



**idoso**  
6º CONGRESSO  
NACIONAL

21|22|Junho|2012

Centro de Congressos de Lisboa

**Programa  
Científico**

*Geriatrics  
2012*





## Comissão de Honra

**Presidente:** Sua Excelência o Presidente da República Prof. Doutor Aníbal Cavaco Silva

Ministro da Saúde

Ministro da Solidariedade Social e da Segurança Social

Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Bastonário da Ordem dos Médicos

Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

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

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

Presidente da Câmara Municipal de Lisboa

Presidente da Direcção de Turismo de Lisboa

Presidente do Conselho Directivo do Instituto da Segurança Social



## Comissão Organizadora

**PRESIDENTE: DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

**PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA** Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental > **PROFª. DOUTORA FILOMENA MENDES** Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora > **PROF. DOUTOR J. GORJÃO CLARA** Professor Catedrático (convitado) da Faculdade de Medicina de Lisboa; *Membership of the European Academy for Medicine of Ageing*; Coordenador da Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa/Centro Hospitalar de Lisboa Norte > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Directora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz; Assistente da FML; Deputada pelo CDS-PP > **DR. JORGE LAÍNS** Assistente Hospitalar Graduado; Director do Serviço de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Tocha; Presidente da Sociedade de Medicina Física e de Reabilitação > **PROF. DOUTOR MANUEL CARRAGETA** Director do Serviço de Cardiologia do Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia > **DR. MANUEL COSTA MATOS** Chefe de Serviço de Medicina Interna, HPP - Hospital de Cascais > **PROF. DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO** Professor de Medicina Interna dos HUC; Coordenador do Grupo de Estudos Geriátricos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Presidente do Conselho de Administração do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais



## Comissão Científica

**PRESIDENTE: PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA** Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

**PROF. DOUTOR A. GALVÃO-TELLES** Professor de Endocrinologia da Faculdade de Medicina de Lisboa; Presidente da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO) > **PROF. DOUTOR ALFREDO MOTA** Chefe de Serviço de Urologia; Director do Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos HUC, Coimbra; Professor de Urologia da Universidade de Coimbra > **DRA. BEATRIZ CRAVEIRO LOPES** Chefe de Serviço de Anestesiologia; Coordenadora da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. BENEDITA NUNES** Assistente Social, Chefe de Serviço, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. BONNET MONTEIRO** Chefe de Serviço de Medicina Interna; Hospital de S. João, Porto > **DR. CELSO PONTES** Chefe de Serviço Hospitalar de Neurologia; Presidência do Colégio de Neurologia da Ordem dos Médicos; Consultadoria na APFADA e Sociedade Portuguesa de Neurologia > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos, Mestre em Gerontologia pela Universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa > **PROF. DOUTOR DANIEL SERRÃO** Professor Jubilado da Faculdade de Medicina do Porto; Professor do Curso de Doutoramento do Instituto de Biotética da UCP; Investigador Sénior no mesmo Instituto de Biotética > **ENFª EMÍLIA DE ALMEIDA PINHEIRO** Enfermeira Chefe; Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. FÁTIMA ROMÃO** Chefe de Serviço de Ginecologia; Serviço de Ginecologia, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. FERNANDO VAZ GARCIA** Responsável Clínico da Equi-Clinica da Vertigem e Desequilíbrio, Hospital Particular de Lisboa > **PROFª. DOUTORA FILOMENA MENDES** Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora > **PROF. DOUTOR J. GORJÃO CLARA** Professor Catedrático (convitado) da Faculdade de Medicina de Lisboa; *Membership of the European Academy for Medicine of Ageing*; Coordenador da Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa/Centro Hospitalar de Lisboa Norte > **PROF. DOUTOR GERMANO DE SOUSA** Ex-Bastonário da Ordem dos Médicos > **DRA. INÊS GUERREIRO** Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Directora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz; Assistente da FML; Deputada pelo CDS-PP > **DR. JOÃO DANTAS CARDOSO** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia. Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta, Lisboa > **DR. JOÃO SEQUEIRA CARLOS** Médico de Família; Unidade de Medicina Geral e Familiar do Hospital da Luz, Lisboa; Presidente da APMGF > **DR. JORGE LAÍNS** Assistente Hospitalar Graduado; Director do Serviço no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Tocha; Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada > **PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA** Bastonário da Ordem dos Médicos; Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna; Responsável da Consulta de Lipidologia do Departamento de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra > **PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SIMÕES** Professor



Catedrático; Departamento de Geografia da Universidade de Lisboa > **DR. LEOPOLDO MATOS** Director do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva > **DR. LUÍS CÂMARA PESTANA** Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria; Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Lisboa > **PROF. DOUTOR MANUEL CARRAGETA** Director do Serviço de Cardiologia do Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia > **DR. MANUEL COSTA MATOS** Chefe de Serviço de Medicina Interna, HPP - Hospital de Cascais > **DR. MANUEL MENDES SILVA** Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia; Serviço de Urologia; Hospital St. Louis, Lisboa > **PROF. DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO** Professor de Medicina Interna dos HUC; Coordenador do Grupo de Estudos Geriátricos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Presidente do Conselho de Administração do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais > **DRA. MARIA DO CÉU SANTO** Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia; Serviço de Ginecologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa > **PROF<sup>a</sup>. DOUTORA MARIA JOÃO GOMES** Professora Catedrática de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa > **PROF. DOUTOR NUNO MONTEIRO PEREIRA** Consultor de Urologia na Clínica do Homem e da Mulher; Responsável da Consulta de Andrologia do Hospital Júlio de Matos, Lisboa; Professor Auxiliar da Universidade Lusófona, Lisboa > **PROF<sup>a</sup>. DOUTORA PAULA SANTANA** Professora Catedrática; Instituto de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra > **DR. PEDRO MACEDO** Especialista em Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Director Clínico da Clínica Passeio da Estrela, Lisboa > **DRA. ROSA GALLEGO** Chefe de Serviço de Clínica Geral, Centro de Saúde de Vila Franca de Xira



## Comissão de Avaliação de Posters

**DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada  
**DRA. REGINA CARLOS** Coordenadora da ECR-LVT da RNCCI



## Presidentes de Mesa, Moderadores e Oradores

**PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA** Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental; Director Clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus > **PROF. DOUTOR AGOSTINHO MARQUES** Director do Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João, Porto > **DRA. ANABELA PEREIRA** Directora do Serviço de Reabilitação Geral do CMRRC Rovisco Pais, Tocha > **DR. ARTUR VAZ** Presidente do Conselho de Administração do Hospital Beatriz Ângelo, Loures > **DR. CARLOS AGUIAR** Assistente Hospitalar de Cardiologia, Hospital de Santa Cruz, Carnaxide; Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia > **DR. CARLOS RABAÇAL** Chefe de Serviço de Cardiologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora > **DRA. CATARINA AMORIM** Médica Especialista em Medicina Interna; Hospital Beatriz Ângelo, Loures > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos, Mestre em Gerontologia pela Universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa > **DRA. ÉRICA FERREIRA** Médica Interna da Especialidade de Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra > **DR. FILIPE ANTUNES** Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital de Braga, Braga > **DR. GUSTAVO CORDEIRO** Unidade de AVC dos Hospitais da Universidade de Coimbra > **DR. HÉLDER ESPERTO** Médico Interno da Especialidade de Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Directora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, Lisboa; Assistente da FML; Deputada pelo CDS-PP > **PROF. DOUTOR J. A. MACHADO CAETANO** Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa; Director Clínico da MEDICIL > **PROF. DOUTOR J. GORJÃO CLARA** Professor Catedrático (convitado) da Faculdade de Medicina de Lisboa; *Membership of the European Academy for Medicine of Ageing*; Coordenador da Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro Hospitalar de Lisboa Norte > **PROF. DOUTOR JAIME CORREIA DE SOUSA** Médico de Família na USF Horizonte, Matosinhos; Professor Auxiliar Convitado da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho > **DR. JORGE LAÍNS** Assistente Hospitalar Graduado de Fisioterapia; Director de Serviço no CMRRC Rovisco Pais, Tocha; Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação; Secretário Geral da Sociedade Internacional de Medicina Física e de Reabilitação > **DR. JOSÉ BRAGANÇA PARREIRA** Médico Especialista em Medicina Interna e Diabetologia; HRED-Diabetologia, Serviço de Endocrinologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada > **PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA** Bastonário da Ordem dos Médicos; Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna; Responsável da Consulta de Lipidologia do Departamento de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra > **DR. JOSÉ VEIGA MALTZ** Médico; Presidente da Câmara Municipal da Golegã > **DRA. LIA MARQUES** Médica Interna do 4º Ano da Especialidade de Medicina Interna, Serviço de Medicina III C do Hospital de Puidio Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte > **ENF<sup>a</sup> LUCINDA MARQUES** Enfermeira; Mestre em Cuidados Paliativos; Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, Lisboa > **DR. LUÍS MIEIRO** Interno do Internato Complementar de Medicina Interna, Serviço de Medicina III e Colaborador da Unidade Universitária de Geriatria, Hospital Puidio Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte; Assistente Livre de Introdução às Doenças do Envelhecimento, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra > **DR. MANUEL FERREIRA** Médico de Família na USF da Ramada; Mestre em Cuidados Paliativos; Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odivelas; Coordenador Médico da Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha > **PROF. DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO** Professor de Medicina Interna dos HUC; Coordenador do Grupo de Estudos Geriátricos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Presidente do Conselho de Administração do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais > **DRA. MARGARIDA OLIVEIRA** Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã > **ENF<sup>a</sup> MARIA APARÍCIO** Enfermeira; Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, Lisboa > **PROF<sup>a</sup>. DOUTORA NADINE SANTOS** Investigadora de Pós-Doutoramento, Escola de Ciências da Saúde, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho > **PROF. DOUTOR NUNO SOUSA** Professor Catedrático da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho > **DR. PEDRO CANAS DA SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Cardiologia; Responsável pela Unidade de Cardiologia de Intervenção, Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE > **DR. PEDRO CUNHA** Assistente Hospitalar de Medicina Interna; Centro para Investigação e Tratamento da Hipertensão Arterial e Risco Vascular; Hospital de Guimarães - Centro Hospitalar do Alto Ave; Instituto de Investigação de Ciências da Vida e da Saúde; Universidade do Minho > **DRA. SILVIA NONÉ** Psicóloga; Mestre em Cuidados Paliativos; Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha > **DRA. TERESA LAGINHA** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Chefe de Serviço de Clínica Geral; Terapeuta Familiar, Lisboa > **PROF. DOUTOR VICTOR GIL** Chefe de Serviço de Cardiologia; Director do Serviço de Cardiologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; Professor Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa





08.00h Abertura do Secretariado

**09.00-10.30h MESA-REDONDA**

**PSICOGERIATRIA**

Moderadores: Prof. Doutor A. Pacheco Palha e Prof. Doutor Jaime Correia de Sousa

**Introdução: A importância do estudo do envelhecimento (15m)**

Prof. Doutor A. Pacheco Palha

**Factores que influenciam o declínio cognitivo no envelhecimento (15m)**

Prof<sup>a</sup>. Doutora Nadine Santos

**Risco Cardiovascular e envelhecimento (15m)**

Dr. Pedro Cunha

**Uma abordagem multidisciplinar no estudo do envelhecimento (15m)**

Prof. Doutor Nuno Sousa

**Perguntas & Respostas (30m)**

10.30-11.00h Intervalo

**11.00-12.15h CERIMÓNIA DE ABERTURA E CONFERÊNCIA INAUGURAL**

Presidentes: Dr. Artur Vaz e Dr. José Canas da Silva

**Imunogenética dos Centenários (30m)**

Prof. Doutor J. A. Machado Caetano

**12.15-13.00h SIMPÓSIO MSD**

**OPTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA DOR E DA OSTEOPOROSE - UMA VISÃO INTEGRADA**

Presidente: Dr. José Canas da Silva

**Estamos a aliviar a dor aos nossos doentes?**

Dr. Filipe Antunes

**Osteoporose - Porquê, como e quando tratar?**

Dra. Margarida Oliveira

13.00-14.00h Almoço



14.00-14.30h **APRESENTAÇÃO DE POSTERS SELECIONADOS**

14.30-16.00h **MESA-REDONDA**

**AVC: DA PREVENÇÃO À REABILITAÇÃO**

Moderadores: Dr. Jorge Laíns e Dra. Teresa Laginha

**Prevenção da doença vascular cerebral (20m)**

Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

**Tratamento do AVC em fase aguda (20m)**

Dr. Gustavo Cordeiro

**Reabilitação global do AVC (20m)**

Dra. Anabela Pereira e Dr. Jorge Laíns

**Perguntas & Respostas (30m)**

16.00-16.30h Intervalo

16.30-18.00h **MESA-REDONDA**

**CUIDAR DO IDOSO COM DOENÇA CRÓNICA E TERMINAL**

Presidente: Dra. Isabel Galriça Neto

Moderadores: Dr. Manuel Ferreira e Enf<sup>a</sup> Maria Aparício

**A preparação da alta hospitalar e a transição para a comunidade (20m)**

Enf<sup>a</sup> Lucinda Marques

**Como reconhecer o Fim de Vida nas doenças não oncológicas (20m)**

Dra. Catarina Amorim

**Factores de risco e intervenção no luto patológico (20m)**

Dra. Sílvia Noné

**Perguntas & Respostas (30m)**

18.00h Fim das Sessões do 1º Dia





08.30h Abertura do Secretariado

09.30-11.00h **MESA-REDONDA**

**NOVOS TRATAMENTOS PARA VELHAS DOENÇAS**

Moderadores: Dr. Pedro Canas da Silva e Dra. Cristina Galvão

**Hipocoagulação (15m)**

Dr. Carlos Rabaçal

**Dislipidémias (15m)**

Prof. Doutor Victor Gil

**Diabetes (15m)**

Dr. José Bragança Parreira

**DPOC (15m)**

Prof. Doutor Agostinho Marques

**Insuficiência cardíaca (15m)**

Dr. Carlos Aguiar

**Perguntas & Respostas (15m)**

11.00-11.30h Intervalo

11.30-12.15h **CONFERÊNCIA**

**PRESCRIÇÃO POR DCI: UM NOVO RISCO**

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Palestrante: Prof. Doutor José Manuel Silva

12.15-13.00h **SIMPÓSIO SERVIER**

**NOVAS EVIDÊNCIAS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO  
NO DOENTE IDOSO**

Moderador: Dr. Luís Cortez Pinto

**Eficácia clínica da Agomelatina no tratamento da depressão: Novas evidências  
no doente idoso**

Dr. Horácio Firmino

13.00-14.00h Almoço



14.00-14.30h **APRESENTAÇÃO DE POSTERS SELECIONADOS**

14.30-16.00h **MESA-REDONDA**

### **CASOS CLÍNICOS EM GERIATRIA**

Moderadores: Prof. Doutor Gorjão Clara e Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

#### **Apresentação e discussão de casos clínicos**

Dr. Luís Mieiro

Dra. Lia Marques

Dr. Hélder Esperto

Dra. Érica Ferreira

**Perguntas & Respostas (20m)**

16.00-16.45h **CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO**

Presidentes: Prof. Doutor J. Gorjão Clara e Dr. José Canas da Silva

#### **A cidade amiga dos Idosos**

Dr. José Veiga Maltez

16.45-17.00h **ENTREGA DE PRÉMIO MELHOR POSTER  
ENCERRAMENTO DO CONGRESSO E ENTREGA DE CERTIFICADOS**



# Marque já na sua agenda.

**ad<sup>+</sup>**  
**médic**

Organização  
e Secretariado  
de Eventos

## CONGRESSOS 2012

XV JORNADAS REGIONAIS PC

05 e 06 de Outubro, Centro de Congressos CS Madeira, Funchal

OUT

VI CONGRESSO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS  
I CONGRESSO LUSÓFONO DE CUIDADOS PALIATIVOS

11 a 13 de Outubro, Ipanema Park Hotel, Porto

OUT

3<sup>o</sup> MCF.net Talks

09 e 10 de Novembro, Ordem dos Médicos, Porto

NOV

## CONGRESSOS 2013

V CONGRESSO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR  
X ENCONTRO DE PSICOGERIATRIA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

24 e 25 de Janeiro, Hotel VIP Executive Villa Rica, Lisboa

JAN

XVII JORNADAS NACIONAIS PATIENT CARE

21 e 22 de Fevereiro, Centro de Congressos de Lisboa

FEV

7<sup>o</sup> CONGRESSO NACIONAL DO IDOSO

20 e 21 de Junho, Centro de Congressos de Lisboa

JUN

XVI JORNADAS REGIONAIS PC

04 e 05 de Outubro, Teatro Micaelense, Ponta Delgada

OUT





**idoso**  
6º CONGRESSO  
NACIONAL

Resumos  
dos Posters

---

Os Posters a serem apresentados serão  
seleccionados durante a manhã do dia 21 de Junho

## POSTER 1

### SÍNDROME DE ROUBO DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA

Ana Duarte, Ana Henriques, Raquel Botto  
USF Mactamá

**Introdução:** O Síndrome de roubo da artéria subclávia deve-se à oclusão ou estenose severa da mesma, mais frequentemente por aterosclerose. Ocorre em cerca de 1,3% dos europeus assintomáticos, como achado ecográfico. A maioria destes doentes tem escassa sintomatologia, no entanto, podem ocorrer fenómenos isquémicos cerebrais com consequente aumento da mortalidade cardiovascular.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, 78 anos, caucasiana, com antecedentes de lúpus eritematoso sistémico, glaucoma e diabetes mellitus II. Em consulta de rotina com o seu médico de família (MF), foi detectada tensão arterial (TA) elevada (210/90mmHg), desconhecida na doente. Aconselham-se medidas dietéticas e solicitou-se controlo tensional em ambulatório. Duas semanas depois volta à consulta referindo valores tensionais controlados. Ao exame objectivo (EO) apresentava TA elevada (180/60mmHg) no membro superior (MS) direito embora se registassem valores normais (140/80mmHg) no MS contralateral. Foi solicitado ecodoppler carotídeo e arterial dos MS, que revelou estenose grave proximal da artéria subclávia esquerda, e TC-CE sem alterações. Foi colocada a hipótese diagnóstica de síndrome do roubo da subclávia, referenciando-se à consulta de Cirurgia Vasculard, na qual é seguida desde então com controlo ecográfico frequente. Encontra-se medicada com Lisinopril, Diltiazem, Sinvastatina e Trimetazidina, mantendo instabilidade marcada no controlo tensional do MS direito.

**Conclusão:** A longitudinalidade de cuidados prestados pelo MF e a realização de EO minucioso foram fundamentais para a suspeição deste diagnóstico. Ainda que a maioria dos doentes sejam tratados de forma conservadora, com controlo de factores de risco cardiovasculares, o diagnóstico precoce desta patologia incomum pode prevenir futuras complicações.

## POSTER 2

### UM ROUBO INVULGAR...

Mirtília Martins, Liliana Teixeira  
USF Nascente

**Enquadramento:** A síndrome do roubo da subclávia é uma alteração orgânica pouco frequente e deve-se à oclusão da artéria subclávia entre a sua origem na aorta e a origem da artéria vertebral o que pode comprometer o fluxo sanguíneo encefálico. Pela variedade de sintomas destes pacientes, o exame físico é um método fidedigno de triagem para este distúrbio.

**Descrição do caso:** Doente de 78 anos, sexo masculino, antecedentes de hipertensão arterial essencial. Em Outubro de 2011 recorre à consulta por quadro de tonturas e alterações na marcha. Ao exame físico apresentava tensão arterial em ortostatismo e sentado no MS direito 200/100mmHg e no esquerdo 90/70mmHg, com pulso radial menos amplo no MS esquerdo. Por esse motivo foi suspensa a medicação anti-HTA e orientado para a realização de eco-doppler carotídeo e vertebral o qual evidenciou fluxo de sentido invertido da artéria vertebral esquerda sugestivo de síndrome de roubo da subclávia. Após diagnóstico foi orientado para consulta hospitalar de cirurgia vascular.

**Discussão:** A posição privilegiada do médico de família permite a valorização das queixas do doente e da evolução de um sintoma tão comum na prática clínica. A anamnese e o exame objectivo continuam a ser a peça chave do diagnóstico permitindo uma correta orientação para os cuidados de saúde secundários quando necessário.

## POSTER 3

### QUANDO O CORAÇÃO NOS TRAI

Ana Carina Rodrigues, Priscila Santos Pereira  
USF das Conchas, USF Monte Pedral

**Resumo:** Utente sexo feminino, 78 anos, natural de Itália e reformada. Iniciou em 2011 seguimento numa unidade de saúde familiar tendo como antecedentes pessoais: como doença valvular cardíaca, cardiopatia isquémica assintomática, hipertensão arterial, doença do refluxo gastro-esofágico, colecistite crónica, dislipidémia, osteoporose, excesso de peso, apneia de sono, insuficiência venosa periférica. Perturbação da ansiedade e patologia osteo-articular degenerativa. Em Abril de 2011, a doente refere episódios recorrentes de epigastralgias e ansiedade. Fez ecografia abdominal compatível com colecistite crónica litiasica. Foi submetida a colecistectomia em Setembro sem intercorrências, mas manteve, ocasionalmente, epigastralgias e pirose com alívio após terapêutica sintomática.

Em Outubro inicia queixas de dispneia de esforço ocasional, tosse seca e episódios de ansiedade. Foi observada em consulta de Cardiologista onde foi excluído o diagnóstico de angina de peito. Na suspeita de refluxo gastro-esofágico foi pedida endoscopia digestiva alta que revelou hérnia do hiato e gastrite, tendo sido medicada em conformidade. Desde Outubro de 2011 a Março de 2012, a doente manteve as queixas, tendo recorrido ao serviço de urgência por queixas de ansiedade, sudorese, mal-estar geral e dor retroesternal tendo sido diagnosticado enfarte agudo do miocárdio. O diagnóstico diferencial de cardiopatia isquémica é extenso e difícil, principalmente em doentes com muitas comorbilidades, sendo a apresentação atípica comum no doente geriátrico. O conhecimento do doente como um todo e a continuidade de cuidados inerente ao papel do médico de família, coloca-o numa posição privilegiada no diagnóstico de patologias com apresentação inespecífica.

## POSTER 4

### UMA GONARTROSE E ALGO MAIS...

Inês Ventura, Catarina Silva  
USF Rodrigues Miguéis

**Introdução:** A artrite microcristalina por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, é uma artropatia metabólica comum nos idosos, atingindo 30% daqueles com idade > 80 anos podendo ser responsável por sintomatologia incapacitante.

**Descrição do caso:** Doente do sexo feminino, 84 anos, raça caucasiana. Com antecedentes de gonartrose bilateral e episódios prévios de gonartrite bilateral de predomínio esquerdo; linfoma Não-Hodgkin de células B (em remissão); prótese total da anca esquerda; hipotireoidismo; estenose aórtica e aneurisma da aorta ascendente, com colocação de prótese valvular aórtica biológica. A doente recorreu ao médico de família (MF) por agravamento de gonalgia de predomínio esquerdo com cerca de 15 dias de evolução, de ritmo inflamatório associada a fadiga e mal-estar geral, com fraca resposta à terapêutica com AINE's habitual. À observação apresentava sinais inflamatórios evidentes no joelho esquerdo com tumefacção articular, e analiticamente parâmetros inflamatórios elevados (VS-112mm/h e PCR- 21,3mg/dl). Dado o quadro clínico referenciou-se ao Serviço de Urgência hospitalar com as hipóteses de diagnóstico de artrite séptica do joelho e/ou artropatia microcristalina. A doente ficou internada tendo os exames complementares realizados concluído tratar-se de oligoartrite microcristalina por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio. Teve alta melhorada ao 3º dia após terapêutica com colchicina.

**Conclusão:** A artrite microcristalina embora frequentemente assinto-



mática, pode manifestar-se em episódios de artrite inflamatória aguda/crónica grave e incapacitante. O MF desempenha um papel fundamental na suspeição clínica e diagnóstico diferencial com outras causas de artrite, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida destes doentes.

## POSTER 5

### OSTEOPOROSE NO HOMEM: UMA DOENÇA SILENCIOSA

Madalena Rocha; Carla Jorge  
USF Serpa Pinto

**Enquadramento:** As fracturas osteoporóticas são a manifestação clínica aparente de uma doença silenciosa que cursa com alterações da microarquitectura óssea. Desta forma, a osteoporose é um grave problema de saúde pública não só porque se tem assistido ao aumento da sua prevalência à medida que a população envelhece, mas também porque acarreta morbilidade importante e custos socio-económicos elevados.

**Descrição do caso:** Homem, 81 anos, casado, fase VIII de Duvall. Saudável e sem antecedentes pessoais relevantes. Iniciou quadro de lombalgias ligeiras há 4 anos, sem irradiação, que cedia ao paracetamol. Em Março de 2012, apresentou lombalgia aguda, após esforço de elevação de pesos, muito intensa e incapacitante que era resistente à medicação. Negada história de traumatismo. Do estudo efectuado, salienta-se a alterações da Ressonância Magnética da coluna vertebral (várias fracturas osteoporóticas antigas e recentes) e da Densitometria Óssea (osteoporose severa da coluna lombar). Actualmente, encontra-se acamado, imobilizado com colete Jewett com banda pélvica basculante e medicado.

**Discussão:** O diagnóstico de osteoporose é, habitualmente, tardio e realiza-se, na maioria dos casos, após ocorrer uma fractura. Além disso, é uma doença pouco diagnosticada e, conseqüentemente, subtratada nos doentes do sexo masculino. A relevância deste caso prende-se com a importância do reconhecimento de uma doença grave, com grande impacto na qualidade de vida do doente e elevada morbi-mortalidade. Adicionalmente, também pretende destacar a necessidade do Médico de Família estar sensibilizado para o diagnóstico de osteoporose no homem, sobretudo quando estiverem presentes factores de risco.

## POSTER 6

### ARTERITE TEMPORAL: UMA PATOLOGIA COM ALGUMA IDADE

Ana Mordomo, Maria Teresa Silva  
USF Arco-Iris (Amadora), USF Mactamá (Massamá)

**Introdução:** A prevalência de cefaleias diminui nos idosos, sendo que neste grupo etário assumem maior relevo as causas secundárias, como a arterite temporal.

**Objectivo:** Fazer uma revisão clássica do quadro clínico, diagnóstico e tratamento da arterite temporal.

**Metodologia:** Foi efectuada uma pesquisa de meta-análises e revisões sistemáticas na base de dados Medline/Pubmed, utilizando os termos MeSH "giant cell arteritis". Limitou-se a pesquisa a artigos publicados nos últimos 10 anos, escritos em português e inglês.

**Resultados:** Dos 74 artigos encontrados foram seleccionadas 12 revisões sistemáticas. A arterite temporal consiste numa vasculite de vasos de grande e médio calibre que acomete preferencialmente artérias extracranianas e ocorre em indivíduos com mais de 50 anos. Pode manifestar-se clinicamente por cefaleia localizada, ingurgitamento da artéria temporal, claudicação da mandíbula, febre, diminuição da acuidade visual ou por doença cerebrovascular; a amaurose é a complicação mais temida. Os sintomas podem incluir dor articular, pela frequente asso-

ciação à polimialgia reumática, processo inflamatório periarticular que atinge preferencialmente a cintura escapular e a pélvis. O diagnóstico é sugerido pela sintomatologia e pela elevação laboratorial da velocidade de sedimentação eritrocitária, sendo confirmado pela biópsia da artéria temporal. A corticoterapia sistémica conduz a uma rápida melhoria clínica, constituindo a única terapêutica comprovadamente eficaz, habitualmente mantida por longos períodos. O acompanhamento destes doentes é essencial para prevenir e controlar os efeitos secundários dos corticoides, para os quais os idosos são particularmente susceptíveis. **Conclusão:** A arterite temporal não deve ser esquecida, pois pode ter conseqüências graves, evitáveis quando o diagnóstico é realizado atempadamente.

## POSTER 7

### RELATO DE CASO: LES DE INÍCIO TARDIO - UM CASO DE FRAQUEZA MUSCULAR MAS NÃO SÓ!

Leticia Freire Cabral  
USF Dafundo-ACES Oeiras

**Introdução:** O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença auto-imune e que pode ter um início tardio. Nesses casos parece existir um predomínio de sintomas associados a fraqueza muscular e artrite.

**Descrição do Caso:** Doente, do sexo masculino, de 71 anos, raça branca, com antecedentes pessoais de EAM submetido a angioplastia, HTA com complicações, recorre ao médico de família por quadro de edema progressivo da mão direita e braquialgia com 3 semanas de evolução. Por suspeita de tendinite/patologia discal cervical procedeu-se ao estudo imagiológico. Por agravamento do quadro acompanhado de diminuição da força muscular dos 4 membros e de parestesias é referenciado ao SU do H.S.F.X. por suspeita de Polineuropatia. Na altura foi observado pela Neurologia que constatou uma tetraparésia de predomínio proximal nos membros superiores. Foi referenciado à consulta de Neurologia, tendo sido medicado com corticoterapia, a qual induziu uma ligeira melhoria sintomática. Por suspeita de doença auto-imune com envolvimento articular o doente é referenciado para a consulta de Reumatologia. Na altura evidenciava uma poliartrite com envolvimento dos ombros, cotovelos, punhos e pequenas articulações das mãos. Laboratorialmente havia a destacar ANA's+ e anti-DNA'S+ e imagiológicamente a presença de gonartrose, rizartrose e coxartrose bilateral. Perante o descrito foi colocada a hipótese diagnóstica de LES com envolvimento articular, tendo sido medicado com corticoterapia e anti-malárico, encontrando-se actualmente praticamente assintomático.

**Conclusão:** A apresentação clínica do LES no idoso é pouco exuberante e muitas vezes incomum, merecendo por isso uma consideração especial no estabelecimento do diagnóstico e consequente instituição de terapêutica.

## POSTER 8

### QUANDO A INSULINOTERAPIA SE TORNA NUMA "DOR DE CABEÇA"!

Vânia Gandra, Marta Loureiro, Joana Oliveira Rodrigues, Joana Ferreira e Liliana Ferreira  
USF Novo Sentido

**Enquadramento:** A Diabetes tipo 2 é a forma mais frequente de Diabetes Mellitus, resultando da existência de insulinoopenia relativa, com algum grau de insulinoresistência. A insulina é o fármaco mais potente e o mais custo-efectivo, comparativamente aos restantes fármacos hipoglicemiantes.

**Descrição do caso:** Mulher, 77 anos, caucasiana, reformada, casada e a residir com o marido, sem filhos. Família nuclear em fase VIII do ciclo



de Duval. Antecedentes patológicos de obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência renal crónica, retinopatia diabética e tiroidite autoimune. Seguida em consulta hospitalar de Endocrinologia, medicada com associação tripla de antidiabéticos orais (ADO).

A 19 de Outubro de 2011, comunica ao seu Médico de Família que na consulta hospitalar lhe foi iniciada terapêutica insulínica e suspensos os ADO. Desde então comparece em várias consultas abertas, referindo dificuldade em controlar a glicemia. A 29 de Novembro constata-se que a doente confunde as canetas de insulina, administrando a insulina rápida no lugar da lenta e que o esquema de administração não é compreendido. Em Janeiro de 2012 a doente é observada em consulta hospitalar e fica internada por descompensação diabética.

**Discussão:** A eficácia terapêutica da insulina depende da aceitação do doente, da execução correcta da administração da insulina e das autoglicemias capilares e da capacitação para titular a dose de insulina. Apesar do apoio contínuo de uma equipa de saúde ser essencial, o mais importante é ajustar os objectivos e a opção terapêutica às características individuais do doente, nomeadamente, à sua idade e capacidade de autonomia.

## POSTER 9

### DIABETES MELLITUS AOS 67 ANOS

Raquel Martins, Bárbara Anahory  
Unidade de Saúde de Ilha de S. Miguel

**Introdução:** Os Açores é a região do país onde a prevalência da Diabetes Mellitus é a mais elevada com 14.3%. Calcula-se que muitos dos diabéticos ainda estão por diagnosticar. A incidência na população total ronda os 500 a 700 por cada 100.000 habitantes. A Diabetes mellitus é uma doença crónica, que se não bem controlada, provoca complicações graves a nível micro e macrovascular.

**Relato caso:** Utente do sexo feminino, 67 anos de idade, natural e residente em Ponta Delgada, reformada, casada. Avaliação familiar: familiar nuclear, fase 7 ciclo de Duvall. Grafarr: classe média, Apgar familiar: família funcional. Antecedentes pessoais: Hipertensão, Cataratas. Recorre a consulta de seguimento a 29/03/12 na qual refere poliúria, polidipsia e polifagia com 2 meses de evolução, tensão arterial controlada. Medicada com Preterax® 10/12.5 mg. Ao exame objectivo TA: 140/85 mmHg, IMC 23, glicemia capilar 128mg/dl, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, palpação abdominal sem alterações. Foi feito diagnóstico de Diabetes Mellitus. Introduziu-se metformina 1000mg 2 cp dia, realizado ensino de cuidados alimentares, explicada a doença e suas complicações. Remarcou-se consulta com análises após um mês. A 4/5/2012 em consulta de seguimento a utente refere alguma melhoria da sintomatologia. Ao exame objectivo TA: 138/82 mmHg, auscultação cardiopulmonar sem alterações. Análises com glicemia em jejum de 195mg/dl e hemoglobina A1c 7.9%. Realizado ajuste terapêutico, reforço de cuidados alimentares e remarcou-se consulta para 1 mês depois.

**Conclusão:** O médico de família é o primeiro contacto que o utente tem com o sistema de Saúde, acompanha-o ao longo do tempo, pelo que se encontra numa situação privilegiada para o diagnóstico de muitas patologias.

## POSTER 10

### CONTROLO METABÓLICO DA DIABETES MELLITUS NOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Fátima Dinis, Maria João Macedo  
USF de Ronfe (ACES Ave II)

**Introdução:** É aceite que, devido à idade e múltiplas comorbilidades, o controlo metabólico nos idosos seja mais difícil de se atingir do que na população mais jovem, podendo ser até menos ambicioso.

**Objectivos:** Neste estudo pretendeu-se a avaliação do controlo metabólico e da terapêutica prescrita na população diabética com mais de 65 anos da USF, comparando com a população diabética mais jovem.

**Metodologia:** Foi efetuada a identificação dos utentes com compromisso de vigilância na USF com Diabetes e com pelo menos uma avaliação de HbA1c no ano de 2011 (723 indivíduos). Os valores de HbA1c foram consultados no programa "AvaliarParaControlar" e os dados referentes à terapêutica prescrita por doente foi consultada no sistema de prescrição médica do SAM. Foi construída uma base de dados no sistema Microsoft Office Excel 2007 e para a análise estatística utilizou-se o TESTE.CHI ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Na população idosa a prevalência de Diabetes foi de 17,1%, superior àquela encontrada nos indivíduos com menos de 65 anos (2,8%). Verificaram-se nos indivíduos idosos valores de HbA1c média mais próximos do alvo metabólico em comparação com aqueles com <65 anos (6,74% vs 6,87%). O melhor controlo metabólico dos idosos mostrou-se estatisticamente significativo ( $p=0,0495$ ). Não foi encontrada diferença entre os esquemas terapêuticos prescritos à população idosa e aos indivíduos com menos de 65 anos de idade.

**Discussão:** O controlo metabólico mais eficaz na população idosa não se deve à terapêutica instituída, podendo dever-se a fatores relacionados com o tempo de evolução da doença, adesão terapêutica ou estilos de vida.

## POSTER 11

### COMO VALORIZAR A ELEVAÇÃO DA VELOCIDADE DE SEDIMENTAÇÃO NO IDOSO?

Leticia Freire Cabral  
USF Dafundo - ACES Oeiras

**Introdução:** A velocidade de sedimentação (VS) constitui-se como um parâmetro de avaliação de actividade inflamatória crónica, simples, de baixo custo e de utilidade controversa na avaliação do idoso, devido à sua baixa sensibilidade e especificidade. No idoso as causas mais frequentes de elevação da VS são: doenças malignas, do foro infeccioso, reumatológico e doenças hematológicas não-neoplásicas.

**Objectivos:** Revisão narrativa do tema.

**Material e métodos:** Pesquisa bibliográfica nas bases de dados Uptodate e Medline/Pubmed, com os descritores *MeSH: sedimentation rate and elderly*.

**Resultados:** Existem vários factores para além da idade e sexo feminino que podem contribuir para a elevação da VS, tais como a macrocitose, elevação dos níveis de fibrinogénio (DM tipo II, DRC ou doença cardíaca), doenças do colagénio, infecção/inflamação, doença maligna ou problemas inerentes à técnica. A sua maior utilidade consiste na monitorização de doenças como arterite temporal, polimialgia reumática e na artrite reumatóide. Em doentes assintomáticos com elevações marcadas da VS deve ser pedido o estudo de teste da tuberculina, RX tórax, hemograma, função renal e hepática, urina II, electroforese das proteínas séricas e urinárias e PSOF.

**Conclusões:** A maior utilidade da avaliação da VS é perante doentes com suspeita de doença iniciada pela anamnese e exame objectivo, sendo que não deve ser utilizada no screening de indivíduos assintomáticos. Uma elevação ligeira a moderada da VS sem etiologia óbvia deve levar à repetição da mesma passados alguns meses, ao invés de uma procura exhaustiva de doença oculta.



## POSTER 12

### UM DIAGNÓSTICO RARO: ENCEFALITE AUTO-IMUNE

Ana Duarte, Ana Henriques, Raquel Botto  
USF Mactamã, ACES X Cacém-Queluz

**Resumo:** As encefalites auto-ímmunes têm sido recentemente reconhecidas como causas não infecciosas importantes de síndrome encefalítica, potencialmente reversíveis, representando 21% destes. Curso subagudo e flutuante, podendo verificar-se alteração de todas as funções cognitivas. É mais frequente em mulheres, na idade adulta. Cerca de 50% dos casos têm história pessoal ou familiar de auto-ímmunidade e 25% associam-se a neoplasia oculta. As formas isoladas respondem favoravelmente a corticoterapia.

**Caso Clínico:** Doente do sexo masculino, 66 anos, caucasiano, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes Mellitus 2, dislipidemia, obesidade e enfisema. Recorreu à consulta da Médica de Família (MF) por vertigem com um mês de evolução, recentemente com vômitos e anorexia. Sem alterações no Exame Neurológico Sumário. Dez dias depois volta à consulta por agravamento do quadro, solicitando-se TAC-CE, que não apresentava alterações. Decorrido um mês, numa consulta domiciliária, verificou-se descoordenação motora, prostração, nistagmo vertical e perda ponderal de 8Kg. Foi referenciado ao SU tendo sido internado no Serviço de Neurologia onde surgiu desorientação, alucinações, defeito de memória, ataxia apendicular e tremor postural. Colocou-se a hipótese diagnóstica de encefalite paraneoplásica que após estudo não se confirmou, tendo sido diagnosticada encefalite auto-ímmune. Ocorreu melhoria sintomática com corticoterapia.

**Conclusão:** Apesar de, na prática clínica, devermos ter presentes as patologias comuns, é fundamental manter alto grau de suspeição para o que é menos frequente. Cabe ao MF reconhecer red flags que devem motivar eficaz articulação com os cuidados de saúde secundários promovendo célere resolução clínica, indispensável à favorável evolução prognóstica.

## POSTER 13

### ANTICOAGULAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: EXPERIÊNCIA DUMA CONSULTA DE HIPO-COAGULADOS

Dr. Manuel Rafael, Enf.ª Sandra Ferreira  
USF Santa Maria Benedita

**Introdução:** A anticoagulação é necessária na prática clínica em diversas situações onde se destacam Fibrilhação Auricular e Tromboembolismo Venoso. Pesados os prós e contras da anticoagulação, os utentes medicados da USF Santa Maria Benedita são orientados para a Consulta de Hipocoagulados, onde são vigiados pelas respectivas Enfermeiras de Família, tomando decisões baseadas no Protocolo aprovado em Conselho Geral, com o apoio do respectivo Médico de Família.

**Objectivos:** Conhecer os utentes hipocoagulados da USF Santa Maria, motivo de anti-coagulação e grau de controlo.

**Material e Métodos:** Foi consultada bibliografia dos últimos 5 anos e pedido colaboração do Serviço de Cardiologia do CHON para elaboração do protocolo. Fez-se análise individual do processos clínicos do SAM e SAPE para averiguar o grau de controlo e motivo de anticoagulação.

**Resultados:** A 31/12/2011 foram identificados 87 hipocoagulados vigiados na consulta (65 em 2010), com uma taxa de controlo 87,4% (81,5% em 2010). A maioria (81,6%) com Fibrilhação Auricular e 11,5% com Tromboembolismo Venoso. Dos utentes com FA, 60 eram hipertensos, 20 diabéticos e oito já tinham tido um AVC.

**Discussão e Conclusões:** Além da comodidade para o utente tem-se verificado um elevado e crescente grau de controlo, que tem permitido manter a adesão à consulta mesmo depois ter terminado o envio de fitas (CoaguChek XS®) e ser necessário realizar INR no laboratório.

## POSTER 14

### GAMAPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INDETERMINADO - QUAL A ABORDAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS?

Madalena Pinto da Rocha; Rute Fidalgo Maia  
USF Serpa Pinto; UCSP Carvalhido

**Introdução:** A Gamapatia Monoclonal de Significado Indeterminado (GMSI) é uma doença pré-maligna assintomática. É mais frequente em indivíduos acima dos 50 anos sendo geralmente detectada acidentalmente pela electroforese das proteínas séricas. Caracteriza-se pela presença de pico monoclonal numa concentração inferior a 3g/dL, <10% de plasmócitos na medula óssea e ausência de achados compatíveis com doença maligna como: lesões líticas ósseas, anemia, hipercalemia e insuficiência renal.

Dado o actual envelhecimento da população e o grande número de idosos observados nas consultas de Cuidados de Saúde Primários, tem-se verificado o aumento do diagnóstico de GMSI, pelo que é fundamental o Médico de Família estar sensibilizado e alerta para esta patologia.

**Objectivos:** Rever e sistematizar informação existente sobre GMSI, de forma a alertar os Médicos de Família para esta patologia, assim como, os sinais de alarme para referenciação aos cuidados de saúde secundários.

**Métodos:** Foram realizadas pesquisas em livros de texto e artigos de revisão publicados nas bases de dados *Medline*, *PubMed*, *Blood Journal*, *British Journal of Haematology* e o site da *American Academy of Family Physicians*, entre 2008 e 2012.

**Resultados:** A Gamapatia Monoclonal de Significado Indeterminado ocorre em cerca de 1% da população geral e em 3% da população acima dos 50 anos, sendo que a sua frequência aumenta com a idade. É frequentemente diagnosticada de forma acidental, por alterações na electroforese das proteínas séricas - pico monoclonal. Os critérios de diagnóstico incluem proteína monoclonal sérica (pico monoclonal) inferior a 3g/dL, plasmócitos medulares inferiores a 10%, ausência de achados compatíveis com doença maligna como: lesões líticas ósseas, anemia, hipercalemia e insuficiência renal.

É também importante o acompanhamento e vigilância destes doentes pois cerca de 1% desenvolve Mieloma Múltiplo ou outras doenças malignas associadas. Devido ao risco de progressão, o Médico de Família deve vigiar e rever a história clínica, o exame físico e a dosagem de proteína M sérica e urinária com periodicidade.

A referenciação aos cuidados de saúde secundários deve ser realizada se surgirem dores ósseas, anemia inexplicada, função renal alterada, hipercalemia e elevação de 25% da concentração da proteína monoclonal (um aumento mínimo absoluto de 5g/L).

**Conclusão:** Uma vez que esta patologia é muito prevalente, especialmente nos idosos, é fundamental o Médico de Família estar sensibilizado e alerta para a mesma, assim como, para os seus sinais de alarme com vista ao diagnóstico precoce e acompanhamento dos doentes com risco de progressão para neoplasia maligna.

## POSTER 15

### DOR TOTAL: UMA ABORDAGEM MULTIFACTORIAL E MULTIDISCIPLINAR

Tatiana Morais  
Hospital Pulido Valente

**Resumo:** Em doentes crónicos dor assume uma dimensão particular, uma vez que reporta para a existência de um "mal" muitas vezes intimo, invisível, torturante e mais forte que os tratamentos, porque não cede. Para o doente oncológico, cada nova experiência de dor é vivida



e sentida de forma diferente. Todo e qualquer mal-estar é alvo de maior atenção, pelo medo de que seja o sinal de uma recidiva de cancro ou de metástases num outro local do corpo (Simonton, 1982, citado por WOUTTERS, 1986: 207). De forma a poder-se tratar eficazmente a dor e outros sintomas, torna-se imperioso para o profissional de Saúde, mais concretamente para o Enfermeiro, identificar outras necessidades psico-sociais do doente oncológico e actuar sobre elas. Os aspectos emocionais, espirituais, sociais e económicos em volta dos quais gira a vida destes pacientes, também se vêem afectados pelo impacto do diagnóstico e até pela iminência da morte, provocando uma vivência de dor mais intensa do que em outras situações de doença. Neste sentido, caminha-se em direcção ao que Cecily Saunders definiu como "Dor Total", na década de 60. Pacientes com doença avançada deparam-se com muitas perdas: algumas alterações de tarefas diárias, da saúde, de potencial de futuro. A dor impõe limitações no estilo e qualidade de vida, particularmente na mobilidade, relações sociais e familiares, paciência e resignação, podendo ser interpretada como uma consequência da doença que progride. Este trabalho acerca da "Dor Total" mostra a importância de todas essas dimensões do sofrimento humano, pois menosprezando estes domínios, o alívio eficiente da dor não é alcançado. Na experiência dolorosa, os aspectos sensitivos, emocionais e culturais são indissociáveis e devem ser igualmente investigados. Torna-se assim imprescindível que toda a equipa multidisciplinar esteja familiarizada com todas as vertentes que envolvem a "Dor Total".

## POSTER 16

### QUANDO O SOM DOS CASCOS AFINAL É DE ZEBRAS

Diana Tomaz  
USF Conde Oeiras

Trata-se do caso de MAG, doente do sexo feminino, de 76 anos, totalmente independente nas actividades da vida diária, que residia sozinha no domicílio e apresentava antecedentes pessoais de hipertensão e dislipidemia. Encontrava-se medicada com omeprazol 20mg, candesartan+hidroclorotiazida 16mg+12,5mg e atorvastatina 10mg. Recorreu à consulta de intersubstituição a 20/07/2011 por agravamento progressivo de dor salgalia direita desde há 3 meses, que não cedia à medicação com metamilol de magnésio nem tramadol. As dores eram do tipo moinha, muito intensas e, nos últimos dias, acompanhavam-se de sensação de pontada/picada aguda. Trazia consigo uma TC cervical que revelou uma massa quística para-mediastínica e para-vertebral, a merecer avaliação por RM. Foi medicada com diclofenac 75mg IM e depois com etirocoxib 90mg e enviada à urgência com o pedido de realização urgente de RM.

Em Agosto, regressou à consulta com o resultado da RM, referindo dores progressivamente incapacitantes, impedindo o sono, sem alívio com a medicação. O exame evidenciou uma extensa lesão sugestiva de linfangioma quístico, que havia triplicado de volume. Encaminhou-se a doente para a Cirurgia vascular.

Voltou à consulta a 5/09, referindo ter sido operada de urgência por ruptura do linfangioma. Posteriormente, apurou-se, que lhe tinha sido diagnosticado um linfangiossarcoma.

Em Abril de 2012 tomou-se conhecimento do óbito. Da consulta do processo verificou-se a existência de história de síncope, acroparestesias, cansaço crescente e sudorese em 2010.

Este caso reforça a importância da história clínica e do reconhecimento dos sinais de alarme numa raquelgia, no qual o médico de família desempenha um papel fundamental.

## POSTER 17

### NUM PISCAR DE OLHOS

João Brites Pereira, Helena Lopes, Manuela Carvalho  
USF ARS Medica - ACES Grande Lisboa VI, USF das Conchas - ACES Grande Lisboa I

**Introdução:** O Glaucoma de Ângulo Aberto é a segunda causa mundial de cegueira, atingindo aproximadamente 15% dos indivíduos acima dos 70 anos. Condiciona importante morbidade, com impacto na autonomia do idoso e na dinâmica familiar.

**Descrição do caso:** Idosa de 92 anos, caucasiana, viúva, natural dos Açores. Reside sozinha em Lisboa. Tem antecedentes pessoais de Diabetes mellitus tipo 2 e cirurgia bilateral a cataratas. Independente nas actividades da vida diária. Em Outubro de 2010, inicia quadro de alteração visual à direita, referindo "ver por uma janelinha" (sic). Após duas semanas, por atingimento contra-lateral, é trazida pela filha ao Médico de Família, que a encaminha para o serviço de urgência de Oftalmologia. É-lhe diagnosticado Glaucoma de Ângulo Aberto, sendo medicada topicamente. Por dificuldade em auto-administrar a terapêutica, passa a necessitar de cuidados de terceiros. Volta, por rotina, à consulta em Janeiro de 2011, acompanhada do neto, referindo amaurose bilateral, com consequente incapacidade para as actividades da vida diária e necessidade de apoio permanente.

**Discussão:** Nesta patologia, o diagnóstico precoce e a administração correcta da terapêutica são essenciais. Como é assintomático nas fases iniciais, o seu diagnóstico precoce só é possível através da realização de exames específicos, devendo o Médico de Família referenciar os doentes com factores de risco à consulta de Oftalmologia, para monitorização regular. Por outro lado, o apoio por parte dos cuidadores é muito importante para a administração correcta da terapêutica, competindo ao Médico de Família identificar as dificuldades tanto do doente como dos cuidadores, traçando estratégias para ultrapassá-las.

## POSTER 18

### ASMA EM IDOSA

Raquel Martins, Bárbara Anahory, Alexandra Carreiro  
Unidade de Saúde Ilha de S. Miguel, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

**Introdução:** A prevalência de asma no idoso é de 5-7%, a resposta ao tratamento é menor, a tendência para internamentos hospitalares aumenta, bem como o maior risco de mortalidade. Para que se obtenha uma adequada resposta ao tratamento é necessário uma importante adesão/colaboração do utente. Deste modo a escolha do inalador é crucial, uma vez que, neste grupo etário, muitas vezes a técnica de inalação é má.

**Relato caso:** Utente do sexo feminino, raça caucasiana, 66 anos de idade, natural e residente em Ponta Delgada, casada, auxiliar de acção educativa de profissão. Avaliação familiar: família nuclear, fase 7 do ciclo de Duvall, Graffar: classe média, Apgar familiar: família funcional. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, asma, apneia do sono, dislipidémia. Recorre a consulta de seguimento a 27/3/12, na qual refere tosse com expectoração, pieira com 2 semanas de evolução com agravamento. Nega febre, rinorreia. A utente refere várias idas ao serviço de urgência nos últimos meses, com necessidade de efectuar corticoterapia e antibioterapia. A utente também é seguida em Cuidados de Saúde Secundários, na especialidade de pneumologia. À data encontrava-se medicada com com Unicontin® 200 2 cp dia, Budesonido novolizer® 200 2 vezes dia, Spirivair® uma vez dia, Assieme® duas inalações duas vezes dia, Singulair® 10 1 cp dia, Lasix 1 cp dia, Coaprovel® 300 1cp dia, Sinvastatina 20mg 1 cp dia. Ao exame objectivo: tensão



arterial controlada, auscultação cardíaca sem alterações, auscultação pulmonar revela sibilos dispersos e ferveores. Optou-se por medicar com Deflazacort® 30, manter restante terapêutica e reavaliar em 15 dias trazendo os inaladores, de modo a verificar técnica de inalação. A 3/4/12 recorre a consulta para reavaliação. Refere alguma melhoria da sintomatologia. Auscultação pulmonar com sibilos dispersos. É constatada má técnica de inalação, pelo que foi prescrito câmara expansora e efectuado o ensino do uso da mesma. A 28/4/2012 realiza espirometria e tem consulta hospitalar de pneumologia. A 15/5/12 em consulta de seguimento refere melhoria da sintomatologia e traz informação clínica do colega de Cuidados de Saúde Secundários referindo melhoria clínica comprovada por exames complementares.

**Conclusão:** A escolha do inalador constitui um pormenor de extrema importância no asmático, principalmente num idoso, uma vez que este, muitas vezes, tem uma má técnica de inalação. A câmara expansora aumenta significativamente a dose de fármaco que atinge os pulmões não exigindo uma coordenação tão perfeita. A educação do doente idoso asmático deve incluir a aprendizagem de uma técnica de inalação correcta, bem como a valorização dos sintomas que indicam uma crise grave com necessidade de consulta urgente ou admissão hospitalar e quando esse ensino é feito em parceria, Cuidados de Saúde Primários e Secundários, revelam uma melhoria no controlo da patologia e melhoria da qualidade de vida do utente.

## POSTER 19

### A ASMA NÃO TEM IDADE

Alexandra Carreiro<sup>1</sup>, Raquel Martins<sup>2</sup>, Laurindo Frias<sup>1</sup>, António Miguel<sup>1</sup>, Carlos Pávão<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia do Hospital do Divino Espírito Santo, EPE, <sup>2</sup>Centro de Saúde de Ponta Delgada

**Resumo:** A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, caracterizada por episódios recorrentes de limitação do fluxo aéreo, reversíveis espontaneamente ou com tratamento. A população com mais de 65 anos de idade continua a aumentar nos países desenvolvidos. Estima-se que a prevalência da asma nos idosos seja 6,5-17%, semelhante à dos outros grupos etários, mas com uma taxa de diagnóstico menor, pelo que provavelmente é maior. É considerada uma causa importante de internamentos e má qualidade de vida, provocando uma maior morbidade e mortalidade neste grupo de doentes. Nesta idade a asma pode apresentar-se como um primeiro episódio ou como a continuação de uma entidade de longa evolução, com um aumento progressivo do grau de obstrução brônquica. O diagnóstico diferencial é mais difícil nos idosos do que nos jovens, pelo que muitas vezes a asma não é diagnosticada nem tratada correctamente o que contribui para a mortalidade e morbidade. Frequentemente a asma no idoso é confundida com a doença pulmonar obstrutiva crónica e em alguns idosos é mesmo difícil distinguir estas duas patologias. Outras causas de obstrução do fluxo aéreo nesta fase da vida são: neoplasia brônquica, insuficiência cardíaca, refluxo gastro-esofágico, obesidade, fármacos, etc. Outras razões do sub-diagnóstico de asma no idoso são: isolamento social, menor percepção da dispnéia, interpretação da dispnéia como uma consequência natural da idade, comorbilidades associadas (por exemplo patologia cardiovascular) e dificuldade de comprovação objectiva da obstrução das vias aéreas. A espirometria antes e após a inalação de broncodilatador é essencial para o diagnóstico, embora seja, por vezes, de difícil execução no idoso por alterações neurocognitivas e físicas. Quanto ao tratamento do asmático idoso é fundamental considerar a existência de outras doenças associadas, a interferência da idade na farmacocinética e a escolha do dispositivo mais adequado.

Frequentemente a adesão é comprometida pelo elevado número de medicamentos, declínio cognitivo com perda de memória e dificuldade na compra por questões financeiras. Por outro lado, no que respeita à prevenção neste grupo de idosos é essencial a vacinação anual contra a gripe e a vacinação anti-pneumocócica. Concluindo, é imperativo diagnosticar-se correctamente a asma nesta fase da vida, pois quando correctamente tratada permite ao asmático idoso ter uma melhor qualidade de vida e recuperar o bem-estar.

## POSTER 20

### DOENÇAS RESPIRATÓRIAS INDUZIDAS POR FÁRMACOS

Ana Mordomo  
USF Arco-Íris (Amadora)

**Introdução:** Para além do efeito terapêutico, qualquer fármaco apresenta potenciais efeitos adversos, sendo os pulmões frequentemente atingidos. O aumento da idade e a polimedição são importantes factores de risco para desenvolvimento de doença respiratória secundária a fármacos. A inespecificidade da apresentação clínica e a variabilidade do tempo decorrido entre a administração do fármaco e o início das queixas dificultam este diagnóstico.

**Objectivo:** Fazer uma revisão clássica das principais lesões pulmonares induzidas por fármacos.

**Metodologia:** Foi efectuada uma pesquisa de meta-análises e revisões sistemáticas na base de dados *Medline/Pubmed*, utilizando os termos *MeSH: drug-induced, lung disease*. Limitou-se a pesquisa a artigos publicados desde Janeiro de 1997 até Maio de 2012, escritos em português e inglês.

**Resultados:** Dos 339 artigos encontrados foram seleccionadas 11 revisões sistemáticas. Estão descritas lesões pulmonares secundárias a múltiplos fármacos, muitos de utilização generalizada entre a população idosa, como antihipertensores, antidepressivos e antiarrítmicos. O doente com este tipo de lesão pulmonar apresenta habitualmente dispnéia moderada, tosse seca e hipoxémia. O diagnóstico requer a realização de exames complementares, como a tomografia computadorizada torácica, provas funcionais respiratórias e broncofibroscopia. A lesão ocorre preferencialmente no parênquima pulmonar, podendo resultar em quase todas as formas de doença intersticial; os vasos, a pleura e as vias respiratórias podem também ser afectados. A suspensão do fármaco suspeito é crucial no processo diagnóstico e terapêutico, sendo por vezes necessário instituir corticoterapia.

**Conclusão:** Quando um idoso apresenta queixas respiratórias inespecíficas, prolongadas no tempo e sem resposta a variadas terapêuticas instituídas, este diagnóstico não deve ser esquecido.

## POSTER 21

### DPOC E SUAS COMORBILIDADES NO IDOSO

Alexandra Carreiro<sup>1</sup>, Joana Santos<sup>2</sup>, Fátima Rodrigues<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia do Hospital do Divino Espírito Santo, EPE, <sup>2</sup>Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital Pulido Valente

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) apresenta um aumento crescente da prevalência, prevenindo-se que em 2030 constitua a 3ª principal causa de morte no Mundo. A DPOC não afecta de forma exclusiva o sistema respiratório, traduzindo-se igualmente por efeitos sistémicos que contribuem para a sua gravidade e constitui um importante factor de risco para outras patologias crónicas. Estima-se que aproximadamente 2/3 dos doentes com DPOC tenham pelo menos uma comorbilidade associada.

**Objectivos:** Avaliar a prevalência e o tipo de comorbilidades encontradas em doentes com DPOC com mais de 65 anos de idade.



**Métodos:** Estudo retrospectivo onde foram incluídos os doentes com o diagnóstico de DPOC com idade 65 anos admitidos em programa de reabilitação respiratória com treino de exercício na Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital Pulido Valente.

**Resultados:** A amostra do nosso estudo incluiu 64 doentes com DPOC. O sexo masculino foi o predominante (90,6%), com uma média etária de  $73,2 \pm 5,4$  anos. A maioria dos doentes era ex-fumadora (87,5%). Encontravam-se no grau espirométrico I, II, III e IV do GOLD respectivamente 3, 20, 7 e 3 doentes. O FEV1 médio foi de  $46,3\% \pm 17,6$  do previsto. Grande parte dos doentes (67,2%) apresentava insuficiência respiratória. 40,6% dos doentes estava sob oxigenoterapia de longa duração e 9,4% sob ventilação não invasiva. Todos os doentes apresentavam pelo menos uma comorbilidade e 89,1% apresentavam 2 ou mais comorbilidades. As comorbilidades mais comuns foram: excesso de peso/obesidade (60,9%), hipertensão arterial (59,4%), insuficiência cardíaca congestiva/cor pulmonale (25%), dislipidemia (23,4%), bronquiectasias (21,9%), sequelas de tuberculose (20,3%), cardiopatia isquémica (18,8%), diabetes mellitus (9,4%) e síndrome depressiva (7,8%).

**Conclusão:** Este estudo confirma que as comorbilidades são frequentes nos doentes com DPOC. As doenças crónicas mais prevalentes foram as doenças metabólicas, as cardiovasculares, as pulmonares e a ansiedade/depressão. A elevada prevalência das comorbilidades na DPOC pode ser explicada pela partilha de factores de risco, tais como o fumo do tabaco, a idade e a inactividade física que contribuem para a inflamação sistémica. Estas doenças contribuem para agravar a morbilidade e muitos doentes morrem das comorbilidades apresentadas.

## POSTER 22

### ABORDAGEM FARMACOLÓGICA DA INSÓNIA PRIMÁRIA NO IDOSO – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Joana Matos Martins<sup>1</sup>, Cláudia Silva<sup>2</sup>, Liliana Laranjo<sup>3</sup>, Sofia Moura<sup>4</sup>

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Benfica - ACES Grande Lisboa I - Lisboa Norte<sup>1</sup>; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santa Iria de Azeitão - ACES Grande Lisboa VI - Loures<sup>2</sup>; USF Villa Longa - Grande Lisboa XII - ACES Vila Franca de Xira<sup>3</sup>; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados São Mamede/Santa Isabel - ACES Grande Lisboa III - Lisboa Central<sup>4</sup>

**Introdução:** A insónia atinge cerca de 50% dos indivíduos com mais de 65 anos, tendo um impacto significativo na sua qualidade de vida. Além de disfunção diurna, associa-se ao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas e risco aumentado de quedas. A maioria dos medicamentos disponíveis para o seu tratamento condiciona efeitos adversos, tornando os idosos um grupo particularmente difícil de tratar.

**Objectivo:** Rever a evidência disponível acerca da terapêutica farmacológica da insónia primária no idoso.

**Métodos:** Pesquisa em sítios de Normas de Orientação Clínica, Medicina Baseada na Evidência e *Medline* de NOCs, meta-análises, artigos de revisão e estudos originais utilizando os termos *MeSH Sleep Initiation and Maintenance Disorders, Aged e Drug Therapy*. Para classificar o nível de evidência utilizou-se a taxonomia SORT.

**Resultados:** Obtiveram-se 13 artigos relevantes, dos quais se salienta que as benzodiazepinas e os antagonistas dos receptores das benzodiazepinas são eficazes na melhoria dos parâmetros do sono, apesar do risco de efeitos secundários não ser desprezível. A melatonina é eficaz e segura neste grupo etário. O uso de anti-histaminicos, hidrato cloral e barbitúricos não é recomendado pelo risco de efeitos adversos graves. O uso de suplementos alimentares e antidepressivos não é recomendado pela controvérsia em relação à sua eficácia.

**Conclusão:** Na insónia primária no idoso as benzodiazepinas devem

ser evitadas, embora possam preferir-se as de rápido início e curta duração de acção quando a sua prescrição é indispensável (SOR A). A melatonina parece ser uma opção eficaz e segura, embora recente (SOR A). Não são recomendados outros fármacos (SOR B).

## POSTER 23

### PRESCRIÇÃO INAPROPRIADA NO IDOSO

Catarina Esparteiro, Raquel Landeiro  
USF Vale do Sorraia (Coruche)

**Introdução:** A prescrição inadequada implica o uso de fármacos com risco significativo de reacções adversas quando existem terapêuticas alternativas tão ou mais efectivas com baixo risco. Inclui o uso prolongado de fármacos, de múltiplos fármacos com interacções medicamentosas ou patológicas e a omissão de terapêuticas benéficas, clinicamente indicadas embora não prescritas devido à idade.

**Objectivo:** Alertar os Médicos para a prescrição inadequada em idosos, identificando os fármacos de uso mais comum e ferramentas disponíveis para a sua detecção.

**Material e Métodos:** Pesquisa bibliográfica em revistas científicas e livros de texto de referência.

Pesquisa sistemática na base de dados *UpToDate* e *PubMed* de artigos originais, de revisão, meta-análises e guidelines publicados nos últimos 10 anos, usando como palavras-chave: *inappropriate prescribing, elderly e iatrogenic disease*.

**Resultados:** A prescrição nos doentes idosos constitui um desafio pois cada novo fármaco deve ser considerado em termos de farmacocinética, farmacodinâmica e alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento. Para minorar os efeitos adversos é necessário valorizar o estado fisiológico do idoso, substituir fármacos tóxicos por outros de menor toxicidade, rever doses, limitar a duração do tratamento e examinar periodicamente a terapêutica.

Existem diversas ferramentas validadas para rastreio da prescrição inadequada que não devem substituir o julgamento clínico mas servir de guia para uma boa prática clínica.

**Conclusão:** A prescrição inadequada constitui um problema de enorme relevância clínica, tornando-se necessária a criação de orientações de prescrição na abordagem do idoso que visem o uso racional dos medicamentos para melhoria da qualidade de vida dos doentes.

## POSTER 24

### MEDIDAS PREVENTIVAS NO IDOSO – RECOMENDAÇÕES ACTUAIS

Catarina Rino, Ana Isabel Esteves  
USF São João Enxagelista dos Loios

**Introdução:** Em Portugal, o envelhecimento populacional está a aumentar. Em 2011, cerca de 19% da população portuguesa tinha 65 ou mais anos de idade. Dado o impacto das doenças crónicas do idoso, é de interesse conhecer as intervenções baseadas na evidência que aumentam a esperança média de vida, ao mesmo tempo que promovem a qualidade de vida.

**Objectivos:** Enumerar medidas preventivas primárias, secundárias e terciárias no idoso, com evidência científica, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

**Material e métodos:** Pesquisa de recomendações nacionais e internacionais de referência sobre medidas preventivas, aplicáveis em Portugal.

**Resultados:** Encontraram-se recomendações da Direcção Geral de Saúde, Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Oncológicas





gicas 2007/2010, *United States Preventive Services Task Force e The Royal Australian College of General Practitioners*.

**Discussão/Conclusões:** Em Portugal, a Direcção Geral de Saúde é o organismo responsável pela regulamentação, orientação e coordenação da promoção da saúde e prevenção da doença, sendo a referência das recomendações nacionais, concordante com a maioria das recomendações internacionais. Quando discordantes, optou-se pelas recomendações nacionais, já que se pretende aplicação na população portuguesa. As medidas preventivas não devem basear-se só em recomendações rígidas, mas também na medicina intuitiva e bom senso de cada médico. O Médico de Família tem um papel fundamental na abordagem individualizada e hierarquização das prioridades das medidas preventivas. O aumento da esperança média de vida, com saúde e autonomia, deve ser encarado como uma oportunidade e um objectivo a atingir.

## POSTER 25

### QUAIS OS EXERCÍCIOS QUE DEVEMOS RECOMENDAR NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DE COXARTROSE E GONARTROSE?

Maria Paz Calheiros, Ana Sanches, Maria Teresa Costa  
Centro de Saúde da Lapa

**Introdução:** Em Portugal a coxartrose e gonartrose têm uma elevada prevalência que aumenta com o decorrer da idade acarretando elevados custos directos para os indivíduos e sistemas de saúde. Os Cuidados de Saúde Primários estão em posição privilegiada para prevenir determinantes modificáveis destas patologias como sendo a prática correcta de exercício físico (EF).

**Objectivo:** Rever a evidência do EF na prevenção primária (PP) e secundária (PS) da coxartrose e gonartrose e sistematizar os exercícios de força que contribuem para prevenir o seu aparecimento e evolução.

**Metodologia:** Pesquisa de artigos de revisão na base de dados da *Pubmed, Cochrane e uptodate* com os termos *osteoarthritis and primary and secondary prevention and exercise*; Foram vistos 233 abstracts e seleccionados 55 artigos.

**Resultados:** Na PP é incentivada a prática de EF. Além do exercício aeróbio recomendam-se exercícios de força dos grupos musculares principais.

Na PS o exercício é tratamento de primeira linha para a gonartrose. Para coxartrose, há estudos que verificaram uma melhoria mais significativa com terapia manual do que com exercício, outros, ainda a decorrer, apontam para resultados satisfatórios no fortalecimento de grupos musculares específicos.

Neste poster serão representados exemplos de exercícios de força, preconizados na PP e PS de coxartrose e gonartrose, passíveis de serem sugeridos no decorrer das consultas.

**Conclusão:** Existem vários níveis de evidência que apontam para a associação entre a prática correcta de exercício e a prevenção da ocorrência e evolução de coxartrose e gonartrose, sendo poucos os estudos que demonstram especificamente quais os melhores exercícios a recomendar.

## POSTER 26

### “SER IDOSO...CUIDADO!!! FRÁGIL...”

Adriana Felvas; Ana Palhares Delgado; Carla Almeida; Cátia Silva; Jessica Costa  
USF Famílias Lourosa, Santa Maria da Feira

**Introdução:** Síndrome de fragilidade é um conceito a reter numa po-

pulação a envelhecer. Ainda com poucos dados disponíveis sobre a sua incidência e prevalência, este síndrome é caracterizada pela diminuição da reserva funcional e prejuízo na capacidade adaptativa. Múltiplos fatores estão envolvidos, porém sem uma definição clara e consensual, constituindo um forte preditor de mortalidade na população de idosos, devendo ser incluída na rotina de avaliação diagnóstica dos clínicos, que lidam com este público-alvo.

**Objetivos:** Analisar através de uma revisão sistemática da literatura, as definições e os marcadores desta síndrome. Alertar os clínicos para a importância da sua deteção precoce Apelar aos três níveis de prevenção. Reforçar o papel do médico de família na abordagem multidisciplinar no idoso com risco de fragilidade.

**Material e Métodos:** A realização deste trabalho de revisão baseou-se em guidelines, normas de orientação clínica e artigos de revisão publicados na última década, pesquisados em sítios de Medicina baseada na evidência, usando como *Mesh-terms: frail elderly/elders ou frailty*.

**Resultados:** Os estudos incluídos na revisão demonstraram que a síndrome da fragilidade é uma medida preditiva de alterações adversas de saúde; incapacidade para mobilidade, ABVD e AIVD; institucionalização e morte em idosos.

**Discussão/Conclusões:** Esta revisão prediz a necessidade de investirmos no conhecimento sobre o Síndrome de Fragilidade, tornando-se fundamental uma consciencialização clínica para o mesmo, que nos permita contribuir para um envelhecimento saudável, actuando nos vários níveis da sua prevenção nos CSP.

## POSTER 27

### PATOLOGIA ORAL NO IDOSO

Ana Catarina Pereira, Leonor Troni, Vanessa Araújo Carvalho  
USF Servir Saúde, USF Rodrigues Migueis, USF Sobreira

**Introdução:** A saúde oral é considerada como uma parte integrante da saúde geral, sendo um dos objectivos do Programa Envelhecimento Activo da Organização Mundial de Saúde. A prevalência da patologia oral no idoso é considerada significativa, podendo afectar o nível nutricional, o bem estar físico e mental e promover o isolamento social. No doente idoso, o risco de doenças orais acresce pela elevada prevalência de co-morbilidades e polimedicção.

**Objectivo:** Rever a evidência existente sobre a patologia oral no idoso, suas particularidades, relação com as doenças sistémicas e impacto na qualidade de vida.

**Metodologia:** Procedeu-se a pesquisa bibliográfica nas bases de dados de *Evidence Based Medicine*, utilizando os descritores *MeSH: Elderly, Geriatric, Oral Disease, Oral Pathology, Primary Care*. A pesquisa foi limitada a artigos em inglês, português e espanhol, publicados entre 2001 e 2012.

**Discussão:** A doença periodontal, as cáries dentárias, as lesões da mucosa oral e a xerostomia são as patologias orais mais frequentes no idoso. A doença periodontal e as cáries representam as principais causas de perda dentária. Têm como factores de risco o tabagismo, diabetes, fármacos, alterações hormonais, acumulação de placa bacteriana, disfunção das glândulas salivares, higiene oral precária e diminuição da função motora oral. A xerostomia afecta cerca de 30% dos idosos, tendo como principais causas a medicação, doenças sistémicas, radioterapia da cabeça e pescoço, tabagismo e disfunção das glândulas salivares. Uma grande variedade de lesões da mucosa oral pode surgir associada ao uso de próteses fixas e removíveis, sendo as hiperplasias, as estomatites, as úlceras traumáticas e as candidíases as mais frequentes. O médico de família deve também estar atento para possíveis lesões pré-malignas (leucoplasias, a queilite actínica) e malignas, como o carcinoma de células escamosas e espinocelular.



**Conclusão:** O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, incluído no Plano Nacional de Saúde, foi alargado às pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário - Projecto de Saúde Oral nas Pessoas idosas (SOP). Através deste projecto pretende-se promover o tratamento de problemas da saúde oral e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nas pessoas idosas. Estes cuidados serão pagos através de "cheques-dentista" personalizados, no máximo de dois por ano. Assim mostra-se imperativo a promoção/prevenção da saúde oral, doméstica precoce e uma relação de proximidade entre o Médico de Família e o Médico dentista/Higienista oral pela estreita relação entre a saúde oral e a saúde geral.

## POSTER 28

### TREMOR ESSENCIAL – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diana Duarte<sup>1</sup>; Clara Mendes<sup>2</sup>; Catarina Garcez<sup>2</sup>

USF Tejo<sup>1</sup>; UCSP Olivais<sup>2</sup>; USF São João Evangelista dos Loios<sup>3</sup>

**Introdução:** O tremor é uma oscilação rítmica involuntária de uma parte do corpo. Dos vários tipos de tremor, o tremor essencial é a causa neurológica mais comum de tremor de ação ou postural. A sua prevalência na população >65 anos é de 14%. De causa multifatorial, a sua origem anatomofisiológica é ainda incerta.

**Objetivo:** Revisão narrativa do diagnóstico diferencial do tremor essencial.

**Material:** Artigos de revisão pesquisados na PubMed-NCBI® e UpToDate®, em Abril de 2012, utilizando os termos: essencial tremor, tremor, treatment of, differential diagnosis, clinical.

**Resultados:** A história clínica é obrigatória na avaliação primária de qualquer tipo de tremor. Uma vez confirmado que se trata desta entidade, o tremor deve ser descrito de acordo com as suas características intrínsecas: localização anatómica, circunstâncias de ativação, frequência e amplitude. Existem provas semiológicas simples que podem auxiliar no diagnóstico diferencial.

O tremor essencial é uma forma de tremor postural, simétrico, que afeta essencialmente mãos. Pode associar-se a história familiar positiva, melhorando com pequenas quantidades de álcool. Esta patologia, de difícil diagnóstico, é frequentemente confundida com o tremor parkinsoniano.

**Conclusão:** O tremor essencial é uma alteração do movimento cuja prevalência aumenta com a idade. O seu diagnóstico é clínico, sendo a colheita da história e o exame físico os seus alicerces. Na prática da consulta é necessário um conhecimento alargado das diversas patologias que o podem mimetizar e das diferentes técnicas semiológicas necessárias para a sua diferenciação, que é complexa e nem sempre isenta de dúvidas.

## POSTER 29

### VACINAÇÃO ANTI-PNEUMOCÓCICA EM IDOSOS: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA COBERTURA VACINAL

Sofia Feijó Correia

Centro de Saúde de Ponta Delgada - Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel

**Introdução:** A vacinação anti-pneumocócica é aconselhada por rotina no idoso para a prevenção da doença pneumocócica invasiva, que representa uma causa maior de morbimortalidade, atingindo aproximadamente 60% dos idosos. A vacina anti-pneumocócica polissacárida polivalente com 23 serótipos é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a todos os indivíduos com idade superior ou igual a 65 anos.

**Objetivos:** Avaliar a qualidade da imunização pela vacina anti-pneumocócica dos idosos pertencentes aos ficheiros dos Médicos de Família da Unidade de Saúde (US) onde foi realizado o estudo.

**Material e Métodos:** Dimensão Estudada: Adequação técnico-científica. Unidade de Estudo: Utentes com idade superior ou igual a 65 anos em 31 de Dezembro de 2011 inscritos na lista dos 4 Médicos de Família da US. Tipos de Dados: Dados da ficha de vacinação. Fonte de Dados: Ficheiro de vacinação. Tipo de Avaliação: Avaliação interna em regime de anonimato. Relação Temporal: Avaliação retrospectiva. Critérios de Avaliação: A todos os idosos deve ser recomendada a vacinação anti-pneumocócica de acordo com as diretrizes da OMS. Critérios de Exclusão: Idosos sem Médico de Família; com registo de vacinação na US e Médico de Família não pertencente à mesma; idosos que faleceram. Critério Avaliado: registo da administração da vacina anti-pneumocócica em utentes com idade 65 anos a 31 de Dezembro de 2011. Critério de Qualidade: Bom se registo superior ou igual a 75%; Suficiente se superior ou igual a 50% e inferior a 75%; Insuficiente se superior ou igual a 25% e inferior a 50%; e Muito Insuficiente se inferior a 25%. Colheita de Dados: Observação direta dos ficheiros de vacinação entre 15 e 30 de Abril de 2012. Seleção da Amostra: Através do programa informático Consultórios6® observou-se que 1584 idosos estavam inscritos na US em Dezembro de 2011. O tamanho da amostra foi calculado para uma frequência esperada de 8,6% com base nos resultados obtidos num estudo semelhante efetuado num centro de saúde português, um nível de confiança de 95%, e uma precisão desejada de 5%. Obteve-se uma dimensão amostral de 112 idosos, que foram selecionados de forma aleatória sistemática com reposição. Após a seleção confirmou-se se os mesmos tinham ou não Médico de Família na US através do programa informático MedicineOne®. Tratamento de Dados: programa informático Numbers® 2011. Intervenção Prevista: educacional e estrutural.

**Resultados:** Dos utentes incluídos no estudo 67 (59,8%) correspondiam ao sexo feminino. Em 102 (91,1%) fichas de vacinação não se encontrou registo de administração da vacina pneumocócica. Apenas em 10 (8,9%) fichas de vacinação este registo estava presente (taxa de prescrição média de 8,9%; IC a 95%; 3,6% - 14,2%) o que corresponde a um padrão de qualidade Muito Insuficiente.

**Discussão/Conclusão:** A pequena taxa de vacinação anti-pneumocócica neste grupo etário poderá estar associada à ausência de normas de orientação clínica definidas em Portugal para a sua prescrição. No grupo que foi submetido a vacinação, 80% foram vacinados no ano de 2009 que coincide com o ano em que ocorreu o surto do vírus H1N1 que provavelmente contribuiu para a sensibilização de médicos e utentes para a adoção de medidas preventivas para doenças infecciosas do foro respiratório, nomeadamente pneumonia. O facto de que alguns doentes recebem a vacina no hospital, farmácias, e consultórios privados poderá também ter contribuído para os resultados obtidos porque a administração da mesma por vezes não fica registada nos ficheiros de vacinação da US.

## POSTER 30

### ÚLCERAS DE PRESSÃO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM LAR DE TERCEIRA IDADE

Mafalda Bastos, Carla Bastos

Santa Casa da Misericórdia de Ovar, USF Santa Joana

**Introdução:** A presença de úlceras de pressão (UP) é uma realidade presente nos cuidados de saúde, sendo fundamental que o enfermeiro desenvolva um plano individual de cuidados para a sua prevenção e tratamento.

**Objectivo:** Avaliar a qualidade do tratamento das UP nos idosos institucionalizados.

**Metodologia:** Dimensão estudada: adequação técnico-científica. Uni-



dade de estudo: registos de enfermagem. Tipo e fonte de dados: processo. Período de avaliação: Janeiro e Abril de 2012. Avaliação: interna, inter-pares e retrospectiva. Critérios: avaliados em todos os idosos com UP: 1) alternância de decúbitos; 2) colchão de pressão alterna; 3) avaliação do estado nutricional; 4) avaliação do estado de hidratação; 5) avaliação das zonas de pressão; 6) caracterização da ferida; 7) melhor opção terapêutica. Tratamento dos dados: Excel 2010® Medidas correctivas: educacionais.

**Resultados:** Primeira avaliação (Janeiro/2012): total de 9 idosos com UP, com os resultados de cumprimento 1) 55.6%; 2) 88.9%; 3) 33.3%; 4) 33.3%; 5) 33.3%; 6) 100%; 7) 100%. Reavaliação (Abril/2012): total de 9 idosos com UP e resultados de cumprimento 1) 55.6%; 2) 55.6%; 3) 33.3%; 4) 22.2%; 5) 88.9%; 6) 100%; 7) 100%.

**Discussão/Conclusão:** Nas duas avaliações o número de idosos com UP foi igual. Apenas 3 mantiveram UP, 6 tiveram resolução completa e outros tantos desenvolveram-na. Assim, para além do tratamento, serão igualmente importantes medidas preventivas. Uma limitação é o pequeno número de idosos com UP. Apenas um dos critérios (5) apresentou melhoria e dois pioraram (2 e 4). Salienta-se ainda cumprimento a 100% dos critérios 6 e 7. A intervenção realizada não teve o impacto pretendido, logo novas estratégias terão de ser desenvolvidas.

## POSTER 31

### LESÕES CUTÂNEAS NO IDOSO

Joana Pereira da Silva, Tracy Gouveia  
USF Cuidar Saúde, Seixal

**Introdução:** A pele sofre alterações degenerativas progressivas com a idade, relacionadas com factores intrínsecos e extrínsecos, levando a alterações na sua estrutura e função, como diminuição da resposta imune, das fibras elásticas e da espessura da pele, assim como atrofia vascular e das glândulas sebáceas, entre outras. Nesta população com multi-patologia os problemas dermatológicos são muitas vezes colocados em segundo plano, no entanto estima-se que pelo menos 7% das consultas médicas estejam relacionadas com patologia dermatológica e que mais de 50% da população idosa saudável tenha doença cutânea tratável, sendo de extrema importância o diagnóstico correcto e atempado, uma vez que este grupo etário apresenta uma incidência e prevalência de patologia dermatológica potencialmente grave superior ao da população geral. O diagnóstico diferencial e tratamento no idoso nem sempre é fácil, devido às características da pele e a outros factores.

**Objectivos:** Com este trabalho, pretende-se identificar as patologias cutâneas mais frequentes no idoso, associadas com o processo de envelhecimento da pele.

**Métodos:** Pesquisa de artigos de revisão e *guidelines* na *PubMed* publicados de 2001 a 2011, em português, inglês e espanhol, com as palavras-chave: *skin diseases* e *elderly*, utilizando os descritores *MESH*.

**Resultados:** A patologia cutânea no idoso pode dividir-se em lesões resultantes de exposição solar, patologia vascular, patologia infecciosa, dermatoses inflamatórias e expressão cutânea de patologias auto-imunes. Dentro das lesões resultantes de exposição solar, as mais frequentes são as queratoses seborreicas, angiomas rubis e queratoses actínicas. As patologias vasculares mais frequentes são: a dermatite de estase, as úlceras de pressão, e a rosácea. Dentro da patologia infecciosa da pele no idoso, destaca-se a infecção a Herpes zoster (zona), sendo a nevralgia pós-herpética a complicação mais frequente, e as infecções ungueais (onicomicoses). As dermatoses inflamatórias mais

frequentes são: xerose, prurido, eczema, dermatite de contacto e dermatite seborreica. Em relação à expressão cutânea de patologias auto-imunes, destaca-se o penfigóide bulhoso, penfigóide membranoso, penfigo vulgar, penfigo paraneoplásico e líquen escleroso.

**Conclusão:** Todos os médicos têm um papel importante na avaliação de lesões da pele, no entanto o MF, pela sua proximidade a esta população, tem um lugar privilegiado para um diagnóstico precoce e prescrição de um esquema terapêutico mais adequado às necessidades e limitações do idoso.

## POSTER 32

### NUTRIÇÃO: FACTOR ADJUVANTE NA PREVENÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Diana Calixto, Elda Freitas, Rita Palma, Tatiana Vasconcelos  
Hospital de Pulido Valente

**Resumo:** Os cuidados de enfermagem têm apresentado uma crescente evolução na área da prevenção e tratamento de úlceras por pressão. Na prevenção do desenvolvimento das mesmas é essencial ter em conta todos os factores inerentes ao seu desenvolvimento (intrínsecos e extrínsecos). No que concerne aos factores intrínsecos inclui-se o estado nutricional, assumindo-se que uma nutrição adequada tem um papel fulcral na prevenção de desenvolvimento de úlceras por pressão em indivíduos com alto risco. O nosso objectivo é correlacionar a intervenção nutricional apropriada com a prevenção de úlceras por pressão em doentes internados em instituições hospitalares. A avaliação do estado nutricional do indivíduo é uma intervenção de enfermagem, que deve passar pela monitorização de indicadores antropométricos (peso corporal, índice de massa corporal e espessura da prega cutânea), factores que influenciam a ingestão alimentar e hídrica (estado de consciência, dificuldades na mastigação e deglutição, anorexia entre outros) e da observação física em que se pode avaliar, por exemplo, hidratação e coloração de pele e mucosas. É relevante não descurar a importância dos hábitos alimentares, assim como os aspectos sociais e culturais, para os quais os enfermeiros deverão estar despertos no planeamento das suas intervenções. A abordagem a indivíduos cujo rastreio nutricional demonstre propensão para desenvolver úlceras por pressão por se apresentarem desnutridos ou em risco nutricional, deve ser multidisciplinar no sentido de ser administrado suporte nutricional suplementar e implementadas estratégias para colmatar esta carência como factor adjuvante na prevenção de desenvolvimento de úlceras por pressão.

## POSTER 33

### A ALIMENTAÇÃO E O IDOSO

Enf.ª Clotilde Simões, Enf.ª Cristina Marques, Enf.ª Raquel Neves, Enf.ª Tânia Cardoso, Prof. Doutor João Gorção Clara  
Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa/ Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente

A nutrição é considerada uma das bases da saúde, sendo essencial para o crescimento e desenvolvimento normal, assim como para a manutenção e reparação de tecidos, metabolismo celular e funções orgânicas (Food and Nutritional Board). A malnutrição é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nos países desenvolvidos. Este facto é preocupante, visto que, além de a malnutrição ser de causa multifactorial, nos idosos, este risco encontra-se mais aumentado. Durante uma doença aguda, o padrão nutricional da pessoa sofre alterações, podendo ter consequências no processo de absorção de nutrientes e consequentemente na evolução da doença. As alterações causadas pela doença e pela alteração do padrão nutricional vão re-



percutir-se na capacidade funcional do indivíduo e na sua qualidade de vida (Fogaça, K.; Leandro-Merhi, V.; Oliveira, M., 2009).

A situação descrita pode despoletar desnutrição. E esta pode ter diversas causas, desde a comorbilidade, polimedicação, alteração do paladar, da mastigação, degradação física ou défice cognitivo, associados à fragilidade do idoso, pode ter consequências graves no estado geral da pessoa e em particular no seu estado nutricional.

Assim é necessário que os profissionais de saúde estejam despertos para estas situações e possuam o conhecimento necessário para identificar à primeira observação as necessidades da pessoa idosa.

**Bibliografia:** Fogaça, K.; Leandro-Merhi, V.; Oliveira, M.; Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. *Nutrition Journal*. 2009, 8:54; Food and Nutrition Board da National Academy of Sciences – Recommended Dietary allowances RDA.

## POSTER 34

### DEMÊNCIA: UM SINAL DE ALERTA

Ana Margarida Menezes, Fátima Dinis  
USF de Ronfe

**Enquadramento:** A demência é uma síndrome caracterizada por perda progressiva de memória e de capacidades cognitivas. A maioria dos casos é causada pela doença de Alzheimer, embora também possa ser de causa vascular, metabólica/tóxica, emocional, nutricional, tumoral, traumática ou infecciosa.

**Relato de caso:** V.F.A., sexo masculino, 67 anos, hipertenso, previamente independente para as actividades da vida diária e único cuidador da esposa dependente. Foi trazido ao Médico de Família a 28/02/2012 por alterações da memória, tremor, dificuldades na marcha e cansaço. Foram objetivadas alterações da memória, tremor de intenção, ataxia da marcha, com MMSE com critério de défice cognitivo. Foi medicado com idebenona e magnésio, foram implementadas medidas de apoio domiciliário e optou-se por reavaliar dentro de um mês. Na reavaliação apresentava parestias no membro inferior direito e verborreia, mantendo MMSE com critérios de défice cognitivo. Após estudo analítico e imagiológico com TC crânio-encefálica foi constatada uma volumosa lesão expansiva/infiltrativa temporo-insular esquerda, com efeito de massa, altamente sugestiva de lesão neoplásica. Foi transferido para o Hospital de referência e posteriormente para o serviço de Neurocirurgia do Hospital de Braga onde foi diagnosticado um glioblastoma grau IV e proposto para radioterapia.

**Discussão:** Dada a elevada prevalência desta síndrome, envelhecimento da população e o impacto familiar desta condição, é importante a sensibilização dos Médicos de Família. Neste caso a perda rápida de capacidades cognitivas alertou para outras etiologias, nomeadamente a patologia tumoral. Este caso ilustra a importância da correta avaliação diagnóstica das demências, embora os casos associados a tumor cerebral sejam raros.

## POSTER 35

### ABORDAGEM DA DEMÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria Sofia Cordeiro, Barbara Anahory, Raquel Martins  
Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel

**Introdução:** À medida que a esperança média de vida avança, a prevalência de demência aumenta. Estima-se que mais de um terço dos indivíduos acima dos 80 anos irá desenvolver esta patologia. A demência é uma síndrome clínica multifactorial que se caracteriza por um declínio cognitivo, com atingimento da memória e de outras funções mentais

(linguagem, percepção, praxias e funções executivas) que interfere significativamente com o desempenho social ou profissional.

**Objetivos:** Delinear linhas orientadoras para a abordagem e avaliação inicial de uma possível demência, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

**Material e métodos:** Revisão clássica baseada na pesquisa bibliográfica em livros de texto, artigos de revisão e guidelines em bases de dados científicas, utilizando os termos *MeSH Dementia* e *Primary Health Care*.

**Resultados:** As dificuldades de memória são uma das queixas mais frequentes dos idosos. Na prática clínica a maior dificuldade está no diagnóstico diferencial entre demência e défice cognitivo associado ao envelhecimento normal. Assim a avaliação de um idoso com queixas de défice cognitivo implica uma história clínica cuidada, um exame físico no qual deve ser dada especial atenção ao exame neurológico, exame do estado mental (MMSE) e avaliação do estado funcional. Os exames complementares de diagnóstico são necessários para exclusão de causas reversíveis de demência.

**Conclusão:** A demência é uma síndrome frequente no idoso, com grande impacto familiar. O Médico de Família tem um papel fundamental no diagnóstico precoce, elaboração de estratégias de tratamento e intervenções de reabilitação do doente, assim como aconselhamento da família.

## POSTER 36

### DEMÊNCIAS - COMO DIAGNOSTICAR?

Ana Margarida Duarte, Ana Escola, Ana Luisa Rodrigues, Joana Alves  
USF São João Evangelista dos Lóios, UCSP de Marvila, USF Andreas

**Introdução:** A demência, síndrome clínica caracterizada pelo desenvolvimento de défices cognitivos que interferem com o funcionamento social e ocupacional, é uma patologia de tendência crescente dado o envelhecimento demográfico. Com etiologia, manifestações e evolução variadas, as síndromes demenciais são muitas vezes subvalorizadas.

**Objetivo:** Criar um algoritmo que oriente o Médico de Família no diagnóstico das várias síndromes demenciais, facilitando a sua detecção, orientação e terapêutica precoces.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica de artigos de revisão nas bases de revisões UpToDate e Medscape e em livros de referência.

**Resultados:** As síndromes demenciais podem, do ponto de vista operacional, dividir-se em primárias, secundárias, corticais e sub-corticais. Perante a suspeita de demência é essencial que esta seja confirmada por uma entrevista cuidada com o doente e familiares e por uma avaliação do estado mental do doente através de testes neuropsicológicos e de actividades da vida diária. Após confirmação diagnóstica deve investigar-se a causa subjacente através de uma história e exame médico detalhados, bem como de exames complementares pertinentes. É imprescindível identificar e distinguir as demências secundárias (por abuso de substâncias, carencial, depressão maior, entre outras), potencialmente reversíveis, das demências primárias (Doença de Alzheimer, demência fronto-temporal, vascular, entre outras), habitualmente passíveis de referenciação.

**Conclusão:** O Médico de Família constitui em muitas situações o primeiro contacto de doentes e cuidadores no que respeita a inúmeras patologias, nomeadamente a Neurológica/Psiquiátrica. A abordagem das demências obriga assim a uma sistematização, para que seja feito um correcto diagnóstico e referenciação aos cuidados de saúde secundários.



## POSTER 37

### SERÁ DEMÊNCIA?

Manuela Carvalho, Helena Lopes, João Brites Pereira  
USF Ars Medica - ACES Grande Lisboa VI, USF das Conchas - ACES Grande Lisboa I

**Introdução:** A demência é frequente no idoso e tem aumentado nos países industrializados, com repercussões económicas e de saúde pública. Quanto à etiologia, as demências podem ser degenerativas e não degenerativas. O Médico de Família (MF) deve estar apto a identificar os casos de demência para fazer uma intervenção atempada e minimizar as suas consequências.

**Objectivos:** Fazer uma revisão das principais causas de demência e da sua abordagem inicial, sensibilizando os MF para a importância da identificação e intervenção precoces.

**Métodos:** Revisão do tema através da pesquisa de artigos científicos na base de dados *PubMed* e consulta de outros sites e revistas de referência.

**Resultados:** As causas mais frequentes de demência degenerativa são a Doença de Alzheimer, a Demência Fronto-Temporal e a Demência por corpos de Lewy. Já a causa não degenerativa mais frequente é a Demência Vascular. Na suspeita de demência, a abordagem deve incluir uma anamnese cuidada (medicação, hábitos nocivos e sintomas neurológicos, depressivos ou de doença sistémica), com avaliação do estado mental e funcional e um exame objectivo completo com exame neurológico sumário. Podem ser pedidos exames complementares, quer analíticos, quer imagiológicos.

**Conclusão:** Na suspeita de demência, a abordagem inicial deve incluir história clínica com avaliação física geral, neurológica, mental e funcional. O diagnóstico precoce da demência é crucial para o seu prognóstico, sendo fundamental que o MF esteja ciente dos seus sinais e sintomas, bem como das principais causas.

## POSTER 38

### DEPRESSÃO DO IDOSO

Ana Rita Durrão, Ana Catarina Rodrigues  
USF S. Domingos

**Introdução:** De acordo com estudos realizados na Europa 12,3% dos idosos estão deprimidos. Por outro lado, sabe-se que 17 a 30% dos que procuram a consulta médica têm depressão. Processos relacionados com o envelhecimento, nomeadamente a reforma e a diminuição da capacidade funcional a par da aquisição de novos papéis sociais e familiares próprios desta fase, podem desencadear um síndrome depressivo. Sendo esta uma patologia clinicamente pouco expressiva, com muitos factores de confundimento é necessário estar alerta, diagnosticando e intervindo atempadamente.

**Objectivos:** Caracterizar a depressão nos idosos. Saber como abordar esta patologia à luz da evidência actual.

**Material e métodos:** Foi realizada uma pesquisa de artigos publicados nas bases de dados *Medline/Pubmed*, *Cochrane Library* e *Tripdatabase* entre 2007 e 2012, com as palavras *Mesh Depressive disorder*, *Aged*, *80 and over*. Foram também pesquisados artigos em Revistas Portuguesas de Referência. Foram seleccionados 33 artigos de acordo com a sua relevância clínica e tipo de estudo.

**Resultados:** Estima-se que a depressão afete 5-10% da população acima dos 65anos. Tem como factores de risco mais frequentes o sexo feminino, viuvez, associação a doenças crónicas, antecedentes de patologia psiquiátrica, institucionalização e baixo nível sócio-educacional. Este quadro clínico pode ter uma apresentação clínica multiforme e

subtil com sintomas diversos e coincidentes com outras doenças físicas. É de suma importância uma abordagem holística, fazendo o diagnóstico diferencial com doença orgânica e demência. Neste contexto, é útil a utilização de escalas diagnósticas concebidas para esta faixa etária, sendo a mais usual a Geriatric Depression Scale. A abordagem desta patologia é multidisciplinar e assenta em quatro pilares fundamentais: terapêutica farmacológica e não farmacológica, prática de exercício físico, novas aprendizagens e socialização.

**Discussão/conclusões:** É essencial o Médico de Família estar alerta e avaliar os idosos do seu ficheiro. Esta avaliação deve ser completa em toda a sua dimensão biopsicossocial. Só desta forma poderá diagnosticar precocemente a depressão a fim de conseguir um plano adequado de tratamento com a melhor utilização de recursos farmacológicos e não farmacológicos. Estes permitirão evitar a incapacidade e promover a independência do idoso.

## POSTER 39

### HIPONATRÉMIA NO IDOSO INDUZIDA POR ANTIDEPRESSIVOS

Ana Duarte, Ana Henriques, Raquel Botto  
USF Mactamá, Aces X Cacém-Queluz

**Introdução:** A hiponatremia constitui o distúrbio electrolítico mais frequente, aumentando a incidência com a idade, sendo especialmente prevalente no idoso. Na maioria dos casos, é ligeira e assintomática, no entanto, pode associar-se a morbi-mortalidade significativa. Diversos estudos demonstram a relação etiológica entre hiponatremia e antidepressivos, principalmente no idoso, o que tem implicações na prática clínica.

**Objectivos:** Revisão do conhecimento científico sobre a acção da terapêutica antidepressiva na etiologia da hiponatremia no idoso. Métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *MedLine*, *UpToDate* e *BMJ*, utilizando as palavras chave *Mesh antidepressant*, *elderly*, *hyponatremia*, *SSRI*, *SNRI*, *tricyclic*. A pesquisa foi limitada a artigos escritos em português e inglês publicados de 2000 a Março 2012.

**Resultados:** Múltiplos factores predispoem o idoso ao desenvolvimento de hiponatremia, nomeadamente condições fisiológicas e diversas patologias. A terapêutica antidepressiva pode agravar este risco, sendo o mecanismo mais consensual o desenvolvimento de síndrome de secreção inapropriada de hormona anti-diurética. A hiponatremia surge geralmente no primeiro mês após instituição de terapêutica, pelo que é aconselhável a monitorização da natremia. Se detectada hiponatremia, a primeira atitude deverá ser a descontinuação do agente causal provável.

**Discussão/Conclusões:** Apesar de ser um dos efeitos adversos menos descritos, a hiponatremia associada aos antidepressivos é um dos mais prevalentes no idoso. Assim, a prescrição desta terapêutica merece especial atenção por parte dos médicos, de forma a diminuir a iatrogenia. Apesar do extenso trabalho realizado, persistem incertezas na repercussão destes fármacos na natremia, sendo relevante o desenvolvimento de mais estudos.

## POSTER 40

### A PARTILHA DA FASE TERMINAL - VIVÊNCIA DO CASAL IDOSO

Catarina Pazes  
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja +, ACES Beja, ULSBA

**Introdução:** As atitudes face à morte diferem de cultura para cultura,



de país para país, de região para região e até de pessoa para pessoa e a forma como reagimos à morte depende de inúmeros factores que se conjugam diferentemente entre si e se relacionam principalmente com aspectos espaço-temporais, socioculturais, pessoais e educacionais. É uma realidade cada vez mais comum a existência de pessoas idosas a cuidar do seu cônjuge também ele idoso.

**Objectivos:** O objectivo deste tema é fazer uma revisão bibliográfica da literatura existente sobre a vivência da fase terminal pelo casal idoso.

**Metodologia:** Foi feita uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Medline*, *Cochrane* e *SciELO*, entre os anos 2002 e 2012, usando as seguintes palavras-chave: aging, envelhecimento, elder couple, terminal fase, pareja mayor e fase terminal. Foram aceites resumos em português, inglês e espanhol, com acesso a texto integral de livre acesso. Foram ainda consultados textos em livros e revistas portuguesas não indexadas.

**Resultados:** Morrer em casa ou numa instituição hospitalar parece depender de múltiplos factores nomeadamente da gravidade da doença, das capacidades físicas, psicológicas, financeiras e sociais do doente e sua família, entre outras.

**Discussão/Conclusões:** Quando estamos a falar de um cuidador principal idoso que vive só com o seu cônjuge idoso torna-se determinante o facto de haver a possibilidade de partilha e/ou apoio familiar relativamente ao processo de cuidar, tendo em conta que cuidar de uma pessoa dependente poderá ter impacto na qualidade de vida do cuidador.

## POSTER 41

### IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA NA DINÂMICA FAMILIAR - UM CASO CLÍNICO

Tânia Barcelos, Ana Furão  
ACES Alentejo Litoral - UCSP Santiago do Cacém, ACES Alentejo Litoral - UCSP Sines

**Enquadramento:** O impacto de uma doença crónica não afeta apenas o doente, mas estende-se a todo o universo familiar, impondo mudanças e exigindo reorganização na dinâmica familiar. O médico de família (MF) encontra-se numa posição privilegiada para diagnosticar os desequilíbrios familiares que daí possam surgir e intervir com a elaboração de um plano. O caso clínico apresentado é um exemplo de como uma doença crónica pode ter repercussões no seio familiar.

**Descrição do caso:** ACR, sexo masculino, 66 anos, caucasóide, casado, residente em Deixa-o-Resto, reformado. Pertence a uma família nuclear, classe média de Graffar, fase VIII do ciclo de vida de Duvall. Com antecedentes pessoais de dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, HTA e neoplasia maligna da pele (carcinoma basocelular) com metastização pulmonar, hepática e óssea. Como consequência da lesão primária apresenta lesão ulcerada extensa do dorso à esquerda com 12 anos de evolução, associada a dor crónica. Esta patologia, pela sua cronicidade e incurabilidade tem motivado a vinda do casal a várias consultas e a um desgaste do equilíbrio familiar.

**Discussão:** Para avaliação das relações familiares e o impacto familiar deste problema foi importante a utilização de alguns instrumentos, nomeadamente: Genograma, Psicofigura de Mitchel, Ciclo de Vida Familiar de Duvall, Circulo Familiar de Thrower, Apgar Familiar de Smilkstein e Linha de Vida de Medalie. Colocando no centro o nosso doente, é possível avaliar a ligação do doente e a repercussão da sua doença noutros elementos familiares, que muitas vezes se vêem confrontados com a necessidade de adquirir novos papéis. Cabe ao MF ajudar na orientação não só do doente como também da família, além da coordenação dos diferentes níveis de cuidados.

## POSTER 42

### O REGRESSO DA PESSOA IDOSA COM DOENÇA CRÓNICA E FAMÍLIA À SUA CASA

Helena Florêncio  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente

**Resumo:** Num período a que assistimos a um envelhecimento demográfico aliado a um aumento da prevalência da doença crónica, as políticas de saúde actuais preconizam que os objectivos dos cuidados de saúde passem de curar para capacitar as pessoas na gestão das suas condições crónicas sendo que, este processo ocorre na maioria das vezes no seio familiar. A evidência científica sugere que o planeamento da alta, quando estruturado, contribui para resultados positivos para o doente. Pela sua ausência, no Serviço onde prestado cuidados diariamente, proponho a implementação de um Projecto que tem como finalidade promover o Cuidado de Si das pessoas idosas com doença crónica e famílias na transição dos cuidados do hospital para casa. As actuais políticas de saúde ao preconizarem a redução de custos conferem uma pressão no sentido de diminuir o número de dias de internamento o que precipita, muitas vezes, situações de alta precoces. Este facto aliado ao conceito de iatrogenia do internamento para a pessoa idosa, que está associado à diminuição da sua capacidade funcional, constituem um grande desafio para os enfermeiros que têm de desenvolver planos de cuidados que permitam ao doente idoso não sofrer as consequências da iatrogenia descritas na literatura, continuar a promover a sua autonomia e bem-estar e, em simultâneo, preparar a família no sentido de adquirir competências para cuidar do seu membro com dignidade.

Os objectivos deste projecto são: Identificar as práticas de cuidados referentes à promoção do cuidado de si na transição dos cuidados do hospital para casa realizadas no Serviço; - Promover junto da equipa de enfermagem a implementação de intervenções, em parceria com a pessoa idosa e família, que visem a promoção dos cuidados na transição dos cuidados do hospital para casa; - Analisar os resultados das intervenções desenvolvidas pela equipa relativamente à promoção dos cuidados na transição dos cuidados do hospital para casa junto das pessoas idosas e das famílias.

## POSTER 43

### “UMA VIÚVA IDOSA E ALEGRE”

Ana Carina Rodrigues  
USF Conchas

**Resumo:** Utente do sexo feminino, 81 anos, raça indiana, autónoma nas actividades da vida diária, 6º ano de escolaridade, reformada e natural de Moçambique. Tem como antecedentes pessoais: hipertensão arterial, doença valvular cardíaca, dislipidemia, cardiopatia isquémica, patologia osteo-articular degenerativa, doença de refluxo gastroesofágico e osteoporose. Trata-se de uma idosa que reside sozinha, após a morte do marido há cerca de 1 ano por neoplasia do pâncreas de quem foi cuidadora nos últimos meses de vida em que esteve acamado. O luto decorreu sem complicações, com bom suporte familiar e social. Durante as consultas de vigilância médica, a utente demonstrou uma boa adaptação a esta etapa da vida com crescente interesse na realização de várias actividades socioculturais. Foram avaliados parâmetros de adaptação a esta fase de vida que transpareceram uma sensação de bem-estar físico e mental. Um ano depois a utente recorre a uma consulta de vigilância médica com queixas de ansiedade e tristeza associada à reacção das suas filhas e familiares, que desencorajavam a sua participação activa em actividades sociais após morte do marido



e atendendo a questões culturais e à sua idade comparativamente a outras viúvas. Foi efectuada uma pesquisa sobre o contexto cultural da comunidade indiana em situação de luto para poder ajudar a doente. O aconselhamento durante a fase de luto oferece uma oportunidade significativa para encorajar um processo natural e prevenir reacções patológicas. Geralmente a resposta ao luto é auto-limitada e previsível, mas existe uma grande variabilidade cultural inerente a este processo. O conhecimento de algumas especificidades culturais do luto em idade geriátrica permite ao médico de família antecipar possíveis dificuldades e promover estratégias que envolvem todo o contexto familiar e cultural.

## POSTER 44

### CUIDAR EM FIM DE VIDA: PROBLEMÁTICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Tatiana Morais  
Hospital Pulido Valente

**Resumo:** Os profissionais de saúde estão sujeitos diariamente à necessidade de tomada de opções no campo profissional que frequentemente esbarram em questões de foro ético em que coexistem soluções terapêuticas, cada uma delas arbitrariamente justificáveis à luz da opinião profissional e pessoal. Cabe a estes profissionais e seus formadores a procura de formação na área da ética da prestação de cuidados de saúde, auxiliar na tomada de decisões profissionais quotidianas assentes numa filosofia de cuidar com base no respeito pela condição humana. Esta problemática possui uma ênfase ainda maior no que concerne ao tratamento do doente em fase terminal num serviço de medicina, local onde a taxa de ocupação e a demora média de internamento são elevadas em que a população alvo é, maioritariamente idosa e com doenças crónicas de evolução prolongada e, muitas vezes, terminal.

Nestes locais é muitas vezes sonegado a estes pacientes o direito à sua privacidade, enquanto são realizadas tentativas de salvar a vida pela vida, sem qualquer respeito pela condição humana. Cabe a todos os profissionais de saúde, a prestação dos cuidados mais adequados ao paciente em fase terminal, para que possa vivê-la de uma forma condigna, bem como os entes que lhe são próximos. Este trabalho destaca a reflexão ética e a abordagem dicotómica médico/enfermeiro, procurando responder a interrogações e formular directrizes de acção flexíveis, de forma a construir um apoio firme para os profissionais que diariamente enfrentam situações de cuidar doentes com doença crónica terminal.

## POSTER 45

### CAPACITAÇÃO FAMILIAR

Tatiana Morais  
Hospital Pulido Valente

**Resumo:** O diagnóstico de doença de Alzheimer a um dos membros da Família F. conduziu a alterações das funções de família, como Risco de Síndrome de Burnout do Cuidador. Neste sentido, cabe ao enfermeiro promover uma implicação familiar nos cuidados globais dos seus membros, evitando desequilíbrios no seu processo saúde-doença, no sentido de que a família cuidada recupere o seu equilíbrio e harmonia. Torna-se importante a capacitação da família na resolução dos seus problemas, auxiliando-a a identificar os seus factores de stress e a fornecer-lhes empowerment para os ultrapassar, conduzindo-a a utilizar os recursos internos de cada um dos seus membros e as suas forças e da comunidade em que se inserem. O presente trabalho pretende demonstrar como a intervenção comunitária se torna fundamentação

na capacitação da família no sentido de esta se tornar capaz de cuidar de si e dos seus.

## POSTER 46

### A PESSOA IDOSA EM LUTO: A IMPORTÂNCIA DA VOSSA ATENÇÃO MÉDICA EM CONSULTA

Lídia Maria Henriques Rego  
Psicóloga Clínica, Mestranda de Cuidados Paliativos, formanda de I Curso Pós-Graduado de Aperfeiçoamento - Luto em Ciências da Saúde/ Centro de Bioética, Hospital de Santa Maria; Tutora de Gerontologia na FUNIBER

**Resumo:** O luto na terceira idade, em especial a vivência da viuvez, uma das maiores crises da terceira idade, tem características únicas que merecem a atenção de todos os profissionais de saúde. Proponho uma revisão e reflexão dessas mesmas características, apontadas nas revisões nacionais e internacionais, para que o processo de luto desta população específica beneficie do olhar mais consciente e atento por parte daqueles que muito frequentemente acompanham o sofrimento destas pessoas em consulta: médicos de família e médicos de especialidades que pelas múltiplas perdas de saúde do idoso, lhe são próximos. Esta atenção pode beneficiar não só o bem-estar holístico da pessoa, como ser apoio e contribuir ativamente para prevenção e intervenção em situações de risco de luto patológico que comprometem o envelhecimento saudável da pessoa idosa.

**Bibliografia básica:** Barbosa, A. (2010). Processo de Luto. In I. G. Neto, & A. Barbosa (Coords.) Manual de Cuidados Paliativos. Cap. 28. p. 487-532. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/ Centro de Bioética - Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa- Horácio, F. (2006). Psicogeriatría. Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica - Hansson, R. & Stroebe, M. (2007). Bereavement in late life: coping, adaptation, and developmental influences. Washington DC: American Psychological Association- Kissane, W. D. & Zaider, T. (2010). Bereavement. In: Hanks, G., Cherny, N., Christakis, N., Fallon, M., Kaasa, S. & Portenoy, R. (Coord.). Oxford Textbook of Palliative Care. P. 1483-1501. Oxford: Oxford university press- Petralanda V. L, Manzano T, Aedo C., Inda, G. & García-García J.A. (1996). El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. In: Atención Primaria.18 (9). P.475-479.- Villar, F. & Triadó (2006). Psicología de la vejez. Madrid: Alianza editorial

## POSTER 47

### AValiação DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Carla Bastos, Inês Leite da Silva, Ivo Reis, Yolanda Oliveira  
USF Santa Joana, USF BRIOSA

**Introdução:** O envelhecimento da população exige estratégias efectivas de acompanhamento e prevenção que implicam o conhecimento da capacidade funcional dos idosos.

**Objectivos:** Avaliar a capacidade funcional dos idosos numa USF, pelas Escalas de Actividade de Vida Diária (AVD) de Katz e Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody (LeB). Verificar associação entre dependência funcional e género, estado civil, escolaridade e coabitação.

**Metodologia:** Estudo transversal analítico, entre Setembro/2010 e Fevereiro/2011. Dos 990 idosos da USF seleccionaram-se aleatoriamente 297. Avaliaram-se, por inquérito, parâmetros sócio-demográficos e capacidade funcional pelas escalas referidas.

**Resultados:** Participaram 228 idosos, média de idades 78 anos ( $\pm 5.38$ ); 56.6% mulheres; 58.3% casados; 67.1% com 4 anos de



escolaridade; 47.8% coabitando com conjugue e um filho. A prevalência de dependência foi 12.3% na escala de Katz, 48.7% na de LeB. Verificou-se associação entre ambas na distribuição dependentes/independentes. Verificou-se que o grupo “dependentes” apresentava idade superior e escolaridade inferior, estatisticamente significativa. Constatou-se associação entre risco de dependência e estado civil “não-casado” na escala de Katz (OR 3.42 [IC95% 1.49-8.32]); cohabitância com filho (LeB: OR 5.62 [IC95% 2.29-15.58]; Katz: OR 3.62 [IC95% 1.41-8.93]) ou com outros familiares (LeB: OR 3.10 [IC95% 1.19-8.94]; Katz: OR 3.11 [IC95% 1.02-8.69]).

**Conclusão:** Verificou-se uma prevalência de dependência inferior à de outro estudo semelhante. A idade e menor escolaridade associam-se a risco de dependência. Associações menos espectáveis incluem estado civil “não casado” e cohabitância com filho e conjugue. Avaliar a dependência funcional e factores de risco auxilia-nos na prestação de cuidados dirigidos nesta população.

## POSTER 48

### OBSTIPAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO

Carolina Alexandra Raposo Antunes, Ana Alexandra Ferreira Neto  
UCSP DE S. SEBASTIÃO – Setúbal, USF FORTE - Forte da Casa

**Introdução:** A obstipação é um motivo frequente de consulta nos Cuidados de Saúde Primários, tendo um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. A obstipação funcional caracteriza-se por defecações difíceis, infrequentes ou sentidas por incompletas. Esta patologia atinge maioritariamente o sexo feminino e os idosos. O Médico de Família, como primeiro contato do doente, deve ter conhecimento da abordagem diagnóstica e terapêutica desta patologia.

**Objectivos:** Fazer uma revisão sobre as principais abordagens diagnósticas e terapêuticas nos doentes idosos com obstipação.

**Materiais e Métodos:** Pesquisa na base de dados *Medline/Pubmed, UpToDate, de guidelines*, revisões sistemáticas e meta-análises, publicados entre 2002 e 2012, em inglês e português, com as palavras-chaves: *constipation in older adult*.

**Resultados:** A obstipação, segundo os critérios de ROMA III, define-se de acordo com a frequência das defecções, volume, forma das fezes e o esforço requerido para defecar. A maioria dos casos tem etiologia funcional, devendo ser excluídas contudo as causas orgânicas, metabólicas, endócrinas, neurológicas, farmacológicas e dietéticas. A abordagem inicial da obstipação inclui anamnese e exame físico pormenorizados. A prevenção consiste na principal atitude terapêutica, através da modificação dos hábitos alimentares e prática de exercício físico. O recurso a laxantes é recomendado para os pacientes que não respondem à primeira medida.

**Conclusão:** A obstipação no idoso pode ser funcional ou secundária a outros factores etiológicos, pelo que se torna necessário uma abordagem diagnóstica detalhada. A primeira medida terapêutica consiste na modificação dos estilos de vida, sendo que o uso de laxantes deve ser utilizado de forma individualizada.

## POSTER 49

### TRATAMENTO MÉDICO DA OBSTIPAÇÃO CRÓNICA NO IDOSO

Joana Neves Pereira, Vanessa C. Alves  
USF S. João do Pragal, USF Amora Saudável

**Introdução:** A obstipação é um motivo frequente de procura dos cuidados de saúde. Não sendo uma consequência fisiológica do envelhecimento, a diminuição da actividade e a presença de comorbilidades podem contribuir para o aumento da prevalência nos idosos. Classifica-se como aguda ou crónica e pode ser primária/funcional ou secundária. A sua etiologia é multifactorial, o que pode contribuir para o atraso do diagnóstico e ineficácia do tratamento.

**Objectivo:** Rever a evidência disponível sobre o tratamento médico da obstipação crónica no idoso.

**Métodos:** Pesquisa de artigos de revisão, meta-análises, guidelines e normas de orientação clínica nas fontes bibliográficas: *MEDLINE/Pubmed, The Cochrane Library, Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, World Gastroenterology Organisation, Infarmed*. Publicações em língua Inglesa, Francesa, Espanhola e Portuguesa emitidas entre Janeiro de 2009 e Maio de 2012. Termos MeSH: *aged, constipation/therapy*.

**Resultados:** O tratamento médico divide-se em não-farmacológico e farmacológico. As medidas não farmacológicas englobam aumento da ingestão hídrica e do aporte de fibras, exercício físico regular, diário de hábitos intestinais, entre outros. O tratamento farmacológico inclui emolientes, laxantes de contacto (p.e. sene), laxantes expansores de volume (p.e. ispagula) e laxantes osmóticos (p.e. lactulose).

**Discussão/Conclusões:** Os laxantes osmóticos são seguros e bem tolerados. Não há evidência suficiente que comprove a eficácia dos laxantes de contacto e os emolientes têm eficácia limitada. O uso de laxantes expansores de volume deve acompanhar-se de ingestão hídrica adequada. Não há evidência que o reforço isolado da ingestão hídrica melhore a obstipação. O exercício físico tem apenas efeito preventivo.

## POSTER 50

### DISTÚRBO DA MARCHA NO IDOSO

Leticia Freire Cabral  
USF Dafundo- ACES Oeiras

**Introdução:** Os distúrbios da marcha são os principais responsáveis pelo compromisso funcional e morbidade acentuada na população idosa. Estima-se que afectem 15% das pessoas a partir dos 65 anos e mais de 80% dos idosos acima dos 85 anos. O controlo da marcha e da postura é multifactorial e um défice em qualquer dos níveis de controlo pode resultar num distúrbio.

**Objectivos:** Realizar uma revisão sobre as possíveis etiologias das perturbações da marcha.

**Material e métodos:** Pesquisa bibliográfica nas bases de dados *UpToDate e Medline/Pubmed*, com os descritores *MeSH: gait disorders and elderly*

**Resultados:** As alterações da marcha são definidas com base na realização de um exame neurológico cuidadoso em que se pode detectar uma marcha atáxica, espasticidade, fraqueza muscular, alterações na propriocepção ou desequilíbrio. A sua causa pode ser neurológica ou não-neurológica. As causas neurológicas são bastante variáveis e podem resultar de lesão do neurónio motor superior/inferior, miopatia, disfunção dos gânglios basais (Coreia, Atetose, Doença de Parkinson), paralisia supranuclear progressiva, disfunção do lobo frontal, hidrocefalia de pressão normal, encefalopatia aterosclerótica subcortical, disfunção vestibular ou psicogénica. As causas não neurológicas que podem estar envolvidas são: diminuição da acuidade visual, distúrbios reumatológicos, ortopédicos, dor, efeitos secundários de fármacos ou doenças cardíaco-respiratórias.

**Conclusões:** A maioria das perturbações da marcha está associada a factores multifactoriais e pode apresentar componentes neurológicos e





não-neurológicos. O impacto destas pode ser bastante grave e afectar a mobilidade, qualidade de vida, potenciando quedas, fracturas major, traumatismo craniano e redução da sobrevivência.

## POSTER 51

### FAMILIA E SAÚDE: JUNTOS PELO BEM-ESTAR DOS IDOSOS

Sandra Gorgulho  
Hospital de Faro

**Resumo:** A importância que as relações familiares têm na qualidade de vida das pessoas idosas é, desde sempre conhecida, porém, com todas as alterações económico-sociais e demográficas, tem surgido dificuldades no estabelecimento e fortalecimento destas relações. Tendo em atenção esta problemática e considerando as carências identificadas pelas 23 pessoas idosas utentes do Centro de Dia da Associação Ancora de Santa Luzia tomou-se a decisão de aí intervir de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e em particular para o fortalecimento das relações familiares dos seus beneficiários. Dada a recetividade que se verificou existir entre os utentes e seus familiares relativamente a atividades de promoção da saúde, foi desenhado um projecto de investigação-ação no qual se utilizou como estratégia um conjunto de atividades de promoção da saúde dos idosos com o objetivo geral do fortalecimento das suas relações familiares. Os objetivos específicos baseavam-se em testar estratégias que fortaleçam as relações familiares com os idosos; conseguir a colaboração da família na continuidade dos cuidados prestados aos idosos; estimular a comunicação entre os membros da família e minimizar sentimentos de solidão e isolamento nos idosos.

O desenvolvimento do projeto compreendeu um conjunto de quatro atividades de formação teórico-práticas sobre as principais patologias dos idosos institucionalizados as quais foram sujeitas a avaliação individualizada, através da aplicação de questionários e entrevistas semi-estruturadas.

A metodologia utilizada nesta investigação-ação foi uma investigação aplicada inserida no paradigma sistémico, delineada pelas características da metodologia indutiva e qualitativa.

De acordo com os resultados obtidos na investigação, verificou-se que estas atividades tiveram impacto a três grandes níveis: relações familiares, acompanhamento da pessoa idosa e saúde da pessoa idosa. A nível das relações familiares verificou-se uma melhoria na comunicação entre as pessoas idosas e familiares; partilha de experiências mais frequente e maior disponibilidade dos familiares para cuidar da pessoa idosa.

Relativamente ao acompanhamento da pessoa idosa, verificaram-se alterações a nível da associação e no domicílio. Na Associação, o acompanhamento à pessoa idosa destacou-se por uma maior empatia com as funcionárias e por haver uma maior interação entre a Associação e a família. No domicílio, o acompanhamento à pessoa idosa foi benéfico por haver mais informação disponível para a família e pela família mostrar maior preocupação em relação ao seu familiar idoso. No que diz respeito à saúde da pessoa idosa, as atividades desenvolvidas promoveram a autonomia e ofereceram maior conhecimento acerca das patologias e cuidados que a pessoa idosa deve ter.

## POSTER 52

### E QUANDO CHEGA A ALTURA DE COLOCAR AS CHAVES DO CARRO DE LADO?

Daniela Boleto, Catarina Pinheiro  
USF Emergir - São Domingos de Rana

**Introdução:** Existem diversos factores que intervêm na sinistralidade rodoviária, nomeadamente as condições da via, o veículo e o factor humano, sendo que este último parece ser o de maior importância quando se investigam as causas da sinistralidade rodoviária. Sabe-se também que estamos perante um envelhecimento da população mundial, o que se traduz num aumento de condutores com mais de 65 anos de idade. O envelhecimento não implica obrigatoriamente parar de conduzir, no entanto acarreta alterações fisiológicas que podem afectar a capacidade para o fazer, pelo que é essencial prestar atenção aos sinais de alerta e fazer os ajustes apropriados para uma condução segura, ou mesmo parar de conduzir se tal for o mais adequado.

**Objetivos:** Com este poster pretende-se rever a problemática da condução na população idosa, nomeadamente os sinais de alerta, assim como os passos de adaptação a uma nova realidade e as técnicas de abordagem do tema.

**Material e Métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados (*PubMed, UpToDate*) e outras publicações relacionadas com o tema (livros e revistas temáticas), publicados em português, inglês, espanhol e francês nos últimos 10 anos, com as palavras-chave idoso e condução. Os artigos foram seleccionados de acordo com a sua pertinência e actualidade.

**Resultados/Discussão:** É um tema polémico e de difícil diálogo com os próprios utentes, que podem entender esta nova etapa como uma perda da sua independência, carecendo de uma abordagem delicada e ponderada, mas franca.

## POSTER 53

### ENVELHECIMENTO OU SÍNDROME GERIÁTRICO?

Emilie Serrão, Lúcia Lara Araújo, Carolina Teixeira  
SESARAM, EPE - Centro de Saúde do Estreito de Câmara de Lobos

**Resumo:** O envelhecimento físico traduz o declínio da reserva fisiológica de múltiplos sistemas orgânicos fazendo com que, que muitas vezes, seja olhado como um processo biológico normal que não necessita de tratamento efetivo. Contudo sabe-se que estes processos se desvalorizados podem levar a um estado de elevada morbi/mortalidade precoces contrariando um envelhecimento saudável e que na verdade são muitas vezes de fácil resolução. Adicionalmente a existência de patologia crónica de base contribui para um declínio mais acentuado, condicionando a habilidade do sistema orgânico em enfrentar insultos mesmo que minor. Por outro lado, a fragilidade inerente a esta fase da vida faz com que estes doentes estejam sujeitos ao efeito cascata, pelo que o objectivo na abordagem ao doente idoso será o do estabelecimento de uma homeostasia interna estável. Neste contexto, certas manifestações clínicas pela sua elevada frequência, prevalência e morbidade foram recentemente elevadas ao estatuto de síndrome levando ao aparecimento do termo "Síndrome Geriátrico".

Este trabalho tem como objetivo abordar esta visão da geriatria ilustrando a importância da valorização das manifestações decorrentes do envelhecimento normal sendo a prevenção da morbidade a melhor estratégia para um envelhecimento saudável.

## POSTER 54

### A PERTINÊNCIA DO TERAPEUTA DA FALA NOS LARES DE IDOSOS: UM ESTUDO DE CASO

Paula Alexandra dos Santos Valente  
Centro de Apoio à Terceira Idade

**Introdução:** Existem inúmeras alterações decorrentes do envelhecimento normal e patológico que degradam de forma abrupta ou gradual a capacidade comunicativa do ser humano. Estas alterações podem ser



ao nível da fala, linguagem, voz, órgãos sensoriais, cognição, condição social e funcional, entre outras. Devido ao envelhecimento da população e outras mudanças sociais em Portugal, a institucionalização dos idosos tem vindo a aumentar. Estudos, noutros países, revelam que muitas dessas pessoas institucionalizadas possuem alterações da comunicação e da deglutição, nas quais o terapeuta da fala está habilitado para avaliar, prevenir e intervir.

**Objectivos:** O estudo teve como principal objectivo avaliar, pertinência da presença de um T.F. numa instituição de apoio à terceira idade portuguesa.

**Métodos:** Para tal realizou-se um estudo de caso. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas aos funcionários de um lar português.

**Resultados:** Confirmou-se a existência de idosos com alterações diversas da interacção e da funcionalidade comunicativa, com várias etiologias, para as quais os profissionais cuidadores não possuem formação adequada para serem interlocutores facilitadores. Verificou-se que o próprio contexto e rotinas não conseguem promover um ambiente comunicativo estimulante para este tipo de idosos.

**Conclusão:** Neste contexto específico constatou-se que a existência de um terapeuta da fala na equipa seria uma mais valia tanto para o apoio directo aos idosos com alterações na comunicação, como para a formação dos cuidadores formais.

## POSTER 55

### RECURSOS DE APOIO AO IDOSO

Carla Manuela da Silva Leal  
Centro de Saúde de Angra do Heroísmo

**Introdução:** Uma forma de manter ou melhorar a qualidade de vida dos idosos é potencializar incessantemente os recursos de apoio existentes e / ou criar recursos de apoio alternativos, valorizando sempre a opinião destes, e atuando em conformidade com os princípios éticos.

**Objectivos:** fazer um levantamento dos recursos de apoio de que os idosos têm conhecimento na comunidade; - obter a opinião, dentro da comunidade geriátrica, acerca do funcionamento dos recursos existentes; - averiguar se os idosos supõem que falta algum recurso na comunidade; - determinar quais os recursos que os idosos consideram mais prioritários

**Método:** Quantitativo

**Resultados:** Numa amostra constituída por 362 idosos pertencentes ao concelho de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória verificou-se que: - os idosos referem que existem como recursos de apoio ao idoso: médicos; segurança social; santa casa da misericórdia; enfermeiros; banco de tempo e CRAI; - a maioria refere-se ao funcionamento dos recursos como razoáveis; - 45% referem que faltam recursos de apoio ao idoso e 45% referem que não sabem se faltam recursos de apoio ao idoso; - dos que responderam que faltam recursos de apoio ao idoso, entre os recursos mais prioritários que os idosos consideram fazerem-lhes falta na sua comunidade estão o apoio monetário, seguindo-se os lares de idosos e o apoio domiciliário.

## POSTER 56

### POSTER NÃO APRESENTADO

## POSTER 57

### CONSULTA DE ENFERMAGEM DE GERIATRIA – O PRIMEIRO ANO DA SUA EXISTÊNCIA

Cândida Romão, Carla Pereira, Cidolina Lourenço, Sílvia Matias, J. Gorjão Clara  
Hospital Pulido Valente

**Introdução:** Em Portugal, a Geriatria encontra-se a dar os seus primeiros passos. A Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa foi criada em 2010, e em Março de 2011 foi implementada a primeira consulta de Geriatria no Hospital Pulido Valente – Centro Hospitalar Lisboa Norte, adoptando o modelo internacional de Avaliação Geriátrica Global.

**Objectivos:** Divulgar os resultados do primeiro ano de actividade da Consulta de Enfermagem de Geriatria, promovendo a sua divulgação noutras instituições de saúde.

**Material e Métodos:** Foram analisados os registos de enfermagem dos processos clínicos de 92 utentes relativamente a: caracterização sócio-demográfica, antecedentes pessoais, pontuação das escalas de avaliação geriátrica e intervenções de enfermagem.

**Resultados:** Os utentes são predominantemente do sexo feminino (60%), com idades compreendidas entre os 76 e 84 anos (42%). Apresentam em média 3.4 doenças concomitantes, sendo a mais prevalente a hipertensão arterial (78%).

A intervenção de enfermagem centra-se na educação terapêutica dos utentes e família, sendo um exemplo a prevenção de acidentes (29.3%), e a promoção da prática de exercício físico/ actividades lúdico-sociais (21.7%).

Nas 25 visitas domiciliárias realizadas, a manutenção de um ambiente seguro (100%) e a supervisão da gestão do regime terapêutico (88%) foram as intervenções de enfermagem mais comuns.

**Discussão/Conclusões:** A avaliação geriátrica global fornece orientações importantes no planeamento e avaliação dos cuidados de enfermagem, no âmbito da promoção do envelhecimento activo, optimizando a assistência ao idoso, contribuindo para a sua segurança, para a adesão à terapêutica, para a redução do recurso à Urgência Hospitalar e ao reinternamento.

## POSTER 58

### INSÓNIA NO IDOSO

Ana Mordomo, Maria Teresa Silva  
USF Arco Íris (CS Amadora), USF Mactamá (CS Queluz)

**Introdução:** As alterações do sono são bastante comuns na população idosa. Das diferentes patologias, destaca-se a insónia com uma prevalência de 30-69%. Definida como dificuldade em iniciar ou manter o sono, com sintomatologia diurna associada (sonolência, alterações cognitivas, menor desempenho físico com risco aumentado de quedas), está relacionada com uma importante alteração da qualidade de vida.

**Objectivo:** Efetuar uma revisão bibliográfica da abordagem clínica e terapêutica da insónia em idade geriátrica.

**Métodos:** Pesquisa na *Medline* com os termos *MeSH*: "sleep initiation and maintenance disorders" e "elderly"; com aplicação dos limites: publicação nos últimos 10 anos, revisão e meta análise em português ou inglês, para idades superiores a 65 anos.

**Resultados:** Da pesquisa referida, resultaram 36 artigos, maioritariamente revisões, cujos resumos foram lidos e selecionados pelas duas autoras de acordo com o objetivo delineado. A insónia apresenta-se muitas vezes como comorbidade de patologias orgânicas e/ou psiquiátricas e associada a determinada medicação. Sendo os idosos um grupo com patologia múltipla e polimedicados, este são dois dos factores que os tornam particularmente vulneráveis. O tratamento deve incluir primariamente medidas gerais de higiene do sono e estratégias de alteração comportamental. Na abordagem farmacológica, destaque



para os agonistas do receptor de benzodiazepina GABA 1 e agonistas do receptor de melatonina, pela sua eficácia e segurança.

**Conclusão:** A insónia no idoso deve ser, assim, abordada e valorizada pelo médico, tendo em conta a sua elevada prevalência e o elevado impacto que esta situação acarreta no dia a dia do doente.

## POSTER 59

### ABUSO FAMILIAR SOBRE O IDOSO, COMO PREVENIR?

Enf.ª Ana Gaspar, Enf.ª Luiza Benatti  
Humanize - Cuidados de Saúde

**Introdução:** Sendo um grupo demográfico tendencialmente mais vulnerável e exigindo uma crescente necessidade de cuidados, os idosos podem ser vítimas de abuso familiar. Só recentemente se começou a atribuir a importância devida a este fenómeno. Devendo os profissionais de saúde trabalharem na implementação de propostas de prevenção e intervenção de situações de abuso familiar, este estudo tem como objectivo identificar estratégias de prevenção do abuso familiar sobre o idoso.

**Material e métodos:** Efectuou-se uma pesquisa de artigos de investigação e normas de orientação na *EBSCO*, *Scielo*, *Google*, publicados entre 1990 e 2012, em português, inglês e espanhol, com as palavras-chave "elder abuse", "family caregiver" e "prevention". Foram encontrados 26 artigos, dos quais foram excluídos 11 por não se adequarem aos critérios de inclusão.

**Resultados:** Foram identificados cinco tipos de abuso (físico, psicológico, financeiro, sexual e negligência), a que se associam os seguintes factores de risco: os relacionados com o idoso (ex. dependência); e relacionados com o familiar cuidador (ex. dependência financeira do idoso e sobrecarga). A identificação de factores de risco é a estratégia de prevenção prioritária, sendo claramente beneficiada pelas visitas domiciliárias. Outras estratégias identificadas são a existência de uma rede formal de apoio, a disponibilização de suporte psicológico e o treino das competências do cuidador familiar.

**Discussão/conclusões:** Desta revisão se depreende a importância do trabalho multidisciplinar na prevenção adequada deste fenómeno. É evidente a reduzida quantidade de informação sobre a prevalência do abuso sobre o idoso em Portugal, tornando-se necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre a sua magnitude.

## POSTER 60

### VIOLÊNCIA SOBRE O IDOSO

Cláudia Penedo, Ana Hortelão, Mauro Silva  
USF Emergir

**Introdução:** Segundo os Censos de 2011, 19% da população portuguesa tem idade superior ou igual a 65 anos. Os idosos estão cada vez mais sujeitos a tipos de exclusão e de discriminação tanto em contexto familiar como institucional que podem ser assumidos como violência. Em 1996, a violência foi reconhecida mundialmente como um importante e crescente problema de saúde pública pela 46ª Assembleia Mundial de Saúde.

**Objectivo:** Compreender os factores que propiciam da violência no idoso e a intervenção do Médico de Família.

**Material e métodos:** Foram pesquisados os termos "violência", "idoso" e "Médico de Família" no *Pubmed*, *ScholarGoogle* e *Google* portugueses.

**Resultados:** A vítima e agressor têm um perfil típico, com factores

que ampliam a possibilidade de ocorrência de violência. O Médico deve estar alerta para os indicadores de abuso sexual, físico e de negligência.

**Discussão/Conclusão:** Há poucas evidências sobre como reconhecer a presença de abuso, e são poucos os profissionais de saúde que ativamente rastreiam idosos sem lesão aparente. Não existe também nenhum instrumento suficientemente adaptado para identificar idosos em risco e apropriado para idosos com demência. Os médicos de família devem atender à aparência do utente, às repetidas ausências às consultas agendadas, aos sinais físicos suspeitos e às explicações improváveis de cuidadores para determinadas lesões, e deste modo, melhorarem o seu diagnóstico em casos de maus-tratos.

## POSTER 61

### EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS MONTE MOR - QUE REALIDADE?

Ângela Coelho, Ana Cardoso, Pedro Fonseca  
Centro de Saúde Montemor-o-Novo

**Introdução:** A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) Monte Mor iniciou funções em Dezembro de 2010. Apesar da importância que as ECCI assumem no apoio domiciliário, poucos dados se encontram publicados acerca da sua actividade, pelo que, com este trabalho, pretende-se contribuir para esse conhecimento.

**Objectivo:** Caracterizar as actividades e a população de utentes apoiados pela ECCI Monte Mor.

**Metodologia:** Estudo observacional, retrospectivo, transversal, descritivo, com colheita de dados registados no processo clínico dos utentes desde o início da actividade até 10/Maio/2012. Para processamento estatístico recorreu-se ao software Microsoft Excel 2007®.

**Resultados:** A ECCI Monte Mor, tem capacidade para prestar apoio a 20 utentes. Desde o início da sua actividade, prestou apoio a 68 utentes, dos quais 39 utentes do sexo masculino e 29 do sexo feminino, na sua grande maioria idosos. A média de internamento em ECCI correspondeu a 104,4 dias, variando entre um mínimo de 6 e máximo de 469 dias de internamento. Com uma taxa de ocupação inicial de 50%, apresentamos agora uma taxa de ocupação de 96%. Apresentamos ainda dados relativamente às consecutivas avaliações multidisciplinares dos utentes: origem da referenciação, cuidador principal, diagnóstico principal, motivo de internamento e de alta (incluindo causas de óbito), índice de Katz, Braden e Graffar.

**Discussão e Conclusão:** Estes resultados mostram que a ECCI Monte Mor tem vindo a aumentar a sua actividade, que se traduzem nas crescentes taxas de ocupação. A progressiva consolidação da Equipa multidisciplinar tem permitido uma maior abrangência de cuidados. No futuro, pretendemos continuar a monitorizar os indicadores de saúde. Este conhecimento é importante para que se continue a investir em cuidados de excelência onde, em geral, é da preferência dos utentes: o seu domicílio.

## POSTER 62

### AValiação DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS DE UMA LISTA DE UTENTES

Ana Catarina Rodrigues, Ana Rita Durão  
USF S. Domingos

**Introdução:** De acordo com os CENSUS 2011, na última década a população idosa cresceu 19%. A par disso, o número de idosos a viver sós aumentou 29%. Entre estes, existe uma elevada percentagem que



se encontra em situação de dependência, quer física quer social. Nesse sentido, é importante que o Médico de Família tenha especial atenção a este grupo vulnerável no estudo do seu ficheiro. É fundamental uma abordagem integrada para avaliar as eventuais necessidades de apoio de modo a que se possam programar visitas domiciliárias tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados.

**Objectivos:** Avaliar o grau de dependência dos idosos de uma lista de utentes nos cuidados de saúde primários. Avaliar a necessidade de visitas domiciliárias. Estudar os problemas de saúde dos idosos com grau de dependência muito leve a total.

**Material e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, realizado numa lista de utentes de um Médico de Família. Foram analisados os processos clínicos electrónicos de todos os utentes nascidos antes de 31 de Dezembro de 1937. Foram recolhidos dados acerca do grau de dependência segundo a escala de Barthel, última consulta presencial na USF, último domicílio efectuado e problemas de saúde activos. Numa segunda fase foram feitos contactos telefónicos aos utentes não utilizadores da consulta ou que não tinham informação no processo acerca do grau de dependência. Com estes dados avaliaram-se eventuais necessidades de visitas domiciliárias e foram programadas estas visitas.

**Resultados:** Foram estudados 173 utentes, dos quais 116 do sexo feminino e 57 do sexo masculino. Na primeira fase foram detectados 104 utentes independentes. Foram excluídos 6 utentes por mudança de residência e morte. Foram estudados 63 utentes na segunda fase que incluíam os utentes com Barthel alterado já conhecidos e aqueles dos quais não havia informação. Após contacto telefónico verificou-se que 20 eram independentes, 4 tinham dependência muito leve, 10 dependência moderada, 11 dependência grave e 2 dependência total. Não conseguimos obter informação de 17 utentes por número de telefone não atribuído. A percentagem de idosos com algum grau de dependência foi de 16,2%. Os problemas de saúde mais frequentes nos utentes estudados foram hipertensão com complicações (n=15), perturbações depressivas (n=11), dislipidémia (n=10), diabetes (n=8) e AVC (n=8). Foram programados domicílios a todos os utentes com grau de dependência total a moderada.

**Discussão/Conclusões:** Segundo a OMS, em 1999 a proporção de indivíduos, em Portugal, em situação de dependência era de 7,3% em relação à população total. Para além disso, 3% da população com mais de 65 anos necessitava de cuidados. No nosso estudo, 16,2% utentes eram dependentes. De entre os que se encontravam em situação de dependência, consideramos que 13,8% necessitavam de cuidados, pelo foram programadas visitas domiciliárias aos mesmos. As principais causas de morte acima dos 65 anos são as cardiovasculares e os tumores malignos. Verificamos que também os nossos idosos dependentes apresentam frequentemente factores de risco cardiovascular. O estudo do ficheiro de utentes permitiu encontrar idosos que nunca frequentaram a consulta, e que tinham algum grau de dependência. Ao ter conhecimento destes utentes pudemos gerir recursos de modo a ir de encontro às suas necessidades.

## POSTER 63

### RETROSPECTIVA DE UM ANO DE INTERVENÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE GERIATRIA

Ana Rita Amaro, Marta Ramalinho, Natalina Alegria, João Gorjão Clara  
Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa/ Centro Hospitalar de Lisboa Norte

**Introdução:** Em Março de 2011 o Centro Hospitalar Lisboa Norte implementou uma consulta de geriatria em parceria com a Faculdade de Medicina de Lisboa, criando a primeira Unidade Universitária de Geriatria (UUG) do país. Neste projecto pioneiro o principal objectivo é otimizar a prestação de cuidados geriátricos e integrar a médio prazo uma enfermaria especializada.

Dentro da equipa multidisciplinar da UUG o papel do Fisioterapeuta é avaliar a mobilidade funcional, a marcha e o risco de queda com vista a promover uma detecção precoce dos factores de risco incluindo a diminuição da capacidade funcional e consequentemente evitar internamentos.

**Objectivo:** analisar o primeiro ano de intervenção do fisioterapeuta na UUG.

**Material e Métodos:** foram avaliados 56 sujeitos (38 mulheres e 18 homens) com uma média de idades 79.63±6.82 anos. Aplicou-se a Classificação Funcional da Marcha (CFM), a escala de Tinetti e o Timed Up and Go (TUG).

**Resultados:** n=40 apresentou uma marcha independente (média da CFM=4.5); n=42 não utilizava auxiliares de marcha. A Tinetti revelou uma média=24.05, indicando baixo risco de queda em n=39. No TUG a média=17.21 segundos, reflectindo uma boa mobilidade funcional mas com indícios de perda de capacidade funcional (n=32). Os casos específicos foram devidamente encaminhados e todos os sujeitos aconselhados a praticar actividade física.

**Discussão/Conclusão:** os resultados demonstram globalmente uma boa mobilidade e um baixo risco de queda, factos não generalizáveis para a população idosa portuguesa. O trabalho do fisioterapeuta centrou-se na prevenção e manutenção da mobilidade, assim como aconselhamento do tipo, frequência e intensidade da actividade física.

## POSTER 64

### A MARCHA DO IDOSO

Enf.ª Clotilde Simões, Enf.ª Cristina Marques, Enf.ª Raquel Neves, Enf.ª Tânia Cardoso, Fisioterapeuta Ana Rita Amada, Fisioterapeuta Natalina Alegria, Prof. Doutor João Gorjão Clara  
Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa/ Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente

O processo de envelhecimento fisiológico por si só pode trazer alterações características na marcha. A avaliação da marcha do idoso permite identificar e abordar as alterações, fisiológicas e também patológicas, apresentadas pelo mesmo. Por outro lado, serve de parâmetro na evolução do quadro clínico do utente predizendo o risco de queda, permitindo uma intervenção com o intuito da sua prevenção. As quedas acarretam grande morbidade e são muitas vezes causa de morte no idoso.

A identificação das causas da alteração do equilíbrio e do padrão da marcha do idoso nem sempre é fácil pois, não se pode atribuir apenas a um fator isolado, mas sim à soma de um conjunto de fatores, relacionados com os vários sistemas: neurológico, vestibular, somato-sensorial e musculo-esquelético.

Melhorar ou manter uma marcha funcional é uma preocupação e um desafio para os profissionais de saúde.

Ao elaborar este poster pretendemos realizar uma revisão bibliográfica sobre esta temática, e apresentar alguns métodos e protocolos de avaliação da marcha e equilíbrio, utilizados na Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa/ Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente, que são aplicáveis à população idosa, de forma a apresentar algumas possibilidades de intervenção nas alterações encontradas, durante o internamento hospitalar.



## POSTER 65

### QUEDAS DO DOENTE E FÁRMACOS QUE ASSOCIAÇÃO

<sup>1</sup>Maria José Martins da Costa-Dias, <sup>2</sup>Alexandre Santos Oliveira, <sup>3</sup>Teresa Martins, <sup>4</sup>Fátima Araújo, <sup>5</sup>Cristina Nogueira Moreira, <sup>6</sup>Ana Sofia Santos  
<sup>1</sup>Doutoranda no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, <sup>2</sup>Doutoranda no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, <sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, <sup>4</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, <sup>5</sup>Hospital da Luz, S.A., <sup>6</sup>Hospital da Luz, S.A.

As quedas dos doentes em ambiente hospitalar são o incidente mais reportado, preocupando as organizações de saúde, pelos custos de intervenções adicionais, aumento das demoras médias de internamento e processos jurídicos de litigância entre os doentes/famílias e as organizações/profissionais de saúde. As consequências podem ir desde ansiedade, perda de confiança até lesões que podem provocar dor e sofrimento, perda de independência e ocasionalmente a morte do doente. As causas das quedas são multifactoriais incluindo, idade, sexo, demora média do internamento, doenças debilitantes, história anterior de quedas, confusão/desorientação, incontinência entre outros e o uso de determinados fármacos, pelos efeitos acessórios que causam, podem ter um contributo significativo. O objectivo deste trabalho é explorar a associação entre os fármacos e as quedas e a sua recorrência (n2), no período de internamento, num hospital da grande Lisboa, entre Junho de 2008 e Dezembro de 2010. O presente estudo de desenho retrospectivo propõe-se explorar a associação entre a terapia farmacológica e a ocorrência de quedas a partir de 214 notificações de incidente de queda, relativas a 193 doentes. Através de uma pesquisa bibliográfica suportada em artigos que avaliam a associação entre terapêutica medicamentosa e quedas, seleccionaram-se as classes de fármacos mais consistentemente associadas a queda do doente. Um painel de cinco profissionais delimitou as classes de fármacos a analisar neste estudo. Os dados foram transpostos para uma grelha de avaliação com recurso a uma folha do programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados através do programa estatístico SPSS<sup>®</sup> - *Statistical Package for the Social Sciences versão 18.0 para o Windows*. Com recurso a estatística paramétrica e não paramétrica, procedeu-se à análise dos dados, através de medidas de tendência central, de dispersão e de associação. Na análise de associação entre fármacos e as variáveis risco de queda e quedas recorrentes (n2) utilizou-se o Odds Ratio (OR), com intervalo de confiança a 95%. A diferença de médias entre dois grupos foi testada através do teste t de student. Na presença de três ou mais grupos recorreu-se à ANOVA. Para analisar as diferenças em variáveis ordinais entre três ou mais grupos utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis. Os doentes que efectuam fármacos associados ao risco de queda, têm 10 vezes mais risco de queda (OR=9,90;IC95%:1,61-60,63), em especial quando pertencem ao grupo terapêutico do Sistema Nervoso Central. Foi identificada associação com as quedas e sua recorrência e estar medicado com haloperidol (OR=6,09;IC95%:1,30-28,54) (OR=3,32;IC95%:1,61-6,85). Este estudo permitiu identificar factores que os enfermeiros devem ter em atenção na prescrição de intervenções, para prevenção das quedas e sua recorrência.

## POSTER 66

### PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO - ABORDAGEM MÉDICO DE FAMÍLIA

Joana Correia, Inês Figueiredo  
USF 3 Rios - Penafiel, UCSP 1 - Ilhavo

**Introdução:** Anualmente estima-se que 1/3 das pessoas com mais de 65 anos sofre um episódio de queda e, 50% destes casos, estas são

recorrentes e com importantes repercussões na qualidade de vida do idoso. O Médico de Família (MF) tem um papel primordial na prevenção de quedas no sentido de promover estratégias preventivas e de minimizar as consequências das mesmas.

**Objectivos:** Efectuar uma revisão da avaliação do risco e de prevenção de quedas na população idosa.

**Material/Métodos:** Pesquisa bibliográfica nas bases de dados Update, PubMed, Google, Directrizes da DGS, sob termos Mesh elderly, accidental falls em inglês e português, entre 2004 e 2011.

**Resultados:** Uma queda pode ser o primeiro indicador de uma patologia aguda (infecção, hipotensão, arritmias), o resultado de uma doença crónica (demência, neuropatia diabética) ou, apenas um marcador de alterações relacionadas com o envelhecimento e suas repercussões na visão, equilíbrio e força. É fundamental realizar uma avaliação geriátrica global, racionalizar a prescrição e avaliar de forma periódica a visão e audição. Um controlo adequado dos parâmetros vitais, vigiar problemas nos pés, avaliar o estado nutricional, encorajar a prática de uma actividade física e corrigir factores externos são fundamentais para uma prevenção do risco de queda.

**Conclusão:** A queda é um acidente de causa multifactorial que exige uma abordagem em conjunto entre o MF, a Enfermeira, o idoso e seus conviventes para manter a capacidade funcional da pessoa idosa. A maioria dos pacientes terá um declínio gradual das suas funções e a avaliação do risco deve ser contínua.

## POSTER 67

### PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO

Mariana Soares, Vanessa Carvalho  
UCSP Charneca da Caparica, USF Sobreda

**Introdução:** As quedas nos idosos representam um factor de elevada morbimortalidade. Estima-se uma incidência de 28% a 35% de quedas em idosos com mais de 65 anos, 35% naqueles com mais de 70 anos e 32% a 42% após os 75 anos. As quedas constituem dois terços de mortes acidentais nos idosos. Numa abordagem biopsicossocial, as quedas podem resultar em traumatismos com sequelas a vários níveis. A limitação funcional, perda de auto-estima e de autonomia, depressão, ansiedade, medo de cair e isolamento social constituem exemplos destas alterações.

**Objectivo:** Determinar os vários níveis de prevenção de quedas nos idosos sobre os quais os profissionais de saúde podem intervir.

**Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados MEDLINE, utilizando os descritores MeSH: *Prevention, Elderly e Falls*. A pesquisa foi limitada a artigos em inglês e português, publicados nos últimos 10 anos.

**Discussão:** Existem quatro níveis de prevenção sobre os quais os profissionais de saúde podem intervir, de forma a diminuir a incidência de quedas nos idosos e minimizar as suas consequências. Na Prevenção Primária pretende-se limitar a incidência das quedas controlando as suas causas e os factores de risco. Neste sentido pode-se intervir a nível dos factores intrínsecos e extrínsecos. Existem factores intrínsecos não modificáveis como as alterações degenerativas próprias do idoso, no entanto, é possível actuar ao nível da mudança dos estilos de vida como na alimentação, exercício físico e estimulação cognitiva. Os factores extrínsecos englobam as condições físicas do domicílio e do exterior. Estes podem ser evitados através de medidas educacionais, realçando-se aqui a importância da visita domiciliária. A Prevenção Secundária tem como objectivo reduzir as quedas através do diagnóstico e tratamento precoce das suas causas. A este nível pode-se intervir no diagnóstico precoce de diabetes, osteoartrite e osteoporose,



identificar alterações da pressão arterial e alterações visuais. Deve ser dada importância à realização do exame neurológico sumário a fim de detectar atempadamente alterações da marcha, do desequilíbrio e da força. A Prevenção Terciária visa a redução das sequelas resultantes das quedas. Para tal é necessário um apoio multidisciplinar a nível da reabilitação para melhoria da mobilidade funcional, aumento da força e resistência, prevenção de deformidades e desenvolvimento de um padrão de marcha eficiente e seguro; acompanhamento psicológico de forma a prevenir novas quedas fomentando a auto-confiança; e integração social promovendo actividades junto da comunidade. Na Prevenção Quaternária pretende-se diminuir a iatrogenidade, evitando a polimedição. Tendo em conta que um doente idoso é muitas vezes acompanhado em diferentes especialidades e consequentemente sujeito a maior diversidade de intervenção farmacológica, o médico de família assume aqui um papel fundamental em integrar as várias decisões terapêuticas em benefício do doente, reduzindo assim a iatrogenia.

**Conclusão:** No âmbito da Medicina Geral e Familiar e com o apoio dos vários recursos existentes na comunidade, importa actuar nos quatro níveis de prevenção de quedas no idoso, uma vez que estas constituem uma das principais causas de acidente com impacto na mortalidade. Tendo em consideração o forte impacto a nível físico, psicológico e social consequente das quedas, que leva à diminuição da qualidade de vida, limitação funcional e propensão a desenvolver novas doenças, torna-se de primordial importância uma abordagem ampla, integrada e multidisciplinar baseada no modelo biopsicossocial, promovendo assim uma melhor qualidade de vida, autonomia e independência.

## POSTER 68

### ABORDAGEM DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Amélia Nunes, Sara Ferreira, Vasco Freire, Ana Cavaleiro  
USF São João Envagelista dos Loios

**Introdução:** A disfunção eréctil (DE) é a incapacidade persistente para atingir e/ou manter uma erecção que possibilite uma penetração sexual satisfatória. É comum, relaciona-se com a idade, tendo importantes repercussões na qualidade de vida do indivíduo e do casal. Em Portugal, afecta mais de meio milhão de homens. Pode ser classificada, segundo a causa subjacente, como psicogénica, orgânica ou multifactorial, sendo a última a mais frequente. É uma patologia cada vez mais frequente, tendo o médico de família (MF) um papel privilegiado na detecção, abordagem inicial e acompanhamento desta.

**Objectivos:** Estabelecer linhas orientadoras, ajustadas à abordagem da DE em Cuidados de Saúde Primários.

**Material e Métodos:** Revisão clássica baseada na pesquisa bibliográfica de livros de texto, artigos de revisão, guidelines de sociedades médicas e artigos publicadas em bases de dados científicas, em língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2005 e 2011, utilizando os termos *MeSH Erectil dysfunction* e *Primary care*.

**Resultados:** A DE é considerada um marcador de risco precoce de doença cardiovascular. O MF deve tomar a iniciativa de questionar os utentes sobre a sua vida sexual, podendo recorrer a questionários validados. Numa avaliação inicial é necessária a colheita de história clínica e psicossocial, exame físico e pedido de exames complementares orientados. Os inibidores da PDE5 apresentam-se como terapêutica de primeira linha, sendo prescritos de acordo com as características do utente e/ou do casal.

**Conclusão:** O médico de família deve estar atento aos sinais de alerta, sabendo prevenir, avaliar, tratar e referenciar quando necessário.

## POSTER 69

### IDOSOS: VULNERÁVEIS A INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS?

Catarina Rego, Ana Raquel Costa, Elisabete Borges, Marta Guedes  
USF Nova Vía (Valadares), Vila Nova de Gaia

**Introdução:** O crescente envelhecimento populacional tem levado ao investimento na melhoria da qualidade de vida dos idosos. Terapêutica para a disfunção sexual permite a manutenção de uma vida sexual activa que aliada à inexperiência no manuseamento de métodos preventivos de infecções e à crença na não-vulnerabilidade às ISTs, têm favorecido a exposição dos idosos a factores de risco para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

**Objetivos:** Compreender os factores biológicos, psicológicos e culturais envolvidos na vivência da sexualidade do idoso que poderão estar na origem do aumento do número de idosos a/(in)fectados com ISTs.

**Material/métodos:** Pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados científicas, livros de referência e revistas especializadas, de 2002 a 2012, nas línguas portuguesa e inglesa, usando os termos *MeSH Sexually Transmitted Diseases; aged; epidemiology*.

**Resultados:** Envelhecer é um processo natural e é importante que seja de forma saudável e activa. A sexualidade no idoso altera-se mas não "morre", pelo contrário, é um aspeto importante da sua saúde, que deve ser vivida de forma satisfatória e adequada. As mudanças biopsicossociais nos idosos predispoem a alterações na vivência da sexualidade, como aumento do tempo para excitação, dificuldades na erecção e diminuição da lubrificação vaginal, fatores que contribuem para a não adesão ao uso do preservativo. O número de ISTs entre indivíduos com mais de 65 anos de idade tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Encontram-se entre as mais prevalentes: sífilis, clamídia e gonorreia.

**Discussão/conclusão:** A sexualidade é um aspeto da saúde importante em todas as idades. O médico de família está numa posição privilegiada para explicar a importância do sexo seguro em qualquer idade, ajudando a vencer preconceitos e falsas crenças. É indispensável adequar a linguagem das campanhas de prevenção à realidade dos idosos, de forma a diminuir a incidência de ISTs neste grupo populacional.

## POSTER 70

### “AOS 70 AINDA SE TENTA”

Adriana Pelvas, Ana Palhares Delgado, Carla Almeida, Cátia Almeida, Célia Silva, Jessica Costa  
USF Lourosa Santa Maria da Feira

**Introdução:** As últimas décadas foram acompanhadas por um aumento na população de idosos em todo o mundo. A crença de que o avançar da idade e que a diminuição da atividade sexual estão inevitavelmente ligados, é responsável pela pouca atenção prestada a uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida: a sexualidade. Nos idosos a função sexual compromete-se pelas mudanças fisiológicas e anatómicas do organismo produzidas pelo envelhecimento e também por alterações patológicas causadas por doenças e/ou por tratamentos.

**Objetivos:** Compreender alterações fisiológicas que ocorrem tanto no sexo feminino como no sexo masculino; Perceber efeitos que determinadas doenças podem ter na sexualidade; “Desmistificar” representações sociais existentes em relação a este período da vida; Discutir o tema da sexualidade, ajudar a perceber as capacidades e a desmontar receios.

**Material e Métodos:** Este trabalho de revisão baseou-se em guidelines, normas de orientação clínica e artigos de revisão publicados na última década, pesquisados em sítios de Medicina baseada na evidência, usando como *Mesh-terms: sexuality* e *aged* ou *elderly* or *elders*.

**Resultados:** Uma revisão da literatura sugere que há uma diminuição



na frequência de atividade sexual e aumento das disfunções sexuais com a idade. Além de fatores fisiológicos, a sexualidade sofre a influência das atitudes e expectativas impostas pela sociedade, bem como fatores psicológicos.

**Discussão/Conclusões:** A sexualidade é fundamental em qualquer etapa da vida. Além da dificuldade em compreender o conceito de sexualidade, denota-se uma tendência em desvinculá-la com este período da vida e é comum a confusão entre doença e envelhecimento.

## POSTER 71

### DISFUNÇÃO ERÉTIL NO IDOSO – COMO ATUAR?

Ana Maçãs, Ana Luísa Gomes  
USF Ramada

**Introdução:** A disfunção erétil é frequentemente subdiagnosticada em Cuidados de Saúde Primários, devendo o Médico de Família estar sensibilizado para esta patologia. A multipatologia no idoso, a polimedicação e os estilos de vida podem estar na origem do problema.

**Objetivos:** Identificar fármacos, patologias e hábitos implicados na disfunção erétil do idoso, bem como forma de atuação.

**Material e métodos:** Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *Medline*, *Cochrane Library*, *SciELO*, *Acta Médica Portuguesa*, *Bandolier*, utilizando os termos *MeSH erectile dysfunction and elderly*. A pesquisa foi limitada aos artigos publicados nos últimos 10 anos em Português e Inglês. Foram incluídos os estudos randomizados, meta-análises, relatos de caso e revisões sistemáticas, foram excluídos artigos indisponíveis.

**Resultados:** Foram encontrados 168 artigos e selecionados 23 artigos de revisão. Patologias como doença cardiovascular, diabetes mellitus, e síndrome depressiva, alguns antihipertensores, psicofármacos, anticonvulsivantes, antidiabéticos, terapêutica hormonal, e hábitos tabágicos ou consumo de álcool, estão associados a esta doença. As estratégias terapêuticas disponíveis em Cuidados de Saúde Primários incluem uma abordagem psicoterapêutica, medicamentosa e alteração dos estilos de vida.

**Discussão/Conclusões:** No envelhecimento autónomo e saudável, é desejável que o idoso tenha uma sexualidade satisfatória. As estratégias preventivas em Cuidados de Saúde Primários incluem a avaliação dos fatores de risco, devendo a abordagem terapêutica ser orientada individualmente.

## POSTER 72

### EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELOS PARES NA PREVENÇÃO DO VIH/SIDA EM ADULTOS E SENIORES

Filipa R. Santos, Marta Luz, Rita Pires, Maria Saraiva, Marina Carvalho  
Liga Portuguesa Contra a Sida

**Resumo:** Em Portugal assiste-se a uma tendência crescente do VIH/SIDA na população acima dos 50 anos, sendo o contacto sexual desprotegido apontado como a principal via de transmissão. Por outro lado, a educação pelos pares tem sido uma metodologia privilegiada na redução de comportamentos sexuais de risco e mudança de atitudes e crenças associadas ao VIH/SIDA. Com base nestes pressupostos, a Liga Portuguesa Contra a Sida testou a eficácia de um Programa de Educação pelos Pares, dirigido à população de meia-idade e idosa, ao longo de três anos. Foi recolhida uma amostra de 193 participantes, 111 homens e 82 mulheres, entre os 45 e 80 anos ( $M= 58$ ;  $SD= 8,593$ ), tendo sido aplicado um questionário em dois momentos diferentes, pré e pós intervenção, de modo a avaliar os resultados alcançados: conhecimentos sobre VIH/SIDA, percepção de risco e comportamentos sexuais de risco. Durante a intervenção, o público-alvo participou num

conjunto de atividades, que visou a difusão de informação, o acesso a materiais informativos e preventivos e o desenvolvimento de ações de sensibilização e capacitação, para motivar escolhas mais conscientes e responsáveis do ponto de vista da saúde. Os resultados obtidos mostraram que após a intervenção, os participantes revelaram ter mais conhecimentos sobre VIH/SIDA, referiram ter maiores percepções de risco face à infecção e maior utilização do preservativo. Estes resultados evidenciaram a pertinência da participação activa do público-alvo no desenvolvimento e implementação de estratégias de prevenção específicas para este grupo etário, apesar dos mitos e crenças associados à sexualidade sénior e ao VIH/SIDA. Palavras-chave: Envelhecimento, Prevenção do VIH/SIDA, Educação pelos Pares

## POSTER 73

### ENVELHECER COM PRAZER

Joana L. Gonçalves, Filipa Fernandes  
USF São Julião, Figueira da Foz, UCSP Montemor-o-Velho

**Introdução:** Uma das perdas mais evidentes que acontece com o avançar da idade é o declínio da função sexual, em ambos os sexos. No homem, o declínio fica a dever-se a problemas predominantemente relacionados com a competência erétil. Na mulher, está intimamente ligado, em parte e numa fase inicial, a uma menopausa não tratada e, mais tarde, a outros fatores físicos, psicológicos e sociais. Grande parte da literatura sobre sexualidade na 3ª idade enfoca os problemas sexuais, deixando o médico com a impressão de que os idosos têm uma vida sexual disfuncional ou inexistente. Existe pouca informação disponível sobre a "normal" sexualidade das pessoas idosas e ainda menos sobre todo o espectro de expressão sexual, incluindo a sexualidade plena e ótima, que é uma componente natural de todas as fases da vida dos nossos doentes.

**Objetivos:** Abordar a temática de sexualidade na 3ª idade, tendo em conta os principais estudos realizados acerca deste assunto; sensibilizar os clínicos para esta temática tão importante, já que são eles que se encontram na melhor posição para esclarecer as dúvidas dos seus doentes idosos e ajudar a resolver as disfunções sexuais mais frequentes.

**Material e Métodos:** Pesquisa bibliográfica em livros de referência e artigos publicados nas bases de dados da *Medline*/*Pubmed* entre os anos de 1998 e 2010, utilizando como palavras-chave *aging and sexuality*.

**Resultados:** O conhecimento atual sugere que a função sexual e a sua frequência diminuem com a idade, assumindo o sexo cada vez menor importância ao longo do tempo. Vários estudos demonstram que a maioria das pessoas idosas deseja manter uma vida sexual ativa, mantendo a relação sexual propriamente dita, mas também outras componentes da relação íntima, como o toque e o beijo. As maiores barreiras para uma vida sexual ativa são a falta de parceiro, os condicionalismos associados à idade e a falta de interesse sexual.

**Conclusões:** O médico, reconhecendo a importância de uma vida sexual saudável e satisfatória para o bem-estar geral de cada um, deve sentir-se confortável ao abordar este assunto com os seus doentes idosos, esclarecendo todas as dúvidas e proporcionando, sempre que possível, o tratamento mais adequado dos fatores causadores de disfunção sexual. Os doentes idosos, muitas vezes, hesitarão ao abordar este tema com o seu médico; um estudo demonstrou que a maioria anseia que seja o próprio médico a tomar a iniciativa de referir o assunto. Assim, cabe ao Médico de Família ajudar os seus doentes idosos na resolução das disfunções sexuais mais frequentes, o que requer uma abordagem positiva, proactiva e holística, que inclua as questões psicológicas e sociais.



## POSTER 74

### SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Elizabeth Pinto<sup>1</sup>, Liane Carreira<sup>1</sup>, Patrícia Oliveira<sup>1</sup>, Patrícia Machado<sup>1</sup>, Elisabete Borges<sup>1</sup>, Olívia Costa<sup>2</sup>, Inês Coelho<sup>3</sup>

<sup>1</sup>USF Viriato, <sup>2</sup>USF Terras de Azurara, <sup>3</sup>USF Grão Vasco

**Introdução:** O envelhecimento consiste num processo natural e comum a todos os organismos vivos. Este varia, não apenas de indivíduo para indivíduo, como também nos diferentes sistemas de um mesmo indivíduo. O idoso tem a necessidade e o direito de viver a sua sexualidade livremente e com dignidade. A sexualidade engloba o amor, o calor, o carinho e a partilha entre o casal, além da identificação de um papel sexual. Alguns dos factores que influenciam negativamente a sexualidade na terceira idade são os factores sócio-culturais e religiosos e as alterações físicas, fisiológicas e hormonais.

**Objectivos:** Pretende-se com este trabalho fazer uma revisão teórica sobre Sexualidade na Terceira Idade. Determinar quais os aspectos que devem ser abordados na consulta de Saúde do Idoso.

**Métodos:** Pesquisa sistemática nas bases de dados MEDLINE (*PubMed*), *The Cochrane Library* e sites de Medicina Baseada na Evidência com as palavras-chave *Sexuality and Elderly* (termos *MeSH*). Limitou-se a pesquisa a artigos publicados entre 2000 e 2012 nas línguas inglesa e portuguesa. Também foram pesquisados livros de Geriatria.

**Resultados:** A sexualidade na terceira idade é um tema comumente negligenciado pela medicina, pouco conhecido e menos entendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais de saúde. A sexualidade na terceira idade está intimamente relacionada a uma boa qualidade de vida. É um factor que ocorre naturalmente na vida do ser humano, um elemento básico da personalidade que determina no indivíduo um modo particular e individual de ser, uma forma de expressão que se adquire e se aperfeiçoa durante a vida inteira. Esta não se restringe aos impulsos sexuais, aos órgãos sexuais ou ao mero acto sexual, mas resulta de interação harmoniosa da afectividade e da relação interpessoal, motivo pelo qual não é apenas um meio de prazer, é uma linguagem do ser humano, do corpo.

**Discussão/Conclusão:** A vivência da sexualidade pode manifestar-se em todas as idades e cada indivíduo tem uma maneira própria de expressar a sua. Um acto de afecto e carinho entre dois idosos é capaz de provocar atitudes de repressão e em alguns casos até poderá vir a ser evitado. O idoso poderá vir a sofrer pressões e rejeições da sociedade e até mesmo da família.

## POSTER 75

### ANDROPAUSA – UM TEMA A NÃO ESQUECER

Cristina Sousa<sup>1</sup>, Rita Eiriz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Renascer (ACEs Gondomar), <sup>2</sup>USF São João do Porto (ACEs Porto Ocidental)

**Introdução:** Fruto do progressivo desenvolvimento tecnológico, a esperança média de vida tem vindo a aumentar. Com cada vez maior número de pessoas a alcançarem uma idade avançada, os problemas de saúde relacionados com a mesma assumem um papel cada vez mais importante na prática clínica.

A andropausa, ao contrário da menopausa, tem sido um tema alvo de menor atenção. A baixa suspeição clínica constitui o maior obstáculo ao tratamento apropriado, o que diminui a qualidade de vida.

**Objetivos:** Rever e sistematizar a informação publicada sobre a andropausa, alertando os profissionais de saúde para este problema.

**Material e Métodos:** Pesquisa de artigos em sites de Medicina Baseada na Evidência, utilizando as palavras-chave *andropause, late-onset hypogonadism e aging male*.

**Resultados:** A andropausa consiste numa síndrome clínica e bioquí-

mica associada ao envelhecimento. Com o avançar da idade as concentrações séricas de testosterona diminuem, podendo afetar negativamente a atividade sexual, densidade mineral óssea, massa muscular,\* eritropoiese, energia, função neuropsicológica e metabólica.

Dados de 2007 apontam para uma prevalência de hipogonadismo de 3.1 a 7.0% em homens com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos e de 18.4% em idades superiores a 70 anos. Dados de 2009 referem que cerca de 20% dos homens acima dos 50 anos apresentam sintomas de hipogonadismo, 5% possuem sintomas e défice confirmado de testosterona, tendo apenas 0.69% dos homens recebido tratamento na maioria dos países europeus.

O diagnóstico apenas deve ser realizado nos homens com sinais ou sintomas consistentes e níveis baixos de testosterona. Consequentemente, o tratamento, que passa por suplementação androgénica, apenas deve ser considerado nestas situações. Não existe consenso relativamente ao valor de testosterona a partir do qual se deve ponderar o tratamento, variando esse valor em função do método e valor de referência utilizados pelo laboratório.

**Discussão/Conclusões:** Sendo o declínio androgénico comum mas também pouco reconhecido e subdiagnosticado, é importante alertar e relembrar a comunidade médica para a existência desta entidade, que com tratamento adequado poderá melhorar a qualidade de vida de muitos doentes.

Em geral, parece existir um benefício da suplementação com testosterona na esfera sexual, física e psicológica do homem idoso, mas apenas quando este apresenta concentrações de testosterona diminuídas. A terapêutica não deve ser generalizada a todos os idosos, uma vez que não é ainda consistente que a terapia androgénica evite ou melhore as implicações na saúde, e porque possui potenciais riscos, como por exemplo o carcinoma da próstata. No entanto, há que ter consciência que estes riscos podem ser minimizados em grande parte por uma monitorização e acompanhamento adequados.

A promoção de um envelhecimento com qualidade constitui um dos principais desafios da Medicina atual, devendo a abordagem da sintomatologia associada à andropausa, sobreponível a sintomas comuns do envelhecimento, constituir um dos aspetos a ter em consideração durante a consulta médica.

## POSTER 76

### IMPORTÂNCIA DO DECÚBITO VENTRAL EM CUIDADOS INTENSIVOS

Madalena Pereira e Adélia Ferreira

Hospital de Egas Moniz - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), Lisboa

Este tema surgiu da nossa preocupação, enquanto enfermeiros de Cuidados Intensivos e cuidadores de doentes críticos, em realizar o posicionamento destes doentes em decúbito ventral.

É um posicionamento, que pela sua especificidade e complexidade, requer que toda a equipa de Enfermagem possua uma panóplia de conhecimentos teórico-práticos para que a sua execução decorra sem intercorrências.

Nos doentes com ARDS com hipoxémia grave e persistente é frequente recorrer-se ao posicionamento em decúbito ventral, visto melhorar significativamente a oxigenação.

Assim sendo, torna-se uma manobra frequente em Cuidados Intensivos, desprovida de complicações graves quando bem executada, não requer custos acrescidos e demora cerca de 10 minutos.

Neste póster focamos essencialmente os objectivos, as indicações para a sua realização, as vantagens e as conclusões aferidas.





## POSTER 77

### CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM AVC NUMA UCI

Adélia Ferreira e Carla Rodrigues  
Hospital de Egas Moniz - Unidade de Cuidados Polivalentes (UCIP),  
Lisboa

O AVC é, a 1ª causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (Direção Geral de Saúde – DGS, 2001), originando taxas significativas de internamentos nos nossos hospitais. Estima-se que a sua incidência seja de 1 a 2 por 1.000 habitantes por ano, e que após o AVC, cerca de 70% dos utentes (60 000 indivíduos) apresente incapacidade, dos quais 24% com nível de incapacidade muito grave, com base no Índice de Barthel (DGS, 2001), com grande impacto nos vários domínios relativos ao utente, da sua Funcionalidade e Autonomia.

Atualmente, há medidas terapêuticas cuja eficácia está perfeitamente demonstrada se a atuação for feita nas primeiras horas, idealmente nas primeiras 3 h após o seu início. Inclui-se a intervenção imediata de toda a equipa Multidisciplinar, nomeadamente da enfermagem de Reabilitação, promovendo a qualidade de vida, e capacitando a pessoa e a família para a sua recuperação e ganhos em saúde desde o 1º dia de internamento. E na formação/preparação da equipa de Enfermagem. Um doente com AVC em Cuidados Intensivos apresenta, a maior parte das vezes, restrições motoras e neurológicas graves. O posicionamento adequado no leito e a mobilização precoce podem significar as únicas possibilidades de interação com o ambiente e devem ser considerados fonte de estimulação sensório-motora assim como de prevenção secundária da imobilidade.

Assim, concluímos que uma nova abordagem para o tratamento de pacientes ventilados mecanicamente inclui:

- Mobilização logo após admissão na UCI;
- Redução da sedação profunda (segundo critério clínico) e aumento de reabilitação terapêutica o mais precocemente possível.

## POSTER 78

### CASO CLÍNICO: DISTRÓFIA SIMPÁTICO REFLEXA

Sara Isabel Veiga Martins  
UCSP Beja

**Introdução:** A distrofia simpático reflexa tem sido classificada dentro das síndromes da dor pós-traumática como uma das patologias menos compreendidas na medicina e constitui um desafio para o médico de família. O diagnóstico precoce, e a instituição terapêutica correta minimizam o mal-estar do doente e a impotência funcional temporária do membro acometido.

**Caso clínico:** Mulher, 66 anos de idade, raça caucasiana, casada, pertencente a uma família nuclear, na fase 7 do ciclo de Duvall, residente em Beja, com antecedentes pessoais de hipertensão, dislipidemia e distúrbio ansioso que desenvolve uma distrofia simpático reflexa após ferida com uma faca na região dorsal da articulação interfalângica do 1º dedo da mão esquerda. Após quatro dias, dirige-se ao Centro de Saúde, por persistência de dor forte. À entrada apresentava hiperalgesia, hiperesestesia e alodinia nesse dedo, que se encontrava edemaciado, com eritema localizado e pequenas vesículas assim como graus variáveis de palidez. Foi medicada com antibiótico e analgesia.

Nos 4 meses seguintes teve vários episódios de consulta, por persistência de dor forte tipo queimadura, hiperalgesia do 1º dedo e edema da mão esquerda, tendo sido instituída antibioterapia, analgesia e anti-inflamatórios sem melhoria dos sintomas e das alterações tróficas. Analiticamente sem alterações dos parâmetros inflamatórios. Realizou

RX da mão sem alterações compatíveis com o quadro clínico, levando à realização de uma ecografia de partes moles da mão esquerda que revelou alterações compatíveis com etiologia inflamatória/infecciosa pós traumática. Repetiu ecografia 2 meses depois, identificando-se nódulo de 3 mm, hipovascular e com dor à compressão. Iniciou Pregabalina 75 mg. Atualmente assintomática.

**Discussão:** A distrofia simpático reflexa, apresenta-se como dor persistente de forte intensidade em uma extremidade, geralmente desproporcional ao evento desencadeante. É rara e subdiagnosticada, devendo ser incluída no diagnóstico diferencial nas dores em membros após traumatismos, para que se estabeleça o diagnóstico precocemente evitando o prejuízo funcional a médio e longo prazo.

## POSTER 79

### TELEMEDICINA NO CENTRO DE SAÚDE DE MONTEMOR-O-NOVO

Ana Cardoso, Fátima Breia, Tiago Cravo Oliveira  
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Montemor-o-Novo

**Introdução:** No Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, a população com idade igual ou superior a 65 anos corresponde a aproximadamente 30%, traduzindo-se em mais de 5300 idosos. A referência a consultas hospitalares para este grupo etário é particularmente difícil: dificuldades na deslocação à cidade a 30 km de distância, custos, isolamento social, rede de transportes deficiente e a própria doença são alguns dos motivos mencionados pelos próprios utentes. As consultas de Telemedicina desempenham um papel na aproximação geográfica e económica entre os doentes e os seus prestadores de cuidados. Actualmente, em que se impõe a gestão eficiente dos recursos, qual o impacto das Teleconsultas nas deslocações do utente ao Hospital de referência?

**Objectivo:** Caracterizar as consultas de Telemedicina efectuadas nesta instituição.

**Metodologia:** Estudo observacional, retrospectivo, transversal, descritivo, com colheita de dados registados em base de dados entre Janeiro/2002 e Dezembro de 2011. Para processamento estatístico recorreu-se ao software Microsoft Excel 2007®.

**Resultados:** Desde 2002, tem-se observado uma tendência crescente da proporção de consultas efectuadas, em relação à população total de utentes inscritos. Nestes 10 anos realizaram-se um total de 3803 teleconsultas para 14 especialidades diferentes. Foi necessária a referência ao Hospital de referência, necessitando o utente de deslocar-se presencialmente, em apenas 26,7% dos casos (1014 teleconsultas). Mas foram evitadas, pelo menos, 2789 deslocações representando uma poupança de 167340 km no percurso de 60 km (ida e volta) ao hospital de referência.

**Conclusão:** No futuro, iremos avaliar as razões que levaram a que os utentes necessitassem de consultas presenciais no hospital de referência. No entanto, estes dados mostram os ganhos que as Teleconsultas representam para o utente, em especial, para os idosos, e para o próprio Serviço Nacional de Saúde. Por estes motivos, é essencial continuar com o apoio à Telemedicina.

## POSTER 80

### MAUS TRATOS A IDOSOS

Cláudia Gomes e Cláudio Alves  
Centro de Saúde de Almeida Interna de Medicina Geral e Familiar

**Introdução:** Nos últimos anos verificou-se um aumento da esperança média de vida, implicando um aumento da população idosa, assim como de todos os problemas inerentes a este grupo. Os maus tratos nos idosos são um tema subvalorizado, apesar de



recentemente se ter verificado em Portugal, um aumento dos casos denunciados. A consulta do médico de família constitui muitas vezes, a única oportunidade para a detecção destes casos, tornando-se fundamental saber reconhecer os factores de risco e sinais de alerta, permitindo uma intervenção precoce.

**Objectivos:** Rever estratégias de identificação, prevenção e intervenção nas situações de maus tratos nos idosos.

**Metodologia:** Pesquisa de artigos na base de dados da *Medscape* com as palavras-chave: *elder abuse*, e Revistas da especialidade.

**Resultados:** Existem vários tipos de maus tratos: físicos, psicológicos, financeiros, e negligência. Segundo dados estatísticos a negligência é o tipo mais frequente de maus tratos, sendo o agressor em 90% dos casos um familiar. Nestes casos, a prevenção primária consiste em identificar os factores de risco relacionados não só com o idoso, mas com o cuidador, modificando-os, podendo aconselhar a frequência de centros de dia. A prevenção secundária consiste na detecção precoce de maus tratos, através da identificação de sinais de alerta durante a entrevista e exame objectivo minuciosos, tendo o médico a obrigação legal de sinalizar estes casos.

**Conclusão:** O médico de família devido à sua posição privilegiada tem a oportunidade de prevenir, identificar e intervir precocemente nos casos de maus tratos nos idosos, permitindo uma melhor qualidade de vida.

# Geriatrics 2013



idoso  
7º CONGRESSO  
NACIONAL

20 | 21 | Junho | 2013

Centro de Congressos de Lisboa





**idoso**  
6º CONGRESSO  
NACIONAL



### PATROCÍNIO CIENTÍFICO



### PATROCÍNIOS MAJOR



### PATROCÍNIOS



### SECRETARIADO

### AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa  
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19  
E: paula.cordeiro@admedic.pt  
W: www.admedic.pt



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa  
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59  
E: paula.cordeiro@admedictours.pt  
W: www.admedictours.pt | Alvará Nº 1270/2005