

Benzodiazepínicos

Tratamento **AGUDO**

Vai colocar benzo?

Então **TIRE!!!**

Diazepam (5-20mg)

- Valium
- Meia vida longa
- Utilizado em delirium tremens – doses mais elevadas

Clonazepam (0,25 – 4mg)

- Rivotril; Clopam
- Meia vida longa
- Formulação SL útil para abortar crises de pânico e manejo de ansiedade de desempenho



#SETEMBROAMARELO

Seja solidário.

Nós nunca sabemos
o que cada pessoa enfrenta.



COMOVAI VOCÊ?

Ligue 188

Jornada Alagoana de Psiquiatria

"Psiquiatria e Modernidade"

20 E 21 DE SETEMBRO
HOTEL BEST WESTERN PREMIER

PALESTRANTE CONFIRMADO

Dr. Amaury Cantilino

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE. Professor Adjunto de Psiquiatria da UFPE. Membro da comissão de saúde mental da mulher da ABP. Idealizador do Instagram "Novos Papers Psiquiatria". Mais de 80 artigos

CARGA HORÁRIA 20h CERTIFICADA

XXV Jornada Alagoana de Psiquiatria

"Psiquiatria e Modernidade"

20 E 21 DE SETEMBRO
HOTEL BEST WESTERN PREMIER

PALESTRANTE CONFIRMADA

Alexandrina Meleiro

Doutora em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da USP. Médica da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Coordenadora da Comissão de Estudo e Prevenção de Suicídio da ABP

REALIZAÇÃO: **AAP ASSOCIAÇÃO ALAGOANA DE PSQUIATRIA**

INSCRIÇÕES: **COMUNIC EVENTOS**
comunicaveventos.com.br

f aapsiquiatria @ aapsiquiatria

XXV Jornada Alagoana de Psiquiatria

"Psiquiatria e Modernidade"

20 E 21 DE SETEMBRO
HOTEL BEST WESTERN PREMIER

PALESTRANTE CONFIRMADA

Carmita Abdo

Psiquiatra, Professora do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMU. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) para o triênio 2017-2019.

REALIZAÇÃO: **AAP ASSOCIAÇÃO ALAGOANA DE PSQUIATRIA**

INSCRIÇÕES: **COMUNIC EVENTOS**
comunicaveventos.com.br

f aapsiquiatria @ aapsiquiatria

Inscrições: comunicaveventos.com.br

XXV Jornada Alagoana de Psiquiatria

"Psiquiatria e Modernidade"

20 E 21 DE SETEMBRO
HOTEL BEST WESTERN PREMIER

CARGA HORÁRIA 20h

INSCRIÇÕES: **COMUNIC EVENTOS**
comunicaveventos.com.br

REALIZAÇÃO: **AAP ASSOCIAÇÃO ALAGOANA DE PSQUIATRIA**

f aapsiquiatria @ aapsiquiatria