



# idoso

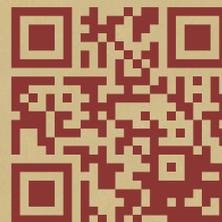
11º CONGRESSO  
**NACIONAL**

2º Simpósio  
Luso-Espanhol

19-20|maio|2017

Centro de Congressos  
do Hotel Porto Palácio

**PROGRAMA  
CIENTÍFICO**



Consultar  
Programa Científico

## *Geriatría 2017*

A idade & o conhecimento  
aliados no futuro





Caros Colegas e Amigos

A realização desta 11ª edição do Congresso Nacional do Idoso é, só por si, um facto para celebrar. Na verdade, não são muito frequentes as reuniões médicas em Portugal que resistem à dura prova dos anos.

Mas, é também a prova evidente de que esta realização, dirigida a uma medicina por grupo etário multidisciplinar e multivocacional, é vista por muitos profissionais de diferente formação científica e profissional como importante para a sua formação e atualização.

Acreditamos que os cuidados aos seniores terão de ser progressivamente mais profissionalizados e também menos hospitalocêntricos, englobando conceitos crescentemente em aplicação, quer no estrangeiro, quer em centros especializados do nosso país, de que os cuidados domiciliários são um bom exemplo.

Mas também – é importante destacar – os apoios aos seniores ativos e disponíveis que por mais tempo poderão dar o seu contributo a uma sociedade, que os terá de integrar e deles retirar o melhor dos seus conhecimentos e experiência de vida.

Acredito assim que teremos um excelente congresso, do qual espero que saiam todos com mais conhecimento e motivação para ajudar a construir uma sociedade onde os seniores, quer sãos, quer doentes, sejam parte integrante e valorizada.

Por fim, mas não em último lugar, gostava de deixar expressa a minha profunda gratidão a todos os conferencistas e moderadores das sessões, aos membros da Comissão Científica, à Santa Casa da Misericórdia do Porto e à Indústria Farmacêutica, que generosamente connosco colaboram.

Gostaria de finalizar destacando a importância, relevância e gratidão devida à prestigiada Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia e muito em especial ao seu presidente Dr. José López Trigo, que connosco tem colaborado nas últimas edições deste Congresso.

**A todos um sincero voto de boas-vindas e bom congresso!**

José Canas da Silva  
Presidente da Comissão Organizadora



## Comissão de Honra

**PROF. DOUTOR ADALBERTO CAMPOS FERNANDES** Ministro da Saúde > **DR. JOSÉ ANTÓNIO VIEIRA DA SILVA** Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social > **DR. MIGUEL GUIMARÃES** Bastonário da Ordem dos Médicos > **ENFA. ANA RITA CAVACO** Bastonária da Ordem dos Enfermeiros > **DR. RUI MOREIRA** Presidente Câmara Municipal do Porto > **DR. PIMENTA MARINHO** Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP > **DR. JOSÉ MARIA DA SILVA HENRIQUES** Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos > **DR. ANTÓNIO TAVARES** Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto > **DR. MANUEL DE LEMOS** Presidente do Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas > **DR. RUI FOLHAIS** Presidente do Conselho Diretivo do ISS - Instituto da Segurança Social, IP



## Comissão Organizadora

**PRESIDENTE: DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

**PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA** Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Director Clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras), Braga; Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina; Membro Honorário da *World Psychiatry Association* (WPA); Presidente da Associação de Saúde Mental de Língua Portuguesa > **DR. ÁLVARO FERREIRA DA SILVA** Diretor Clínico do Serviço de Saúde de Medicina Social da Santa Casa da Misericórdia do Porto; Membro da Direção do Colégio de Geriatria da Ordem dos Médicos > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Médica da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ (ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo) > **DR. JOSÉ A. LÓPEZ TRIGO** Médico Geriatra; Área de Acessibilidade Universal del Ayuntamiento de Málaga. Chefe de Serviço de Geriatria, Hospital Quirón; Presidente da Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) > **DR. MÁRIO PINTO** Médico da Presidência da República; Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos; Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar > **DR. RUI CERNADAS** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos



## Comissão Científica

**PRESIDENTE: PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA** Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Director Clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras), Braga; Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina; Membro Honorário da *World Psychiatry Association* (WPA); Presidente da Associação de Saúde Mental de Língua Portuguesa

**DR. ABEL CARDOSO** Advogado, Santa Casa da Misericórdia do Porto > **DRA. ALBERTINA AMORIM** Mesária Saúde/Social, Santa Casa da Misericórdia do Porto > **DR. ÁLVARO FERREIRA DA SILVA** Diretor Clínico do Serviço de Saúde de Medicina Social da Santa Casa da Misericórdia do Porto; Membro da Direção do Colégio de Geriatria da Ordem dos Médicos > **DRA. BENEDITA NUNES** Diretora do Serviço Social no Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada > **PROF. DOUTOR CARLOS VAZ** Professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP); Coordenador do Curso Internacional de Geriatria Clínica da FMUP; Reumatologista do Centro Hospitalar S. João, Porto > **DR. CARLOS VERDEJO BRAVO** Serviço de Geriatria, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense (Madrid); Vice-Presidente de Geriatria da Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) > **ENFA. CATARINA PAZES** Enfermeira, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ (ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo) > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Médica da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ (ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo) > **DRA. CRISTINA MAIA E COSTA** Assistente de Clínica Geral; Sávica, EDP > **PROF. DOUTOR FERNANDO NOLASCO** Chefe de Serviço de Nefrologia; Diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE > **DR. FILIPE PALAVRA** Neurologista, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra > **PROFA. DOUTORA FILOMENA MENDES** Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora; Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Demografia > **DR. FREDERICO FERRONHA** Especialista em Urologia; Hospital de S. José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE > **DRA. INÉS AIRES** Assistente de Nefrologia, Serviço de Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE > **DRA. INÉS MACHADO VAZ** Especialista em Medicina Física e de Reabilitação; Centro de Reabilitação do Norte - Dr. Ferreira Alves, Vila Nova de Gaia > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Deputada pelo CDS-PP > **DR. JOSÉ A. LÓPEZ TRIGO** Médico Geriatra; Área de Acessibilidade Universal del Ayuntamiento de Málaga. Chefe de Serviço de Geriatria, Hospital Quirón; Presidente da Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DR. JOSÉ GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ** Médico Geriatra; Responsável de Formação Continuada, Área de Gestão Clínica de Geriatria, Hospital Monte Naranco. Oviedo; Tesoureiro da Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) > **DR. JOSÉ LUIS GONZÁLEZ GUERRERO** Chefe de Serviço e Tutor de MIR; Hospital Nuestra Señora de la Montaña de Cáceres, Serviço de Geriatria, Complexo Hospitalar de Cáceres; Vogal da Área Clínica da Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) > **DR. JOSÉ MEIRELES** Especialista em Medicina Interna, Santa Casa da Misericórdia do Porto > **DR. JOSÉ ROSMANINHO SEABRA** Médico Especialista em Otorrinolaringologia, Hospital dos Lusíadas, Porto > **DR. MÁRIO PINTO** Médico da Presidência da República; Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos; Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar > **PROF. DOUTOR PAULO ALVES** Professor Auxiliar da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto > **DR. PAULO AZAMBUJA** Especialista em Gestão, Santa Casa da Misericórdia do Porto > **PROF. DOUTOR PEDRO CANTISTA** Médico Fisiatra, Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE - Hospital Geral de Santo António; Professor Auxiliar do Instituto de Ciências



Biomédicas Abel Salazar > **PROF. DOUTOR PEDRO MONTEIRO** Especialista em Cardiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Cardiologia, UCIC > **DRA. ROSA LÓPEZ MONGIL** Coordenadora do Grupo de Trabalho Nacional de Alimentação e Nutrição; Vice-Secretária Geral da Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG) > **DR. RUI CERNADAS** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos > **DRA. SOFIA DUQUE** Especialista de Medicina Interna com Competência em Geriátria; Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa > **PROFA. DOUTORA SUSANA SILVA** Investigadora Principal, EPIUnit, Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto > **PROF. DOUTOR WALTER OSSWALD** Professor Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Instituto de Bioética da Universidade do Porto



## Comissão de Avaliação de Posters

**PRESIDENTE: DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

**DRA. CRISTINA GALVÃO** Médica da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ (ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo) > **DR. RUI CERNADAS** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos



## Presidentes, Moderadores e Palestrantes

**PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA** Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Director Clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras), Braga; Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina; Membro Honorário da *World Psychiatry Association* (WPA); Presidente da Associação de Saúde Mental de Língua Portuguesa > **DR. ABEL CARDOSO** Advogado, Santa Casa da Misericórdia do Porto > **DRA. ALBERTINA AMORIM** Mesária Saúde/Social, Santa Casa da Misericórdia do Porto > **DR. ALBERTO MELLO E SILVA** Medicina Interna e Cardiologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Professor da NOVA MEDICAL SCHOOL / FCM, Lisboa; Presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose > **DR. ÁLVARO FERREIRA DA SILVA** Diretor Clínico do Serviço de Saúde de Medicina Social da Santa Casa da Misericórdia do Porto; Membro da Direção do Colégio de Geriatria da Ordem dos Médicos > **DRA. BENEDITA NUNES** Diretora do Serviço Social no Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada > **DR. CARLOS RABAÇAL** Cardiologista, Hospital de Vila Franca de Xira > **PROF. DOUTOR CARLOS SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Urologia; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Centro Hospitalar de S. João, Porto > **PROF. DOUTOR CARLOS VAZ** Professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP); Coordenador do Curso Internacional de Geriatria Clínica da FMUP; Reumatologista do Centro Hospitalar S. João, Porto > **DR. CARLOS VERDEJO BRAVO** Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid; Vicepresidente 1º Sociedad Española de Geriátria y Gerontología > **ENFA. CATARINA PAZES** Enfermeira, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ (ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo) > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Médica da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ (ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo) > **DRA. CRISTINA MAIA E COSTA** Assistente de Clínica Geral; Sâvida, EDP > **DR. EDUARDO SERRA BRANDÃO** Especialista em Cirurgia Vascular; Diretor Clínico do Instituto de Recuperação Vascular (IRV) em Lisboa > **DR. FILIPE PALAVRA** Neurologista, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra > **DR. FREDERICO FERRONHA** Especialista em Urologia; Hospital de S. José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE > **DRA. INÊS AIRES** Assistente de Nefrologia, Serviço de Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE > **DRA. INÊS MACHADO VAZ** Especialista em Medicina Física e de Reabilitação, Centro de Reabilitação do Norte - Dr. Ferreira Alves, Vila Nova de Gaia > **DR. JOSÉ A. LÓPEZ TRIGO** Médico Geriatria; Área de Accesibilidad Universal del Ayuntamiento de Málaga. Chefe de Serviço de Geriatria, Hospital Quirón; Presidente da Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG) > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DR. JOSÉ GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ** Médico Geriatria; Responsável de Formação Continuada, Área de Gestão Clínica de Geriatria, Hospital Monte Naranco. Oviedo; Tesoureiro da Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG) > **DR. JOSÉ LUIS GONZÁLEZ GUERRERO** Chefe de Serviço e Tutor de MIR; Hospital Nuestra Señora de la Montaña de Cáceres, Serviço de Geriatria, Complexo Hospitalar de Cáceres; Vogal da Área Clínica da Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG) > **DR. JOSÉ MEIRELES** Especialista em Medicina Interna, Santa Casa da Misericórdia do Porto > **PROF. DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO** Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Presidente Eleito da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose > **DR. MÁRIO PINTO** Médico da Presidência da República; Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos; Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar > **PROF. DOUTOR PAULO ALVES** Professor Auxiliar da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto > **DR. PAULO AZAMBUJA** Especialista em Gestão, Santa Casa da Misericórdia do Porto > **DR. PEDRO MARQUES DA SILVA** Medicina Interna, Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE; Professor da NOVA MEDICAL SCHOOL /FCM, Lisboa > **DRA. ROSA LÓPEZ MONGIL** Coordenadora do Grupo de Trabalho Nacional de Alimentação e Nutrição; Vice-Secretária Geral da Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG) > **PROF. DOUTOR RUI BAPTISTA** Especialista em Cardiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Cardiologia, UCIC > **DR. RUI CERNADAS** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos > **DRA. SOFIA DUQUE** Especialista de Medicina Interna com Competência em Geriátria; Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa > **DRA. SUSANA COSTA** Médica de Família, USF Mirante – Centro de Saúde de Olhão > **PROFA. DOUTORA SUSANA SILVA** Investigadora Principal, EPIUnit, Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto > **DRA. VERA PIRES DA SILVA** Medicina Geral e Familiar, USF Ramada > **PROF. DOUTOR WALTER OSSWALD** Professor Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Instituto de Bioética da Universidade do Porto





08.00h Abertura do Secretariado

09.00-10.30h

## SESSÃO 1

### **OS IDOSOS RESIDENTES NOS LARES**

Moderadora: Dra. Albertina Amorim

**Idosos institucionalizados em Portugal** (15m)

Dr. Álvaro Ferreira da Silva

**Problemas clínicos frequentes dos Idosos institucionalizados em lares** (15m)

Dr. José Meireles

**Metodologia de apoio social aos Idosos institucionalizados e apoio domiciliário** (15m)

Dr. Paulo Azambuja

**Regimes de interdição e inabilitação e da tutela** (15m)

Dr. Abel Cardoso

**Perguntas & Respostas** (30m)

10.30-11.00h

Intervalo

11.00-11.20h

## **Cerimónia de Abertura**

11.20-12.00h

## CONFERÊNCIA INAUGURAL

### **GERIATRIA: UMA NECESSIDADE SOCIAL NUMA SOCIEDADE A ENVELHECER**

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Palestrante: Dr. Mário Pinto

12.00-13.00h

## SIMPÓSIO

### **DA DOENÇA VENOSA À DOENÇA REUMÁTICA: UM PERCURSO SEM FRONTEIRAS – DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS**

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Palestrantes: Dr. Eduardo Serra Brandão e Dr. Rui Cernadas



13.00-14.00h

Almoço

14.00-15.30h

## SESSÃO 2

### **PROBLEMAS COMUNS: DO DIAGNÓSTICO À TERAPÊUTICA**

Moderador: Dr. José Canas da Silva

**Insuficiência renal** (10m)

**Caso clínico com televoto** (10m)

Dra. Inês Aires

**Insuficiência cardíaca** (10m)

**Caso clínico com televoto** (10m)

Prof. Doutor Rui Baptista

**Neuropatia diabética** (10m)

**Caso clínico com televoto** (10m)

Dr. Filipe Palavra

**Perguntas & Respostas** (30m)



## SIMPÓSIO

### CO-MORBILIDADES NO IDOSO – CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS

Presidente: Dr. José Canas da Silva

#### **Introdução** (10m)

Dr. José Canas da Silva

#### **Dor e inflamação no doente idoso: Co-morbilidades e polimedicação** (20m)

Dra. Susana Costa

#### **Doença vascular periférica: O papel da (dis)função endotelial** (20m)

Dr. Carlos Rabaçal

#### **Discussão** (10m)

16.30-17.00h

Intervalo

17.00-18.30h

## SESSÃO 3

### TRÊS GRANDES SÍNDROMES

Moderadores: Prof. Doutor Walter Osswald e Dr. Rui Cernadas

#### **Síndrome pseudo-demencial** (10m)

#### **Caso clínico com televoto** (10m)

Prof. Doutor A. Pacheco Palha

#### **Síndrome de fragilidade** (10m)

#### **Caso clínico com televoto** (10m)

Prof. Doutor Carlos Vaz

#### **Síndrome vertiginosa** (10m)

#### **Caso clínico com televoto** (10m)

Dr. José A. López Trigo

#### **Perguntas & Respostas** (30m)

18.30h

### Fim das Sessões do 1º Dia



# Programa Científico

20  
maio  
2017

Sábado

07.30h

Abertura do Secretariado

08.00-09.00h

### APRESENTAÇÃO DE POSTERS SELECIONADOS

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Moderadores: Dra. Cristina Galvão e Dr. Rui Cernadas

#### **P 01 Viver para a família, morrer com a família**

Diana de Sousa Cabral

#### **P 05 O envelhecimento da população – Caracterização dos doentes muito Idosos internados num serviço de medicina**

Margarida Nascimento, Joana Rodrigues, Marta Freixa, Sara Úria e André Simões

#### **P 07 Impacto da deteção precoce da síndrome de imobilidade no sistema músculo-esquelético no indivíduo Idoso**

Solange Mendonça e Ana Sofia Vitorino

#### **P 08 A face oculta da depressão no Idoso**

Catarina Marrana, Rubina Oliveira e Teresa Remédios



- P 09 Estado mental – O barómetro da saúde global do Idoso**  
Carina R. P. Afonso e Ana Isabel Oliveira
- P 12 Qualidade de vida dos Idosos dependentes residentes no domicílio e sua relação com o tipo de cuidador principal: Familiar vs. não familiar – Um protocolo de investigação**  
Patrícia Lopes Sousa, Sofia Fraga Almeida, Tânia Costa, David Amorim e Manuela Pereira
- P 41 Caracterização clínica e funcional da asma brônquica no Idoso da Beira Interior**  
Vânia Pinto, Isabel Rocha, Patrícia Bernardino e Luís Taborda Barata
- P 50 Alterações de memória: Nem sempre sinónimo de demência**  
Maria Teresa Albergaria, Ana Carolina Bronze e Ana Isabel Machado
- P 101 Realidade da vacinação anti-pneumocócica numa USF**  
Rita Vieira Gomes, João Alves e Rosário Silva
- P 106 007: Permissão para conduzir**  
Joana Sofia Fernandes, Diana Neves Sousa, Ana Ramos Sequeira, Vânia Pinto, Pedro Oliveira, Ana Lucas, Vítor Santos, Celina Pires e Marli Loureiro

09.00-10.00h

#### SESSÃO 4

##### **DESAFIOS PARA QUEM CUIDA...**

Moderadoras: Dra. Cristina Maia e Costa e Dra. Benedita Nunes

**O idoso agressor vs. o idoso vítima** (20m)

Profa. Doutora Susana Silva

**Doente polimedicação: O que podemos e devemos fazer?** (20m)

Dra. Cristina Galvão

**Perguntas & Respostas** (20m)

10.00-10.30h

Intervalo

10.30-12.00h

#### SESSÃO 5

##### **GRANDES DESAFIOS NA PRÁTICA CLÍNICA GERIÁTRICA**

##### **GRANDES RETOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA GERIÁTRICA**

Moderadores: Dr. José A. López Trigo e Dr. José Canas da Silva

**Deterioração cognitiva ligeira. Antecâmara da demência?** (20m)

**Deterioro cognitivo leve. ¿Antesala de la demencia?**

Dra. Rosa López Mongil

**Incontinência urinária. Retenção urinária** (20m)

**Incontinencia urinaria. Retención urinaria**

Dr. Carlos Verdejo Bravo

**Fatores de risco vascular em Geriatria** (20m)

**Factores de riesgo vascular en Geriatria**

Dr. José Gutiérrez Rodríguez

**Delirium. Prevenção e tratamento** (20m)

**Delirium. Prevención y tratamiento**

Dr. José Luis González Guerrero

**Perguntas & Respostas** (10m)

12.00-13.00h



#### SIMPÓSIO

##### **BEXIGA HIPERATIVA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO**

Presidente: Prof. Doutor Carlos Silva

Palestrantes: Prof. Doutor Carlos Silva e Dra. Vera Pires da Silva

13.00-14.00h

Almoço



14.00-15.00h



## SIMPÓSIO

### **CONVERGÊNCIA DE INTERESSES PARA O DIABÉTICO COM DISLIPIDEMIA: PONTO NOS “II”**

Moderador: Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

**A importância de outras lipoproteínas para além do c-LDL: O que podemos e devemos fazer**

Dr. Alberto Mello e Silva

**Eficácia e segurança cardiovascular no controlo da glicemia**

Dr. Pedro Marques da Silva

15.00-16.30h

## SESSÃO 6

### **IDOSO MAS NÃO ACABADO...**

Moderadoras: Dra. Cristina Galvão e Enfa. Catarina Pazes

**Reabilitação e recuperação da independência** (20m)

Dra. Inês Machado Vaz

**Reabilitação do pavimento pélvico** (20m)

Dr. Frederico Ferronha

**Suplementos vitamínicos e antioxidantes: Quando e como?** (20m)

Dra. Sofia Duque

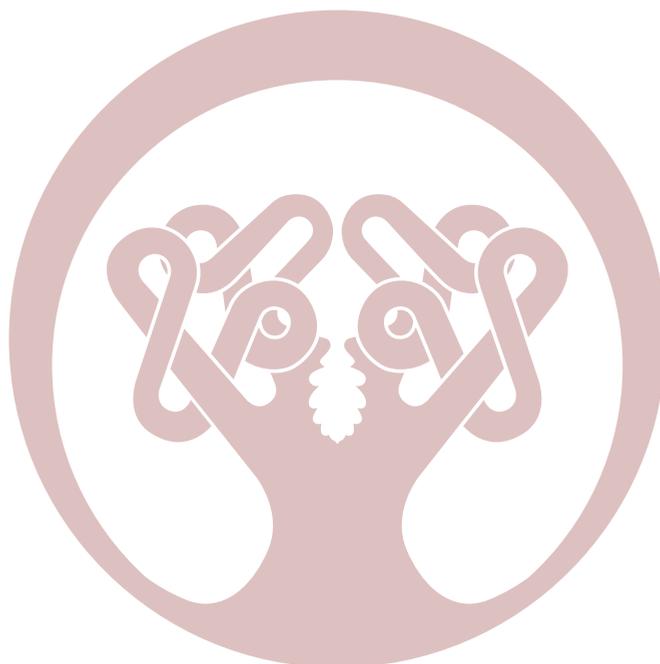
**Prevenção e tratamento das feridas** (20m)

Prof. Doutor Paulo Alves

**Perguntas & Respostas** (10m)

16.30h

**Encerramento do Congresso e entrega de Certificados**





# Resumos dos Posters



## P 01

### VIVER PARA A FAMÍLIA, MORRER COM A FAMÍLIA

Diana de Sousa Cabral

Unidade de Saúde Familiar Saúde Mais

**Enquadramento:** Envelhecer é um processo contínuo que exige uma adaptação socioeconómica, ambiental e familiar. O Médico de Família (MF) deve participar e incentivar o processo de adaptação familiar que permite ao idoso, sempre que possível, viver e morrer com dignidade no conforto do lar e da família.

**Descrição do caso:** Mulher de 90 anos de idade que em agosto de 2012 sofreu queda da qual resultou hematoma mamário e do tornozelo esquerdo. Desde a queda foi observada detioração da função da marcha e aparecimento de tumefação com características sugestivas de malignidade no local do hematoma mamário. Perdeu autonomia total em setembro de 2014, ficando acamada sob os cuidados da família, MF e Enfermeiro de Família (EF). Mantendo o estado de consciência preservado recusou, sempre, a realização de qualquer exame de imagem ou ida a consulta hospitalar.

Em outubro de 2015 iniciou recusa alimentar e alteração do estado de consciência. Após avaliação médica e discussão com a família foi decidido manter a doente sob os cuidados da família, do MF e EF.

A doente faleceu em março de 2016, sem diagnóstico de causa conhecido, em sua casa junto da família.

**Discussão:** Este caso é um exemplo de como é possível a família ser o principal interveniente nos cuidados do idoso. O trabalho em conjunto entre a família, o MF e o EF foi essencial para manter o conforto e dignidade da doente, respeitando a sua vontade mesmo no final de vida.

## P 02

### BURNOUT DO CUIDADOR

#### – CONHECER, DIAGNOSTICAR, TRATAR

Cristiana Vilaça Fernandes; Cláudia Pereira;

Cristiana Amorim de Carvalho; Pedro Santos Sousa; Teresa Rei Silva  
*Internos Formação Específica de MGF USF Gualtar*

**Introdução:** A prestação de cuidados informais ou familiares corresponde à maior fatia de cuidados de longa duração prestados no domicílio. O envelhecimento populacional e o aumento de portadores de morbilidade crónica levam ao aumento da prevalência do burnout do cuidador, situação muitas vezes despercebida.

**Objetivos:** Rever a abordagem do burnout do cuidador nos cuidados de saúde primários, identificando fatores de risco, características e estratégias de diagnóstico e terapêutica.

**Material e métodos:** Realizou-se uma revisão temática

em bases de dados científicas (*National Guideline Clearinghouse, Guidelines do NHS Britânico, The Cochrane Library, PubMed e UptoDate*), durante o período de janeiro de 2010 a abril de 2017, nas línguas portuguesa e inglesa, com os termos “caregiver burden” e “caregiver overload”.

**Resultados:** Como fatores de risco encontramos sexo feminino, menor nível educacional, maior número de horas de prestação de cuidados, depressão, isolamento social e problemas financeiros. A avaliação do burnout envolve a identificação do cuidador principal e outros prestadores de cuidados, incorporação das necessidades e preferências de ambos; educação e formação de cuidadores, bem como avaliação periódica do doente crónico e seu cuidador. Como tratamento, encontramos alguma eficácia em intervenções psicossociais e farmacológicas (que envolvem aquele que cuida e aquele que recebe cuidados). O descanso do cuidador deve ser considerado.

**Discussão:** A prevenção e deteção precoce do burnout, promovendo a avaliação regular e sistemática do cuidador, bem como a aplicação de intervenções preventivas e terapêuticas atempadas, é essencial para que este deixe a sua condição de “doente invisível”.

## P 03

### PERFIL DE PRESCRIÇÃO NUMA POPULAÇÃO DE IDOSOS E UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS

Patrícia Zlamalik<sup>1</sup>; Joana Carvalhido<sup>1</sup>; Carla Matos<sup>2</sup>;

Helena Monte<sup>2</sup>; Miguel Santos<sup>2</sup>; Sandra Mimoso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IFE MGF USF Prelada; <sup>2</sup>IFE MGF USF Ramalde

**Introdução:** O aumento da esperança de vida conduziu a um dos aspetos mais marcantes das sociedades desenvolvidas, o envelhecimento da população, com elevada prevalência de doenças crónicas e um conseqüente aumento da prescrição. Face às fragilidades inerentes nesta faixa etária, a utilização de mais medicamentos do que os indicados pode conduzir a interações inapropriadas.

**Objetivos:** Conhecer o perfil de prescrição de duas USF da Freguesia de Ramalde, no Porto, em idosos e avaliar os medicamentos potencialmente inapropriados para a faixa etária, assim como, interações potencialmente inapropriadas segundo os critérios de Beers.

**Material e métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, a partir da avaliação das prescrições de março de 2016 a março de 2017 a 359 idosos.

**Resultados:** Da amostra 60% eram mulheres, a idade média foi de 75,8. Em média apresentavam 9,2 proble-



mas ativos e 7,6 fármacos na medicação crónica.

Os medicamentos mais prescritos atuavam no sistema cardiovascular (31,4%), e no sistema nervoso central (25,8%).

Do total dos fármacos prescritos, 14,2% foram considerados inadequados, tendo sido encontradas 157 interações potencialmente inapropriadas, a destacar o uso concomitante de antidepressivos e de ansiolíticos com 2 ou mais fármacos com ação no SNC.

**Discussão/Conclusões:** Os investigadores sugerem o uso dos critérios de Beers na avaliação farmacológica dos idosos, a fim de diminuir a iatrogenia e os riscos associados à medicação.

#### **P 04**

##### **QUEDAS EM IDOSOS**

##### **– UM PROBLEMA MUITAS VEZES ESQUECIDO**

David Torres Marcos; Raquel Portela

*USF Planalto – ACES Lezíria*

As quedas nos idosos são das principais causas de morte acidental com mais de 65 anos de idade.

Utente de 81 anos, viúvo há 5 anos, analfabeto, reside com a filha e uma neta. Foi internado no serviço de Ortopedia do devido a fratura do colo do fémur por queda, pela segunda vez no espaço de um ano. Apresenta como problemas hipertensão arterial essencial, fibrilhação auricular e osteoartroses generalizadas. Toma habitualmente perindopril 4 mg e rivaroxabano 20 mg. Nega hábitos alcoólicos e tabágicos. O doente apresenta hábitos sedentários, sobretudo devido a problemas de mobilidade, necessitando do auxílio de duas bengalas para se movimentar. Costuma fazer pequenas caminhadas. Relativamente à escala de depressão geriátrica de Yesavage apresenta uma classificação de 4 valores (normal/levemente deprimido). No *Mini Mental* obteve uma pontuação de 19 valores (sem defeito cognitivo). Quanto à *Mini Avaliação Nutricional*, o doente apresenta uma classificação de 12 pontos (normal). Salienta-se durante toda a avaliação o medo que o doente tem de voltar a cair. Expressa esse mesmo medo verbalmente, mas também existe esta tradução nas escalas aplicadas. Vê a sua mobilidade e independência restringida, dando-se como incapaz para autonomamente realizar algumas actividades básicas de vida diária.

Mais do que nunca, com o aumento da esperança média de vida, é preponderante a prevenção das quedas fazendo um bom seguimento clínico pensando também na adaptação do meio envolvente.

#### **P 05**

##### **O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO**

##### **– CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES MUITO IDOSOS INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA**

Margarida Nascimento; Joana Rodrigues; Marta Freixa; Sara Úria; André Simões

*Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente, Medicina III*

**Introdução:** A evolução da população portuguesa tem vindo a denotar um continuado envelhecimento demográfico, o que acompanha a tendência mundial. Os doentes idosos apresentam alterações determinadas pelo envelhecimento que afetam todos os órgãos e sistemas.

**Objetivo:** Caracterização da população muito idosa (> 85 anos) internada num serviço de Medicina Interna.

**Material e métodos:** análise retrospectiva e transversal de 1106 doentes, internados num período de 5 anos. Foram analisados: idade, género, demora média de internamento, todos os diagnósticos e mortalidade. Categorização da população: G1 (<85 anos) e G2 (>85 anos).

**Resultados:** foram incluídos no G2 346 doentes (31,3%); em G2, o género masculino é menos prevalente (36,4 vs. 52,9%,  $p<0.001$ ), não se tendo observado diferença na demora média ( $10,4 \pm 7,5$  vs.  $10,2 \pm 10,6$ ,  $p=0,801$ ). G2 tinha mais: hipertensão arterial (75,1 vs. 65,5%,  $p<0,001$ ), insuficiência cardíaca (39,6 vs. 26,2%,  $p<0,001$ ), fibrilhação auricular (31,8 vs. 20,3%,  $p<0,001$ ) e síndrome demencial (13,4 vs. 30,1%,  $p<0,001$ ), embora menos diabetes mellitus (23,1 vs. 32,1%,  $p=0,002$ ), dislipidémia (26,3 vs. 37,1%,  $p<0,001$ ) e obesidade (4 vs. 10,3%,  $p<0,001$ ). Registou-se tendência para o G1 ser mais internado por acidente vascular cerebral (6,3 vs. 3,8%,  $p=0,089$ ) ou enfarte agudo do miocárdio (3,8 vs. 1,7%,  $p=0,094$ ). Sem diferenças na mortalidade (G2 5,8 vs. 4,7%,  $p=0,462$ ).

**Conclusões:** O fenómeno de envelhecimento demográfico acarreta a multiplicação dos problemas de saúde e maior compromisso funcional. O conhecimento da morbilidade e mortalidade na população muito idosa pode contribuir para uma melhoria nos cuidados prestados aos doentes durante a hospitalização com melhor desfecho clínico.

## P 06

### NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA: UM RELATO DE CASO

Helena Clemente; Helena Fernandes; Tomásia Cafôfo; Rita Ferrão; Ana Sousa; Ana Rego; Emanuel Simões; Licínio Fialho  
*USF Global, ACES Oeste Norte*

**Enquadramento:** A neuralgia pós-herpética constitui a complicação mais frequente da infecção Herpes-Zoster, particularmente em doentes idosos e imunodeprimidos, apresentando uma incidência de 10 a 50%.

**Descrição do caso:** Sexo masculino, 85 anos, antecedentes de hipertensão arterial, artrite reumatóide e hipertrofia benigna prostática, medicado com perindopril 10 mg + amlodipina 5 mg, prednisolona 5 mg, metotrexato 2.5 mg, naproxeno 500 mg e dutasterida 0.5 mg + tansulosina 0.4 mg.

Recorre à consulta por erupção cutânea vesicular dolorosa localizada aos dermatómos T3-T6esquerdos, associada a prurido, mialgias e astenia. Foi diagnosticado com herpes-Zoster (HZ) e medicado com valaciclovir 1000 mg, pregabalina 50 mg, paracetamol 1000 mg e deflazacorte 30 mg.

Passado um mês retorna à consulta com resolução completa do rash, mantendo queixas álgicas na zona previamente afectada, que descrevia como sensação de queimadura/picadas. A dor foi classificada como grau 9/10 e ao exame com monofilamento revelou hiperalgesia. Por conseguinte, foi diagnosticado com neuralgia pós-herpética (NPH) e medicado com tapentadol 100 mg, mantendo a pregabalina 50 mg.

Recorre novamente à consulta passadas duas semanas com ligeira melhoria das queixas álgicas (grau 7/10), pelo que as doses de Tapentadol e Pregabalina foram aumentadas para 200 e 100, respetivamente, e foi adicionado um emplastro de lidocaína a 5%. Passadas duas semanas apresentava já melhoria significativa da dor (grau 4/10), tendo sido referenciado para consulta da Dor para seguimento e otimização terapêutica.

**Conclusão:** A dor crónica apresenta um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, pelo que o diagnóstico e tratamento precoces do HZ são fundamentais na prevenção da NPH e consequente redução da morbidade associada.

## P 07

### IMPACTO DA DETEÇÃO PRECOZE DA SÍNDROME DE IMOBILIDADE NO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO NO INDIVÍDUO IDOSO

Solange Mendonça; Ana Sofia Vitorino  
*USF Cidadela (ACES Cascais); UCSP Parede (ACES Cascais)*

**Introdução:** A síndrome de imobilidade (SI) define-se como o conjunto de sinais e sintomas decorrentes da restrição do movimento, com consequências multissistémicas graves. Devido ao envelhecimento populacional é uma entidade cada vez mais frequente, e muitas vezes subdiagnosticada.

**Objetivos:** Avaliar a importância da deteção precoce da SI no idoso após análise das alterações músculo-esqueléticas encontradas.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Pubmed* e *Cochrane Library* de artigos publicados nos últimos 10 anos, em inglês e português, utilizando os termos MeSH: *immobilization, elderly e syndrome*.

**Resultados:** Apesar de o repouso ser recomendado na recuperação de determinadas patologias, hoje reconhece-se que quando prolongado se pode traduzir em consequências multissistémicas graves. Os efeitos mais evidentes da imobilidade verificam-se ao nível do sistema músculo-esquelético. Estudos mostram perda de força e resistência muscular — diminuição de 10-15% da força muscular por cada semana de imobilização — atrofia muscular e perda de flexibilidade. Foi relatada perda progressiva de massa óssea por desuso, com perdas ósseas de cálcio >200 mg/dia. A mobilidade articular encontra-se diminuída, situação agravada no idoso devido ao aumento da proporção de tecido conjuntivo e perda de fibras musculares no envelhecimento. Foi relatado aumento da qualidade de vida em indivíduos com diagnóstico precoce e abordagem multidisciplinar.

**Discussão/Conclusão:** A SI é uma entidade com expressão clínica complexa, com impacto tanto no doente, como nos familiares/cuidadores. A sua identificação e estabelecimento de estratégias preventivas precoces representam um papel fulcral na preservação da função músculo-esquelética e no processo de envelhecimento saudável.



## P 08

### A FACE OCULTA DA DEPRESSÃO NO IDOSO

Catarina Marrana; Rubina Oliveira; Teresa Remédios  
CS Bom Jesus

**Introdução:** A depressão cursa com tristeza e isolamento e pode culminar com o suicídio apresentando, na terceira idade, maiores taxas de morbi-mortalidade. Geralmente tratam-se de depressões atípicas, cujos critérios de diagnóstico não correspondem aos descritos no DSM V e o subdiagnóstico é frequente pela sua apresentação incomum e associação da sintomatologia manifestada apenas às perdas afetivas, económicas e sociais próprias da faixa etária.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 89 anos, com AP de DM 2, HBP, HTA e ICC, medicado com metformina + sitagliptina 1000 + 50, tansulonina, perindopril 10, furosemida 40, bisoprolol 10 e diazepam 5.

Casado há 52 anos, residia com a esposa, a cerca de 40 metros da habitação do único filho e nora, com quem tinha uma boa relação.

Sem queixas de novo ou intercorrências desde a sua última observação, 2 meses antes, comete suicídio em outubro de 2016, com recurso à sua medicação habitual em dose sobreterapêutica. Em retrospectiva, a esposa de 91 anos menciona que o marido referia perda de autonomia e “vida sem sentido” [sic], com 5 meses de evolução.

**Conclusão:** Para deteção precoce e tratamento de depressão no idoso impõe-se a utilização periódica de escalas para o efeito, mesmo que não exista evidência sustentada de depressão à data.

Contudo, a existência de doenças físicas concomitantes pode constituir um factor confusional, dado que os idosos frequentemente associam as queixas psiquiátricas às suas comorbilidades físicas. Neste sentido salienta-se também a importância da prevenção de doença psiquiátrica através de um seguimento adequado, reinserção social e actividades ocupacionais.

## P 09

### ESTADO MENTAL – O BARÓMETRO DA SAÚDE GLOBAL DO IDOSO

Carina R. P. Afonso<sup>1</sup>; Ana Isabel Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Saúde Familiar Viriato; <sup>2</sup>Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

**Introdução:** O *delirium* – síndrome confusional aguda – é caracterizado por início súbito e curso flutuante de alterações da atenção, estado de consciência e cognição, geralmente de etiologia multifatorial. Este pode ser classificado como hipoativo, hiperativo ou misto. Os factores de risco conhecidos incluem idade avançada,

outras síndromes geriátricas (como défices sensoriais auditivo e visual, demência ou défice cognitivo prévios), limitação funcional, multimorbilidade e polimedicção. A ocorrência de *delirium* é um preditor independente da necessidade de hospitalização e aumento da sua duração, bem como fator de risco de dependência funcional e deterioração cognitiva persistentes. Desta forma, a sua prevenção, diagnóstico e tratamento atempados são fundamentais.

**Descrição do caso:** Mulher, 75 anos, reformada, casada, independente nas AVD's, residindo com marido septuagenário. Antecedentes pessoais de HTA, ICC, osteoartrose da anca, hipoacusia, diminuição da acuidade visual e perturbação depressiva. Levada ao SU por quadro subagudo e flutuante de alteração do estado de consciência, desatenção, agitação, insónia e atividade alucinatoria visual. Da abordagem realizada para despiste de causa orgânica, salientam-se a identificação de interrupção de benzodiazepina (toma crónica) precedendo imediatamente o início do quadro descrito, e diagnóstico de ITU, medicada empiricamente.

**Discussão:** Este caso descreve um quadro de *delirium* de etiologia multifatorial (infeciosa e farmacológica), em utente vulnerável com baixa reserva cognitiva. A identificação desta perturbação é fundamental nos diferentes níveis de cuidados de saúde, dado ser frequentemente confundida com perturbações psiquiátricas primárias ou, simplesmente, não reconhecida, cenário comum no idoso, no qual a apresentação da patologia precipitante é frequentemente atípica, inespecífica ou assintomática.

## P 10

### TOCA A MEXER! EXERCÍCIO FÍSICO NO IDOSO

Sofia Mestre Brás Guerreiro; Sara Maria Oliveira Nunes;  
Diana Isabel Ferreira Neto; Susana Alves Pelicano  
USF Venda Nova USF Louresaudável

**Introdução:** Com o aumento da esperança média de vida, deparamo-nos com um número crescente de utentes idosos nos Cuidados de Saúde Primários, sendo cada vez mais importante promover um envelhecimento saudável. A promoção de exercício físico tem efeito positivo na prevenção primária da doença cardiovascular, melhoria perfil lipídico, prevenção diabetes tipo 2, aumento densidade óssea e prevenção de quedas.

Desta forma, é importante saber aconselhar e prescrever a prática de exercício físico.

**Objetivos:** Reunir informação de forma prática para sistematizar a prescrição de exercício físico.

**Material/Métodos:** Pesquisa de artigos de revisão nas bases dados *UpToDate*, *Dynamed*, *Medscape*, *Pubmed*,



publicados nos últimos 5 anos, línguas inglesa e portuguesa, utilizando termos *Mesh elderly, older people e exercise*.

**Resultados:** Segundo as *guidelines* da *American College Sports Medicine* e da *National Institutes of Health* é recomendada a prática de 30 minutos de exercício aeróbio de moderada intensidade pelo menos 3 a 5 dias/semana, no total de 150 minutos.

A *National Health Service Choices* recomenda para idosos a prática de exercícios simples de treino de força, flexibilidade e equilíbrio, que podem ser praticados no domicílio.

**Discussão:** A prática regular de exercício físico é benéfica para a promoção da saúde nos idosos, no entanto, existem utentes que não estão esclarecidos ou desconhecem que tipo de exercícios físicos podem realizar e como devem ser executados.

Tendo em conta este facto, pretende-se criar um folheto informativo sobre o tema para distribuir nos centros de saúde de forma a colmatar esta limitação na prática diária do médico de família.

## **P 11** **OUTROS MARCADORES DE NUTRIÇÃO**

Margarida Nascimento; Marta Freixa; Joana Rodrigues; Sara Úria; André Simões

*Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente, Medicina III*

**Introdução:** A desnutrição caracteriza-se pelo défice, excesso ou desequilíbrio no aporte nutricional e é mais comum nos idosos, podendo ser avaliada por diferentes marcadores.

**Métodos:** Estudo transversal de hospitalizados com mais de 65 anos. O estado nutricional foi analisado através de: índice de massa corporal (IMC), peso ideal pela fórmula de Lorentz, albumina (hipoalbuminémia <2.5 g/dL), *Mini Nutritional Assessment-Short Form* (MNA-SF, >12 nutridos, 7-12 em risco, <7 desnutridos), *Geriatric Nutritional Risk Index* (GNRI, >98 sem risco, <98 em risco) e índice fragilidade de Rockwood. Foi analisada a população com IMC normal, e categorizada em dois grupos: G1 - IMC 18.5-22 e G2 - IMC 22-25.

**Resultados:** Foram incluídos 42 doentes (G1 40,5%); sem diferenças no género (feminino 52,9 vs. 44%,  $p=0,754$ ), idade média (85,1 vs. 82,8 anos,  $p=0,213$ ). O G1 tinha menor perímetro braquial (21,9 vs. 24,4 cm,  $p=0,014$ ), peso (57,5 vs. 64,6 kg,  $p=0,005$ ) e creatinina (0,96 vs. 1,37 mg/dL,  $p=0,024$ ) e maior relação peso ideal/medido (>1; 88,2 vs. 12%,  $p<0,001$ ); não houve diferença na hipoalbuminémia (25 vs. 12%,  $p=0,401$ ). O G1 tinha mais doentes desnutridos ou em risco (MNA-

-SF 88,2 vs. 12%,  $p<0,001$ ; GNRI <92, 68.8 vs. 32%,  $p=0,071$ ) e com mais fragilidade (Rockwood >7, 70,6 vs. 28%,  $p=0,006$ ).

**Conclusão:** O IMC utilizado de forma isolada em idosos não é um bom marcador do estado nutricional, contudo pode ser usado com outros marcadores para identificar populações desnutridas ou em risco. Não só esta avaliação deve ser feita, como os fatores de risco identificados devem ser corrigidos.

## **P 12** **QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DEPENDENTES RESIDENTES NO DOMICÍLIO E SUA RELAÇÃO COM O TIPO DE CUIDADOR PRINCIPAL: FAMILIAR VS. NÃO FAMILIAR – UM PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO**

Patrícia Lopes Sousa; Sofia Fraga Almeida; Tânia Costa; David Amorim; Manuela Pereira  
*USF Alves Martins*

**Introdução:** O aumento progressivo do número de idosos em Portugal acarreta profundas exigências socioeconómicas, de saúde, científicas e éticas. Neste contexto, deve valorizar-se o objectivo de aumentar a longevidade garantindo Qualidade de Vida (QdV) nesse processo. Os cuidadores, familiares ou não, assumem um papel primordial na promoção da QdV dos idosos dependentes.

**Objetivos:** Avaliar a QdV global dos idosos dependentes residentes no domicílio, na Região Centro (RC); verificar se existe relação entre o nível de QdV e o tipo de cuidador principal: Familiar ou não familiar.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, a realizar de janeiro a setembro de 2018, através da aplicação do questionário WHOQOL-OLD validado para a população portuguesa. População: idosos dependentes da RC, residentes no domicílio. Amostra de conveniência, constituída pelos utentes de 5 Unidades de Saúde colaboradoras. Excluídos idosos com perturbação psíquica ou intelectual impeditiva da compreensão e do consentimento livre e esclarecido. Dados recolhidos e tratados recorrendo a estatística descritiva e inferencial, através do programa SPSS 20.0®.

**Discussão:** Dependência implica incapacidade de realizar algumas ou todas as atividades da vida diária, limitando a QdV. O papel do cuidador consiste em colmatar essas necessidades, prestando cuidados e assistência. Importa, porém, compreender se a existência de laços familiares com o cuidador tende ou não a garantir maior QdV do idoso dependente. Embora a recepção de cuidados por familiares reflita apoio e contacto com a família, esta situação pode gerar conflitos e sentimentos de culpa pela sobrecarga emocional e física exigida ao cuidador.



## P 13

### METFORMINA AJUSTADA À FUNÇÃO RENAL EM DIABÉTICOS IDOSOS DE UMA USF

Ana Filipa Bastos Dias<sup>1</sup>; Cristiana Pereira<sup>1</sup>; Carlos Eduardo Bastos Dias<sup>2</sup>; Nicole Santos Marques<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Monte Pedral; <sup>2</sup>USF Vale do Sorraia

**Introdução:** A primeira linha no tratamento da diabetes tipo 2 (DM2) é a metformina. Por ser excretada a nível renal, necessita de ajustes de dose na doença renal crónica (DRC), presente sobretudo na população idosa. Neste sentido, a *American Diabetes Association* preconiza a sua suspensão para taxas de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1.73m<sup>2</sup> e ajuste de dose (≤1000 mg) para TFG entre 30 e 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup>.

**Objetivos:** Avaliar a adequação da prescrição de metformina, de acordo com a TFG na população idosa com DM2, numa unidade de saúde familiar.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal e descritivo. Amostra aleatória simples de utentes idosos com DM2, vigiados na unidade, seleccionada a 17/04/17, com um intervalo de confiança de 95%. Variáveis analisadas: sexo, idade, TFG e dose de metformina. Exclusão de diabéticos não medicados com metformina. Dados colhidos no Medicine One<sup>®</sup> e analisados em Excel<sup>®</sup>.

**Resultados:** A amostra foi constituída por 241 diabéticos, com média de idade 79,5 anos, sendo 51,9% do sexo masculino. Excluíram-se 76 utentes por não estarem medicados com metformina. Dos restante 165, nenhum apresentava TFG <30 e 12,1% tinha TFG ≥30 e < 45, sendo que destes 30% não tinham dose ajustada à função renal, o que corresponde a 3,6% do total de diabéticos medicados com metformina.

**Discussão:** De acordo com os resultados obtidos a grande maioria está medicada com uma dose de metformina ajustada à função renal. No entanto, a manutenção da vigilância é primordial nesta população, por maior risco de DCR pela idade e patologia diabética.

## P 14

### PRESCRIÇÃO DE TERAPÉUTICA ANTI-OSTEOPORÓTICA APÓS FRATURA PROXIMAL DO FÉMUR

Ana Ramos Sequeira<sup>1</sup>; Joana Sofia Fernandes<sup>1</sup>;  
Ana Catarina Lucas<sup>2</sup>; Vítor Santos<sup>1</sup>; Marli Loureiro<sup>1</sup>; Alfredo Carvalho<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>UCSP Covilhã; <sup>2</sup>UCSP Belmonte; <sup>3</sup>Centro Hospitalar Cova da Beira

**Introdução:** As fraturas proximais do fémur são responsáveis por elevada morbidade, perda de capacidade funcional e mortalidade que pode atingir os 20-30% após o primeiro ano de fratura. É fundamental abordar corretamente estas fraturas, nomeadamente garantir um adequado tratamento farmacológico de forma a mi-

nimizar o seu impacto.

**Objetivo(s):** Pretende-se descrever demograficamente os doentes admitidos numa unidade hospitalar por fratura proximal do fémur no período de um ano. Determinar a taxa de prescrição de fármacos anti-osteoporóticos nesses doentes após o evento.

**Material e métodos:** Estudo observacional, descritivo e retrospectivo de uma amostra de 149 doentes internados numa unidade, entre janeiro e dezembro de 2014, por fratura proximal do fémur de baixo impacto e submetidos a tratamento cirúrgico. Recolha de dados através dos processos clínicos informatizados e análise (Excel versão 2013) das seguintes variáveis: sexo, idade, prescrição de tratamento anti-osteoporótico e tipo de tratamento.

**Resultados:** Dos 149 doentes admitidos em 2014, 113 doentes (75,8%) eram do sexo feminino. A média das idades foi de 82,3 anos. Até à data de recolha de dados, 34 doentes (22,8%) tinham prescrição de tratamento anti-osteoporótico registada no processo.

**Discussão/Conclusões:** A predominância destas fraturas em mulheres e a média de idade observada estão em concordância com a literatura. Verificou-se uma baixa taxa de prescrição farmacológica, podendo existir uma subvalorização por ausência de registo. No futuro, será importante investigar os motivos que mais potenciam a inércia terapêutica para que se possa atuar sobre eles e melhorar os índices deste problema de saúde pública.

## P 15

### DEMÊNCIA VASCULAR – A PROPÓSITO DE UM CASO

Ângela Bento Pinto<sup>1</sup>; Beatriz Nobre Filipe<sup>2</sup>; Eduarda Pinheiro<sup>1</sup>;  
Inês Domingues Teixeira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médica Interna de Medicina Geral e Familiar – Unidade de Saúde Familiar Plátano; <sup>2</sup>Médica Interna de Medicina Geral e Familiar – Unidade de Saúde Familiar Quinta da Prata; <sup>3</sup>Médica Interna de Medicina Geral e Familiar – Unidade de Saúde Familiar Ribeira Nova

**Enquadramento:** A demência é uma síndrome clínica caracterizada por défices cognitivos progressivos e por perda de memória. Dado o envelhecimento demográfico surge como uma patologia cada vez mais presente, sendo a etiologia, manifestações e evolução muito variadas.

**Descrição do caso:** Mulher de 67 anos, caucasiana, reformada, analfabeta, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Recorre a consulta no seu Médico de Família em fevereiro de 2017 por perda de memória desde há cerca de 7 meses, tendo iniciado quadro de alucinações auditivas quase ex-



clusivamente no período nocturno em janeiro de 2017 – ouve os vizinhos a falar na escada durante a noite, que já não residem no prédio há muito tempo. Ao exame objectivo, encontra-se calma e adequada, desorientada no tempo, orientada no espaço, discurso pobre mas organizado e coerente e prováveis delírios paranoides e crítica parcial para a doença pois reconhece estar mais esquecida mas não os delírios.

Solicitada TAC crânio-encefálica que relata: “Hipodensidades periventriculares e na substância branca dos centros semiovais, compatível com doença isquémica de pequeno vaso. Também pequenos enfartes lacunares no centro semioval bilateral.

**Conclusão:** O estudo é compatível com atrofia cerebral e doença isquémico-degenerativa, multientarte.”

Assumi-se demência vascular com alucinações e iniciou risperidona 0,5 mg com melhoria da clínica.

**Discussão:** A demência surge como uma síndrome frequente em idade geriátrica com grande impacto na vida do paciente e família. O diagnóstico precoce, permite uma abordagem terapêutica atempada e a instituição de métodos de reabilitação do doente.

## P 16

### RECONHECIMENTO DO SÍNDROME DE FRAGILIDADE: REVISÃO DOS MODELOS DE DIAGNÓSTICO EXISTENTES E PROPOSTA DE ABORDAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Teresa Mendonça Abreu; Sofia Ataíde  
USF Lidador (ACES Maia-Valongo), Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Fernando da Fonseca

**Introdução:** O síndrome de fragilidade caracteriza-se por um estado de declínio fisiológico que se diferencia do processo de envelhecimento natural por ser preditor de maior vulnerabilidade no idoso, nomeadamente no que respeita ao aumento de risco de quedas, incapacidade, institucionalização e mortalidade. A clínica pode ser muito inespecífica, sendo necessária uma procura activa desta entidade. O reconhecimento da fragilidade é importante para identificar os idosos em risco, que possam beneficiar de intervenção. Contudo, existe ainda pouco consenso internacional na definição deste síndrome e na operacionalização dos seus critérios de diagnóstico.

**Objetivos:** Revisão da prevalência do síndrome de fragilidade e dos modelos de diagnóstico descritos até ao momento; identificação de um modelo adequado ao âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

**Material e métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos de revisão, revisão sistemática, e guidelines em bases de dados electrónicas (*Pubmed*,

*National Guideline Clearinghouse, Cochrane*), publicados nos últimos 10 anos, com as palavras-chave *Frail Elderly, Older Adults, Frailty recognition / identification / screening tools*.

**Resultados:** Estima-se uma prevalência de fragilidade em cerca de 10% nos indivíduos acima dos 65 anos e 25-50 acima dos 85 anos. Existe uma grande diversidade e heterogeneidade de instrumentos de avaliação da fragilidade. Os mais amplamente utilizados numa primeira avaliação são o *gait-speed test, timed-up-and-go test*, os critérios de Fried e o questionário PRISMA-7.

**Discussão/Conclusões:** A fragilidade deve ser pesquisada em indivíduos acima dos 65 anos. É necessária uma uniformização de conceitos e de abordagem para a identificação deste síndrome.

## P 17

### INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NA DOENÇA RENAL CRÓNICA

Carla Soares; Beatriz Leite da Cunha; Odília Fortes  
USF São Vicente

**Introdução:** Estima-se que a doença renal atinja 10% da população mundial. Sabendo que estilos de vida saudáveis e equilibrados são fundamentais para reduzir a frequência e impacto da doença renal, o aconselhamento nutricional desempenha um papel preponderante. O objetivo desta revisão é sistematizar as particularidades nutricionais do doente renal crónico.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica na *Pubmed* com os termos *Mesh chronic kidney disease e nutrition*.

**Resultados:** Quando existe lesão renal, a restrição proteica pode atrasar a progressão da doença. Esta restrição deve começar precocemente e, de um modo geral, é recomendada a ingestão de 0,6 a 0,8 g de proteína/kg/dia para indivíduos com DRC estadio 1-4.

A redução do aporte de sódio é crucial, uma vez que a hipertensão arterial é uma das principais causas de doença renal. Em doentes com TFG < 60 mL/min e hipertensos, recomenda-se aporte de sódio inferior a 2 g/dia.

A acumulação de potássio quando a TFG diminui, deve exigir atenção especial dado que a hipercalemia pode causar arritmia ou enfarte do miocárdio. O controlo do fosfato, cálcio, vitamina D e PTH é fundamental para prevenir a doença óssea e a morbidade cardiovascular. É frequentemente necessária a restrição do fosfato alimentar.

A perda de capacidade de concentrar a urina é um dos primeiros sinais de doença renal. Em caso de edema ou hiponatremia torna-se necessário a restrição de líquidos.

**Conclusão:** Um aconselhamento alimentar adequado e



individualizado é fundamental para prevenir a progressão da DRC. Deve ser feita uma avaliação periódica no sentido de reforçar ensinamentos e detetar precocemente estados de desnutrição.

## P 18

### DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO – RELATO DE CASO

Saúl Costa; Hugo Cunha

*Médicos colaboradores da Santa Casa da Misericórdia de Arcos de Valdevez – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*

**Enquadramento:** A RNCCI procura a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas em situação de dependência. A prestação destes cuidados implica a institucionalização do utente e conseqüentemente o afastamento da sua residência habitual.

**Descrição de caso:** Mulher, 94 anos, autónoma, solteira e analfabeta. Sem retaguarda familiar, relação conflituosa com vizinhos. Referenciada para a RNCCI para reabilitação após tratamento conservador de fracturas em D12, L1 e ramos isquiopúbicos esquerdos após queda. Antecedentes pessoais: HTA; BAV 1º Grau; Cirurgia cataratas bilaterais. Medicação habitual: omeprazol 20 mg uma vez/dia, quetiapina 25 mg uma vez/dia, colecalciferol 10 gotas/dia, ivabradina 5 mg uma vez/dia, cálcio oral, colírio.

Durante a estadia na unidade apresentou boa recuperação funcional. Contudo episódios frequentes de choro, fácies tristes, revolta por estar internada (“Quero voltar para casa”), ansiedade, astenia e recusa da alimentação/medicamentos. Comportamento de isolamento no seu quarto. Associado insónia inicial e terminal. Foi medicada com venlafaxina até 75 mg/dia. Ao 2º mês de tratamento estava com menor labilidade emocional, bom controlo tensional e sem novas quedas. Contudo mantinha o seu “único desejo”. Foi programada alta multidisciplinar para o domicílio, com serviço de apoio ao domicílio e centro dia. Ficou medicada com venlafaxina 75 mg e o colírio. 2 meses após alta, teve nova queda com fractura trocantérica.

**Discussão:** Pretende-se transmitir a necessidade do tratamento centrado na pessoa. O doente idoso verbaliza menos frequentemente tristeza, “mascarando” perturbações de humor com os problemas somáticos, como neste caso. A depressão pode assim apresentar-se apenas por somatização ou alterações comportamentais, dificultando o seu diagnóstico.

## P 19

### O PESO DA IDADE

Pedro Figueira; Joana Silva; Graciela Camacho; Ana Teixeira  
*Centro de Saúde de Santa Cruz e Centro de Saúde de Santo António (Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira)*

**Introdução:** Portugal assiste a um envelhecimento populacional crescente, refletindo-se num índice de envelhecimento de 127,8 em 2011, 450 superior ao verificado há 50 anos. Isto acarreta modificações no perfil epidemiológico com aumento da prevalência de doenças crónicas como hipertensão arterial e diabetes. A obesidade, causa *major* de desenvolvimento/progressão destas patologias, deverá ser ativamente identificada. A evidência científica sugere uma correlação entre obesidade e fatores sociodemográficos: sexo, escolaridade, estado civil, situação profissional e familiar.

**Objetivos:** Determinar a prevalência de obesidade e caracterizar fatores sociodemográficos dos idosos das listas de utentes dos autores. Verificar se existe associação entre obesidade no idoso e o seu perfil sociodemográfico.

**Material/métodos:** Estudo transversal analítico dos utentes idosos das listas de utentes dos autores. Dados colhidos do processo clínico: sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, estrutura familiar, diagnóstico de depressão. Tratamento dos dados: SPSS® (teste qui-quadrado e regressão logística multivariável). **Resultados:** 389 idosos, idade média 73.9 anos, 62.2% sexo feminino. Dos obesos (39.3%): 66.0% sexo feminino, 52.3% casados, 62.1% 1º ciclo escolaridade, 75.8% reformados, 37.9% família nuclear (65.5% ciclo Duvall VIII), 28.8% apresentava depressão. Verificada associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre obesidade e idade, escolaridade, estrutura familiar. Regressão logística multivariável: associação positiva entre obesidade e estado civil divorciado, estrutura familiar alargada e diagnóstico de depressão e associação negativa entre obesidade e idade e maior nível de escolaridade.

**Discussão:** Este estudo demonstrou prevalência de idosos obesos sobreponível à nacional, alertando-nos para importância de implementação de medidas preventivas. A associação verificada entre obesidade e alguns fatores sociodemográficos poderá sugerir marcadores de risco de obesidade.

## P 20

### PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: UMA INICIATIVA INUSITADA

Miguel Jeri<sup>1</sup>; Sara Maria Amaral<sup>2</sup>; Pedro Tiago Pinto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>USF São João do Porto, ACeS Porto Ocidental; <sup>2</sup>USF CampuSaúde, ACeS Lezíria, Golegã; <sup>3</sup>USF São João do Porto, ACeS Porto Ocidental

**Enquadramento:** O envelhecimento predispõe a um maior número de patologias, medicação e, consequentemente, interações medicamentosas. O Médico de Família (MF) deve estar preparado para ponderar, individualmente, o risco-benefício da terapêutica no melhor interesse do doente.

**Descrição do caso:** Mulher de 90 anos, com antecedentes de DM2, hipertensão, dislipidemia, IRC, hipotiroidismo e demência de Alzheimer, embora independente nas AVD. Em março de 2017 sofre queda da própria altura com fractura trocantérica, submetida a cirurgia. Após a alta, na consulta domiciliária do MF a doente apresentava-se com confusão, desorientação espaço-temporal e dependência grave, além de diarreia alternada com obstipação. A cuidadora referia recusa da doente à maioria da medicação, mesmo quando triturada, levando o MF a ponderar a sua revisão. A doente estava normotensa; analiticamente revelava HbA1c=5,9%, LDL=110, TSH normal e TFG=37,1. Decidiu-se suspender a metformina, pela nefropatia, ao controlo da DM e aos efeitos gastrointestinais; os anti-hipertensores pelo bom controlo tensional; e a memantina por alterações no estado de consciência. Recomendaram-se estratégias para adesão à restante medicação. Na consulta subsequente a doente estava normotensa, com melhoria do trânsito, do estado de consciência, orientada espaço-temporalmente, embora mantendo limitações da comunicação. Ponderou-se reavaliação psicológica e eventual suspensão da sertralina.

**Discussão:** O risco-benefício da medicação é um cálculo dinâmico que varia com a idade, medicação concomitante e as próprias patologias do idoso, que deve ser aferido sistematicamente, tomando-se uma atitude crítica perante a medicação anteriormente instituída, e suspendendo se necessário considerando novos sintomas, intercorrências, função renal e hepática, estado de consciência e efeitos laterais.

## P 21

### HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA NO IDOSO

Ângela Bento Pinto<sup>1</sup>; Beatriz Nobre Filipe<sup>2</sup>; Eduarda Pinheiro<sup>1</sup>; Inês Domingues Teixeira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médica Interna de MGF – USF Plátano; <sup>2</sup>Médica Interna de MGF – USF Quinta da Prata; <sup>3</sup>Médica Interna de MGF – USF Ribeira Nova

**Introdução:** A hipotensão ortostática é uma condição que afecta mais de 20% dos adultos com mais de 65 anos, verificando-se um incremento da sua prevalência com a idade. Consiste na diminuição da pressão arterial sistólica de 20 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica de 10 mmHg após 2 a 5 minutos na posição de pé quando comparada com a posição sentada ou supina.

**Objetivo:** Auxiliar no diagnóstico e abordagem terapêutica da hipotensão ortostática no idoso.

**Material e métodos:** Pesquisa sistemática nas bases de dados *ClinicalKey* e *Up to Date* de artigos entre 2014 e 2017, em Português e Inglês, utilizando os termos: *orthostatic hypotension in elderly* e “hipotensão ortostática no idoso”.

**Resultados:** A clínica da hipotensão ortostática engloba tonturas, fraqueza, perturbação da visão, palpitações, fadiga e, nos casos mais graves, síncope. É determinante a execução de uma avaliação global que possibilite a identificação da etiologia, que inclui a insuficiência autonómica, a hipovolémia, a patologia neurodegenerativa, cardíaca e endócrina, assim como terapêutica crónica. O objetivo do tratamento baseia-se na melhoria da hipotensão. As medidas não farmacológicas surgem em primeira instância, só se recorrendo a medidas farmacológicas nos pacientes que mantêm sintomatologia incapacitante.

**Conclusão:** A abordagem da hipotensão ortostática deve ser individualizada e adaptada a cada caso. Sendo o Médico de Família habitualmente o primeiro contacto com o doente e família, possui um papel determinante na sua abordagem etiológica e terapêutica.

## P 22

### VITAMINA B12 E O DECLÍNIO COGNITIVO: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Mariana Duque Santos<sup>1</sup>; Ana Lopes da Silva<sup>1</sup>; Nicole Braz<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF Cidade do Lis; <sup>2</sup>USF D. Diniz

**Introdução:** A deficiência de vitamina b12 é uma patologia relativamente comum nos idosos sendo a sua principal etiologia a má absorção causada por patologias gastrointestinais e por interferência com diversos fármacos. É reconhecida a relação entre a deficiência grave desta vitamina e distúrbios neurológicos e psi-



quiátricos como são exemplo a demência, depressão, alterações cognitivas e parestesias. No entanto, não existem recomendações definidas que defendam o uso de suplementos com vitamina B12 como medida de prevenção do declínio cognitivo nos idosos.

**Objetivo:** Avaliar a existência de benefício da suplementação com vitamina b12 na função cognitiva dos idosos.

**Material e métodos:** Pesquisa de revisões sistemáticas (RS), metanálises (MA) e ensaios clínicos randomizados (ECR). Foram utilizadas combinações dos termos *MeSH: Aged e Vitamin B 12, Cognitive Dysfunction e Supplementation*. Para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação utilizou-se a escala *Strength of Recommendation Taxonomy*.

**Resultados:** Foram encontrados 23 artigos dos quais foram selecionados, segundo os critérios de inclusão, 3 RS, 1 ECR e 1 Revisão Baseada na evidência.

**Discussão/Conclusões:** A maioria dos estudos realizados não demonstraram benefício significativo em fazer suplementação com vitamina B12 para prevenir o declínio cognitivo nos idosos. No entanto, dado que a sua deficiência grave pode desencadear alterações neurológicas irreversíveis, esta deverá ser reconhecida e tratada atempadamente.

## P 23

### POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

Pedro Barreira<sup>1</sup>; Joana Campelos<sup>2</sup>; Raquel Sanches<sup>3</sup>

<sup>1</sup>USF Alcáis, Cascais; <sup>2</sup>USF Ara de Trajano, Taipas, Guimarães;

<sup>3</sup>USF S. Julião, Oeiras

**Introdução:** A polimedicação – comumente definida como o uso de 5 ou mais fármacos em simultâneo – é um problema de saúde pública que afeta primordialmente o idoso e apresenta tendência crescente, dado o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de patologias crónicas. Este uso acarreta efeitos deletérios, quer pela ação direta dos fármacos, quer por fenómenos de interação entre eles.

**Objetivos:** Conhecer o estado de arte e promover a discussão e reflexão sobre o tema.

**Metodologia:** Revisão da literatura existente, através de pesquisa de artigos em bases de dados científicas.

**Palavras/expressões-chave usadas:** Idoso, polimedicação, prescrição inapropriada, reações adversas e interações farmacológicas.

**Resultados:** Devido a alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, sobretudo ao nível da distribuição e metabolização, o idoso é mais susceptível aos efeitos deletérios da polimedicação, como são as reações adversas e as interações medicamentosas, que motivam

uma percentagem significativa de idas às urgências hospitalares e internamentos. Existem diversos fatores que predisõem a esta problemática, nomeadamente: especialização médica, com diferentes prescritores para o mesmo doente, necessidade de uso de múltiplos fármacos para a mesma doença e falhas na comunicação.

**Conclusões:** O idoso, caracteristicamente padecendo de multipatologia, está mais suscetível à polimedicação e, conseqüentemente, a todas as suas conseqüências nefastas. É fundamental, num contexto de prevenção, abordar o problema, revendo esquemas terapêuticos, com redução de doses e suspensão/substituição de todos os fármacos desnecessários/inapropriados ou cuja relação risco-benefício não seja claramente vantajosa, com vista ao benefício máximo de cada indivíduo, com menores riscos e custos.

## P 24

### DIZER “NÃO” ÀS BENZODIAZEPINAS: ESTRATÉGIAS APLICADAS NO DESMAME DE BENZODIAZEPINA NUMA IDOSA

Ana Sofia Vitorino; Joana Chaves

UCSP Parede

**Introdução:** As alterações no padrão de sono são bastante frequentes na população idosa. Muitas vezes no tratamento da insónia no idoso utiliza-se benzodiazepinas, que aumentam o risco de queda nestes doentes. O médico de família (MF) tem um papel crucial na gestão e controlo deste problema.

**Descrição do caso:** Sexo feminino, 79 anos, residente com marido, independente para atividades diárias. Antecedentes: hipertensão controlada, fibrilhação auricular, dislipidemia, osteoartroses e tiroidectomia parcial (2012). Medicação habitual: apixabano 5 mg, torasemida 5 mg, lercanidipina 10 mg, bisoprolol 5 mg, glucosamida 625 mg e paracetamol + tramadol e mexazolam 1 mg. Vem acompanhada da filha à consulta de Saúde de Adulto. Queixa-se das dores osteoarticulares, da sensação de instabilidade ao caminhar, desde há muito tempo, e da dificuldade em adormecer apesar do mexazolam. Neste contexto, explicou-se à doente as conseqüências da utilização a longo-prazo do mexazolam, a fisiologia do sono no idoso e a importância das medidas de higiene do sono, sugerindo-se uma redução lenta da sua toma, que a doente concordou. Realçou-se a importância da utilização diária da bengala e da diminuição do mobiliário na casa para diminuir o risco de queda. Envolveu-se a filha na tomada de decisão. Foi otimizada a terapêutica para a dor crónica e remarcada consulta

de reavaliação do desmame da benzodiazepina.

**Discussão/Conclusão:** Através da escuta ativa e do envolvimento do idoso na tomada de decisão é possível iniciar um programa de cessação das benzodiazepinas. Também, devido à proximidade do MF com os restantes elementos familiares, é possível promover o suporte necessário para o sucesso da sua intervenção.

## P 25

### ABORDAGEM DA DOR CRÓNICA PÓS-AVC NO DOENTE IDOSO – UMA REVISÃO

Inês Torrinha Leão; André Nogueira Carvalho; Carlota Saraiva; Marta Almendra Rodrigues; Carla R. Martins; Saúl Costa  
*USF Vale do Vez*

**Introdução:** O acidente vascular cerebral (AVC) é um grave problema de Saúde Pública que afeta maioritariamente a população idosa, sendo responsável por elevado grau de incapacidade. Segundo a Sociedade Portuguesa do AVC, na última década verificou-se uma diminuição da incidência, mas um aumento da prevalência da doença sobretudo à custa de um aumento dos sobreviventes. A dor é um problema clínico frequente pós-AVC, muitas vezes subvalorizado, representando um fator limitante da recuperação funcional e da qualidade de vida.

**Metodologia:** Revisão clássica baseada na pesquisa bibliográfica em livros de texto, *Pubmed* e sítios de Medicina Baseada na Evidência, artigos e Normas de Orientação Clínica nos últimos 10 anos, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando como palavras-chave: Neuralgia e *Stroke*.

**Resultados:** Perante os dados encontrados, tentou-se sistematizar a informação existente, de forma a alertar para a existência destas patologias. O correto diagnóstico e abordagem terapêutica destes quadros clínicos é de importância fulcral, nomeadamente pela existência de várias formas de dor que devem ser distinguidas: omalgia do hemipléxico, dor por patologia musculoesquelética, dor relacionada com espasticidade e quadros de dor neuropática (dor central, síndrome doloroso regional complexo de tipo I).

**Discussão/Conclusão:** A dor é um problema frequente após AVC, podendo persistir durante anos e tornar-se refratária ao tratamento. Desta forma é fundamental o Médico de Família conhecer as principais causas de dor pós-AVC, bem como as estratégias diagnósticas e terapêuticas, uma vez que acompanha o doente após alta clínica dos cuidados saúde secundários e presta cuidados longitudinais.

## P 26

### TREINO COGNITIVO COMPUTORIZADO E MELHORIA COGNITIVA NO IDOSO: REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Vera Costa; Miguel Monte; Edgar Coelho  
*USF São João, ACeS Aveiro Norte*

**Introdução:** Devido ao envelhecimento da população o declínio cognitivo tem vindo a aumentar, interferindo com a qualidade de vida do idoso. O treino cognitivo computadorizado (TCC) é recomendado para mitigar o seu aparecimento e o seu tratamento.

**Objetivo:** Determinar a evidência disponível sobre o TCC na prevenção e melhoria do declínio cognitivo no idoso. **Material e métodos:** Pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), metanálises (MA), revisões sistemáticas (RS) e ensaios clínicos (EC), sem limites temporais, nas línguas portuguesa, espanhola, francesa e inglesa, nas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência, utilizando o termo *computerized cognitive training*. Para a avaliação dos estudos e atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR) foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

**Resultados:** Foram encontradas 200 referências e 9 artigos cumpriam os critérios de inclusão. Destes, 6 artigos (1 MA, 2 RS e 3 ECAC) visavam a intervenção em idosos cognitivamente saudáveis, verificando-se que o TCC é moderadamente eficaz na melhoria da performance cognitiva (NE 2) e 3 artigos (1 MA, 1 RS e 1 ECAC) visavam a intervenção em idosos com comprometimento cognitivo ligeiro/demência, verificando-se que o TCC é eficaz na cognição global, alguns domínios cognitivos e funcionamento psicossocial (NE 2).

**Discussão/Conclusões:** O TCC é eficaz na melhoria da performance cognitiva de idosos cognitivamente saudáveis ou com deterioração cognitiva ligeira/demência (NE 2), podendo ser uma estratégia recomendada (FR B). Contudo, são necessários estudos mais adequados e com medição de resultados a longo prazo.

## P 27

### PAPEL DO EXERCÍCIO FÍSICO NA PREVENÇÃO DE FRATURAS NA PÓS-MENOPAUSA

Ana Sofia Vitorino<sup>1</sup>; Joana Chaves<sup>1</sup>; Solange Mendonça<sup>2</sup>; Carolina Ponte<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UCSP Parede; <sup>2</sup>USF Cidadela; <sup>3</sup>USF KosmUS

**Introdução:** A menopausa aumenta o risco de quedas devido à menor performance física, instabilidade postural e medo de queda.

**Objetivos:** Rever o papel do exercício físico (EF) na prevenção de fraturas na pós-menopausa e identificar os



melhores tipos de EF nesta faixa etária.

**Métodos:** Pesquisa em bases de dados de Medicina Baseada na Evidência de artigos de revisão, ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC), guidelines e normas de orientação clínica (NOC) dos últimos 10 anos. **Palavras-chave:** *Exercise, postmenopause e fracture prevention.*

**Resultados:** Obtiveram-se 52 artigos. Foram incluídos: 2 ECAC, 5 artigos revisão, 1 *guideline* e 1 NOC. Um ECAC revelou que EF melhora a densidade mineral óssea (DMO) numa fase inicial em mulheres com osteopenia, mas sem efeito após 16 anos. Exercícios de baixo impacto são eficazes na postura, flexibilidade, balanço dinâmico e diminuem o medo de queda, podendo-se ajustar a diferentes condições de saúde. Na osteoporose, a natação e ciclismo têm pouco benefício na prevenção de quedas. Caminhar tem pouco benefício na DMO na pós-menopausa. A *North American Menopause Society* encoraja o EF regular para redução do risco de quedas. A NOC027/2011 refere que a prática de EF deve fazer parte da prevenção primária da osteoporose, mas sem evidência clínica suficiente de que diminua o risco de fraturas.

**Discussão/Conclusão:** A prática de EF regular e de baixo impacto tem benefício inequívoco para manter um estilo de vida saudável e melhorar a performance física na pós-menopausa. Mas ainda não existe consenso sobre o seu benefício na prevenção de fraturas.

## P 28

### O BEM E O MAL DA MEDICINA NO ENVELHECER – ANÁLISE START E STOPP EM DOENTES COM > 85 ANOS

Floriano Duarte Cruz<sup>1</sup>; Carolina Gonçalves<sup>2</sup>; Pedro Almeida<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF São Simão da Junqueira, ACES Póvoa Varzim/Vila do Conde; <sup>2</sup>USP Guimarães/ACES Alto Ave

**Introdução:** As reações adversas medicamentosas e iatrogenia terapêutica, potenciadas pela polimedicação, são problemas graves de saúde pública.

Isto é especialmente importante na população idosa devido à fragilidade associada à idade cronológica e número de comorbilidades.

Os critérios START (*Screening Tool to Alert to Right Treatment*) e STOPP (*Screening Tool of Older People's Prescriptions*) foram publicados em 2008 (atualizados em 2015), com o intuito de minimizar prescrições inapropriadas nos idosos. Incluem lista de medicações potencialmente omissas (MPO)–START-, e medicações potencialmente inapropriadas (MPI) -STOPP. Estes critérios não se encontram validados para Portugal.

Parece haver uma maior eficácia, facilidade e adapta-

ção à realidade europeia, comparativamente aos critérios Beers.

**Objetivo:** Caracterizar e quantificar a utilização de MPO e MPI nos doentes com mais 85 anos numa Unidade de Saúde Familiar.

**Material/Métodos:** Estudo descritivo transversal. Analisada medicação recorrendo aos critérios START/STOPP (traduzido para português) através de Excel<sup>®</sup> 2013.

**Resultados:** A amostra incluiu 196 utentes (2,2% total USF), média 88,9 anos (DP=3,4), 73,5% sexo feminino. Foram analisados 1263 medicamentos. Aplicaram-se os critérios START e STOPP tendo sido identificados 7,1% MPO e 15,1% MPI. Os sistemas com MPI foram sistema nervoso central (17,9%), cardiovascular (15,8%), gastrointestinal (2,1%) e urogenital (1,7%); e MPO foram sistema endócrino (32,6%,cardiovascular (24,5%), musculoesquelético (22,6%) e nervoso central (14,3%).

**Discussão/Conclusões:** A aplicação destes critérios constitui uma ferramenta de aplicação algo longa, mas importante, na análise da terapêutica instituída no nosso doente idoso, de forma a minimizar efeitos adversos. Os valores encontrados, apesar de sobreponíveis a alguns trabalhos, obrigam a uma reflexão pessoal. Este trabalho é um proxy para um trabalho de auditoria clínica, a iniciar brevemente.

## P 29

### EVIDÊNCIA ATUAL DO IMPACTO DO EXERCÍCIO FÍSICO NA DEMÊNCIA

Alexandre Bento de Abreu; Ana Elisabete Costa;  
Ana Francisca Costa; Ana Pinho Matos; Carla Barbosa Duarte;  
Filipa Coelho; Sara Figueira; Tracey Fernandes  
USF Salvador Lordelo

**Introdução:** A demência é uma patologia frequente no idoso, com significativa morbidade e crescente prevalência. A sua associação com a atividade física (AF) tem sido alvo de controvérsia.

**Objetivo:** Rever a evidência atual do impacto do exercício físico na demência.

**Metodologia:** Pesquisa de meta-análises (MA) e revisões sistemáticas (RS) na *Pubmed*, entre 2012 e 2017, em língua portuguesa e inglesa, usando os termos *MeSH Exercise* e *Dementia*. Foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) para classificar os artigos.

**Resultados:** Encontraram-se 24 artigos, 3 dos quais cumpriram os objetivos propostos: 1 MA nível de evidência (NE) 1, 1 MA e 1 RS de NE 2, que sugerem que o exercício físico moderado poderá ser suficiente para

reduzir o risco de demência, assim como melhorar a capacidade física da pessoa com demência (PCD), com efeito mais significativo na doença de Alzheimer e ligeiramente superior nos homens. A inatividade física é avançada como um fator de risco modificável importante em todos os subtipos de demência, exceto o vascular. A AF combinada (exercício aeróbio e força muscular) demonstrou os melhores resultados.

**Conclusão:** Existe evidência promissora que o exercício pode melhorar principalmente a capacidade física da PCD, mas também o desempenho das atividades de vida diárias, assim como diminuir o risco de demência no idoso (SOR A). No entanto, ainda não foi evidenciado benefício noutros componentes desta patologia como na cognição, sintomas neuropsiquiátricos ou depressivos. Os autores consideram necessários adicionais estudos de elevada qualidade para avaliar com segurança esta complexa relação.

### **P 30** **INFLUÊNCIA DA VITAMINA B12 NO DÉFICE COGNITIVO EM IDOSOS**

Inês Vale; Kristina Rabcheva; Mariya Senkiv; Celestina Ventura  
*Unidade de cuidados de Saúde Personalizados de Sines*

**Introdução:** A vitamina B12 é um nutriente de origem animal, que vem sendo associado, nos últimos anos, como participante e influente na atividade sináptica. O défice desta vitamina é relativamente comum nos idosos e, em estudos recentes, parece ter um papel fundamental para a função cerebral e prevenção de síndromes demenciais no idoso. Pode ainda estar na origem de neuropatias, anemia macrocítica, alterações visuais e de memória. Investigações recentes associam défice de vitamina B12 à diminuição de neurotrofinas (fator de crescimento neuronal e BDNF - brain derived growth factor), envolvidas em mecanismos que estão na base da doença de Alzheimer. Baixos níveis de B12 estão, também, na origem de hiperhomocisteinémia, que reduz a angiogénese, provoca neurotoxicidade, culminando em stress oxidativo com interferência sináptica e apoptose.

**Objetivos:** O objetivo desta pesquisa é conhecer os efeitos da vitamina B12 em doentes com défice cognitivo.

**Material e métodos:** Para proceder a este estudo foram pesquisados os termos *Vitamin B12* e *cognitive dysfunction* no *Pubmed* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*. A pesquisa incluía artigos em Inglês, espanhol e Português publicados entre os anos 2006 e 2017.

**Resultados:** A pesquisa conduziu a 49 artigos, dos

quais foram selecionados 15 através da leitura do título. Destes, foi excluído um devido à amostra em estudo, um por estar incluído numa meta-análise e dois por não estarem acessíveis. Sobram assim 11 artigos (2 de revisão, 2 ensaios clínicos aleatorizados, 1 meta-análise, 1 revisão sistemática, 3 estudos transversais e 1 estudo de Coorte).

**Discussão/Conclusões:** A maioria dos estudos foram aplicados em população acima dos 70 anos mas bastante heterogénea nas condições socioeconómicas e de saúde, que nem sempre foram distinguidas. Os métodos de análise cognitiva não são todos comuns, embora todos utilizassem o *Mini Mental State Examination*. Os graus de défice cognitivo nem sempre foram descritos, não se podendo estratificar por graus os efeitos da vitamina. Em alguns estudos verificaram-se fatores de confundimento, como a influência concomitante dos níveis de ómega-3 que poderão interferir nos resultados.

Apesar de quase todos associarem baixos níveis séricos de vitamina B12 a défice cognitivo, esta diminuição não se traduziu em aspetos clínicos nas avaliações feitas por escalas. Apenas um estudo transversal, dentro de todos os estudos observados verificou a associação significativa entre baixos níveis séricos de vitamina B12 e défice cognitivo e depressão no idoso. Contudo, os biomarcadores do défice de vitamina B12 ácido metilmalónico e holotranscobalamina foram associados ao aumento de risco de défice cognitivo em uma revisão sistemática.

Pela interpretação destes estudos não se pode inferir que os níveis séricos de vitamina B12 tenham influência no estabelecimento e progressão do défice cognitivo em idosos, mas são um ponto de partida para uma investigação futura de fatores de risco nutricionais na função neuronal e síndromes demenciais.

### **P 31** **SOFRO DE ABUSO MAS NÃO QUERO CONTAR... QUANDO A VERGONHA SUPERA O MEDO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.**

Diana Costa Marques; Diogo Silva  
*USF Tomada USF Pedro e Inês*

**Enquadramento:** A violência nas relações de intimidade é um problema que não afeta só os casais mais jovens. Existem situações em que as vítimas vivem anos em silêncio e nunca chegam a denunciar a situação, seja por questões culturais, medo de represálias, dependência económica ou vergonha.

**Descrição:** Mulher de 78 anos, antecedentes de diabetes, HTA, obesidade, patologia osteoarticular. Casada há



42 anos. Reside com o marido. Têm um filho que vive próximo. Em consulta de vigilância de DM e HTA, verifica-se que tem uma TA elevada e questiona-se acerca dos valores no domicílio. Com alguma relutância a doente refere que acha que a TA está elevada porque nessa noite discutiu com o marido e, inclusive, teve que se trancar num quarto porque ele a ameaçou de morte. Explorada a situação, percebe-se que sofre de abuso físico e psicológico por parte do marido há cerca de 37 anos, sem nunca ter abordado o tema com ninguém. Contudo, não quer denunciar a situação e não se vai separar porque “seria uma vergonha”.

**Discussão:** A violência nas relações de intimidade nos casais idosos é um desafio para o médico de família. Muitas vezes estas situações são ocultadas pelas vítimas ou, quando partilhadas em consulta, frequentemente a vítima não quer que a mesma seja denunciada. Enquanto médicos de família, temos o dever de fornecer meios de defesa, alertar as vítimas para questões de segurança, bem como dar espaço para a reflexão e trabalhar a situação de forma a criar uma rede de suporte.

### P 32

#### **POLIFARMACOTERAPIA – O DILEMA DO IDOSO: CASO CLÍNICO**

Ana Nabais; Maria Gomes da Costa; Helena Chantre  
*Unidade de Saúde Familiar Eborae – Évora*

**Introdução:** A polifarmacoterapia é habitualmente definida como o uso de medicamentos em simultâneo. Na população idosa representa um problema crescente. A combinação de múltiplos fármacos pode ser benéfica e suportada pela evidência, em especial nos doentes com multimorbidades de evolução crónica. Estas associações potenciam contudo maior risco de iatrogenia e de aumento dos gastos em saúde. A prescrição torna-se um processo particularmente complexo no idoso pela apresentação atípica das doenças, múltiplas comorbidades e a susceptibilidade aumentada a reacções adversas a medicamentos.

**Descrição do caso:** Sexo feminino, 75 anos, analfabeta, casada, família reconstruída e Graffar classe média baixa. Antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia, DPOC e deformação adquirida da coluna. Medicação habitual: Cloxazolam, brometo de tiotrópio, deflazacorte, omeprazol, indapamida, atorvastatina, ibuprofeno, tramadol, palexia retard. Solicita visita domiciliária por quadro de edemas generalizados com compromisso importante da marcha. No exame objectivo verificam-se edemas de predomínio distal (membros inferiores/pés), associados

a sinais inflamatórios bilaterais. Dos exames complementares de diagnóstico solicitados não se verificaram alterações significativas. Em segunda visita domiciliária foi realizada revisão terapêutica onde se constatou a dificuldade na gestão da medicação com falhas na compreensão da posologia e confusão com as embalagens dos diferentes fármacos. Apurámos aumento da dose de corticóide por agravamento das queixas álgicas o qual suspendeu após 1 mês (auto-iniciativa), sem período de descontinuação, o que condicionou um quadro clínico de difícil diagnóstico.

**Conclusão:** Face ao envelhecimento progressivo da população e perante a necessidade crescente de medicar o idoso, exige-se ao médico uma atenção redobrada relativamente à racionalização da polifarmacoterapia.

### P 33

#### **VERTIGEM NO IDOSO – COMO ABORDAR?**

Ana Catarina Lucas<sup>1</sup>; Vânia Pinto<sup>1</sup>; Ana Sequeira<sup>2</sup>;  
Joana Fernandes<sup>2</sup>; Diana Sousa<sup>2</sup>; Celina Rosa<sup>1</sup>; Vitor Santos<sup>2</sup>;  
Marli Loureiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UCSP de Belmonte, ACeS Cova da Beira; <sup>2</sup>UCSP da Covilhã, ACeS Cova da Beira

**Introdução:** A vertigem é um sintoma de ilusão de movimento do próprio em relação ao meio ou vice-versa, constituindo uma queixa frequente em Cuidados de Saúde Primários, especialmente nos idosos. O seu diagnóstico por vezes é dificultado pela inespecificidade das queixas e diagnósticos diferenciais.

**Objetivo:** Elaborar um algoritmo de abordagem da vertigem, orientando o Médico de Família para a sua etiologia provável e tratamento.

**Material e métodos:** Pesquisa bibliográfica de artigos publicados em inglês nas bases de dados *UptoDate* e *Pubmed*, com os termos “vertigo” e “dizziness”.

**Resultados:** Perante um idoso com queixa de tontura, vertigem ou desequilíbrio, questionar a medicação habitual, ingestão de cafeína, nicotina ou álcool, ou se sofreu algum traumatismo craniano. Procurar descrever qual a sensação que o utente refere: falsa sensação de movimento ou sensação rotatória (vertigem); instabilidade ou oscilação (desequilíbrio); sensação de perda de consciência ou desmaio (pré-síncope); ou sintomas vagos relacionados com depressão, ansiedade ou cefaleia. Perante uma vertigem e por forma a estabelecer a sua etiologia (central ou periférica), proceder a uma avaliação inicial com antecedentes pessoais, tempo de duração e intensidade do sintoma, recorrência de crises, fatores desencadeantes, sintomas acompanhantes, exame objetivo com otoscopia, e exame neurológi-

co com avaliação da marcha, prova de Romberg, prova de Fukuda, assim como realização de *head impulse test* e manobra de dix-hallpike.

**Discussão/Conclusão:** A vertigem pode ser a forma de apresentação de diversas patologias. Uma história clínica e exame objetivo dirigidos e estruturados permitem identificar os doentes com necessidade de cuidados urgentes e evitar referências desnecessárias.

### **P 34** **GOTA NO IDOSO**

Adriana Gameiro; Margarida Nunes  
*Centro de Saúde de Portalegre - USF Portus Alacer*

**Introdução:** A gota é uma síndrome clínica que resulta da reação inflamatória aos cristais de urato de sódio nos estados de hiperuricémia.

**Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática sobre a gota no idoso.

**Material e métodos:** Pesquisa de artigos nas bases de dados *UpToDate* e *Scielo*, em português, inglês e espanhol, nos últimos 10 anos, usando os termos *MeSH gout* e *elderly*, revistas médicas e livros de texto.

**Resultados:** Surge geralmente entre os 40 e os 60 anos e afeta predominantemente o sexo masculino. No idoso é a artropatia inflamatória mais comum e a sua prevalência nesta população tem vindo a aumentar. Depois dos 80 anos a sua prevalência é 9% no homem e 6% na mulher. Existe uma associação entre a gota e outras patologias frequentes no idoso, nomeadamente, obesidade, HTA, dislipidémia, insuficiência renal, consumo excessivo de álcool e síndrome metabólica. Os diuréticos e AAS em baixa dose são fármacos que contribuem para a hiperuricémia. No idoso a gota caracteriza-se por um início insidioso, uma afetação poliarticular e deformante, com tofos em locais atípicos, e com uma maior tendência à cronicidade. É importante realizar o diagnóstico diferencial com a artrite reumatóide. O tratamento da crise aguda pode ser realizado com colchicina, AINES e um esquema de curta duração de corticoesteroides. No entanto, os AINES e a colchicina devem ser utilizados com precaução nesta faixa etária.

**Discussão/Conclusões:** O reconhecimento desta patologia é importante porque difere das manifestações clínicas do adulto, sendo importante um correto diagnóstico, uma vez que é potencialmente reversível.

### **P 35** **DAS QUEIXAS ÁLGICAS AO DELÍRIO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Ana Francisca Costa; Ana Pinho Matos; Beatriz Mendonça  
*USF Salvador Lordelo - ACeS Tâmega II VSS*

**Enquadramento:** A prescrição farmacológica na população idosa é um desafio, sendo de extrema relevância evitar a polimedicação. Os idosos são um grupo especialmente suscetível a efeitos adversos e a um maior risco de interações medicamentosas.

**Caso clínico:** Sexo feminino, 78 anos, viúva, 14 filhos, independente nas AVDs. Reside com dois filhos, portadores de Esquizofrenia. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, obesidade, prótese da anca direita e joelho esquerdo. Medicação habitual: sitagliptina + cloridrato de metformina 50/1000 mg 2 vezes/dia; irbesartan + hidroclorotiazida 150/12.5 mg/dia e sinvastatina 20 mg/dia.

Recorre à consulta aberta da USF, em 22/02/2017, por agravamento das poliartralgias habituais. Foi medicada com cloridrato de tramadol + paracetamol 75/650 mg de 8/8 horas. Uma semana depois, recorre ao SU do CHSJ por alterações comportamentais com agitação e insónia, discurso incoerente com alusões a experiências visuais anómalas (entidades humanas e objetos), essencialmente durante o período noturno.

**Exame objetivo:** humor lábil e desadequado, associado a discurso desconexo, centrado em temores de temática dispersa e fugaz. Foram solicitados estudo analítico e TC cerebral que não revelaram alterações compatíveis com delírio de causa orgânica. Assim, teve alta com o diagnóstico de delírio induzido por tramadol e foi medicada com lorazepam 2,5 mg e haloperidol 1-2 mg (curto período).

**Discussão:** A utilização do tramadol, um analgésico frequentemente usado em associação com o paracetamol, despoletou um quadro de delírio nesta doente. Assim, torna-se essencial que o médico de família saiba reconhecer e gerir os efeitos laterais e as interações medicamentosas mais frequentes nesta faixa etária.

### **P 36** **IDOSOS E MEDICAÇÃO: EXAGERO OU RAZÃO? – REALIDADE NA LISTA DE UTENTES**

José Luis Castro<sup>1</sup>; Susana Cordeiro Rita<sup>1</sup>; Fátima Santos<sup>2</sup>; Virgínia Carreiras

<sup>1</sup>Interno da formação específica em Medicina Geral e Familiar na USF Samora Correia; <sup>2</sup>Especialista em Medicina Geral e Familiar na USF Samora Correia

**Introdução:** A polimedicação define-se pela presença



de cinco ou mais diferentes fármacos prescritos cronicamente ao mesmo indivíduo. Na população idosa, esta é uma problemática, com as complicações que lhe estão associadas. O médico de família está numa posição privilegiada para a deteção, gestão e orientação desta situação.

**Objetivos:** identificar e caracterizar os idosos polimedicados em duas listas de utentes da USF Samora Correia.

**Material e métodos:** colheita de dados nos sistemas informáticos SINUS® e SClinico® e posterior avaliação estatística em Excel®.

**Resultados:** dos 739 idosos estudados, 460 são polimedicados (62%), com uma média de 5 fármacos/idoso, perfazendo um total de 3898 fármacos prescritos na medicação crónica ativa. Segundo o critério de Beers, os fármacos de risco mais prescritos em Medicina Geral e Familiar foram: Benzodiazepinas (n=177), diuréticos (n=168), antiagregantes plaquetários (n=106), anti-inflamatórios não esteroides (n=96), opióides (n=64), sulfonilureias (n=55), anticoagulantes (n=43), hipnóticos (n=31) e insulina (n=30).

**Discussão/Conclusão:** a identificação dos idosos polimedicados é importante pela maior prevalência de multimorbilidade, fragilidade, sensibilidade a reações adversas medicamentosas, maior probabilidade de má adesão terapêutica e aumento nos custos em saúde. A revisão da medicação nos idosos é um essencial ponto de partida para a implementação de medidas que contornem esta problemática.

### P 37

#### SUPLEMENTAÇÃO COM VITAMINA B12 NA MELHORIA DOS SINTOMAS DE DEMÊNCIA

Marlene Silva; Teresa Gomes Pereira; Luís Mendes; Rui Gonçalves  
*USF Baião*

**Introdução:** A vitamina B12 encontra-se frequentemente diminuída na população idosa. O seu défice associa-se muitas vezes a diversas patologias, como anemia, demência, depressão e neuropatia. Com base nisto têm surgido no mercado suplementos com vitamina B12, com o objetivo de melhorar o desempenho cognitivo ou atrasar a progressão da doença nos doentes com demência.

**Objetivos:** Determinar se a suplementação com vitamina B12 atrasa ou melhora os sinais e sintomas de demência.

**Material e métodos:** Foi efetuada uma pesquisa de artigos em inglês e português, no período compreendido entre janeiro de 2006 e março de 2017 nas bases de dados *Pubmed/Medline, Cochrane Library, National*

*Guideline Clearinghouse, Dare, NICE, Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase e TRIPDATABASE*, utilizando os seguintes termos *MeSH: vitamin B12 AND dementia AND elderly*. Foi utilizada a escala SORT (*Strenght of Recommendation Taxonomy*) da *American Family Physician* para a atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação.

**Resultados:** Na pesquisa inicial foram obtidos 185 artigos. Foram excluídos 179 por não cumprirem os critérios de inclusão, estarem repetidos ou não obedecerem aos objetivos do trabalho. Dos 6 artigos selecionados: 1 revisão sistemática e 5 ensaios clínicos aleatorizados e controlados. Na maioria dos estudos não mostrou melhoria cognitiva ou de função nos participantes suplementados com vitamina B12.

**Discussão/Conclusões:** Não existe evidência que a suplementação com vitamina B12 em idosos melhore a sua função cognitiva ou de execução. No entanto, existe muita heterogeneidade entre os estudos: diferentes tipos de suplementos utilizados, participantes em diferentes fases de doença, várias comorbilidades e diferentes *outcomes*, o que diminui o poder das conclusões apresentadas.

### P 38

#### PREVALÊNCIA DO SÍNDROME DE FRAGILIDADE NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL

<sup>1,3</sup>Lisa Teresa Moreira; <sup>1,4</sup>Ricardo Torre; <sup>1,3</sup>Ana Castro Rollo;

<sup>1,5</sup>Hugo Silva; <sup>1,6</sup>Vasco Duarte; <sup>2,3</sup>Maria Antónia Cruz

*Interno de formação específica em Medicina Geral e Familiar;*

*Assistente Graduado em Medicina Geral e Familiar;* <sup>3</sup>USF Nova Era; <sup>4</sup>USF Veiga do Leça; <sup>5</sup>USF Cristelo; <sup>6</sup>USF São Miguel-O-Anjo

**Introdução:** O síndrome de Fragilidade (SF) é uma síndrome médica com múltiplas causas e fatores contribuintes caracterizada pela diminuição de força, resistência e funções fisiológicas reduzidas que aumentam a vulnerabilidade de o indivíduo desenvolver dependência funcional e/ou morte.

**Objetivos:** Determinar a prevalência do SF na população da região Norte de Portugal continental.

**Métodos:** Estudo observacional, descritivo e transversal. Selecionou-se uma amostra de conveniência de 408 participantes nascidos antes de 1952, de 4 unidades de saúde familiares. Aplicou-se um questionário demográfico, o questionário PRISMA-7 e o Gait speed test (para uma distância de 4 metros).

**Resultados:** A amostra em estudo incluiu 408 participantes. A média de idades foi de 74,3 ± 6,6, dos quais 54,7% são mulheres, sendo a maioria casado (64,6%) e com o 1º ciclo de escolaridade (46,6%). A Prevalên-

cia do SF foi de 34,5% e a prevalência de participantes Pré Frágeis foi de 18,3% para a amostra em estudo. A prevalência do SF na região Norte de Portugal aumenta com a idade, na população não casada e na população que tem menos de 4 anos de escolaridade.

**Conclusão:** O SF associa-se a maior dificuldade na recuperação da doença, risco de queda, fratura, hospitalização, deterioração funcional, dependência / institucionalização e mortalidade. A intervenção precoce é a medida preventiva mais eficaz.

Palavras chave: *Frailty, geriatrics e frail elderly*

## P 39

### TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA INSÓNIA: PARTICULARIDADES NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA

Ana Francisca Costa; Beatriz Mendonça  
*USF Salvador Lordelo*

**Introdução:** Em indivíduos com mais de 65 anos, a insónia é uma patologia frequente com uma prevalência superior a 50% e consequências socioeconómicas significativas. A gestão deste problema requer uma avaliação criteriosa, nomeadamente no que concerne à terapêutica farmacológica e às limitações da sua substituição em doentes idosos.

**Objetivo:** Rever as indicações e limitações das várias classes farmacológicas utilizadas no tratamento da insónia no idoso.

**Material e métodos:** Revisão clássica através da pesquisa de artigos publicados nos últimos 10 anos na *Medline/Pubmed, UpToDate* e motores de busca genéricos, com os termos *geriatric insomnia, elderly e insomnia treatment*.

**Resultados:** As benzodiazepinas e os hipnóticos não sedativos são largamente prescritos, mas não são isentos de efeitos laterais. Estudos demonstraram que na população idosa as benzodiazepinas podem associar-se a alterações psicomotoras, amnésia e sintomas de abstinência. Já os hipnóticos exercem efeitos negativos sobre o sistema nervoso central e estão associados a risco aumentado de quedas e fraturas. Alguns antidepressivos parecem ser eficazes, no entanto existe pouca evidência para a sua recomendação no tratamento de insónia no idoso. Os anti-histamínicos e outras substâncias naturais são também utilizadas, apesar de não existirem estudos que comprovem a sua eficácia e segurança.

**Conclusão:** Dado tratar-se de um problema frequente, o Médico de Família deverá conhecer quais as opções terapêuticas mais eficazes e seguras no tratamento da insónia do idoso, de modo a garantir a melhoria da qualidade do sono sem riscos para a sua saúde.

## P 40

### ABORDAGEM DO TREMOR NO IDOSO

Vânia Pinto<sup>1</sup>; Ana Catarina Lucas<sup>1</sup>; Celina Pires<sup>1</sup>; Diana Sousa<sup>2</sup>; Joana Fernandes<sup>2</sup>; Ana Sequeira<sup>2</sup>; Marli Loureiro<sup>2</sup>; Vítor Santos<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>ACeS Cova da Beira - UCSP Belmonte; <sup>2</sup>ACeS Cova da Beira - UCSP Covilhã

**Introdução:** O tremor é um movimento cíclico de uma parte do corpo que pode ser fisiológico ou patológico e é dos distúrbios mais frequentes no idoso levando à incapacidade social, psíquica e económica, na maioria dos casos.

**Objetivo:** Criar um algoritmo que oriente o Médico de Família (MF) no diagnóstico diferencial de tremor, facilitando a sua deteção e orientação.

**Materiais e métodos:** Pesquisa bibliográfica utilizando os termos tremor, *aged e elderly* nas bases de revisões *Pubmed, UpToDate e Medscape*.

**Resultados:** O MF ao abordar o idoso com tremor deve proceder ao seu diagnóstico diferencial orientando-o com uma abordagem terapêutica etiológica. Para isso é importante realizar uma história clínica, caracterizar o tipo de tremor (ação *versus* repouso, fisiológico *versus* patológico, topografia e frequência) e examinar objetivamente incluindo o exame neurológico sumário (tipo de marcha, funções cognitivas superiores, pupilas, movimento conjugado dos olhos, movimentos da face/língua, presença de dismetria, instabilidade postural, motricidade fina, tónus muscular e reflexos). Assim, conseguir-se-á diferenciar tremor de repouso (Parkinsonismo) *versus* tremor de ação (tremor cerebelar, essencial e de privação por alcoolismo); tremor fisiológico *versus* patológico (tremor iatrogénico, psicogénico, de causa orgânica) e uma vez estabelecido um diagnóstico faz-se a orientação com terapêutica não farmacológica e /ou farmacológica.

**Discussão/Conclusão:** Sendo o MF muitas vezes o primeiro contacto em situação de doença Neurológica/Psiquiátrica no idoso e o tremor uma doença prevalente neste grupo, a sua abordagem diferencial necessita de uma sistematização que vise o correto diagnóstico, tratamento ou referenciação aos cuidados de saúde secundários.

## P 41

### CARATERIZAÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL DA ASMA BRÔNQUICA NO IDOSO DA BEIRA INTERIOR

Vânia Pinto<sup>1</sup>; Isabel Rocha<sup>2</sup>; Patrícia Bernardino<sup>3</sup>;

Lúis Tabor da Barata<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ACeS Cova da Beira - UCSP Belmonte; <sup>2</sup>ACeS Baixo Mondego

- UCSP Penacova; <sup>3</sup>ACeS Baixo Mondego - USF Flor de Sal;

<sup>4</sup>Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

**Introdução:** A asma brônquica (AB) é uma doença respiratória comum. Existem vários fenótipos de asma que não estão totalmente esclarecidos em idosos. Dois exemplos, são a asma atópica *versus* asma não-atópica e a asma de início tardio (LOA) *versus* asma de longa data (LSA).

**Objetivo:** Caracterizar clínica e funcionalmente a AB em idosos e identificar diferenças fenotípicas.

**Material/Métodos:** Submetemos idosos asmáticos a uma história clínica, exame objetivo e questionários (Escala de Depressão Geriátrica, *Mini-Mental State Examination*, Qualidade de Vida do doente Asmático, teste de Controlo da Asma e teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica) bem como a espirometria e determinação dos níveis de óxido nítrico no ar exalado. A atopia foi verificada com teste cutâneos de alergia e/ou pelos níveis de IgE específica de aeroalergénios.

**Resultados:** Dos 83 idosos, a idade média era de 73 anos, maioritariamente constituída por mulheres, não fumadoras, com excesso de peso, do meio urbano, reformadas da indústria têxtil, com um baixo nível de escolaridade. Predominavam idosos com asma não atópica e do tipo LOA, com asma persistente, leve/moderada, parcialmente/não controlada sem repercussão funcional nem na qualidade de vida e com elevada percentagem de erros na técnica inalatória. Ter história pessoal de doença respiratória e alergias na infância aumentou significativamente o risco de ser LSA e este fenótipo foi mais associado à dermatite.

**Discussão/Conclusão:** Não verificamos diferenças na gravidade, características clínicas ou funcionais dos fenótipos LOA/LSA/atópicos/não-atópicos, podendo resultar de uma amostra de utentes mais velhos do que outros estudos.

## P 42

### ANTI-HIPERTENSORES E RISCO DE FRATURAS NO IDOSO – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Melinda Séra; Andreia Fernandes; Ana Sardo;

Annamária Mohácsi; Joana Guerra; Ana Rita Correia

USF Lauroé; USF Mirante; USF Farol; USF Ria Formosa

**Introdução:** A hipertensão arterial é uma doença de elevada prevalência nos idosos pelo que os anti-hipertensores são amplamente prescritos nesta população. Porém estes fármacos poderão estar envolvidos no aumento do risco de quedas e fraturas.

**Objetivos:** Averiguar a existência de risco aumentado para fraturas com o uso de anti-hipertensores no idoso.

**Material e métodos:** Revisão baseada na evidência com pesquisa de artigos na base de dados Medline publicados em inglês nos últimos 5 anos. Usou-se os termos *MeSH antihypertensive agents e fractures*. A atribuição do nível de evidência foi baseada na *Strength of Recommendation Taxonomy*.

**Resultados:** Da pesquisa resultaram 51 artigos, dos quais 7 foram selecionados para análise. Um estudo demonstrou benefício na redução do risco de fratura de anca com os tiazídicos, enquanto um estudo mostrou que os idosos tinham risco aumentado de fratura da anca no início do tratamento com anti-hipertensivos. Um estudo evidenciou que o uso de anti-hipertensivos estava associado ao risco aumentado de fratura, com exceção do Antagonista do receptor da angiotensina II. Dois estudos mostraram que os idosos com terapêutica anti-hipertensora apresentavam risco diminuído de fraturas. Os estudos apontam que os diuréticos da ansa, alfa-bloqueantes e inibidores da enzima de conversão da angiotensina estão associados ao aumento do risco de fratura da anca, enquanto os bloqueadores dos canais de cálcio têm risco diminuído.

**Conclusões:** A maioria dos estudos encontrados foram observacionais e os resultados foram dispersos. São necessários mais estudos randomizados para esclarecer a relação entre o uso de anti-hipertensores e fraturas.

## P 43

### DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPINAS: PROTOCOLO DE DESPRESCRIÇÃO NOS CSP

Miguel Monte; Edgar Coelho; Vera Costa

USF São João, ACeS Aveiro Norte

**Introdução:** O consumo prolongado de benzodiazepinas (BZD) está associado a fenómenos bem conhecidos como dependência, declínio cognitivo e aumento do risco de queda, especialmente preocupantes nos idosos.



Contudo, dados epidemiológicos demonstram que esta continua a ser uma das classes de medicamentos mais prescrita em todo o mundo.

É importante prevenir e identificar os casos de dependência de BZD, intervindo de forma adequada e individualizada, desempenhando os médicos, nos CSP, um papel fundamental para o cumprimento deste objetivo.

**Objetivos:** Este trabalho visa elaborar um protocolo que oriente os médicos, nos CSP, na desprescrição de benzodiazepinas em doentes com dependência.

**Material e métodos:** Foi feita uma revisão bibliográfica nas principais bases de dados de Medicina Baseada na Evidência entre janeiro de 1997 a abril de 2017 com os seguintes termos *MeSH: Benzodiazepines, Substance Withdrawal Syndrome, Deprescriptions.*

**Discussão:** Há evidência de que a interrupção abrupta da toma de BZD, especialmente em indivíduos com consumos superiores a 6 meses, está associada a efeitos laterais potencialmente fatais.

Por este motivo, é importante identificar os casos em que está indicada a sua descontinuação.

Para conseguir uma abstinência segura e sustentada, é necessário que o doente esteja consciente do risco/benefício destes fármacos e tenha motivação para iniciar a descontinuação. Após uma primeira breve abordagem para aumentar a literacia do doente em relação ao tema e incentivá-lo à descontinuação do fármaco, se esta se mostrar insuficiente, pode ser necessário um acompanhamento mais intensivo, com recurso a intervenções farmacológicas ou psicoterapêuticas específicas para cada caso.

#### **P 44** **NEM TUDO NO IDOSO É CANCRO**

Teresa Gomes Pereira; Marlene Silva; Luís Mendes; Rui Gonçalves  
*USF Baião*

Homem, 79 anos, residente em Baião, viúvo, agricultor. Recorreu à urgência do Hospital Padre Américo em novembro de 2016 por toracalgia e astenia há 8 dias; exame físico sem alterações, linfopenia (2000/uL) no hemograma e citólise hepática com colestase. Em dezembro recorreu à urgência do Hospital de São João por astenia persistente, anorexia e melenas/hematoquezias há semanas, dor abdominal há 8 dias e referência a pico febril de 39,5°C há 2 dias; o exame físico revelou dor à palpação do quadrante inferior direito e blumberg duvidoso; estudo analítico com citólise hepática, colestase e trombocitopenia; ecografia abdominal mostrou esteatose hepática. Foi orientado para o Médico de Família (MF) com recomendação para estudo de tra-

to digestivo e referenciação para Gastroenterologia. O MF objetivou perda de 10 kg em 4 meses e do estudo analítico, endoscópico e de imagem pedidos obteve endoscopias digestivas alta e baixa e TAC toraco-abdomino-pélvico sem alterações de relevo, citólise hepática e colestase mantidas, VDRL, HCV e HVB negativos, e teste HIV positivo confirmado para HIV1. Foi comunicado o diagnóstico ao utente e encaminhado para consulta de Infeciologia do Hospital de Santo António, onde está em seguimento e iniciou tratamento anti-retroviral. Este caso mostra que devemos estar atentos a possibilidade da infeção por HIV em todos os grupos etários, continuando a aposta na educação para a saúde mesmo nos idosos.

#### **P 45** **PREVENÇÃO DE QUEDAS – MAIS VALE PREVENIR QUE REMEDIAR...**

Silvana Amorim; Adriana Sarmento; Sofia Rosas de Araújo;  
Joaquim Sanches

*USF Grão Vasco; USF Infante D. Henrique*

**Introdução:** As quedas são mais frequentes com a idade, apresentando uma prevalência de 30 a 40% a partir dos 65 anos. Aproximadamente metade dos episódios resultam em lesões, das quais 10% são graves e as taxas de lesão aumentam com a idade, sendo os custos médicos associados avultados. As quedas ameaçam a qualidade de vida dos idosos, podendo causar um declínio na capacidade de autocuidado e participação em atividades físicas e sociais.

**Objetivos:** Determinar as características e efetividade de programas de prevenção de quedas em idosos.

**Material e métodos:** Realizada pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed* em abril de 2017, utilizando o termo *MeSH accidental falls* e as seguintes limitações: Revisões sistemáticas, dos últimos cinco anos, escritas em Português, Inglês e Espanhol.

**Resultados:** Obtidos 136 artigos, selecionados 8 após. A determinação do risco de queda é crucial na abordagem do doente idoso. Os programas de intervenção passam pelo exercício físico regular, segurança do ambiente, vestuário e calçado, revisão da terapêutica crónica, psicoterapia, suplementação com vitamina D, avaliação oftalmológica e cardiovascular. Estas estratégias previnem as quedas e as lesões associadas. Embora os estudos sejam unânimes quanto à efetividade dos programas de intervenção, são necessários mais estudos para selecionar o mais favorável.

**Discussão/Conclusões:** As quedas resultam de uma multiplicidade de fatores de risco, muitos dos quais



modificáveis. Os médicos de família desempenham um papel crítico na avaliação do risco e sensibilização para o envolvimento dos idosos em atividades de prevenção de quedas que conduzem à redução da incidência de complicações.

#### **P 46** **USO DE ESTATINAS NO IDOSO NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA**

Ana Filipa Bastos Dias; Carlos Eduardo Bastos Dias  
*USF Monte Pedral; USF Vale do Sorraia*

**Introdução:** O crescente envelhecimento populacional e a elevada prevalência e mortalidade da doença cardiovascular (DCV) no idoso, alertam-nos para a necessidade da sua prevenção. Sendo a dislipidemia um factor de risco CV bastante prevalente no idoso, importa saber acerca da segurança e eficácia do uso de estatinas nestes utentes.

**Objetivos:** Rever a evidência sobre a eficácia e segurança do uso de estatinas na prevenção primária de eventos cardiovasculares na população > 65 anos.

**Métodos:** Pesquisa na base de dados *MEDLINE* e *Cochrane Library* por meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos (EC), publicados nos últimos 10 anos, em inglês e francês. Os termos *MeSH* utilizados foram *statins*, *elderly* e *primary prevention*. Foi utilizada a escala SORT da *American Family Physicians* para a atribuição de níveis de evidência.

**Resultados:** Dos 163 artigos identificados, 8 cumpriram os critérios de inclusão (1 MA, 5 RS e 2 EC). Os estudos mostraram diminuição do número de eventos *major* e mortalidade cardiovascular, com o uso de estatina, em prevenção primária, nos idosos com idades < 75 anos. No entanto, na faixa etária acima dos 75 anos, a maioria dos estudos não apura evidência suficiente para a sua utilização. Havendo apenas dois estudos em que se verifica uma diminuição da mortalidade cardiovascular mas cujo benefício é ultrapassado pelo risco de efeitos adversos.

**Discussão:** Neste momento apenas existe evidência do benefício em usar estatinas na prevenção primária nos indivíduos <75 anos (SORT B). Desta forma, cabe ao médico fazer uma avaliação individualizada do risco/benefício no indivíduo >75anos..

#### **P 47** **MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS EM CONSULTA DO IDOSO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – ESTUDO OBSERVACIONAL**

Hugo Taveira Cunha  
*USF Arquis Nova - ULS Alto Minho*

**Introdução:** A população portuguesa é demograficamente envelhecida.

Comorbilidades e a fisiologia do envelhecimento aumentam o potencial para iatrogenia. Os Critérios de Beers (CB) são uma ferramenta de prescrição no idoso, listando os medicamentos potencialmente inapropriados (MPI).

Em Portugal escasseiam estudos sobre MPI.

**Objetivos:** Conhecer os padrões de prescrição crónica e aguda em consultas médicas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

**Material e métodos:** Estudo observacional e descritivo das consultas dos CSP. Fez-se análise da associação de MPI a polimedicação e outras variáveis da consulta e dos utentes.

Foram estudadas 496 (28,4%) consultas, de 3 unidades dos CSP de Viana do Castelo, durante a primeira semana de janeiro de 2016.

Identificaram-se MPI segundo os CB operacionalizados para Portugal em 2008. Considerou-se polimedicação 5 ou mais fármacos crónicos. Recolheram-se dados das consultas e sociodemográficos dos utentes.

**Resultados:** 63,1% (IC95 : 57,8-68,1) das consultas os utentes estavam polimedicados.

51,6% (IC95 : 47,2-56,0) das consultas havia pelo menos 1 MPI na medicação crónica.

Verificou-se associação significativa ( $p < 0.05$ ) entre consultas com MPI e consultas de doentes polimedicados.

Houve prescrição “aguda” MPI em 38,5% das consultas, incluindo os 23,1% de consultas com prescrição de MPI “agudos” a doentes com MPI na medicação crónica.

**Discussão/Conclusões:** A prescrição de MPI no seguimento de idosos é elevada. Parece associar-se a consultas de utentes polimedicados. A prescrição de MPI “agudos” em utentes com MPI já incluídos na medicação crónica é elevada.

É necessário melhorar os padrões de prescrição médica, sobretudo diminuindo MPI como AINEs, relaxantes musculares, anti-arrítmicos, benzodiazepinas, antidepressivos e sulfonilureias.

## A HIDRATAÇÃO ORAL COMO CUIDADO SEGURO NA PREVENÇÃO DA NEFROPATIA INDUZIDA POR CONTRASTE NO IDOSO NUM SERVIÇO DE IMAGIOLOGIA

Pedro Miguel Mendes Lopes

*Centro Hospitalar de Lisboa Norte-Hospital Santa Maria*

A maximização do potencial de saúde do cliente Idoso envolve o empoderamento do mesmo ou do seu cuidador na implementação de estratégias promotoras da proteção renal, primárias no minimizar de efeitos adversos resultantes dos efeitos sistémicos dos meios de contraste iodados em exames imagiológicos.

A tomada do cliente Idoso como foco de intervenção é importante na esfera de cuidados de Enfermagem. O objetivo deste trabalho é destacar resultados sensíveis de Enfermagem no seio de um serviço de Imagiologia, onde se aposta no cuidado centrado na Pessoa. O autocuidado, o controlo sintomático, a ausência de complicações, o conhecimento da doença e do tratamento são determinantes em ganhos de saúde.

A discutida seriedade da hidratação oral na prevenção de nefropatia neste âmbito pautou uma necessidade de procura de informação e verificação do estado de arte relativo à temática em questão que levantasse certezas e que permitisse uma atuação de Enfermagem fundamentada.

A metodologia adotada foi a revisão sistemática da literatura usando o motor de busca EBSCOhost, na base de dados *MEDLINE with Full Text*, recorrendo aos descritores *contrast induced nephropathy, oral hydration e aged*, articulando-os com o *booleano and*. Obtiveram-se, então, 5 artigos, sendo excluído 1 anterior a 2007.

Nestes estudos assegura-se que um regime de hidratação oral é tão eficaz quanto outras tipologias de hidratação. Os clientes Idosos diabéticos reagem de forma semelhante aos tipos de hidratação implementados; contudo, a obtenção de dados significativos exige a manipulação de uma amostra mais ampla. O uso compreensivo de suplementos hídricos via oral e endovenosa parece proporcionar uma estratégia segura, simples, eficaz e económica para a prevenção de nefropatia induzida por contraste.

A Enfermagem geriátrica padece de reconhecimento. Paradoxalmente, a população tendencialmente envelhecida precisa de cuidados diferenciados. É determinante postular por cuidados mais económicos, mas de semblante eficaz, inclusivamente num serviço de Imagiologia. Os clientes Idosos externos muitas vezes fragilizados pelo processo de senescência deverão ter usufruto de instrumentos de educação para preparação

do seu exame de diagnóstico de imagem. A avaliação multidimensional do Idoso por parte do profissional de Enfermagem deve ser um critério para discernir comorbidades. A hidratação oral, eficaz para clientes em regime ambulatorio com determinadas características, não se pode aplicar em casos de alto risco de foro cardíaco. A sua utilização deve ser ponderada e posta em prática após consideração médica.

### Referências

- Cho, R.; Javed, N.; Traub, D.; Kodali, S.; Atem, F. & Srinivasan, V. (2010). Oral Hydration and Alkalinization is noninferior to intravenous therapy for prevention of contrast-induced nephropathy in patients with chronic kidney disease. *Journal of interventional cardiology*, 23, 460-466. DOI:10.1111/j.1540-8183.2010.00585.x.
- Kong, De-Gui; Hou, Yan-Fang; Ma, Long-Le; Yao, Dao-Kuo & Wang, Le-Xin (2012). Comparison of oral and intravenous hydration strategies for the prevention of contrast-induced nephropathy in patients undergoing coronary angiography or angioplasty: a randomized clinical trial. *Acta cardiologica*, 67(5), 565-569. DOI:10.2143/AC.67.5.2174131.
- Wróbel, W.; Sinkiewicz, W.; Gordon, M. & Wo niak Wi niewska, A. (2010). Oral versus intravenous hydration and renal function in diabetic patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Kardiologia Polska*, 68 (9), 1015-1020. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20859892>.
- Yellen, M. & Buffum, M. (2014). Chaging practice to prevent contrast-induced nephropathy. *Journal of Vascular Nursing*, 32(1), 10-17. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvn.2013.05.001>.

### P 49

#### MEXER PARA NÃO CAIR

Ana Carolina Fernandes

*USF Santa Maria - Tomar*

**Introdução:** O envelhecimento é acompanhado de mudanças na composição corporal, incluindo a diminuição muscular e da massa óssea. Assim, a massa gorda aumenta gradualmente, contribuindo para a fraqueza muscular nos idosos. Um dos principais riscos relacionados com essas mudanças consiste no aumento do risco de quedas e, portanto, em eventuais fraturas. Alguns tipos de exercício físico são efetivos na prevenção de quedas.

**Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo efetuar uma revisão sobre o exercício físico na prevenção de quedas em idosos.

**Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos de revisão, em março, publicados na base de dados *Pubmed*, nos últimos 5 anos, em inglês, usando o termo *MESH exercise therapy*, sendo selecionados aqueles enquadráveis no objetivo definido. Foram também consultados os sítios: *UpToDate* e *Medscape*.

**Resultados:** Obtiveram-se no total 17 artigos de revisão, dos quais foram excluídos 5. Através dos artigos restantes, foi encontrado consenso em relação ao



exercício físico na prevenção das quedas em idosos. A sua prevenção é importante devido às consequências, como o aumento do número de fraturas.

**Discussão/Conclusões:** Programas de exercício em grupo e em casa são estratégias efetivas na redução do risco de queda em idosos. Determinados exercícios reduzem o risco de quedas na população idosa, como por exemplo o Tai Chi, que parece ser mais efetivo do que outras modalidades.

## P 50

### ALTERAÇÕES DE MEMÓRIA: NEM SEMPRE SINÓNIMO DE DEMÊNCIA

Maria Teresa Albergaria; Ana Carolina Bronze;

Ana Isabel Machado

*Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel*

**Enquadramento:** A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é um distúrbio respiratório do sono, que se caracteriza por obstrução das vias respiratórias superiores. Associa-se a despertares frequentes, hipersonolência diurna, roncopia e hipoxémia intermitente. A obesidade, sexo masculino e idade avançada são importantes fatores de risco. A SAOS pode comprometer funções neurocognitivas, como a atenção e a memória, por desequilíbrios da homeostasia e oxigenação cerebral.

**Descrição de caso:** Homem de 65 anos, caucasiano, 4º ano de escolaridade, motorista. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes mellitus e obesidade. Antecedentes familiares irrelevantes.

Referia, em fevereiro de 2015, hipersonolência diurna, roncopia e cefaleias, com vários anos de evolução. Sem alterações à observação; Escala de Sonolência de Epworth: 24 pontos. Orientado para Pneumologia por suspeita de SAOS.

Em junho de 2016, regressou à consulta com o Médico de Família referindo alterações de memória há vários anos, referindo perder-se, recentemente, em locais familiares. Exame físico, *Mini Mental State Examination* (MMSE) e analiticamente sem alterações. Recusou orientação para Neurologia.

Um mês depois iniciou ventilação por pressão positiva contínua (CPAP). Reavaliado em dezembro de 2016, com melhoria das queixas apresentadas, mantendo MMSE normal.

**Discussão:** Na investigação de alterações neuropsicológicas no idoso, importa ao Médico de Família considerar os sinais/sintomas acompanhantes, para exclusão de causas não neurológicas.

Algumas funções neurocognitivas estão alteradas na

SAOS e são passíveis de ser total/parcialmente reversíveis mediante uso de CPAP. Assim, a deteção e tratamento precoce da SAOS, associados a modificação de estilos de vida, permite evitar ou retardar défices permanentes.

## P 51

### UMA HISTÓRIA DE ÚLCERA DA PERNA...

Mara Arruda

*Unidade de Saúde da Ilha Terceira - Centro de Saúde da Praia da Vitória*

A úlcera da perna caracteriza-se pela perda circunscrita de pele e tem como etiologia mais comum um ferimento num membro com alterações do sistema venoso. Apresenta-se o caso de uma utente de 81 anos que refere uma ferida na perna direita. Questionada sobre a etiologia, diz ter sido agredida pelo marido e desvaloriza a agressão. Seis meses depois, a úlcera cicatriza e a utente recusa apoio para a resolução da situação de violência doméstica em que vive.

A violência praticada pelo parceiro íntimo (VPI) é considerada uma prioridade na saúde pública mundial. Em Portugal, é o segundo tipo de violência interpessoal mais comum e as vítimas são, com maior frequência, mulheres. Um estudo aponta para uma prevalência de violência física e sexual, ao longo da vida, de 10% para mulheres entre os 66 e os 86 anos. As mulheres mais velhas tendem a não reportar as situações de abuso nem a procurar ajuda. Os ferimentos podem ser uma razão de procura de cuidados de saúde, contudo, as sequelas físicas e mentais da violência doméstica incluem uma grande variedade de sintomas. Vários fatores foram associados ao maior risco de VPI.

Uma vez que os prestadores de cuidados de saúde são considerados fontes de apoio às vítimas, a possibilidade de violência doméstica deve ser ponderada na entrevista clínica de todas as mulheres. Deve, ainda, haver disponibilidade para encaminhá-las às instituições mais indicadas tendo em conta que, na maioria dos casos, as mulheres só aceitam ajuda quando a violência é ameaçadora da vida.

## P 52

### A AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE BDZ EM IDOSOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE BEERS

Olena Kovalova<sup>1</sup>; Magda Catarino<sup>1</sup>; Luís Ribeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UCSP Cantanhede; <sup>2</sup>USF Marquês de Marialva

**Introdução:** A adequação terapêutica no idoso é uma das principais preocupações da MGF. As benzodiazepinas (BZD) são uma das classes de medicamentos mais

prescritas em idosos. Segundo os critérios de Beers, BDZ e, especialmente, de longa duração de ação são consideradas inapropriadas nesta faixa etária por provocarem uma sedação excessiva, quedas e prejuízo da função cognitiva. A avaliação do uso de medicamentos potencialmente inapropriados no idoso é uma medida fundamental para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos associados ao seu uso.

**Objetivo:** Avaliar a prescrição de BDZ em idosos numa UCSP durante o último ano, através da aplicação dos Critérios de Beers da versão 2012.

**Metodologia:** Estudo observacional, analítico, retrospectivo. População: utentes de três ficheiros com idade  $\geq 65$  anos. Amostragem aleatória simples. Recolha de dados: março de 2017. Fonte de dados: SClínico. Tratamento dos dados: Excel®.

**Resultados:** A população 1212 utentes; amostra: 292. Média de idades :75,6 anos. Destes, 81 (29,7%) tiveram prescrição de BDZ durante o período de estudo. Grandes idosos: 84 (28,7%) e 31(38,3%) deles estão medicados com o BDZ. Os BDZ mais prescritos: Alprazolam (23,6%), lorazepam (18%) diazepam (17%), bromazepam (14%). BDZ de longa de duração de ação usam 34,8% de idosos. Duas fármacos simultaneamente: 8 (9%).

**Discussão:** Os dados obtidos revelam uma elevada prescrição de BDZ nos ficheiros estudados. Além disso, verifica-se que mais de 1/3 de idosos encontram-se medicados com BDZ de longa de duração de ação. Perante estes resultados pretende-se reforçar a necessidade de prescrição rigorosa de BDZ a população idosa, preferindo sempre as de semivida curta/intermédia.

### P 53

#### SÍNDROME DE KASABACH-MERRITT – UMA ENTIDADE RARA NO IDOSO

Melinda Séra; Andreia Fernandes; Ana Sardo; Annamária Mohácsi; Joana Guerra; Ana Rita Correia  
*USF Lauroé; USF Mirante; USF Farol; USF Ria Formosa*

**Enquadramento:** Os hemangiomas são os tumores benignos mais comuns do fígado. Geralmente são assintomáticos, mas hemangiomas gigantes podem condicionar sintomas obstrutivos, desconforto abdominal ou hemorragias. A síndrome de Kasabach-Merritt é uma complicação rara de hemangioma hepático, caracterizada por trombocitopenia e coagulopatia. Mais de 80% dos casos deste síndrome ocorrem durante o primeiro ano de vida. No entanto, existem poucos casos reportados de síndrome de Kasabach-Merritt com hemangioma hepático nos adultos.

**Descrição do caso:** Mulher, 71 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e osteoporose. Recorreu a consulta do médico de família (MF) por desconforto abdominal e hematomas de ambos os braços. Foi realizada avaliação analítica que revelou trombocitopenia e ecografia abdominal que mostrou no segmento II do fígado uma formação sólida hipervascularizada de 96 mm. Realizou ressonância magnética abdominal superior que verificou angioma cavernoso com cerca de 8 cm de diâmetro no segmento III e IV do fígado. A doente foi referenciada a consulta de cirurgia e posteriormente para consulta de cirurgia hépato-biliar por hemangioma hepático a condicionar síndrome de Kasabach-Merritt. Foi discutido o caso em reunião multi-disciplinar, sendo decidida manter vigilância, pelo que ficou em seguimento na consulta externa.

**Discussão:** Apesar da elevada frequência dos hemangiomas hepáticos, o desenvolvimento da síndrome de Kasabach-Merritt é raro nos adultos. No entanto, a hipótese de diagnóstico deve ser considerada nos doentes idosos com trombocitopenia e alterações de coagulação. Nos casos mais graves pode ocorrer risco de vida pelo que o MF tem um papel fundamental no diagnóstico diferencial destas alterações analíticas.

### P 54

#### OLIGOARTRITE REATIVA NO IDOSO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Eduarda Seixas; Ana Rafaela Araújo; Eduarda Machado; Eliana Araújo

*Serviço de Medicina Interna – Sector 1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) – Aveiro Diretora: Dra. Rosa Jorge*

**Introdução:** A artrite migratória é uma entidade clínica pouco comum, sendo mais frequente nos adultos jovens, ocorrendo habitualmente após infecções bacterianas gastro-intestinais ou genito-urinárias.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 81 anos, escala de Barthel de 75 pontos, com antecedentes de diabetes mellitus insulino-tratada, hipertensão essencial, doença osteoarticular degenerativa e anemia ferropénica. Foi internada no serviço de Medicina por desequilíbrios iónicos no contexto de diarreia e vómitos com 3 dias de evolução. Os estudos parasitológico, bacteriológico, pesquisa de vírus e toxina de *Clostridium* das fezes foram negativos. Cumprira recentemente antibioterapia por infecção do trato urinário por *Escherichia coli*. Ao 5º dia de internamento apresentou dor e tumefação da articulação tibiotársica esquerda e ombro direito. Concomitantemente eram evidentes, no dorso do pé esquerdo, sinais inflamatórios sugestivos de celulite

(confirmada por tomografia computadorizada). Evolução clínica e analítica favorável com a terapêutica instituída. Ao 10º dia de permanência iniciou quadro de dor, tumefação, calor e rubor associado a grande limitação funcional do cotovelo direito. Referia gonalgia à esquerda e a observação evidenciava derrame articular moderado. Efetuada artrocentese do joelho e cotovelo, cujo estudo do líquido sinovial revelou características inflamatórias, ausência de cristais e exame bacteriológico negativo.

**Discussão:** Os autores descrevem o caso clínico pela raridade desta patologia em idade geriátrica, admitindo a infecção urinária ocorrida 3 semanas antes como o desencadeante do quadro de oligoartrite.

## P 55

### RELAÇÃO ENTRE APLICAÇÃO DE ESTRIOL TÓPICO E MELHORIA DA ATROFIA UROGENITAL EM MULHERES IDOSAS – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Ana Lopes da Silva<sup>1</sup>; Mariana Duque Santos<sup>1</sup>; Nicole Braz<sup>2</sup>; Beatriz Meneses<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Cidade do Lis; <sup>2</sup>USF D. Diniz

**Introdução:** A atrofia urogenital (AUG), comum após a menopausa, afeta mais de 40% mulheres segundo a Associação Americana de Médicos de Família. Ocorre por carência estrogénica, podendo ser assintomática ou desencadear sintomas perturbadores (20% dos casos): secura vaginal, prurido, dispareunia, disúria e incontinência urinária de urgência. Este quadro assume maior expressão em mulheres a partir dos 65 anos cuja tendência é que a mucosa vaginal fique menos elástica e mais suscetível a lesões.

Os estrogénios locais parecem ter uma função reconhecida no trato urogenital, contudo a não valorização destas queixas pelas utentes leva a que frequentemente passem despercebidas e, como tal, não sejam devidamente tratadas.

**Objetivo:** Rever a eficácia do estriol tópico (ET) no controlo dos sintomas de AUG em mulheres idosas.

**Metodologia:** Pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *Cochrane* e *NHS Evidence* pelos termos *MeSH: Estriol, postmenopausal vaginal atrophy e elderly*. Artigos publicados desde 2009 até fevereiro/2017. Avaliação do nível de evidência através da taxonomia SORT.

**Resultados:** Três dos 47 artigos obtidos cumpriam os critérios de inclusão, obedecendo ao objetivo do estudo.

**Conclusões:** Os sintomas de AUG podem melhorar com o uso de ET pelo que deve ser considerado mesmo em faixas etárias mais avançadas. Qualquer forma de aplicação (creme/óvulos/pessário) é eficaz, devendo a preferência da doente guiar a seleção do método de

aplicação. É assim fundamental o Médico de Família estar atento às queixas da doente ou mesmo explorar ativamente a sua existência, pois uma vez não tratado este quadro prejudica gravemente a qualidade de vida das mulheres.

## P 56

### SUICÍDIO NO IDOSO

Madalena H. Monteiro; Ivone Costa

USF S. João da Talha

A taxa de suicídio dos idosos portugueses é superior à da população total. Os fatores de risco são: a idade avançada, sexo masculino, doença psiquiátrica, alcoolismo crónico, isolamento social, luto e a doença crónica incapacitante. Como fatores protetores destacam-se o apoio familiar e social e a espiritualidade.

Homem de 69 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, depressão, doença hepática crónica de etiologia alcoólica. Em março de 2016 após ingestão voluntária de ácido muriático em quantidade desconhecida é encontrado na via pública com alterações do comportamento e trazido ao SU pelos bombeiros. Apresentava queimaduras de 3º e 4º grau localizadas no bordo direito da língua, hipofaringe e vestíbulo laríngeo com necrose e queimadura extensa do esófago e fundo gástrico. Foi submetido a esofagectomia total, gastrectomia total, duodenectomia parcial e colecistectomia, e ficou com esofagostomia cervical, jejunostomia, traqueostomia e ventilação mecânica invasiva. No 9º dia de internamento é reoperado por perfuração do transversa com realização de colectomia segmentar e colostomia terminal. No 18º dia, foi novamente ao bloco operatório por hemoperitонеo. Dois dias depois, apresenta traqueostomia com fuga de ar, por suspeita de fistula traqueal é realizada broncofibroscopia com fistula entre o brônquio principal esquerdo e o espaço mediastínico posterior. Por não ter indicação para prótese endobronquica, é tomada uma atitude expectante. Um dia depois, verifica-se o óbito.

O médico de família pela continuidade de cuidados ao utente com ideação suicida está numa posição privilegiada para detetar situações de risco, tendo a oportunidade de intervir atempadamente. Perguntar por ideias suicidas não inicia pensamentos ou ações suicidas.

## P 57

### AUTONOMIA, ESTADO DE SAÚDE MENTAL E PERCEÇÃO DA REDE SOCIAL DE APOIO NA POPULAÇÃO IDOSA DA FREGUESIA DO CASTELEIRO – GUARDA

Marta Duarte; Bruno Brito; Lurdes Monteiro; José Valbom; João Luís Baptista  
*Centro de Investigação e Desenvolvimento da Beira (CIDB); Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior*

**Introdução:** O processo do envelhecimento induz alterações biológicas, psicológicas e sociais no indivíduo e, entre outros tipos de dependências das comorbilidades geriátricas, a condição social influencia a manutenção do bem-estar e qualidade de vida.

**Objetivos:** Descrever a autonomia, o estado de saúde mental e a percepção da rede social de apoio na população idosa ( $\geq 65$  anos) da Freguesia do Casteleiro (Guarda).

**Material e métodos:** Inquérito domiciliário (julho - dezembro de 2016) aos idosos do Índice de Katz (avaliação das funcionalidades), *Short Portable Mental Status Questionnaire* (deteção e grau de deficiências intelectuais) e a Escala de Rede de Apoio Social (constituição da rede social e percepção da solidão). Todos responderam voluntariamente e assinaram o consentimento informado.

**Resultados:** Dos 129 inquiridos, a média de idades foi de 80,6 anos ( $\pm 7,2$ ) sendo 38,8% mulheres. Aproximadamente metade são casados (53,5%) e vivem com familiares (43,4%). Estão institucionalizados 37,2% indivíduos. Mais de metade dos inquiridos são totalmente independentes (63,7%), têm um funcionamento mental normal (60,7%) e referem ter uma boa/excelente rede de apoio social (51,0%). A estratificação por idade (65-74; 75-90;  $> 90$ ) revelou uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) no grupo etário 75-90 anos em relação à média do Índice de Katz.

**Conclusão:** A maioria dos idosos da Freguesia do Casteleiro têm entre 75-90 anos, possuem funcionamento cognitivo normal, e total independência para a realização das atividades básicas da vida diária, classificando de boa/excelente a percepção da rede de apoio social. A população idosa tem um estado positivo de bem-estar e de qualidade de vida.

## P 58

### GAMAPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INDETERMINADO: SEGUIMENTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Elisabete Costa; Rui Bergantim; Isabela Carvalho  
*USF Salvador Lordelo, Serviço de Hematologia do Centro Hospitalar de São João, USF Salvador Lordelo*

**INTRODUÇÃO:** A incidência das gamopatias monoclonais aumenta com a idade, sendo cerca de 3-4% nos doentes com mais de 50 anos e quase 10% dos doentes com mais de 85 anos, tendo a gamapatia monoclonal de significado indeterminado (GMSI) um risco cumulativo de transformação em doença hematológica de apenas 1%/ano. Com o envelhecimento populacional é cada vez mais provável o achado de uma GMSI, sendo necessário que os médicos dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) estejam familiarizados com a sua abordagem.

**OBJETIVO:** Rever quando e como se deve fazer o seguimento da GMSI nos CSP.

**Material e métodos:** Pesquisa de guidelines e artigos de revisão nas bases de dados *MedLine/PubMed*, *ScienceDirect* e *Cochrane Library*, escritos em inglês ou português, com as palavras-chave: MGUS, *follow-up* e *primary care*.

**Resultados:** Os doentes com GMSI devem ser inicialmente encaminhados para consulta de hematologia para que seja determinado o seu risco, que depende da quantificação do pico monoclonal, da imunoglobulina envolvida e do ratio das cadeias leves livres. Quando se estabelece que a GMSI é de baixo risco (50-70% dos casos) esta pode ser seguida nos CSP, com monitorização do pico monoclonal e do aparecimento de lesões de órgão-alvo.

**Discussão:** As GMSI de baixo risco têm um risco de progressão para doença hematológica de apenas 5% aos 20 anos. O seu seguimento nos CSP é possível, proporcionando aos doentes, na sua maioria idosos com outras comorbilidades, o conforto de um acompanhamento mais próximo de casa, sem a necessidade de deslocação a um hospital central.

## P 59

### SÍNDROME DE SWEET: UMA DOENÇA CUTÂNEA OU UM INDICADOR DE ALGO MAIS?

Ana Rafaela Araújo; Eduarda Seixas; Pedro Carvalho; Paulo Almeida; Eliana Araújo; Beatriz Pinheiro  
*Centro Hospitalar do Baixo Vouga*

**Introdução:** O síndrome de Sweet (SSw) é uma dermatose neutrofilica caracterizada por início agudo de



febre, lesões cutâneas eritematovioláceas dolorosas, leucocitose com neutrofilia e infiltrado neutrofilico na histologia. Poder ser idiopático, secundário a fármacos ou estar associado a infeções e neoplasias, nomeadamente as hematológicas.

**Caso clínico:** Homem de 79 anos, escala de Barthel de 100 pontos, antecedentes de Diabetes mellitus, hipertensão essencial e dislipidemia. Foi internado no Serviço de Medicina por quadro abrupto de febre, lesões cutâneas dolorosas no couro cabeludo, região dorsal, membros superiores e inferiores, sem outra sintomatologia. Sem introdução de medicação recente. Objetivamente apresentava febre (38,5°), pápulas e placas eritematovioláceas, nos segmentos corporais descritos. Analiticamente apresentava neutrofilia, velocidade de sedimentação e proteína C reactiva elevadas e pico monoclonal IgG/Lambda. Da investigação subsequente conclui trata-se de gamapatia monoclonal de significado indeterminado (GMSI) (medulograma com 7% de plasmócitos, radiograma do esqueleto sem lesões líticas). Foram excluídas doenças autoimunes, infeção por VIH, HBV e HVC, assim como neoplasia sólida. Realizou biópsia cutânea que revelou intenso infiltrado inflamatório neutrofilico difuso na derme, sem vasculite, compatível com SSw. Iniciou corticoterapia sistémica, com evolução clínica e analítica favoráveis.

**Discussão:** Os autores apresentam o caso para demonstrar que o SSw deve ser considerado uma manifestação sistémica de uma patologia subjacente. Apesar da associação com neoplasias ser frequente, o mesmo não acontece com a GMSI. O diagnóstico de SS pode preceder o diagnóstico de malignidade, pelo que a vigilância clínica apertada é fundamental, tendo em conta a possibilidade de evolução para mieloma múltiplo.

## P 60

### QUANDO COMEÇA A DEMÊNCIA? – IMPORTÂNCIA DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Patrícia Marques; Joana Leal; Ana Alexandre  
*USF Cartaxo Terra Viva*

A demência cursa com o declínio progressivo do funcionamento da pessoa. Em Portugal estimam-se cerca de 153.000 pessoas com demência. O caso seguinte reflete a particular complexidade da articulação dos serviços de saúde, dada a solidão marcada da utente e relutância na aceitação do diagnóstico.

Mulher de 76 anos, viúva, vive sozinha há 15 anos. No início de 2016, apresentava-se com humor embotado, anedonia e discurso lentificado. Posteriormente, verificou-se agravamento do estado depressivo, e deteriora-

mento cognitivo. Foi encaminhada para psicólogo e medicada com antidepressivo. Acompanhada em consulta de neurologia, mas sem ter diagnóstico de demência. Gradualmente, o défice cognitivo foi piorando, com perda de memória, desorientação e confusão. Cerca de ano e meio após início dos sintomas nunca mostrou insight para o seu problema. Dada a solidão e visto não ter suporte familiar, procedeu-se a articulação com a unidade de cuidados na comunidade (UCC). Atualmente, mantém acompanhamento pelo psicólogo, tem visitas da UCC semanais (incluindo assistente social e enfermagem) e frequenta um centro de dia.

Muitos dos sintomas de demência podem ser explicados por outras doenças e a maioria é de instalação progressiva, implicando avaliações frequentes. A presença de uma equipa multidisciplinar é essencial para que o diagnóstico seja realizado precocemente, garantindo o acesso aos apoios existentes, informação e medicação. Atualmente não existe cura definida. Na verdade, o suporte da família, amigos, comunidade e profissionais de saúde verifica-se vital para estas pessoas, podendo fazer a diferença na forma de lidar com a doença.

## P 61

### QUANDO O COMPROMISSO DE CUIDAR É ATÉ AO FINAL DA VIDA: EXPERIÊNCIA DA EQUIPA DE UMA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS

Catarina Pazes; Alice Batista; Ana Martins; Carolina Santos; Inês Fialho; Maria do Céu Valério; Sónia Nunes; Telma Pita  
*Patronato de Santo António - Lar D. José do Patrocínio Dias - Beja*

**Introdução:** Como equipa de uma Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), determinamos como finalidade cuidar e proporcionar qualidade de vida, independentemente da fase e situação em que a pessoa se encontra. A vivência da fase terminal deve ocorrer de forma positiva, acompanhada e com cuidados adequados que promovam o máximo conforto, pelo que a abordagem paliativa é aquela que melhor se adequa.

**Objetivo:** Dos 43 utentes falecidos nos últimos 3 anos, 36 faleceram na instituição. Numa reunião da equipa alargada (auxiliares e pessoal técnico) foi discutido sobre os cuidados em fim de vida prestados na ERPI e surgiu a necessidade de identificar os fatores que os possibilitam.

**Métodos:** Solicitou-se a cada colaborador que respondesse, de forma anónima e por escrito, à questão: "na sua opinião, quais os fatores que permitem que seja possível aos utentes viverem nesta instituição até ao momento da sua morte?".

**Resultados:** Obtivemos respostas de 18 colaboradores.

Da análise de conteúdo surgem duas grandes categorias:

- Fatores relacionados com a instituição: valores, missão, visão, aspetos relacionados com organização do serviço;

- Fatores relacionados com a equipa e condições que permitem assegurar cuidados adequados: competência, formação, acesso a assessoria especializada de uma equipa de cuidados paliativos, permanente disponibilidade da equipa de saúde da instituição para assegurar cuidados, confiança do utente e família.

**Discussão:** Com o envolvimento de toda a equipa/família é possível proporcionar, numa ERPI, cuidados adequados para viver com dignidade até ao fim da vida.

## P 62

### UMA LOMBALGIA NADA INOCENTE

Ana Ramos Sequeira<sup>1</sup>; Joana Sofia Fernandes<sup>1</sup>;  
Ana Catarina Lucas<sup>2</sup>; Vânia Pinto<sup>2</sup>; Diana Neves Sousa<sup>1</sup>;  
Pedro Oliveira<sup>1</sup>; Marli Loureiro<sup>1</sup>; Celina Rosa<sup>2</sup>; Vítor Santos<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UCSP Covilhã; <sup>2</sup>UCSP Belmonte

**Enquadramento:** O doente oncológico apresenta, em pelo menos 20% dos casos, dor no momento do diagnóstico ou nos estadios avançados da doença. A dor é uma das complicações das metástases ósseas que são a principal causa de morbilidade em pacientes com cancro da próstata.

**Descrição do caso:** Homem, 82 anos, hipertenso, reformado, classe média-alta de Graffar, a residir com a esposa, ambos independentes para as atividades de vida diárias. Antecedentes familiares de neoplasia da próstata (irmão). Um filho de 48 anos com perturbação de personalidade e politoxifilia em comunidade terapêutica. Doente vem a primeira vez à consulta por lombalgia moderada sem irradiação, de carácter mecânico, sem outros sintomas associados. Após abordagem inicial, regressa por agravamento com lombalgia severa irradiada para o flanco esquerdo e grande limitação funcional. Foi referenciado para o serviço de Urgência e internado em Urologia para diagnóstico diferencial e controlo da dor. O estudo complementar revelou: PSA total 1033 mg/ml, ecografia prostática alterada e múltiplas lesões ósseas líticas em provável relação com metastização secundária. Iniciou terapêutica hormonal, bifosfonato e opioide forte, com melhoria. No regresso à Unidade foi medicado por obstipação e referenciado para consulta de medicina paliativa.

**Discussão:** Perante o diagnóstico algo inesperado de carcinoma da próstata avançado, o papel do médico de família foi preponderante na instituição de ações

paliativas, na desmistificação de alguns conceitos, no apoio emocional e social do idoso doente em contexto familiar problemático e na referenciação hospitalar. Medidas como estas são importantes para a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

## P 63

### COLESTASE TIRADA A SACAROLHAS – UM CASO CLÍNICO NOS CSP

Miguel Monte<sup>1</sup>; Hélder Aguiar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interno de Formação Específica de MGF, USF – São João, AceS Aveiro Norte; <sup>2</sup>Médico Assistente e Orientador de Formação de MGF, USF – São João, AceS Aveiro Norte

**Identificação:** Homem de 82 anos, natural e residente em São João da Madeira. Actualmente a viver com mulher, filho e nora, em situação de falência económica. Pouco assíduo às consultas com o Médico de Família. Antecedentes pessoais: Pacemaker por cardiopatia isquémica em 2008, AVC por estenose carotídea em 2015, HBP.

1ª consulta: 23/01/2017, marcada pelo próprio. Por dispneia e cansaço, vem o filho em seu nome. Sem outras queixas. Foi pedido estudo analítico.

2ª consulta: 08/03/2017, vem novamente o filho. Agravamento dos sintomas. Após insistência, admite que o pai teria sintomas compatíveis com um quadro grave de colestase.

Do estudo analítico efectuado, destacam-se anemia macrocítica normocrómica, TGP 116 U/L, pigmentos biliares, urobilinogénio e eritrócitos presentes na urina, sem aumento dos parâmetros inflamatórios. Pedida consulta urgente de cirurgia geral no CHEDV, tendo sido submetido a MCDTs, cujos achados sugeriram patologia litíase das vias biliares. Foi submetido a CPRE com colocação de stent e biópsia. Neste momento, aguarda resultado da biópsia para melhor esclarecimento das alterações identificadas nos MCDTs realizados, apresentando melhoria clínica e analítica.

Este caso é um excelente exemplo de como o Médico de Família deve estar alerta na abordagem aos seus doentes, especialmente os idosos, uma vez que os sintomas se apresentam das formas mais variadas, por vezes mascarados ou até negligenciados pelo doente e pela sua família. Neste caso, a atenção do Médico de Família permitiu que o doente fosse submetido a intervenções que podem ter diminuído a gravidade do quadro clínico e, concerteza, melhoraram a qualidade de vida do doente.

## P 64

### MASSA CERVICAL VS. DEMÊNCIA: QUANDO O PRECONCEITO GANHA À EVIDÊNCIA

Rower Figueroa; Patrícia Pimentel Borges  
*Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I*

As massas cervicais são frequentes nos Cuidados de Saúde Primários. Normalmente não se encontram associadas a sintomas para além do reconhecimento duma massa incidental à palpação ou notada por outro. O diagnóstico diferencial das massas cervicais é vasto e varia consoante a idade do doente à apresentação, sendo o objectivo primordial determinar se a massa é benigna ou maligna. Uma massa poderá ser potencialmente maligna especialmente na população adulta.

**Caso clínico:** Mulher, 78 anos, viúva, no estágio VIII do ciclo de vida de Duvall. Como problemas activos destacam-se HTA, dislipidemia e demência. Em 2016 recorreu ao médico de família por aumento do volume cervical tendo sido solicitada ecografia tiroideia que se revelou sem alterações. Em 2017, por persistência dos sinais e sintomas, foi solicitada nova ecografia tiroideia que revelou “3 nódulos hipocogénicos não suspeitos”. No exame objectivo destacou-se massa cervical anterior, 4,5x3,5cm, lateralizada à esquerda, supraglótica, características sólidas, bem delimitada, não móvel, dolorosa ou pulsátil. Sem alterações no restante exame objectivo. Perante os achados solicitou-se TC do pescoço revelando “suprajacente à glândula tiroideia, volumosa imagem de carácter quístico poliloculada, anterior à cartilagem cricóide e tiroideia, 2,8 x2,9 cm, bem delimitada, sugestivo de quisto do canal tireoglossos”. Referenciou-se à consulta de cirurgia geral.

O aparecimento de qualquer massa cervical inexplicável é alvo de preocupação na prática clínica, pois a sua presença sugere uma multiplicidade de diagnósticos que vão desde os mais inocentes aos potencialmente mortais. Por isso, o prognóstico depende essencialmente da celeridade do diagnóstico e do tempo decorrido até ao início do tratamento.

## P 65

### PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO DE UMA POPULAÇÃO IDOSA INSTITUCIONALIZADA DA BEIRA INTERIOR NORTE

Inês Janela; José Valbom; João Luís Baptista; Lurdes Monteiro  
*Centro de Investigação e Desenvolvimento da Beira; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior*

**Introdução:** Em Portugal 25 dos idosos residem na região centro e, na generalidade, quanto maior a idade mais morbilidades associadas e, em consequência, maior número de fármacos prescritos. Pela especifici-

dade do idoso e a tendência à polimedicação, o risco de reações adversas, de interações medicamentosas e de utilização de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI), está aumentado.

**Objetivo:** Avaliar o perfil farmacoterapêutico do idoso institucionalizado nas IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social) da Beira Interior (Concelhos de Almeida, Guarda e Sabugal), considerando as comorbilidades associadas, os principais fármacos utilizados, a eventual polimedicação e a utilização de MPI.

**Material e métodos:** Estudo descritivo realizado em nove IPSS. A todos os participantes foi pedido consentimento informado. Foram inquiridos dados demográficos e comorbilidades clínicas. Aplicou-se o índice de Katz e os critérios de Beers para avaliar o grau de dependência do idoso e o consumo de MPI.

**Resultados:** Dos 320 idosos, a idade média é de 85,5 anos ( $\pm$  6,4) e a maioria (74,1%) do sexo feminino. A quase totalidade (84,7%) estão dependentes de pelo menos uma atividade básica da vida diária e apresentam (87,4%) multi-morbilidades. O consumo farmacológico tem uma média de 7,5 fármacos/idoso, sendo que a maioria (80,2%) estão polimedicados. Dos 308 que tomam fármacos regularmente, 265 (86,0%) consomem pelo menos um MPI.

**Conclusão:** Os idosos institucionalizados nas IPSS da Beira Interior têm uma elevada prevalência de multi-morbilidades, estão polimedicados e têm um elevado consumo de MPI. É essencial uma avaliação periódica da sua medicação tendo em conta os benefícios e os riscos associados aos fármacos utilizados.

## P 66

### PERFIL DA DOR DE UMA POPULAÇÃO IDOSA INSTITUCIONALIZADA NA REGIÃO DA BEIRA INTERIOR NORTE

Teresa Soares; Lurdes Monteiro; José Valbom; João Luís Baptista  
*Centro de Investigação e Desenvolvimento da Beira; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior*

**Introdução:** O envelhecimento populacional da nossa sociedade tem como consequência a procura de instituições que acolham idosos na esperança que as suas dificuldades e morbilidades sejam minimizadas. Neste contexto, um sintoma frequente é a dor.

**Objetivo:** Descrever o perfil da dor numa população com mais de 65 anos institucionalizada, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

**Material e métodos:** Estudo descritivo em nove IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social) da re-

gião da Beira Interior Norte, aos quais foi aplicado um questionário com as componentes sociodemográfica, características da dor e da dor neuropática. A todos os participantes foi pedido o consentimento informado.

**Resultados:** Dos 237 idosos inquiridos, a maioria (72,2%) referiu ter dor. A dor é essencialmente localizada (94,4%), com maior incidência no tronco (31,8%). A intensidade da dor é leve (60,5%). As características da dor foram descritas como tipo choque elétrico (43,7%) ou picadas (58,6%). Os fatores associados ao alívio da dor foram o deitar e o repouso. Os fatores mais referidos como aumentando a dor, foram os movimentos e as emoções. A principal forma de controlo da dor é farmacológica (64,7%), sendo que, um elevado número não utiliza qualquer forma de controlo.

**Conclusão:** Neste sentido, é necessário consciencializar doentes e cuidadores sobre a problemática da dor e implementar estratégias que visem o seu controlo nesta população.

## P 67

### DEVEMOS UTILIZAR ESCALAS PARA O DIAGNÓSTICO DE SÍNCOPE NO IDOSO?

Rabcheva, Kristina; Senkiv, Mariya; Vale, Inês; Ventura, Celestina  
*UCSP Sines / ULSLA*

**Introdução:** Síncope é um episódio autolimitado na sequência de uma hipoperfusão cerebral. Apesar de síncope vasovagal ser o mais comum, existem várias causas de síncope e também as causas de pseudosíncope – a convulsão, psicogénico, que torna o diagnóstico muito difícil. Colher uma história clínica sistematizada e utilizar escalas terá muito benefício e poderá facilitar o diagnóstico correto. O *Calgary syncope symptom score* já foi validado para diagnóstico da síncope vasovagal na população jovem e sem doença cardíaca estrutural.

**Objetivos:** Realizar uma revisão bibliográfica das escalas existentes de avaliação em doentes com síncope para comparar a especificidade e sensibilidade delas.

**Material e métodos:** Pesquisa de artigos nas bases de dados *PubMed*, *Scielo*, *Medscape* em Português, Inglês, entre 2000 e 2016, usando os termos *scalres*, *syncope*, *elderly*. Dos 84 artigos, 6 mostraram relevância.

**Resultados:** Em 2001, foi realizado o primeiro estudo para analisar a relação entre os dados colhidos na história clínica e o diagnóstico, que revelou que apenas nos doentes com antecedentes de doença cardíaca, a história é preditor de síncope de causa cardíaca, com sensibilidade de 95% e especificidade baixa de 45%. Em 2002, outro estudo mostra alta sensibilidade e especificidade de 94% de utilização de *Calgary syncope*

*seizure score*, baseado na história clínica quantificada para distinguir a síncope de uma convulsão. Em 2005 e 2009 foram publicados 2 estudos com escalas diferentes no diagnóstico de síncope vasovagal, novamente baseada na história clínica. A primeira obteve 89% de sensibilidade e 91% de especificidade, e a segunda, que utilizou o *Calgary syncope symptom score* mostrou sensibilidade total de 87% e consoante a idade <50 anos – 92% e >50 anos – 79% e especificidade total de 32%, muito mais baixa, distribuída por idade <50 anos – 38% e >50 anos – 22%. Em 2010 foi realizado um estudo a apresentar uma nova escala, *Calgary syncope score for structural heart disease* para distinguir a síncope vasovagal de taquicardia ventricular. Este estudo mostrou uma alta sensibilidade de 99% e especificidade mais baixa de 68%. O estudo mais recente, em 2013, aplicou a *Calgary syncope symptom score* para o diagnóstico de síncope vasovagal nos idosos e concluiu que nesta faixa etária, a sensibilidade e a especificidade foram baixas, 51% e 73% respetivamente.

**Discussão/Conclusões:** Foi provada uma sensibilidade e especificidade mais baixa em idosos por vários motivos, dificuldade na colheita de história e apresentações clínicas atípicas. As escalas que existem para diagnosticar a síncope e as suas causas, baseadas na história clínica quantificada, têm o seu lugar importante, mas tem que se ter em conta a idade dos doentes e a patologia. Serão necessárias futuras investigações.

## P 68

### CEFALEIA HIPNICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Saúl Costa; Fabíola Ferreira  
*USF Vale do Vez, ULSAM*

**Enquadramento:** A cefaleia é um motivo de consulta frequente nos CSP. A *International Headache Society* disponibiliza, desde 2013, a 3ªEd da Classificação das Cefaleias (ICHD-3 beta), traduzida em 2014 pela Sociedade Portuguesa de Cefaleias.

**Descrição de caso:** Mulher, 73 anos, autónoma, 4ª classe, viúva há 15 anos. Reformada (cuidadora de idosos). Tem dois filhos, coabitando com um. Antecedentes pessoais: Perturbação depressiva seguida por Psiquiatria; doença de Parkinson; bócio. Medicação: Esomeprazol 20 mg, clonazepam 0.5 mg, alprazolam 0.5 mg e citalopram 20 mg. Recorre à consulta por cefaleias nocturnas, unilaterais à esquerda, com despertar nocturno sempre perto das 3h da manhã. São de intensidade moderada, com duração ente 30-60 min. No último mês teve mais de 10 episódios. Exame Neurológico: Sem *deficits* de novo; tremor fino dos dedos mão direita tipo *pill-rolling*;



marcha sem desequilíbrio, hesitação ou necessidade de apoio externo. Artéria temporal normopulsátil e indolor. Exame ORL sem alterações. Estudo analítico: eutiroidia, controlo glicémico adequado e ionograma normal. Estudo por TAC-CE não revelou alterações. Colocada a hipótese diagnóstica cefaleia hípica provável por cumprir critérios A da ICHD-3 beta. Foi referenciada para Neurologia, aguardando consulta.

**Discussão:** O doente idoso procura frequentemente o MF por cefaleias. Este caso clínico relata um tipo de cefaleia pouco frequente que ocorre maioritariamente no idoso. Ela exige uma anamnese cuidada e exclusão de outras causas, sendo importante a utilização de ferramentas, como ICHD-3 beta, para auxiliar o médico no seu diagnóstico. Considera-se que a referência para a especialidade é importante por forma a assegurar o diagnóstico e despiste de outras entidades.

### P 69

#### **É POSSÍVEL PREVENIR, COM REGIMES ALIMENTARES, A RETINOPATIA NOS DOENTES COM DIABETES TIPO 2?**

Rabcheva, Kristina; Senkiv, Mariya; Vale, Inês; Ventura, Celestina UCSP, Sines/ ULSLA

**Introdução:** Retinopatia diabética (RD) é uma das principais causas de cegueira ao nível mundial com patogénese não completamente conhecida. A prevalência desta complicação aumenta com a duração da doença e afeta mais de 60% dos doentes com diabetes do tipo 2 com mais de 20 anos de doença. Tendo em conta o impacto enorme, quer na qualidade de vida quer do ponto de vista económico, foram elaboradas várias estratégias para prevenir ou pelo menos atrasar o início de RD, sendo uma delas a relação entre a dieta e a RD.

**Objetivos:** Realizar uma revisão bibliográfica entre 2000 e 2017 para avaliar se há relação entre alguns regimes alimentares e a prevenção de RD nos doentes com diabetes Mellitus tipo II (DMII).

**Material e métodos:** Foi feita uma pesquisa de artigos nas bases de dados *PubMed*, *Scielo*, *Medscape* em Português, Inglês, entre 2000 e 2017, usando os termos *diet*, *retinopathy*, *type 2 diabetes*. Dos 339 artigos, 6 mostraram relevância.

**Resultados:** Ainda há poucos estudos a relacionar o efeito protetor de determinados alimentos ou regimes alimentares. Em 2005 foi realizado o primeiro estudo nos EU, tentando observar e analisar o efeito de dieta, exercício e tabaco na progressão de RD e foi concluído que o tabaco e a dieta rica em ácidos gordos e fibras estão relacionados com aumento de RD, apesar de ter apresentado muitas limitações. Em 2011, na Índia, foi

realizado um estudo, cujas conclusões apontam para o facto dos doentes com DMII terem uma dieta pobre em fibras e que a RD pode estar associada com este tipo de dieta. Em 2013 foi realizado um estudo no Japão, avaliando a relação de dieta rica em fruta e a diminuição da incidência de RD. Em 2015, em Espanha, outro estudo, analisou a relação do regime alimentar, a dieta Mediterrânica, tendo sido provado que é um fator protetor para a RD e não para nefropatia. No mesmo ano decorreu um outro estudo a provar a associação entre a dieta rica em ácidos poli-insaturados nos doentes com um bom controlo de DM II. O estudo mais recente, em 2016 em Espanha, provou que o consumo de dieta com ómega 3 ácidos gordos diminui o risco de desenvolver RD.

**Discussão/Conclusões:** Os poucos estudos realizados a avaliar a relação entre a dieta e o início e/ou progressão de RD conseguiram mostrar o benefício de ómega 3 ácidos gordos, ácidos poli-insaturados, dieta mediterrânica, dieta rica em fruta e podem ser considerados na abordagem dos doentes com DM II para tentar diminuir as consequências desta complicação. Apesar disso ainda apresentam limitações e é preciso realizar mais estudos e continuar a investigação nesta área.

### P 70

#### **CARCINOMATOSE PERITONEAL DE ORIGEM INCÓGNITA**

Daniela Pedro Correia; Raquel Monteiro.  
*USF Tornada; USF Tornada.*

**Enquadramento:** A carcinomatose peritoneal (CP) é definida como uma invasão neoplásica secundária do peritoneu. Na CP os tumores primitivos mais frequentes são as neoplasias ováricas na mulher e as neoplasias gastrointestinais no homem.

**Descrição do caso:** Mulher, 77 anos, antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, polipectomia do cólon e apendicectomia. Sem antecedentes familiares de relevo, nem hábitos etílicos/tabágicos.

A 18/08/2016 refere história de hipoglicemia, dor no flanco direito e cansaço. Após excluídas alterações do glicómetro/tiras-teste, suspendeu metformina e requisitou-se estudo complementar. Analiticamente sem alterações no hemograma ou função hepática/renal. Ecografia abdominal revelou fígado com provável granuloma calcificado residual. Ecografia endovaginal com útero normal e ovários pequenos e atroficos. A 21/09/2016, por persistência das queixas, pediu-se TAC abdómen superior que mostrou pequenas adenopatias na vertente inferior do mesentério e colonoscopia normal. A 26/12/2016 repete TAC, mantendo as adenopatias mesentéricas, com aparecimento de den-

sificação heterogeneia de aspeto micronodular do peritoneu. CA125 e CA19.9 aumentados. Referenciou-se a consulta de Cirurgia. A 31/01/2017 fez TAC pélvico com ligeiro aumento da densificação do peritoneu e lâmina de líquido na goteira parietocólica direita. Teve consulta de Cirurgia a 7/2/2017. Foi submetida a laparoscopia exploratória abdominal a 20/02/2017, sendo realizadas biopsias do epiplon, peritoneu e líquido ascítico. Admitiu-se carcinomatose peritoneal e aguarda estudo histopatológico.

**Discussão:** Apesar dos inúmeros meios complementares de diagnóstico atualmente disponíveis, a investigação do tumor primitivo de uma CP não é fácil. A falta de conhecimento da sua localização primitiva constitui um desafio em termos do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico.

## P 71

### “PARA ALÉM DE UMA SUPOSTA INFEÇÃO URINÁRIA...” – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Pissarra<sup>1</sup>; Emilia Salta<sup>2</sup>; Sara Negrões<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Sobreda; <sup>2</sup>USF Arco Iris

**Enquadramento:** A uretrite é geralmente uma infeção sexualmente transmissível (IST). A clamídia e a gonorreia são os agentes etiológicos mais comuns. A presença de fatores de risco, corrimento uretral, prurido uretral e disúria são os aspetos principais para o diagnóstico e tratamento atempado. Associada a várias complicações, quando não tratada.

**Descrição do caso:** Homem, 76 anos, viúvo, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu à consulta aberta por quadro de disúria e polaquiúria com 3 meses de evolução. Negava urgência miccional, corrimento uretral ou febre. Negava comportamentos sexuais de risco ou novos parceiros sexuais nos últimos 2 anos. Ao exame objetivo, Murphy renal negativo, abdómen livre e sem evidência de corrimento uretral. Realizou Combur que foi negativo. Nos 3 meses que manteve a sintomatologia urinária, recorreu ao seu Médico de Família e ao Serviço de Urgência, foi medicado e fez estudo imagiológico sem evidência de alterações. Colocou-se assim, a hipótese diagnóstica de uretrite. Medicou-se empiricamente e pediu-se autorização para a realização de serologias das IST. Na consulta de reavaliação, o doente negava qualquer sintomatologia e as análises mostraram serologia positiva para VIH1, pelo que se notificou a doença de Declaração Obrigatória e referenciou-se o doente para a consulta hospitalar de Infeciologia, onde mantém seguimento.

**Discussão:** A uretrite é uma condição médica para a qual o Médico de Família deve estar atento, pois a clíni-

ca pode confundir ou mascarar o diagnóstico. Este caso realça a importância da elevada suspeição para as ISTs que poderão estar associadas.

## P 72

### DELIRIUM NO IDOSO – ALGORITMO DE ABORDAGEM

Sónia Corujo; Patricia Oliveira; Catarina Monteiro

UCSP da Guarda – ULS Guarda

**Introdução:** O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica, caracterizada por um transtorno agudo da atenção e cognição de natureza multifactorial<sup>1,2</sup>. O diagnóstico é clínico, no entanto muitas vezes subdiagnosticado e negligenciado, relacionando-se com maiores taxas de morbi-mortalidade, aumento do tempo de internamento e índices de institucionalização<sup>3,7</sup>.

**Objetivos:** Revisão da evidência científica acerca do delirium na população geriátrica, com ênfase no diagnóstico, prevenção e tratamento.

**Material e métodos:** Pesquisa bibliográfica de artigos científicos nas bases de dados *Uptodate* e *Pubmed*, com os termos *delirium*, *elderly*, *geriatrics*, escritos em inglês, português ou espanhol, publicados nos últimos 5 anos.

**Resultados:** O *delirium* resulta de uma interacção complexa entre factores predisponentes e precipitantes<sup>2,6</sup>. Divide-se em 4 categorias de acordo com a etiologia assumida<sup>8</sup>. O diagnóstico é essencialmente clínico pelo que a abordagem inicial deve incluir história clínica focada no estado mental, antecedentes patológicos, medicação, exposição a tóxicos e consumo de álcool/drogas<sup>1,7</sup>. O exame objectivo deve ser cuidadoso: exame mental, neurológico e avaliação cognitiva (MMSE)<sup>4,5,8</sup>. Os exames complementares são essenciais: hemograma, bioquímica, urina, Rx de tórax, ECG, exame toxicológico<sup>8,4</sup>. O diagnóstico diferencial inclui: demência, depressão e alterações psicóticas não orgânicas<sup>2,3</sup>.

O tratamento passa inicialmente pela prevenção primária através da identificação dos pacientes em risco e aplicando medidas profiláticas<sup>6,3</sup>. A abordagem terapêutica engloba três prioridades: medidas de segurança/suporte, correcção causal específica e controlo sintomático (medidas farmacológicas e não farmacológicas)<sup>6,1,3</sup>.

**Conclusões:** A abordagem multidisciplinar e preventiva do delirium resultaria numa melhoria da qualidade de vida do idoso e na redução dos custos dos cuidados de saúde assistenciais<sup>1,6</sup>.

#### Referências

1. Martins, S. and L. Fernandes, Delirium in elderly people: a review. *Front Neurol*, 2012.3: p. 101.
2. Mittal, V., Delirium in the Elderly: A Comprehensive Review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 2011. 26(2): p. 97-109.



3. Burock, J.M., Delirium in the elderly. *Medicine & Health/Rhode Island*, 2012. 95(7): p.214-219.
4. Lobo, R., Delirium. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2010. 43(3): p. 249-57.
5. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. 1993, Porto Alegre: Coord. Organização Mundial de Saúde, Artes Médicas.
6. Sousa, C. Delirium no idoso: uma revisão. *WebMD [internet]*, Disponível em: <http://studogeral.sib.uic.pt/bitstream/10316/37396/1/>. Acesso a 15/04/2017
7. Conditions, N.C.G.C.-A.a.C., Delirium - Diagnosis, prevention and management. 2010, London: NICE clinical guideline 103.
8. Alagiakrishnan, Delirium. *Medscape from WebMD [internet]*, Disponível em: [emedicine.medscape.com/article/288890-overview](http://emedicine.medscape.com/article/288890-overview). Acesso a 15/04/2017.

### P 73

#### À PROCURA DE UMA CAUSA PARA TANTAS DORES

Pedro Miguel de Almeida Lopes; Daniela Pedro Correia  
*Centro Hospitalar do Oeste USF Tornada*

**Enquadramento:** A polimialgia reumática (PMR) é uma doença inflamatória comum entre doentes com mais de 50 anos, afectando mais o sexo feminino. A etiologia da PMR é atualmente desconhecida, contudo, múltiplos fatores genéticos e ambientais podem influenciar a susceptibilidade para esta doença.

**Descrição do caso:** Doente do sexo feminino, 79 anos, leucodérmica, autónoma. Antecedentes pessoais de fibrilhação auricular, HTA, dislipidemia. Medicada com bisoprolol, rivaroxabano, perindopril e atorvastatina.

Recorre ao SU por um quadro de dores e mal-estar com cerca de 2 semanas de evolução. Ao exame objectivo apresentava febre de 38.6°C. Analiticamente com elevação da PCR e da velocidade de sedimentação (VS), sem leucocitose, nem neutrofilia. Hemoculturas negativas, tendo apirexia mantida desde o 2º dia de internamento. Uma vez que a doente tinha artralguas ao nível da cintura escapular e cintura pélvica e elevação da PCR e VS, assumimos tratar-se de PMR. Iniciou corticoterapia com prednisolona 20mg/dia. Verificou-se melhoria clínica progressiva, tendo alta encaminhada para consulta. Cerca de 1 mês depois a doente apresentava-se bastante melhorada das artralguas e com uma clara diminuição da PCR e VS, pelo que se reduziu gradualmente a dose de prednisolona.

**Discussão:** As manifestações típicas da PMR são dores ao nível da cintura escapular e da cintura pélvica, associadas a rigidez matinal. A PCR e a VS geralmente encontram-se elevadas. O diagnóstico de PMR é feito com base em achados clínicos, podendo ser dificultado uma vez que os sintomas são semelhantes a muitas outras patologias. Os corticosteróides continuam a ser o tratamento de escolha.

### P 74

#### ESTUDO RETROSPECTIVO DA PNEUMONIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EM IDOSOS INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ivan Cadena Velez; Sara Nicolau; Ana Palricas; Manuela Grego  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** A pneumonia estafilocócica geralmente apresenta uma elevada taxa de morbi-mortalidade nos doentes maiores de 65 anos associada as comorbilidades e a resistência antibiótica.

**Objetivos:** Descrever os aspectos epidemiológicos, antecedentes, tratamento e prognóstico de uma série de casos de pneumonia por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) *versus* os sensível à meticilina (MSSA).

**Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo de 27 doentes internados com diagnóstico de pneumonia a *Staphylococcus aureus* durante o ano de 2016 no serviço de medicina interna.

**Resultados:** 27 doentes diagnosticados de idade média 84,5 anos; antecedentes de doença cerebrovascular (21%), HTA (17%) e insuficiência cardíaca (13%), 41% com dependência moderada. Pelo Score de Psi os doentes internados apresentavam um grau III ou IV. Dos quais 44% eram MRSA (50% masculino) e 56% MSSA (53% masculino). Evidenciou-se um internamento mais prolongado 26,8 dias no grupo MSSA, ao igual que uma maior mortalidade 27%. A piperacilina-tazobactam foi antibiótico empírico em 67% (MRSA) e 47% (MSSA), na terapêutica dirigida 55% realizou vancomicina (MRSA) e 38%(MSSA).

**Discussão:** Dos resultados obtidos a população de idades superiores a 90 anos são mais frequentemente afetados por MSSA, pelo contrario a prevalência de MRSA é mais frequente em idades de 80 anos associado a um menor grau de autonomia.

### P 75

#### NEUTROPENIA FEBRIL NA POPULAÇÃO IDOSA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ivan Cadena Velez; Sara Nicolau; Ana Palricas; Manuela Grego  
*Hospital Santarém*

**Introdução:** A neutropenia febril é um efeito adverso frequente nos doentes oncológicos sob quimioterapia com elevada morbi-mortalidade. O uso de fatores de estimulação de colónias de granulócitos associado ao tratamento antibiótico continua sendo controverso.

**Objetivos:** Descrição de uma serie de casos com o diagnóstico de Neutropenia febril, num Serviço de Medicina no ano de 2016.

**Métodos:** Foram selecionados 15 doentes de idades superiores a 65 anos, que cumpriam os critérios de temperatura superior a 38,3°C com valores de neutrófilos inferiores a 0,5.109/L ou previsão de redução da contagem inferior a 0,5.109/L.

**Resultado:** População com idade média de 74,3 anos, 60% sexo masculino e média de 9,4 dias de internamento. 67% apresentavam um tumor sólido e 33% uma neoplasia hematológica. A neutropenia febril evidenciou-se 7,5 dias após o último ciclo de quimioterapia. O principal motivo de vinda ao serviço de Urgência foi febre (67%) e em 47% não se evidenciou foco de infeção. Em 27% obtivemos isolamentos, sendo 75 a *K. pneumoniae*. 67% escolheu piperacilina-tazobactam como antibioterapia empírica, com uma duração média de 7,1 dias de tratamento. 4 doentes realizaram antibioterapia em exclusivo e 11 antibioterapia associada a filgastrim. Dos doentes sob filgastrim, ao 3º dia 36 tinham valores de neutrófilos superiores a 0,5.109/L, comparativamente com 66 no grupo sem filgastrim. Foi observada uma taxa de mortalidade de 27%.

**Conclusão:** Dadas as peculiaridades desta população devemos realizar mais estudos na área e definir o benefício do uso de fatores de estimulação na neutropenia febril.

## **P 76** **SACROPROMONTOFIXAÇÃO LAPAROSCÓPICA NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA: EXPERIÊNCIA DO NOSSO CENTRO**

Rui Bernardino; Luís Severo; Frederico Ferronha; Pedro Baltazar; Hugo Pinheiro; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Luis de Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar de Lisboa Central*

**Introdução:** O prolapso urogenital é uma patologia frequente em mulheres pós-menopáusicas. A abordagem laparoscópica para a reconstrução do pavimento pélvico em mulheres em idade geriátrica com prolapso do pavimento pélvico é uma técnica válida, existindo, contudo, poucos estudos acerca da técnica nesta população.

**Objetivos:** Pretende-se rever as indicações cirúrgicas, e relatar a experiência cirúrgica do Serviço de Urologia do Hospital de São José (Lisboa) nos últimos 4 anos em mulheres com mais de 65 anos avaliando os resultados clínicos e satisfação das doentes.

**Material e métodos:** O prolapso do pavimento pélvico foi quantificado pela "Escala de Quantificação de Prolapso de Órgãos Pélvicos" (POP-Q). Os resultados foram obtidos prospectivamente através da revisão dos

processos clínicos de todas as mulheres com mais de 65 anos que foram submetidas a sacropromontofixação laparoscópica nos últimos 4 anos.

**Resultados:** Foram realizadas 17 sacropromontofixações laparoscópicas a pacientes com mais de 65 anos. 7 das doentes foram submetidas a histerectomia subtotal e uma a colocação de fita transobturadora para prevenção incontinência urinária. A média de idades foi de 70,8 anos. A duração média do internamento foi de 3,1 dias. Apenas uma das pacientes teve uma complicação pós-operatória (Retenção urinária aguda). A nível de complicações intraoperatórias ocorreu laceração da parede vaginal em duas doentes. A satisfação média foi de 4,29 (escala de 1-5).

**Conclusão:** A sacropromontofixação laparoscópica é um procedimento bem aceite para correção do prolapso do pavimento pélvico. Os nossos resultados confirmam a eficácia do procedimento na população geriátrica em termos de taxa de morbilidade, alto nível de satisfação e bons resultados clínicos e funcionais.

## **P 77** **OSTEOCONDROMATOSE SINOVIAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Jorge Rodrigues; Diana Brigas; Ana Carolina Martins  
*USF Fiães*

**Introdução:** A condromatose sinovial do joelho é uma doença rara e de etiologia desconhecida, que resulta de uma perturbação a nível da membrana sinovial do joelho, caracterizando-se pela produção anormal de múltiplos nódulos cartilagosos, devido a metaplasia do tecido conjuntivo sub-sinovial. Quanto à origem, pode ser primária ou secundária. Trata-se de uma situação relativamente rara, benigna e geralmente monoarticular. As articulações mais afetadas são o joelho e a anca. É mais frequente no sexo masculino entre os 30-50 anos de idade. Esta patologia apresenta-se sob a forma de dor, edema e tumefação permanente a nível do joelho, com uma evolução de meses ou anos, associada a moderada rigidez articular, sendo por vezes palpáveis os corpos livres. Normalmente não existe história de traumatismo prévio nem sintomas de doença sistémica. Os exames radiográficos são muito característicos quando os corpos livres se encontram calcificados. Em relação ao diagnóstico definitivo, este só é possível após exame histológico do tecido sinovial e o tratamento, no caso de os pacientes serem sintomáticos, é cirúrgico.

**Discussão:** Mulher, 71 anos, auxiliar de limpeza reformada. Inserida numa família nuclear, no estágio VIII do ciclo de Duvall, altamente funcional, segundo APGAR familiar

de Smilkstein, e pertencente à classe média de Graffar. Apresenta como antecedentes pessoais: FA, síndrome vertiginoso periférico e dislipidemia. Recorreu à nossa consulta no dia 21 de outubro de 2016 referindo dor, limitação da amplitude articular e palpação de massa ao nível do joelho direito com alguns meses de evolução, que não sabe precisar. Nega traumatismo. Ao exame objectivo verificamos um desconforto e moderada rigidez à extensão e flexão do joelho direito; ligeiro edema, sem outros sinais inflamatórios associados; palpação de massa de bordos irregulares, de consistência dura, não aderente aos planos profundos, nesta região. Pelo que foi medicada com paracetamol 1g 12/12h e pedido o estudo axial da rótula. No dia 7 de novembro de 2016 regressou à nossa consulta, mantendo queixas de dor, que alivia ligeiramente com o paracetamol, associada a limitação da amplitude articular. Traz o resultado do Rx. Que evidenciava “calcificações infracentimétricas justapostas ao nível do joelho direito, que podem configurar osteocondromatose sinovial”. Aumentou-se a dose de paracetamol para 1g de 8/8h e pediu-se TC dos membros inferiores. No dia 25 de novembro de 2016 a utente veio trazer o resultado do TC que mostrou, no joelho direito, “discretas lesões degenerativas na articulação tibioperoneal proximal. Fina lâmina de derrame na bolsa subquadrípital. Diminuto líquido de Baker no cavado poplíteo interno com 12 mm de maior eixo. Extensas calcificações de aspeto grosseiro, infracentimétricas e justapostas, na espessura da gordura do tecido celular subcutâneo da face anterior do joelho, com uma extensão de cerca de 4 cm no plano longitudinal e uma espessura de 6 mm”. Assim sendo, perante este resultado optou-se por referenciar a utente para consulta externa de Ortopedia.

**Conclusão:** Trata-se de um caso de osteocondromatose sinovial do joelho, sendo que a localização, a história clínica e o facto de ser monoarticular coincidem com o descrito na literatura. Os exames radiográficos normalmente são normais mas no nosso caso, uma vez que os nódulos se encontravam calcificados, permitiu a sua observação no Rx. Em termos de tratamento, os analgésicos e anti-inflamatórios reduzem os sintomas algícos ou inflamatórios, todavia não são determinantes na melhoria dos sintomas mecânicos. Assim sendo, os doentes que apresentam derrames articulares recorrentes e sintomas mecânicos permanentes, têm necessidade de tratamento cirúrgico através de artroscopia para exérese dos corpos livres intra-articulares e excisão da membrana sinovial envolvida (sinovectomia parcial). Atualmente a nossa utente encontra-se a aguardar consulta de Ortopedia para prosseguir acompanhamento e tratamento.

## P 78

### INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ENVELHECIMENTO: A REALIDADE

Rita Oliveira<sup>1</sup>; Tiago Marques Ribeiro<sup>2</sup>; Sara Rocha<sup>1</sup>; Vitor Costa<sup>1</sup>; Ana Cunha<sup>3</sup>; Ana Lima<sup>3</sup>  
*Internos da UCSP Chaves IB<sup>1</sup>; USF Duvidas<sup>2</sup>; S.Neutel<sup>3</sup>*

**Introdução/Objetivos:** A incontinência urinária (IU) afeta 20% da população portuguesa com mais de 40 anos, e a sua incidência global aumenta progressivamente com a idade. Estudos realizados na população portuguesa apontam para a existência de 600 mil incontinentes nos diferentes segmentos etários. O recurso aos cuidados médicos é de apenas 10%. Este trabalho tem como objetivo analisar a IU e as suas implicações no processo de envelhecimento e avaliar a prevalência da IU bem como relacionar com os fatores de risco e orientação dada às mesmas.

**Material/Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo, dos utentes com IU até outubro de 2016 inscritas nas Unidade de Saúde, com vista a caracterização da população em relação ao género, idade, IMC, fatores de risco e referenciação

**Discussão:** O processo de envelhecimento é um processo natural, individual e progressivo onde ocorrem mudanças fisiológicas, funcionais e sociais. A bibliografia aponta para a IU como a perda involuntária de urina que atinge o idoso constituindo um problema social, económico e de higiene. A prevalência da IU foi de 4,5% nas unidades de saúde estudadas no grupo de mulheres com mais de 40 anos. Podemos concluir que os números da nossa realidade se encontram subvalorizada, ou por questão de não abordagem do problema ou falta de codificação na consulta. A média de idades foi de 67,25 anos o que corrobora a incidência desta patologia. Os principais fatores de riscos estão relacionados com o sexo, idade, partos, menopausa, tabagismo, obesidade e alterações cognitivas. As co-morbilidades mais frequentemente observadas foram HTA (54,5%), DM (14,9%), consumo de álcool (37,6%), excesso de peso (IMC média de 28,4) e número de partos (média de 1,7 filhos/mulher). Destes doentes com IU foram referenciados 34,7%, tendo uma taxa de resposta de 19,8% pela Urologia, 11,9% de Ginecologia, 3% de MFR.

**Conclusão:** Este problema tem uma tendência crescente face ao envelhecimento da população. As pessoas tendem frequentemente a conviver com a incontinência sem procurar ajuda profissional, porque se sentem receosas em falar do problema com o seu médico, ou porque pensam erroneamente que a IU é uma consequência normal do envelhecimento. Desta forma,

pretendemos consciencializar as pessoas que muitos casos de incontinência podem ser tratados, especialmente quando o tratamento se inicia precocemente.

## P 79

### PSICOFÁRMACOS NO IDOSO, MEDICAR COM SEGURANÇA

Patrícia Neto Oliveira; Sónia Corujo; Catarina Monteiro  
*UCSP da Guarda*

**Introdução:** A farmacocinética e a farmacodinâmica de muitos psicofármacos encontra-se alterada em grande parte dos idosos, o que confere maior vulnerabilidade e implica, por isso, maior cuidado com a prescrição neste grupo etário. Especial atenção deve ser dada à possível existência de comorbilidades médicas e a uma probabilidade aumentada de ocorrência de interações farmacológicas, em doentes que estão frequentemente polimedicados.

**Objetivos:** Compreender e avaliar o risco de prescrição dos psicofármacos nos idosos e sistematizar quais os psicofármacos mais seguros nesta faixa etária.

**Material e métodos:** Pesquisa bibliográfica de artigos científicos nas bases de dados *UpToDate*<sup>®</sup> e *Pubmed*<sup>®</sup>, com os termos *psychopharmacology*, *elderly* e *prescription*, escritos em inglês e português, publicados nos últimos 5 anos. Revisão também efetuada em livros de texto atuais.

**Resultados:** A regra de ouro fundamental na prescrição de psicofármacos a idosos é recorrer a estes fármacos apenas se absolutamente necessário e, se for esse o caso, optar pela simplificação do esquema. Os antipsicóticos podem provocar sedação excessiva, hipotensão postural, efeitos anticolinérgicos e reações extrapiramidais; nos idosos, preferir a risperidona e a quetiapina. Relativamente às benzodiazepinas, devem ser preferidas as de semivida curta ou intermédia. Relativamente aos antidepressivos, evitar os tricíclicos; a mirtazapina e a trazodona são relativamente seguros e os mais seguros nesta faixa etária são a sertralina, citalopram e o escitalopram. Estabilizadores do humor e psicoestimulantes devem ser usados com precaução.

**Conclusões:** Perante a necessidade de prescrição de psicofármacos a idosos, o médico deve ter em conta as particularidades deste e os potenciais risco da prescrição. O objetivo do tratamento deve ser sempre a promoção e manutenção da capacidade funcional do idoso.

## P 80

### AValiação Geriátrica Global, Papel dos Cuidados de Saúde Primários

Patrícia Neto Oliveira; Sónia Corujo; Catarina Monteiro  
*UCSP da Guarda*

**Introdução:** O aumento da esperança média de vida, tem levado a um crescimento significativo de pessoas idosas na população. Como consequência, o número de pessoas idosas dependentes, por vezes institucionalizadas, tem aumentado, assim como os chamados síndromes geriátricos, que tornam o idoso mais vulnerável. Estes fatores requerem que se reflita sobre o envelhecimento e os mecanismos através dos quais se pode promover uma maior qualidade de vida para a pessoa idosa.

**Objetivos:** Compreender qual a melhor abordagem do idoso pela equipa de Cuidados de Saúde Primários (CSP) de forma a promover a melhoria da sua saúde e bem-estar.

**Material e métodos:** Pesquisa bibliográfica de artigos científicos atuais nas bases de dados *UpToDate*<sup>®</sup> e *Pubmed*<sup>®</sup>, com os termos: avaliação geriátrica e idoso frágil.

**Resultados:** A bibliografia evidenciou que o gold-standard da intervenção geriátrica é a Avaliação Geriátrica Integral (AGI), um processo de avaliação e diagnóstico multidimensional que identifica a necessidade de cuidados e desenvolve um plano para maximizar os resultados nos idosos, sobretudo nos idosos frágeis e dependentes. Esta avaliação deve ser realizada em vários domínios, tendo especial atenção aos síndromes geriátricos como a demência, a depressão, as alterações do estado funcional, a malnutrição, as alterações sensoriais, a incontinência urinária, as quedas e o contexto social do idoso. Efetuada corretamente, através de instrumentos validados, proporciona cuidados de saúde eficazes e apropriados a grupos vulneráveis de idosos, como os frágeis e dependentes, que de outra forma poderiam receber tratamentos insuficientes ou potencialmente inseguros e desadequados.

**Conclusões:** A equipa de CSP tem um papel fundamental no cuidado aos idosos. Contudo, a AGI é ainda pouco conhecida e aplicada. É necessário desenvolver formas de aumentar a consciencialização dos clínicos para a saúde dos idosos e aumentar o conhecimento sobre a AGI, de maneira a promover o seu uso para uma melhoria dos cuidados de saúde primários aos idosos e consequentemente uma melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida.

## P 81

### ABORDAGEM DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DA MULHER EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Patrícia Neto Oliveira; Sónia Corujo; Catarina Monteiro  
UCSP da Guarda

**Introdução:** De acordo com a ICS (*International Continence Society*), a incontinência urinária (IU) é uma situação na qual a perda involuntária de urina constitui um problema social e de higiene e que pode ser objetivamente demonstrado. As mulheres são as mais afetadas, havendo repercussões negativas, com alterações substanciais da qualidade de vida.

**Objetivo:** Revisão da evidência científica atual acerca da abordagem da IU feminina em CSP (Cuidados de Saúde Primários).

**Material e métodos:** Pesquisa bibliográfica de artigos científicos atuais nas bases de dados *UpToDate*<sup>®</sup> e *PubMed*<sup>®</sup>, com os termos: *Incontinence* e *incontinence urinary*.

**Resultados:** A IU divide-se em vários tipos: IU de esforço (pequenas perdas de urina que acontecem quando o indivíduo ri, tosse, espirra, faz exercício, se curva ou pega em algo pesado), IU por urgência (a perda de urina é precedida por um desejo repentino em urinar), IU mista (forma de apresentação frequente em mulheres com idade superior a 60 anos; há combinação dos dois tipos anteriores).

Numa abordagem inicial, a anamnese deve incluir os antecedentes ginecológicos e obstétricos, comorbilidades, medicação habitual e a descrição da sintomatologia deve ser pormenorizada. O exame objetivo urológico e neurológico deve ser feito. Como ferramenta de ajuda, pode-se utilizar o diário miccional. Os exames complementares passam por uma ecografia, análises ao sangue e urina.

O tratamento deve iniciar-se pela normalização do IMC, atividade física diária moderada e evitar o consumo excessivo de álcool e cafeína. Os exercícios de Kegel estão destinados a fortalecer o pavimento pélvico. Com exercícios de educação vesical pretende-se evitar perdas de urina através da modificação dos hábitos de micção. Em caso de ausência de resposta a estas medidas, o MF pode orientar para tratamento farmacológico e fisioterapia as situações de IU por urgência. Na IU de esforço a orientação pode ser feita para fisioterapia ou, nos casos mais graves, cirurgia.

**Conclusões:** O MF tem um papel essencial na abordagem inicial da IU. Desta forma, uma avaliação completa, incluindo antecedentes pessoais e familiares e exame físico, é a chave para determinar o tipo de IU e estabelecer o plano de tratamento adequado.

## P 82

### ADEQUAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES

Ana Jorge Lopes; Carina Afonso; José Tiago Teixeira;  
Mariana Belo; M.<sup>a</sup> João Pinheiro; Vítor Martins  
USF Viriato, Viseu

**Justificação:** Os inibidores da bomba de protões (IBP) são uma das classes terapêuticas mais prescritas em Portugal. Há uma crescente evidência sobre os efeitos colaterais destes fármacos na terapêutica a longo prazo principalmente nos indivíduos idosos devido há maior prevalência de doenças crónicas.

**Objetivos:** Avaliar e garantir a qualidade da prescrição de IBP numa USF e a atualização da lista de medicação crónica.

**Material/Métodos:** Avaliação e melhoria contínua da qualidade.

**Dimensão estudada:** Adequação técnico-científica. Unidade de estudo: utentes com prescrição de IBP. Selecionaram-se 60 utentes dos 8 ficheiros médicos da USF com renovação de receituário de IBP durante 2 meses (1<sup>a</sup> avaliação 01/05/2016 a 30/06/2016 e 2<sup>a</sup> avaliação 01/02/2017 a 31/03/2017). Fonte de dados: SCLínico<sup>®</sup>.

**Avaliação:** Interna; interpares e retrospectiva. Critérios de avaliação: % de utentes com adequação da prescrição de IBP (D84 Doença do esófago; D86 Úlcera péptica, outra); % utentes com lista de medicação crónica atualizada.

**Intervenção educacional:** Tratamento de dados: Excel<sup>®</sup>.

**Resultados:** Na primeira avaliação 7 utentes (11,67%) apresentavam adequação da prescrição de IBP; 36 (60%) tinham a lista de medicação crónica atualizada. Após a introdução das medidas corretoras a adequação da prescrição aumentou para 8 (13,33%) e a lista de medicação crónica atualizada para 42 (70%).

**Discussão/Conclusões:** A melhoria na adequação da prescrição de IBP foi muito pequena. Os IBP continuam a ser prescritos de forma crónica em muitos casos sem indicação, sem referência à duração da terapêutica ou tendo por base justificações que não cumprem as recomendações da DGS.

## P 83

### QUANDO A SOLUÇÃO NÃO É MEDICAR

Ana Isabel Gonçalves Pereira Carvalho  
USF Ponte, ACES do Alto Ave

**Introdução:** As alterações de estilos de vida estão comprovadamente associadas a benefícios importantes no controlo dos fatores de risco cardiovasculares. Tratam-



se de medidas importantes, que se encontram à cabeça de qualquer tipo de intervenção terapêutica em patologias como a Diabetes e a HTA.

**Descrição:** Mulher de 83 anos, viúva, analfabeta. Antecedentes de obesidade, diabetes Tipo 2, insuficiência cardíaca, HVE, FA, HTA, dislipidemia, DPOC GOLD A, depressão, parkinsonismo. Estava medicada até final de 2014, para a diabetes, com gliclazida 30 mg e metformina 850 mg. Por apresentar bom controlo metabólico e taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 40mL/min, suspendeu gliclazida e diminuiu a dose de metformina para 500 mg. Seis meses depois, por manter diminuição crescente da TFG, suspendeu a metformina e foi-lhe proposto iniciar Insulina, que recusou. Iniciou linagliptina 5 mg. Manteve controlo metabólico razoável até julho de 2016, altura em que apresentou HgbA1c de 11,5%. Manteve a recusa de Insulina, e comprometeu-se a alterar estilos de vida, alimentares e realizar atividade física (caminhadas diárias). Um mês depois a HgbA1c apresentava um valor de 9,3%, e aos 3 meses, tinha reduzido para 6,7% (outubro de 2016). Manteve atitudes, e em fevereiro de 2017, apresenta HgbA1c de 6,0%.

**Conclusão:** A análise deste caso clínico permite reforçar o que cientificamente já se encontra provado, que é a importância da alteração de estilos de vida seja em que idade for, ou qualquer que seja a comorbilidade associada. Esta utente, além do controlo metabólico do qual beneficiou, obteve melhoria em muitas comorbilidades que apresentava.

## P 84

### TRATAR A DOR CRÓNICA NOS IDOSOS – PARTICULARIDADES E PRECAUÇÕES

Alexandra Pinho; Ieda de Paula; Catarina Fonseca;  
Catarina Soares; Mafalda Pires; Tatiana Louro  
UCSP Casal de Cambra

**Introdução:** A dor crónica é definida como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos”. É comum nos idosos; no entanto, é muitas vezes subtratada, condicionando uma diminuição da qualidade de vida. Existem várias barreiras à gestão da dor.

**Objetivos:** Revisão dos princípios inerentes à prescrição de fármacos analgésicos neste grupo especial, bem como das principais particularidades e precauções de cada grupo de fármacos usado.

**Material e métodos:** Pesquisa bibliográfica de artigos, na língua inglesa, dos últimos dez anos, na base de dados *Pubmed*, usando os *MeSH terms chronic pain, treatment* e *elderly*, bem como de Normas de Orienta-

ção Clínica sobre o tema.

**Resultados:** Antes da prescrição, é necessário ter presente as alterações fisiológicas do envelhecimento. Devem ser averiguadas as expectativas do tratamento e definidas metas reais.

O paracetamol é considerado fármaco de 1ª linha. Os AINE devem ser usados pontualmente, pelos efeitos adversos. Quando estes não são suficientes, devem ser considerados opióides. Os opióides são fármacos eficazes; contudo, a sua escolha deve ter em conta a função hepática e renal do doente, possíveis interações medicamentosas e formulações disponíveis. Devem ser iniciados com doses inferiores e titulados progressivamente. Os fármacos adjuvantes são úteis em certas patologias específicas.

**Discussão/Conclusões:** O princípio – *primum non nocere* – está presente na prática clínica diária. Contudo, não podem apenas ser considerados os riscos do tratamento, pois ao sub-tratar esta patologia, perpetuamos outras co-morbilidades. O foco deve ser uma avaliação clínica cuidada e uma boa gestão farmacológica.

## P 85

### “DRA. DÓI-ME DE BAIXO DA PLACA” – QUANDO A QUEIXA NÃO É O MAIS IMPORTANTE!

Cláudia Faria; Carla Duarte; Harileny Abreu; Filipa Drumond  
Centro de Saúde Santo António; Centro de Saúde Dr. Rui Adriano Freitas; Centro de Saúde do Caniço

**Enquadramento:** 85% dos linfomas malignos são não Hodgkin (LNH). O linfoma difuso de grandes células B é o mais comum e agressivo tipo de LNH. A idade média ao diagnóstico é a 6ª década. São factores de risco a infeção crónica, imunossupressão, factores ambientais como a radiação ionizante, doenças auto-imunes e alguns traços hereditários. As manifestações clínicas do LNH dependem da zona envolvida e se o seu curso é indolente ou agressivo. Os linfomas agressivos podem manifestar-se como uma massa de crescimento rápido e incluem os clássicos sintomas B. Linfomas indolentes podem ser assintomáticos, com crescimento lento de uma adenopatia, hepatomegalia e citopenia. O diagnóstico inicial é realizado por biópsia excisional.

**Descrição do caso:** Senhora de 88 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) do seu centro de saúde com queixas de dor gengival inferior desde há 3 dias. Ao exame objetivo apresentava uma tumefação cervical esquerda dura, aderente a planos profundos, não dolorosa à palpação e medindo cerca de 1,5 cm. Foram pedidos exames complementares diagnósticos e orientada para o seu médico de família (MF). A ecografia mostrou múltiplas adenopatias latero-cervicais bilaterais, (...) na fossa supra-clavi-

cular esquerda uma adenopatia com 13mm (...) poderão traduzir adenopatias metastáticas da parte ORL, ou traduzir uma doença linfoproliferativa. O relatório anatomopatológico constatou “Neoplasia linfóide de padrão difuso” (...) conclusão: Linfoma difuso de grandes células B.

**Discussão:** Com este caso clínico salienta-se a importância diagnóstica no SU dos cuidados de saúde primários e a orientação realizada pelo MF.

## P 86

### PREVALÊNCIA DO USO DE BENZODIAZEPINAS E FÁRMACOS ANÁLOGOS EM IDOSOS, A REALIDADE DE DUAS LISTAS DE UTENTES

Ana Castro Cunha; Rita Oliveira; Ana Lima; Ana Marques Pinho  
UCSP A- S. Neutel, Chaves UCSP B, Chaves

**Introdução:** O uso de benzodiazepinas e seus análogos (BZD e análogos), tem aumentado consideravelmente na última década. A utilização destes fármacos por um curto período de tempo tem eficácia descrita. Contudo, o seu uso prolongado não é recomendado, principalmente em idosos pelo risco de dependência e de outros efeitos adversos – sonolência, confusão mental, hipotensão postural, e aumento de quedas.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência do uso de BZD e análogos na população com >65 anos em duas listas de utentes ao nível dos CSP, com o objetivo de conhecer o padrão de utilização destes psicofármacos nos CSP.

**Material/Métodos:** Estudo observacional, analítico e descritivo em utentes com mais de 65 anos em duas listas de utentes, com avaliação da prescrição nos últimos 3 anos bem como o fármaco utilizado.

**Resultados:** De uma amostra de 962 utentes, 487 correspondem à lista A e 475 correspondem à lista B. Da lista A 29% dos utentes encontram-se medicados com benzodiazepinas ou análogos e da lista B 23% dos utentes estão medicados. Na distribuição por sexo, a lista A tem 74% de mulheres e a lista B tem 69%. Na distribuição por grupo etário, a lista A tem 2 grupo dominantes (65-69 anos e 70-74 anos) e na lista B, predomina a idade dos 65-69 anos. Nas duas listas as mulheres são predominantes em todos os grupos. As benzodiazepinas correspondem, para ambas as listas, a classe mais prescrita. (83% lista A e 72% para a lista B). Relativamente ao fármaco mais prescrito, na lista A predomina o lorazepam (31,4%) e na lista B o alprazolam (28%). Verificamos que a maioria dos utentes faz estes fármacos há mais de 3 anos.

**Conclusões:** Ainda se observa um uso elevado destes fármacos nesta faixa etária, apesar dos seus riscos inerentes, sendo prática comum de muitos Médicos de Família. As mulheres as maiores consumidoras, sendo

os fármacos que estão à mais tempo no mercado os mais prescritos. Pretendemos reforçar a necessidade de revisão terapêutica desta classe de fármacos, com educação dos profissionais de saúde e utentes.

## P 87

### PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA

Salete Gomez<sup>1</sup>; Pedro Namora<sup>2</sup>; Conceição Almeida<sup>1</sup>; Olenka Hahn<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF Fafe Sentinela; <sup>2</sup>USF Famalicão I

**Introdução:** As quedas representam a principal causa de lesão na população idosa, sendo frequentemente acompanhadas por perda de autonomia e morbimortalidade. Tendo em conta o envelhecimento demográfico, a abordagem inicial das quedas deve constituir uma prioridade nos cuidados de saúde primários.

**Objetivos:** Descrever uma abordagem sistematizada para a prevenção de quedas nos idosos.

**Metodologia:** Pesquisa de artigos publicados nos últimos 5 anos nas bases de dados *Pubmed* e *UptoDate*, utilizando os termos *MeSH: Accidental falls; aged; primary health care*.

**Resultados:** A avaliação do risco de quedas deve ser realizada anualmente a todos os utentes com idade ≥65 anos. Inicialmente é importante questionar a existência de quedas prévias e dificuldades na marcha ou equilíbrio. Os idosos que apresentam elevado risco de quedas devem ser submetidos a uma avaliação clínica global, que inclui a anamnese, o exame físico e a aplicação de escalas para determinação da função cognitiva e grau de independência para as atividades de vida diária. Os principais fatores de risco modificáveis devem ser investigados, nomeadamente os fatores ambientais, a medicação, as alterações do equilíbrio, força e marcha e os défices sensoriais. Por fim, deve ser proposto um programa individualizado com objetivo de otimizar a funcionalidade e reduzir o risco de quedas.

**Discussão:** As quedas constituem um importante problema de saúde pública com impacto negativo na qualidade de vida da população geriátrica. Deste modo, uma abordagem sistematizada com vista a identificar fatores de risco e realizar intervenções que os minimizem são imperativos.

## P 88

### INFECÇÃO POR VÍRUS INFLUENZA H1N1 EM IDOSOS

Marta Valentim; José Ramalho; Ana Gameiro; Sónia Almeida  
*Hospital Distrital de Santarém*

**Introdução:** A infeção por vírus influenza A (H1N1) tem comparativamente uma evolução mais grave que a infeção por influenza A sazonal.

**Objetivo:** Descrever as características dos doentes internados no Serviço de Medicina Interna devido a infeção por vírus influenza A (H1N1) durante um ano.

**Materiais e métodos:** Descrição de uma serie de casos que incluiu todos os doentes com mais de 65 anos com diagnóstico confirmado de influenza A (H1N1) admitidos no Serviço de Medicina em 2016. O desfecho primário foram as complicações associadas e a sua caracterização.

**Resultados:** Dos 19 doentes (idade média 76,3 anos, 79% sexo feminino e média de internamento de 7,8 dias) com diagnóstico confirmado de influenza A (H1N1), iniciaram sintomas 3,5 dias antes de recorrer ao Serviço de Urgência. Todos realizaram Oseltamivir em media 4,8 dias. Das complicações observadas 63% foram infeções bacteriana do trato respiratório, dos quais responderam ao primeiro ciclo de antibioterapia empirica 85% dos doentes; destacar complicações nefrológicas (47%), cardiovasculares (26%), hematológicas (26%) e assinalar que em 11% foi evidenciado alterações hepáticas secundárias ao Oseltamivir. 63% dos doentes realizou em algum momento do internamento oxigenioterapia, 16% necessitou de ventilação não invasiva e 1% doente ventilação invasiva. Somente um doente faleceu por falência múltipla de órgãos.

**Conclusões:** Devemos ter um especial cuidado na vigilância ao diagnóstico de Influenza A (H1N1), devido a existência, na grande maioria dos casos, de complicações respiratórias com necessidade de suporte ventilatório; e ao risco de toxicidade associada com o uso de oseltamivir.

## P 89

### AValiação DA QUALIDADE DO REGISTO DA ESCALA DE BARTHEL NOS UTENTES DEPENDENTES NA USF DA BARRINHA

Constança Oliveira; Inês Trigo de Almeida; Lima Nogueira;  
Tiago Carvalho  
*USF da Barrinha*

**Introdução:** A escala de Barthel (EB) avalia o nível de independência nas atividades da vida diária, adequando cuidados às necessidades.

Faz parte do Programa de Cuidados a Utentes em Situação de Dependência no Domicílio do Plano de Ação

(PA) da Unidade de Saúde Familiar (USF) da Barrinha 2015-2017 o planeamento de cuidados a utentes dependentes, incluindo aplicação da EB na primeira visita e trimestralmente.

**Objetivos:** Aumentar preenchimento da EB no SClínico® para 50%.

**Material e métodos:** Realizou-se avaliação interna retrospectiva, revendo registos domiciliários de EB em 3 períodos: 01-01-2015 a 31-12-2015, 11-04-2016 a 22-06-2016 e 11-04-2016 a 22-06-2016. Os dados foram obtidos através dos programas Microstrategy® e SClínico®. Os critérios de exclusão foram: óbitos, consultas de agudos, saídas de lista e ausência de domicílio nos períodos avaliados.

Cumpriram-se ações de sensibilização em reuniões setoriais médicas na USF.

Compararam-se resultados pré e pós-intervenções, através do cálculo de proporções, tendo-se tratado estatisticamente através do Microsoft Excel®.

**Resultados:** A proporção de registos obtida pré-intervenções foi 17%. Após a primeira e segunda intervenções, obteve-se 54% e 34%, respetivamente.

**Discussão/Conclusões:** Houve melhoria do registo de EB pós-intervenções, tendo o objetivo sido atingido apenas após a primeira, podendo refletir esquecimento da sua aplicação rotineira com o tempo.

O trabalho promoveu reflexão na USF, concluindo-se a necessidade de rever a excessiva periodicidade prevista no PA para o registo de EB.

## P 90

### PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NOS IDOSOS

Ana Lima; Ana Cunha; Rita Oliveira; Karla Marín  
*UCSPA S. Neutel - Centro de Saúde Chaves 1; UCSP B - Centro de Saúde Chaves 1*

**Introdução:** Segundo FDA, o uso dos inibidores da bomba de protões (IBP) está apenas indicado, a longo e curto prazo, em determinadas patologias. Relativamente à prevenção secundária de lesões gastroduodenais associadas ao uso de AINE, incluindo aspirina, os IBPs são primeira linha na prevenção; mas não são indicados como prevenção primária.

**Objetivos:** Rever a medicação dos idosos da lista de utentes, a fim de averiguar quantos e porque estavam a cumprir IBP a longo prazo.

**Métodos:** Retirada listagem de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos. Averiguou-se quais estariam a cumprir IBP, qual a codificação que estaria na base desta prescrição e, na ausência da codificação, se



estaria relacionada com a prescrição de AINE, hipocoagulante/antiagregante ou corticosteróide.

**Resultados:** 18,5% tinham, no último ano, prescrição de IBP para cumprir a longo prazo (>12 semanas). Destes, 51% tinham codificado sintoma/doença do capítulo D do ICPC-2, sendo o mais frequente (91%) o D87. 35% estavam a cumprir IBP como prevenção de úlcera associada à toma de antiagregante (75%), hipocoagulante (9%), AINEs (9%) ou corticosteróides (7%). Não foi evidente em 14% dos utentes o porquê de estarem medicadas de forma crónica com IBP.

**Discussão:** As autoras concluíram que está a ocorrer um erro de codificação, sendo que a DRGE deveria estar a ser codificada como D84, ao invés do D87. Não fica evidente se nos medicamentos preventivamente com IBP por terapêutica com AINE ou hipocoagulante/antiagregante haverá indicação para prevenção secundária, ou se estará a ser dado como prevenção primária, o que deve ser também objeto de estudo.

## P 91

### TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO

Ana Lúcia Augusto; Inês Figueiredo; Carla Moreira  
*USF Lusitana; USF Lusitana; USF Lusitana*

**Introdução:** A hipertensão arterial (HTA), associada a elevada morbimortalidade cardiovascular, tem uma prevalência > 70 nos idosos, em Portugal (2013). O médico de família recebe diariamente estes doentes, normalmente polimedicados, tornando-se essencial identificar os valores-alvo do tratamento.

**Objetivo:** Determinação dos valores tensionais alvo em idosos > 80 anos hipertensos.

**Metodologia:** Pesquisa na base de dados *PubMed* de artigos científicos publicados nos últimos 5 anos, em humanos, com mais de 80 anos, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando-se os termos *MeSH elder\* AND hypertension*.

**Resultados:** Dos 33 artigos encontrados, 7 foram selecionados após leitura dos resumos. Todos referem o benefício do tratamento da hipertensão. Contudo, falham na inclusão de idosos >80 anos na população de estudo, e em mostrar benefício acrescido na redução da tensão arterial sistólica para <140 mmHg comparando com valores entre 140 e 150 mmHg.

**Discussão:** Apesar do benefício no tratamento da hipertensão arterial independente da idade, poucos estudos incluem pessoas >80 anos ou com pluripatologia. Nos idosos, além de interações medicamentosas, pode ocorrer hipoperfusão cerebral por hipotensão ortostática, sobretudo se formos ambiciosos no controlo tensio-

nal. Assim, talvez se incorra em erro quando aplicamos os objectivos tensionais gerais de <140/90 mmHg no tratamento deste grupo concreto.

**Conclusão:** Existem várias guidelines de apoio à conduta médica, mas não existe um consenso claro nos valores alvo de tensão arterial em idosos, sobretudo acima de 80 anos. Torna-se premente, portanto, a realização de estudos mais direccionados que indiquem os valores a ter como objetivo e quais os benefícios/riscos associados.

## P 92

### REFERENCIAÇÃO À CONSULTA HOSPITALAR DE MEMÓRIA PELOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Ana Margarida Vieira<sup>1</sup>; Ana Patrícia Rosa<sup>2</sup>; Sandra Esteves Oliveira<sup>1</sup>; Sofia Rocha<sup>3</sup>; Ana Sofia Costa<sup>4</sup>; Álvaro Machado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Internas de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar do ACeS Cávado I - Braga;* <sup>2</sup>*Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar do ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende;* <sup>3</sup>*Neurologistas do Serviço de Neurologia do Hospital de Braga;* <sup>4</sup>*Neuropsicóloga do Serviço de Neurologia do Hospital de Braga*

**Introdução:** A demência implica um declínio cognitivo em múltiplos domínios traduzindo-se em elevada morbimortalidade. Sugere-se que existam barreiras à abordagem da demência nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

**Objetivos:** Caracterizar a referenciação à consulta de Memória pelos CSP.

**Materiais e métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo, dos utentes referenciados pelos CSP à consulta de Memória do Hospital de Braga, entre maio 2011 e dezembro 2015. As variáveis analisadas foram género, idade, profissão, escolaridade, estado civil, motivos, defeito cognitivo, estudo diagnóstico, antecedentes de risco e tempo entre os sintomas, referenciação e consulta hospitalar.

**Resultados:** Identificámos 290 referenciações, maioritariamente de utentes do género feminino(69%), idade média 75 anos, reformados(81%), com <4 anos escolaridade (51%). 58% dos casos foram referenciados por perda de memória. 68% das referenciações indicavam antecedentes pessoais de risco e 10% antecedentes familiares de demência, 17% mencionavam o MMSE, 51% indicavam realização prévia de TC-CE e 32% de estudo analítico. A referenciação demorou mais de 24 meses (55%) e a consulta hospitalar entre 7-12 meses (55%).

**Discussão/Conclusões:** O principal motivo de referenciação está de acordo com outros estudos. As referenciações revelaram-se incompletas relativamente aos antecedentes, rastreio cognitivo e investigação diagnóstica prévia. As referenciações e a resposta hospitalar são

efetuadas tardiamente. Este estudo revelou lacunas na informação das referências que devem ser melhoradas, de modo a otimizar a articulação dos cuidados de saúde, uma vez que o diagnóstico precoce e a abordagem da demência por equipas multidisciplinares são fundamentais. Estes dados sugerem que podem haver limitações à abordagem destes doentes nos CSP.

### P 93

#### DEMÊNCIA SENIL: IMPORTÂNCIA DE RECONHECIMENTO PRECOZE

Olena Kovalova; Magda Catarino  
UCSP Cantanhede

**Enquadramento:** As alterações psicológicas e comportamentais estão presentes em todos os tipos de demência e afetam cerca de 90% dos doentes. São causa principal de institucionalização precoce, aumento do uso de fármacos e pior evolução dos sintomas cognitivos. Estes sintomas englobam alterações de experiência emocional, conteúdo de pensamento, percepção, motricidade, alterações de personalidade.

**Descrição do caso:** Mulher de 85 anos, viúva, reside sozinha em meio rural, tendo apoio de familiares. AP: Osteoartrite generalizada. Sem seguimento psiquiátrico prévio. MH: Zilpen, Exxiv 90, Flexiban. Trazida ao SU da Psiquiatria para avaliação psiquiátrica por apresentar ideação delirante persecutória não sistematizada dirigida aos familiares, deterioração cognitiva progressiva com cerca de um ano de evolução com desorganização comportamental e alterações mnésicas com prejuízo importante no seu funcionamento. Recusa ir à consulta do MF e apoio familiar. Exame neurológico e estudo analítico sem alterações. A TC-CE mostrou atrofia global e difusa de predomínio cortical nos lobos temporais cerebelo. Foi internada para controlo do quadro psiquiátrico, revertendo o quadro delirante após duas semanas de tratamento antipsicótico.

**Discussão:** Este caso representa a importância da avaliação geriátrica com perguntas diretas ao doente e ao cuidador, já que, muitas vezes as alterações psicológicas e comportamentais são subvalorizadas até ao surgimento de uma crise.

O MF, por conhecer a dinâmica familiar, encontra-se numa posição privilegiada para ajudar na gestão dos cuidados do doente com demência. O acompanhamento regular ajuda a compreender a progressão da doença e as suas intercorrências, identificar as causas precipitantes ou fatores de agravamento do comportamento, de modo a prevenir o aparecimento de novas crises.

### P 94

#### SLING TRANSOBTURADOR AJUSTÁVEL NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Rui Bernardino; Luis Severo; Frederico Ferronha; Gil Falcão; Pedro Baltazar; Francisco Fernandes; Hugo Pinheiro  
Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução e objetivo:** Os slings uretrais são o tratamento cirúrgico gold standard para a incontinência urinária de esforço. No entanto, cerca de 20% das doentes sofrem de sintomas persistentes e recorrentes depois da cirurgia. Os slings ajustáveis são uma alternativa recente. Apresenta-se um caso de uma mulher de 80 anos submetida à colocação de sling transobturador ajustável (A.M.I.). Pretende-se avaliar este procedimento cirúrgico em termos de eficácia, melhoria da qualidade de vida e satisfação da doente.

**Descrição do caso:** Doente de 80 anos de idade seguida em consulta de Urologia por incontinência urinária de esforço. Como antecedentes pessoais a doente realizou várias intervenções para tratamento da incontinência: Cirurgia Burch em 2000, sling transobturador em 2007 e bulking agents em 2012. A doente referia utilização de dois pensos diários, perdas involuntárias de urina com a tosse ou esforços. Objetivamente ao exame ginecológico constata-se incontinência com a tosse. O estudo urodinâmico evidenciava incontinência urinária por deficiência intrínseca do esfíncter. Foi submetida a colocação de sling transobturador ajustável em maio 2016.

**Conclusão:** Após 11 meses de *follow-up* a doente encontra-se sem queixas, estando satisfeita com a função urinária após a intervenção. A combinação de resolução da incontinência urinária de esforço e satisfação da paciente após o sling ajustável poderá estar relacionado com a possibilidade de modulação da tensão deste no período pós-operatório que permite evitar os problemas mais comuns após colocação dos slings convencionais, como perdas persistentes de urina ou complicações obstrutivas.

### P 95

#### A HIPOCOAGULAÇÃO NUM CONTEXTO DE MULTIPATOLOGIA

Carolina Gonçalves Venda  
ARS Algarve - ACES Central - Centro de Saúde de Faro - USF Faro

**Enquadramento:** A decisão de hipocoagular no idoso, regra geral tem sempre condicionantes pela multipatologia.

**Descrição do caso:** Mulher de 76 anos, com excesso de peso, hipertensão arterial e fibrilhação auricular, com antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC) cerebeloso hemorrágico fronto-parietal direito, sob varfarina,



que suspendeu, ficando sob aspirina. Em 11/2017, teve AVC isquêmico com transformação hemorrágica no parênquima cerebeloso à direita. Decide-se suspender a aspirina. A ressonância magnética de 12/2016 revelou: Leucoencefalopatia isquêmica crônica e volumosa área no hemisfério cerebeloso direito com 19mm, em provável relação com calcificação, não se podendo excluir áreas hemáticas internas, podendo corresponder a volumoso cavernoma. Neste contexto, solicitou-se angio-TC, realizado em 03/2017 que revelou pequena lesão ao nível do cerebelo para-mediano direito com cerca de 7mm, compatível com pequeno meningioma. Assim, e com a doente com queixas de cefaleias intensas diárias, CHA2DS2-VASc 7/9 e HAS-BLED 4/9, optou-se por anticoagular com apixabano, pedir angio-RM.

**Discussão:** Deste caso destaca-se: 1) FA permanente não anticoaguada; 2) Antecedentes de AVC hemorrágico (sob varfarina) e AVC isquêmico com transformação hemorrágica (sob aspirina); 3) Exames complementares com resultados díspares (cavernoma vs. hemangioma vs. lesão sequelar de AVC); 4) Clínica de cefaleia. O risco tromboembólico e risco hemorrágico de uma lesão mal caracterizada têm justificado a dificuldade de decisão de anticoagular. Não havendo evidência de contraindicação para a anticoagulação optou-se pela mesma, prosseguindo com a investigação. A medicina tem que ser exercida com bom senso procurando a relação risco/benefício mais vantajosa para os doentes.

## P 96

### DOENÇA RENAL CRÔNICA NO IDOSO – CONSULTA DE ESCLARECIMENTO SOBRE MODALIDADES DE TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA ESTÁDIO 5 DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

César Matos<sup>1</sup>; Andreia Dias da Silva<sup>2</sup>; Jesus Garrido<sup>2</sup>; Cátia Pêgo<sup>2</sup>; Sérgio Lemos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interno do Ano Comum, Centro Hospitalar Tondela-Viseu;

<sup>2</sup>Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

**Introdução:** O declínio progressivo fisiológico da função renal faz do rim um dos órgãos mais afetados pela idade. Este declínio pode ser acelerado por sobreposição de doença renal, patologias de base, *background* genético, entre outros.

O tratamento da doença renal crônica estágio 5 no idoso constitui um desafio, devido às suas comorbilidades e fragilidade (isolamento social, mau status funcional e declínio cognitivo).

**Objetivos:** Caracterizar a população idosa referenciada à Consulta de Esclarecimento no Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu no ano de 2016,

com Doença Renal Crônica estágio 4 e 5 (DRC4/5) e fatores de risco.

**Material e métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, com recolha de informação do processo clínico e tratamento de dados no Microsoft Excel®.

Foram incluídos 86 utentes com idade ≥ 18 anos inscritos na consulta, sendo selecionados 63 com diagnóstico de DRC4/5 e idade ≥ 65 anos.

**Resultados:** No ano de 2016 a prevalência dos doentes com ≥ 65 anos de idade e DRC 4/5 que realizaram consulta de esclarecimento em 2016 foi de 75,6%, dos quais 14,3% iniciaram tratamento substitutivo da função renal (TSFR). A etiologia principal da DRC foi a nefropatia diabética (44.4%).

**Discussão/Conclusões:** O envelhecimento renal é um fenómeno complexo ao qual se sobrepõe o efeito de várias comorbilidades.

A abordagem individualizada do idoso com DRC 4/5 é essencial, devendo ser dada particular atenção aos seus desejos, às comorbilidades/expectativa prognóstica e à qualidade de vida, na hora de definir o tratamento substitutivo *versus* o conservador.

## P 97

### VIAJAR NÃO ESCOLHE IDADES!

Maria José Novais

USF Santa Clara

**Introdução:** Devido à melhoria das condições de vida, a população idosa viaja cada vez mais. Contudo, esta população apresenta características que necessitam de adaptações antes de viajar.

**Objetivos:** Avaliar as especificidades da população idosa que deverão ser tidas em conta na planificação de uma viagem.

**Material e métodos:** Foi consultado o *Pubmed* e pesquisados artigos com os termos *Mesh elderly travellers*, sendo selecionados 2 em língua inglesa e 2 em francesa. Foi ainda consultado o livro *Manual of Travel Medicine* e o site *Centers for Disease Control and Prevention*.

**Resultados:** A idade não é contra-indicação para viajar, mas a presença de comorbilidades torna a população idosa mais vulnerável a complicações médicas graves despoletáveis pela viagem. A menor capacidade de adaptação fisiológica, as dificuldades de recuperação após esforços e a sensibilidade à desidratação conferem maior fragilidade a estes viajantes. A maioria dos riscos pode ser evitada graças à prevenção e antecipação de cuidados em consulta, idealmente 4 a 6 semanas antes da viagem, onde será feita uma abordagem geriátrica global e avaliada a compatibilidade entre o

estado de saúde e o tipo de viagem. Dever-se-á avaliar o risco de descompensação de patologias pré-existentes, reajustar medicações de acordo com a viagem e planificar cuidados médicos em caso de descompensação aguda.

**Discussão/Conclusões:** Nem todos os doentes têm possibilidade de recorrer à consulta do viajante e o Médico de Família desempenha um papel fundamental no aconselhamento dos pacientes antes de viajarem. Prevenir, antecipar e educar será pois o passaporte para uma viagem de sucesso.

## **P 98** **HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS**

Ana Pina; Patrícia Pontífice Sousa; Rita Marques  
*Centro Hospitalar Lisboa Norte (Hospital Pulido Valente); Centro Hospitalar Lisboa Norte (Hospital Santa Maria); Universidade Católica de Lisboa (Instituto de Ciências da Saúde)*

A humanização dos cuidados de enfermagem implica uma abordagem da pessoa como um ser holístico, com necessidades próprias/únicas. Compete ao enfermeiro identificar, desenvolver e aplicar as competências necessárias para poder dar respostas eficazes face às necessidades encontradas. O objetivo deste estudo é de identificar quais os fatores que os doentes e os próprios enfermeiros consideram humanizadores dos cuidados prestados, e quais as lacunas a serem melhoradas no dia-a-dia. O método utilizado neste estudo foi o da revisão sistemática da literatura. Utilizaram-se as bases de dados CINAHL, LILACS, *Scielo* e *PubMed*, tendo sido selecionados 6 artigos, criteriosamente analisados. Resultados: há evidência científica da necessidade desta re-humanização dos cuidados de enfermagem, tendo sido identificados fatores humanizadores dos cuidados. Conclusão: Aspetos como o espaço físico onde são prestados os cuidados de enfermagem, a identificação do profissional de saúde que cuida, a utilização da escuta ativa como instrumento fundamental na relação de ajuda, a explicação de rotinas, procedimentos, gestão de esperança e informação, o envolvimento da pessoa de referência no processo de saúde/doença e a promoção do respeito, autonomia e dignidade humana, são considerados fatores fulcrais para um cuidado de enfermagem humanizado e que nem sempre estão presentes nos cuidados de enfermagem em diferentes contextos.

## **P 99** **PROTOCOLO: REABILITAÇÃO DO IDOSO**

Rita Oliveira; Ana Cunha, Ana Lima; Sara Rocha;  
Ana Marques Pinho; Vitor Costa  
*UCSP Chaves IB; UCSP S. Neutel A*

**Introdução:** O conceito de saúde nos idosos é abrangente e não se restringe à presença ou ausência de doença ou seu agravamento, sendo estimado pelo nível de independência e autonomia. Um grande desafio nos cuidados prestados ao idoso é conseguir uma maior longevidade mas com qualidade de vida e preservação da capacidade funcional.

**Objetivo:** Desenvolver um algoritmo de avaliação do idoso ao nível das disfunções relativas à cognição, depressão, interação social, desempenho nas tarefas de vida diária, estado nutricional e equilíbrio funcional, para ser utilizado na consulta domiciliar dos CSP.

**Métodos:** Pesquisa bibliográfica de *guidelines*, NOCs, revisões sistemáticas e metanálises, publicados entre 2006 e 2016, sobre a temática acima referida.

**Discussão:** A consulta no domicílio é importante por permitir conhecer o contexto e envolvimento do doente. Existem escalas que fornecem informação que permite avaliar as necessidades de cada idoso, respeitando a sua individualidade. Sendo aplicadas num momento de contacto com o doente, estas escalas permitem uma visão geral das disfunções encontradas e do nível de incapacidade e necessidades do idoso. Diferentes parâmetros podem ser avaliados através de escalas apropriadas: Cognição – MOCA; Depressão – Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage); Interação social; AVDs – Índice de Katz e escala de Lawton/Brody modificada; Estado nutricional – *Mini Avaliação Nutricional MNA<sup>®</sup>*; Equilíbrio – *timed get up and go test*. Após a aplicação das escalas, os resultados são transferidos para um formulário funcional geral. Assim, os profissionais que compõe a equipa de avaliação, face aos resultados obtidos, definem os objetivos e planos de tratamento até a próxima visita do doente avaliado.

**Conclusão:** A sistematização da metodologia de assistência com enfoque nos cuidados gerais e na reabilitação física, mental e social, permite definir metas e elaboração de um plano terapêutico individual. A aplicação deste método gerará dados essenciais para o acompanhamento da evolução do doente e para uma correta gestão dos recursos assistenciais disponíveis na unidade de saúde, de modo a identificar as necessidades reais dos idosos e promover a sua qualidade de vida.



## P 100

### REFERENCIAÇÃO À CONSULTA HOSPITALAR DE DOENÇAS DO MOVIMENTO, PELOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Tânia Gonçalves; Margarida Rodrigues; Gisela Carneiro  
USF S. João de Braga - ACeS Cávado I Hospital de Braga

**Introdução:** O Médico de Família é muitas vezes o primeiro contacto com o Sistema de Saúde, tendo um papel importante na avaliação inicial e referenciação.

**Objetivos:** Avaliar referenciações efetuadas pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP) à consulta de Doenças do Movimento do Hospital de Braga e resposta hospitalar.

**Material e métodos:** Observacional e descritivo, realizado no serviço de Neurologia, Hospital de Braga. Incluiu doentes com primeira consulta de Doenças do Movimento entre 2012-2016, referenciados dos CSP. Recolheu-se idade, género, motivo da referenciação, informação clínica na referenciação, prioridade atribuída e tempo até marcação da consulta.

**Resultados:** 186 processos (mediana 70 anos, 56,6% feminino). Principais motivos de consulta: tremor e suspeita de Parkinson. Assimetria dos sintomas foi referida em 17,2% dos pedidos, idade de início em 37,1% e sua evolução em 32,3%, impacto nas atividades de vida diárias em 28,5%, história familiar em 8,1%, medicação habitual em 41,9%, medicação para a queixa em 31,2% e hipóteses de diagnóstico/dúvidas a esclarecer em 79,6%. A prioridade Normal foi atribuída a 95,7% dos pedidos e Prioritário a 4,3%. A mediana de tempo de espera até à primeira consulta foi de 237 e 121 dias, respetivamente. Assim, 15,2% dos pedidos com prioridade Normal tinham consulta marcada dentro 120 dias e 50% dos pedidos Prioritários dentro de 60 dias. Os pedidos de consulta aumentaram ao longo dos anos.

**Conclusões:** Verificaram-se lacunas na informação clínica das referenciações e tempos de espera elevados de resposta hospitalar. Uma melhor articulação entre os dois níveis de cuidados poderá melhorar estes resultados.

## P 101

### REALIDADE DA VACINAÇÃO ANTI-PNEUMOCÓCICA NUMA USF

Rita Vieira Gomes; João Alves; Rosário Silva  
USF S. João de Braga

**Introdução:** A infeção por *Streptococcus pneumoniae* é uma causa importante de morbidade e mortalidade, sendo também uma das principais causas de morte prevenível através da vacinação. Em Portugal, a GRESP, em concordância com outros consensos e recomendações internacionais, recomenda que a vacinação anti-pneumocócica deve ser aconselhada a toda a população

imunocompetente com idade  $\geq 65$  anos e àqueles com risco de contrair doença invasiva pneumocócica (DIP). **Objetivos:** Conhecer a realidade da vacinação anti-pneumocócica numa população com idade  $\geq 65$  anos, pertencente a uma USF.

**Material e métodos:** Estudo descritivo, observacional e transversal. População: com idade  $\geq 65$  anos inscrita na USF. Variáveis: idade, género, vacina pneumocócica polissacárida 23-valente (Pn23), vacina pneumocócica conjugada 13-valente (Pn13). Os dados foram analisados informaticamente através dos programas Microsoft Office Excel 2016® e SPSS 21.0®.

**Resultados:** Dos 2312 doentes incluídos no estudo, 11,5% encontram-se vacinados com a Pn23, 6,2 com a Pn13 e 1,1% com ambas as vacinas. A média de idades da população é 75 anos, dos quais 43% são do sexo masculino e 57% do sexo feminino.

**Discussão/Conclusões:** Com este estudo verificamos que a taxa de cobertura vacinal é muito baixa, uma vez que apenas uma minoria dos doentes com idade  $\geq 65$  anos encontra-se vacinado. É urgente reavivar este tema entre a comunidade médica e aumentar a cobertura da vacinação anti-pneumocócica, face aos riscos bem conhecidos associados à infeção por *Streptococcus pneumoniae*. Os autores salientam também a importância da MGF no aconselhamento desta vacinação considerando a sua maior proximidade com o utente.

## P 102

### RELAÇÃO ENTRE A DOENÇA ONCOLÓGICA NO IDOSO E O DIAGNÓSTICO DE DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS E PRESCRIÇÃO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS

Ana Patrícia Pinho<sup>1</sup>; Margarida Simões<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF TREVIM-SOL; <sup>2</sup>UCSP PENACOVA

**Introdução:** O cancro é provavelmente a doença mais temida no mundo moderno. É uma verdade difícil pois remete o médico e o paciente para um confronto com a ideia da morte, que ninguém espontaneamente gosta de abordar. A componente psicológica no tratamento do cancro é cada vez mais reconhecida. Existem vários factores que podem influenciar a adaptação à doença grave. Os objetivos principais são: avaliar a relação entre a doença oncológica no idoso e as perturbações psiquiátricas que esta implica no curso da doença, estudo e caracterização de duas populações com patologia oncológica e avaliação da prescrição de psicofármacos nestas duas populações.

**Métodos:** Estudo transversal de dois ficheiros de duas unidades de saúde, dos pacientes que apresentaram um diagnóstico de neoplasia maligna na sua lista de

problemas, de acordo com a classificação ICPC-2. Fez-se uma avaliação interna e inter pares através de fontes de dados SAM®, MIM @ UF e MedicineOne®. A análise descritiva foi realizada através do Excel®.

**Resultados:** A faixa etária com maior incidência de neoplasia é a de  $\geq 75$  anos, com maior prevalência do sexo masculino. A neoplasia mais frequente na população em estudo foram a da próstata, cólon e cancro da mama. 42,5% dos pacientes foram medicados com drogas psicotrópicas. Dos pacientes medicados 58,5% iniciaram a terapêutica após o diagnóstico de cancro. O grupo farmacológico mais utilizado foi as benzodiazepinas em monoterapia (27%) ou em associação com antidepressivos (22%).

**Conclusões:** Os distúrbios psiquiátricos mais prevalentes foram as reacções de ajustamento e depressão *major*. Houve um uso excessivo de benzodiazepinas em detrimento dos antidepressivos. Os vários tipos de cancro e os diversos tipos de tratamento têm implicações diferentes que se podem traduzir em níveis de psicopatologia díspares.

### P 103

#### **PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS (PIM) NO IDOSO SEGUNDO CRITÉRIOS DE BEERS NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR**

Jorge Rodrigues; Mara Dias; Diana Brigas  
USF Fiães

**Introdução:** A população mundial está a envelhecer e segundo os censos de 2011 19.03% da população portuguesa apresentava idade igual ou superior a 65 anos. Estima-se que em 2050 esta percentagem ascenda aos 36%. Os idosos necessitam de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde devido à elevada incidência de doenças crónicas e incapacitantes e, consequentemente, à prescrição mais extensa, aumentando o risco da ocorrência de problemas relacionados com os medicamentos. Um desses problemas é a utilização de PIM. Estes devem ser evitados, tanto por não serem eficazes, como por apresentarem riscos desnecessariamente altos. A operacionalização para Portugal dos critérios de Beers, os mais comumente usados para a identificação de prescrição inapropriada nos idosos, permitiu a criação de um instrumento valioso que pode auxiliar na seleção de medicamentos e algumas doses a prescrever no idoso, garantindo benefícios adicionais em termos de segurança e eficácia.

**Objetivo:** Identificar e quantificar, com base nos critérios de Beers, a utilização de PIM nos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, da Unidade de Saúde

Familiar de Fiães.

**Metodologia:** Estudo observacional, retrospectivo e analítico. População: indivíduos inscritos no SINUS® na USF, com idade igual ou superior a 65 anos, durante o ano 2015. Critérios de inclusão: Utes com idade igual ou superior a 65 anos. Critérios de exclusão: Utes sem médico atribuído; sem consulta médica presencial na unidade, durante o período de estudo; falecidos. Amostra: aleatória, com reposição dos casos excluídos; Considerando um nível de significância de 5% e um intervalo de confiança de 96.68%, calculou-se o tamanho amostral utilizando a ferramenta Raosoft®. Variáveis: género, idade, número e classe de PIM. Colheita de dados: análise retrospectiva do processo clínico eletrónico (SClínico® e PEM). Registo e análise estatística descritiva dos dados (Microsoft Excel®).

**Resultados:** Do total de 361 utentes, 161 do género masculino e 200 do género feminino, com uma idade média de 74,4 anos, 196 tinham pelo menos uma prescrição de PIM, sendo que 104 apresentava uma, 56 duas, 24 três e 12 mais de 3 prescrições de PIM. Em relação ao grupo farmacológico de PIM a maioria correspondia a IBP (93 prescrições), benzodiazepinas (78) e AINE's (56), verificando-se uma predominância do género feminino nestes grupos.

**Conclusão:** Dos 361 utentes estudados 54% dos utentes tinham pelo menos uma prescrição de PIM. Correspondeu a um total de 340 PIM prescritos, com uma média de 0.94 PIM por doente. Os resultados obtidos a confirmarem uma proporção considerável de PIM prescritos alerta para a necessidade da revisão contínua da terapêutica em curso, facilitada pelos instrumentos que permitem uma análise sistematizada para a garantia de prescrição segura no idoso. Seria bastante útil que se desenvolvessem sistemas informáticos com alertas sobre PIM com indicação de alternativas terapêuticas mais seguras, auxiliando o médico na prescrição e o farmacêutico na identificação de PIM.

### P 104

#### **DA OTALGIA À PARALISIA FACIAL... A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO**

Lorina Pestana<sup>1</sup>; Catarina Matos Silva<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF LoureSaudável; <sup>2</sup>USF Cruzeiro

**Introdução:** A otalgia é uma queixa comum na Medicina Geral e Familiar.

O síndrome de Ramsay Hunt é uma complicação rara da infecção pelo vírus herpes zóster (VHZ). A incidência é de 5/100000, sendo a segunda causa de paralisia facial traumática.



O quadro clínico é caracterizado por paralisia facial periférica, lesões vesiculares no ouvido externo ou orofaringe assim como acufenos e diminuição da acuidade auditiva.

**Caso clínico:** Doente sexo feminino, 68 anos. Apresentou-se na consulta com otalgia com cinco dias de evolução. Negava otorreia, otorragia, acufenos, vertigens, febre e queixas respiratórias. À observação apresentava membrana timpânica abaulada, associada a sinais inflamatórios, sem alterações ao nível do canal auditivo externo, pelo que foi admitida otite média aguda e medicada com amoxicilina + ácido clavulânico 875 + 125 mg e anti-inflamatório oral.

Após 24 horas iniciou quadro de otorragia, pelo que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) de Otorrinolaringologia tendo indicação para manter antibioterapia. Após 72 horas recorreu novamente ao SU por edema, eritema e vesículas no canal auditivo externo (CAE) com dor na hemiface direita agravada pela palpação e mastigação, admitindo-se paralisia facial periférica.

Foi diagnosticada com síndrome de Ramsay Hunt. Iniciou aciclovir 800 mg, lágrimas artificiais e corticoterapia. Melhoria sintomática após 48 horas da terapêutica instituída e completado quinze sessões de fisioterapia com sucesso.

**Conclusão:** Este caso clínico serve para alertar para esta etiologia rara de otite. As complicações incluem: encefalite, mielite, paralisia de nervos cranianos e de nervos periféricos. Existe benefício no tratamento precoce com aciclovir e prednisolona. O prognóstico é favorável, 75% dos doentes recuperam completamente.

## P 105

### SÍNDROME DE TAKOTSUBO

Mónica Bagueixa; Manuel Cruz

*Unidade Local de Saúde do Nordeste - Centro de Saúde de Miranda do Douro Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde Bragança*

**Enquadramento:** A síndrome de TakoTsubo é uma condição reversível, caracterizada por uma disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo, a qual mimetiza muitas vezes uma síndrome coronária aguda. Ocorre geralmente após stress físico ou psíquico e atinge principalmente mulheres na pós-menopausa.

**Descrição do caso:** B.C.G., sexo feminino, 70 anos, reformada (doméstica), portuguesa, caucasiana e casada. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e história de episódios ocasionais de síncope e traumatismo crânio-encefálico.

Medicação crónica: Omeprazol 20 mg uma vez/dia, carvedilol 6.25 mg uma vez/dia, ramipril 20 mg uma vez/dia, ácido acetilsalicílico 100 mg uma vez/dia e sinvastatina 20mg uma vez/dia. Recorre à consulta com o seu Médico de Família, na sequência de internamento hospitalar recente por síndrome de TakoTsubo. Deu entrada no SU da área de residência (Bragança) após quadro de stress emocional seguido de forte dor retrosternal com irradiação dorsal e para o membro superior esquerdo e sem relação com o esforço. O exame físico não apresentava alterações. No entanto, foi observada uma elevação dos marcadores de necrose do miocárdio no estudo analítico seriado e os eletrocardiogramas seriados foram compatíveis com ritmo sinusal e bloqueio completo do ramo esquerdo. Foi colocada a hipótese de diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio de localização indeterminada, Killip I, sendo a doente transferida para a UCIC do CHTMAD.

Na admissão a esta Unidade foram realizados exames complementares de diagnóstico e colocada a hipótese de diagnóstico de síndrome de TakoTsubo.

Atualmente assintomática e com seguimento em consulta de Cardiologia na UH de Bragança.

## P 106

### 007: PERMISSÃO PARA CONDUIZIR

Joana Sofia Fernandes<sup>1</sup>; Diana Neves Sousa<sup>1</sup>; Ana Ramos Sequeira<sup>1</sup>; Vânia Pinto<sup>2</sup>; Pedro Oliveira<sup>1</sup>; Ana Lucas<sup>2</sup>; Vítor Santos<sup>1</sup>; Celina Pires<sup>2</sup>; Marli Loureiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP Covilhã; <sup>2</sup>UCSP Belmonte

**Introdução:** O Médico de Família, tem papel primordial na manutenção e promoção da qualidade de vida do idoso. Com o envelhecimento tornam-se comuns alterações neurocognitivas que interferem no processamento, atenção e memória potenciando-se assim o risco de acidente de viação. A sensibilização das famílias para esta etapa de vida pode contribuir para um melhor processo de adaptação e aceitação.

**Descrição de caso:** Utente de 78 anos recorreu ao Centro de Saúde para renovação da carta de condução. Tinha antecedentes pessoais de presbiacusia, erro de refração e perturbação da personalidade (relatório de Neuropsicologia: deterioração cognitiva com maior expressividade comportamental). Foi-lhe solicitada tomografia axial de arânio que mostrava hipodensidade difusa de substância branca, refletindo microvasculopatia arterial, assim como perda de volume cerebral e atrofia frontal. O exame neurológico era normal e pontou 17 no *Minimal test*.

Foi então solicitada consulta de Neurologia para es-

clarecimento do quadro e apoio ao Delegado de Saúde pública.

Inconformado com estes obstáculos recorreu a outro médico ocultando-lhe os antecedentes conseguindo, assim, o atestado para renovação de carta de condução.

**Discussão:** O conhecimento do contexto familiar, social e clínico, fornece ao médico as ferramentas necessárias para apoiar o utente na aceitação/adaptação face à doença e limitações funcionais, tornando-o parte integrante da tomada de decisões. O novo modelo online facilitará a responsabilização. Sempre que se pretenda revalidar um título de condução deve-se atentar aos antecedentes do doente em questão, quando desconhecidos devem ser requisitados pelo médico, para que a renovação seja feita informada e conscientemente.

### P 107

#### AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO

Liliana Gerales; Liliana Alves; Raquel Ferreira; Patrícia Forte  
*UCSP Tábua*

**Introdução:** Portugal é o quinto país da Europa com maior índice de envelhecimento. A elevada prevalência de doenças crónicas e incapacidade impõe o ajuste de cuidados ao grau de dependência dos idosos.

**Objetivos:** Avaliar o índice de funcionalidade dos idosos, existência de cuidador e frequência de pluripatologia e polifarmácia.

**Metodologia:** Estudo observacional, descritivo, transversal. População: utentes com 65 ou mais anos inscritos num ficheiro médico. Amostra de conveniência: primeiros 5 idosos da consulta médica/enfermagem, 20 março-7 abril 2017. Fonte de dados: SClínico®/PEM®. Análise: Excel®. Variáveis: idade, sexo, escolaridade, existência de cuidador (formal/informal), grau de dependência funcional (Escala de Lawton & Brody), polimedicação, pluripatologia.

**Resultados:** 75 utentes, 65-91 anos, média 76,7 anos, 60% sexo feminino. Avaliação funcional: 64% independente, 17,3% dependência ligeira, 13,3% moderada, 1,3% grave e 4% dependência total. Dependência ligeira-moderada: 65,2% apresentava cuidador (73,3% informal). Dependência grave-total: todos apresentavam cuidador (50% informal). Polimedicados: 66,7% dos independentes, 82,6% daqueles com dependência ligeira a moderada, 75% daqueles com dependência grave a total. 54,7% apresentava problemas de 3 ou mais sistemas.

**Discussão:** Apesar do elevado índice de envelhecimento, a maioria dos idosos é independente. No entanto, há ainda muitos idosos dependentes sem cuidador. O

Médico de Família deve detetar precocemente as limitações do idoso e agilizar a colaboração de um cuidador, usufruindo do privilégio do contacto próximo com a família e da articulação com as redes de apoio social.

### P 108

#### UMA OBSTRUÇÃO INESPERADA

Joana Pinto; Catarina Gonçalves; Raquel Martins; Sónia Almeida; Patrícia Morais

*USF Condestável; UCSP Marinha Grande*

Uma abordagem continuada dos utentes é fundamental para um bom raciocínio e obtenção de um diagnóstico precoce. Mulher, 69 anos, com sinusite crónica e DPOC, recorre, em outubro de 2016, aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) por tosse seca com 1 mês de evolução e agravamento nocturno, com exame físico sem alterações a nível pulmonar. Medicada com anti-histamínico e medidas de hidratação oral. Volta à consulta no início de novembro por persistência do quadro. À auscultação pulmonar apresentava sibilos raros e aumento do tempo expiratório, pelo que foi realizado o diagnóstico de bronquite aguda, tendo sido medicada.

Em dezembro, retorna aos CSP por manter acessos de tosse e apresentar pieira. Já tinha sido observada por Pneumologista que ajustou medicação e realizou espirometria, revelando alteração ventilatória restritiva. Optou-se por pedir controlo analítico, testes alérgicos e radiografia torácica.

Duas semanas depois, regressa com o resultado de raio-xdo tórax que evidencia profundas alterações da permeabilidade pulmonar em ambos os hemitórax, com imagens de densidade cálcica e fibrose intersticial. Questionou-se a utente acerca das profissões exercidas, antecedentes familiares de patologia respiratória e carga tabágica, tendo esta referido que fumou cerca de 2 maços/dia durante 20 anos (UMA 40). De notar que a carga tabágica registada em consultas anteriores era 0UMA. Pediu-se TAC pulmonar, que veio a revelar tratar-se de uma neoplasia pulmonar.

Embora os diagnósticos considerados inicialmente fossem plausíveis, se existisse uma história correctamente elaborada dos antecedentes pessoais anteriormente ao quadro, será que o diagnóstico final teria sido obtido mais precocemente?

## P 109

### SERÁ QUE O CANCRO VOLTOU?

Ana Rita Pereira; M<sup>o</sup> José Oliveira; Sara Vidal  
*USF Moliceiro*

**Enquadramento:** A polimialgia reumática (PMR) é a doença reumatológica inflamatória mais comum da população idosa. Caracteriza-se por sinovite e periartrose proximal, com dor e rigidez das cinturas escapular e pélvica. Pode acompanhar-se de febre e perda de peso. Tipicamente, com VS e PCR muito elevadas. Apresenta resposta excelente a corticoterapia de baixa dose.

**Descrição do caso:** Homem, 84 anos de idade, solteiro, sem filhos, hipertenso, com neoplasia do urotélio recidivante, vem à consulta a 05/05/2016 por dor inguinal direita irradiada para a coxa, de ritmo misto. Medicado com etoricoxib. Pedida ecografia das partes moles e radiografia da bacia. Voltou à consulta por agravamento das dores com envolvimento das cinturas pélvica e escapular, região cervical e mãos, de ritmo inflamatório, perda de apetite e perda ponderal. Ecografia mostra sinovite da coxo-femural e entesiopatia da inserção dos adutores e dos nadegueiros. Estudo analítico em 28/06/2016 revela: Hb 11.8, VS 92, PCR 62.2. Nesta data refere cansaço incapacitante. Colocada hipótese de metástases pelos antecedentes de neoplasia. Pedida TAC abdomino-pélvica e radiografia do tórax – sem alterações. Por clínica e estudo analítico compatíveis com PMR (apesar de ausência de arterite temporal) realizada prova terapêutica com prednisolona, com melhoria de toda a sintomatologia e dos marcadores inflamatórios. Encaminhado para consulta de Reumatologia, onde mantém seguimento. Atualmente, clinicamente bem.

**Conclusão:** Num doente idoso com doença oncológica e quadro álgico músculo-esquelético associado a perda ponderal, astenia, VS e PCR elevados, é importante ponderar a hipótese de PMR, mesmo sem existência de arterite temporal.

## P 110

### QUANDO A IDADE PESA...

#### – CASO CLÍNICO

Milene Morais Leite Aranda; Carolina Silva Sousa  
*Centro de Saúde de São Roque do Pico*

**Introdução:** O prolapso de órgãos pélvicos e a incontinência urinária coexistem em até 80 das mulheres com disfunção do pavimento pélvico. Existem opções de tratamento conservador e cirúrgico, que deverão ponderar riscos e benefícios associados. Os planos de tratamento são individualizados e determinados quer por diagnósticos clínicos, quer pelos objetivos do tratamento, ida-

de da paciente, nível de atividade e estado geral e sua preferência.

**Caso clínico:** Mulher, 83 anos, viúva, a residir sozinha, analfabeta, previamente autónoma nas AVD's. Antecedentes de incontinência urinária de esforço, prolapso uterino grau II desde 2010, HTA e obesidade.

A doente foi trazida à consulta pela filha, por agravamento da incontinência urinária e massa exteriorizada na região pélvica. À observação apresentava prolapso uterino de grau IV. Colocou-se pressário de 80mm, prescrito na altura do diagnóstico e não utilizado pela utente, expulso em 24h. Foi re-observada e enviada à ginecologia, que prescreveu pressário maior, para evitar tratamento cirúrgico, dada a idade avançada da doente. Esta medida também se verificou ineficaz, ficando a utente dependente dos cuidados da filha, por incapacidade para a marcha e realização das tarefas domésticas.

Em nova consulta, em contacto telefónico com o ginecologista, optou-se pelo reencaminhamento na mesma semana e programação de correção cirúrgica.

**Discussão:** O envelhecimento da população é uma realidade, com necessidade de cuidados acrescidos quando ocorre compromisso da capacidade funcional do idoso, impedindo o autocuidado, aumentando a responsabilidade sobre a família e o sistema de saúde.

O médico de família desempenha nestas situações o papel de gestor de saúde.

## P 111

### QUANDO O PRURIDO NÃO É SÓ DERMATOLÓGICO!

Ana Isabel Machado<sup>1</sup>; Ana Carolina Bronze<sup>1</sup>; Maria Teresa Albergaria<sup>2</sup>; Pedro Garcia Brás<sup>3</sup>; Raquel Martins<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Internas do 1º ano MGF; <sup>2</sup>Interna do 3º ano MGF; <sup>3</sup>Interno do Ano Comum; <sup>4</sup>Assistente de MGF

*Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel / Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER*

**Enquadramento:** O carcinoma primário da ampola de Vater é uma doença rara, apresentando uma alta taxa de ressecabilidade e uma sobrevivência aos 5 anos de cerca de 30 a 50%.

O prurido é um sintoma comum, podendo ter diversas etiologias. Em 45% dos casos de obstrução biliar maligna, o prurido surge como sintoma acompanhante, podendo ocorrer como primeira manifestação.

**Descrição do caso:** Utente de 65 anos, sexo feminino, caucasiana, divorciada, família unitária. Professora do 2º ciclo. Hipertensa medicada com IECA, diurético da ansa e BCC.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) em julho de 2016

por prurido generalizado, sem outra sintomatologia acompanhante, assumindo-se escabiose, para a qual foi medicada. Por ausência de melhoria, recorreu a consulta de Dermatologia e Imunoalergologia que fizeram ajuste terapêutico.

Passadas três semanas regressou ao SU por manter o prurido, acompanhado de icterícia, astenia e perda de peso. Analiticamente apresentava anemia e padrão de colestase. Fez ecografia abdominal superior que mostrou dilatação da via biliar principal, CPRE e TC abdominal com alterações sugestivas de ampuloma. Destacava-se elevação do CA 19.9. Foi submetida a duodeno-pancr99eatectomia cefálica, atualmente sob quimioterapia adjuvante.

**Conclusão:** Importa identificar lesões cutâneas associadas ao prurido com características de doenças dermatológicas e, se persistente, estudar a presença de lesões secundárias ou outras etiologias possíveis.

Dada a proximidade do médico de família ao utente, a persistência das queixas e falência terapêutica devem alertar para uma investigação adicional, que permita abordar precocemente patologias de maior complexidade.

## P 112

### PNEUMONIA OU METASTIZAÇÃO? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Lorina Pestana; Catarina Matos Silva  
USF LoureSaudável; USF Cruzeiro

**Introdução:** A síndrome de Loeffler é uma pneumonia eosinofílica que afeta indivíduos de todas as idades.

A etiologia pode ser idiopática ou secundária e está associada, geralmente, a um aumento do número de eosinófilos no sangue e expectoração.

**Caso clínico:** Doente sexo feminino, 67 anos idade, ex-fumadora, com antecedente de neoplasia do endométrio em 2007 submetida a histerectomia total.

Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro clínico com 5 dias de evolução de tosse seca, astenia, febre, dispneia e mal-estar geral. Foi diagnosticada com cistite e medicada com cefuroxima, que manteve após isolamento de *K. Pneumoniae*.

Foi realizada telerradiografia de tórax que demonstrava presença de opacidades nodulares bilaterais. Na tomografia computadorizada de tórax (TC) observaram-se múltiplos focos de consolidação dispersos bilateralmente compatíveis com processo pneumónico vs. metastização pulmonar, sendo associada claritromicina.

Internada para investigação e tratamento tendo sido alterada antibioterapia para piperacilina/tazobactam, levofloxacina e linezolid.

Analiticamente apresentava eosinofilia periférica: 1396; PCR: (7mg/dL), electroforese de proteínas com aumento de alfa 1 e alfa 2

Foi realizada nova TC: “Áreas de consolidação pulmonar bronquiocêntricas (...). A principal hipótese diagnóstica é eosinofilia pulmonar simples (síndrome de Loeffler)”.

A broncofibroscopia revelou eosinofilia (43%).

Durante o internamento apresentou melhoria sintomática e analítica com diminuição de eosinofilia periférica e imagiologicamente com desaparecimento da maioria das lesões nodulares.

**Conclusão:** A síndrome de Loeffler é uma pneumonia eosinofílica que afecta indivíduos de todas as idades, sendo geralmente auto-limitada, caracterizada pela presença de febre, tosse não produtiva e dispneia, devendo ser equacionado o seu diagnóstico na presença de eosinofilia periférica e infiltrados pulmonares bilaterais.





## PATROCÍNIO CIENTÍFICO



## PARCEIROS CIENTÍFICOS



## MAJOR SPONSOR



## SPONSORS



## SECRETARIADO

## AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL