



idoso

12º CONGRESSO
NACIONAL

3º Simpósio
Luso-Espanhol

28-29|junho|2018

Centro de Congressos
Sheraton Porto Hotel

Programa
Científico



Consultar Versão Digital

Geriatría 2018

A idade & o conhecimento
aliados no futuro





Caros Colegas e Amigos

É com grande satisfação que levamos a efeito o 12.º Congresso Nacional do Idoso – 3.º Simpósio Luso-Espanhol, Geriatria 2018.

Portugal mantém-se, como sabemos, numa situação demográfica extraordinariamente perigosa, fruto do aumento da esperança média de vida e da redução brutal da natalidade.

Os cuidados médicos prestados à terceira idade serão absolutamente fulcrais para o exercício de uma medicina de qualidade nos anos mais próximos. A realidade mostra-nos que há ainda um conjunto muito importante de idosos, doentes crónicos e até em fase pré-terminal, que continua a enfrentar persistentes dificuldades no acesso a cuidados de saúde e a tratamentos adequados.

Neste contexto, parece óbvio que um congresso dedicado a esta medicina da terceira idade tenha um interesse crescente por parte de todos os médicos que se preocupam com esta temática e com a melhoria da sua formação nesta área, assim como de outros profissionais de saúde, como sejam os assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e outros cuidadores.

Este 12.º Congresso Nacional do Idoso terá, uma vez mais, a importante colaboração da Santa Casa da Misericórdia do Porto e da Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia.

Termino, destacando a importância que todos os oradores e moderadores deste Congresso têm para nós e que agradecemos, bem como a todos os nossos patrocinadores que ajudam a manter elevada a qualidade deste Congresso tão importante para a formação de todos nós.

A todos muito obrigado e bem-vindos ao Porto!

Dr. 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. Pimenta Marinho**, Presidente Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP • **Dr. Rui Fiolhais**, Presidente do Conselho Diretivo do ISS - Instituto da Segurança Social, I.P. • **Dr. Miguel Guimarães**, Bastonário da Ordem dos Médicos • **Prof Doutor Paulo Santos**, Representante do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos • **Enfa. Ana Rita Cavaco**, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros • **Dr. Manuel de Lemos**, Presidente do Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas • **Dr. António Tavares**, Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto • **Dr. Rui Moreira**, Presidente da Câmara Municipal do Porto



COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente Dr. José Canas da Silva, Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

Dr. Álvaro Ferreira da Silva, Colégio de Geriatria da Ordem dos Médicos • **Dra. Cristina Galvão**, Médica; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+; ACES Baixo Alentejo – ULS Baixo Alentejo • **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 • **Prof. Doutor José A. López Trigo**, *Geriatra. Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Ayuntamiento de Málaga, España* • **Dr. Rui Cernadas**, Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; Especialista em Medicina do Trabalho e 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; Diretor 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 (ASMELP)

Prof. Doutor Agostinho Marques, Professor Catedrático de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Diretor do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de São João – Hospital Universitário, Porto • **Dr. Álvaro Ferreira da Silva**, Colégio de Geriatria da Ordem dos Médicos • **Profa. Doutora Amélia Ferreira**, Provedora da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses; Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto • **Dra. Ana Bernardo**, Assistente de Clínica Geral; Mestre em Cuidados Paliativos; Competência em Cuidados Paliativos pela Ordem dos Médicos; Diretora Clínica do Hospital de Nossa Senhora da Arrábida, Azeitão; Coordenadora da Equipa Intrahospitalar de Cuidados Paliativos do Hospital de S. Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal • **Dra. Ana Rodrigues**, Faculdade de Ciências Médicas, *Nova Medical School*; Assistente de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Assistente Hospitalar de Reumatologia do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, Açores • **Dr. António Quintela**, Assistente Graduado Sênior de Oncologia Médica; I.C.O. Hospital CUF Descobertas; Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. - Hospital de Santa Maria, Lisboa • **Prof. Doutor António Tavares**, Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto • **Dra. Benedita Nunes**, Diretora do Serviço Social do Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Almada • **Dr. Carlos Verdejo Bravo**, *Geriatra. Vicepresidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España* • **Enfa. Catarina Pazes**, Enfermeira; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+; ACES Baixo Alentejo – ULS Baixo Alentejo • **Dra. Cristina Galvão**, Médica; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+; ACES Baixo Alentejo – ULS Baixo Alentejo • **Dra. Cristina Maia e Costa**, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, Clínica Sávica, EDP, Porto • **Prof. Doutor Davide Carvalho**, Diretor do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar S. João; Professor Associado com Agregação Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Investigador do I3s da Universidade do Porto; Presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo; Membro da Academia Nacional de Medicina • **Prof. Doutor Elísio Costa**, Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto; *Porto4Ageing* • **Dr. Filipe Froes**, Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos, Hospital Pulido Valente - CHLN, EPE; Consultor da Direção-Geral da



Saúde • **Profa. Doutora Flora Correia**, Professora da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; Nutricionista; Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar de S. João, Porto • **Dra. Helena Beça**, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Mestre em Cuidados Paliativos; Elemento da Comissão de Ética da ARS Norte • **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 • **Prof. Doutor Joaquim Murta**, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Diretor do Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Coordenador da Unidade de Oftalmologia de Coimbra (UOC) • **Prof. Doutor José A. López Trigo**, *Geriatra. Presidente de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Ayuntamiento de Málaga, España* • **Dr. José Canas da Silva**, Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada • **Dr. José Costa**, Assistente de Reumatologia; Serviço de Reumatologia da ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima • **Prof. Doutor Jorge Polónia**, Professor Associado com Agregação de Medicina da Faculdade Medicina Porto; Professor Catedrático Escola Saúde da Universidade Aveiro; Consultor de Medicina Interna e Hipertensão e Risco Cardiovascular do Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos; Coordenador da Unidade Farmacovigilância do Norte Faculdade Medicina Porto/Infarmed • **Dr. Nuno Menezes**, Assistente Hospitalar de Dermatologia; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho • **Doutora Patrícia Paquete**, Terapeuta Ocupacional, Sócia Gerente da “Humanamente”, Almogrove • **Dr. Primitivo Ramos Cordero**, *Geriatra. Secretario General de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Coordinador médico-asistencial. Comunidad de Madrid, España* • **Dra. Rosa López Mongil**, *Geriatra; Coordinadora del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Hospital. Dr. Villacián (Valladolid); España* • **Dr. Rui Cernadas**, Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos • **Dr. Sérgio Santos**, Assistente Hospitalar de Urologia; Coordenador da Unidade de Urologia do Hospital CUF Cascais; *Fellow of the European Board of Urology (FEBU) e Fellow of the European Board of Sexual Medicine (FECSM)* • **Dra. Sofia Duque**, Especialista de Medicina Interna com Competência em Geriatria; Coordenadora da Unidade de Orto geriatria do Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.; Assistente convidada de “Introdução às Doenças do Envelhecimento” - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Unidade Universitária de Geriatria; Membro da Direção do Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos; Membro do *Executive Board da European Geriatric Medicine Society (EUGMS)* • **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 do Hospital Garcia de Orta, Almada

Dra. Cristina Galvão, Médica; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+; ACES Baixo Alentejo – ULS Baixo Alentejo • **Dr. Rui Cernadas**, Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos



PRESIDENTES, MODERADORES E PALESTRANTES

Prof. Doutor Agostinho Marques, Professor Catedrático de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Diretor do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de São João – Hospital Universitário, Porto • **Profa. Doutora Albertina Capa**, Licenciada em Psicologia Educacional, com Doutoramento em Ciências Humanas e Sociais; Serpa • **Dr. Álvaro Ferreira da Silva**, Colégio de Geriatria da Ordem dos Médicos • **Profa. Doutora Amélia Ferreira**, Provedora da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses; Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto • **Dra. Ana Bernardo**, Assistente de Clínica Geral; Mestre em Cuidados Paliativos; Competência em Cuidados Paliativos pela Ordem dos Médicos; Diretora Clínica do Hospital de Nossa Senhora da Arrábida, Azeitão; Coordenadora da Equipa Intrahospitalar de Cuidados Paliativos do Hospital de S. Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal • **Dra. Ana Rodrigues**, Faculdade de Ciências Médicas, *Nova Medical School*; Assistente de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Assistente Hospitalar de Reumatologia do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, Açores • **Dr. António Quintela**, As-



sistente Graduado Sênior de Oncologia Médica; I.C.O. Hospital CUF Descobertas; Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. - Hospital de Santa Maria, Lisboa • **Prof. Doutor António Tavares**, Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto • **Dra. Benedita Nunes**, Diretora do Serviço Social do Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Almada • **Profa. Doutora Cândida Fonseca**, Medicina Interna e Cardiologia, Coordenadora da Unidade de Insuficiência Cardíaca, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental / Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa • **Dr. Carlos Verdejo Bravo**, *Geriatra. Vicepresidente de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España* • **Enfa. Catarina Pazes**, Enfermeira; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+; ACES Baixo Alentejo – ULS Baixo Alentejo • **Dra. Cristina Galvão**, Médica; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+; ACES Baixo Alentejo – ULS Baixo Alentejo • **Dra. Cristina Maia e Costa**, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, Clínica Sávica, EDP, Porto • **Prof. Doutor Davide Carvalho**, Diretor do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar S. João; Professor Associado com Agregação Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Investigador do I3s da Universidade do Porto; Presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo; Membro da Academia Nacional de Medicina • **Prof. Doutor Elisio Costa**, Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto; *Porto4Ageing* • **Dr. Filipe Froes**, Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos, Hospital Pulido Valente - CHLN, EPE; Consultor da Direção-Geral da Saúde • **Profa. Doutora Flora Correia**, Professora da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; Nutricionista; Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar de S. João, Porto • **Dra. Graça Vargas**, Endocrinologista, Diretora Clínica da Clínica E'sensia - Endocrinologia e Medicina Global; Ex-Diretora do Serviço de Endocrinologia do CHVNGE • **Dra. Helena Beça**, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Mestre em Cuidados Paliativos; Elemento da Comissão de Ética da ARS Norte • **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 • **Prof. Doutor Joaquim Murta**, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Diretor do Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Coordenador da Unidade de Oftalmologia de Coimbra (UOC) • **Prof. Doutor José A. López Trigo**, *Geriatra. Presidente de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Ayuntamiento de Málaga, España* • **Dr. José Canas da Silva**, Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada • **Dr. José Costa**, Assistente de Reumatologia; Serviço de Reumatologia da ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima • **Dr. Jorge Lopes** Dermatologista, Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho • **Prof. Doutor Jorge Polónia**, Professor Associado com Agregação de Medicina da Faculdade Medicina Porto; Professor Catedrático Escola Saúde da Universidade Aveiro; Consultor de Medicina Interna e Hipertensão e Risco Cardiovascular do Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos; Coordenador da Unidade Farmacovigilância do Norte Faculdade Medicina Porto/Infarmed • **Prof. Doutor Luis Martins**, Cardiologia, Director do Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga / Hospital de São Sebastião, Santa Maria da Feira • **Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo**, Especialista em Medicina Interna, CHUC; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose • **Doutora Patrícia Paquete**, Terapeuta Ocupacional, Sócia Gerente da “Humanamente”, Almogrove • **Dr. Primitivo Ramos Cordero**, *Geriatra. Secretario General de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Coordinador médico-asistencial. Comunidad de Madrid, España* • **Dra. Rosa López Mongil**, *Geriatra; Coordinadora del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Hospital. Dr. Villacián (Valladolid); España* • **Dr. Rui Cernadas**, Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos • **Dr. Sérgio Santos**, Assistente Hospitalar de Urologia; Coordenador da Unidade de Urologia do Hospital CUF Cascais; *Fellow of the European Board of Urology (FEBU) e Fellow of the European Board of Sexual Medicine (FECSM)* • **Dra. Sofia Duque**, Especialista de Medicina Interna com Competência em Geriatria; Coordenadora da Unidade de Ortogeriatria do Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.; Assistente convidada de “Introdução às Doenças do Envelhecimento” - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Unidade Universitária de Geriatria; Membro da Direcção do Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos; Membro do *Executive Board da European Geriatric Medicine Society (EUGMS)* • **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 – AMBIENTE RURAL, AMBIENTE URBANO E PROJETO EUROPEU Moderador: Dr. Álvaro Ferreira da Silva Os Idosos em ambiente rural (20') Profa. Doutora Amélia Ferreira Os Idosos em ambiente urbano (20') Prof. Doutor António Tavares Os Idosos no projecto Europeu (20') Prof. Doutor Elísio Costa Discussão (30')
10.30-11.00h	Intervalo
11.00-11.20h	Cerimónia de Abertura
11.20-11.45h	CONFERÊNCIA INAUGURAL O ENVELHECIMENTO E A MORTE VISTOS POR PHILIP ROTH Presidente: Prof. Doutor Walter Osswald Palestrante: Dr. José Canas da Silva
11.45-12.30h	SIMPÓSIO NOVOS CONCEITOS NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA Moderador: Dr. Rui Cernadas Palestrante: Profa. Doutora Cândida Fonseca
12.30-13.00h	CONFERÊNCIA IMAGENS EM REUMATOLOGIA Presidente: Dr. José Canas da Silva Palestrante: Dr. José Costa
13.00-14.00h	Almoço
14.00-15.30h	SESSÃO 2 PATOLOGIAS FREQUENTES NO IDOSO (Casos clínicos interativos) Moderadores: Dr. Rui Cernadas e Dra. Cristina Galvão Gripe e pneumonia: Riscos elevados, como prevenir? (10') Casos clínicos (20') Dr. Filipe Froes Perturbações oculares: Será catarata? Mudança do paradigma terapêutico (10') Caso clínico (10') Prof. Doutor Joaquim Murta Benzodiazepinas, alternativas e desmame (10') Caso clínico (10') Dra. Sofia Duque Discussão (20')



15.30-16.15h



SIMPÓSIO

PERSPECTIVAS DA ABORDAGEM DOS FACTORES DE RISCO CV EM 2018

Palestrantes: Prof. Doutor Luís Martins e Prof. Doutor Jorge Polónia

16.15-16.45h

Intervalo

16.45-18.15h

SESSÃO 3

A IMPORTÂNCIA DE MANTER O DOENTE CONTROLADO

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

HTA (10')

Caso clínico (10')

Prof. Doutor Jorge Polónia

Nutrição (10')

Caso clínico (10')

Profa. Doutora Flora Correia

Diabetes (10')

Caso clínico (10')

Prof. Doutor Davide Carvalho

Discussão (30')

18.15h

Fim das Sessões do 1º Dia



Programa Científico

29
junho
2018

Sexta-feira

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

09.00-10.30h

SESSÃO 4

CUIDADOS PALIATIVOS NAS DEMÊNCIAS

Moderadoras: Dra. Cristina Galvão e Dra. Isabel Galriça Neto

Vamos falar de cuidados paliativos nas demências (15')

Dra. Ana Bernardo

Abordagem centrada na pessoa (15')

Doutora Patrícia Paquete

Cuidar da pessoa com demência:

Vivência de um cuidador familiar (15')

Profa. Doutora Albertina Capa

Cuidar da pessoa com demência avançada:

Experiência do Lar D. José do Patrocínio Dias (15')

Enfa. Catarina Pazes

Discussão (30')



10.30-11.00h	Intervalo
11.00-11.45h	<p>SIMPÓSIO ALOGLIPTINA – PAPEL ACTUAL NO TRATAMENTO DA DIABETES TIPO 2 Dra. Graça Vargas</p>
11.45-13.15h	<p>3º SIMPÓSIO LUSO-ESPAÑOL DE GERIATRÍA / 3º SIMPÓSIO LUSO-ESPANHOL DE GERIATRIA Moderadores: Dr. José Canas da Silva e Prof. Doutor José A. López Trigo Valoración nutricional en la persona mayor / Avaliação nutricional no Idoso (15') Dra. Rosa López Mongil Immunosenescencia y enfermedades inmunoprevenibles. Vacunas / Imunossenescência e doenças preveníveis por vacina (15') Dr. Primitivo Ramos Cordero Estreñimiento, impactación fecal. Incontinencia fecal / Obstipação, impactação fecal. Incontinência fecal (15') Dr. Carlos Verdejo Bravo Envejecimiento y fragilidad. Actuaciones / Envelhecimento e fragilidade. Como actuar (15') Prof. Doutor José A. López Trigo Discusión / Discussão (30')</p>
13.15-14.15h	Almoço
14.15-15.00h	<p>CONFERÊNCIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ATROSCLEROSE AINDA A PROPÓSITO DA DISLIPIDEMIA ATEROGÉNICA – PRIMEIROS RESULTADOS DO ESTUDO CODAP Palestrante: Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo</p>
15.00-17.00h	<p>SESSÃO 5 O DOENTE NO CENTRO DA DECISÃO: O PAPEL DO ESPECIALISTA EM MGF Moderadoras: Dra. Isabel Galriça Neto e Dra. Helena Beça Vacinas “obrigatórias” na 3ª Idade (15') Prof. Doutor Agostinho Marques Tratamento da gota e da hiperuricemia (15') Dr. José Canas da Silva Vitamina D (15') Dra. Ana Rodrigues Alterações cutâneas: O que pode não parecer e ser...? (15') Dr. Jorge Lopes Marcadores tumorais: O que valorizar? (15') Dr. António Quintela Sexualidade e auxiliares sexuais (30') Dr. Sérgio Santos Discussão (15')</p>
17.00h	Encerramento do Congresso



Resumos dos Posters



P 01

PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS NUMA POPULAÇÃO DE IDOSOS

Sónia Pires; Cristiana Almeida; Inês Carneiro; Mafalda Morais; Pedro Felgar
USF Régua

Introdução: As benzodiazepinas têm indicação no tratamento da ansiedade e da insónia patológicas, em monoterapia e por um período limitado. O seu consumo prolongado associa-se a risco dependência, potencial para abuso/uso indevido, sedação excessiva, disfunção cognitiva, perda de memória e quedas, devendo portanto a prescrição ser mais criteriosa em idosos.

Objetivos: Caracterizar a prescrição de benzodiazepinas numa população de idosos de uma USF.

Metodologia: Estudo observacional, transversal e analítico, realizado em maio de 2018. População alvo: utentes da USF Régua com ≥ 65 anos. Fez-se uma amostra aleatória para um IC de 95%. Os dados foram recolhidos do MIM@UF e consulta do *SClinico*[®] e processados no *Microsoft Excel*[®] 2010.

Resultados: Foram estudados 397 idosos, com uma média de idades de 76 anos, maioritariamente do sexo feminino. Destes, 37% medicados com benzodiazepinas com início do consumo, em média, há 6 anos. A benzodiazepina mais prescrita é o alprazolam e 17,7% dos doentes medicados tinham prescrita mais do que uma benzodiazepina. O principal motivo de prescrição foi a perturbação depressiva. Em 42% dos casos não se encontrou motivo de prescrição.

Discussão: Constata-se uma elevada percentagem de idosos medicados com benzodiazepinas e destaca-se o prolongado tempo de consumo, refletindo a dificuldade na cessação destes fármacos e alertando para a necessidade de estratégias de descontinuação dos mesmos. O fármaco mais prescrito (alprazolam), pelo seu tempo de semi-vida, não é dos mais adequados neste grupo etário. Encontraram-se ainda casos de polimedicação com benzodiazepinas, indo contra todas as recomendações e aumentando o risco de consequências nefastas.

P 02

COMPARAÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS A VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA: UM ESTUDO ENTRE BRASIL E PORTUGAL

Gilson de Vasconcelos Torres¹;
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda¹;
Thaiza Teixeira Xavier Nobre²; Jessica Maria Arouca de Miranda³;
Bruno Araújo da Silva Dantas³; Naama Samai Costa Oliveira⁴;
Luana De Azevedo Souza⁴; Felismina Rosa Parreira Mendes⁵
¹*Enfermeiros. Doutores em Enfermagem. Professores do Departamento de Enfermagem / UFRN, Natal, Brasil;*
²*Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde, Professora da FACISA / UFRN, Natal, Brasil;*
³*Enfermeiros. Pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde / UFRN, Natal, Brasil.*
⁴*Mestrandas.*
⁵*Enfermeira. Doutora em Sociologia. Professora Coordenadora da Escola de Enfermagem São João de Deus / Universidade de Évora, Évora, Portugal*

Introdução: O envelhecimento populacional tem levado a repercussões e impactos significativos no planeamento das políticas públicas, desta forma é fundamental identificar grupos mais vulneráveis em especial pessoas idosas.

Objetivo: Comparar os fatores extrínsecos e intrínsecos relacionados a vulnerabilidade da pessoa idosa residente no Brasil e Portugal.

Material e métodos: Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. Participaram do estudo 160 idosos, 68,7% do Brasil e 31,2% de Portugal. O Parecer n. 562.318 refere-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL situado em Natal/Brasil e aprovado no CEP da Universidade de Évora em Portugal (Parecer n. 14011).

Resultados: Em relação a vulnerabilidade extrínseca dos idosos do Brasil e Portugal, respectivamente: 55,6% e 16,3% estudaram de 1 a 5 anos ($p=0,000$), 31,3% e 23,8% eram aposentados ($p=0,000$) e 35,6% e 13,8% não tinham companheiros ($p=0,359$). Dentre os fatores determinantes da vulnerabilidade intrínseca: 45% estavam na faixa etária acima de 70 anos, sendo 35,6% no Brasil e 9,4% em Portugal ($p=0,044$). As doenças crônicas estavam presentes 55,6% no Brasil e 28,8% em Portugal ($p=0,073$).

Conclusão: Evidenciou-se que entre a população idosa do Brasil e Portugal há diferenças entre os fatores extrínsecos e intrínsecos de vulnerabilidade. Sendo imprescindível aos profissionais de saúde reconhecer estas limitações nos idosos.



P 03

A NECESSIDADE DO RIGOR MÉDICO NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS REUMATOLÓGICAS – QUANDO UM FACTOR REUMATÓIDE NÃO É SINÓNIMO DE ARTRITE REUMATÓIDE

Raquel M. Lopes¹; Rita Crisóstomo¹; Pedro Abre^{2,3}
¹UCSP São Miguel, ULS Castelo Branco, EPE; ²Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE; ³Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) é uma doença autoimune caracterizada pela sobreposição da clínica de outras doenças imunológicas (lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, artrite reumatóide (AR) e polimiosite/dermatomiosite) e presença dos anticorpos anti-ribonucleoproteína (RNP). A presença de factor reumatóide pode verificar-se noutras doenças auto-imunes e não auto-imunes. Na DMTC pode com uma frequência até 50-60% dos casos.

Caso clínico: Homem, 53 anos, pintor (construção civil). Sem antecedentes pessoais, nem medicamentosos. Fumador: 18UMA, hábitos etílicos: 770 g/semana. Recorreu ao serviço de urgência por queixas álgicas no hálux esquerdo com 1 semana de evolução. Analiticamente: PCR 15.3 mg/L, ácido úrico normal. Após observação das análises de ambulatório (FR 59IU/ml) foi feito o diagnóstico de AR, sendo medicado com naproxeno e tramadol + paracetamol. Um mês depois, mantinha queixas álgicas e parestesias associado a fenómeno de Raynaud, mãos edemaciadas e rigidez articular. Analiticamente: VS 84 mm; PCR 21,3 mg/L; anticorpos anti-RNP positivo; restante estudo imunológico negativo. Foi encaminhado para Reumatologia apresentando critérios para o diagnóstico de Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC). Foram solicitados TAC tórax e ecografia renal para avaliação de atingimento órgão-alvo.

Discussão: Este caso mostra a importância de colocar em causa certos diagnósticos quando estes são atribuídos sem a exploração da anamnese e avaliação analítica adequadas. Ao contrário da DMTC, a AR não é uma doença rara pelo que o Médico de Família (MF) deve estar capacitado para suspeitar e/ou estabelecer este diagnóstico. Se não existirem evidências suficientes que o comprovem, o MF deverá colocar em causa esta patologia e proceder a uma investigação adequada.

P 04

TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO COM ESTROGÉNIO VAGINAL E DOENÇAS CARDIOVASCULARES – O QUE NOS MOSTRA A EVIDÊNCIA

Ana Barroso Miranda; Pedro Costa; Maria Emília Faria
USF São João de Braga; USF Maxisaude

Introdução: A utilização de terapêutica intravaginal com estrogénio é indicada em várias *guidelines* para controlo de sintomas vaginais que ocorrem após a menopausa. Vários estudos têm demonstrado associação entre a terapêutica de substituição com estrogénios oral e doenças cardiovasculares. No entanto, o efeito sistémico da utilização de terapêutica estrogénica intravaginal permanece pouco investigado.

Objetivo: Averiguar a evidência da associação entre a utilização de terapêutica de substituição com estrogénio vaginal em mulheres pós-menopausa e o risco de doenças cardiovasculares.

Materiais e métodos: Pesquisa realizada nas bases de dados *Cochrane Library*, *DARE*, *Bandolier*, *Evidence Based Medicine Online* e *Pubmed*, utilizando os termos *MeSH Estrogen Replacement Therapy* ou *Estrogens [Pharmacological Action]* e *Cardiovascular Diseases e Menopause*. Foram pesquisadas normas de orientação clínica, metanálises, revisões sistemáticas e estudos originais em humanos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, publicados entre outubro/2013 e março/2018. Para avaliação do nível de evidência e atribuição de força de recomendação foi utilizada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy* (SORT).

Resultados: Foram selecionados quatro estudos de um total de 209 artigos, sendo todos estudos originais, de entre os quais dois estudos prospetivos. Os estudos encontrados apontam para ausência ou diminuição do risco de doença coronária e acidente vascular cerebral. Relativamente ao tromboembolismo parece não haver aumento de risco.

Conclusões: Os estudos existentes não evidenciam um aumento de risco de doenças cardiovasculares associado à utilização de terapêutica de substituição com estrogénio vaginal (SORT B). Serão necessários mais estudos com maior robustez, revisões sistemáticas e metanálises para sustentar e detalhar esta evidência.

P 05

O QUE É A PANICULITE MESENTÉRICA? UM CASO DE DOR ABDOMINAL E ASTENIA

Raquel Paião Ribeiro; Helena Tavares Gomes
USF Rafael Bordalo Pinheiro, ACeS Oeste Norte

Enquadramento: A dor abdominal e a astenia são queixas frequentes na consulta do Médico de Família. Às etiologias mais habituais, somam-se diagnósticos mais raros

e quadros clínicos mais desafiantes. A paniculite mesentérica é uma doença inflamatória e fibrótica do mesentério, cuja prevalência e fisiopatogenia permanecem desconhecidas. O quadro clínico pode manifestar-se por dor abdominal, vômitos, náuseas, diarreia, perda ponderal e, inclusivamente, febre. O tratamento não é consensual e pode incluir corticoterapia sistémica, imunomoduladores ou cirurgia para tratamento de complicações agudas como compressão, isquemia ou perfuração intestinal.

Descrição de caso: Doente do sexo masculino, 72 anos que apresenta quadro de dor abdominal nos quadrantes inferiores, em cólica, sem irradiação, e com vários meses de evolução. Concomitantemente apresenta astenia, anorexia e emagrecimento. Nega alterações dos hábitos intestinais ou das características das fezes. Laboratorialmente, salienta-se anemia discreta e VS elevada. Por recusar colonoscopia, é pedida TC do abdómen sugestiva de paniculite mesentérica. O doente é referenciado para a consulta de Medicina Interna para orientação clínica e terapêutica.

Discussão: O Médico de Família, pela relação de proximidade com os seus doentes, está numa situação privilegiada para detectar alterações precoces de doença. Por vezes, a nossa conduta enfrenta o princípio da autonomia. No caso descrito, o doente recusou a realização de colonoscopia que parecia essencial a uma marcha diagnóstica provida de todo o sentido. No entanto, pela relação de confiança, cabe também ao Médico de Família gerir expectativas e procurar alternativas aceitáveis.

P 06

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA DE UMA USF

Ana Raquel Oliveira; Mariana Bessa; Cláudia Pinho; Rosa Pinho
USF Vale do Vouga

Resumo: O estado nutricional tem impacto na capacidade funcional e comorbilidades dos idosos e sabe-se que o índice de massa corporal(IMC) é muito utilizado na avaliação do mesmo. No entanto, vários autores têm advogado a utilização de diferentes pontos de corte para a população idosa, atendendo às modificações corporais nestes grupos etários.

O objetivo deste trabalho é conhecer o IMC dos utentes idosos inscritos numa Unidade de Saúde Familiar(USF), saber quais os codificados com obesidade/excesso de peso que não cumpram os critérios pela reclassificação adaptada à população geriátrica. Na USF, os idosos representam 17.3% dos utentes.

É um estudo observacional, transversal, retrospectivo e descritivo. Foram incluídos todos os utentes inscritos na USF com idade igual ou superior a 65 anos e com registo de IMC nos últimos 3 anos, recolhidos a 31/01/2018 pelo programa MIM@UF.

Dos 2173 utentes inscritos, foram incluídos 1868 utentes. A maioria era do sexo feminino (55,5%), com idades entre 65 e 74 anos (49,6%). Dos 457 utentes codificados com obesidade (T82), 51 utentes (11,2%) foram reclassificados. Dos 572 utentes codificados como excesso de peso (T83), 527 utentes (92,1%) foram reclassificados e dos utentes incluídos, 514 utentes (27.5%) apresentavam IMC entre 25 e 28 kg/m².

Este estudo permitiu sensibilizar os profissionais para o impacto das modificações corporais da população geriátrica na leitura do IMC e alertar para aqueles em maior risco. Permitiu ainda, sensibilizar para a necessidade de adaptar os ensinamentos para alteração de estilo de vida de acordo com a melhor avaliação nutricional para a população geriátrica.

P 07

O PAPEL DO MICROBIOMA NA PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

João Abrantes; Joana Pereira
USF Eborae; USF Planície

Introdução: Na maioria das infeções do trato respiratório são identificados patógenos da flora comensal normal. Esta é formada por bactérias, vírus e fungos constituindo o microbioma respiratório. No seu estado de equilíbrio, este é fundamental para o estímulo do sistema imunitário e para a inibição da colonização patológica. Alterações ambientais ou comportamentais, podem levar ao aumento da predisposição da infeção.

Objetivo: Revisão de literatura sobre o papel das alterações do microbioma respiratório no desenvolvimento da infeção.

Materiais e métodos: Pesquisa bibliográfica na base *Pu-bMed®* com os termos: microbiome, respiratory e infections. Foram seleccionados artigos de revisão, em Português ou Inglês, posteriores a 2012, de acesso gratuito.

Resultados: Grande parte da população apresenta estirpes patogénicas no microbioma respiratório mas a sua existência não é sinónimo de infeção e pode associar-se à protecção da mesma. A infeção ocorre após perda de controlo da estirpe patogénica por parte da flora comensal, após aquisição de novas estirpes patogénicas ou co-infeção viral. A ausência de espécies anaeróbias gram-negativas foi associada a maior frequência de pneumonia. A flora oral pode também originar pneumonia por micro-aspiração, em relação com má higiene oral.

Discussão/Conclusões: O microbioma saudável fornece protecção contra novas estirpes e mantém as estirpes colonizadoras patogénicas sob controlo. Existe ainda falta de estudos de causa-efeito entre a presença de espécies bacterianas e a infeção. O papel dos pré e pró-bióticos ainda não está definido. A utilização de anti-



bióticos seletivos para uma única espécie podem ajudar a modular o microbioma e a tratar ou prevenir a infecção.

P 08

EU NÃO SABIA QUE ERA ASSIM...

Joana I. Santos; Ana Cristina Moreira; Carla Lopes da Mota
USF Barão do Corvo; ACES Grande Porto VII - Gaia

Introdução: A Organização Mundial da Saúde define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”.

Descrição do caso: Mulher, 76 anos, classe socioeconómica médio-baixa, com menos de 4 anos de escolaridade. Antecedentes: hipertensão arterial, excesso de peso e asma diagnosticada há cerca de 1 ano. Medicada com lisinopril/hidroclorotiazida 20/12.5 mg/dia e budesonida breezhaler 200 microgramas pó para inalação, tendo-lhe sido acrescentado o formoterol novolizer 12 microgramas pó para inalação, por asma parcialmente controlada. Após 2 meses, a doente recorre à Unidade de Saúde solicitando consulta por intolerância à medicação. Não sendo uma situação aguda, foi-lhe agendada consulta para o dia seguinte e aconselhada a trazer a medicação. Na consulta, a Médica de Família constatou que não se tratava de uma intolerância, mas de uma incorreta utilização dos dispositivos que resultava numa asma não controlada, em agudização, com critérios de observação no próprio dia. Foi-lhe instituído tratamento agudo e alterada terapêutica, adotando-se inaladores pressurizados, com adaptação a câmara expansora. Foi realizado ensino e reagendada consulta de reavaliação na semana seguinte, apresentando franca melhoria e satisfação.

Conclusão: A baixa literacia em saúde, mais prevalente nos idosos, na classe socioeconómica baixa, na baixa escolaridade, nas doenças crónicas e naqueles que recorrem aos serviços de saúde públicos, características observáveis nesta doente, colocou em causa o seu estado de saúde e qualidade de vida, aspeto que deve ser refletido.

P 09

TERAPÊUTICA ANTIDEPRESSIVA NO IDOSO

Silvana Amorim; Adriana Sarmento; João Dias; Filipa Sousa; Patrícia Cardoso; Daniela Mateus; Marisa Bizarro; Luís Duarte
USF Grão Vasco

Introdução: A realidade atual caracteriza-se por uma população progressivamente envelhecida, com múltiplas comorbilidades e polimedicada. A depressão constitui uma perturbação psiquiátrica muito frequente nesta população, acarretando uma franca diminuição da qualidade de vida e conseqüente aumento da morbimortalidade e custos em saúde. O manejo dos psicofármacos em

idosos, pressupõe que sejam consideradas as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, dado que a farmacocinética é alterada.

Objetivo: Caracterizar a prescrição de antidepressivos nos idosos de uma USF.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo, retrospectivo em utentes observados em consulta entre outubro/17 e março/18 numa USF, com idade igual ou superior a 65 anos, medicados cronicamente com antidepressivos. Fonte e tratamento de dados: *SClínico®* e *Microsoft Excel®*, respetivamente.

Resultados: 121 utentes medicados cronicamente com antidepressivos. Destes, 38,8% com antidepressivos tricíclicos (AT), 23,1% com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), 21,4% com trazodona, 7,4% com mirtazapina, 6,6% com venlafaxina/duloxetina e 2,5% com inibidores da monoaminoxidase (IMAO).

Discussão/Conclusão: Os AT, embora tenham sido os mais utilizados, devem ser evitados, atendendo aos efeitos colaterais anticolinérgicos, alterações da condução cardíaca e hipotensão postural. Os ISRS são seguros e eficazes em idosos, pelo que deveriam constituir a 1ª linha terapêutica, sendo de ressaltar o risco de interações medicamentosas devendo preferir-se a sertralina e o citalopram. A mirtazapina e a venlafaxina também têm bons resultados e segurança em idosos, embora tenham um custo mais elevado. Os IMAOs devem ser evitados em idosos. Com efeito, este estudo desafia a melhoria da qualidade de prescrição de antidepressivos, considerando as particularidades desta população.

P 10

TINEA CORPORIS EM IDOSA: RELATO DE CASO

Daniela Oliveira¹; Susana Grilo Lourenço¹; Cristina Belova²; Diogo Amaral³

¹USF Planície; ²USF Alcaldes; ³USF Lusitânia

Resumo: As tinhas ou dermatofitoses são doenças causadas por fungos, denominados dermatófitos, e que se limitam às camadas superficiais queratinizadas ou semiqueratinizadas da pele, pêlos e unhas. A tinea corporis ou tinha do corpo pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum em áreas rurais. O seu aspecto característico é de lesão com bordo eritmatoso-descamativo expansivo com tendência a cura central, podendo apresentar lesões satélites. O tratamento consiste em aplicação de antifúngico tópico ou, em alguns casos, antifúngico sistémico.

Idosa, 75 anos, sem antecedentes de relevo, recorre à consulta por exantema dorsal exuberante com prurido associado com um mês de evolução e agravamento progressivo. Ao exame objectivo apresenta, na região dorso-lombar, 2 lesões eritemato-descamativas anulares

extensas com bordos activos e com zonas centrais sem lesão aparente, e ainda outras lesões de menores dimensões. Devido à grande extensão das lesões opta-se com tratamento sistémico com terbinafina 250 mg, 1 vez/dia, durante 4 semanas. Após estas 4 semanas volta a consulta para reavaliação na qual se nota melhoria acentuada das lesões, já sem prurido.

Embora não seja uma patologia exclusiva da população idosa, a tinea corporis deve ser tida em conta, principalmente em residentes em zonas rurais. O seu diagnóstico é clínico, sendo o aspecto das lesões muito característico. Muitos idosos têm várias patologias crónicas e são polimedcados, factores que podem ser uma barreira ao tratamento antifúngico sistémico. Assim, o correcto reconhecimento precoce desta patologia é muito importante, de modo a aumentar as probabilidades de sucesso do tratamento tópico.

P 11

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA. POR ONDE COMEÇAR?

João Dias; Silvana Amorim; Ana Filipa Sousa; Adriana Sarmiento; Daniela Mateus; Marisa Bizarro; Luís Duarte; Patrícia Cardoso
USF Grão Vasco

Introdução: Estudos revelam que medicamentos como a Idebenona, Citicolina, Ginkgo Biloba, Nicergolina, Vinpocetina e a associação Aceglumato de Deanol com Heptaminol, não estão recomendados devido à sua reduzida eficácia.

Objetivos: Verificar a prescrição dos fármacos supracitados na população idosa numa USF modelo B.

Metodologia: Tipo de estudo: observacional, transversal e retrospectivo. Amostra: utentes, com 65 anos ou mais, com prescrição dos fármacos referidos entre 1 de outubro de 2017 e 31 de março de 2018. Critérios de exclusão: utentes com menos de 65 anos de idade e sem registo de prescrição dos fármacos referidos. Variáveis: idade; género; fármaco prescrito. Colheita de dados: consulta do registo clínico eletrónico no programa SClínico. Tratamento de dados: *Microsoft Excel*.

Resultados: De uma população de 2632 idosos observados durante o período em avaliação, foi selecionada uma amostra de 64 utentes. Destes, 21 (32,8%) eram do sexo masculino e 43 (67,2%) do sexo feminino, com uma média de idades de 77,5 anos. Entre estes utentes, a 37,5% foi prescrito Ginkgo Biloba, a 18,8% Citicolina, a 17,2% Idebenona, a 12,5% Vinpocetina, a 9,4% Nicergolina e a 4,7% a associação Deanol com Heptaminol.

Discussão/Conclusão: Sendo a população idosa na sua generalidade polimedcada, devido à presença de múltiplas comorbilidades, é fundamental incitar a prática da desprescrição, no sentido de evitar a iatrogenia neste grupo de utentes. Com esta medida, visa-se a racionalização

de custos, uniformização de critérios, eficácia terapêutica, e redução de possíveis efeitos não só desnecessários como preveníveis.

P 12

O SEXO NÃO TEM VALIDADE

Daniela Moreira Ferreira; Diana Almeida; Vânia F. Fernandes
USF Nascente; USF Fânzeres

Introdução: A sexualidade na terceira idade ainda constitui um tabu. Para grande parte da sociedade, os idosos são vistos como seres assexuados e desprovidos de desejo ou necessidades sexuais.

Objetivos: Abordar o envelhecimento e a sexualidade para desmistificar alguns preconceitos.

Métodos: Trabalho de revisão clássica.

Resultados: A maioria das pessoas tem potencial para se manter sexualmente ativa durante a terceira idade, e, sabe-se que o sexo é fundamental para a manutenção do bem-estar geral. Apesar de se considerar que o desejo sexual diminui com a idade, 57% dos idosos referem mantê-lo. Desta forma, a idade não constitui necessariamente um obstáculo à saúde sexual. Por outro lado, as doenças cardiovasculares, osteoarticulares, a diabetes e o cancro têm um impacto negativo na função e resposta sexual, tal como os efeitos adversos de vários fármacos. No homem, estas podem determinar uma diminuição da frequência associada a alterações da função sexual. A disfunção sexual feminina é verdadeiramente influenciada pela menopausa. Cerca de 60% das mulheres pós-menopausa apresentam atrofia e secura vaginal, devido à diminuição do nível de estrogénio, o que pode comprometer a frequência da atividade sexual. Paradoxalmente, determinadas mulheres referem aumento da libido durante este período.

Discussão/Conclusão: O principal obstáculo para uma vida sexual plena está nas ideias pré-concebidas pela sociedade. Cabe aos clínicos um maior conhecimento das entidades fisiológicas e psicológicas que estão na gênese das alterações da sexualidade no idoso, de modo a que esta temática seja abordada frequentemente na consulta com o objetivo de promover e melhorar a saúde sexual.

P 13

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Joana Pereira; João Abrantes
USF Planície; USF Eborae

Introdução: A prevenção quaternária como a ação levada a cabo para proteger os utentes da intervenção médica desnecessária e prevenir iatrogenias, foi reconhecido pela WONCA em 2003, mas a sua tradução nos cuidados de saúde atuais é ainda insuficiente.



Objetivos: Assim visa-se esclarecer este conceito e a sua aplicação nos cuidados de saúde primários onde as 4 formas de prevenção melhor co-existem.

Material e métodos: Foi feita pesquisa por *quaternary prevention* na *Pubmed*, considerando artigos posteriores a 2012, em inglês/português, com acesso gratuito.

Resultados: A medicina, na sua forma clássica, ainda dificilmente abandonada pelo médico e doente, aborda a doença centrando-se no tratamento. Esta postura, com os meios disponíveis, tem vindo a conduzir ao encarniçamento terapêutico e sobre-medicalização, acrescentando sofrimento e dor sem ganhos significativos. Também na medicina preventiva, a busca exaustiva de fatores de risco e patologias inexistentes, tem tornado indivíduos assintomáticos em “doentes”, criando ansiedade e conduzindo à procura desenfreada de cuidados de saúde, gerando assimetrias no acesso aos mesmos e inculindo práticas não sustentáveis. As *Guidelines* que visam nortear a prática clínica têm cuttoffs cada vez mais ambiciosos, levando a um crescente número de exames, em muitos destes indivíduos, desnecessários.

Discussão/Conclusões: A prevenção quaternária é o pilar fundamental na advocacia do doente, devendo-se ponderar individualmente cada intervenção médica, os seus benefícios e possíveis consequências. É fundamental a distinção entre prevenção e cura, doença e pseudo-doença/pré-doença, criando-se novos paradigmas para a medicina e gestão em saúde.

P 14

A MÃO IATROGÉNICA DO MÉDICO: UM ESTUDO DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NO IDOSO

Teresa Reis Araújo; Carina Freitas; Bruno G. Silva;
Leonor Silva Jorge
USF Tílias

Introdução: A gestão da complexa polimedicação do utente idoso exige uma atitude atenta e cuidadosa. Assim, considerou-se relevante o estudo dos efeitos adversos medicamentosos mais prevalentes numa unidade de saúde, esperando-se que a revelação dos dados tenha um impacto positivo sobretudo na prática diária dos profissionais de saúde desse mesmo meio.

Objetivos: Determinar quais as classes farmacológicas mais frequentemente associados a efeitos adversos (EAD), especificando os mesmos. Averiguar as características clínicas dos utentes que sofrem de EAD.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, descritivo e retrospectivo. População: utentes da USF Tílias, com 65 anos ou mais de idade, com registo de efeito adverso de medicamento (códigos A85 da ICPC-2) até maio de 2018, obtido através do programa *MedicineOne*[®]. Variáveis: idade, género, estado civil, hábitos etanólicos

e tabágicos, IMC, perímetro abdominal, diagnóstico de hipertensão arterial (HTA), alteração do metabolismo dos lípidos (DLP) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2), estadio de doença renal crónica (DRC), nº comorbilidades, nº medicamentos de toma diária, caracterização do EAD de acordo com a classe farmacológica. Utilizado programa *MicrosoftExcel2016*[®] para tratamento estatístico.

Resultados: O diagnóstico de A85 foi superior nos utentes idosos (8.5%), relativamente à população em geral da unidade (3.8%). Incluídos 240 utentes, com idade média de 77.0 anos (mín. 65 anos, máx. 94 anos), maioritariamente mulheres (71.3%), aproximadamente metade dos utentes são casados, apresentam IMC médio de 27,2 kg/m², perímetro abdominal muito aumentado em 71.5% dos casos, 5% com hábitos tabágicos e 22.5% com hábitos etanólicos. Nº médio de comorbilidades 7.5, com prevalências de 83.8% de HTA, 81.7% de DLP e 20.8% de DM2. Cerca de 80% dos utentes tem DRC estadio 2 ou 3. Nº médio de medicamentos de toma diária 7.1. Relativamente às quatro classes farmacológicas com maior número de efeitos adversos registados são: antibióticos, anti-hipertensores, anti-inflamatórios e anti-depressivos.

Conclusão/Discussão: O elevado número de efeitos adversos registados reflete o padrão de prescrição de fármacos. Limitações deste estudo incluem registos muito incompletos relativamente ao diagnóstico A85 e especificação clara do efeito adverso ao medicamento vivenciado pelo utente. Este trabalho vem relembrar a relevância de rever os registos clínicos para assim melhorarmos a evidência na prática clínica nacional.

P 15

QUANDO UM MAU RELATÓRIO ATRASA O DIAGNÓSTICO E ADEQUADO TRATAMENTO DE UMA ARTROPATIA MICROCRISTALINA

Carla Resende; Pedro Abreu
UCSP Tortosendo; Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE; Faculdade Ciências da Saúde, UBI

Introdução: A condrocalcinose ou pseudogota é uma artropatia microcristalina gerada pela deposição de cristais de pirofosfato de cálcio. Pode ser assintomática ou cursar com episódios autolimitados recorrentes de monoartrite ou oligoartrite. Tem uma prevalência de 10 a 15% nos idosos entre 65 e 75 anos e superior a 30% acima dos 85 anos de idade.

Caso clínico: Sexo masculino, 78 anos, antecedentes de hipertensão arterial, hiperplasia benigna da próstata, dislipidemia, doença coronária revascularizada e perturbações do sono. Em fevereiro de 2017 iniciou quadro de dor e tumefação das mãos e dos joelhos, com limitação na marcha. Recorreu ao médico de família (MF) e no estudo radiológico efectuado apenas relatava alterações dege-

nerativas e fenômenos artrósicos. Foi medicado com etodolac e, posteriormente, com prednisolona com melhoria das queixas. Em maio de 2017, apresentou agravamento sintomatológico sendo novamente medicado com corticosteroide. Após sua suspensão, verificou-se recorrência dos sintomas. Foi referenciado à consulta de Reumatologia, sendo identificada sinovite do joelho direito. EO: joelhos com crepitações finas; choque da rótula (joelho direito). Imagiologicamente, foram reobservadas as imagens radiográficas com identificação de calcificações meniscais sugestivas de condrocalcinose.

Discussão/Conclusão: O diagnóstico de pseudogota baseia-se sobretudo na presença de calcificações radiológicas típicas. A atribuição de um diagnóstico correcto é uma das mais importantes funções do MF. Contudo, este dispõe de pouco tempo de consulta, optando por, na maioria das situações, apenas olhar para os relatórios dos exames radiológicos. Neste caso, o diagnóstico e tratamento adequados, poderiam ter sido mais precoces, evitando crises recorrentes e melhorando assim a qualidade de vida do doente.

P 16

DEMÊNCIA OU PSEUDODEMÊNCIA, EIS A QUESTÃO

Ana Sequeira; Joana Fernandes; Vítor Santos
UCSP Covilhã

Introdução: A demência e a depressão são patologias prevalentes nos idosos (6 e 12%, respetivamente). Nas fases iniciais da demência, o quadro clínico pode sugerir uma depressão. Por outro lado, a depressão pode mimetizar os défices cognitivos presentes na demência, sendo por isso designada por pseudodemência. Dada a reversibilidade da pseudodemência, é crucial a distinção entre as duas entidades.

Caso clínico: Homem, de 77 anos, reformado, doze anos de escolaridade, viúvo, com quatro filhos, atualmente a residir em Centro Sociocultural. Apresenta antecedentes pessoais de hipertensão, diabetes Mellitus, hipoacusia, carcinoma da próstata e depressão (falecimento da esposa há 2 anos). Desde há um ano apresenta quadro progressivo, caracterizado por alterações de memória (episódica) e dificuldade em articular e nomear palavras. Este quadro evolui para adinamia, apatia, embotamento afetivo e aparecimento de sintomas psicóticos com delírios persecutórios a envolver conviventes “eles colocam bombas no meu quarto” (sic), alucinações visuais com pessoas (esposa falecida) e animais. Objetivamente apresentava palidez discreta das mucosas, pressão arterial controlada, auscultação cardiopulmonar normal, exame neurológico sumário sem focalizações, humor subdepressivo, discurso organizado mas pobre em conteúdo e dificuldade no manuseamento dos documentos e

dinheiro. Obteve 20 pontos (em 30) no *Mini-Mental State Examination*. Do estudo realizado salienta-se: anemia ligeira, HbA1c 7.5%; hiperprolactinemia, função tiroidea, vitamina B12 e ácido fólico normais, serologias para Vírus da imunodeficiência humana e sífilis negativas; TC crânio mostrou “Ocupação do seio esfenoidal por massa que capta contraste”. O doente foi então orientado para Neurocirurgia, por provável macroadenoma da hipófise, e Neurologia. Está a aguardar avaliação neuropsicológica e estudo complementar para o diagnóstico diferencial entre demência e pseudodemência. Agendou-se visita domiciliária para compreender melhor o suporte social e familiar que o doente tem.

Conclusão: Os autores apresentam este caso pela reflexão diagnóstica e prognóstica que suscita. Coloca-se a hipótese de demência, tendo em conta as características do quadro clínico: evolução relativamente lenta, início insidioso, a presença de alucinações. Nestes doentes, uma abordagem multidisciplinar será fundamental para uma gestão adequada dos sintomas comportamentais e psicológicos e, por conseguinte, melhoria da qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores.

P 17

HIPOSMIA E ALTERAÇÕES MNÉSICAS – A PROPÓSITO DE UM CASO...

Sofia Lima e Oliveira; Miguel Fortunato Silva
USF Saúde no Futuro

Resumo: O olfato apresenta inúmeras funções com grande morbi-mortalidade. 50% dos indivíduos entre os 65-80 anos apresentam diminuição olfativa. A hiposmia tem várias etiologias e recentemente tem sido associada a sinal precoce de doença neurodegenerativa.

Com este caso pretende-se fazer uma breve revisão de como abordar a anosmia/hiposmia em cuidados de saúde primários.

D. R. S. F. sexo masculino, 63 anos, casado, professor do Ensino Superior de Engenharia.

Antecedentes Pessoais: Glaucoma, HBP e dislipidemia.

Medicação habitual: Ácido acetilsalicílico 150 mg uma vez/dia; atorvastatina 20mg uma vez/dia, timolol 0,4mg/0,4g.

9/2/2015 refere hiposmia com cerca de 2 anos de evolução. Nega exposição a substâncias tóxicas. Ao exame objetivo (EO): orofaringe e exame neurológico normais. Foi consultado por Neurologia e Otorrinolaringologia e efetuou RMN cerebral. Medicado com corticoide nasal.

12/01/2016 mantém hiposmia e apresenta queixas mnésicas. Traz resultado da RMN sem alterações que justifiquem os sintomas. EO normal, com *Mini Mental State 27*. Solicita-se estudo analítico de demência.

8/03/2016 estudo analítico normal. Medicado com su-



plemento alimentar de ômega 3. 17/10/2017 mantém sintomas. O MMS pontua 27. Pondera-se reavaliação por Neurologia. Atualmente sem reavaliação por Neurologia. A hiposmia pode ter causas periféricas ou centrais. A anamnese e o EO da hiposmia devem ser dirigidos a estas causas. As doenças neurodegenerativas parecem estar associadas a hiposmia, numa fase precoce da doença. Tendo em conta o nível e a área de diferenciação deste doente, seria de esperar que o MMS normal fosse mais elevado, pelo que faz sentido avaliar a possibilidade de estar perante uma alteração precoce de doença neurodegenerativa.

P 18

DEMÊNCIA: UMA FATURA DA UTILIZAÇÃO DE BENZODIAZEPINAS?

Teresa Reis Araújo; Carina Freitas; Leonor Silva Jorge; Bruno G. Silva; Lígia Castanheira
USF Tílias, Serviço de Psiquiatria CHLN

Introdução: Em Portugal verifica-se um consumo elevado de benzodiazepinas (BZD), sendo a maioria dos utilizadores do género feminino com idades compreendidas entre 55-79 anos. O padrão de prescrição tem sido semelhante entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) das diferentes regiões de saúde do país. Deparamo-nos com frequência com a questão de se as BZD constituírem ou não um fator de risco relevante para a demência, dúvida que motivou a elaboração deste trabalho.

Objetivos: Averiguar se a utilização de BZD constitui um fator de risco evidente para o desenvolvimento de demência.

Material e métodos: Pesquisa na *PubMed*; últimos 3 anos; incluídos artigos de revisão, meta-análises e ensaios clínicos controlados e aleatorizados; termos *MeSH Benzodiazepine* e *dementia*. Obtiveram-se 152 artigos, tendo sido selecionados 17 após leitura do abstract e verificação da sua pertinência.

Resultados: Verifica-se uma grande variedade de desenhos de estudos, tamanhos de amostra, características dos doentes, tempo de acompanhamento e avaliação de resultados, sendo difícil avaliar se existe ou não associação entre a utilização de BZD e o desenvolvimento de défice cognitivo. A maioria dos estudos não revelou uma associação significativa entre a utilização de BZD e o défice cognitivo. Dado o risco da prescrição destes fármacos não se encontrar bem estabelecido, a sua prescrição deve ser discutida com o doente e sua família com o objetivo de avaliar continuamente a necessidade de manter estes fármacos e minimizar riscos desnecessários.

Discussão: A história natural da demência evidencia-se muitas vezes pelo aparecimento de sintomas prodrômicos como ansiedade e depressão, pelo que a necessida-

de de utilização de BZD poderá constituir um marcador clínico para a sua instalação. As BZD continuam a ser utilizadas com frequência para ansiedade e insónia apesar das recomendações emitidas para limitar seu uso.

P 19

REABILITAR PARA MELHOR ENVELHECER

Ângela Jesus; Catarina Ribeiro; Helena Rodrigues; Maria João Oliveira; Tânia Carvalho
UCC Amadora +

Resumo: O Census de 2011 confirmou a tendência de envelhecimento do concelho da Amadora. A população com 65 e mais anos referiu sentir dificuldades na realização das atividades de vida diária. No sentido de diminuir essas dificuldades, que influenciam fortemente a qualidade de vida da pessoa idosa, o enfermeiro de reabilitação deve intervir implementando e monitorizando planos de enfermagem diferenciados, capacitando a pessoa idosa, com limitação da sua atividade e/ou restrição da participação para a sua reinserção e exercício da cidadania, maximizando a funcionalidade, desenvolvendo as suas capacidades. Com vista à intervenção nesta área, integrado na UCC Amadora +, surge em 2017, o projeto ReHabilitar +. Um projeto criado por 3 enfermeiras da unidade e que muito recentemente, com vista à expansão do projeto, permitiu a inclusão de mais duas profissionais na área.

Objetivos: Capacitar a pessoa ao longo do envelhecimento; Maximizar a funcionalidade

Metodologia: Aplicar e monitorizar o PII, Sessões de educação para a saúde

Material: Bolas, bandas elásticas, pesos, bastão, espirómetros, balões

Resultados: Em 2017, a equipa avaliou 27 utentes com uma média de idade de 75,6 anos. 23 utentes reuniram critérios para integrar o programa. Após 6 meses de atividade, 11 tiveram alta com objetivos atingidos.

Conclusão: Ao implementar um Programa de Intervenção Individual é fundamental a articulação e o envolvimento de todos os intervenientes no processo de saúde para que se tornem elementos facilitadores. Só assim, será possível a continuidade e adequação dos cuidados, com vista a obtenção dos objetivos delineados.

P 20

PRESCRIÇÃO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NO IDOSO

Bruno Pereira Carreira; Ana Rita Ferreira; André Rainho Dias; Célia Mata; David Tonelo; Joana Bento; Patrícia Angélico; Ana Carla Bernardes
USF Santiago de Leiria; ACeS Pinhal Litoral, Leiria

Introdução: A prescrição de medicamentos no idoso deve obedecer a princípios específicos que tenham em conta



a maior vulnerabilidade deste grupo etário, devendo ser evitados os medicamentos considerados potencialmente inapropriados (MPI). De entre os MPI, os anti-inflamatórios não esteroides (AINes) são dos mais utilizados na população idosa.

Objetivos: Descrever o consumo de AINes em grandes idosos (≥ 80 anos) numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e verificar a associação entre a prescrição de AINes e polimedicação (≥ 5 fármacos).

Material e métodos: Estudo transversal, descritivo e analítico dos grandes idosos inscritos numa USF ($n = 419$), com prescrição por médico da USF. Recolha retrospectiva de dados registados entre setembro de 2016 a agosto de 2017. Variáveis estudadas do processo clínico: sexo, idade, número de fármacos crónicos, número de patologias crónicas, consumo de AINes. Dados recolhidos e tratados recorrendo a estatística descritiva e inferencial, através do programa SPSS, versão 22.0 (teste qui-quadrado).

Resultados: Incluídos 347 idosos de 7 ficheiros clínicos, idade média 84.7 ± 3.7 anos, 63.1% do sexo feminino. Número médio de doenças por pessoa 4.9 ± 2.7 . Verificou-se uma prevalência de polimedicação de 74.9%, média de 6.6 ± 3.1 fármacos por idoso. Nesta amostra 21.2% dos idosos tinham prescrição de AINes, sendo a prevalência maior no sexo feminino (67.3%). A associação entre prescrição de AINes e polimedicação em idosos foi estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

Discussão/Conclusões: Os resultados apontam para uma frequência de polimedicação e consumo de AINes preocupante, alertando para a necessidade da revisão da terapêutica em curso, nomeadamente para a implementação dos Critérios de Beers.

P 21

CUIDADOS PRIMÁRIOS AO IDOSO: DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E VISITA MÉDICA DOMICILIÁRIA

Inês Madanelo^{1,2}; Vera Miranda¹; Tiago Sanches²; Luiz Miguel Santiago^{1,3}

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;

²UCSP Vouzela, ACeS Dão-Lafões; ³USF Topázio, ACeS Baixo Mondego

Introdução: Portugal é um dos países mais envelhecidos da União Europeia. O envelhecimento acompanha-se do risco acrescido de declínio e dependência funcional, aspeto que deverá ser valorizado na prestação de cuidados de saúde em MGF. Particularmente neste grupo de idosos a visita médica domiciliária (VMD) surge como boa estratégia na prestação de cuidados de saúde.

Objetivos: Caracterizar a população com ≥ 75 anos em seguimento ativo num ACeS; caracterizar os cuidados prestados aos idosos e aferir possíveis condicionantes.

Métodos: Estudo observacional e descritivo realizado

numa população de idosos com ≥ 75 anos com seguimento ativo nas USF e UCSP do ACeS Dão-Lafões. Analisámos a amostra atendendo ao modelo de organização e o contexto territorial das unidades de seguimento. Para cada grupo foi caracterizado o recurso médico ao IB como registo da dependência funcional; aferido o rácio médico/utente e o número de VMD.

Resultados: Amostra de 32810 utentes com idade média de 82,1 anos, correspondendo a 13,7% de todos os utentes em seguimento ativo. A maior parcela de utentes está ao cuidado de UCSP (15,7%). Foi preenchido o IB em 4,1% da amostra, dos quais 45,1% apresentavam dependência intermédia. VMD corresponderam a 2,5% de todas as consultas médicas e registaram maior frequência nas unidades em contexto urbano, a par da maior proporção de médico/utente (0,5%).

Discussão/Conclusão: Notável discrepância da proporção de utentes idosos entre os modelos de organização e o contexto territorial das unidades de cuidados primários. Verificada fraca adesão ao IB e à VMD como forma de cuidados ao idoso.

P 22

ABORDAGEM DO IDOSO ANTICOAGULADO

Rafaela Cabral; Inês Santos; Paula Rodrigues; Ana Rita Cunha; Pedro Vasconcelos; Rui Pedro Loureiro; José Varanda Marques; Anabela Madeira
USF Viseu-Cidade; ACeS Dão Lafões

Introdução e objetivo: O idoso anticoagulado necessita frequentemente de realizar procedimentos que carecem da interrupção desta terapêutica. Objetiva-se rever a abordagem destes doentes aquando de um procedimento invasivo.

Metodologia: Pesquisa de artigos, normas e diretrizes da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia e Sociedade Europeia de Cardiologia, publicados no último lustro, em diversas bases de dados, utilizando os termos *MeSH: Anticoagulation, perioperative management*.

Resultados: O risco hemorrágico baseia-se no tipo de procedimento, relacionando-se diretamente com o tempo de interrupção do fármaco. O risco tromboembólico dita a necessidade de bridging com heparina de baixo peso molecular (HBPM) em doses terapêuticas. Os doentes sob antagonista da vitamina K (AVK) submetidos a procedimento de muito baixo risco hemorrágico não necessitam de suspensão, desde que INR terapêutico. Em caso de baixo ou alto risco hemorrágico suspende-se varfarina 5 dias/acenocumárol 3 dias antes e realiza-se bridging com HBPM perante risco tromboembólico alto. O AVK deverá ser retomado após 12-24h, mantendo HBPM até INR atingir intervalo terapêutico. Relativamente aos novos anticoagulantes orais (NOAC), o tempo de suspen-



são relaciona-se não só com o risco hemorrágico mas também com a função renal. Se risco hemorrágico muito baixo, não há indicação para suspensão prévia. Caso contrário suspende-se rivaroxabano e edoxabano 24-60h, apixabano 36-72h e dabigatrano 48-96h antes, com necessidade de bridging face a alto risco tromboembólico, reiniciando-se NOAC entre 6-24h após procedimento. **Discussão:** O Médico de Família deve abordar de forma correta estes idosos, independentemente do motivo do procedimento, anticoagulante usado e perfil de risco hemorrágico e tromboembólico do doente.

P 23

PREVENÇÃO DE QUEDAS DO IDOSO NO DOMICÍLIO – PROJETO DE INTERVENÇÃO

Catarina Rocha Vieira; Cátia Lírio; Cátia Palha; Marisa Barros; Nuno Guerra; Pedro Castro
USF Camélias

Introdução: As quedas dos idosos portugueses constituem a maioria dos acidentes observados neste grupo etário, representando uma grande causa de morbimortalidade e morte prematura.

Objetivo: Prevenir quedas em utentes com idade \geq 65 anos inscritos na Unidade de Saúde Familiar Camélias e alvo de visita domiciliária.

Metodologia: Projeto com duração prevista de 3 anos, iniciado em 2017, que incidiu sobre uma amostra de conveniência de 27 utentes. Foram preconizados momentos de avaliação/intervenção semestrais integrados na visita domiciliária. No primeiro semestre de 2017, decorreu uma avaliação inicial do número de quedas do utente no ano anterior e da presença de fatores de risco de queda modificáveis e foram implementadas medidas corretoras. No segundo semestre de 2017, verificou-se a ocorrência de quedas e as alterações realizadas desde a primeira avaliação, e foi reforçada a intervenção.

Resultados: Encontrou-se uma idade média de $86,3 \pm 6,6$ anos (65-100 anos), sendo 70,3% do sexo feminino. Após a intervenção, houve uma redução do número total de quedas de 11 para 5 e do número total dos fatores de risco de 114 para 82. O uso de tapetes soltos em casa, calçado inadequado e alteração da marcha sem apoio adequado foram os principais fatores retificados.

Discussão: Programas multidisciplinares de prevenção de quedas com identificação e intervenção nos fatores de risco de queda extrínsecos revelaram-se eficazes na redução do número de quedas. Após 1 ano de intervenção verificou-se uma redução do número de quedas, sendo de primordial importância continuar a intervir e incentivar a correção destes fatores de risco.

P 24

PARTICULARIDADES DO ALCOOLISMO NO IDOSO – UMA REVISÃO DA EVIDÊNCIA

Adelino Costa; Ana Maria Pinto; José Varanda Marques
USF Alves Martins; USF Lusitana; USF Viseu-Cidade

Introdução: Face à elevada prevalência e impacto do alcoolismo na população portuguesa, importa conhecer a sua realidade e implicações entre os idosos, visando cuidados médicos apropriados e dirigidos às suas especificidades.

Objetivos: Conhecer a realidade epidemiológica, as especificidades fisiopatológicas e implicações diagnósticas do alcoolismo nos idosos.

Material e métodos: Pesquisa em bases de dados nas línguas portuguesa e inglesa, recorrendo aos termos *MeSH* alcoolismo/*alcoholism*, idosos/*aged*. Selecionaram-se trabalhos publicados nos últimos 10 anos.

Resultados: Cerca de 50% dos idosos consome bebidas alcoólicas, 25% acima dos 85 anos, estimando-se o consumo nocivo entre 10-15% e diagnosticando-se o distúrbio do uso do álcool em 1-3%. Em Portugal, o consumo é superior à média europeia, com o consumo diário entre 32,3-37,7%, maior entre os homens. Identificam-se vários fatores de risco nesta população, mas apenas a condição económica elevada surge como preditor positivo de aumento de consumo no idoso. O idoso encontra-se mais exposto aos efeitos deletérios do álcool pelas suas alterações anatomofisiológicas, psíquicas e sociais. Estes hábitos podem causar ou descompensar co-morbilidades e favorecer a falência terapêutica. O álcool interage ainda com vários fármacos usuais nesta população. Os médicos devem avaliar anualmente e sempre que indicado os hábitos alcoólicos dos utentes idosos, porém realizam-no menos que nos jovens.

Discussão e conclusão: O consumo de bebidas alcoólicas é prevalente entre os mais idosos, cujas especificidades físicas e psíquicas desafiam o diagnóstico e abordagem dos problemas decorrentes. Os estudos deste problema na população idosa são ainda escassos e devem ser prosseguidos ativamente.

P 25

QUANDO O MEDO DE UMA DOENÇA MASCARA O DIAGNÓSTICO DE OUTRA – UM RELATO DE CASO DE HIPERTIROIDISMO

Daniela Abrantes; Lia Rocha
USF Vidago

Introdução: O hipertiroidismo é definido pelo excesso de hormona tiroideia circulante e quando não diagnosticado pode ter complicações severas, sendo os idosos uma das populações com maior risco. Estima-se que a prevalência da patologia seja de 1,2%, mais frequente em

mulheres, acometendo qualquer idade, mas com pico de incidência entre os 20 e 50 anos.

Descrição do caso: Mulher de 74 anos, família unitária, classe média (Escala Graffar). AP: HTA, dislipidemia, hiperuricemia, patologia osteoarticular degenerativa, colelitíase, hemorroidas, diverticulose intestinal e perturbação do sono. MH: Valsartan + Hidroclorotiazida (80 + 12,5 mg), Lansoprazol (30 mg), Alopurinol (300 mg), Trazodona (150 mg), Lorazepam (1 mg) e Paracetamol + Codeína (500 + 30 mg). Em dezembro de 2017 inicia quadro de icterícia obstrutiva, 2 semanas após colecistectomia clássica, ficando internada por pancreatite/colangite graves. Em fevereiro recorre à consulta por perda ponderal, (9 kg). A doente refere desde o episódio de pancreatite medo de comer, boca seca e enfartamento, estando já medicada com IBP. Nesse contexto foi pedida EDA, ECG e análises (hemograma e bioquímica), medicando-se com domperidona. Em março, os exames revelaram gastrite crónica, bradicardia sinusal, de novo referia palpitações, tremor, boca seca, hipoguesia, edema dos MI e contínua perda ponderal. Ao EO mantinha o peso e discreto edema dos MI. Para estudo adicional foi pedido Holter e TSH, foi diagnosticado hipertireoidismo e encaminhada à consulta de Endocrinologia.

Discussão: Existem nesta história múltiplos fatores confundidores que poderiam atrasar o diagnóstico de hipertireoidismo, é fundamental a história clínica e um olhar atento a esta população vulnerável, com múltiplas comorbilidades.

P 26

HIPERURICÉMIA ASSINTOMÁTICA – QUANDO TRATAR?

Mafalda Coelho

USF S.J.E. Lóios; ACES Lisboa Central

Introdução: Nos cuidados de saúde primários a avaliação do ácido úrico é realizada com alguma frequência não havendo, contudo, evidência científica que justifique. A incidência de Hiperuricemia Assintomática (HA) tem aumentado nos últimos anos e a sua abordagem terapêutica sobretudo a farmacológica continua a ser alvo de incertezas.

Objetivos: Analisar a pertinência do tratamento da hiperuricemia em doentes assintomáticos nos cuidados de saúde primários. **Material e métodos:** Foi realizada uma revisão clássica da literatura usando várias bases científicas incluindo *PUBMED*, com os termos *hiperuricemia* e *condição assintomática, tratamento hiperuricemia* nos últimos 5 anos.

Resultados: O tratamento farmacológico da HA não é consensual, uma vez que não existe certeza sobre a relação causal entre diminuição dos níveis sérios de ácido úrico e o risco de gota, doença renal e doença cardio-

vascular. Alguns estudos recomendam o tratamento o tratamento HA como prevenção de doença cardiovascular e renal. Assim como nos doentes oncológicos como prevenção de nefropatia aguda. O tratamento poderá ser ponderado após ponderação de risco/benefício caso exista uricemia $\geq 9\text{mg/dl}$, como prevenção de gota. Apesar do tratamento farmacológico não estar indicado deve-se aconselhar sobre mudanças de estilo de vida como mudanças na dieta e atividade física.

Discussão/Conclusões: Não existe evidência científica robusta que justifique o tratamento farmacológico da HA em doentes assintomáticos, não existindo contra-indicação para tratamento não farmacológico.

P 27

ADESÃO A MEDICAÇÃO ANTI-OSTEOPORÓTICA EM DOENTES COM POLIMIALGIA REUMÁTICA – ESTUDO RETROSPECTIVO

Raquel M. Lopes¹; Maria João Augusto¹; Pedro Abreu^{2,3}
¹UCSP São Miguel, ULS Castelo Branco, EPE; ²Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE; ³Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A polimialgia reumática (PMR) é uma patologia inflamatória articular. Afecta indivíduos com mais de 50 anos. O tratamento centra-se no uso de glucocorticóides orais em baixa dose. A osteoporose é uma complicação importante nos doentes sob corticoterapia a longo prazo e aumenta o risco de fractura.

Objetivo: Avaliar a adesão à suplementação com cálcio e/ou vitamina D e bifosfonatos em doentes com o diagnóstico de PMR sob corticoterapia.

Método: Estudo retrospectivo. Revisão dos processos clínicos e avaliação dos doentes com PMR entre 01/03/2011 e 31/12/2017, da Unidade de Reumatologia da ULS de Castelo Branco, EPE, relativamente à adesão ao cálcio e/ou vitamina D e bifosfonatos.

Resultados: Dos 61 doentes com PMR, 4 foram excluídos por ausência de dados ficando uma amostra de 57 indivíduos. 50.8% eram do sexo feminino. Média de idade: 78,9 anos. Apenas 3 doentes não tomavam nenhum suplemento e 5 tomavam-nos infrequentemente: 3 doentes entre 50-100% das vezes e em 2 doentes menos de 50%. Encontraram-se as seguintes razões para não adesão: “esquecimento”, “medicação não relevante”, “medicação a mais”. 56.1% realizaram DMO-DEXA e 64.9% foram medicados com bifosfonatos. Neste grupo houve 100% de adesão.

Discussão/Conclusão: A osteoporose induzida pela corticoterapia é um efeito adverso importante nos doentes com PMR sob aquele tratamento. A suplementação com Ca²⁺ /vit. D deve ser iniciada para precaver a perda de massa óssea. Neste trabalho, verificou-se uma adesão



elevada (94.7%). A adesão aos bifosfonatos no grupo a quem foram prescritos foi 100%. Contudo, a 35% dos doentes, a mesma não foi efectuada.

P 28

DOENTE IDOSO E DIABÉTICO: RUMO À REDUÇÃO DO RCV

Ricardo de Oliveira Henriques; Claudia Sofia Ramos; Marcela Del Rio; Sara Cerqueira; Vadim Sosnovskiy
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Beja

Introdução: A principal causa de morte em Portugal são as doenças do aparelho circulatório. Por este motivo torna-se imperativo a mobilização de esforços por parte de todos os médicos em reduzir o Risco Cardiovascular dos seus utentes, sendo um dos fatores de incidência o Colesterol LDL.

Objetivo: Compreender se no doente diabético, idoso, de muito alto risco cardiovascular se os valores alvo de Colesterol LDL, definidos pela DGS, são atingidos e se existe margem de melhoria.

Material e métodos: Estudo descritivo retrospectivo, auditoria de processos clínicos (189 utentes). Incluíram-se utentes idosos com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Variáveis: idade, género, fatores de risco cardiovascular, lesão de órgão alvo, Colesterol Total, Colesterol LDL, triglicéridos, terapêutica antideslipidemiante, revisão de terapêutica no último ano. Análise estatística: Excel.

Resultados: Consultaram-se 189 processos clínicos. Homens 53%, Mulheres 47%, idade média 75 anos (65-91 anos). Dos casos revistos 178 classificam-se de muito alto risco cardiovascular, dos quais 69% não atingem os valores alvo de Colesterol LDL, sendo que destes 38% não estão medicados, 53% usam monoterapia e 9% terapia dupla. 17% tiveram a sua terapêutica revista no último ano.

Conclusão: Conclui-se que a maioria dos utentes da amostra não atingem os valores alvo de Colesterol LDL, encontrando-se maioritariamente em monoterapia. O anteriormente descrito revela uma grande margem de melhoria, a qual deverá basear-se na otimização da terapêutica, na promoção de estilos de vida saudáveis e sensibilização da população para o Risco Cardiovascular.

P 29

ENVELHECIMENTO ATIVO: LITERACIA PARA A SAÚDE MENTAL NO IDOSO NA COMUNIDADE

Mafalda Coelho; Pedro Teixeira
USF S.J.E. Lóios; ACES Lisboa Central

Introdução: Há cada vez mais idosos em Portugal. É necessária uma maior sensibilização da população para os benefícios de atividades físicas e cognitivas de forma a diminuir a vulnerabilidade face às doenças mentais, de modo a promover um envelhecimento mais ativo.

Objetivos: Promoção de literacia em saúde na comunidade sobre a importância de um envelhecimento ativo como medida adjuvante à saúde mental.

Material e métodos: No âmbito de atividades de promoção da saúde e de aproximação dos cuidados de saúde primários à comunidade, realizou-se uma ação educativa a 20 abril de 2018 na Feira Da Saúde no Bairro dos Lóios, em Marvila, Lisboa, com uma duração de cinco horas. Como atividades havia palavras cruzadas e jogos de memória, onde eram avaliados e estimulados o raciocínio rápido e a coordenação motora fina.

Resultados: Cerca de uma centena de idosos e acompanhantes participaram nas atividades propostas e receberam informação sobre os benefícios da atividade física e cognitiva, além de algumas informações básicas sobre depressão no idoso. As palavras cruzadas vieram a revelar-se desadequadas enquanto os jogos de memória tiveram uma elevada adesão e despertaram entusiasmo. **Discussão/Conclusões:** A ação permitiu a aproximação da comunidade aos cuidados de saúde, a partilha de experiências entre participantes e profissionais, assim como a promoção da saúde mental junto de uma faixa etária de risco, reforçando o seu cada vez maior valor em promoção de saúde e medicina preventiva.

P 30

SÍFILIS – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Maria Costa; Ana Nabais; Carla Serranito; Helena Chantre
Unidade de Saúde Familiar Eborae - Évora

Enquadramento: A sífilis é uma doença sistémica crónica, causada por espiroquetas da espécie *Treponema pallidum*, geralmente transmitida pela via sexual e caracterizada por episódios de doença activa intercalados com períodos de latência que têm duração variável (meses a anos). No decurso do estudo de determinadas patologias, no idoso, têm surgido diagnósticos de sífilis assintomática perante o resultado positivo de VDRL.

Relato de caso: Idosa de 89 anos, viúva há 5 anos, residente no Alentejo, independente nas actividades de vida diárias. Antecedentes pessoais: HTA, Dislipidemia, Doença isquémica cerebral. Medicada com: ibersatan + hidroclorotiazida; lercanadipina; pravastatina; AAS. Recorre a consulta de Neurologia, por queixas de alterações da memória de agravamento recente. Neste contexto é pedida avaliação analítica e imagiológica, protocolada no estudo das demências, nas quais se verifica positividade no teste VDRL. Excluída a hipótese diagnóstica de neurosífilis é reencaminhada para seguimento pelo médico de família onde se identificou quadro de sífilis latente de duração indeterminada. Realizou tratamento antibiótico segundo as *guidelines* e mantém vigilância.

Discussão: O diagnóstico de sífilis no idoso, na sua forma



latente, pode constituir um processo desafiante por diversas razões. Geralmente resulta de uma marcha diagnóstica de outras entidades do foro neurológico e é elevada a prevalência de falsos positivos em serologias não treponémicas (VDRL). Estima-se que exista um número considerável de sífilis latente na população idosa subdiagnosticada. Compete ao médico assistente equacionar esta doença perante casos sugestivos, excluir falsos positivos e adequar o tratamento, prevenindo eventuais complicações, sempre que o diagnóstico é estabelecido.

P 31

NUNCA TIVE ESTAS DORES – RELATO DE CASO

Inês Vale; Celestina Ventura; Mariya Senkiv; Kristina Rabcheva
UCSP de Sines

Enquadramento: A dor no idoso pode ser um desafio, nomeadamente na presença de comorbilidades e polimedicação. Contudo, deve ser valorizada, pois pode estar para além dos diagnósticos estabelecidos.

Descrição de caso: Mulher de 69 anos, natural de Sines, casada, reformada, família nuclear na fase VIII do ciclo Duvall. Com antecedentes de diabetes tipo 2, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, depressão, doença renal crónica, anemia ferropénica. Inicia um quadro de lombalgia, astenia e perda ponderal progressiva (6 semanas de evolução). Depois de múltiplas avaliações médicas e medicações sem remissão, foi internada, onde fez estudo radiológico da coluna (alterações degenerativas antigas com compromisso radicular), análises: VS de 105mm, PCR de 12,3 mg/dl e estudo de autoanticorpos negativo. Teve alta e requereu consulta no domicílio com a médica de família. Encontrava-se sonolenta, incapaz de fazer levantar. Referiu que além da lombalgia, surgiram dores na cintura escapular, de ritmo inflamatório, muito incapacitantes e rigidez matinal prolongada. A utente não colaborou no exame ao ombro por contratura e dor muito intensas à mobilização dos membros superiores. Foi colocada a hipótese de polimialgia reumática e iniciada corticoterapia com 15mg de prednisolona. A utente teve recuperação quase completa.

Discussão: Ser médico de família obriga a uma constante atualização em todas as áreas médicas. Poder conhecer o doente e comparar com estados anteriores de doença é uma vantagem. A polimialgia reumática deve ser um diagnóstico de exclusão, tornando-se mais difícil na presença de comorbilidade. Contudo, existiam vários fatores que apontaram para esta hipótese e a resposta terapêutica pode confirmar.

P 32

HEMATÚRIA E ANTICOAGULAÇÃO: O PREPONDERANTE PAPEL DA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA

Maria Fátima Carvalho; Ana Correia Azevedo; Cláudia Souza; Rui Correia Sá

USF Viatodos; USF Famalicão I

Resumo: A bibrilhação auricular é a arritmia mais comum dos idosos, devendo a prevenção de eventos tromboembólicos com anticoagulação oral ser sempre considerada. A complicação mais frequente desta terapêutica é a ocorrência de episódios hemorrágicos, cuja patologia subjacente deverá ser investigada.

Doente do género feminino, 67 anos. Hipocoagulada com Varfarina desde 2011 por fibrilhação auricular. Adicionalmente apresentava antecedentes patológicos de HTA, DM II, dislipidemia, obesidade, anemia e perturbação depressiva. Encontrava-se medicada com: Ramipril/Hidroclorotiazida, Amlodipina, Furosemida, Metformina/Vidalglipatina, Gliclazida, Sinvastatina, Fluoxetina e Alprazolam.

No último ano recorreu à consulta aberta por dois episódios de hematúria macroscópica associada a dor suprapúbica. O exame físico não releva alterações e as tiras de teste urinário apresentavam leucócitos e sangue positivos, pelo que foi instituída antibioterapia para Infecção do Trato Urinário. A ecografia renovesical demonstrou “quisto parapiélico à esquerda; quisto cortical no terço médio do rim esquerdo e volumosa massa cística anexal direita”. A TC Abdominopélvica revelou “volumosa neoplasia hipogástrica de provável natureza anexial, eventual cistoadenocarcinoma e provável tumor de células transitórias no bacinete renal esquerdo”, altura em que foi referenciada para consulta hospitalar. A Ureterocistoscopia evidenciou “massas polipóides”, cuja histologia identificou “carcinoma papilar urotelial de baixo grau com ausência de invasão tecidual.” Em consulta de grupo hospitalar, foi proposta para cirurgia conjunta de Ginecologia e Urologia – Nefroureterectomia esquerda e exérese de anexo uterino.

A investigação etiológica da hematúria é de inquestionável valor, mesmo na presença de terapêutica anticoagulante, constituindo o caminho para o diagnóstico precoce e para o tratamento em tempo útil.

P 33

PARALISIA SUPRANUCLEAR PROGRESSIVA: A PROPÓSITO DE UM CASO

Sara Cerqueira; Marcela Del Rio; Ricardo Henriques; Vadym Sosnovskyi

UCSP de Beja

Enquadramento: A paralisia supranuclear progressiva (PSP) é uma doença neurodegenerativa, de progressão rápida, que afecta 5-10/100000 pessoas. A causa é desconhecida mas associa-se a acumulação de proteína tau



no cérebro. A apresentação clínica é variável sendo mais comum a síndrome de Richardson em que o indivíduo manifesta paralisia vertical do olhar e desequilíbrio com tendência a quedas. O diagnóstico definitivo requer avaliação neuropatológica, no entanto, existem critérios clínicos para o diagnóstico ante-mortem. Não existe cura, sendo o tratamento unicamente sintomático. A sobrevida é de 6-9 anos, sendo a principal causa de morte as infecções (nomeadamente pneumonia) secundárias a distúrbios motores.

Caso clínico: Homem, 66 anos, com antecedentes de dislipidemia, hipertensão e depressão. Inicia quadro de desequilíbrio espontâneo e diário de agravamento progressivo e, um ano depois, tremores e alteração na escrita, com marcha parkinsoniana. Iniciou Sinemet (25/100), foi lhe pedida uma TC-CE (cuja única alteração foi calcificações do sifão carotídeo) e foi referenciado para neurologia onde se colocou a hipótese diagnóstica de PSP. Foi medicado com Sinemet (50/200) e Trivastal 50 retard, com agravamento sintomático, com incapacidade para a escrita, perda de motricidade fina, dificuldades na marcha e linguagem e desequilíbrio acentuado.

Discussão/Conclusão: Foi colocada a hipótese de PSP pelo desequilíbrio precoce, alteração da fala e da escrita e a resistência ao tratamento com levodopa, constituindo um caso sugestivo de PSP com parkinsonismo predominante. Apesar de não haver cura, deve-se apostar na melhoria dos sintomas como forma de melhorar a qualidade de vida destes doentes.

P 34

PLATAFORMA MOVE.TE: FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DE QUEDAS E PROMOÇÃO DO MOVIMENTO

Pedro Maciel Barbosa¹; Paula Clara Santos²; Anabela Correia Martins³; Paulo Pereira⁴; Rubina Moniz⁵; Ana Casaca⁶; Ana Rita Silva⁷; Maria João Bigode⁸; Bernardo Pinto⁹; Hugo Mendes⁸; Ricardo Dias⁸; João Moreira⁸; Cristina Argel de Melo⁹; Madalena Gomes da Silva¹⁰

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Porto; Conselho Executivo do Move.Te; ²Escola Superior de Saúde do Porto - Politécnico do Porto; Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer - Faculdade de Desporto - UP; Conselho Executivo do Move.Te; ³Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Inst. Politécnico de Coimbra; Conselho Executivo do Move.Te; ⁴Agrupamento de Centros de Saúde Dão, Lafões; ⁵Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, Setúbal; ⁶ACeS Médio Tejo / URAP -CS Ferreira do Zêzere; Conselho Executivo do Move.Te; ⁷ACeS Baixo Mondego/URAP Figueira da Foz; Conselho Executivo do Move.Te; ⁸Prática Privada; Conselho Executivo do Move.Te; ⁹Escola Superior de Saúde do Porto - Politécnico do Porto; Conselho Executivo do Move.Te; ¹⁰Escola Superior de Saúde do Inst. Politécnico de Setúbal; Conselho Executivo do Move.Te

Introdução: As quedas são um flagelo na população idosa, com consequências devastadoras para o próprio,

família, sistema nacional de saúde e sociedade em geral. Os fisioterapeutas são profissionais de saúde cuja área de expertise é a promoção, potencialização e recuperação do movimento. A evidência atual sugere que a intervenção da fisioterapia é eficaz na redução do número de quedas das pessoas idosas, contudo nem todas as pessoas em risco têm acesso a estes programas.

Objetivos: O projeto sistematizou a evidência disponível sobre a prevenção de quedas e tornou-a acessível aos fisioterapeutas que trabalham com a população idosa Portuguesa, incluindo um sistema de referenciação do utente em risco de queda.

Material e métodos: Foram realizadas: 1) análise da evidência científica disponível, sistematizada por um conjunto de 4 peritos na área, com dupla verificação; 2) análise do sistema de referenciação para fisioterapeutas a trabalhar nos cuidados de saúde primários. Com base nestas análises foi proposto um modelo de referenciação, rastreio, avaliação e intervenção para prevenir quedas na população adulta mais velha.

Resultados: Plataforma online, onde fisioterapeutas podem aceder aos instrumentos de avaliação, linhas orientadoras de intervenção baseadas na evidência mais atual, assim como a base de dados que permite o registo uniformizado do rastreio de risco de queda. Está disponível um livro digital no repositório da Cochrane Database.

Conclusões: Após o lançamento oficial da plataforma, um número significativo de fisioterapeutas aplica o esquema de rastreio e avaliação propostos, demonstrando a necessidade da plataforma MOVE.TE, no contexto clínico.

P 35

SOMATIZAÇÃO – UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

João Dias; Silvana Amorim; Ana Filipa Sousa; Maria José Barradas
USF Grão Vasco

Enquadramento: Somatização pode ser expressão de vários distúrbios psicológicos. Caracteriza-se por queixas frequentes, múltiplas e recorrentes, sem evidência clínica subjacente, constituindo um diagnóstico de exclusão.

Descrição: Homem, 67 anos, fase VIII do Ciclo de Duvall. Viúvo há 9 anos. Antecedentes de HTA, dislipidemia e alcoolismo. Medicado, após morte da esposa, com mirtazapina, quetiapina e oxazepam por perturbação de ajustamento com humor depressivo. Após 5 anos inicia redução da quetiapina e 3 anos depois suspende toma de mirtazapina por autorecreação. Decorridos 3 meses dirige-se ao serviço de urgência por dorsolombalgia, tendo alta com analgesia. Nesse dia procura a médica de família (MF) por dificuldade miccional, disúria e obstipação. Exame objetivo (EO) sem alterações, sendo solicitada urocultura. Dias depois volta à consulta por manutenção do quadro, com

náusea e vômitos associados. EO inalterado. Solicitado estudo analítico. Medicado com analgésico e antiemético. Na consulta seguinte, apresentava abdômen doloroso à palpação, sem defesa. Estudo analítico e urocultura normais. Solicitada ecografia renovesical e abdominal. Medicado com laxante e antiespasmódico. Volta dias depois com queixas gastrointestinais e toracalgia. Informa a MF que suspendeu mirtazapina há 1 mês. Exames imagiológicos sem alterações. Solicitada colonoscopia total pela sintomatologia gastrointestinal. Reintroduzida mirtazapina. Após 4 semanas revelava franca melhoria do quadro. Colonoscopia normal. Mantém terapêutica e vigilância.

Discussão: A prevalência da somatização ronda os 20%, constituindo uma suspeita diagnóstica comum nos cuidados de saúde primários, sobretudo na população idosa. Sendo um diagnóstico de exclusão, é imperativo que o MF descarte primariamente a possibilidade de patologia orgânica com repercussões potencialmente graves.

P 36

INTERVIR DEVE SER UMA OPÇÃO!

Silvana Amorim; Adriana Sarmento; João Dias
USF Grão Vasco

Enquadramento: O carcinoma basocelular (CBC) é o tipo mais comum de cancro de pele. A exposição solar é o principal fator de risco. Os idosos são geralmente mais afetados. Os CBCs em estágios iniciais são facilmente tratáveis. Este caso pretende demonstrar a importância da suspeita clínica e da intervenção nos cuidados de saúde primários (CSP), independentemente da idade.

Descrição: Sexo feminino, 80 anos de idade, viúva, integra uma família nuclear, classe VIII do ciclo de Duvall e classe média de Graffar, sem antecedentes pessoais relevantes. Seguida em consulta de enfermagem por lesão peduncular sangrante no dorso. Solicitada avaliação médica por cicatrização difícil. À observação, com lesão pediculada, sangrante, com 1 cm de diâmetro na transição dorsolombar à esquerda, compatível com fibroma. A utente associava a evolução ao traumatismo pelo vestuário, referindo que apresentava a lesão há anos, mas hemorrágica apenas há algumas semanas, altura em que iniciou cuidados de enfermagem. Atendendo ao incômodo causado e morosidade da consulta de Dermatologia foi proposta exérese da lesão ao nível dos CSP. Excisão realizada sem intercorrências. A biópsia revelou “carcinoma baso-celular sólido-quístico ulcerado, completamente excisado; dista 0,5 mm do bordo cirúrgico”. Não se identificaram outras lesões suspeitas. Discutida a possibilidade de alargamento cirúrgico e envio a consulta

específica. Optou por vigilância nos CSP.

Discussão: O CBC é quase sempre curável, quando identificado e tratado precocemente. Neste caso, a garantia de cuidados à doente sobrepôs-se ao protocolado e com benefícios, dado ter-se diagnosticado uma lesão maligna que caso contrário seria minorada, com eventuais repercussões.

P 37

INIBIDORES DAS BOMBAS DE PROTÕES E OSTEOPOROSE: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Carla Resende; Eliana Pires; Diana Gonçalves;
Ana Sofia Rocha Matos; Pedro Abreu; Eugénia Santos Silva
UCSP Tortosendo; Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE; Faculdade Ciências da Saúde, UBI

Introdução: A osteoporose (OP) é a doença óssea metabólica mais frequente no mundo, sendo caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do osso, resultando em maior fragilidade óssea. A idade superior a 65 anos é um fator de risco *major* para o desenvolvimento desta patologia. Em 2011, a *US Food and Drug Administration* lançou um alerta de segurança sugerindo que os inibidores das bombas de prótons (IBP) aumentavam o risco de fraturas.

Objetivo: Avaliar a relação entre IBP e OP.

Material e métodos: Revisão baseada na evidência com pesquisa de artigos na *Pubmed*, publicados nos últimos 10 anos. Foram utilizados os termos *MeSH: Proton Pump Inhibitor, Osteoporosis e Bone fracture*.

Resultados: Foram selecionados dezasseis artigos para análise: Nove estudos observacionais (EO), quatro revisões sistemáticas (RS), duas metanálises (MA) e um ensaio clínico aleatorizados (ECA). No total, apenas oito (6 EO, 1 RS, 1 ECA) demonstram que existe correlação entre IBP e OP, enquanto cinco (3 RS e 2 MA) assumem que é controverso, e apenas 3 EO não conseguiram encontrar nenhuma associação.

Discussão/Conclusões: A maioria dos estudos que demonstra a relação entre IBP e OP são EO, não sendo possível estabelecer uma relação de causalidade direta. Apenas foi encontrado um ECA que demonstrou causalidade, mas a amostra foi muito pequena para poder extrapolar os dados para a população em geral. São necessários mais estudos para estabelecer a relação de causalidade. No idoso com fatores de risco conhecidos para osteoporose, deve-se ter cautela na introdução de IBP.



PREVALÊNCIA DE POLIMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO EUROPEIA IDOSA E VARIÁVEIS ASSOCIADAS

Luís Midão¹; Anna Giardini²; Nicolò Granata²; Marina Maffoni²; Enrica Menditto³; Pawel Lewek⁴; Marta Kurczewska-Michalak⁴; Przemyslaw Kardas⁴; Elísio Costa¹

¹UCIBIO, REQUIMTE and Faculty of Pharmacy, University of Porto, Porto, Portugal; ²Psychology Unit, Istituti Clinici Scientifici Maugeri Spa – Società Benefit, Care and Research Institute, IRCCS Montescano (PV), Italy; ³School of Pharmacy, CIRFF/Center of Pharmacoeconomics, University of Naples Federico II, Naples, Italy; ⁴Department of Family Medicine, Medical University of Lodz, Lodz, Poland

Resumo: Com o aumento da esperança média de vida, há um aumento do risco de desenvolver comorbidades, e consequente tendência da utilização de múltiplos fármacos para tratamento. A polimedicação é uma condição comum na população idosa, estando associada a consequências, como a não adesão, o aumento do número de hospitalizações e taxa de mortalidade. Com este trabalho pretendeu-se estimar a prevalência da polimedicação na população idosa europeia, assim como a sua associação com variáveis sociodemográficas, físicas e psicológicas. Para se estimar a prevalência da polimedicação a nível europeu, assim como a sua associação com outras variáveis, neste estudo foram utilizados dados sobre polimedicação (toma de 5 ou mais medicamentos por dia), idade, género, escolaridade, limitações nas atividades da vida diária, satisfação com as redes sociais, qualidade de vida, depressão, número das doenças crónicas, inatividade física e dificuldades na toma de medicamentos, dos participantes da onda 6 do projeto *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE). A prevalência média estimada foi de 32.1%. A Suíça, Croácia e Eslovénia são os países com prevalências menores, sendo Portugal, Israel e República Checa os países com maiores prevalências. Das variáveis estudadas, à exceção da escolaridade, todas parecem estar independentemente associadas com a polimedicação. Este trabalho confirma que uma grande percentagem da população idosa está polimedcada. A identificação de variáveis associadas à polimedicação, como as identificadas neste estudo, é importante para identificar e monitorizar indivíduos mais vulneráveis. Intervenções destinadas a prevenir a polimedicação entre pessoas idosas devem ter em conta esta diversidade de fatores.

AVALIAÇÃO INICIAL DA DEMÊNCIA

Angela Amorim
USF Almonda/Torres Novas

Introdução: A demência constitui um problema médico e social em crescimento, mais comum nos idosos. Apesar da apresentação clínica da demência ser variável, dependendo da sua etiologia, os critérios diagnósticos são constantes. A doença de Alzheimer é a principal causa de demência, embora muitos outros distúrbios a possam causar ou simular. Muitos destes são potencialmente reversíveis ou passíveis de interrupção, por isso, o Médico de Família deve estar apto a realizar o seu diagnóstico.

Objetivos: Esquematizar os passos recomendados na avaliação inicial de uma pessoa com demência.

Material e métodos: Revisão clássica que teve por base as *guidelines* publicadas pela Direção Geral de Saúde, da *America Psychiatric Association*, artigo de revisão da Revista da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e pesquisa Manuel em livros de Neurologia.

Resultados: A anamnese constitui um importante recurso diagnóstico na avaliação de um doente com défices cognitivos, devendo incluir um conjunto de questões que permitam definir as alterações cognitivas, comportamentais, psiquiátricas, funcionais e da personalidade. O exame físico deve ser realizado, não apenas para confirmar o diagnóstico, mas também para identificar outras eventuais patologias coexistentes que possam causar ou contribuir para o quadro demencial, dando particular atenção ao exame neurológico, exame do estado mental e avaliação do estado funcional.

Discussão/Conclusões: É crucial que a demência seja reconhecida e avaliada num estado inicial, não apenas para iniciar terapêutica adequada, mas também para proteger o doente de danos inevitáveis, como quedas, excessos de medicação ou nutrição desadequada.

SERÁ SÓ PRURIDO?

Maryna Telychko; Ana Garrido Gomes; Sandra António; Luís Siopa
Hospital de Santarém, EPE

Resumo: O linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia que surge a partir de células germinais centrais com implantação nos gânglios linfáticos. A esclerose nodular é o tipo mais comum de LH, presente em cerca de 70% dos casos. Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 79 anos, caucasiana, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia, medicada com sinvastatina 20 mg id, hidroclorotiazida + amilorida 50/5 mg id. Internada no serviço de Medicina Interna por prurido generalizado sem atingimento palmo-plantar, com um mês

de evolução de etiologia a esclarecer.

Da avaliação efectuada salientava-se ausência de alterações ao exame objectivo, leucocitose de 16000 com predomínio de neutrófilos, VS 116 mm, elevação de Beta2-microglobulina 3523 µg/L, sem alteração nas provas hepáticas, sem pico na electroforese das proteínas e sem elevação de imunoglobulinas. Teve alta para consulta de Medicina Interna medicada sintomaticamente com prednisolona oral, com pedido de TC TAP que demonstrou "... Adenomegalias laterotraqueal, pré-vascular, retrocruiral à direita, ..., múltiplas adenopatias retroperitoneais, conglomerado adenopático à direita que se estende até da bifurcação aórtica, ..., adenopatias ao longo dos vasos ilíacos direitos e na região inguinal". Pedida biópsia ganglionar compatível com LH tipo esclerose nodular, estágio III-B. Referenciada para consulta de hematologia e iniciou quimioterapia.

Ao longo do seguimento apresentou evolução desfavorável, com aparecimento de tumefacção inguinal direita e suprapúbica, compatível com conglomerado adenopático pélvico com critérios de bulky.

Salienta-se a importância de investigação clínica detalhada para tratamento mais indicado e seguimento adequado.

P 41

UMA SIMPLES DOR...

Maryna Telychko; Ana Garrido Gomes; Sandra António;

Luís Siopa

Hospital de Santarém, EPE

Resumo: A condocalcinose ou pseudo-gota, doença da deposição de pirofosfato de cálcio dihidrato, é uma doença reumatológica com manifestações clínicas variadas, incluindo artrite inflamatória aguda, com apresentação em mais de 50% dos casos na terceira década de vida.

Os autores apresentam o caso clínico de dois doentes do sexo masculino, de 88 e 77 anos, que foram internados numa enfermaria de Medicina Interna. Ambos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e insuficiência cardíaca, sem história conhecida de hiperuricemia. Apresentavam dor, sinais inflamatórios e impotência funcional dos joelhos. Analiticamente ambos com elevação dos parâmetros inflamatórios, ácido úrico elevado (9.6 e 7 mg/dl respetivamente), sem outras alterações relevantes. Um dos doentes realizou artrocentese diagnóstica: exame citológico com leucocitose com predomínio polimorfonucleares e exame bacteriológico negativo. Nas radiografias dos joelhos evidenciou-se a presença de calcificação das cartilagens, em ambos dos doentes. Medicados com prednisolona na dose de 1 mg/kg/peso, com franca melhoria 24 horas após o início de terapêutica. Salienta-se necessidade de elaboração de história clíni-

ca e exame objetivo detalhado aos doentes, assim como realização de exame imagiológico e artrocentese em doentes com artralgia.

P 42

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NO DOENTE IDOSO – CASUÍSTICA DUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Maryna Telychko; Ana Garrido Gomes; Sandra António;

Luís Siopa

Hospital de Santarém

Resumo: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a obstrução de uma artéria pulmonar ou de um dos seus ramos, por material proveniente de outro local do corpo.

Objetivos: Caracterizar e analisar o grupo de doentes com mais de 65 anos internados num serviço de Medicina Interna com diagnóstico de TEP em 2015 e 2016.

Métodos: Estudo retrospectivo, com base na análise da informação clínica contida no SClínico® dos doentes que foram internados por TEP, avaliando as variáveis: idade, sexo, comorbilidades, sintomatologia e sinais ao exame objetivo, *score* de Wells e PESI, MCDTs, etiologia, terapêutica realizada e proposta, *follow-up*.

Resultados: Durante os 24 meses, foram internados 39 doentes com TEP com mais de 65 anos. A maioria do sexo feminino (66.3%). A média de idades foi 86.4 anos. As principais comorbilidades: presença de neoplasia (30.7%), fibrilação auricular (18%) e trauma recente (10.3%). Sintomatologia de apresentação: dispneia (59%), toracalgia (23%) e síncope (23%). Ao exame objetivo salientava-se a presença de sinais compatíveis com trombose venosa profunda em 11.1%. Relativamente o *score* Wells 53.4 % apresentavam alto risco e *score* de PESI - 58% em classe V. Todos realizaram avaliação analítica com gasimetria, electrocardiografia e telerradiografia do torax, 86.6% submetidos a angio-tomografia torácica e 55.5% realizaram ecocardiograma transtorácico. Durante o internamento todos medicados HBPM. Após alta foram medicados com Varfarina (51.7%), com NOACs (44.8%) e com HBPM (3.5%). Verificou-se que 41% doentes faleceram no internamento. **Conclusões:** salienta-se a prevalência do diagnóstico em doente com mais de 65 anos e elevada taxa de mortalidade associada.

P 43

SEXO.SEM_IDADE.COM

Vânia Morais; Hugo Gaspar; Nídia Santos

USF D. Jordão

Resumo: A sexualidade representa uma dimensão natural presente ao longo de todo o ciclo vital, com impacto significativo na qualidade de vida. A pressão inerente aos tempos atuais favorece a ideia de que a sexualidade é



experimentada essencialmente na juventude. Embora com o avançar da idade, esta possa ter menor expressão, não é inexistente.

O caso clínico retrata uma mulher de 86 anos, viúva, autónoma, que foi observada múltiplas vezes num período de seis meses com queixas sugestivas de infeção do trato urinário inferior, de carácter recorrente e não complicado. Realizou urocultura com isolamento de *E. coli*, sendo medicada com antibiótico de acordo com TSA, aconselhadas medidas higiénicas e reforço hídrico, ficando assintomática entre consultas.

Decorrido um ano desde o início das queixas, a utente regressou à USF por alterações da acuidade visual, não autorizando que fosse redigida qualquer informação no computador, alegando estar saturada dos comentários depreciativos por parte dos vizinhos relativamente ao que era escrito durante as suas idas à USF. Após várias tentativas de esclarecimento quanto à confidencialidade dos registos médicos, percebemos que a utente mantinha um relacionamento amoroso, via Facebook, cujas mensagens seriam de acesso público, o qual culminou em encontros de cariz sexual, em períodos coincidentes com as queixas referidas.

Este caso clínico, embora caricato, é alusivo da discriminação existente face à sexualidade do idoso. Assim, independentemente da idade, a abordagem ativa deste tema deve fazer parte integrante da consulta de MGF, contribuindo para a desconstrução do preconceito e melhoria da qualidade de vida do utente.

P 44

SARCOPENIA – IMPACTO NA POPULAÇÃO IDOSA

Nury Basabe¹; Natália Evskina²; Duarte Pinheiro²; Sílvia Alves¹
¹Interna de MGF, USF da Natividade ACES Sintra; ²Médico Especialista em MGF, USF da Natividade ACES Sintra

Introdução: A sarcopenia é o declínio progressivo da massa muscular esquelética e a consequente perda da força e da função física, associada ao envelhecimento humano. O aumento da esperança de vida condiciona o incremento da prevalência da sarcopenia em adultos > 65 anos e as suas consequências.

Objetivo: Alertar aos profissionais da saúde sobre o impacto da sarcopenia e as suas consequências na população idosa, motivando-os para a identificação e terapêutica precoce, reduzindo assim o impacto desta patologia.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e estudos originais na *PubMed*, *Medscape*, *Uptodate*, publicados nos últimos 10 anos, em português e inglês. Termos *MeSH*: *sarcopenia*, *elderly*, *protein*, *physical functioning*.

Resultados: O grupo de trabalho europeu sobre sarcopenia em pessoas idosas (EWGSOP) recomenda para o

diagnóstico da sarcopenia 3 critérios (1. Baixa massa muscular; 2. Baixa força; 3. Baixo desempenho físico), sendo que o critério 1 deverá estar documentado mais critério 2 ou 3 (Cruz-Jentoft et al. 2010). Sugere-se também em indivíduos mais velhos um algoritmo para avaliação de sarcopenia baseado em medidas de velocidade de marcha, força de preensão e massa muscular. Dados relatam que a prevalência de sarcopenia no mundo varia entre 3 a 30% em idosos comunitários.

Discussão/Conclusão: A pesquisa sistemática de risco/sarcopenia na população idosa pelos médicos tem um impacto significativo nos custos socioeconómicos, diminuindo o risco de quedas, fracturas e internamento nos idosos com esta patologia. Contudo, também será importante a avaliação do estado nutricional do idoso utilizando diferentes escalas como o *Mini Nutritional Assessment*.

P 45

AValiação E MELHORIA DA QUALIDADE DO REGISTO DO ÍNDICE DE BARTHEL EM IDOSOS CONSULTADOS NO DOMICÍLIO

Inês Santos; Ana Rita Cunha; Paula Rodrigues; Rafaela Cabral;

Pedro Vasconcelos; Rui Pedro Loureiro; José Marques; Rita Bernardino Figueiredo

USF Viseu-Cidade

Introdução: A capacidade funcional pode ser aferida pelo Índice de Barthel (IB), que avalia o grau de dependência e a progressão da deterioração das capacidades, permitindo uma adequação dos planos assistenciais.

Objetivo: Melhorar a individualização da prestação de cuidados aos idosos consultados no domicílio através da utilização do IB na estratificação da capacidade funcional.

Métodos: Avaliação transversal, interna, da adequação técnico-científica dos médicos da USF no registo de pelo menos uma determinação do IB por ano. Amostra seletiva, de base institucional, de utentes idosos (≥ 65 anos) consultados no domicílio numa 1ª fase no ano de 2016 e, após intervenção educacional, de março de 2017 a março de 2018. Registaram-se: presença/ausência de preenchimento do IB, grau de dependência, número de visitas e comorbilidades. Pretendeu-se como meta uma frequência de cálculo do IB de pelo menos 50%.

Resultados: Na avaliação inicial, referente a 2016, apenas 26,4% dos 326 utentes idosos consultados no domicílio apresentavam pelo menos um registo do IB. Na segunda avaliação, obteve-se uma taxa de cálculo do IB de 86,3% num total de 264 idosos, denotando um acréscimo significativo. A maioria dos idosos eram do sexo feminino (73,4%), com idade média de 84 anos e 17% eram institucionalizados. 4,9% apresentavam dependência total, 32,6% grave, 36,7% moderada, 6,8% ligeira e

5,3% eram independentes. Em média foram feitas 2,9 visitas por idoso.

Discussão: A intervenção de melhoria da qualidade efetuada cumpriu o objetivo quantitativo proposto, sendo contudo difícil avaliar o impacto real da intervenção na melhoria da prestação de cuidados.

P 46

OSTEOPENIA/ OSTEOPOROSE – AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO NUMA UCSP

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

Introdução: A osteoporose é uma doença metabólica caracterizada pela diminuição da densidade mineral óssea (DMO) e deterioração da microarquitetura do osso, aumentando a probabilidade de ocorrência de fractura por fragilidade óssea. O médico de família (MF) tem um papel importante no diagnóstico e tratamento destes doentes.

Objetivos: Avaliar o método diagnóstico e posterior orientação clínica da osteoporose e da osteopenia numa UCSP, segundo a NOC 027/2011 da DGS.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo em doentes do sexo feminino com idades compreendidas entre 65 e 70 anos inclusive, com o diagnóstico de osteoporose/osteopenia (código ICPC-) a 31/01/2018. Foram excluídos doentes sem MF e sem consultas em 2017. Analisaram-se variáveis como idade, realização de DEXA e tratamento iniciado. A recolha dos dados foi efetuada recorrendo ao SClinico® e MIM@UF®. Processamento de dados: Excel®2013 e SPSS22®.

Resultados: Dos 102 doentes foram selecionados 96 para análise, com idade média de 68,5 anos. Setenta e cinco doentes (78%) realizaram DEXA enquanto (21%) não a realizaram. Dos doentes que realizaram DEXA, apresentavam este exame normal 8 (10,6%), 35 (53,8%) apresentavam osteopenia enquanto 30 (46,1%) apresentavam osteoporose. De acordo com o diagnóstico de osteopenia/osteoporose apenas 37 doentes (38,5%) iniciaram tratamento correto. Dos doentes com osteopenia 11 (31,4%) iniciaram tratamento correto e 22 (62,8%) iniciaram bifosfonatos sem indicação. Dos doentes com osteoporose 2 (6,6%) não iniciaram tratamento, 24 doentes (80%) foram corretamente tratados e 4 (13,3%) tratamento que não o protocolado. Três doentes com DEXA normal iniciaram tratamento para osteoporose.

Conclusões: Verificou-se maior prevalência da osteopenia relativamente à osteoporose, apresentando esta erros de prescrição terapêuticos, na medida em que foram tratadas como osteoporose, inclusive 3 doentes com DEXA normal iniciaram o mesmo tratamento. Considera-se fundamental aperfeiçoar os cuidados terapêuticos prestados apostando em ações de formação na UCSP.

P 47

CARACTERIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS EM IDOSOS – A REALIDADE DE UMA USF

Maria João Sousa; José Díez Carvalho; Marília Lima; Rita Nércio
USF Infante D. Henrique

Introdução: As benzodiazepinas (BZD) são a classe farmacológica mais utilizada no tratamento da ansiedade e das perturbações do sono. Nos últimos anos, temos assistido a um número crescente de casos de dependência e habituação, levando a que a sua interrupção se torne desafiante. A *Defined Daily Dose* (DDD) é a dose diária média de manutenção de um fármaco quando usado na sua principal indicação terapêutica. Segundo o Indicador 297 (Proporção de idosos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos), o somatório de DDD de BZD em idosos, ao longo de 1 ano, deverá ser inferior ou igual a 53.

Objetivos: Analisar o somatório de DDD no ano de 2017 dos utentes de uma USF com 65 ou mais anos com prescrição de BZD.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo. População: utentes inscritos na USF. Amostra: utentes com idade igual ou superior a 65 anos utilizadores de BZD em 2017. Fonte de dados: processo clínico. Tratamento estatístico: *Microsoft Excel*®.

Resultados: Foram analisados 2635 utentes, dos quais 646 se encontram medicados cronicamente com BZD, apresentando um somatório de DDD anual superior a 53. Destes, 70,9% são do género feminino.

Discussão/Conclusões: A Agência Europeia do Medicamento recomenda que a duração do tratamento com BZD deve ser curta devido ao elevado risco de dependência, habituação e efeitos psicómotos. Neste estudo, verificou-se que uma proporção significativa são utilizadores crónicos, o que contraria esta recomendação e torna evidente a necessidade de uma maior prudência na prescrição de BZD e de eventuais ajustes terapêuticos, se possível.

P 48

MELHORIA DA QUALIDADE DO RASTREIO DO CANCRO COLO-RETAL NUMA UNIDADE DE SAÚDE

Paula Rodrigues; Ana Rita Cunha; Inês Santos;
Pedro Vasconcelos; Rafaela Cabral; Rui Pedro Loureiro;
José Varanda Marques; Ana Paula Pinheiro
USF Viseu-Cidade

Introdução: O rastreio do cancro do cólon e do reto (CCR) consiste na pesquisa bianual de sangue oculto nas fezes (PSOF) aos indivíduos assintomáticos dos 50 aos 74 anos. Este rastreio é fulcral dada a elevada incidência e mortalidade do CCR em Portugal.



Objetivos: Aumentar a taxa de cobertura do RCCR para 60% dos utentes na USF e definir as estratégias conducentes à sua concretização.

Métodos: Dimensão estudada: adequação técnico-científica dos profissionais de saúde da USF. Avaliação interna, retrospectiva. Unidade de estudo: seletiva, de base institucional, constituída pelos utentes inscritos na USF dos 50-74 anos. Período de avaliação: ano civil de 2017. Critério de qualidade: taxa de cobertura do RCCR. Dados do processo clínico informatizado, obtidos através: SCLínico® e SiiMA Rastreios®. Padrões de qualidade: muito bom ($\geq 65\%$); bom ($\geq 60\%$ e $< 65\%$); suficiente ($\geq 50\%$ e $< 60\%$) e insuficiente ($< 50\%$).

Resultados: Da totalidade da população da USF, 4710 utentes eram elegíveis para RCCR. Destes, 56,68% apresentavam o RCCR atualizado no final de 2017. No total de 608 PSOF, 6,6% tiveram um resultado positivo (34 realizaram colonoscopia de seguimento, 6 ainda não tinham efetuado à data de colheita dos dados e 1 recusou) e 2,6% inconclusivo. Apenas 0,2% dos casos positivos o resultado respondeu a uma condição maligna.

Conclusão: A taxa de cobertura do RCCR em 2017 (56,68%) corresponde a um padrão qualitativo “Suficiente”. Tal resultado poderá dever-se à escassez de kits de PSOF durante o ano 2017, devido ao processo de transição que ocorreu para o teste imunológico em 2018.

P 49

QUANDO A TERAPÊUTICA É A CAUSA DOS PROBLEMAS

Helena Monte; Carla Matos; Diogo Beirão; Miguel Santos; Sandra Mimoso
USF Ramalde

Introdução/Enquadramento: O médico de família é o principal gestor da medicação do doente e, por isso, deverá reconhecer os efeitos laterais que poderão surgir e interações farmacológicas dos vários fármacos. Só desta forma será possível controlar corretamente as patologias com o menor número de efeitos laterais possíveis.

Descrição do caso: MRS, 79 anos, sexo masculino, antecedentes de neoplasia retal há 43 anos e HTA. Medicação: Valsartan + Hidroclorotiazida e Nebivolol. Recorre ao MF em 2015 por diarreia com alguns dias de evolução, com 3 dejeções/dia, sem sangue, muco, febre, náuseas ou vômitos. Dor abdominal em cólica. Medicado com probiótico. Volta após 1 mês com a mesma sintomatologia. Nega viagens recentes, contacto com animais ou contexto epidemiológico similar. Pedido exame bacteriológico das fezes e medicado com loperamida. Após 1 ano volta com diarreia crónica, parasitológico negativo e colonoscopia normal. Foi enviado para Gastroenterologia para caracterização do quadro clínico. Regressa em 2018 com estudo realizado na consulta hospitalar

sem alterações. Sugeriam substituir anti-hipertensor por haver casos relatados de enteropatia associada a ARAs. Portanto, foi alterada a terapêutica para IECA. Um mês depois volta sem diarreia, mas com tosse seca persistente que surge após início do IECA. Assim, foi suspenso IECA e iniciada amlodipina 10mg com recomendação de vigilância da TA.

Discussão: Este caso serve de alerta para os possíveis efeitos laterais da medicação crónica. O MF para além de ser capaz de realizar um diagnóstico diferencial extenso dos problemas apresentados pelo doente não deve esquecer que a terapêutica poderá ser o causador dos mesmos.

P 50

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DOLOROSA CRÓNICA NO IDOSO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Teresa Saavedra; Teresa Botelho; Amadeu Duarte; Cristina Saavedra; Tatiana Bastos
USF Almedina; USF Douro Vita

Enquadramento: A crença delirante é uma convicção inabalável. A crença cultural interpreta experiências e padrões de comportamento, assumindo um papel preponderante na modelação dos valores relacionados com a saúde. Dentro do contexto de crença cultural, o uso de medicinas alternativas é comum entre os idosos com síndrome dolorosa crónica, especialmente quando insatisfeitos com a abordagem médica ao problema de saúde.

Descrição do caso: Homem, 82 anos, motorista reformado, pertencente a família nuclear, classe IV de Grafar, fase VIII do ciclo de Duvall. Ex-fumador de 10 UMA. Em julho de 2017, recorre ao médico de família solicitando prescrição de lítio para alívio de dores osteoarticulares, baseando-se no estudo de livros de medicina natural. Foi referenciado para consulta de psiquiatria para avaliação de possível perturbação delirante, tendo sido contrariado este diagnóstico. O doente volta ao médico de família, onde após exploração da perspetiva do doente e explicação da perspetiva médica baseada na evidência, foi acordado um plano terapêutico mutuamente aceitável para tratamento da síndrome dolorosa crónica. Atualmente o doente gere de forma eficiente a dor, considerando ter boa qualidade de vida e mostrando satisfação com o plano terapêutico proposto.

Discussão: Este caso realça a importância da avaliação da dor no idoso em qualquer contacto com o sistema nacional de saúde. A síndrome dolorosa crónica é uma experiência sensorial e emocional privada, constituindo um desafio terapêutico médico. A promoção da literacia em saúde é essencial ao fornecer ferramentas de autogestão de dor, tomada de decisão e uso de recursos de saúde.

P 51

EFICÁCIA TERAPÊUTICA DO EXTRATO DE SERENOA REPENS NA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA SINTOMÁTICA – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Adriana Sarmento; Silvana Amorim; Patrícia Cardoso;
João Dias, Marisa Bizarro; Ana Filipa Sousa; Daniela Mateus;
Luís Duarte
USF Grão Vasco

Introdução: A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é responsável por sintomas do trato urinário inferior na população idosa do sexo masculino. Observa-se um recurso crescente à terapêutica com fitofármacos, sendo o extrato de *Serenoa Repens* (SR) um dos mais estudados e o mais utilizado em Portugal.

Objetivo: Conhecer a evidência terapêutica de SR na HBP sintomática.

Material/métodos: Pesquisa de Normas de Orientação Clínica (NOC), Revisões Sistemáticas (RS), Meta-Análises (MA) e Estudos Originais (EO), publicados nos últimos 10 anos, com os termos *MeSH Serenoa Repens* e *Benign Prostatic Hyperplasia*, utilizando as bases de dados: *National Guideline Clearinghouse*, *Cochrane*, *PubMed*, *TRIP Database*. Recurso à escala *Strength of Recommendation Taxonomy* para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação.

Resultados: Seleccionadas 3 NOC, 3 RS e 4 EO. As NOC incluídas, não recomendam o uso de SR no tratamento da HBP. A última revisão *Cochrane* concluiu não existirem benefícios na terapêutica com SR. Duas RS mais recentes, focadas apenas em estudos com extrato hexânico de SR (Permixon®), demonstraram eficácia superior ao placebo, semelhante à tansulosina e à terapêutica a curto prazo com finasterida. Novos EO revelaram eficácia terapêutica de SR, embora os resultados da associação à terapêutica de 1ª linha permaneçam incongruentes.

Discussão/Conclusões: Estudos recentes demonstraram eficácia terapêutica de SR na redução de sintomas urinários associados à HBP. Contudo, pela controvérsia entre estudos, diferenças na composição dos produtos e escassez de dados sobre o seu efeito na progressão da doença, as *guidelines* atuais não recomendam o seu uso no tratamento da HBP.

P 52

PREVALÊNCIA DE DOR NEUROPÁTICA NA POPULAÇÃO IDOSA: A REALIDADE DA NOSSA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Helena Clemente; Tomásia Cafofo; Emanuel Simões;
Licínio Fialho
USF Global

Introdução: A dor é definida como “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial”. Representa 25 a 50% das consultas de Medicina Geral e Familiar, 20% destas motivadas por dor crónica. A dor neuropática é definida como “dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somato-sensorial”, afectando 6.9 a 10% da população em geral, com tendência a aumentar face ao envelhecimento.

Objetivos: Avaliar a prevalência de dor neuropática na população idosa da Unidade de Saúde Familiar (USF) Global.

Material e métodos: Estudo transversal, observacional e descritivo. Aplicado o questionário *DouleurNeuropathique* 4 questions (DN4) aos doentes da USF Global com idade igual ou superior a 65 anos que se apresentaram na consulta com manifestações dolorosas.

Resultados: Obtidos 52 questionários válidos, com idades entre os 65 e 87 anos, com predomínio do sexo feminino (70%) e com maior número de respostas dos 65-69 e 75-79 anos. Das 52 respostas obtidas 19 destas obtiveram resultado positivo para dor neuropática. O maior número de resultados positivos foram obtidos entre os 75-79 anos (44%). Nas idades dos 65-69 anos obtiveram-se o menor número de resultados positivos, apenas 13% com critérios para dor neuropática.

Discussão: Apesar do DN4 apresentar uma sensibilidade de 82.9% e uma especificidade de 89.9%, a sua utilização não se deve sobrepor a uma avaliação clínica cuidadosa. O diagnóstico de dor neuropática é fundamental em todas as especialidades, mas principalmente na Medicina Geral e Familiar, responsável pelo acompanhamento longitudinal com conseqüente promoção da qualidade de vida dos doentes.

P 53

SUPLEMENTAÇÃO COM FERRO NA SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Andreína de Sousa Fernandes; Alexandra Lemos;
Maria Inês Vasconcelos; Sandra Marques; Sandra Januário
USF Atlântico Norte

Introdução: O síndrome das pernas inquietas (SPI) é bastante frequente, mais comum em mulheres e aumenta com a idade. Tem uma prevalência de 5-15% na população geral, que aumenta até 30% nos doentes com de-



fiência em ferro associada. A deficiência em ferro tem sido associada à patofisiologia da SPI e está correlacionada com a severidade dos sintomas.

Objetivo: Existe benefício na suplementação com ferro na SPI?

Métodos: Pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas (RS), normas de orientação clínica (NOC) e ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECA) (publicados entre janeiro de 2010 e abril de 2018), estudos originais (EO) dos últimos 2 anos, em português, espanhol e inglês, utilizando os termos *MeSH iron, aged e Restless Legs Syndrome. A Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) da American Family Physician* foi utilizada para classificar a qualidade dos estudos e atribuir a força de recomendação.

Resultados: De um total de 48 artigos, 11 preencheram os critérios de inclusão (4 NOC, 1 RS, 5 ECA e 1 EO). Embora na maioria dos artigos incluídos, a evidência que determine inequivocamente o benefício da suplementação com ferro seja insuficiente, a generalidade das NOC incluídas, recomendam a suplementação, em particular nos doentes com sideropenia.

Conclusão: Considerando o eventual envolvimento do metabolismo do ferro na patofisiologia da SPI, é recomendável a avaliação da sua cinética, no sentido de ponderar a sua suplementação. Contudo, são necessários estudos mais alargados, aleatorizados e controlados que provem claramente o benefício da suplementação e a formulação mais profícua.

P 54

PROJETO DE INTERVENÇÃO: DEPRESSÃO GERIÁTRICA – VIVER DE FORMA POSITIVA

Ana Cláudia Almeida; Catarina Pinto Nogueira; Inês Souto; Maria João Serra; Nuno Teles Pinto
USF Fânzeres

Introdução: O envelhecimento populacional é um fenómeno crescente a nível mundial. A depressão é um problema comum nesta faixa etária, estimando-se uma prevalência de 42% nos CSP; torna-se assim importante utilizar um instrumento de fácil aplicação para diagnóstico e seguimento. A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta é uma ferramenta muito útil neste contexto.

Objetivo: Reduzir a pontuação da referida escala em pelo menos 50% dos participantes, entre as fases pré e pós-intervenção.

Métodos: Os participantes foram selecionados entre os idosos inscritos na USF, com o diagnóstico de Perturbação Depressiva, aos quais foi fornecida a escala para autopreenchimento. Foram selecionados os primeiros 20 indivíduos com pontuação ≥ 6 pontos e aleatorizados em

dois grupos de igual dimensão, um de intervenção e um grupo-controle. O primeiro grupo participou durante três meses em sessões de psicoterapia e educação para a saúde. No final da intervenção foi aplicada novamente a escala aos dois grupos, para comparação de resultados.

Resultados: Os grupos de intervenção e controle eram homogêneos quanto às variáveis sociodemográficas. Na aplicação inicial da escala ao grupo de intervenção verificou-se um valor médio de 8,6 pontos. No final do projeto observou-se uma melhoria na pontuação da escala nos oito participantes e em 38% uma melhoria na gravidade da depressão. No grupo-controle a média da pontuação foi semelhante no período inicial e final.

Discussão: Na depressão geriátrica, a realização de intervenções psicoterapêuticas multidisciplinares contribuem para a melhoria do tratamento. O número reduzido de participantes revelou-se fulcral para o sucesso da intervenção.

P 55

A DEPRESSÃO NO IDOSO

Ana Seabra; Raquel Paz; Cristina Xavier; Ana Campos Portela
USF D. Sancho I; USF Planalto; USF Condestável; USF Salinas

Introdução: A depressão no idoso é frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada. Tem um impacto negativo importante na capacidade funcional e qualidade de vida do doente, traduzindo-se num aumento da morbimortalidade.

Objetivos: Revisão da literatura existente sobre a depressão no idoso. Sensibilização dos médicos de família para o subdiagnóstico desta patologia.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica de artigos de revisão na base de dados MedLine utilizando as palavras-chave *depression, elderly e geriatric*. Selecionaram-se artigos em inglês, espanhol e português, publicados entre 2000 e 2018.

Resultados: A prevalência da depressão no idoso aumenta com o desenvolvimento de outras doenças. Após os 65 anos, os fatores de risco estão maioritariamente associados ao envelhecimento. Os vários subtipos de depressão que podem estar presentes no idoso são a depressão *major*, depressão menor, distímia, depressão vascular e depressão psicótica. Os efeitos da idade, das alterações cerebrais e a presença de comorbilidades influenciam o tipo de expressão da depressão e o grau de resposta ao tratamento. Para um diagnóstico acurado deve ser tida em conta a história social, as patologias concomitantes e a polifarmácia. A Escala Geriátrica de Depressão deve ser utilizada como instrumento de screening. Os antidepressivos constituem o tratamento primário da depressão e devem ser cuidadosamente selecionados em função das suas características.

Conclusões: A depressão no doente idoso não deve ser considerada consequência natural do envelhecimento. O médico de família deve estar consciencializado para a elevada prevalência desta patologia no doente geriátrico e assim fazer o diagnóstico atempado, iniciando terapêutica e prevenindo o aparecimento/agravamento de comorbilidades.

P 56

A PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS NO DOENTE IDOSO – UMA PRÁTICA A ALTERAR

Ana Seabra; Raquel Paz; Cristina Xavier; Mara Marques; Ana Campos Portela

USF D. Sancho I; USF Planalto; USF Salinas; USF Condestável

Introdução: As benzodiazepinas são o psicofármaco mais prescrito mundialmente, sendo que o médico de família é o responsável pela maioria das prescrições. De acordo com os critérios de Beers, as benzodiazepinas são fármacos inadequados para a população idosa pois aumentam o risco de deterioração cognitiva, delirium, quedas, fraturas e acidentes de viação. Assim sendo, a sua prescrição deve ser sempre evitada ou descontinuada.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo avaliar o consumo de benzodiazepinas e análogos (BZ/A) pelos idosos com idade superior ou igual a 85 anos, inscritos na USF D. Sancho I.

Metodologia: Foi desenvolvido um estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Foram selecionados os utentes inscritos na USF D. Sancho I com idade superior a 84 anos. Os parâmetros avaliados foram: utentes com BZ/A prescritas nos últimos 6 meses, qual a BZ/A prescrita e o motivo de prescrição codificado na lista de problemas.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 411 idosos. 25,25% das mulheres e 12,28% dos homens tiveram pelo menos uma prescrição de BZ/A nos últimos 6 meses. As BZ/A mais prescritas foram Alprazolam, Zolpidem, Lorazepam e Bromazepam. Os problemas identificados foram perturbação depressiva, distúrbio ansioso e perturbação do sono, no entanto apenas se encontravam codificados em 43% dos utentes.

Conclusões: A prevalência de prescrição de benzodiazepinas na USF D. Sancho nos últimos 6 meses corresponde a 22%. O consumo de BZ/A pelo sexo feminino é 2 vezes superior ao masculino. As BZ/A mais prescritas foram as de ação intermédia e análogos de curta ação.

P 57

RASTREIO INDIVIDUALIZADO NO IDOSO

Madalena H. Monteiro; Rosário Rodrigues

USF S. João da Talha

Introdução: Embora exista consenso quanto à idade com que devem ser iniciados os rastreios, a idade com que devem ser descontinuados é pouco clara. Como tal, a decisão de continuar o rastreio é baseada numa abordagem individualizada, que deve ter em consideração a idade do doente, o seu estado de saúde, os riscos e benefícios do rastreio e as suas preferências pessoais.

Objetivo: Estabelecer os passos da abordagem individualizada do rastreio no idoso

Metodologia: Em abril de 2018 foi feita uma pesquisa nas bases de dados: *UpToDate*, *ClinicalKey*, *PubMed* com os termos: *cancer screening*, *shared decision making* combinados com *older adults*. Foram selecionados os artigos considerados relevantes para os objetivos definidos, publicados em inglês.

Resultados: Com o aumento da esperança de vida, em alguns doentes pode colocar-se a hipótese de continuar o rastreio, no entanto deve ser uma decisão individualizada. Em 1º lugar, devemos reconhecer os factores de risco para determinado cancro em particular; em 2º lugar considerar a probabilidade do doente beneficiar do rastreio de acordo com a sua expectativa de vida e a eficácia do mesmo, de forma a evitar o sobrediagnóstico e identificar os doentes que poderão beneficiar do tratamento. A avaliação geriátrica global poderá ajudar na estimativa da esperança de vida. Existem também ferramentas prognósticas – *Lee Index* que têm em consideração a idade, comorbilidades e avaliação funcional; a velocidade da marcha é também um indicador acessível do estado de saúde do idoso e permite identificar doentes com elevada probabilidade de viver 5-10 anos. O rastreio em doentes cuja expectativa de vida seja inferior a 10 anos não é recomendado. Em 3º lugar devem ser tidos em conta os riscos do rastreio, que aumentam com a idade e as comorbilidades, como o sobrediagnóstico e sobretratamento de cancros indolentes. Por último devem ser discutidos os riscos e benefícios com o doente e permitir-lhe aplicar os seus valores pessoais e preferências ao problema e chegar a uma decisão em conjunto.

Conclusão: O benefício dos rastreios torna-se incerto à medida que a idade aumenta, como tal é fundamental uma abordagem individualizada do rastreio. Existem ainda algumas barreiras a ser superadas, no entanto é importante ressaltar que descontinuar o rastreio não é sinónimo de um cuidado médico de menor qualidade, pelo contrário cria uma oportunidade para discutir estratégias de promoção de saúde que terão um maior benefício no futuro imediato.



P 58

ATRITE GOTOSA ATÍPICA

Diana Gonçalves; Margarida Oliveira; João de Deus Lopes
UCSP Tortosendo, ACeS Cova da Beira Centro Hospitalar da Cova da Beira UCSP Tortosendo, ACeS Cova da Beira

Enquadramento: A artrite gotosa surge por inflamação articular ou das estruturas periarticulares, decorrente da deposição de cristais de monourato de sódio. Na maior parte dos casos, trata-se de uma doença poligénica que só se manifesta na idade adulta, podendo existir história familiar. Surge predominantemente em homens de meia-idade. É rara em mulheres após a menopausa e excepcional em mulheres pré-menopáusicas.

Descrição do caso: Mulher, 66 anos, reformada, fumadora de 20UMA, com Diabetes Tipo 2. Seguida em consulta de Reumatologia por artrite gotosa com pouca adesão à terapêutica. Antecedentes Familiares: pai e irmão com gota tofácea. Devido a dorsolombalgia de início súbito é internada para estudo. Ao exame objetivo esteve sempre queixosa à palpação dos processos espinhosos na zona dorsal inferior, foi possível observar vários tofos gotosos nas mãos bilateramente e tofo gotoso volumoso no cotovelo direito. Durante o internamento realizou radiografia da coluna que revelou fratura de D11 e RMN da coluna que corroborou a fratura de D11 e também mencionou fratura em D12. A radiografia das mãos revelou várias lesões ósseas em “saca bocados” características na artrite gotosa tofácea. A densitometria óssea revelou um *score T* colo do fémur de 1,7. Foi aconselhado o uso de dorso-lombostato, iniciou analgesia eficaz e ajuste terapêutica das restantes co-morbilidades. Foi orientada também para consulta de Neurocirurgia.

Discussão: Apresenta-se este caso clínico pelo facto de se tratar de uma gota tofácea numa mulher, com história familiar e com várias comorbilidades associadas tais como a Osteoporose que contribuiu para o consequente aparecimento de fraturas.

P 59

UTENTES COM FA A FAZER CONTROLO DE INR NA USISM

Raquel Martins; Ana Isabel Machado
Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel

Introdução: A prevalência de fibrilhação auricular (FA) é de 2.5% na população portuguesa com idade superior a 40 anos, elevando-se para 9% se superior a 65 anos, sendo o sexo feminino o mais afectado. Perante um diagnóstico de FA é aplicado o CHA2DS2-VASc. Por contra-indicação ou dificuldade económica os utentes são medicados com anticoagulantes orais antagonistas de vitamina K necessitando de controlo de INR. Tratando-se de uma população idosa, com múltiplas comorbilidades, muitas vezes a sua mobilidade torna-se difícil; pelo que

foi criada uma consulta na Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel (USISM) permitindo aos utentes com FA e estáveis clinicamente, pudessem fazer o ajuste de INR na sua Unidade de Saúde com o seu Médico de Família.

Objetivo: Caracterização demográfica da população de utentes que realizam controlo de INR na USISM.

Método: Estudo observacional, retrospectivo. Elaboração de uma base de dados em excel com a caracterização demográfica de todos os utentes que realizam o controlo de INR nas diversas Unidades de Saúde da USISM.

Resultados: Obteve-se uma população de 443 utentes, dos quais 52,4 % do sexo feminino (n = 232) e 47,6% do sexo masculino (n = 211) com média de idades de 72.6.

Discussão/Conclusão: Constatou-se que se trata de uma população idosa sendo o sexo feminino o mais prevalente. Verificou-se uma melhoria da qualidade de vida dos utentes com a maior proximidade a um centro de monitorização de INR.

P 60

ALTERAÇÃO HEPÁTICA EM IDOSA

Raquel Martins; Ana Isabel Machado
Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel

Introdução: A fibrilhação auricular (FA) é uma patologia relativamente frequente na população idosa e uma das indicações clínicas para a medicação com anticoagulantes orais. Os anticoagulantes orais actuam de modo a diminuir a coagulação do sangue e consequente formação de trombos. Aquando do diagnóstico de FA deverá ser aplicado o CHA2DS2-VASc e medicar de acordo. Caso não haja contra-indicação a terapêutica anticoagulante oral com anticoagulantes orais diretos poderá ser uma opção.

Caso clínico: MEMS, 76 anos de idade, sexo feminino, família unitária, viúva. Autónoma e independente. Antecedentes pessoais de dislipidémia, glaucoma e osteoporose. Consulta a 22/12/2016 referindo que por vezes sentia o coração saltar, sem outras queixas. Ao exame objectivo auscultação cardíaca arritmico, sem outras alterações. Foi solicitado ECG, ecocardiograma e análises (função renal e hepática). A 27/1/2017 mantinha as mesmas queixas. ECG com FA. Ecocardiograma e análises sem alterações. Peso 62 kg. Clcr 92 ml/min. CHA2DS2-VASc – 2. Medicada com apixabano 5 mg. A 9/6/2017 negava qualquer queixa, viagens recentes, alteração da medicação ou alimentar. Analiticamente alteração da função hepática. Optou-se por suspender o apixabano e iniciar o dabigatranato etexilato 110 mg. A 29/8/2017 normalização dos valores hepáticos, sem outras alterações.

Conclusão: Após a introdução de anticoagulante oral directo o utente deverá ter uma consulta de seguimento não só para averiguar o cumprimento da terapêutica, mas também para detectar algum efeito adverso, no-

meadamente passível de ser controlado. Todos os fármacos podem ter efeitos adversos cabe ao Médico alertar para os mesmos e estar atento a eles.

P 61

SINDROMES GERIÁTRICAS, O PARADIGMA

DA GERIATRIA

Marcela Del Rio; Sara Cerqueira; Vadym Sosnovskiy;

Ricardo Henriques

UCSP- Beja

Introdução: Os idosos predominam na prática clínica, pelo que é importante reconhecer as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento que predis põem o aparecimento de condições específicas nessas idades. Estas constituem as síndromes Geriátricas (SG) que têm impacto na autonomia, capacidade física, humor e vida social do idoso embora continuem a ser subvalorizadas na abordagem médica clássica.

Objetivo: Realizar uma revisão da literatura sobre às síndromes Geriátricas e a sua importância na prática clínica diária.

Metodologias: Pesquisa bibliográfica de tratados de geriatria e artigos de revisão publicados nas bases de dados *Pubmed* e *ClinicalKey* nos últimos 5 anos.

Conclusões: As síndromes Geriátricas são condições frequentes e multifatoriais que aparecem nos idosos. A lista cresce constantemente à medida que aumenta o envelhecimento da população e os conhecimentos em geriatria. Alguns deles são incontinência, imobilidade, iatrogenia, alterações cognitivas, défice visual e auditivo, insónia, fadiga, quedas entre outras. O internamento por doença aguda ou crónica agudizada pode precipitar o aparecimento de várias SG nomeadamente úlceras de pressão, incontinência e compromisso da mobilidade; e podem representar 25% dos motivos de consulta aos serviços de urgência e estão associados a maior tempo de permanência em estas unidades e menor probabilidade de terem alta diretamente para a comunidade. As SG não constituem doenças estabelecidas, mas podem ser a forma de apresentação de uma doença crónica ou aguda que no idoso podem apresentar-se frequentemente por sintomas e sinais que não correspondem à apresentação clássica das doenças nos adultos, esta apresentação atípica constitui um dos principais paradigmas na geriatria.

P 62

A POLIFARMACOTERAPIA NA POPULAÇÃO IDOSA – QUAL É A NOSSA REALIDADE?

Olena Kovalova; Joana Rodrigues Maia; Sofia Oliveira

USF Salusvida; UCSP Cantanhede; UCSP de Mira

Introdução: Cuidar de idosos com múltiplas patologias crónicas constitui um desafio diário na prática clínica do Médico de Família e muitas vezes implica a prescrição de

fármacos de diferentes grupos terapêuticos, aumentando assim os riscos de iatrogenia.

Objetivos: Analisar a lista da medicação crónica (MC) e perfil dos utentes com idade ≥ 65 anos de três Unidades de Saúde Primárias(USP).

Metodologia: Estudo observacional descritivo. Amostra de conveniência, constituída pela população de utentes de três USP com idade ≥ 65 anos, que recorreram as consultas presenciais de 19.03.2018 até 23.03.2018. Fonte de dados: SClinico®. Variáveis em estudo: idade, número fármacos na MC, número dos problemas de saúde crónicos ativos, número de idosos com TGF < 50 ml/min, número dos idosos com prescrição inibidores bomba de protões (IBP), benzodiazepinas (BDZs) e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Registo/Tratamento dos dados: Excel®.

Resultados: Amostra - 260 idosos dos quais 156 (60%) apresentavam ≥ 5 fármacos na lista MC. Idade média 76,2 anos e entre eles 14 (8,9%) tinham mais de 85 anos. Número médio de fármacos por utente - 5,9. 32 utentes (20,5%) tiveram na lista MC ≥ 9 fármacos prescritos. 93(59,6%) idosos apresentaram mais de 6 problemas de saúde crónicos ativos. Apenas 107 idosos tinham registo de TGF. Entre eles 23 (14,7%) tinham TGF < 50 ml/min. Entre os fármacos mais prescritos estão os IBP - 79(50,6%), BDZs - 67(45%) e AINEs-39(25%).

Conclusão: Os dados obtidos revelam uma elevada prevalência de polifarmacoterapia nos ficheiros estudados. Avaliação sistemática da lista da MC nos utentes idosos é crucial na prevenção da iatrogenia causada pela polimedicação.

P 63

TRATAMENTO DO PROBLEMA OU PROBLEMA DO TRATAMENTO – EIS A QUESTÃO?

Joana Sofia Fernandes; Ana Sequeira; Diana Neves Sousa;

Vania Pinto; Vitor Santos

UCSP Covilhã; UCSP Belmonte

Enquadramento: A prática clínica resulta do equilíbrio entre «gestão da incerteza» diagnóstica/limitação dos riscos terapêuticos, sendo a prevenção quaternária visada para «evitar/atenuar o excesso de intervencionismo» associado a atos médicos desnecessários ou injustificados. A linha que separa a prevenção quaternária das restantes é ténue e muitas vezes é necessária a gestão riscos/benefícios de um correto tratamento. Cabe ao médico de família essa gestão baseada na experiência e bom senso.

Descrição: Doente de 77 anos, com antecedentes de Psoríase, recorre ao Serviço de Urgência pela terceira vez num mês por exacerbação do edema e eritema da face, pavilhões auriculares, pescoço, antebraços e dorso



das mãos. Agravamento do quadro associado a prurido, com aparecimento de zonas de descamação superficial nas últimas 48h. Refere tumefação dolorosa das articulações do punho direito e metatarsofalângica do primeiro dedo do pé direito, diagnosticada como crise de gota e medicada com Indometacina e com indicação para começar Alopurinol pós-crise, como ponto exacerbador da lesão cutânea. Analiticamente apresentava eosinofilia relativa, Proteína C reativa e creatinina elevadas. Após exclusão de focos infecciosos medica-se com Metilprednisolona com melhoria parcial do quadro. Pela evolução arrastada do quadro opta-se por internar o doente para vigilância e cumprimento terapêutico.

Discussão: O aparecimento de erupções cutâneas de causa iatrogénica ocorre com frequência, devendo por isso permanecer na mente do médico como diagnóstico diferencial. Pela ordem cronológica dos acontecimentos, eosinofilia e evolução clínica com a medicação instituída, ponderou-se o diagnóstico de síndrome de DRESS provocado pela toma de indometacina. Pelo facto de as áreas de sombra da face não foram totalmente poupadas não podemos excluir o diagnóstico de Eczema Airborne.

P 64

Trabalho retirado

P 65

Trabalho retirado

P 66

PREVALÊNCIA DA DPOC NA POPULAÇÃO DA USF

Ana Patrícia Macedo
USF Cuidar Saúde

Resumo: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), em Portugal apresenta uma prevalência de 14,2%, sendo por isso necessário alertar os médicos dos cuidados de saúde primários quanto ao benefício da realização de espirometrias.

O diagnóstico de DPOC tem como base a presença de sintomas respiratórios, exposição a fatores de risco e obstrução ao fluxo aéreo, confirmado por espirometria com relação FEV1/FVC inferior a 70% após broncodilatação.

O objetivo deste trabalho é determinar a prevalência da DPOC na população da USF, estudar a sua distribuição por sexo, grupos etários, listas de médicos e a eficácia para efeitos de diagnóstico da realização de espirometria.

Realizou-se um estudo descritivo transversal a partir de dados colhidos através do *Medicine one* referentes à data 29 de dezembro 2017 (tratamento de dados feito por Excel).

Verificou-se uma prevalência de 1.1% na população geral da USF, sendo o sexo masculino o mais prevalente

de 72.5%. O predomínio da DPOC nas diferentes listas de médicos variou entre 0,7-1,61%. O grupo etário com mais casos é dos 70-74 anos. No total de utentes (149) constatou-se que entre 59-96% apresentavam resultados de espirometria compatível com o diagnóstico.

A DPOC atinge um número muito reduzido de utentes da USF, tratando-se por isso de uma doença que se encontra ainda subdiagnosticada. Verifica-se também a ocorrência de falsos positivos quando o diagnóstico se baseia só em elementos de ordem clínica, sendo necessário aumentar o recurso à espirometria, particularmente em indivíduos sintomáticos, visto que se trata de uma doença comum prevenível e tratável.

P 67

DPOC: UMA DOENÇA PROFISSIONAL A NÃO ESQUECER

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

Enquadramento: As doenças relacionadas com o trabalho têm etiologia multifatorial, sendo causadas ou agravadas por fatores no local de trabalho. A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) tem como principal fator de risco o tabagismo, contudo a investigação sugere que 15-20% dos casos são pelo menos parcialmente causados por um determinado agente no ambiente do trabalho.

Descrição do caso: Homem, 77 anos, antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, fibrilação auricular, dislipidemia, obesidade, hipotireoidismo e gonartrose. Nega hábitos tabágicos, hábitos etílicos: 70g/sem. Profissão: reformado, ex-soldador (15 anos), ex-trabalhador nos fornos da indústria da cerâmica (6 anos). Em junho 2012 recorre ao médico de família por tosse seca, cansaço fácil com esforços e dispneia com 7 meses de evolução. Realizou Rx tórax: sem alterações e espirometria: restrição moderada e obstrução severa. Foi medicado com salmeterol e fluticasona inalados e referenciado a consulta de Pneumologia. Nesta consulta realizou nova espirometria com FEV1 46% e FEV1/CVF após broncodilatação 52% e TAC Tórax com moderadas alterações de micro-enfisema centrolobular e mínimas alterações fibrointersticiais, adicionando-se à terapêutica brometo de tiotrópio inalado e aminofilina por manter sintomatologia. Admitiu-se DPOC associada à exposição profissional. Mantém vigilância no Médico de Família e em Pneumologia.

Discussão: O impacto das doenças relacionadas com o trabalho está subestimado, sendo mais provável que estas doenças sejam diagnosticadas em idosos. É essencial os médicos estarem sensibilizados para a sua deteção precoce e terapêutica atempada, adotando-se medidas para proteger os trabalhadores dos fatores de risco profissionais.

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS, ATUAÇÃO EDUCACIONAL EM LAR DE IDOSOS

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

Introdução: Os idosos estão sujeitos a um risco acrescido de quedas pelas alterações relacionadas com o envelhecimento, patologias e meio ambiente inapropriado. As quedas acarretam custos elevados que se agravam quando o idoso sofre diminuição da autonomia ou quando necessita de internamento e podem levar à incapacidade ou morte. Causam grande impacto na vida dos idosos, famílias e sociedade tornando-se imperativo definir estratégias no sentido de as evitar ou minimizar.

Objetivos: Avaliar e reduzir o número de quedas dos utentes, com idade ≥ 65 anos, residentes num lar.

Métodos: Unidade de estudo: Número de quedas em utentes idade ≥ 65 anos, residentes num lar.

Metodologia: Avaliação inicial de novembro de 2016 a janeiro de 2017; introdução de medidas corretoras de fevereiro a abril de 2017; reavaliação de maio a julho de 2017. Excluídos os utentes acamados.

Fonte de dados: Livro de registo de ocorrências da instituição.

Tratamento de dados: *Microsoft Excel*®.

Tipo de estudo: retrospectivo, avaliação interna.

Critérios de avaliação: Número absoluto de quedas.

Intervenção: educacional.

Resultados: Incluídos, neste estudo, 31 utentes (71% mulheres). Média de idades: 83 anos. Registadas numa primeira avaliação 16 quedas. Após introdução das medidas corretoras (exercícios de equilíbrio, marcha, treino funcional, treino de força e medidas educativas), o número de quedas registado foi de 10 (melhoria de 37,5%).

Conclusão: Verifica-se uma melhoria do parâmetro avaliado, com diminuição do número de quedas. A principal limitação encontrada foi o reduzido tempo de implementação das medidas, sendo importante a manutenção das medidas instituídas no futuro e novas reavaliações.

P 69

TRATAMENTO PROLONGADO COM BIFOSFONATOS, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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

Introdução: A osteoporose é uma patologia comum, caracterizada por diminuição da massa óssea e risco aumentado de fraturas. Os bifosfonatos são considerados o tratamento de primeira linha da osteoporose pós-menopáusia. Têm-se colocado questões relativas ao seu uso prolongado, com descrição de efeitos adversos graves associados ao seu uso, nomeadamente fraturas atípicas

do colo do fémur.

Caso clínico: Doente sexo feminino, 74 anos, autónoma. Antecedentes de HTA, dislipidemia, obesidade e osteoporose [tratada desde há 11 anos com alendronato (70 mg id) e suplementada com cálcio e vitamina D]. Em 2017 sofre primeiro episódio de queda da própria altura, com trauma menor e queixas de dor na coxa esquerda, tendo sido encaminhada para o SU. Foi diagnosticada fratura sub-trocantérica do fémur esquerdo e submetida a tratamento cirúrgico, tendo mantido a toma de alendronato, cálcio e vitamina D. Em 2018 sofre nova queda da própria altura, tendo esta resultado em fratura da diáfise femoral, desta vez bilateralmente. Foi submetida a intervenção cirúrgica, tendo mantido a suplementação com cálcio e vitamina D, mas suspenso o alendronato.

Conclusão: Embora o risco relativo de fraturas atípicas esteja aumentado em doentes sob tratamento prolongado com bifosfonatos, o risco absoluto parece ser baixo, pelo que alguns defendem que este risco não contraindica a sua toma por longos períodos. Relativamente a esta temática, a DGS (norma 027/2011), estabelece que “o tratamento com bifosfonatos deve ser reavaliado ao fim de 5 anos e ponderada a sua relação benefício-risco”. São necessários mais estudos acerca dos benefícios e riscos do tratamento prolongado com bifosfonatos.

P 70

PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO NO IDOSO

Alice Longras¹; Alexandra Táboas²; Catarina Lopes³; Filipe Puga⁴; Mário Gomes⁵; Rita Mendes⁶

¹Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, U.S.F. Faria Guimarães, ACeS Porto Oriental; ²Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, U.S.F. Covelo, ACeS Porto Oriental; ³Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, U.S.F. Arca d'Água, ACeS Porto Oriental; ⁴Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, U.S.F. Porto Centro, ACeS Porto Oriental; ⁵Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, U.S.F. Faria Guimarães, ACeS Porto Oriental; ⁶Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, U.S.F. Faria Guimarães, ACeS Porto Oriental

Introdução: A prática de exercício físico pode prevenir ou diminuir o declínio funcional que ocorre na idade geriátrica. Torna-se então pertinente rever as indicações para a sua adequada prescrição, tendo em conta os fatores condicionantes desta faixa etária.

Objetivo: Definir linhas de orientação para a prescrição de exercício físico no idoso, realçando os respetivos benefícios.

Material e métodos: Revisão clássica da literatura médica, tendo sido consultados livros de prescrição de exercício físico, *guidelines* internacionais e bases de dados científicas, com as palavras-chave *Physical activity*,



Prescription e Elderly. Foram analisados artigos publicados nas línguas inglesa e portuguesa, no período compreendido entre janeiro de 2013 e abril de 2018.

Resultados: A *American College of Sports Medicine* recomenda a prática semanal de um mínimo de 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa, para que a função cardiovascular seja incrementada. O treino de força aumenta o grau de independência funcional, devendo ser praticado 1 a 2 vezes por semana e devendo privilegiar os grupos musculares *major* dos membros superiores e inferiores. Caminhadas regulares, em terrenos de inclinação variada e em diferentes superfícies, contribuem para uma melhor capacidade de equilíbrio e flexibilidade, diminuindo o risco de quedas e fraturas. Existem, contudo, contraindicações à prática de exercício físico que devem ser tidas em conta. **Conclusão:** O exercício físico apresenta benefícios tanto a nível cardiovascular e músculo-esquelético, como a nível emocional e cognitivo, melhorando significativamente a qualidade de vida da população idosa, quando adequadamente prescrito.

P 71

FRAGILIDADE EM DOENTES EM DIÁLISE: PREVALÊNCIA BASEADA NO INDICADOR DE FRAGILIDADE DE TILBURG E VARIÁVEIS ASSOCIADAS

Pedro Brochado¹; Luís Midão¹; Rita Tavares^{2,3}; Célia Sales^{2,3}; Leonilde Amado⁴; Mafalda Duarte^{5,6}; Constança Paúl^{5,7}; Vasco Miranda⁴; Paula Mena-Matos^{2,3}; Elísio Costa¹

¹Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, UCIBIO REQUIMTE, PORTO4AGEING, Porto, Portugal; ²Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal; ³Centro de Psicologia da Universidade do Porto; ⁴Nephrocare Portugal, SA – Nephrocare Maia, Maia, Portugal; ⁵Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, CINTESIS, Porto, Portugal; ⁶Instituto Superior de Saúde do Alto Ave, Amares, Portugal; ⁷Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Resumo: A fragilidade é uma síndrome cujos sinais e sintomas são preditores de diversas complicações de saúde, nomeadamente quedas, aumento de hospitalizações e mortalidade, sendo uma condição frequente em doentes em diálise. Neste trabalho pretende-se, através do Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFG), avaliar a prevalência de fragilidade em doentes em diálise e a sua associação com variáveis sociodemográficas, clínicas e bioquímicas.

Dos 135 doentes em diálise (43.7% homens, 68.9 ± 14.0 anos), após consentimento informado, foram recolhidos dados sociodemográficos, dados hematológicos, marcadores de metabolismo do ferro, adequação de diálise, inflamatórios e nutricionais. A classificação dos doentes quanto

ao seu estado de fragilidade foi efetuada através do IFG. A prevalência de fragilidade nesta amostra foi de 71.1%, sendo mais alta nas mulheres (80.0%). Os doentes em diálise classificados como frágeis, apresentam maior idade (73.0 [65.0-80.0] vs. 67.0 [51.0-77.0] anos, $p = 0.020$), maior percentagem de tecido gordo (26.6 ± 9.8 vs. $21.8 \pm 8.4\%$, $p = 0.036$), e menor concentração de hemoglobina corpuscular média (32.0 [31.9-33.0] vs. 33.0 [32.0-33.0] g/dL, $p = 0.039$), do produto cálcio-fósforo (37.8 [31.5-43.1] vs. 41.4 [34.3-53.4] mg²/dL², $p = 0.025$), da hormona paratiroideia (361.9 ± 265.5 vs. 504.9 ± 297.2 pg/mL², $p = 0.011$) e níveis de albumina sérica (3.8 ± 0.4 vs. 4.0 ± 0.3 g/dL, $p < 0.001$). A análise de regressão múltipla demonstrou que apenas os valores de albumina sérica estavam independentemente associados com a fragilidade (OR: 1.233 [1.104-1.377], $p = 0.001$).

Este trabalho demonstra que a fragilidade tem uma elevada prevalência nos doentes em diálise. Adicionalmente, verifica-se uma associação entre fragilidade e a albumina nos doentes hemodialisados, o que sugere que esta pode ser utilizada como biomarcador da fragilidade nestes doentes.

P 72

COBERTURA VACINAL DA GRIPE NOS IDOSOS E GRANDE IDOSOS, POR GÉNERO E ÉPOCA, NUMA UCSP

Diana Neves Sousa; Vânia Pinto; Sofia Paiva; Marli Loureiro UCSP Covilhã, UCSP Belmonte; UCSP Miranda do Douro

Introdução: A vacinação é a principal medida de prevenção contra a gripe e as suas complicações. Segundo normas da Direção Geral de Saúde os idosos, enquanto grupo vulnerável, têm indicação para serem vacinados anualmente, preferencialmente, até ao final do ano. A vacina da gripe está fortemente recomendada nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e é administrada de forma gratuita nos centros de saúde, sem necessidade de declaração médica ou taxas moderadoras.

Objetivo: Averiguar a cobertura vacinal da gripe nos idosos de uma UCSP, por sexo, grupo etário (idosos e grandes idosos), e durante dois períodos: último trimestre de 2017, e primeiro trimestre de 2018.

Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo. Período de estudo: outubro de 2017 a março de 2018; População: utentes idosos da UCSP; Fonte de Dados: Mim@uf; Tratamento de dados: *Microsoft Excel*.

Resultados: A cobertura vacinal na época 2017/2018 na UCSP foi de 50%. Destes, 98.3% foram vacinados durante o último trimestre de 2017, e 1.65% em 2018. Foram vacinados 52,1% idosos do sexo masculino e 48,6% do sexo feminino. Atendendo à cobertura vacinal da gripe por grupo etário e sexo, os grandes idosos do sexo masculino constituíram o grupo onde houve maior número

de indivíduos vacinados (62,8%), seguido pelo grupo das mulheres com mais de 80 anos (56,4%). Foram vacinados 48,4% dos idosos do sexo masculino até aos 79 anos, e 44,5% das idosas nesta faixa etária.

Discussão: Dos 6714 idosos da UCSP metade foram vacinados de forma gratuita, durante a época 2017/2018. Neste âmbito, foi cumprida a indicação de vacinar a maioria dos idosos, até ao final do ano de 2017. Houve um predomínio de utentes vacinados do sexo masculino. Os grandes idosos vacinaram-se em maior proporção, mantendo-se a tendência de maior cobertura vacinal nos homens. Assim, este estudo permitiu, não só ter noção do estado vacinal dos idosos nesta UCSP, como também reforçar a necessidade de melhoria. Por isso, é fundamental, desenhar e introduzir estratégias de melhoria contínua da qualidade e educação para a saúde, com enfoque nos indivíduos com menor cobertura vacinal, ou seja, aqueles com menos de 80 anos.

P 73

UMA QUEIXA INSÓLITA

Diana Neves Sousa; Vânia Pinto; Marli Loureiro
ACeS Cova da Beira

Introdução: A trombose da veia jugular interna (TVJI) é uma patologia incomum. Na era pré-antibiótica estava associada a infeções, mas atualmente está mais relacionada com a cateterização venosa central ou malignidade. O seu diagnóstico é difícil devido à clínica variada.

Descrição do caso: Mulher, 70 anos, caucasiana, pertencente a família unitária, fase VIII do Ciclo de Duvall, e classe II de Graffar. Antecedentes pessoais: HTA e Hemicolecotomia direita e quimioterapia (QT) por Adenocarcinoma do colon. Recorre à consulta por edema e eritema da face e pescoço apenas à direita, não observável. Ao aprofundar os antecedentes, a utente referiu ainda ter o cateter venoso subcutâneo totalmente implantado (cv), que foi utilizado há 6 anos para a QT. Ao exame objetivo apenas de salientar uma adenopatia cervical direita móvel e elástica, e local do cv sem sinais inflamatórios. Pediu-se Ecografia do pescoço e controlo analítico. Á ecografia foi detetada trombose parcial da veia jugular interna associado ao cateter. Foi então, reencaminhada à urgência de cirurgia geral para remoção do cateter e iniciou anti coagulação oral.

Conclusão: Este caso pretende salientar a importância de valorizar as queixas do utente, e de efetuar uma história clínica completa, que permita identificar fatores que possam suscitar hipóteses diagnósticas, a necessitar de investigação adicional. A TVJI é incomum e clinicamente variada, pelo que um elevado índice de suspeição é necessário. Com o aumento da colocação destes cateteres, a prevalência desta patologia tem vindo a aumentar, pelo que este caso pretende alertar para esta situação.

P 74

DIETA MEDITERRÂNEA E COMPROMETIMENTO COGNITIVO - REVISÃO SISTEMÁTICA

Ana Carolina Fernandes; Vânia Pinto; Elvira Peres
USF Santa Maria – Tomar; USCP Belmonte

Introdução: Com o envelhecimento, a prevalência de demência, com progressiva deterioração global das habilidades cognitivas é grave o suficiente para interferir na vida diária. Um crescente corpo de evidências sugere que a adesão à dieta mediterrânea (DM) pode proteger contra o comprometimento cognitivo e demência.

Objetivo: Elaborar uma revisão sistemática sobre a o efeito da DM na prevenção do comprometimento cognitivo e demência.

Material e métodos: Revisão clássica baseada na pesquisa de artigos de revisão, estudos originais e normas de orientação clínica na base de dados *PubMed/Medline*. A pesquisa foi limitada a trabalhos publicados nos últimos 5 anos na língua portuguesa, inglesa, utilizando os termos *MeSH Dementia/diet therapy, Dementia/prevention and control, mediterranean diet/cognitive*. Dos artigos resultantes foram selecionados aqueles enquadráveis no objetivo definido. Para avaliar o nível de evidência foi utilizada a escala SORT da *American Family Physician*.

Resultados: Obtiveram-se 8 artigos, após exclusão de 4. Foi encontrado consenso quanto à DM e o seu papel num melhor desempenho cognitivo, sendo parte de medidas preventivas para reduzir o risco de comprometimento cognitivo e demência.

Discussão/Conclusão: Estudos ganharam destaque pela evidência de que combinações de alimentos e nutrientes podem agir sinergicamente para proporcionar efeitos de saúde mais fortes do que aqueles conferidos por componentes dietéticos individuais. É esperado que a prevalência de comprometimento cognitivo aumente. Foi encontrado consenso que a adesão à DM pode contribuir para um melhor desempenho cognitivo. São necessários mais estudos, com o intuito de avaliar melhor o benefício da DM na prevenção do declínio cognitivo e demência.

P 75

SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO – CASO CLÍNICO

César Matos¹; António Assunção²; Ana Teresa Rebelo³;
Andrea Afonso⁴

¹Centro Hospitalar Tondela - Viseu; ²USF Viriato; ³USF Jardim;

⁴USF Cândido Figueiredo

Introdução: A síndrome do desfiladeiro torácico (SDT) caracteriza-se por sintomas heterogêneos cuja etiologia se relaciona com a compressão de estruturas neurovasculares,¹ ao nível do triângulo interescaleno, triângulo costoclavicular ou espaço subcoracóide/ retropeitoral.



Descrição de caso: Mulher de 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA) e osteoartrite, medicada com enalapril + lercanidipina e glucosamina. Veio à consulta de HTA onde não foi possível medir a pressão arterial do membro superior esquerdo (MSE). Ao exame objetivo apresentava palidez dos dedos e mão direita com diminuição da temperatura. Não apresentava pulsos radial e cubital no MSE, pulsos normais no membro contralateral e nos membros inferiores. Manobras de Adson bilateralmente positivas. Realizou TAC cervical e do MSE identificando-se estrutura tubular (provavelmente vascular), retro desviando o lobo direito da tireoide e condicionando um desvio anterior do músculo esternocleidomastoideio e osteofitose marginal inferior da extremidade distal da clavícula. Doppler arterial com significativa turbulência de fluxo na extremidade distal da artéria subclávia, em abdução máxima do MSE com desenvolvimento de parestesias a artéria umeral registou fluxo monofásico de baixa amplitude sistólico, secundário a a obstrução hemodinamicamente significativa da artéria subclávia distal.

Discussão: As lesões arteriais na SDT são geralmente devidas a anormalidades ósseas. As manifestações clínicas compreendem uma ampla gama de sintomas, sendo que nem todos estão necessariamente presentes no quadro clínico. A SDT é uma doença incomum que possui uma anatomia complexa e uma grande variação anatómica das estruturas, que devendo estudada e abordada por uma equipa especializada com cirurgião vascular treinado nesse tipo de cirurgia.

P 76

AValiação DA PRESCRIÇÃO DE OSTEODENSITOMETRIA EM IDOSOS

Carla Resende; Eliana Pires; Eugénia Santos Silva
UCSP Tortosendo - ACeS Cova da Beira

Introdução: A osteoporose (OP) é a doença óssea metabólica mais frequente no mundo, sendo caracterizada por diminuição da massa óssea, deterioração da microarquitatura do osso e maior risco de fraturas. Segundo Direção Geral de Saúde (DGS), as mulheres e os homens com idade superior a 65 e 70 anos, respetivamente, devem realizar densitometria (DEXA).

Objetivos: Avaliar a prescrição de DEXA em idosos de um ficheiro médico.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal, descritivo a partir da avaliação dos registos clínicos de um ficheiro médico. Foram analisados: género, idade, codificação de OP, registo de DEXA e terapêutica antireabsortiva.

Resultados: Num ficheiro composto por 1773 utentes, foram incluídos na amostra 225 utentes (17.7%): mulheres com mais de 65 anos e os homens com mais de 70

anos, sendo que 70% (n = 158) eram do género feminino. Dos 225 pacientes, apenas 13,3% (n = 30) das mulheres e 0,4% (n = 1) dos homens apresentava registo de DEXA, 14,2% (n = 32) tinha diagnóstico de OP codificado e apenas 10,2% (n = 23) apresentam simultaneamente registo de DEXA e codificação de OP. Nos utentes com diagnóstico de OP, 87,5% (n = 28) encontra-se medicado com bifosfonatos.

Discussão: As complicações associadas a fraturas osteoporóticas devem sensibilizar os clínicos para prescrição de DEXA. Apesar da controvérsia entre *guidelines* internacionais e o facto da norma da DGS datar de 2010, a recente definição dos limiares de avaliação (com recurso ao *FRAX*® Portugal) poderá otimizar a prescrição de DEXA e melhorar o diagnóstico e tratamento adequado de OP.

P 77

PADRÃO DE BRUGADA NUM IDOSO – RELATO DE UM CASO

Ana Carolina Fernandes; Elvira Peres
USF Santa Maria - Tomar

Enquadramento: A Síndrome de Brugada inclui achados típicos do electrocardiograma e clínica sugerindo arritmia ventricular. A maioria das manifestações da síndrome ocorrem por paragem cardíaca súbita, manifestações de taquiarritmia como causa de síncope, e palpitações relacionadas com FA, como primeira manifestação de doença. Um utente com achados de padrão de ECG podem apresentar formas de pseudobloqueio de ramo e elevação do segmento ST nas derivações V1-V2. Se apenas com padrão de Brugada no ECG e assintomáticos, elaborada uma historia familiar e efetuados estudos de imagem cardíaca, como ecocardiografia. Em caso de suspeita, deverá ser feita uma avaliação pela Cardiologia. Testes genéticos não são sugeridos em caso de presença de padrão de Brugada no ECG, nem nos seus familiares em 1.º grau.

Relato de caso: Homem, 78 anos, antecedentes de dislipidemia, ansiedade e rinite alérgica, recorreu à consulta com queixas de cansaço e palpitações. Medicado habitualmente com AAS, perindopril e atorvastatina. Ao exame objetivo, apresentava pressão arterial controlada, pulso normal, auscultação cardíaca e restante exame objetivo sem alterações. Foi pedido ECG, cujo padrão revelou repolarização precoce nas derivações V1-V2, não excluindo padrão de Brugada.

Discussão: Pacientes assintomáticos com padrão de Brugada no ECG sem critérios que sugiram síndrome de Brugada, é recomendado não tratar. Esta recomendação, baseia-se em *guidelines* de AHA/ACC/HRS de 2017, baseada na relativa baixa incidência de morte cardíaca súbita ou taquiarritmia ventricular em pacientes somente

com o padrão de Brugada, tal como na relativa alta morbilidade associada à implantação de ICD ou terapêutica antiarritmia em pacientes assintomáticos.

P 78

AUSCULTO UM SOPRO. E AGORA? – REVISÃO DE ABORDAGEM DOS SOPROS CARDÍACOS

Margarida Aroso; Joana Lamas; Rosário Monteiro; Célia Candeias; Pedro Seabra; Dulce Brandão
USF Pedras Rubras, ACeS Maia - Valongo USF S. Miguel, ACeS Espinho-Gaia

Introdução: Doença valvular cardíaca apresenta prevalência crescente com o aumento da esperança média de vida, afetando 13% dos indivíduos com 75 anos ou mais e sendo frequentemente revelada pela presença de um sopro na auscultação cardíaca. Apesar da sua frequência, a abordagem e acompanhamento do doente que apresenta este achado nem sempre é clara.

Objetivos: Rever a abordagem do doente com sopro cardíaco nos cuidados de saúde primários.

Material e métodos: Revisão clássica da literatura, pela pesquisa em sítios de medicina baseada na evidência (*UpToDate*®), na base de dados *Pubmed*, e *guidelines* das Sociedades Americana de Cardiologia e Europeia de Cardiologia, com as palavras-chave *Cardiac murmur* e *Heart valve disease*.

Resultados: Anamnese e exame físico pormenorizados permitem detetar achados que sugiram que o sopro tem significado clínico. Crianças/jovens assintomáticos com sopro mesossistólico, de grau I-II/VI, não necessitam avaliação adicional. Nos restantes doentes, deve efetuar-se eletrocardiograma e radiografia torácica, que permitem excluir várias patologias a baixo custo. Quando negativos, prossegue-se com o estudo ecocardiográfico para avaliar a estrutura e função das válvulas e câmaras cardíacas. Na presença de lesão valvular, a reavaliação deve ser: 1) bienal se ligeira; 2) anual se ligeira a moderada; 3) em Cuidados de Saúde Secundários se moderada a grave, congénita ou válvula protésica e 4) antecipada, se novos sintomas/agravamento dos prévios.

Discussão: Sendo Médico de Família responsável pela abordagem inicial do doente, a atualização de conhecimentos no que respeita à avaliação, vigilância e necessidade de referência do doente com sopro cardíaco é de extrema relevância.

P 79

RESISTÊNCIA A CEFALOSPORINAS DE TERCEIRA GERAÇÃO EM BACILOS GRAM-NEGATIVO EM INFEÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA

Rui Figueiredo; Paula Gama; Carlos Cortes
Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: As infeções da corrente sanguínea por bactérias multiresistentes são simultaneamente comuns e associadas a elevada mortalidade. Os internamentos hospitalares mais prolongados correspondem a custos acrescido hospitalares acrescidos.

Objetivo: Identificar os BGN mais comuns e resistências a cefalosporinas de 3ª geração associadas a infeções da corrente sanguínea.

Métodos: Foram analisados 203 isolados de hemoculturas de doentes com idade superior a 65 anos, admitidos no CHMT durante o ano de 2017. Os microrganismos foram identificados e o respetivo teste de suscetibilidade aos agentes antimicrobianos foi obtido usando o Vitek2 (BioMerieux).

Resultados: 115 doentes eram do sexo masculino. Os BGN mais comuns eram *E. coli* (n = 132), *K. pneumoniae* (n = 46) e *P. aeruginosa* (n = 25). A resistência ao amoxicilina/clavulanato era para *E. coli* e *K. pneumoniae*, 51% e 61%, respetivamente. Para a cefuroxima era de 35% e 54%, respetivamente. Para a cefotaxima era 31 e 37% respetivamente. Para a *P. aeruginosa* observou-se resistência ao piperacilina/tazobactam (28%) e ceftazidima (20%). Não se observou resistência ao imipenem para *E. coli*, *K. pneumoniae*; para *P. aeruginosa* o valor de resistência era de 20%. A resistência a cefalosporinas de terceira geração, quinolonas e aminoglicosídeos observou-se em 23%, 37%, 4% das *E. coli*, *K. pneumoniae* e *P. aeruginosa* respetivamente. **Conclusões:** As cefalosporinas de 3ª geração são boas opções terapêuticas de BGN em idosos com bacteriemia. A inclusão de idosos em estudos epidemiológicos ainda é sub-representada, e deveriam surgir mais estudos considerando doentes desta faixa etária.

P 80

EPIDEMIOLOGIA DE CANDIDA ALBICANS EM IDOSOS

Rui Figueiredo; Paula Gama; Carlos Cortes
Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: A *C. albicans* é uma levedura patogénica cada vez mais comuns em unidades de saúde, gerando todos os anos elevados custos a nível mundial associados aos cuidados de saúde subjacentes. Este agente pode facilmente causar infeções prolongadas em idosos sob condições de desenvolvimento ótimas.

Objetivo: Caracterização epidemiológica de infeções por *C. albicans* em idosos.

Métodos: Foram estudados 130 isoladas do *C. albicans*,



no CHMT, em idosos com mais de 65 durante o ano de 2017. As amostras foram processadas no serviço de patologia do CHMT, recuperadas em gelose de Saubroud ou em meio cromogénico CAN2, e as identificações efetuadas com recurso ao Vitek2 (BioMeireux).

Resultados: Dos 130 doentes, 66 pertenciam ao sexo feminino. O maior número de infetados tinha idades entre os 80-89 anos (45%; n = 58). Cerca de 91% (n = 118) dos casos provieram de doentes internados. A maioria das leveduras foram isoladas de amostras de urina (57%; n = 74), expetoração (16%; n = 21), e secreções brônquicas (8%; n = 11), entre outras (19%; n = 24). nenhuns dados nos esclarecem sobre a resistência a antifúngicos por parte das leveduras no CHMT.

Conclusões: *C. albicans* foi o 7º microrganismo mais isolado no CHMT no ano de 2017. Constitui particular interesse, devido à sua patogenicidade, e a sua contínua monitorização é de extrema importância. A determinação das MICs das leveduras, ou resistências associadas aos antifúngicos em leveduras, ajudaria no controlo de infeção de *C. albicans*, e consequentemente a redução de custos associados a internamento.

P 81

EPIDEMIOLOGIA E SUSCETIBILIDADE ANTIMICROBIANA DE MICRORGANISMOS ISOLADOS DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS

Rui Figueiredo; Paula Gama; Carlos Cortes
Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: A diversidade de microrganismos patogénicos e suscetibilidade antimicrobiana é fundamental. Para os idosos qualquer doença respiratória é considerada uma situação de gravidade, sendo necessário uma observação constante.

Objetivo: Determinar os agentes patogénicos mais comuns em amostras respiratórias, assim como a sua suscetibilidade aos antimicrobianos.

Métodos: Foram estudados 323 microrganismos de amostras respiratórias (secreções brônquicas, expetorações, aspirados bronco-alveolares) recolhidos de doentes com 65 ou mais anos de idade, admitidos no CHMT durante o ano de 2017. Os microrganismos foram identificados e o respetivo teste de suscetibilidade aos antimicrobianos foi obtido usando o Vitek2 de acordo com as normas da CLSI.

Resultados: 226 indivíduos do sexo masculino e 97 do feminino. A maioria dos doentes situava-se na faixa etária dos 80-89 anos (n = 133). A percentagem de Gram-negativo foi de 57%. Os microrganismos mais comuns foram *P. aeruginosa* (17%); *S. aureus* (14%); *K. pneumoniae* (10%); *E. coli* (5%) e *S. pneumoniae* (5%); outros incluindo 38 espécies (35%). A multiresistência foi observada em 15% dos isolados. As sensibilidades aos AB eram: *P.*

aeruginosa, 67% à ceftazidima e 51% ao piperacilina/tazobactam; *S. aureus*, 28% à oxacilina; *K. pneumoniae*, 65% resistentes ao amoxicilina/clavulanato; 55% à cefuroxima; *E. coli*, 48% ao amox/clav e 28% à cefuroxima; e *S. pneumoniae*, 50% à penicilina 70% ao ceftriaxone.

Conclusões: *P. aeruginosa* e *S. aureus* são os mais comuns, com elevada suscetibilidade à ceftazidima, piperacilina/tazobactam; e oxacilina, respetivamente. Devido à crescente resistência aos AB e mudanças nos padrões de agentes infecciosos, é necessária a contínua monitorização dos mesmos.

P 82

CONHECIMENTOS DE INFORMÁTICA NA POPULAÇÃO EUROPEIA 55+ BASEADOS NA BASE DE DADOS SHARE

Márcio Santos Pinho; Luís Midão; Elísio Costa
UCIBIO, REQUIMTE and Faculty of Pharmacy, University of Porto, Porto, Portugal

Resumo: O envelhecimento da Europa é um fenómeno demográfico que resulta sobretudo do aumento da esperança média de vida. Contudo, este aumento não significa necessariamente um envelhecimento ativo e saudável. Existe um número crescente de iniciativas focadas na promoção de saúde da população idosa com recurso a tecnologias de informação e comunicação, nomeadamente plataformas online e aplicações móveis, que visam melhorar a sua qualidade de vida. Contudo, para poderem usufruir destas, são necessários conhecimentos informáticos, sendo esse o objetivo deste trabalho, avaliar os conhecimentos informáticos da população 55+ na Europa.

Neste trabalho foram utilizados dados do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE). As competências digitais da população 55+ foram avaliadas através da pergunta “Como classificaria os seus conhecimentos de informática?”, sendo “Elevados”, “Reduzidos” e “Inexistentes” as possíveis respostas.

Dos 61629 participantes, 35.9% não possui conhecimentos informáticos, sendo este valor mais alto na Polónia e Croácia; 36.1% têm conhecimentos informáticos “reduzidos”, sendo a Alemanha e França, os países onde esta percentagem é maior; 28.0% tem conhecimentos informáticos “elevados”, sendo a Suécia e Dinamarca, os países onde esta percentagem é maior. Em geral, a população mais envelhecida e as mulheres têm menores conhecimentos informáticos.

Existe uma lacuna entre a população 55+ e a informática, uma vez que grande parte destes têm conhecimentos informáticos reduzidos/inexistentes, o que impossibilita que beneficiem dos produtos/serviços eHealth que têm vindo a ser recentemente desenvolvidos. Assim, há a necessidade de criação de iniciativas de “literacia digital”, levando a um envelhecimento mais ativo e saudável.

REVISÃO TERAPÊUTICA EM GERIATRIA – MEDICAÇÃO TRITURADA EM DOENTES COM DIFICULDADES NA DEGLUTIÇÃO

Salomé Apitz; Helena Barrios
USF Delta, Hospital do Mar

Introdução: Muitos utentes idosos têm dificuldades na deglutição. A modificação de formulações orais sólidas (triturar medicamentos ou abrir cápsulas) é uma prática comum, podendo gerar alterações inapropriadas, nomeadamente na segurança e/ou eficácia dos fármacos.

Objetivos: Rever a terapêutica dos doentes que fazem formulações modificadas. Sensibilizar os profissionais de saúde para a escolha de fármacos adequados.

Material e métodos: Num hospital geriátrico, em articulação com a equipa de enfermagem, identificaram-se os doentes que habitualmente fazem medicação oral modificada. Com apoio dos serviços farmacêuticos e recorrendo a uma lista de medicamentos elegíveis para administração modificada, fez-se a revisão dos esquemas prescritos.

Resultados: 15/57 doentes (26,3%) faziam medicação oral modificada. Dos 129 fármacos prescritos alteraram-se 27 (20,9%), em 9 doentes. Foram substituídas 12 prescrições (2 trocas por fármacos alternativos (olmesartan, quetiapina LP), 5 por formulações trituráveis (quetiapina LP e Trazodona LM), 5 por fórmulas galénicas compatíveis (clonazepam, memantina, bisacodilo). 2 fármacos (duloxetina e tamsulosina) não tinham alternativas seguras, tendo sido mantidos. 12 medicamentos foram ajustados por outros motivos (ausência de indicação (8/27) e ajuste de dose (4/27)). Em 5 doentes (33,3%), o esquema estava totalmente adequado.

Discussão/conclusões: A prescrição medicamentosa em pacientes com dificuldade na deglutição foi subótima, com riscos para a segurança e eficácia. Identificaram-se prescrições inadequadas em 66% dos doentes. 9,3% dos fármacos prescritos tinham alternativas mais seguras. Os médicos devem rever as suas práticas e articular-se com a equipa de saúde, os doentes e os cuidadores para otimizar o regime terapêutico e proporcionar ganhos em saúde.

P 84

DOENÇA ÓSSEA DE PAGET – UM DIAGNÓSTICO ESQUECIDO

Carla Resende; Pedro Abreu
UCSP Tortosendo; Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE; Faculdade Ciências da Saúde, UBI

Introdução: Em Portugal, a doença óssea de Paget (DOP) é a segunda doença óssea metabólica mais frequente. A sua prevalência aumenta com a idade, atingindo cerca

de 3% dos adultos acima dos 55 anos e cerca de 10% acima dos 80 anos. É frequentemente assintomática, mas causa fragilidade óssea que poderá culminar em deformidade óssea e osteoartrose.

Descrição do caso: Homem, 83 anos, inserido numa família no ciclo VIII de Duvall. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e hiperplasia benigna da próstata; sem hábitos tabágicos ou etílicos ativos, medicado com valsartan + amlodipina, gliclazida, atorvastatina, dudasterida + tansulosina e tramadol + paracetamol. É referenciado à consulta de Ortopedia por queixas álgicas do membro inferior direito e claudicação da marcha, com mais de um ano de evolução, sem melhoria com a terapêutica anti-inflamatória não esteroide instituída. A radiografia da anca bilateral revelava anquilose da articulação coxo-femoral direita, diminuição da densidade óssea e alteração da estrutura da cabeça femoral direita. Ao consultar as análises anteriores do doente, observou-se uma elevação crónica da fosfatase alcalina de cerca de 288 U/L, tendo-se levantado a suspeita de DOP, confirmada pela cintigrafia óssea pedida posteriormente: “aumento marcado da captação de radiofármaco na porção proximal do fémur direito, envolvendo a cabeça, colo, região trocantérica e meio proximal da diáfise femoral”. Posto o diagnóstico, foi referenciado à consulta de Reumatologia onde realizou terapêutica com ácido zoledrónico.

Conclusão: Neste caso, o atraso no diagnóstico e tratamento do doente causou incapacidade e redução da qualidade de vida.

P 85

AVALIAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DO REGISTO DA ESCALA DE BARTHEL NAS CONSULTAS DOMICILIÁRIAS

Mariana Cunha Moura¹; Eduardo Reis¹; Diogo Frias¹; Nádia Sepúlveda²; Joana Macedo³; Gustavo Gama⁴
¹USF Sete Caminhos - ACES de Gondomar; ²USF Monte Crasto - ACES de Gondomar; ³USF Entre Margens - ACES Aveiro Norte; ⁴USF Brás Oleiro - ACES de Gondomar

Introdução: A capacidade funcional traduz-se na capacidade que o indivíduo tem em desenvolver as Atividades de Vida Diárias. 80% das pessoas com mais de 65 anos tem pelo menos uma doença crónica, uma das causas de incapacidade. Os Cuidados de Saúde Primários têm uma posição privilegiada pelo conhecimento do suporte social e familiar. É necessário melhorar a avaliação da capacidade funcional através do uso da Escala de Barthel.

Objetivo: Avaliar a qualidade do preenchimento da escala de Barthel em quatro Unidades de Saúde Familiar (USF), promovendo a sua melhoria.

Material e métodos: A dimensão estudada tem qua-



lidade técnico-científica. Os utentes avaliados foram os com domicílios realizados em janeiro e fevereiro de 2017 (avaliação inicial) e em agosto e setembro de 2017 (reavaliação). Foi uma avaliação interna e retrospectiva. A fonte de dados foram MIM@UF[®], “Ficha de Identificação do Doente” e a “Ficha Individual” através do SClínico[®]. As variáveis avaliadas foram idade, sexo, preenchimento e grau da Escala de Barthel. Foi uma análise descritiva, com intervenção educacional.

Resultados: Na primeira fase obteve-se 170 domicílios, com a idade média de 82 anos. O género feminino apresentava maior número de domicílios. 61,2% não tinham o preenchimento da escala de Barthel. Após a intervenção, houve 163 domicílios com apenas 27,6% das USF a não ter o preenchimento da escala.

Discussão: Verificou-se melhoria no preenchimento em todas as USF. A Escala de Barthel se utilizada de forma consistente, avalia a progressão dos problemas de saúde, podendo os profissionais melhorar a gestão das comorbilidades.

P 86

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE MASSAS CERVICAIS NO ADULTO – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Vânia Pinto¹; Ana Carolina Fernandes^{2,3}; Ana Catarina Lucas¹; Celina Rosa¹; Diana Neves Sousa⁴; Ricardo Campos¹

¹ACeS Cova da Beira - UCSP Belmonte; ²ACES Médio Tejo; ³USF Santa Maria – Tomar; ⁴ACeS Cova da Beira -UCSP Covilhã

Introdução: As massas cervicais (MC) são comuns no adulto e têm uma etiologia que nem sempre é fácil de identificar. Se persistem, consideram-se lesões malignas até prova em contrário, podendo ser uma manifestação inicial e única de carcinoma espinocelular (CEC), linfoma, cancro da tiroide ou da glândula salivar. O diagnóstico de uma MC por metástases de CEC é primordial pois o atraso afeta o prognóstico. Assim, é nosso objetivo rever a evidência atual da abordagem diagnóstica de uma MC no adulto/idoso, atendendo ao aumento da esperança média de vida com maior qualidade. **Metodologia:** Fonte de dados: *National Guideline Clearing House*, NICE, *Canadian Medical Association Practice Guidelines*, *Cochrane*, *European Society for Medical Oncology* e *PubMed*. Pesquisa de metanálises, revisões sistemáticas, estudos observacionais e *guidelines*, utilizando os termos *MeSH*: *Neoplasms, diagnosis, neck, adult, aged, aged, 80 and over* e *cancer*. Foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Academy of Family Physicians* para a atribuição dos níveis de evidência/ forças de recomendação.

Resultados: Foram identificados 21 artigos tendo cumprido os critérios de inclusão, 3 *guidelines* e 7 estudos observacionais. Recomendações a favor de uma história clínica e exame objetivo completos e orientados para

o problema, a referenciação adequada e atempada e a educação para a saúde em doentes com MC persistentes sob risco elevado de malignidade são apontadas numa das *guidelines* como fatores importantes na redução do atraso do diagnóstico e respetivo tratamento. As 3 *guidelines* foram concordantes na utilização da TC ou RM com contraste como ECD a utilizar em primeira linha e na preferência entre biópsia por aspiração com agulha fina (PAAF) em prol da biópsia excisional (risco de excisão sem cumprimento de margens de segurança) para estudo inicial das lesões (Nível 3/Recomendação C).

Discussão: Pelo elevado risco de malignidade de uma MC persistente no Adulto é importante o início célere de uma história clínica e exame objetivo completos e de ECD recomendados, nomeadamente a TC ou RM com contraste, que quando não são suficientes podem exigir procedimentos mais invasivos, nomeadamente a PAAF em prol da biópsia excisional. Posto isto e perante qualquer limitação em avançar com os devidos procedimentos, compete ao médico referenciar atempadamente o seu doente, pois também este gesto contribuirá para uma redução no atraso diagnóstico.

P 87

ENVELHECIMENTO E ESTADO DEPRESSIVO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE IDOSOS DO BRASIL E PORTUGAL

Gilson de Vasconcelos Torres¹; Francisco Arnoldo Nunes de Miranda¹; Thaiza Teixeira Xavier Nobre²; Jessica Maria Arouca de Miranda³; Bruno Araújo da Silva Dantas³; Michell Platiny Cândido Duarte⁴; Larissa Silva Sadoski Torres⁵; Elionara Aline Fernandes Moreira⁵; Felismina Rosa Parreira Mendes⁶

¹Enfermeiros. Doutores em Enfermagem. Professores do Departamento de Enfermagem / UFRN, Natal, Brasil; ²Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde, Professora da FACISA / UFRN, Natal, Brasil; ³Enfermeiros. Pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde / UFRN, Natal, Brasil; ⁴Enfermeiro. Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFRN. Natal, Brasil; ⁵Acadêmicos de enfermagem. UFRN, Natal, Brasil; ⁶Enfermeira. Doutor em Sociologia. Professora Coordenadora da Escola de Enfermagem São João de Deus / Universidade de Évora, Évora, Portugal

Introdução: A doença depressiva é cogitada como a segunda causa de morbidade para as próximas décadas. Podendo contribuir para maior vulnerabilidade e comprometimento da capacidade funcional do idoso.

Objetivos: Comparar nível de depressão entre idosos do Brasil e Portugal.

Material e métodos: Trata-se de estudo transversal, quantitativo e analítico. Foram avaliados 160 idosos, sendo 110 no Brasil e 50 em Portugal. Utilizou-se o Inventário de Beck (leve, moderada e grave) e a Escala de Depressão Geriátrica (com e sem depressão). O projeto foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUOL situado em Natal/Brasil (Parecer n. 562.318) e aprovado

no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Évora em Portugal (Parecer n. 14011).

Resultados: Com base no Inventário de Beck, em relação à depressão no Brasil e Portugal (28,8% vs 12,5%, $p = 0,046$). Dentre os níveis de depressão classificados como leve, moderado e grave, no Brasil e Portugal (20,6% vs 7,5% leve), (3,8% vs 5% moderado), (4,4% vs 0% grave). Na Escala de Depressão Geriátrica, no Brasil e Portugal (40% vs 11,9%, $p = 0,018$).

Conclusões: Os dois instrumentos utilizados evidenciaram sintomas depressivos, sendo no Brasil em níveis mais elevados do que em Portugal. Em relação ao Inventário de Beck, os idosos apresentaram significância em relação ao seu nível de intensidade. Quanto a Escala de Depressão Geriátrica, houve significância quando comparado os idosos de Brasil e Portugal. Os dois instrumentais são aplicáveis na medição da depressão geriátrica, em ambos países faz-se necessário o diagnóstico e tratar precocemente essa problemática.

P 88

PENFIGOIDE BOLHOSO NO IDOSO – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Pedro Correia; Ana Rita Costa; Andreia Gil Ferreira; Ana Gomes; Raquel Monteiro
USF Tornada

Enquadramento: O penfigoide bolhoso é a doença bolhosa autoimune mais frequente, desenvolvendo-se preferencialmente em idosos. Apresenta-se como uma erupção generalizada, iniciando-se por lesões eritematosas pruriginosas, urticariformes ou papulosas, sobre as quais surgem bolhas subepidérmicas grandes e tensas, de conteúdo seroso, que em poucas horas se torna hemorrágico. O tratamento de eleição são os corticoides sistêmicos, na dose equivalente de 40-60 mg/dia de prednisona, durante 2-3 semanas, com redução gradual. Geralmente é necessária uma dose de manutenção de 10 mg/dia.

Descrição do caso: Homem 91 anos, autónomo, reformado, com antecedentes pessoais de carcinoma da bexiga com metástases pulmonares, hipertrofia benigna da próstata, dislipidemia e hipertensão arterial. Sem hábitos etílicos ou tabágicos. Família nuclear, fase VIII do ciclo familiar de Duvall, Graffar IV. Em abril de 2018 recorre ao Médico de Família por flictenas dispersas por todo o corpo, com prurido associado. Negava alergias medicamentosas. Foi orientado ao serviço de urgência, sendo observado por Dermatologia, apresentando lesões bolhosas de grande tamanho, tensas, de conteúdo seroso, algumas sobre placas urticariformes. Admitiu-se Penfigoide Bolhoso e medicou-se com metilprednisolona, omeprazol e hidroxizina. Realiza pensos no Centro de Saúde, com melhoria clínica progressiva. Mantém seguimento na

Dermatologia e no Médico de Família.

Discussão: Dada a complexidade diagnóstica, o doente deve ser encaminhado à Dermatologia. O Médico de Família desempenha um papel essencial no diagnóstico precoce e na advocacia do utente, permitindo uma boa articulação com os Cuidados de Saúde Secundários e melhorando a acessibilidade aos mesmos.

P 89

O PAPEL DAS ESTATINAS NA COGNIÇÃO DO IDOSO: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Adília Rafael; Diana Rocha; Sérgio Sousa; Ovídio Costa
USF Sete Caminhos - ACES de Gondomar Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: As estatinas são amplamente prescritas para o tratamento da dislipidemia pela sua ação redutora dos eventos cardiovasculares. O aumento da proporção de idosos na população é um fenómeno mundial, pelo que uma das consequências será o aumento da prevalência do declínio cognitivo. Encontrando-se as estatinas entre os fármacos mais prescritos, impõem-se investigar a sua relação com a cognição.

Objetivos: Rever a evidência sobre o impacto das estatinas na cognição do idoso.

Material e métodos: Em agosto de 2017, pesquisaram-se artigos em diversas bases de dados, utilizando os termos MeSH *statins, cognition, cognitive aging e dementia*. As publicações foram elegíveis se avaliassem o impacto do uso de estatinas em indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos e sem antecedentes de défice cognitivo. Adotou-se a taxonomia de níveis de evidência (NE) do Oxford CEBM.

Resultados: Dos 320 artigos obtidos, cinco estudos preencheram os critérios de inclusão: uma revisão sistemática (NE 2) e quatro estudos observacionais (dois NE 2, um NE 3 e um NE 4).

Discussão/Conclusões: Alguns estudos apontam um efeito benéfico ligeiro das estatinas sobre a cognição do idoso. Noutro, o uso de estatinas não parece contribuir para o risco de demência, não se associa ao aumento do risco de compromisso cognitivo nem se encontra relacionado a alterações de memória (evidência de força moderada). A evidência atual não sugere efeitos adversos das estatinas na cognição do idoso. A existência de imprecisões e risco de vieses limita a força dos achados, sendo necessários mais estudos para obter conclusões inequívocas.

P 90

NAVEGAÇÃO NA ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA: CONCEITOS ATUAIS

Antônio Pedro Monteiro Barbosa;
João Manuel da Costa Ferreira Torres
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.

Introdução: A artroplastia total da anca (THA) é uma das cirurgias mais frequentes na terceira idade. A fixação inapropriada da prótese pode levar a um desgaste mais rápido e a uma diminuição da sua durabilidade. A técnica cirúrgica é um dos fatores que mais influencia o sucesso dos resultados. Para otimizá-los, foram desenvolvidos os sistemas de navegação (SN). O uso dos SN na THA não está tão estabelecido como na artroplastia total do joelho. Contudo, estudos recentes têm vindo a avaliar a eficácia destes métodos na THA.

Objetivo: Neste artigo, os autores procuraram rever a mais recente informação referente à aplicação dos sistemas de navegação na THA.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa na *Pubmed* por termos como *total hip arthroplasty, THA, image-based hip navigation e navigation systems* e selecionados os artigos mais relevantes.

Resultados: A maioria dos autores encontrou melhores resultados na THA com recurso aos sistemas de navegação, em comparação com o método convencional. Uma revisão sistemática de 2017, que englobou 7 estudos, mostrou uma maior precisão no posicionamento do acetábulo com os NS. Uma vez que os resultados estão dependentes de outros fatores para além da técnica cirúrgica, alguns autores concluíram não haver uma melhoria significativa da acuidade.

Discussão/Conclusões: A aplicação destas técnicas ainda é controversa devido ao aumento dos custos, à exposição a radiação e à curva de aprendizagem. À medida que os métodos são aperfeiçoados e o seu uso se torna generalizado, é espetável que estas desvantagens se atenuem.

P 91

O SOM DO SILÊNCIO DA HEPATITE C

Inês Gui Marques Caldeira Proença
USF Espaço Saúde

Enquadramento: O carcinoma hepatocelular (CHC) é a 6ª neoplasia mais frequente a nível mundial, sendo a infeção pelo vírus da Hepatite C (VHC) um dos seus fatores etiológicos. No entanto, uma vez que a maioria dos doentes com hepatite C não está identificada, é especialmente importante o rastreio da infeção em todos os indivíduos com fatores de risco, permitindo o diagnóstico precoce e evitando a progressão da doença.

Descrição de caso: Sexo feminino, 69 anos, caucasiana,

natural de Moçambique. Antecedentes Pessoais: síndrome metabólica e síndrome depressivo. Sem consumos etílicos ou tabágicos (passados ou presentes). História de transfusão sanguínea após aborto provocado em África há 40 anos. Anamnese: quadro de astenia marcada e distensão abdominal com cerca de 6 meses de evolução. Apresentava ainda prurido generalizado de longa data. Negava febre ou outras alterações gastrointestinais. Exame objetivo: perda ponderal de 10 kg (em 2 meses), abdómen distendido sem organomegalias, circulação colateral ou sinais de ascite. Ecografia abdominal: verificou-se moderada ascite, sinais de hepatopatia crónica e gânglios cefalopancreáticos. Foi referenciada para Medicina Interna onde iniciou estudo. Apresentava serologicamente positividade para VHC e carcinoma hepatocelular multifocal com adenopatias dispersas na TAC. Iniciou posteriormente quimioterapia paliativa.

Discussão: Na Europa, estima-se que mais de 15 milhões de pessoas vivam com infeção crónica por vírus da hepatite C. O Médico de Família desempenha um papel fundamental na vigilância dos pacientes que apresentem fatores de risco para desenvolver a doença, o que permite realizar diagnósticos mais precoces e, por conseguinte, diminuir da morbi-mortalidade subjacente.

P 92

MIOSITE UMA SEQUELA – CASO CLÍNICO

António Assunção¹; César Matos²; José Tiago Teixeira¹; Ana Teresa Rebelo³; Andrea Afonso⁴

¹USF Viriato; ²Centro Hospitalar Tondela – Viseu; ³USF Jardim; ⁴USF Cândido Figueiredo

Introdução: A gripe é uma doença causada pelo vírus Influenza A, B ou C, sendo que afeta cerca de 20% de crianças e 5% de adultos e idosos. Em Portugal, morrem anualmente cerca de 1000 a 2000 pessoas com gripe sazonal. O seu diagnóstico é clínico, sendo que não há características patognomónicas.

Descrição de caso: homem com 85 anos, antecedentes pessoais de Síndrome de Sjogren, que recorre a consulta por febre com intervalos de 10 horas e dores musculares. Ao exame objetivo sem achados relevantes, considerou-se o diagnóstico de gripe e medicou-se com antipirético e reforço hídrico. Passadas 24 horas, retoma à consulta por persistência de febre e dificuldades em deambular, por mialgias dirigidas à região gemelar, bilateralmente. Neste sentido cumpriu zaragatoa do exsudado orofaríngeo, que isolou vírus Influenza B e controlo analítico que destacou CK de 7300, alterações das transaminases hepáticas com padrão colestático, linfocitose com leucopenia e PCR negativa. Medicado com Oseltamivir, repouso e reforço hídrico tendo-se considerado o diagnóstico de miosite, secundária a gripe B.



Discussão: Neste caso fica patente a importância de se abordar as complicações secundárias da Gripe, visto estas serem mais frequentes em idosos, crianças com menos de 5 anos ou portadores de doença crónica. As complicações secundárias podem ser pulmonares: pneumonia primária pelo vírus, bacteriana secundária ou mista; extrapulmonares: miosite, rabdomiólise, mioglobinúria e encefalite. A importância do diagnóstico precoce, prende-se com a necessidade de iniciar terapêutica com inibidores da neuraminidase nas primeiras 48 horas.

P 93

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO IDOSO

César Matos¹; António Assunção²; José Tiago Teixeira²;

Ana Teresa Rebelo³; Andrea Afonso⁴

¹Centro Hospitalar Tondela – Viseu; ²USF Viriato; ³USF Jardim;

⁴USF Cândido Figueiredo

Introdução: A incontinência urinária (IU) é uma síndrome geriátrica comum, com impacto negativo na qualidade de vida, e pode ser dispendiosa de tratar. É um importante problema de Saúde Pública, devido à sua alta prevalência e tem sido associada a um aumento do isolamento social e internamentos de longa duração.

Objetivos: Rever a literatura acerca da abordagem da incontinência urinária no idoso.

Material e métodos: Pesquisa de artigos científicos nas bases de dados *Medline/Pubmed*.

Palavras-chave: Incontinência urinária, idoso, tratamento.

Resultados: A IU afeta mais as mulheres com mais de 65 anos. A avaliação envolve uma história clínica direcionada, exame físico, análise à urina e, se indicado, a medição do volume urinário residual pós-miccional. É importante fazer um diagnóstico inicial adequado quanto ao tipo de incontinência (esforço, urgência ou mista) determinar a gravidade e sintomas relacionados. Os diversos tipos de tratamento e concluiu-se que as estratégias comportamentais e a medicação são eficazes. Podem também optar por uma abordagem cirúrgica ou implantação de dispositivos. Idosos com compromisso cognitivo exigem um diagnóstico e tratamento diferentes, mas podem responder bem ao tratamento.

Discussão/conclusões: Os cuidados de saúde primários são o local ideal para a deteção desta disfunção, quer pela sua proximidade ao doente, quer pela relação privilegiada entre o médico de família e os seus doentes. As decisões a tomar no tratamento da IU devem ter em consideração primeiramente o impacto desta condição clínica na qualidade de vida do doente.

P 94

EPIDEMIOLOGIA DAS QUEDAS EM IDOSOS PORTUGUESES RESIDENTES NA COMUNIDADE

Catarina Silva; Juliana Moreira; Anabela Correia Martins

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: As quedas apresentam uma etiologia multifatorial¹ podendo resultar em contusões, lacerações ou, em 10% dos casos fraturas^{2,3}, aumentando as taxas de morbilidade e mortalidade³. Após uma queda, o risco de cair novamente no ano posterior triplica⁴.

Objetivo: Estudar as características e as consequências das quedas numa amostra de idosos (≥ 60 anos) portugueses residentes na comunidade.

Material e métodos: Estudo descritivo de uma amostra de 417 idosos residentes na comunidade (73.46 ± 7.611 anos, 66.7% mulheres). Foram recolhidas informações sociodemográficas, sobre condições de saúde, história de queda e medo de cair.

Resultados: 53.5% dos idosos reportaram medo de cair e 59.5% alterações na visão. As condições de saúde mais prevalentes foram a hipertensão arterial (62.3%), a osteoartrite (57.3%) e a hipercolesterolemia (54.3%). 34.8% dos idosos apresentaram queda nos 12 meses anteriores à avaliação (16,5% duas ou mais quedas). Relativamente às quedas, 61.8% ocorreram fora de casa por tropeçar (43.4%), escorregar (23.4%) ou sem razão aparente (11.7%). Dos idosos que caíram, 33.8% recorreram aos serviços de saúde, sendo que a maioria foi admitido na urgência (83.7%); destes 29.3% sofreram fraturas, e 12.2% ficou hospitalizado (8.8 ± 15.786 dias). Consequentemente à queda, 22.8% reportaram restrições na realização das tarefas diárias (48.36 ± 70.775 dias).

Discussão/Conclusões: As consequências das quedas representam um impacto significativo no sistema de saúde⁵. A epidemiologia das quedas pode fornecer informações úteis para o desenvolvimento de estratégias para a prevenção de quedas, desde o rastreio até à prescrição de intervenções individualizadas⁶.

Palavras-chave: Epidemiologia das quedas; Idosos residentes na comunidade; Prevenção de Quedas

Referências

1. WHO. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization, 2007.
2. WHO, World Health Organization. World Report on Ageing and Health; 2015. doi:10.1007/s13398-014-0173-7-2.
3. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie William J, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2). doi:10.1002/14651858.CD007146.pub2.
4. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med*. 2002;18:141-158.
5. Burns ER, Stevens JA, & Lee R. The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults – United States. *J Safety Res*. 2016; 58:99-103. doi: 10.1016/j.jsr.2016.05.001.
6. Avin KG, Hanke TA, Kirk-Sanchez N, et al. Management of Falls in Community-Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement From the Academy of



P 95

BENZODIAZEPINAS, A OCORRÊNCIA DE QUEDAS E O PERFIL FUNCIONAL DO IDOSO

Juliana Moreira; Catarina Silva; Anabela Correia Martins
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: As benzodiazepinas são a classe de medicamentos psicotrópicos mais prescrita¹, sendo Portugal um dos maiores utilizadores a nível europeu². A sua toma contribui para alterações da função motora e cognitiva³ e, quando utilizada em monoterapia ou terapia combinada, parece aumentar o risco de queda e consequentes fraturas⁴.

Objetivos: Estudar a associação das benzodiazepinas com a ocorrência de quedas e com o perfil funcional do idoso (≥ 60 anos).

Material e métodos: 324 idosos residentes na comunidade foram voluntariamente recrutados. Recolheram-se informações sociodemográficas, terapêutica com benzodiazepinas e realizaram-se os testes funcionais Timed Up and Go (TUG) e 10metros velocidade de marcha (WS). Os idosos foram seguidos prospectivamente, através de chamadas telefónicas mensais, durante 12 meses, de modo a reportarem a ocorrência de quedas.

Resultados: 305 idosos residentes na comunidade completaram o estudo (73.66 ± 7.573 anos; 65.2% mulheres) (19 dropouts por desistência ou perda de contacto). Os indivíduos que tomam benzodiazepinas (29.5%) reportaram 33.3% de quedas, já os que não tomam reportaram 22.3%, registando-se diferenças significativas relativamente à ocorrência de quedas ($p = 0.044$). Os grupos não apresentaram diferenças significativas relativamente à idade ($p = 0.087$), no entanto registaram diferenças significativas no perfil funcional (TUG $p = 0.002$; WS $p < 0.001$).

Discussão/Conclusões: As benzodiazepinas apresentaram relação significativa com a ocorrência de quedas e com alterações do perfil funcional, pelo que devem ser prescritas com precaução neste grupo etário. A revisão da medicação deve fazer parte de programas de prevenção de quedas em idosos, uma vez que este é um fator de risco modificável.

Palavras-chave: Benzodiazepinas; Idosos residentes na comunidade; Prevenção de quedas

Referências

1. Picton JD, Marino AB, Nealy KL. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. *Am J Health-Syst Pharm.* 2018; 75:e6-12. doi:10.2146/ajhp160381
2. International Narcotic Board. Report of the INCB for 2004. New York: United Nations; 2005. 81p ISBN 92-1-148198-8. Disponível em https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2004/AR_04_English.pdf
3. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015 Nov;63(11):2227-46. doi: 10.1111/jgs.13702

4. Díaz-Gutiérrez MJ, Martínez-Cengotitabengoa M, Sáez de Adana E, Cano AI, Martínez-Cengotitabengoa MT, Besga A, Segarra R, González-Pinto A. Relationship between the use of benzodiazepines and falls in older adults: A systematic review. *Maturitas.* 2017;101:17-22. doi:10.1016/j.maturitas.2017.04.002

P 96

APENDICITE AGUDA NO IDOSO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Rocha de Matos; Carlos Abreu Pereira
UCSP Tortosendo

Enquadramento: A apendicite aguda é uma patologia cirúrgica frequente, com maior incidência nas faixas etárias mais jovens, caracterizada por uma inflamação do revestimento interno do apêndice. Contudo, o aumento da esperança média de vida da população tornou a sua ocorrência em idosos mais frequente, cujo diagnóstico pode ser desafiante. Quando diagnosticada tardiamente, a apendicite aguda tem índices elevados de morbidade (10%) e mortalidade (1 - 5%).

Caso clínico: Utente de 81 anos, género masculino, antecedentes pessoais de dislipidemia, DPOC e HBP, recorreu à consulta por pico febril (39 °C) e dor abdominal generalizada discreta com cerca de 12 horas de evolução, negando outra sintomatologia. Ao exame objetivo salienta-se dor à palpação profunda dos quadrantes direitos, defesa e timpanismo acentuado, e sinal de Blumberg negativo. Embora relutante e desvalorizando a sua sintomatologia, reencaminhou-se o utente para o serviço de urgência onde foi observado pelo cirurgião geral. Nas análises sanguíneas destacou-se leucocitose com neutrofilia e PCR aumentada. O utente foi submetido a apendicectomia laparoscópica por apendicite aguda flegmonosa, menos de 24 horas após o início da sintomatologia, tendo alta 72 horas após a cirurgia.

Discussão: A apendicite aguda é uma emergência cirúrgica com um aumento da frequência na população idosa, cujo diagnóstico precoce pode ser dificultado por múltiplos fatores tais como a presença de comorbilidades, mascaramento dos sintomas por medicação e apresentação de sintomas atípicos. Deste modo, a realização de uma história clínica e exame objetivo meticolosos são essenciais para um diagnóstico precoce e referência apropriada para o serviço de urgência.

P 97

NOVAS TECNOLOGIAS NOS MAIS VELHOS

Carolina Tojal; Ana Luís Faria
USF Espaço Saúde - ACeS Porto Ocidental; USF Amanhecer - ACeS Gondomar

Introdução: O aumento da população idosa apresenta desafios e oportunidades. É importante capacitá-la, oferecendo ferramentas para uma vida saudável e inde-

pendente. As novas tecnologias desempenham um papel cada vez mais importante na inclusão social e melhoria da qualidade de vida dos idosos. Estudos têm demonstrado aplicabilidade dos media através da criação de ferramentas que melhoram atividades diárias, saúde, segurança, mobilidade, comunicação ou atividade física. **Objetivo:** Revisão bibliográfica para conhecer as potencialidades das novas tecnologias na promoção da saúde e prevenção da doença nos idosos.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos na MEDLINE, nos últimos 5 anos, utilizando os termos *MeSH aged* e *multimedia*.

Resultados: Evidência científica sugere que os media têm efeitos benéficos na gestão da doença dos idosos, por exemplo, na diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, demência, entre outras. Na gestão da dor crónica, reforça-se a necessidade de treino especializado para uso das aplicações, podendo ser este um motivo de não adesão. Aplicações, websites e videoconferências são instrumentos que melhoram ainda o acesso a apoios especializados e o quotidiano dos idosos. Falta de motivação, baixo nível educacional, informação pouco clara e falta de suporte são barreiras para o uso destas tecnologias. Mais estudos de grande escala serão necessários para comprovar os benefícios reais associados ao uso das novas tecnologias.

Discussão/Conclusão: As novas tecnologias podem ser importantes na promoção da saúde dos idosos. Existem diferentes ferramentas, mas é importante que sejam criadas com precaução e de acordo com as necessidades específicas desta população.

P 98

ENVELHECENDO CUIDANDO – QUANDO OS CUIDADORES ENVELHECEM

Joana Gomes Rodrigues; Elisa Ribeiro

USF Aqueduto, ACeS Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Enquadramento: O envelhecimento pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica e social dos indivíduos, não sendo um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida. Com o envelhecimento da população, o número de idosos que necessitam de cuidados é cada vez mais frequente. No entanto, em algumas situações, podem ser os próprios idosos cuidadores informais. Apresenta-se o caso clínico de uma família nuclear, em que os idosos são os cuidadores da sua filha dependente, pretendo demonstrar outra vertente das dificuldades inerentes à prestação de cuidados informais associado ao envelhecimento.

Caso clínico: Trata-se de família nuclear, classe média segundo a Classificação de Graffar, constituída por três

elementos: D. de 79 anos (pai), C. de 80 anos (mãe) e M. de 53 anos (filha). M. é uma utente dependente, movendo-se em cadeira de rodas por paraparesia desde a infância. Nunca sai de casa. D. e C. são os principais cuidadores de M. A família tem ainda apoio da filha mais velha do casal. Esta família é acompanhada pela sua Médica de Família (MF) desde 2011, altura em que os elementos da família foram convocados para consulta. D. começa a iniciar sinais de défice cognitivo e C. tem cada vez mais dificuldades físicas. A articulação de cuidados é cada vez mais complexa pela multi-patologia dos três elementos, sua dependência e sobrecarga cada vez mais evidente.

Discussão: Ser cuidador é, geralmente uma função emocionalmente gratificante. No entanto, ser idoso e cuidador pode ser um desafio. Este caso clínico pretendeu mostrar a dificuldade da articulação de cuidados pelo MF. Diariamente são vários os obstáculos que se colocam nesta família, muitas delas ultrapassadas pelo apoio do MF.

P 99

TOSSE NO IDOSO – OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS COMO PONTE PARA A INTERVENÇÃO PRECOZE!

Maria Fátima Carvalho; Isabel C. V. de Sousa; Filipa S. Carvalho
USF Viatodos

Resumo: A neoplasia pulmonar é a patologia oncológica com maior mortalidade em Portugal. O diagnóstico precoce é a chave para mudar este paradigma.

Doente do sexo masculino, 79 anos, caucasiano, casado e reformado. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial e fibrilhação auricular. Medicação habitual: Imidapril, Hidroclororiazida + Amilorido, Nebivolol e Xarelto. Nega hábitos tabágicos e fatores de risco ocupacionais.

Recorreu à sua Médica Assistente por tosse seca e pirose com 2 meses de evolução, sem outras queixas e exame físico sem alterações. Solicitou-se endoscopia digestiva alta (EDA) e radiografia (Rx) torácica.

Um mês depois apresentava tosse produtiva com secreções serosas. O Rx era normal e a EDA demonstrava angiectasia/telangiectasia gástrica, pelo que foi referido para consulta de Gastreenterologia.

Recorreu à consulta aberta, 4 meses depois, por agravamento de tosse produtiva e dispneia em repouso. Ao exame físico apresentava Murmúrio Vesicular diminuído na base direita. Foi encaminhado para o serviço de Urgência onde diagnosticaram um derrame pleural parapneumónico à direita. Teve alta com antibioterapia e indicação para reavaliação clínica e imagiológica.

Posteriormente a Médica Assistente solicitou Rx tórax que evidenciou nódulo na base esquerdo. Seguidamente, na tomografia tórax identificou-se volumosa massa no lobo inferior direito com cerca de 5 cm de diâmetro, compatível com processo neoplásico evoluído.



Foi referenciado para consulta de Oncologia, onde prossegue estudo complementar.

O estudo etiológico de tosse persistente no idoso constituiu um verdadeiro desafio clínico. Os Cuidados de Saúde Primários são a “pedra angular” no diagnóstico precoce, assumindo um papel crucial na adequada e atempada articulação com os Cuidados Hospitalares.

P 100

TROMBETOMIA MECÂNICA: UMA «PEÇA» REVOLUCIONÁRIA NO TRATAMENTO DO IDOSO OCTOGENÁRIO VÍTIMA DE AVC ISQUÊMICO AGUDO

Pedro Miguel Mendes Lopes
CHLN - Hospital de Santa Maria

Introdução: Na atualidade a evolução ímpar da medicina e da Enfermagem expressa-se em tratamentos que influenciam imensuravelmente a integridade e qualidade de vida do Idoso. No entremeio do serviço de Imagiologia, a intervenção direcionada ao cliente com AVC conduziu a resultados significantes na sua convalescença rumo à autonomia total ou parcial no futuro. A Enfermagem, ditos Enfermeiro circulante e de apoio à anestesia, contribui sobremaneira para a segurança e eficácia do procedimento.

Objetivos: Divulgar estudo retrospectivo desenvolvido no serviço de Imagiologia do CHLN, aferindo resultados obtidos com os disponíveis em suporte bibliográfico; Validar a intervenção de Enfermagem em sala de angiografia no envolvimento com o Idoso octogenário vítima de AVC isquémico agudo.

Material e métodos: Estudo retrospectivo com incidência neste grupo específico, compreendido entre 2016 e 2017, facilitado por médico interno de Neuroradiologia; Revisão bibliográfica em bases de dados reconhecidas no meio (*Medline, Cinahl e Cochrane*) e Recurso a literatura de referência na área da Enfermagem radiológica. **Resultados:** O nosso foco foi o Idoso octogenário. Apesar de constatada uma taxa de mortalidade de 10,5%, o sucesso de recanalização foi alcançado em 78,9% dos casos com resultados clínicos favoráveis em 33,3%.

Discussão/Conclusão: A interação entre o corpo clínico e de Enfermagem em sala de angiografia contribuiu para a eficácia do procedimento sempre respeitando a singularidade do Idoso. Outras intervenções são asseguradas na procura de segurança. Apesar da controvérsia da aplicação da trombetomia mecânica no Idoso, a evidência atual sugere uma implicação favorável na sua qualidade de vida aos 3 meses, após um sucesso relevante na recanalização. Os dados encontrados são similares aos obtidos no estudo retrospectivo. A trombetomia mecânica assume-se como uma intervenção de excelência quando se procura qualidade de vida nesta tipologia de clientes.

P 101

ANTROPOMETRIA EM GERIATRIA: AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL POR DIFERENTES MÉTODOS

Susana Ganhão-Arranhado; Constança Paúl; Sílvia Pinhão
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; Cintesis, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde; Unifai, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, Porto; Centro Hospitalar São João, E.P.E., Porto; Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Introdução: Sendo um indicador importante do estado nutricional (EN) do idoso, a composição corporal é um factor-chave para o estado funcional. A antropometria possibilita a obtenção de informações essenciais na avaliação nutricional, em particular na desnutrição geriátrica. Diversas ferramentas para monitorização do EN são avançadas na literatura, incluindo parâmetros antropométricos, como o peso, altura, IMC, pregas cutâneas e circunferências musculares.

Objetivos: Avaliar o EN de idosos frequentadores de Centros de Dia, através de vários indicadores antropométricos.

Materiais e métodos: Estudo transversal realizado em idosos frequentadores de Centros de Dia em Lisboa. Após avaliação de peso e estatura, classificou-se o IMC segundo Hajjar (2003) e os perímetros (PB: Perímetro braquial, PCT: Prega cutânea tricipital e PMB: Perímetro muscular braquial) de acordo as tabelas de Frisancho e posteriormente adequadas segundo Blackburn & Thornton (1979).

Resultados: Avaliaram-se 337 idosos (62.3% mulheres). Segundo o IMC: 21.7% apresentavam baixo peso, 40.1% eutróficos e 38.1% obesos. O PB identificou 29% desnutridos; a PCT revelou que 35% da amostra se encontrava desnutrida e utilizando o PMB, 21.6% tinha desnutrição, com distribuições da gravidade muito diferentes entre si. Relativamente à eutrofia, os índices antropométricos identificaram de forma desigual os participantes (PB:45.4%; PCT:62%; PMB:84%). Quanto ao excesso ponderal e obesidade, o PB e PCT apresentaram uma diferença percentual de 11.3% e 18%, respectivamente. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o IMC e todos os índices antropométricos, por género.

Discussão/Conclusões: Os resultados evidenciam a importância da avaliação do EN do idoso com base na composição corporal (massa livre de gordura e gordura corporal).

P 102

COMPARAÇÃO DE MÉTODOS NA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO IDOSO

Susana Ganhão-Arranhado; Constança Paúl; Sílvia Pinhão
ICBAS Cintesis Unifai Centro Hospitalar São João, Porto
FCNAUP

Introdução: A avaliação do estado nutricional (EN), de grande importância na prática clínica, não dispõe de uma medida padrão ideal para diagnóstico das alterações nutricionais. Têm sido propostos diversos métodos e muitos estudos utilizam a combinação de vários indicadores (Cortez & Martins, 2012). A antropometria é parte integrante da monitorização da saúde do idoso (Sass & Marcon, 2015), uma vez que este apresenta aspectos peculiares que impõem uma avaliação mais complexa.

Objetivos: Avaliar o risco e EN de idosos frequentadores de centros de dia de Lisboa, através do *Mini Nutrition Assessment* (MNA) e parâmetros antropométricos, comparando-os entre si.

Métodos: Estudo transversal realizado em idosos com idade \geq 65anos. O EN foi avaliado através do MNA e indicadores antropométricos (Perímetro Braquial (PB), Prega Cutânea Tricipital (PCT) e Perímetro Muscular Braquial (PMB)), após adequação por comparação com tabelas de referência.

Resultados: Foram avaliados 337 idosos, entre os 66 e 99 anos, 62.3% mulheres. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na classificação do EN consoante o método utilizado, entre géneros. Segundo o MNA, mais de 40% das idosas e mais de 30% dos idosos apresentavam-se desnutridos ou em risco. 48.1% das idosas apresentavam-se eutróficas, segundo o PB e 28.1% estavam gravemente desnutridas, segundo a PCT. 40.9% dos idosos encontravam-se eutróficos, segundo o PB e 68.5% foram considerados obesos pela PCT. Quanto ao PMB, 81% das idosas e 88.2% dos idosos apresentavam-se eutróficos.

Discussão/Conclusões: Apesar de amplamente utilizado, o MNA apresenta diversas limitações. Os índices antropométricos devem ser utilizados conjuntamente com o peso e complementados com exame objectivo. Porém, mais investigação nesta área é necessária.

P 103

ASPECTOS COMPARATIVOS DA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS NO BRASIL E PORTUGAL

Gilson de Vasconcelos Torres¹; Francisco Arnoldo Nunes de Miranda¹; Thayza Teixeira Xavier Nobre²; Jessica Maria Arouca de Miranda³; Bruno Araújo da Silva Dantas³; Michell Platiny Cândido Duarte⁴; Isabely Cardoso de Oliveira⁵; Maria Angélica Gomes Jacinto⁵; Maria Clara da Mota Campos⁵; Victor Alexandre Silva Farias⁵; Larissa Silva Sadovski Torres⁵; Felismina Rosa Parreira Mendes⁶

¹Enfermeiros. Doutores em Enfermagem. Professores do Departamento de Enfermagem / UFRN, Natal, Brasil;

²Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde, Professora da FACISA / UFRN, Natal, Brasil; ³Enfermeiros. Pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde / UFRN, Natal, Brasil; ⁴Enfermeiro. Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFRN. Natal, Brasil; ⁵Acadêmicos de enfermagem. UFRN, Natal, Brasil; ⁶Enfermeira. Doutor em Sociologia. Professora Coordenadora da Escola de Enfermagem São João de Deus / Universidade de Évora, Évora, Portugal

Introdução: O processo de envelhecimento acarreta em muitas perdas, em geral, cognitivas e motoras. Elas denotam, então, um grande prejuízo na funcionalidade dos idosos, com mudanças substanciais em seus padrões de vida, evidenciado por estudos sobre esse aspecto.

Objetivo: Comparar os aspectos de funcionalidade dos idosos brasileiros e portugueses.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, analítico e de abordagem quantitativa, composto por 160 idosos, sendo 110 idosos do Brasil e 50 idosos de Portugal. Foram utilizados os instrumentos Prisma, para avaliação da fragilidade e os índices de Barthel e Lawton para analisar a funcionalidade. O estudo foi realizado no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018. O projeto foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUOL situado em Natal/Brasil (Parecer n. 562.318) e aprovado no CEP da Universidade de Évora, Portugal (Parecer n. 14011).

Resultados: Diante da análise com relação ao risco de fragilidade foi possível observar que num total de 102 idosos (63.8%), 61 (38.1%) deles são brasileiros e houve significância nos resultados ($p = 0.001$). Com base nas atividades de vida diária, o aspecto de dependência severa foi prevalente, sendo que num total de 107(66.9%), 71 (44.4%) correspondem ao Brasil e não houve significância nesse aspecto ($p = 0.353$). Nas atividades instrumentais de vida diária, constatou-se uma dependência de 98 (61.3%), onde 85 (53.1%) deles são do Brasil.

Conclusão: De acordo com as análises feitas, foi possível perceber um maior déficit de funcionalidade na população de idosos brasileiros, em comparação com Portugal.



PRURIDO SENIL IDIOPATICO

Pedro Miguel Dias

UCSP Ponte de Sor - ACES Sao Mamede

Introdução: O prurido é um motivo frequente de consulta junto do médico de família, por parte do doente idoso. Deve entender-se o prurido como uma sensação cutânea desagradável que leva o indivíduo a coçar-se. Pode apresentar-se como um problema simplesmente desagradável, até um motivo de queixa muito incapacitante no dia-a-dia do paciente idoso. Pode ser uma manifestação clínica sem grande repercussão clínica, como pode ser a manifestação de uma patologia grave. O aumento da esperança médica de vida é uma realidade e a procura da qualidade de vida em fases mais avançadas da vida é uma necessidade. É necessário ter em conta o diagnóstico correto da etiologia para um tratamento eficaz.

Objetivos: Perceber quando a queixa de prurido no idoso deve ser um motivo de preocupação para o médico de família, bem como a atitude a tomar perante a queixas de prurido, provas diagnosticas recomendadas bem como atitude terapêutica.

Material e métodos: Pesquisa sistematizadas bases de dados *ClinicalKey*, *Uptodate* e Cielo de artigos publicados nos últimos 10 anos, em Inglês e Espanhol, utilizando os termos *itchiness*, *rash*, *itch*.

Resultados: A frequência de queixas de prurido idiopático na consulta de MGF é elevado.

Classificação do prurido: Quanto a etiologia o prurido pode ser dividido em três grandes grupos: prurido como doença primária, prurido como doença secundária e prurido como lesão secundária de coçar.

Mecanismo de produção: Quantos aos mecanismos de produção do prurido senil idiopática diminuição do manto hidrolipídico que ocorre como consequência do envelhecimento biológico ou como consequência do uso excessivo de sabonetes associados a banhos excessivamente quentes podem provocar certo prurido, de intensidade variável.

Diagnostico: O diagnostico do prurido deve começar uma anamnese e um exame físico detalhado. É importante ter em conta quando o quadro se iniciou, se é localizado ou generalizado, tempo de evolução, se há variação noturna, fatores que melhoria e agravamento. O exame físico deve ser realizado sobre toda a superfície corporal e verificar a presença de eventuais lesões, interrogando se as mesmas são primárias ou secundárias ao prurido. O registo analítico deve ser solicitado a partir das hipóteses diagnosticas e não de forma aleatória. Os exames iniciais podem ser: hemograma completo, ferro, ferritina, função renal, VS, TSH glicemia, função hepática. Numa segunda fase da investigação poderá ser solicitadas serologias

para VIH, VHB, VHC, SOF, PTH, PSA. Quanto a provas de imagem, poderemos pedir numa primeira fase Rx tórax e numa segunda fase RAC e RMN dirigida a um órgão alvo suspeito ante uma lesão suspeitosa / dúvida diagnostica e de utilidade uma biopsia da lesão.

Manifestações: Quanto as manifestações do prurido, este pode apresentar-se como uma descamação e um tom eritematoso difuso da pele, com áreas eritematosas, escoriações e lesões liquidificadas.

Tratamento: Como primeira medida, no caso de que exista, deve ser focado no tratamento da patologia ou alteração de base como medidas gerais e recomendado como primeira medida evitar / retirar os fatores que agravam o prurido. É recomendado o uso de óleos em todos o corpo antes da exposição a água do banho, bem como evitar exposição prolonga a água do banho, bem como água muito quente, manter ambiente humidificado e evitar uso de substâncias vasodilatadoras. Como medida geral, e de utilidade o uso de substância emolientes como medida de hidratação da pele.

Tratamentos tópicos

Corticosteroides: Podem ser de utilidade nas áreas com liquenificação, como forma de cortar o ciclo vicioso, durante um curto espaço de tempo.

Anti-histamínicos: Podem ser de utilidade no caso de dermatite atópica e de contacto.

Imunomoduladores: Com um aumento de uso nos últimos anos, podem ser usados nos casos de dermatite seborreica, prurido nodular, e dermatite atópica.

Anestésico: A lidocaína pode ser usada no prurido localizado, limitado a um máximo de 3 vezes por dias.

Tratamentos sistémicos

Anti-histamínicos: Deve ser reservado para os casos histamina-dependentes, como por exemplo urticaria. Deve ser dada preferência para anti-histamínicos de última geração, pelos efeitos secundários dos anti-histamínicos de primeira geração. Hoje em dia e cada vez mais questionável a capacidade sedativa dos primeiros anti-histamínicos, sendo mesmo desaconselhado por algumas guias o uso de anti-histamínicos como hipnóticos, tendo em conta o sono fragmentado que produzem.

Antagonistas dos recetores serotonina: Os antagonistas paroxetina e sertralina apresentam efeito antipruriginoso, e podem ser eficazes no prurido nodular, para neoplásico, policitemia vera e colestasico.

Neurolépticos: Gabapentina e pregabalina são fármacos que diminuem a transmissão neuronal e são eficazes no prurido neuropático e no prurido secundário a insuficiência renal crónico.

Discussão/Conclusão: A causa mais frequente de prurido é a xerose (pele seca). O envelhecimento da população é um desafio, que traz modificações em todo o organismo sendo a pele um dos órgãos mais afetados, sendo que o

prurido surge de forma quase natural. No diagnóstico é fundamental uma exploração clínica adequada. O prurido não pode ser subestimado já que pode ser manifestação clínica de uma doença sistémica grave, onde o diagnóstico precoce é importante para o seu tratamento.

A escolha do tratamento deve ter em conta a base fisiopatológica do prurido, bem como os efeitos secundários, passando pelas capacidades cognitivas e físicas do paciente.



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



PARCEIROS CIENTÍFICOS



MAJOR SPONSORS



SPONSORS



SECRETARIADO



Calçada de Arroios, 16 C Sala 3
1000-027 Lisboa
+351 21 842 97 10
ana.pais@admedic.pt
www.admedic.pt

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL



+351 21 841 89 50
paula.cordeiro@admedictours.pt
www.admedictours.pt
RNAVT 2526