

idoso

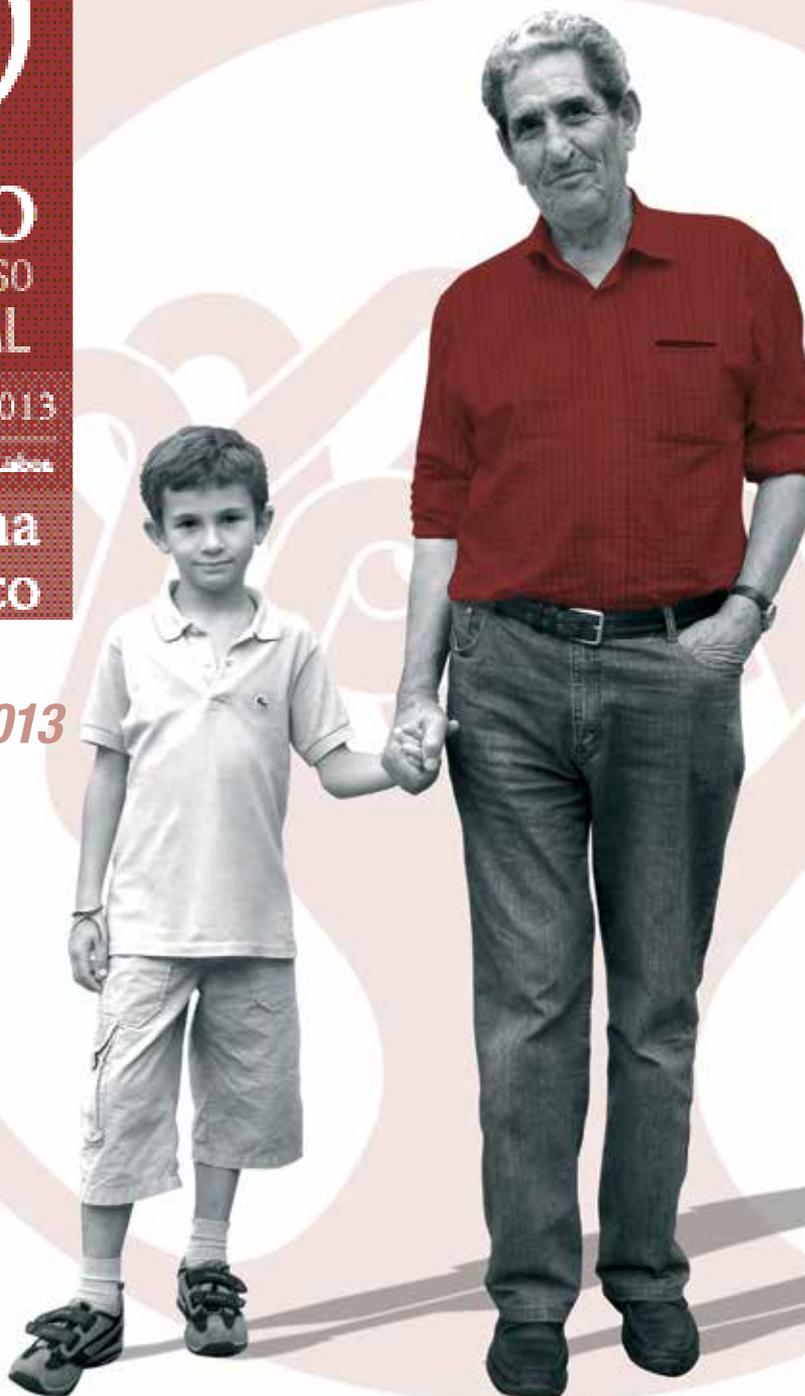
7º CONGRESSO
NACIONAL

20|21|Junho|2013

Centro de Congressos de Lisboa

Programa
Científico

Geriatrics 2013



A idade
e o conhecimento
aliados no futuro

Geriatría



Geriatría



Comissão de Honra

PRESIDENTE:

Presidente da República, Prof. Doutor Aníbal Cavaco Silva

MEMBROS:

Ministro da Saúde

Ministro da Solidariedade e da Segurança Social

Presidente do Conselho Directivo do Instituto da Segurança Social

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

Bastonário da Ordem dos Médicos

Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses

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

Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

Presidente da Câmara Municipal de Lisboa

Presidente da Associação do Turismo de Lisboa



Comissão Organizadora

PRESIDENTE: DR. JOSÉ CANAS DA SILVA Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor 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; Diretor Clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus > **PROF^a. DOUTORA FILOMENA MENDES** Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora; Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE; Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Demografia >

DRA. ISABEL GALRIÇA NETO Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Palliativos do Hospital da Luz, Lisboa; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Deputada pelo CDS-PP > **PROF. DOUTOR J. GORJÃO CLARA** Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Coordenador da Unidade Universitária de Geriatria, *Full Board Member of the European Union Geriatric Medicine Society, Full Board Member of the Geriatric Section of the Union European Medical Specialists, Membership of the European Academy for Medicine of Ageing* > **DR. JORGE LAÍNS** Assistente Hospitalar Graduado; Diretor de Serviço no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais, Tocha; Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação > **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 Presidente Cessante da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental e Coordenador do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada da Universidade Católica Portuguesa – Polo de Braga

PROF. DOUTOR A. GALVÃO-TELES Professor Jubilado de Endocrinologia da FML; Presidente do Observatório de Obesidade e do Controlo do Peso (ONOCOP); Presidente do Núcleo de Endocrinologia, Diabetes e Obesidade (NEDO); Coordenador do Centro de Endocrinologia do Hospital da Luz > **PROF. DOUTOR ALFREDO MOTA** Chefe de Serviço de Urologia; Diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos Hospitais da Universidade de Coimbra; Professor de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra > **DRA. BEATRIZ CRAVEIRO LOPES** Chefe de Serviço de Anestesiologia; Coordenadora da Unidade de Dor, 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; Presidente do Colégio de Neurologia da Ordem dos Médicos; Consultor da APFADA e da 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 Palliativos; Mestre em Gerontologia pela Universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Palliativos pela Universidade de Lisboa > **PROF. DOUTOR DANIEL SERRÃO** Professor Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Professor Convidado do Instituto de Biotética da Universidade Católica Portuguesa, Porto > **ENF^a 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-Clínica da Vertigem e Desequilíbrio, Hospital Particular de Lisboa > **PROF^a. DOUTORA FILOMENA MENDES** Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora; Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE; Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Demografia > **PROF. DOUTOR GERMANO DE SOUSA** Ex-Bastonário da Ordem dos Médicos > **DRA. INÊS GUERREIRO ACS** – Administração Central do Sistema de Saúde > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Palliativos do Hospital da Luz, Lisboa; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Deputada pelo CDS-PP > **PROF. DOUTOR J. GORJÃO CLARA** Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Coordenador da Unidade Universitária de Geriatria, *Full Board Member of the European Union Geriatric Medicine Society, Full Board Member of the Geriatric Section of the Union European Medical Specialists, Membership of the European Academy for Medicine of Ageing* > **DR. JOÃO DANTAS CARDOSO** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia; Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta, Lisboa > **DR. JOÃO SEQUEIRA CARLOS** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Unidade de Medicina Geral e Familiar do Hospital da Luz; Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Lisboa > **DR. JORGE LAÍNS** Assistente Hospitalar Graduado; Diretor de 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; Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada > **PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna; Responsável da Consulta de Lipidologia do Departamento de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra; Bastonário da Ordem dos Médicos > **PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SIMÕES** Professor Catedrático; Departamento de Geografia da Universidade de Lisboa > **DR. LEOPOLDO MATOS** Diretor do Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE; Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva > **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 do 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 do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE, Lisboa > **PROF. 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. DOUTORA PAULA SANTANA** Professora Catedrática, Instituto de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra > **DR. PEDRO MACEDO** Especialista em Psiquiatria; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Diretor 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

PRESIDENTES: **DRA. REGINA SEQUEIRA CARLOS** Assistente Graduada Sénior da Carreira Especial Médica de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da ECR-LVT da RNCCI-ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Lisboa.

DR. JOSÉ CANAS DA SILVA Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

DRA. BENEDITA NUNES Assistente Social; Chefe de Serviço; Hospital Garcia de Orta, Almada > **ENFª CARLA PEREIRA** Enfermeira Especialista, Serviço de Consultas Externas, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE > **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. SUSANA NEVES** - Assistente Social, IPSS Torres Vedras (Apoio Domiciliário Integrado); MD Cuidados Paliativos; Promotora do projeto concelhio: «Humanizar o Fim de Vida»; Deputada Assembleia Municipal de Torres Vedras



Presidentes, Moderadores e Palestrantes

PROF. DOUTOR A. GALVÃO-TELES Professor Jubilado de Endocrinologia da FML; Presidente do Observatório de Obesidade e do Controlo do Peso (ONOCOP); Presidente do Núcleo de Endocrinologia, Diabetes e Obesidade (NEDO); Coordenador do Centro de Endocrinologia do Hospital da CUF > **DRA. ANA MATIAS** Unidade Universitária de Geriatria, Faculdade de Medicina da UL; CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa > **DRA. ANA RITA AMARO** Unidade Universitária de Geriatria, Faculdade de Medicina da UL; CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa > **PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA** Presidente Cessante da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental e Coordenador do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada da Universidade Católica Portuguesa – Polo de Braga > **DR. AUGUSTO FAUSTINO** Assistente Hospitalar de Reumatologia; Instituto Português de Reumatologia, Lisboa > **DRA. BENEDITA NUNES** Assistente Social; Chefe de Serviço; Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. BERGINA CANDOSO** Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia, Maternidade Júlio Dinis, Centro Hospitalar do Porto, EPE > **DRA. CATARINA CANHA** Interna da Especialidade de Medicina Interna; Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra) > **ENFª CARLA PEREIRA** Unidade Universitária de Geriatria, Faculdade de Medicina da UL; CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa > **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 da Universidade do Porto; Professor Convidado do Instituto de Biociências da Universidade Católica Portuguesa, Porto > **DRA. ELSA REIS** Unidade Universitária de Geriatria, Faculdade de Medicina da UL; CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa > **PROF. DOUTORA FILOMENA MENDES** Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora; Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE; Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Demografia > **DRA. GUIOMAR FERREIRA** Unidade Universitária de Geriatria, Faculdade de Medicina da UL; CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, Lisboa; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Deputada pelo CDS-PP > **PROF. DOUTOR J. GORJÃO CLARA** Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Coordenador da Unidade Universitária de Geriatria, Full Board Member of the European Union Geriatric Medicine Society, Full Board Member of the Geriatric Section of the *International European Medical Specialists, Membership of the European Academy for Medicine of Ageing* > **DR. HORÁCIO FIRMINO** Hospitais da Universidade de Coimbra, Serviço de Psiquiatria > **PROF. DOUTOR JOAQUIM CEREJEIRA** Hospitais da Universidade de Coimbra, Serviço de Psiquiatria > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. JOANA GUIMARÃES** Endocrinologista, Centro Hospitalar Baixo Vouga > **DR. JOSÉ POÇAS** Diretor do Serviço de Infecção do Hospital de S. Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE > **DR. JÚLIO FONSECA** Serviço de Urologia do Hospital Beatriz Ângelo, Loures > **DRA. LIA MARQUES** Unidade Universitária de Geriatria, Faculdade de Medicina da UL; CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa > **DRA. LÚCIA COSTA** Reumatologista, Hospital São João > **DR. LUÍS ANTUNES** Diretor do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. LUÍS MIEIRO** Interno de Medicina Interna - Serviço Medicina II - Centro Hospitalar Lisboa Norte; Colaborador da Unidade Universitária de Geriatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE / Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Assistente de Introdução às Doenças do Envelhecimento; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa > **DR. MANUEL MENDES SILVA** Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia; Serviço de Urologia do 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 > **PROF. DOUTOR MANUEL VILLAVEIRDE CABRAL** Investigador Emérito do Instituto de Ciências Sociais; Diretor do Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa > **DRA. MARIA JOÃO QUINTELA** Consultora da Direção Geral da Saúde, Lisboa > **DR. NUNO MEIRELES** Assistente Hospitalar Graduada de Angiologia e Cirurgia Vascular; Coordenador de Cirurgia Vascular do Hospital dos Lusíadas, Lisboa > **PROF. DOUTORA PAULA MOTA** Professora Auxiliar, Departamento de Desporto, Exercício e Saúde, UTAD-Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real de Trás-os-Montes > **DRA. PAULA RICARDO** Unidade Universitária de Geriatria, Faculdade de Medicina da UL; CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa > **DR. PEDRO CANTISTA** Fisiatra, Hospital de Santo António, Porto; Professor Auxiliar do Curso de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto > **DR. PEDRO MACEDO** Especialista em Psiquiatria; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Diretor Clínico da Clínica Passeio da Estrela; Lisboa > **DR. PEDRO MARQUES DA SILVA** Vogal do Grupo de Estudos de Cardiologia Geriátrica da Sociedade Portuguesa de Cardiologia; Consultor de Medicina Interna e Especialista de Hipertensão Clínica; Responsável do Núcleo de Investigação Arterial; Coordenador da Consulta de Hipertensão e Dislipidémia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE > **DR. PEDRO RODRIGUES** Assistente Hospitalar de Endocrinologia; Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar S. João, EPE, Porto > **DR. RUI CERNADAS** Vogal Médico do Conselho Diretivo da ARS Norte; Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar e Competência em Medicina Farmacéutica pela Ordem dos Médicos; Vila Nova de Gaia > **DRA. SOFIA DUQUE** Especialista em Medicina Interna, Hospital Beatriz Ângelo, Loures; Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa > **DRA. SOFIA TEIXEIRA** Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar do Porto, EPE, Hospital de Santo António, Porto > **DRA. SUSANA NEVES** Assistente Social, Diretora Técnica do Campus Neurológico Sénior, Torres Vedras; MD Cuidados Paliativos; Promotora do projeto concelhio «Humanizar o Fim de Vida»; Deputada Assembleia Municipal de Torres Vedras > **DRA. TERESA LAGINHA** Chefe de Serviço de Clínica Geral, Terapeuta Familiar, Lisboa.





08.00h Abertura do Secretariado

09.00-10.30h **MESA-REDONDA**

COMO MANTER O IDOSO ATIVO...

Moderadores: Prof. Doutor Gorjão Clara e Dr. Pedro Cantista

Exercício físico (20m)

Profª. Doutora Paula Mota

Sexualidade - os velhos podem amar (20m)

Prof. Doutor A. Pacheco Palha

Vitaminas e antioxidantes: Que riscos? Que benefícios? (20m)

Dra. Sofia Duque

Perguntas & Respostas (30m)

10.30-11.00h Intervalo

11.00-12.00h **CERIMÓNIA DE ABERTURA E CONFERÊNCIA INAUGURAL**

O TEMPO NÃO É TUDO NA VIDA HUMANA

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Palestrante: Prof. Doutor Daniel Serrão

12.00-13.00h **SIMPÓSIO**



O DOENTE NO CENTRO DE DECISÃO - O PAPEL DO MÉDICO DE MGF

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Diabetes: novas *guidelines* e realidade atual

Dra. Joana Guimarães

Osteoporose: Porquê, quando e como tratar

Dra. Lúcia Costa

13.00-14.00h Almoço

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

14.30-16.00h

WORKSHOP 1 (SALA 1.08)

CONSULTA DE GERIATRIA: AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL - COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT

Coordenador: Prof. Doutor Gorjão Clara

A Enfermeira: Enf^a. Carla Pereira; A Assistente Social: Dra. Paula Ricardo;

A Farmacêutica: Dra. Ana Matias; A Psicóloga: Dra. Elsa Reis;

A Dietista/Nutricionista: Dra. Guiomar Ferreira; A Fisioterapeuta: Dra. Ana Rita Amaro;

A Médica: Dra. Lia Marques

14.30-16.00h

MESA-REDONDA

VELHOS E NOVOS PROBLEMAS

Moderadores: Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e Dr^a. Maria João Quintela

Dor crónica (20m)

Dr. José Canas da Silva e Dr. Rui Cernadas

Osteoartrose (15m)

Dr. Augusto Faustino

HIV (15m)

Dr. José Poças

Alimentação e nutrição (15m)

Dra. Catarina Canha

Perguntas & Respostas (25m)

16.00-16.30h

Intervalo

16.30-18.00h

MESA-REDONDA

DIABETES & DISLIPIDÉMIAS

Moderadores: Prof. Doutor A. Galvão-Teles e Dra. Teresa Laginha

Educação do doente (15m)

Enf^a Carla Pereira

Cuidados a ter com o pé, o rim e os olhos (15m)

Dra. Sofia Teixeira

Atualização terapêutica cardiometabólica

Diabetes (15m)

Dr. Pedro Rodrigues

Dislipidémia (15m)

Dr. Pedro Marques da Silva

Perguntas & Respostas (30m)

18.00h

Fim das Sessões do 1º Dia





08:30h Abertura do Secretariado

09.30-11.00h **WORKSHOP 2 (SALA 1.08)**



HBP NA PRÁTICA CLÍNICA

Coordenador: Dr. Júlio Fonseca

09.30-11.00h **MESA-REDONDA**

TRATAR BEM, COMUNICAR MELHOR

Moderadoras: Dra. Cristina Galvão e Dra. Benedita Nunes

Aumentar a adesão à terapêutica e evitar a iatrogenia (15m)

Prof. Doutor Gorjão Clara

Incontinência urinária (15m)

Dr. Manuel Mendes Silva

Infeções urinárias de repetição (15m)

Dra. Bercina Candoso

Úlceras dos membros inferiores (15m)

Dr. Nuno Meireles

Perguntas & Respostas (30m)

11.00-11.30h Intervalo

11.30-12.00h **CONFERÊNCIA**

A “ARTE” E A “CIÊNCIA” DE COMUNICAR AS MÁS NOTÍCIAS

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Palestrante: Dra. Isabel Galriça Neto

12.00-13.00h **SIMPÓSIO**



AGOMELATINA NO IDOSO: A EFICÁCIA TERAPÊUTICA NAS 3 DIMENSÕES DA DEPRESSÃO

Moderador: Dr. Horácio Firmino

Novas evidências no tratamento da depressão no doente idoso

Prof. Doutor Joaquim Cerejeira

Recuperar o ciclo atividade-reposo para uma melhor funcionalidade

Dr. Horácio Firmino

13.00-14.00h Almoço

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

14.30-15.00h **CONFERÊNCIA**

DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO E CRISE ECONÓMICA

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Palestrante: Prof^a. Doutora Filomena Mendes

15.00-17.00h **MESA-REDONDA**

COMO MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA

Moderadores: Dra. Regina Sequeira Carlos e Dr. Pedro Macedo

Avaliação auditiva (25m)

Dr. Luís Antunes

O Idoso frágil hospitalizado (25m)

Dr. Luís Mieiro

Psicossomática do envelhecimento (25m)

Dr. Pedro Macedo

Solidão na finitude (25m)

Dra. Susana Neves

Perguntas & Respostas (20m)

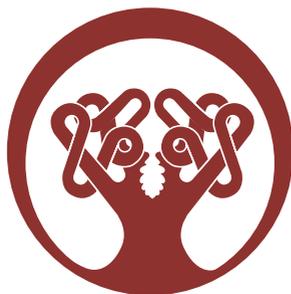
17.00-17.30h **CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO**

ENVELHECIMENTO ATIVO: IDEOLOGIA, PRAGMÁTICA E BIOPOLÍTICA

Presidente: Dr. José Canas da Silva

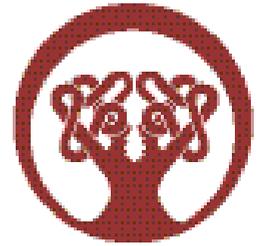
Palestrante: Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral

17.30h Entrega do prémio "Melhor Poster", encerramento do Congresso e entrega de Certificados



idoso
8º CONGRESSO
NACIONAL
26 | 27 | Junho | 2014
Geriatrics 2014





idoso
7º CONGRESSO
NACIONAL

Resumos
dos Posters

Os Posters a serem apresentados serão seleccionados durante a manhã do dia 20 Junho.

P 1

EVIDÊNCIA SOBRE O USO DE ESTATINAS EM PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR PRIMÁRIA NO UTENTE MUITO IDOSO

Patrícia Amaral, Catarina Mestrinho
USF Servir Saúde – ACES Almada-Seixal

Introdução: A mortalidade por doença cardiovascular tem aumentado nos indivíduos muito idosos (≥ 80 anos). A terapêutica com estatinas é efetiva em prevenção primária e depende do risco cardiovascular global a 10 anos. No utente muito idoso, apenas pela idade, o risco calculado é inflacionado e existe perigo de sobremedicação.

Objetivo: Rever a evidência relativa ao tratamento com estatinas em prevenção cardiovascular primária no utente muito idoso.

Metodologia: A pesquisa foi realizada nas bases de dados da medline, national guideline clearinghouse, guidelines do nhs, canadian medical association, cochrane, dare, bandolier, trip database, sítio da sociedade europeia de cardiologia e da direção geral de saúde. Definiram-se como critérios de inclusão: p - indivíduos com idade ≥ 80 anos sem doença cardiovascular mas com ≥ 1 fatores de risco score para além da idade; i - uso de estatina; o - diminuição da morbimortalidade e segurança. Utilizaram-se como termos *mesh*: *hydroxymethylglutaryl-coa reductase inhibitors, primary prevention e aged, 80 and over*. Selecionaram-se normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos aleatorizados e estudos originais publicados entre maio de 2006 e maio de 2012, em inglês, espanhol e português.

Para atribuição do nível de evidência (NE) e da força de recomendação (FR) utilizou-se a taxonomia *SORT*.

Resultados: Encontraram-se 263 artigos dos quais foram selecionados 6 - 4 normas de orientação clínica (NE 1), 1 revisão sistemática (NE 1), 1 estudo original (NE 2).

Existe evidência robusta acerca do benefício das estatinas em indivíduos com menos de 80 anos. Pelo contrário, desconhece-se o benefício em idades superiores.

Este grupo exige precauções especiais no uso de estatinas. É fundamental ponderar o risco vs benefício tendo em conta a menor esperança média de vida, comorbilidades, interações medicamentosas e efeitos adversos.

Discussão: A evidência específica deste grupo populacional é escassa. O utente muito idoso beneficia do cálculo do risco cardiovascular (FR B), embora saibamos que a ferramenta *SCORE* apenas calcula com exatidão o risco em idades ≤ 65 anos. A idade não é contraindicação para terapêutica, pelo que as estatinas podem ser consideradas em prevenção primária, particularmente se existe ≥ 1 fatores de risco cardiovascular para além da idade (FR B). A dose inicial deve ser baixa e posteriormente titulada até atingir o alvo de colesterol LDL, tal como na população geral (FR C).

P 2

VULVODÍNIA

Ana Sofia da Silva Malveiro Enes Ferreira
Orientadora: Idalina Inácio
USF Santiago de Palmela

Introdução: A vulvodinia foi descrita em 1983 pela Sociedade Internacional de Estudo de Doenças Vulvovaginais como um desconforto vulvar crónico caracterizado por sensação de queimadura, picada e sensibilidade na ausência de uma infeção ou patologia dermatológica ou neurológica. Divide-se em localizada ou generalizada, e a dor pode ser espontânea ou provocada. O desconforto pode variar de leve a grave e incapacitante.

Pode surgir em qualquer idade, raramente na infância, mais frequente

entre os 20 e os 50 anos. É quase exclusiva de mulheres brancas. Não está em relação com comportamentos sexuais de risco.

As mulheres com vulvodinia recorrem a vários médicos antes de obter o diagnóstico. A prevalência poderá ser superior aos 15%.

Foram propostas várias causas, mas nenhuma com evidência, provavelmente não se deve apenas a uma causa, poderá estar relacionada com alterações embriológicas, hormonais, neuropáticas ou musculares, fatores genéticos ou imunológicos, aumento de oxalatos urinários, inflamação ou infeção.

Objetivo: Sistematizar a abordagem diagnóstica e terapêutica da Vulvodinia, fornecendo informação que permita ao Médico de Família detectar, tratar e orientar precocemente este problema.

Métodos: Realizada pesquisa bibliográfica nas revistas científicas *América Family Physician e British Journal of Dermatology*, pesquisa site da *The American College of Obstetricians and Gynecologists e American Society for Colposcopy and Cervical Pathology* sites relacionados com o tema <http://www.nav.com> e <http://www.vulvarpainfoundation.org>. Utilizando as palavras chave: *vulvodinia, guideline, vulvar pain*, vulvodinia.

Discussão e Resultados: O diagnóstico é clínico e de exclusão. Deverá ser feita uma história exaustiva e o teste do cotonete na região vulvar.

A vulvodinia é um distúrbio complexo que poderá ser difícil de tratar, a evidência disponível é baseada na experiência clínica. Vários tratamentos podem ser utilizados entre eles a terapêutica oral, local, injetável, biofeedback, fisioterapia, dieta (baixo teor em oxalato), terapia comportamental cognitiva, aconselhamento sexual e cirurgia.

Como a causa parece estar relacionada com alterações neuropáticas, alguns tratamentos utilizados nestas patologias, têm tido sucesso na vulvodinia nomeadamente os antidepressivos tricíclicos (ADT), são usados como fármacos de 1ª linha, a Amitriptilina é a mais utilizada. Em pessoas intolerantes a ADT podem ser usados os inibidores da recaptação da serotonina como a Venlafaxina. A Gabapentina parece também ser efetivo na dor neuropática.

O tratamento deve ser holístico, não focar apenas o local da dor mas também o impacto subsequente na vida da mulher. Deve ser desenvolvida uma equipa de trabalho (médico, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, grupos de apoio) tanto no diagnóstico como no tratamento e aumentar a consciencialização e educação para esta patologia.

P 3

QUANDO O DOENTE É O PRINCIPAL OBSTÁCULO AO TRATAMENTO - UM CASO DE MÁ ADESAO TERAPÊUTICA.

Joana Pinheiro Torres
UCSP Norton de Matos

Enquadramento: O termo adesão à terapêutica (em vez de cumprimento) foi introduzido para salientar o papel do paciente na tomada de decisão e implementação do tratamento. Este conceito deu independência ao paciente, fornecendo-lhe um leque de alternativas para lidar com a doença. Mas será que todos os doentes podem usufruir desse poder, sem pôr em risco a sua saúde?

Descrição: Homem, 76 anos, engenheiro reformado, com antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) e conhecido pelo sucessivo incumprimento de planos terapêuticos. Pertence a uma família nuclear na fase VII do ciclo de Duvall.

Em várias consultas de vigilância de DM a avaliação de tensão arterial (TA) revelou valores elevados, tendo sido preconizado o registo das avaliações no domicílio e autovigilância de glicemia. Por estes registos também apresentarem um valor acima do desejado, instituiu-se terapêutica anti hipertensora, e pediu-se novos registos de TA e de glicémia no domicílio para avaliar na consulta seguinte.

O doente regressa 3 meses depois, referindo não ter efectuado os re-



gistos pedidos (TA e glicémia). Diz que “sente que tem sempre o açúcar baixo” (daí não fazer registos), que a sua tensão arterial (acima de 140/90) é o indicado para a sua idade e que não se considera “um hipertenso”. Revela também que não fez o ajuste terapêutico proposto na última consulta (aumento da dose de metformina e o início de losartan). Após visualização da HbA1c do doente de 7,9 e medição da tensão arterial, que se revela 170/80mmHg, faz-se nova tentativa de explicação da necessidade de controlar a TA e a glicémia, mas sem sucesso.

Discussão: Neste doente a má adesão tem como causa a sua má informação e negação perante uma nova doença. Neste caso, a técnica de comunicação deve ser alterada, destacando a negociação do tratamento, introduzindo ideias do próprio doente.

P 4

ACUFENO NO IDOSO QUE TRATAMENTO?

Ana Guilomar, Patrícia Silva e Vanda Estribio

CS de Corroios - USF Servir Saúde

Introdução: O acufeno é a percepção de um som na ausência de estimulação acústica. Tem uma prevalência estimada na população adulta de 10-15%, aumenta com a idade e é uma causa importante de incapacidade. Atualmente, não existem fármacos aprovados para o seu tratamento.

Objetivos: Identificar fármacos disponíveis para o tratamento do acufeno e verificar os que demonstraram benefício.

Material e métodos: Pesquisa na base de dados *MEDLINE*. Seleccionadas revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos, publicados entre 01/01/2011 e 31/12/2012, envolvendo indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. Limites linguísticos: português e inglês. Termos *MeSH*: “*Tinnitus e drug therapy*”. Nível de evidência e força de recomendação segundo taxonomia *SORT*.

Resultados: Obtiveram-se treze artigos, tendo sido incluídos sete ensaios clínicos, entre os quais três aleatórios e dois estudos caso-controlo. Foram excluídos seis artigos, três por impossibilidade de acesso e três por incumprimentos dos critérios de inclusão. Nos estudos efetuados, evidenciaram benefício no tratamento do acufeno: injeção intratimpânica de dexametasona 5mg/dia durante quatro dias em conjunto com toma prolongada de alprazolam 0,75 mg/dia; prami-pexol 0,264-2,1 mg/dia (nível de evidência 1); clonazepam 0,5-2mg/dia; ciclobenzaprina 30mg/dia; betahistina 48mg/dia; e suplementação diária com 532mg de magnésio (nível de evidência 2).

Discussão/conclusões: As opções farmacológicas atualmente disponíveis para o tratamento do acufeno não são curativas. Os resultados obtidos mostram potencial benefício com o uso de magnésio, de beta-histina, de ciclobenzaprina em dose elevada, de benzodiazepinas (*SORT B*) e de prami-pexol (*SORT A*). São necessários mais estudos clínicos aleatórios e controlados com maior número de indivíduos.

P 5

GASTROPARESIA EM DOENTES IDOSOS

Marta Rosário, Armando Bráz e Conceição Quadrado

Hospital de Santa Maria

Resumo: A gastroparesia é definida como o atraso no esvaziamento gástrico por alterações da motilidade gástrica na ausência de obstrução mecânica.

Trata-se de uma patologia bastante frequente em doentes idosos principalmente em doentes do sexo feminino.

A etiologia é muito variada estando frequentemente associada à diabetes mellitus e à toma de múltiplos fármacos como efeito secundário.

A sintomatologia é inespecífica e frequentemente do foro gastro intestinal.

Há sempre a necessidade de exclusão de causas obstrutivas através da realização de vários exames complementares de diagnóstico.

A terapêutica medicamentosa torna-se mandatória, é de longa duração e é bastante eficaz.

Os autores propõem-se esclarecer a etiologia, a sintomatologia, os exames complementares de diagnóstico a realizar e a terapêutica mais eficaz a efectuar nestes doentes idosos, de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

P 6

O PÉ DIABÉTICO

Marta Rosário, Armando Bráz e Conceição Quadrado

Hospital de Santa Maria

Resumo: O doente diabético geralmente com cicatrização retardada pela insuficiência vascular, agravada pelo mau controlo da glicémia e com falta de sensibilidade, pode vir a ser colonizado por agentes bacterianos da pele, por bactérias anaeróbias, por enterobactereaceas, sobretudo *Proteus*, por *Enterococcus*.

Muitos destes agentes podem vir a originar infecção de ferida e, por extensão, invadir as camadas profundas da pele, tecidos sub-cutâneos, com risco de compromisso da integridade do membro e da vida.

O tratamento do pé diabético deve ser encarado numa perspectiva multidisciplinar.

A avaliação correcta e precoce da extensão e gravidade da infeção é fundamental para a determinação do seu prognóstico.

No presente trabalho os autores pretendem apresentar algumas normas a seguir para a orientação na avaliação e tratamento do doente com pé diabético, na tentativa de melhorar a abordagem ao doente, o correcto diagnóstico, a melhor terapêutica e visando um melhor prognóstico.

P 7

A ANEMIA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA NO DOENTE IDOSO

Marta Rosário, Armando Bráz e Conceição Quadrado

Hospital de Santa Maria

Resumo: A anemia normocítica normocrómica é uma complicação frequente na doença renal crónica nos estadios mais avançados. A sua etiologia é multifactorial, salientando-se o contributo da diminuição da produção renal da eritropoietina e a diminuição da sobrevida dos eritrócitos em ambiente urémico. Além disso a anemia está associada ao desenvolvimento de insuficiência cardíaca e suas complicações.

Os níveis alvo de hemoglobina e hematócrito séricos na doença renal crónica têm sido tema de debate ao longo do tempo.

O presente trabalho pretende transmitir algumas orientações para o estudo dos doentes com doença renal crónica e ainda para o tratamento da anemia em doentes com doença renal crónica, em diálise e sem diálise.

P 8

PRIMEIRO TRABALHO REALIZADO EM PORTUGAL SOBRE “EQUITAÇÃO SÉNIOR”

Joana Filipa Figueiredo Gonçalves e Pedro Alexandre Campos Rodrigues de

Andrade Soares

Academia Equestre João Cardiga – IPSS e Unidade de Geriatria da Faculdade de

Medicina de Lisboa

Introdução: Por desenvolver competências físicas e emocionais, a Equitação – na valência da Equitação Terapêutica - pode constituir uma solução para melhorar a qualidade de vida do idoso. Contudo, a sua utilização com vista à habilitação e reabilitação das capacidades da pessoa idosa pouco tem sido estudada. A importância de investigar a

temática centra-se na possibilidade de melhorar as condições emocionais e prevenir a perda da capacidade funcional do idoso.

Objetivos: Investigar os eventuais benefícios da equitação, numa população idosa portuguesa.

Material e Métodos: O grupo de participantes incluiu 5 indivíduos com idade superior a 65 anos (idade média igual a 84 anos), sem défice cognitivo e em processo de envelhecimento normal. Utilizou-se o *Minimal State Examination (MMSE)* para fazer o screening de défice cognitivo. Para monitorizar a evolução utilizaram-se os instrumentos: (a) *Índice de Independência para as Atividades da Vida Diária (ADL)*; (b) *Índice de Independência para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (IADL)*; (c) *Classificação Funcional da Marcha (CFM)*; (d) *Escala Geriátrica de Depressão (EGD)*; e (e) *Prova de Tinetti (PT)*. A intervenção decorreu num picaideiro, consistiu em sessões semanais de 30 minutos e foi conduzida por Fisioterapeutas e Técnicos de Reabilitação Psicomotora. Utilizaram-se dois cavalos calmos até 1,55m com andamentos ritmados, bem como materiais de equitação e pedagógicos.

Resultados: Verificou-se a manutenção das capacidades a nível físico e emocional, não se tendo encontrado para já alterações significativas quanto ao aumento da capacidade funcional.

Discussão/Conclusões: Os resultados obtidos indicam que a equitação pode ter contribuído para evitar a perda de capacidades do grupo. Os mesmos foram influenciados por fatores como a dimensão da amostra, a assiduidade dos idosos e o controlo de aspetos de saúde. A mudança de avaliadores pode também ter sido uma condicionante. Por ser um estudo preliminar, é necessário replicar o método para obter mais conclusões.

P 9

PRIMEIRO TRABALHO, REALIZADO EM PORTUGAL, SOBRE A EQUITAÇÃO APLICADA A UM IDOSO COM ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO

Joana Filipa Figueiredo Gonçalves e Pedro Alexandre Campos Rodrigues de Andrade Dores

Academia Equestre João Cardiga – IPSS e Unidade de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa

Introdução: A literatura tem comprovado os benefícios da Equitação Terapêutica, com vista à habilitação de crianças/jovens com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID). Contudo, as amostras não incluem idosos com desenvolvimento atípico. Considera-se importante dar início à investigação neste grupo, pois a existência comprovada de plasticidade neuronal dos indivíduos mais velhos, pode possibilitar a replicação de resultados positivos.

Objetivos: Investigar os eventuais benefícios da equitação, num idoso com Atraso Global do Desenvolvimento (adquirido).

Material e Métodos: Analisou-se o indivíduo AR, do género masculino, com 63 anos e diagnóstico de Atraso Global de Desenvolvimento (adquirido), de etiologia conhecida. Utilizou-se o *Minimal State Examination (MMSE)* para fazer o screening de défice cognitivo. Para monitorizar a evolução utilizaram-se: (a) *Índice de Independência para as Atividades da Vida Diária (ADL)*; (b) *Índice de Independência para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (IADL)*; (c) *Classificação Funcional da Marcha (CFM)*; (d) *Escala Geriátrica de Depressão (EGD)*; e (e) *Prova de Tinetti (PT)*. A intervenção decorreu num picaideiro, consistiu em sessões semanais de 30 minutos e foi conduzida por Fisioterapeutas e Técnicos de Reabilitação Psicomotora. Utilizou-se um cavalo calmo até 1,55m com andamentos ritmados, bem como materiais de equitação e pedagógicos adaptados.

Resultados: Estes resultados apontam para uma melhoria das condições emocionais, contudo observou-se uma ligeira regressão da funcionalidade. A atividade da marcha tornou-se mais eficaz e verificou-se

uma estabilização ao nível do equilíbrio em pé e sentado.

Discussão/Conclusões: Estes resultados indicam que a equitação pode contribuir para melhorar condições emocionais e a capacidade da marcha, para além de manter o equilíbrio de um indivíduo com AGD. A regressão ao nível da funcionalidade pode ter sido influenciada por fatores como a ausência de controlo de aspetos de saúde e a mudança de avaliadores. Por ser um estudo preliminar, é necessário replicar o método e aumentar a amostra para obter mais conclusões.

P 10

PRIMEIRO TRABALHO REALIZADO EM PORTUGAL SOBRE A EQUITAÇÃO NA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Academia Equestre João Cardiga – IPSS / Unidade de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa

Introdução: A utilização da Equitação Terapêutica em idosos com Demência de Alzheimer não está documentada. Por desenvolver competências físicas e emocionais, a Equitação Terapêutica pode vir a constituir uma solução para melhorar a qualidade de vida do idoso em processo demencial. O presente estudo procurou avaliar a evolução a partir de uma análise de caso.

Objetivos: Investigar os eventuais benefícios da equitação numa idosa com Demência de Alzheimer.

Material e Métodos: Analisou-se o caso do indivíduo MC, do género feminino, com 78 anos e diagnóstico de Demência de Alzheimer. Utilizou-se o *Minimal State Examination (MMSE)* para fazer o screening de défice cognitivo. Para monitorizar a evolução utilizaram-se: (a) *Índice de Independência para as Atividades da Vida Diária (ADL)*; (b) *Índice de Independência para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (IADL)*; (c) *Classificação Funcional da Marcha (CFM)*; (d) *Escala Geriátrica de Depressão (EGD)*; e (e) *Prova de Tinetti (PT)*. A intervenção decorreu num picaideiro, consistiu em sessões semanais de 30 minutos e foi conduzida por Fisioterapeutas e Técnicos de Reabilitação Psicomotora. Utilizou-se um cavalo calmo até 1,55m com andamentos ritmados, bem como materiais de equitação e pedagógicos.

Resultados: Estes resultados apontam para a manutenção das capacidades do equilíbrio e da marcha. Porém, diminuiu a autonomia na realização das atividades de vida diária. Os sintomas de depressão sofreram um aumento, insuficiente para interferir com o bem-estar geral da idosa.

Discussão/Conclusões: Estes resultados indicam que a equitação pode contribuir para manter o equilíbrio e a marcha num indivíduo com Demência de Alzheimer. O aumento dos sintomas de depressão parece ser consequência da mudança de avaliadores, enquanto a regressão da funcionalidade é uma consequência esperada em indivíduos com este diagnóstico. Para validar as conclusões desta investigação, deve aumentar-se a amostra e aperfeiçoar aspetos metodológicos como a ausência de controlo de condições de saúde e a mudança de avaliadores.

P 11

A PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO NA OSTEOPOROSE

Marta Sousa Tavares e Tiago Félix

UCSP Anália III; Serviço de Reumatologia do CHB

Introdução: A osteoporose (OA) é uma doença degenerativa da cartilagem articular, crónica e progressiva, que se manifesta por artralgia, rigidez e limitação funcional. É umas das principais causas de incapacidade e absentismo laboral, o que acarreta custos económicos significativos para a sociedade.

Objetivos: Esta revisão pretende abordar as principais medidas de exercício físico a aconselhar a um doente para prevenir e retardar o agravamento da OA.

Metodologia: Pesquisa na base de dados *UpToDate*, livros e publicações



da especialidade de Fisiatria e Reumatologia, usando as palavras-chave: *exercise; osteoarthritis*.

Resultados: A OA ainda não tem cura e o seu tratamento incide no alívio da dor e melhoria da funcionalidade. É consenso que o exercício físico é indicado tanto com intuito profilático como terapêutico, pois contribui para a estabilidade articular através de fortalecimento muscular e aumento da flexibilidade, sendo igualmente importante na diminuição do peso corporal, um dos principais factores de risco para OA. Devem ser aconselhados exercícios onde o impacto articular e a resistência sejam reduzidos, tais como natação, hidroginástica, ginástica, bicicleta estática em regime de roda livre, ciclismo e marcha em terreno plano, durante 30 minutos, 3 a 5 vezes por semana.

Discussão/Conclusão: A OA é um dos principais motivos de consulta nos Cuidados de Saúde Primários. Como tal, é fundamental o Médico de Família aconselhar a actividade física mais apropriada, tendo em conta o estágio evolutivo da doença, nível de dor, instabilidade articular, idade e nível socioeconómico e cultural do doente.

P 12

DOENÇA DE PARKINSON: DO TREMOR À DOENÇA

Maria José Gomes e Joana Nóbrega

SESARAM

Introdução: O tremor é uma queixa frequente nas consultas de Medicina Geral e Familiar. A sua classificação sindrómica é variada, podendo originar dúvidas no diagnóstico.

A doença de Parkinson, em particular, é a 2ª causa mais frequente de tremor. Trata-se de uma doença do movimento de causa idiopática, comum em indivíduos acima dos 50 anos. O diagnóstico é clínico.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 72 anos, viúva, reformada. Antecedentes familiares: pai com diagnóstico não confirmado de doença de Parkinson. A doente iniciou, aos 56 anos, quadro de tremor no membro superior direito, unilateral, de repouso e de baixa frequência. À data, a doente não apresentava outros sintomas ou doenças nem realizava qualquer terapêutica crónica.

Passados 9 anos do quadro inicial, a doente apresentava um agravamento do tremor de repouso do membro superior direito, de moderada frequência, com características de tremor tipo *pill-rolling*. Simultaneamente, salientava-se, de novo, um tremor de repouso do membro inferior ipsilateral, de baixa frequência. De referir ainda uma dificuldade na marcha, de pouca amplitude, com episódios de bloqueio; bradicinesia com alguns episódios de acinesia; e rigidez muscular com espasticidade, tipo roda dentada. A doente foi então referenciada à consulta de Neurologia.

Conclusão: A doença de Parkinson é uma doença com evolução gradual, cujos sintomas iniciais facilmente se confundem com a própria senilidade ou com outras doenças em que o tremor de repouso é a apresentação inicial. O tratamento pode melhorar os sintomas e diminuir a velocidade de progressão da doença.

P 13

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO DA VACINA ANTI-PNEUMOCÓCICA NOS IDOSOS DE UMA USF

Olívia Costa¹; Elizabeth Pinto²; Inês Coelho³; Anne-Marie Ferreira¹

¹USF Terras de Azurara; ²USF Viriato; ³USF Grão Vasco

Introdução: O *Streptococcus pneumoniae* é um dos agentes etiológicos mais frequentemente implicados nas pneumonias, meningites e bacteriémias e responsáveis por uma morbi / mortalidade significativa, particularmente nos idosos.

A Sociedade Portuguesa de Pneumologia recomenda a administração da vacina anti-pneumocócica (PPV) em todos os utentes com ≥ 65 anos, sendo considerada uma estratégia efetiva para diminuir as

doenças associadas ao *S. pneumoniae*.

Objetivos: Avaliar a qualidade da prescrição da PPV aos idosos inscritos na USF.

Material/ Métodos: Estudo observacional, analítico e retrospectivo. População: idosos inscritos nas listas de todos os MF, com idade ≥ 65 anos a 1 de Janeiro de 2008. Critério avaliado: taxa de prescrição (TP) da PPV no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2008 e 31 de Dezembro de 2012. Fonte de dados: sistema SAM®. Tratamento dos dados: Excel®. Padrão de qualidade: Muito Insuficiente se TP $<25\%$, Insuficiente se TP $\geq 25\%$ e $<50\%$, Suficiente se TP $\geq 50\%$ e $<75\%$ e Bom se TP $\geq 75\%$.

Resultados: Obtiveram-se 2360 idosos, com predominância do sexo feminino (57.46%) e idade média de 78.52 anos. Em 140 idosos (5.93%), houve prescrição da PPV, correspondendo a um padrão de qualidade de prescrição muito insuficiente. Houve uma maior prescrição na faixa etária dos 70 aos 74 anos.

Discussão/Conclusões: O padrão de qualidade de prescrição da PPV na USF foi muito insuficiente. Estes resultados vão de encontro com estudos nacionais e permitem reforçar a necessidade urgente de instituir medidas corretivas (discussão em reunião de serviço, folhetos informativos) após as quais será realizada uma reavaliação.

P 14

ABORDAGEM DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Amélia Nunes, Catarina Rino e Ana Isabel Esteves

USF São João Evangelista dos Lóios

Introdução: Incontinência Urinária (IU) é a perda involuntária de urina. Afecta cerca de 33% das mulheres, mas destas apenas 10% estão a receber tratamento adequado. É uma patologia com importantes repercussões na qualidade de vida, que se relaciona com a idade, sendo os principais factores de risco os partos por via vaginal, cirurgia ou trauma da região pélvica, obesidade e obstipação. Pode ser classificada em IU de esforço, IU por imperiosidade ou IU mista. É uma patologia cada vez mais frequente, tendo o médico de família (MF) um papel privilegiado na detecção, abordagem inicial e acompanhamento desta.

Objetivos: Estabelecer linhas orientadoras, ajustadas à abordagem da IU 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 o ano 2007 e 2012, utilizando os termos *MeSH Urinary incontinence, Women e Primary care*.

Resultados: O diagnóstico de IU é essencialmente clínico, através da colheita da história clínica e exame objectivo. Eventuais causas reversíveis ou agravantes devem ser investigadas, com auxílio de exames complementares. Alterações no estilo de vida e exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico devem ser sempre recomendados inicialmente. Enquanto na IU por imperiosidade o tratamento é essencialmente farmacológico, na IU de esforço é preferencialmente cirúrgico.

Conclusão: O MF deve tomar a iniciativa de questionar as utentes sobre queixas de IU, sabendo avaliar, iniciar tratamento e referenciar quando necessário.

P 15

ALIMENTAÇÃO NA HIPOCOAGULAÇÃO

Ana Sofia Barros e Marisa Batarida

Centro de Saúde do Carriço, USF Tornada

Introdução: Os anticoagulantes orais (ACO) dependentes da vitamina K



são uma terapêutica bem fundamentada para a prevenção de patologia trombótica. O *INR* (*International Normalized Ratio*) é utilizado para otimizar a dose do ACO. Os efeitos secundários trombóticos ou hemorrágicos são devidos à instabilidade terapêutica e traduzem-se por um *INR* abaixo ou acima dos valores de referência respectivamente. Além da dose do ACO, o *INR* pode ser afetado por múltiplos factores, entre eles doenças intercorrentes, fármacos e a ingestão de vitamina K.

Objetivos:

1. Determinar se existe interação entre os alimentos ricos em vitamina K e os valores do *INR*.
2. Listar os alimentos/suplementos a evitar nos doentes hipocoagulados.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa na base de dados *Pub-Med* e selecionados para estudo 5 artigos.

Resultados: Os artigos consultados são unânimes em relação à existência de interação entre alimentos ricos em vitamina K e hemostase. A associação: ingestão de grandes quantidades de vitamina K e diminuição do *INR* é corroborada pela maioria. Em relação à evicção de alimentos/suplementos ricos em vitamina K, os artigos não são consensuais. Alguns alimentos e suplementos comuns que poderão repercutir-se na hemostase dos utentes hipocoagulados são:

Alimentos: vegetais verdes escuros (couves, espargos, feijão verde, bróculos, espinafres e outras folhas verdes); óleos quentes e processados *fast food*, alho.

Suplementos: Ginko biloba; ginseg; chá verde; soja; camomila; passiflora; L-arginina; magnésio; glucosamina e condroitina.

Conclusão: São necessários mais estudos desta temática. Importa no entanto manter uma vigilância apertada aos doentes hipocoagulados e perceber que alimentos e suplementos ingerem.

Bibliografia:

1. Stanger M, Thompson L, Young A, Lieberman H. Anticoagulant activity of select dietary supplements. *Nutrition Reviews* 2011 70(2):107-117
2. Rombouts E, Rosendaal F, M. van der Meer F. Influence of dietary vitamin K intake on subtherapeutic oral anticoagulant therapy. *British Journal of Haematology* 2010 149: 598-605
3. Rohde L, Assis M, Rabelo E. Dietary vitamin K intake and anticoagulation in elderly patients. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 2007 10:1-5
4. Nutescu E, Shapiro N, Ibrahim S, West P. Warfarin and its interactions with foods, herbs and other dietary supplements. *Expert Opinion Drug Safe* 2006 5(3):433-451
5. Beatty S, Mehta B, Rodis J. Decreased warfarin after initiation of high-protein, low-carbohydrate diets. *The Annals of Pharmacotherapy* 2005 39:744-747

P 16

SÍNDROME DA AVÓ ESCRAVA

Paula Freitas e Susana Pereira
USF Ara de Trajano

Introdução: A síndrome da “*Abuela Esclava*” é uma doença grave que afeta mulheres idosas com muitas responsabilidades. Segundo a OMS é um tipo de maus tratos. Os anos passam e as cargas destas mulheres multiplicam-se mas a capacidade física e emocional sofre um declínio com a passagem do tempo.

Descrição do caso: Doente sexo feminino, 76 anos, antecedentes pessoais: HTA, gastrite crónica; medicada com indapamida 1,5mg 1xd; omeprazol 20mg.

Recorreu ao Médico de Família com queixas de cansaço intenso, tristeza, insónia e sentimento de culpa por não conseguir tratar dos netos. Apresentava-se emagrecida, humor depressivo, ansiosa, com agravamento da HTA. Após conversa mais cuidadosa, contou há 6 meses toma conta

de dois netos cujos pais emigraram e o marido com Doença de Alzheimer. Iniciou medicação com escitalopram 10mg/d e alprazolam 0,5mg/d. Foi pedida consulta com psicóloga. A Assistente Social conseguiu vaga no centro de dia para o marido e apoio ao domicílio para os cuidados de higiene. Após contato com a filha, que não se tinha apercebido do estado de exaustão da mãe, concordou em colocar os filhos num centro de estudos após as aulas.

Discussão: A Síndrome da avó escrava arrasta-se até deixar de cumprir as tarefas que desempenha há anos. A família alheia à situação, culpa-a. O tratamento desta doença consiste em libertar a doente de sobrecargas, encontrar o equilíbrio entre as suas capacidades e responsabilidades, carinho e compreensão familiar. É muito importante é a ajudar estas mulheres a reconhecer os seus limites, tanto físicos como emocionais.

P 17

FEBRE SEM CAUSA?

Paula Freitas; Susana Pereira
USF Ara de Trajano

Introdução: A febre Q - *Coxiella burnetii* e a febre escarionodular - *Rickettsia conorii*, são zoonoses que podem apresentar como febre de origem indeterminada. A incidência de febre Q é subestimada, apresentação inespecífica, aguda, como pneumonia ou hepatite, ou crónica, como endocardite. A febre escarionodular apresenta-se como síndrome febril, rash e escara necrótica no local da inoculação.

Descrição do caso: Sexo masculino, 73 anos, residente em meio rural, antecedentes de DRC de etiologia desconhecida, estadio 5, em diálise. Apresentava como contexto epidemiológico: consumo de queijo fresco de ovelha. Foi encaminhado para hospital por febre intermitente com 3 semanas de evolução, mialgias generalizadas e artralgias assimétricas mão e tornozelo. Apresentava baço palpável e doloroso, sem sinais inflamatórios da FAV e uma lesão crostosa de bordos violáceos no membro inferior direito. Analticamente: anemia normocrômica normocítica, marcadores inflamatórios elevados e ligeira citólise hepática. Tc abdominal confirmou esplenomegalia ligeira, sem outras alterações. Sem alterações no sedimento urinário, RX tórax ou ecocardiograma transesofágico. Estudo serológico: anticorpos IgM de fase II para *C. burnetii* e IgM para *R. conorii* positivos. Iniciou doxiciclina 100mg bid com resolução da sintomatologia.

Discussão: Apesar de se tratarem de entidades diferentes, estas doenças podem utilizar o mesmo vetor (*carraça Rhipicephalus*) para infetar o humano. Não existe reatividade cruzada entre os testes serológicos usados para o diagnóstico de cada uma das doenças e a infeção concomitante por estes dois agentes acontece. A febre Q é indolente, e é importante o reconhecimento da infeção concomitante principalmente em doentes com valvulopatia.

P 18

PNEUMONIA RECORRENTE...OU TALVEZ NÃO

Paula Freitas; Susana Pereira
USF Ara de Trajano

Introdução: A aspiração de corpos estranhos é frequente nos idosos. A ingestão de álcool, a perda de consciência, a patologia neurológica, abuso de sedativos e idade são fatores de risco mais importantes. O sintoma predominante é a tosse, podendo existir febre, hemoptises, dor torácica e pieira. O diagnóstico é muitas vezes acidental durante uma broncoscopia quando realizada por sintomas de doença endobrônquica (tosse crónica, asma refratária ao tratamento ou pneumonia recorrente).

Descrição do caso: Sexo masculino, 69 anos, antecedentes pes-



soais irrelevantes, recorreu ao SU por tosse persistente, expetoração muco-purulenta e dor torácica com 1 mês e meio de evolução. Rx tórax: hipotransparência na base direita sugestiva de pneumonia lobar. O doente tinha vários episódios semelhantes, sempre na mesma área pulmonar, com recuperação sintomática após antibioterapia. Optou-se por internamento. Realizou Tac tórax: aspeto consolidativo extenso no lobo inferior direito, com broncograma aéreo, margens irregulares com aspeto infiltrativo e micronodular do pulmão adjacente. Carcinoma bronquioloalveolar? Pneumonia?

Iniciou azitromicina e ceftriaxone, com ligeira melhoria sintomática, imagiológica e dos parâmetros inflamatórios. Realizou broncoscopia: corpo estranho, de consistência dura, ancorado nos bronquíolos basais direitos, que confirmou tratar-se de um osso de galinha. Após remoção do fragmento houve recuperação completa da sintomatologia.

Discussão: A diminuição do reflexo deglutição e alterações do mecanismo da tosse que ocorrem com o envelhecimento, são o principal mecanismo para a aspiração.

Quando não reconhecida, pode ter consequências severas como pneumonites obstrutivas e abscessos. A broncoscopia não só auxilia no diagnóstico, como muitas das vezes também é terapêutica.

P 19

DR. QUE EXERCÍCIO DEVO FAZER?

Paula Freitas; Susana Pereira

USF Ara de Trajano

Introdução: O envelhecimento é um processo fisiológico, consequência da passagem do tempo, caracteriza-se pela perda de funcionalidades. A prática de exercício regular aliado a uma alimentação saudável e equilibrada, evitando comportamentos de risco, melhora a saúde e o bem estar físico e mental.

Objetivos: Determinar o tipo exercício físico mais adequado aos idosos.

Material e métodos: Revisão clássica, *Palavras chave: aging, physical activity and health.* Bases de Dados: *Bandolier, TRIP, Cochrane, DARE, Medline, NelH e Uptodate.* Publicados entre 2007-2013, em Inglês e Português.

Resultados: Portugal é o país mais sedentário da União Europeia, quer em termos de atividade física informal quer organizada. A atividade aeróbica recomendada no idoso é: intensidade moderada (5-6 EPE ou 40-59% FCReserva) - 5 dias/semana x 30- 60 min ou intensidade alta (7-8 EPE ou 60-89% FCReserva) - 3 dias/semana x 20-30min. Os exercícios de fortalecimento muscular devem ser realizados 2 a 3 dias/semana (48h entre sessões), 20-45 minutos/sessão, e os exercícios de flexibilidade devem ser realizados 2 dias/semana x 10min, 30seg a 1min cada alongamento - 3 a 4 repetições. Os exercícios de equilíbrio podem estar indicados na população com risco de queda, 3 dias/semana, 20-30min.

Conclusão: A prescrição de exercício físico deve seguir as recomendações mas ter em consideração: limitações, doenças crónicas, risco de queda, nível de aptidão física, habilidade individual e preferências individuais. E não esquecer dois princípios: não provocar dor e Qualquer exercício físico é melhor que nenhum!

P 20

QUANDO PRESCREVER PASSA POR DESPRESCREVER

Sara Veiga e João Maia de Oliveira

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Introdução: O envelhecimento gradual da população e o aumento da

prevalência de patologias crónicas implicam um aumento do número de fármacos prescritos.

O ajuste terapêutico depende da capacidade do médico de ponderar o risco/benefício de cada fármaco e reconhecer os seus efeitos adversos de forma adaptada a cada doente, sobretudo no doente geriátrico.

Objetivo: Alertar o médico para os problemas que advêm da polimedicação. Identificar estratégias para a desprescrição farmacológica.

Metodologia: Pesquisa sistemática nas bases de dados *ClinicalKey, PubMed, Medscape, Uptodate* de artigos publicados entre 2007 e 2012, em Português e Inglês, utilizando os termos *MeSH: Adverse effects, Polypharmacy, Drug withdrawal, Desprescription.*

Discussão: A probabilidade de ocorrência de efeitos adversos e interações farmacológicas é mais provável em idosos, mas é nestes que a prevalência de doenças crónicas é maior e consequentemente os que mais fármacos consomem.

O objectivo da desmedicalização visa diminuir o número de fármacos prescritos, otimizando o perfil terapêutico.

Para desprescrever é necessário ponderar o risco/benefício de cada um dos fármacos prescritos adaptado ao doente idoso, tendo em conta as suas patologias, estado geral e esperança média de vida e negociar com o doente a possibilidade de suspender um ou mais fármacos.

O médico pode recorrer a ferramentas e estratégias para otimizar a prescrição, *STOP/START* e *MAI*, assim como algoritmos de desprescrição, quando esta se justifica.

É necessário acompanhar os pacientes para verificar os resultados, como a redução dos efeitos adversos e melhoria da qualidade de vida.

Conclusão: Os profissionais de saúde devem procurar manter um esquema terapêutico o mais simples possível, considerando periodicamente a necessidade de cada fármaco prescrito.

A desprescrição deve considerar-se quando existe dúvida sobre o benefício de uma terapêutica num determinado doente, ou quando os objectivos da terapêutica se alteram.

Os clínicos devem estar alerta para reconhecer casos de polimedicação, reações adversas a medicamentos, ineficácia do tratamento.

A abordagem cautelosa à desprescrição inclui dois princípios: interrupção/descontinuação de fármacos um a um, e diminuição da dose gradualmente durante semanas ou meses.

P 21

NÃO QUERO CAIR...

Paula Freitas e Susana Pereira

USF Ara de Trajano

Introdução: 55% das quedas ocorrem no domicílio. Alterações sensoriais como dificuldades visuais, auditivas, alterações de equilíbrio e patologias músculo-esqueléticas são responsáveis pelo aumento de incidência de quedas, que diminuem a funcionalidade, a auto estima e promovem isolamento social.

Objetivos: Determinar e informar sobre as principais estratégias para prevenir quedas no domicílio.

Material e métodos: Revisão clássica, *Palavras chave: aging, prevention e home accidents.* Bases de Dados: *Bandolier, TRIP, Medline, e Uptodate.* Publicados entre 2007-2013, em Inglês e Português.

Resultados: Em todas as divisões da casa se podem encontrar situações que favorecem as quedas. Assim deve-se manter uma boa iluminação em toda a casa; fixar os tapetes ao chão; colocar piso antiderrapante nas escadas e colocar barras de apoio ou corrimões nas escadas. No quarto, a cama deve permitir apoiar os pés no chão; os interruptores devem estar perto da cama. Na sala devem optar por sofás com tecidos não escorregadios, evitar esquinas com materiais cortantes nas mesas; retirar os tapetes. Na cozinha evitar colocar os armários muito

altos e guardar os objetos de uso frequente em locais de fácil acesso. Sem esquecer o WC, colocar piso antiderrapante e barras de apoio no polibã e banheira; manter o chão seco e evitar prateleiras de vidro e superfícies cortantes.

Conclusão: O ambiente físico do domicílio é importante fator de risco de quedas, sendo fundamental realizar adaptações para minimizar barreiras arquitetônicas. Para manter o idoso em segurança é preciso: medidas de proteção, algum bom senso e muita prudência para reduzir dos acidentes domésticos.

P 22

DOUTORA CORTOU-ME AS PERNAS MAS EU ARRANJEI UMAS MUITO MELHORES

Marta Rafaela Sousa Tavares e Rosa Andreia dos Reis Fernandes
UCSP Anadia III

Enquadramento: Um dos motivos que leva os idosos a recorrer ao seu Médico de Família (MF) é o pedido de renovação do atestado de condução. Contudo, nem sempre é possível passar este atestado devido a comorbilidades apresentadas pelos idosos, o que torna o MF o responsável por impedir a deslocação do idoso no seu próprio meio de transporte.

Descrição do Caso: Homem de 80 anos, casado, reformado, com antecedentes de: diabetes com complicações; hipertensão; artrose grave bilateral da anca e gonartrose grave bilateral com necessidade deambular com o auxílio de duas canadianas.

No dia 17.5.2010 recorre à consulta para renovação do atestado médico para condução de ciclomotores. O atestado não é passado por diminuição da acuidade visual, mau controlo da Diabetes. É pedida consulta de Oftalmologia.

A oftalmologia prescreve o uso de óculos. Os registos de glicemia capilar mantêm-se na ordem dos 200/300mg/dl. Ao exame objetivo apresenta limitação marcada da marcha. Foi recusado passar o atestado de condução.

Na consulta seguinte o doente conta: Dra. cortou-me as pernas mas eu arranjei umas muito melhores que até me permitem entrar nos edifícios. A minha única tristeza é não poder trazer a minha esposa comigo. Doente encontrava-se numa cadeira de rodas eléctrica.

Conclusão: Quando pensamos que determinado problema não tem solução, eis que o doente arranja a sua própria solução. Com este caso verificamos que os idosos nos conseguem surpreender, com capacidade adaptativa e de resolução de problemas, ultrapassando as suas próprias limitações.

P 23

SER IDOSO E CUIDADOR

Bruno Pedro, Joana Dutra, Helena Vieira Dias e Maria Filomena Roque
Serviço de Medicina Hospital de Santarém EPE

Introdução: De acordo com a Organização Mundial de Saúde, idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável. Os idosos vivem cada vez mais tempo, mas fazem-no frequentemente acompanhados de patologias, algumas delas causadoras de dependência e de cuidados de terceiros, sendo estes cada vez mais proporcionados por outro idoso.

Objetivo: Avaliar, no período de um mês, na população idosa interna numa enfermaria de Medicina, quantos idosos eram cuidados por outro idoso e avaliar as características desses cuidadores.

Material e métodos:

Estudo descritivo transversal, através de questionário, aplicado ao cuidador informal idoso. Foi também efetuada a caracterização dos doentes.

Resultados: Foram identificados 47 cuidadores informais, 80,9% mulheres, idade média de 75,89 anos, 61,7% eram esposas, 53,2% domésticas, 91,5% tinham 4ª classe ou menos, 83% relatava algum problema de saúde sendo a patologia osteoarticular e a HTA as mais referidas. 38,3% não dispunha de qualquer ajuda para cuidar; sendo os principais cuidados prestados higiene, alimentação e medicação. Da caracterização dos idosos salienta-se idade média 83,84 anos, 38% com dependência severa.

Conclusões: Os cuidadores, na sua maioria eram idosos velhos, do sexo feminino, pertenciam à família, tinham baixo grau de escolaridade, apresentavam patologias, uma percentagem significativa não dispunha de qualquer tipo de ajuda, prestando cuidados a 52% de indivíduos com dependência moderada a severa, e apontaram diversas dificuldades no cuidado. Constatou-se assim, a necessidade de identificação e de se reforçarem medidas de apoio ao cuidador informal idoso no decorrer das hospitalizações.

P 24

AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL EM DOENTES HOSPITALIZADOS

Ana Costa, Ana Mesquita, Ana Canelas e Inês Lourenço

Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: A prevalência da desnutrição afecta entre 30 e 50% dos doentes hospitalizados, sendo que, na população geriátrica, pode assumir valores de 60%.

Objetivo: Avaliar o risco nutricional de 124 doentes internados nos Serviços de Cirurgia Geral, Gastroenterologia e Neurologia do Hospital Santo António dos Capuchos (HSAC), pertencente ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC-EPE). A população geriátrica corresponde a 64 doentes.

Metodologia: Estudo observacional transversal, aplicado a 124 doentes admitidos nas enfermarias dos Serviços mencionados. O período de recolha de dados decorreu de 23 de Janeiro a 22 de Março de 2013.

O estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) classificado de acordo com valores de referência estandardizados para a idade e sexo, segundo a OMS e, para a população geriátrica, segundo Lipischitz.

A avaliação do risco nutricional foi efetuada através da aplicação do questionário *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), validado para internamento hospitalar.

Os dados foram analisados através do *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 20.0.

Resultados: Do total da amostra, 54% eram do sexo masculino (n=67) e 46% do sexo feminino (n=57). A média de idades foi de 62,4 ± 18,7 anos de idade.

Segundo o IMC, 8,3% dos adultos apresentava desnutrição (IMC <18,5 kg/m²), 50% eutrofia (18,5-24,99 kg/m²), 20% excesso de peso (25-29,99 kg/m²), 21,6% obesidade (≥30 kg/m²). Na população geriátrica, verifica-se que 35,9% apresenta desnutrição (<22 kg/m²), 14% risco de desnutrição (22-23,9 kg/m²), 18,75% eutrofia e 31,25% excesso de peso (>27 kg/m²).

Com a aplicação do MUST, identificou-se 57,3% dos doentes com baixo risco de desnutrição, 20,2% com risco médio e 22,6% com elevado risco.

Conclusão: A prevalência da desnutrição foi elevada na população geriátrica, reforçando assim a necessidade de realizar a triagem nutricional, através da aplicação de questionários validados para internamento hospitalar. Esta deve ser realizada na admissão a todos os doentes para identificar situações de risco e implementar a intervenção nutricional mais adequada.



P 25

COMPARAÇÃO DE CUSTOS DE ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL VERSUS ARTESANAL EM DOENTES COM GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA

Ana Costa, Ana Canelas, Alice Trewinnard, Beatriz Carvalho

Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: A colocação de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) permite melhorar o estado geral e nutricional dos doentes com aporte oral insuficiente.

Objectivo: Comparação dos custos monetários entre uma alimentação artesanal e uma alimentação artificial adequada a doentes com PEG.

Metodologia: Realizou-se num dia o levantamento dos custos diários com a alimentação preparada no domicílio e a alimentação artificial adquirida em farmácias comunitárias ou na Liga do Amigo do Utente (LAU) do Hospital dos Capuchos (HSAC).

Resultados: Foi feita uma listagem dos alimentos necessários para a preparação e confecção do plano alimentar artesanal, constituído por seis refeições ao longo do dia com um intervalo de 3 horas entre cada refeição. Procedeu-se ao levantamento dos preços por quilograma e dose individual dos alimentos num supermercado nas imediações do hospital. Calculou-se posteriormente o valor do custo diário deste tipo de alimentação para um doente tipo de 66 anos de idade, do sexo masculino, 1,68m de altura, 65 Kg de peso e acamado. Procedeu-se também ao levantamento do custo de alimentação artificial (Dieta Modificada Normalizada Polimérica) adequada a este doente na LAU, visto que esta consegue vender por cerca metade do preço (das farmácias comunitárias) aos doentes deste hospital.

Verificou-se que o custo diário de uma dieta artificial é de 8,47€/dia enquanto que uma dieta artesanal tem um custo de 2,79€/dia.

Conclusão: A alimentação artesanal revelou um custo aproximadamente três vezes inferior relativamente ao custo da alimentação artificial.

P 26

EFEITO DA ASSOCIAÇÃO DE NUCLEÓTIDOS DE URIDINA, ÁCIDO FÓLICO E VITAMINA B12 NA EVOLUÇÃO CLÍNICA DAS NEUROPATIAS PERIFÉRICAS

Pedro Almeida (em representação do Grupo Português para o Estudo das NP)

Grupo Português para o Estudo das NP

Introdução: As neuropatias periféricas (NP) são patologias frequentes cuja incidência é sensivelmente de 8% nos idosos. A dor neuropática (DNP) incide significativamente na população em geral. Na fisiopatologia das NP existe sempre uma lesão das células de Schwann produtoras de mielina nos nervos periféricos. A regeneração/proteção das bainhas de mielina após uma lesão nervosa é fundamental no mecanismo de reparação das NP. Os nucleótidos como uridina monofosfato (UMP), demonstraram a sua eficácia no tratamento etiológico da lesão nas bainhas de mielina em diversos modelos experimentais e clínicos.

Objectivos: Avaliar a melhoria clínica nos doentes com NP e DNP tratados com uma associação de UMP+ácido fólico+vitamina B₁₂ (Keltican®).

Material e métodos: Estudo aberto, multicêntrico, observacional com 2 meses de seguimento em 212 doentes. Avaliar a dor através do questionário painDETECT®.

Resultados: A intensidade da dor avaliada no momento da consulta, evoluiu favoravelmente, e diminuiu de forma estatisticamente significativa (p<0,001) em todos os tipos de NP incluídas. A pontuação global da dor avaliada pelo painDETECT® diminuiu de 17,5 até 8,8 pontos

na avaliação final (p<0,001), os efeitos desta associação (Keltican®) não são afetados pela neuropatia periférica em causa, idade, ou pelo valor de IMC aumentado. Em 77,4% dos doentes reduziu-se/retirou-se a administração de AINES.

Conclusão: A associação UMP + ácido fólico+ vitamina B12 é eficaz na dor neuropática associada às neuropatias periféricas, e provoca reduções estatisticamente significativas não só na pontuação total do painDETECT®, mas também na intensidade da dor, sua caracterização, zonas afetadas, irradiação da dor e permite reduzir a medicação concomitante.

P 27

ALGO MAIS QUE OBSTIPAÇÃO? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Correia, Inês Figueiredo e Isabel Schulze

USF 3 Rios, UCSP 1 Ilhavo, USF 3 Rios

Enquadramento: Obstipação crónica, queixa comum em idosos, diminui qualidade de vida, aumenta custos com a saúde. Etiologia múltipla, uma abordagem adequada requer o despiste de causas secundárias (patologias sistémicas/uso de fármacos obstipantes). Obstipação idiopática pode estar associada a um trânsito intestinal lento e/ou distúrbios do pavimento pélvico.

Descrição do caso: Homem, 87 anos, caucasiano, solteiro, reformado. Antecedentes patológicos: HTA, dislipidemia mista, DM2, DPOC, obstipação há 5 anos. Medicação habitual sem obstipantes de efeito conhecido. 13/12/2012 recorre à consulta não programada por obstipação de 7 dias de evolução, significativo esforço defecatório, sensação de evacuação incompleta, sem outros sintomas. Inspeção: normal, toque retal: esfíncter normotónico e presença de fezes na ampola retal. Medicado com laxantes osmóticos (macrogol 13,6+lactulose) e reforço hídrico. Regressou 22/01/2013 por manter obstipação e apresentar retorragias após desimpacção manual. Não realizou a medicação prescrita. Requisitada EDB com biópsia. Exame histológico revelou mucosa cólica hiperplástica com fibras musculares no córion sem sinais de displasia ou malignidade, compatível com síndrome de úlcera solitária do reto. Medicado com laxantes de contacto em gotas com resolução da sintomatologia.

Discussão: Síndrome de úlcera solitária do reto, patologia rara, pode ocorrer entre os 14-76 anos. Sintomas frequentes: retorragias, presença de muco, esforço defecatório e sensação de evacuação incompleta. Diagnóstico fundamenta-se na clínica, no exame endoscópico e histológico. Variabilidade de lesões desde úlceras mucosas, lesões polipóides ou apenas eritema (doença das três mentiras), pode mimetizar outras patologias graves como carcinoma/doença inflamatória intestinal. Os MF devem estar conscientes da possibilidade de uma patologia anorectal subjacente nestes casos.

P 28

PLANEAMENTO DE ALTAS, VENCER OBSTÁCULOS

Vitor Nunes, Carla Galveia e Lucie Morgado

Serviço de Medicina III/Infectociologia do Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: Os enfermeiros são os profissionais mais próximos do doente idoso/ família, e os primeiros a identificar as necessidades sociais e de saúde. Cabe aos enfermeiros realizar ensinamentos de Educação para a Saúde, ajudando o idoso/família a aprender a manter a saúde, restaurá-la ou adaptar-se para adquirir independência máxima sobre os níveis de saúde alterados.

Objetivo: Conhecer a metodologia utilizada pelos enfermeiros na implementação do projeto do Planeamento de Altas no serviço. Apresentar os resultados da implementação do projeto da referencia-



ção de doentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) entre 2009-2012.

Metodologia: Realização de pesquisa bibliográfica sobre o planeamento de altas, Educação para a Saúde, RNCCI e papel da família do idoso dependente.

Reflexão final: O planeamento da alta “é um processo contínuo e gradual que deve iniciar-se na admissão hospitalar, variando de acordo com a fase e estado em que o idoso se encontra. Toda a equipa deverá estar envolvida desde o início, no acompanhamento do idoso, avaliando todo o processo de recuperação.” Gonçalves, 2008.

O aumento da população idosa, demonstra os avanços dos cuidados de saúde ultimamente, mas, é indiscutível o aumento de doenças crónicas e incapacitantes. A adaptação/recuperação da doença é um processo complexo dependente de vários fatores, tais como: tipo de doença, características do doente/família, apoio prestado pela família, grau de incapacidade e resposta que a sociedade lhes proporciona. Só após a identificação e clarificação das suas necessidades físicas, humanas e psicológicas, a equipa poderá iniciar medidas para satisfazer e proporcionar bem-estar ao doente/família.

P 29

DEPRESSÃO NO IDOSO

Rosário Martins¹, César Matos², Joana Saraiva Santos¹, Paula Oliveira¹

¹USF S. Bento

²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A depressão no idoso é definida pela existência de síndrome depressivo em indivíduos com mais de 65 anos. Trata-se de uma patologia comum na população idosa, frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada, o que acarreta consequências para a saúde pública.

Objetivos: Rever a literatura acerca da abordagem da depressão no idoso.

Material e métodos: Pesquisa de artigos científicos nas bases de dados Medline/Pubmed, sites de normas de orientação clínica e livros específicos. Palavras-chave: depressão, idoso, tratamento.

Resultados: Aproximadamente 10% dos adultos com mais de 65 anos sofrem de depressão, enquanto em idosos residentes em lares a prevalência pode variar 30-50%. O género feminino, isolamento, luto, falta de apoio familiar, baixas condições socioeconómicas, co-morbilidades e fármacos são alguns dos fatores de risco. Vários subtipos de depressão podem estar presentes. O diagnóstico é dificultado por doenças médicas concomitantes, efeitos laterais da medicação e dificuldade na comunicação por parte dos idosos. A história clínica e exame físico são essenciais, podendo ser complementados por instrumentos de screening, nomeadamente a Escala de Depressão Geriátrica. A associação da psicoterapia com a terapêutica farmacológica constitui uma opção eficaz. Os antidepressivos constituem o tratamento primário nas formas moderadas a severas da depressão, cujas doses deverão ser gradualmente aumentadas, com monitorização da função renal e hepática.

Discussão/Conclusões: A depressão no idoso é uma doença frequente, muitas vezes com apresentação atípica, pelo que é necessário um elevado alerta por parte dos clínicos, no sentido de identifica-la precocemente, de forma a oferecer um tratamento atempado e eficaz.

P 30

ARTERITE TEMPORAL E O IDOSO

Rosário Martins¹, César Matos², Joana Saraiva Santos¹ e Paula Oliveira³

¹Internas de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF S. Bento

²Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF S. Bento

Introdução: A arterite temporal (AT), também denominada de arterite de células gigantes, é uma vasculite crónica de vasos de médio/grande calibre e envolve principalmente os ramos extra-cranianos das artérias originadas

no arco aórtico, relativamente comum em idosos (incidência de 1:500). A etiopatogenia é desconhecida, mas o sexo feminino, tabagismo, doença aterosclerótica, idade avançada, predisposição genética e étnica e infecções podem contribuir para o seu aparecimento.

Objetivos: Rever a literatura acerca da abordagem da arterite temporal no idoso.

Material e métodos: Pesquisa de artigos científicos nas bases de dados Medline/Pubmed, sites de normas de orientação clínica e livros específicos. Palavras-chave: arterite temporal, diagnóstico, idoso.

Resultados: A suspeita do diagnóstico é clínica, pelo que a história clínica e o exame físico são fundamentais. Os critérios de classificação, formulados pelo Colégio Americano de Reumatologia, incluem a presença de pelo menos três dos cinco critérios, o que tem uma sensibilidade de 94% e uma especificidade de 91%. Muitas manifestações da AT são sistémicas e inespecíficas (febre, fadiga), enquanto outras sugerem fortemente o diagnóstico (cefaleias, claudicação mandibular, perda de visão, artérias temporais proeminentes). A biópsia da artéria temporal é o gold standard para o diagnóstico. O tratamento é realizado com prednisona durante 9 a 12 meses.

Discussão/conclusões: O atraso/falha no diagnóstico implica graves consequências, pois a doença não tratada pode levar a perda visual permanente e a outras lesões isquémicas com prejuízo da qualidade de vida. Torna-se por isso importante alertar os clínicos para a presença de sintomas/sinais que possam sugerir este diagnóstico.

P 31

A POLIMEDIÇÃO É UM PROBLEMA ACTUAL ENTRE OS DOENTES IDOSOS. QUAL O EFEITO DO INTERNAMENTO NA MODIFICAÇÃO DE TERAPÊUTICAS CRÓNICAS E MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS?

M Alves, AN Miranda, FT Lopes, AR Dias, MR Narciso, TP Fonseca, J Gorjão Clara
Unidade Universitária de Geriatria – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: Os médicos deparam-se cada vez mais com doentes crónicos, a fazer medicações prescritas por vários especialistas, nomeadamente Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI). O internamento, é uma oportunidade excepcional para rever terapêuticas crónicas e complexas.

Objetivos: Pretende-se analisar a terapêutica na admissão hospitalar, as suas alterações aquando da alta e a associação do consumo de MPI com a idade, mortalidade ou readmissão.

Métodos: A medicação dos primeiros 100 doentes idosos admitidos numa enfermaria de medicina interna foi revista utilizando os critérios de *Beers2012*. O seu seguimento foi realizado através dos registos médicos e por via telefónica 1 ano após a alta. Estes dados foram posteriormente analisados estatisticamente.

Resultados: A média de idade foi de 80,6+/-7,8 anos. O número médio de fármacos por doente foi de 7,6 à admissão e 8,3 aquando da alta. 46% tornava pelo menos um MPI à admissão ou após alta. Os fármacos potencialmente inapropriados mais frequentes foram Alprazolam, Amiodarona, Lorazepam e Hidroxizina. O mais frequentemente adicionado no internamento foi a Amiodarona e o mais frequentemente removido foi o Diazepam. Os doentes que consumiam um ou mais MPI apresentavam 13% mais doenças, 34% mais fármacos à admissão(9.31vs6.13), 35% mais medicamentos após alta, 13% mais reinternamentos a 3 meses e 10% mais mortalidade a 1 ano.

Conclusões: Contrariamente ao que seria de esperar, o internamento não reduziu a polimedicação, nem o consumo de MPI. Tendo havido até um aumento de 0.7 fármacos/doente. Os médicos ainda não estão suficientemente alertados para modificar o consumo de MPI na população idosa, aproveitando a ocasião do internamento e aplicando os princípios básicos da geriatria.



P 32

POLIPATOLOGIA NOS DOENTES IDOSOS – PERFORMANCE DE 3 ÍNDICES DE COMORBILIDADE E A SUA (IN)CAPACIDADE EM PREVER O PROGNÓSTICO

AN Miranda, M Alves, FT Lopes, AR Dias, MR Narciso, TP Fonseca, J Gorção Clara
Unidade Universitária de Geriatria – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: Uma decisão médica informada e uma boa gestão dos recursos implicam conhecer o impacto da polipatologia no prognóstico dos doentes a curto prazo. Por esse motivo é importante a aplicação de escalas que avaliem a comorbilidade.

Objectivos: Pretendeu-se avaliar um índice simples e fiável numa associação prospectiva com a mortalidade a 1 ano e o re-internamento a 3 meses dos doentes internados.

Métodos: Foram analisados consecutivamente 100 doentes idosos internados numa enfermaria de medicina através de 3 índices de comorbilidade: *Charlson Index(CI)*, *Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric(CIRS-G)* e *Medication-Based Disease Burden Index(MDBI)*. Um ano após alta, averiguou-se o reinternamento e a mortalidade através dos registos clínicos e por via telefónica.

Resultados: A média de idades dos doentes foi 81anos. Os scores médios dos índices foram: CI 3.65+/-2.3; CIRS-G 11.3+/-3.78; e MDBI 0.552+/-0.403. 24% dos doentes faleceram ao fim de 1 ano e 43% foram reinternados nos 3 meses após a alta. A correlação entre o CI e o CIRS-G foi de 0.52(p<0.01). A correlação do MDBI com o CI e o CIRS-G não foi significativa. 30% dos doentes tiveram CI≥5, que prevê uma mortalidade a 1 ano de 85%, no entanto, neste estudo esta foi de 26%.

Conclusões: O CI revelou ser o mais fácil de utilizar, mas ignora doenças que contribuem significativamente para a morbilidade dos doentes, avaliadas de forma mais abrangente pelo CIRS-G. O MDBI não parece ser uma medida fidedigna da comorbilidade. Inesperadamente, a taxa de mortalidade prevista pelo CI foi muito mais elevada que a verificada. A elevada taxa de readmissão não foi prevista por qualquer dos índices.

P 33

NECESSIDADE DE UM NOVO PARADIGMA DE ACTUAÇÃO DO MÉDICO HOSPITALAR? A EVOLUÇÃO AO LONGO DE 13 ANOS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

FT Lopes, AR Dias, AN Miranda, M Alves, MR Narciso, TP Fonseca, J Gorção Clara
Unidade Universitária de Geriatria – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: O envelhecimento da população tem-se reflectido nos doentes internados nas enfermarias de medicina, que são cada vez mais idosos. A abordagem destes doentes por parte do médico deve ter em conta as particularidades da idade avançada.

Objectivos: Pretendeu-se avaliar a polipatologia e a polimedicção em doentes idosos internados na mesma enfermaria de medicina interna de um hospital académico terciário, comparando com estudo semelhante, realizado há 13 anos.

Métodos: Foram analisados os primeiros 100 doentes idosos internados numa enfermaria de medicina, quanto à origem (lar/domicílio), duração de internamento, número de diagnósticos, presença de demência, número de fármacos à admissão e aquando da alta. Alguns destes dados foram comparados com um estudo idêntico realizado há mais de uma década (1999 vs2012).

Resultados: A média de idades foi 80,6anos (35%doentes ≥85a), 42%homens; 21%residiem em lar; a duração média de internamento

foi de 8,8dias, a média de diagnósticos por doente foi 7,9. 31% dos doentes tinham demência. O número médio de fármacos foi de 7,6 à admissão e 8,3 na alta. Entre os dois períodos, a idade média aumentou de 78,5 para 80,6a, o tempo médio de internamento diminuiu em 16% (menos 2 dias), o número de diagnósticos por doente aumentou 28% (de 5,7 para7,9). A demência aumentou 55%.

Conclusões: No presente estudo a duração média de internamento foi menor (2 dias), apesar de actualmente os doentes internados serem mais idosos e terem mais comorbilidades diagnosticadas, entre as quais se destaca a demência, que duplicou. Estes dados remetem para a necessidade de um novo paradigma na abordagem do doente idoso nas enfermarias de medicina.

P 34

UM CASO DE NEOPLASIA ASSOCIADO AO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Sara Veiga e Carolina Santos

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Introdução: Tromboembolismo venoso é uma patologia vascular com taxa de mortalidade elevada, aumentando com a idade, sendo frequente na população idosa.

Surge na sequência de formação de coágulos na circulação venosa e apresenta-se sob a forma de uma trombose venosa profunda ou de uma embolia pulmonar, sendo que o quadro clínico é muitas vezes pouco evidente.

A síntese de fatores procoagulantes produzidos pelas células tumorais ou pelos monócitos/macrófagos leva a que a associação entre neoplasias e processos trombóticos seja cerca de 10%.

A trombose venosa profunda pode ser a primeira manifestação clínica de uma neoplasia ou síndrome paraneoplásica.

Objetivos: Evidenciar a importância da correta referenciação pelo Médico de Família ao Serviço de Urgência de forma a assegurar a continuidade da prestação de cuidados.

Identificar e prevenir os principais fatores de risco do tromboembolismo venoso.

Evidenciar a associação entre tromboembolismo venoso e neoplasia.

Diagnosticar e tratar a doença e suas principais complicações.

Descrição do caso:

Descreve-se o caso clínico de um utente do sexo masculino, 80 anos de idade, raça caucasiana, natural e residente em Beja, reformado e independente nas atividades de vida diária. Antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia.

Recorreu à consulta por dor na região gemelar do membro inferior direito e ligeira dispneia.

Ao exame objetivo apresentava lesão eritematosa, dura e dolorosa à palpação. Analiticamente sem alterações.

Referencia-se à urgência onde faz radiografia de tórax revelando imagem nodular radiodensa no hemotórax esquerdo. Realiza TAC torácica identificando-se nódulo fortemente suspeito de etiologia neoplásica.

Aguarda resultado da anatomia patológica.

Conclusão: O tromboembolismo venoso continua a ser um desafio diagnóstico.

O envelhecimento, as neoplasias, os acidentes traumáticos e a imobilidade são fatores de risco importantes.

O diagnóstico de uma neoplasia associada a fenómenos trombóticos é sugestivo de doença tumoral avançada e associa-se a pior prognóstico. É importante pensar nesta patologia e ter em atenção aos sinais de apresentação, que podem passar despercebidos.

A profilaxia e seguimento após alta hospitalar são fundamentais na prevenção da recorrência.



RECOMENDAÇÕES PARA A PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO NO IDOSO

Néila Reis, Sara Neves Costa e [Sara Madeira](#)

USF Mactamã

Introdução: Em Portugal, estima-se que mais de metade da população seja inativa, com particular prevalência nos grupos etários a partir dos 65 anos. São evidentes os benefícios da prática de exercício físico para a saúde e já se verificou que o seu aconselhamento por parte do profissional de saúde é eficaz na redução dos níveis de sedentarismo.

Objetivos: Rever as recomendações mais recentes sobre a prescrição de exercício físico no idoso.

Métodos: Pesquisa de bibliografia mais recente em organizações científicas internacionais e nacionais na área do exercício físico e da saúde cardiovascular.

Resultados: Selecionaram-se documentos da Organização Mundial de Saúde, *American College of Sports Medicine*, *American Heart Association* e Direção Geral de Saúde. Definem-se os conceitos básicos para a prescrição, nomeadamente a integração dos diferentes componentes de um plano de exercício físico: FITT – frequência, intensidade, tempo e tipo. As recomendações incluem a acumulação de 150 minutos por semana de exercício aeróbio em intensidade moderada ou 75 minutos em intensidade vigorosa, ou a combinação de ambas; exercícios resistidos pelo menos duas vezes por semana (em dias não consecutivos) e ainda exercícios de equilíbrio e flexibilidade duas a três vezes por semana.

Discussão/Conclusões: O exercício físico deve ser alvo de prescrição clínica como se de um medicamento se tratasse. Os documentos pesquisados são consensuais nas recomendações para essa prescrição e enfatizam a atividade física moderada-vigorosa, atividade muscular de força e de equilíbrio, com benefícios globais de saúde.

Utilizando as novas tecnologias, disponibilizamos um documento de apoio simples à prescrição do exercício.

POSTER Nº 36

AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ana Canelas e Nuno Rebelo

Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: A malnutrição hospitalar contribui para o aumento da duração do internamento bem como da mortalidade e morbilidade associadas. A ingestão alimentar insuficiente ou desadequada poderá ser considerada uma das causas de malnutrição.

Objetivo: Avaliar a ingestão alimentar dos doentes internados num dos serviços do Hospital de Santo António dos Capuchos.

Materiais e Métodos: Recolheram-se dados relativos às refeições do pequeno-almoço e almoço durante 7 dias, de doentes internados na sala 2 do serviço de medicina interna. O registo efetuou-se através de observação das refeições e considerou-se a seguinte escala: não ingeriu, ingeriu ¼, ingeriu ½, ingeriu ¾ e ingeriu a totalidade da refeição. Apenas foram contemplados os doentes com alimentação por via oral.

Resultados: Dos 7 dias de recolha, 292 refeições são referentes ao pequeno-almoço e almoço. Observaram-se as seguintes respostas: 5% recusou a dieta, 9% ingeriu 1/4, 16% ingeriu metade, 35% ingeriu ¾, 35% ingeriu a totalidade da dieta. Verificou-se que na refeição do pequeno-almoço 25% dos doentes ingeriu a totalidade da dieta e na refeição do almoço apenas 10% dos doentes ingeriu a totalidade da dieta. A média da idade dos doentes observados é 73 anos.

Conclusões: Concluiu-se que a maioria dos doentes tem uma ingestão adequada da dieta, o que poderá contribuir para a melhoria do seu estado de saúde e redução do período de internamento.

AVALIAÇÃO DA DOR NO IDOSO COM DEMÊNCIA

Alexandre Neves, Ana Catarina Almeida, Élia Marisa Rodrigues, Isabel Lourenço e [Mariana Cancela](#)

Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção de Vouzela

Resumo: A Dor é um fenómeno fisiológico fundamental para a integridade física do indivíduo, mas pode deixar de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só.

Tem implicações fisiopatológicas, emocionais, sociais e económicas, com um impacto negativo mais demarcado ao longo do envelhecimento. A prevalência de dor / desconforto afeta cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade e acomete na ordem dos 80% daqueles que estão institucionalizados em lares. Estima-se que metade destes últimos não obtêm alívio da dor.

A Dor é universal, mas para os idosos com demência (cerca de 60% da população institucionalizada) torna-se especialmente difícil descrevê-la, e por sua vez ser reconhecida e tratada corretamente. Assim, é imperioso que os profissionais de saúde envolvidos no cuidado direto ao utente sejam criteriosos na avaliação em grupos vulneráveis idosos com demência e/ou não comunicantes verbais.

Foram selecionados alguns estudos e artigos, publicados entre 2006 e 2012, disponíveis nas bases de dados da *Lilacs*, *Pubmed* e *SciELO*. Os termos descritores foram: pain assessment; elderly; dementia.

Nestas últimas duas décadas, surgiram ferramentas que pretendem facilitar a perceção da dor geriátrica em utentes com demência / não comunicantes verbais. Estas, na sua maioria apresentam fragilidades na sua validade, fiabilidade e utilidade clínica. No entanto, algumas destas escalas, nomeadamente a DOLPLUS-2, a PACSLAC e a PAINAD revelaram melhores propriedades psicométricas.

Palavras-chave: avaliação da dor; idoso; demência.

P 38

QUANDO A MORTE NOS SEPARA

Sofia Correia

Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel

Introdução: A família passa por diferentes etapas que habitualmente culminam com a morte de um dos cônjuges, encontrando-se o Médico de Família numa posição privilegiada para ajudar o idoso a lidar com os sentimentos de perda, dor e transição.

Objetivos: Rever a abordagem do luto conjugal no idoso.

Métodos: Pesquisa de artigos de revisão, meta-análises, e guidelines em bases de dados de medicina baseada na evidência, publicados nas línguas inglesa e portuguesa entre Março de 1986 e Março de 2013 através das palavras-chave *bereavement* e *aged* utilizando o descritor *MeSH*. Dos 707 artigos obtidos foram selecionados 9 com pertinência.

Resultados: A abordagem do luto nos idosos pode começar antes do falecimento do cônjuge. Após o falecimento o luto deve ser abordado na consulta utilizando diferentes estratégias. O médico pode incentivar o idoso a exprimir os seus sentimentos, pedir ajuda quando precisa, estabelecer um horário para as atividades diárias e evitar o consumo de bebidas alcoólicas ou automedicação para facilitar o processo de luto. O médico de família deve estar atento à possibilidade de desenvolvimento de luto patológico no idoso, perturbação depressiva, e ideação ou tentativa de suicídio, devido à necessidade de referenciar estes doentes para outro nível de cuidados.

Discussão/ Conclusões: Os idosos que atravessam um processo de luto conjugal são um grupo de risco para aparecimento ou agravamento de patologias crónicas se o luto não for resolvido. O médico de família



ao prestar cuidados continuados pode contribuir para a adaptação do idoso à sua nova condição.

P 39

TUBERCULOSE MASCARADA DE DEPRESSÃO

Sofia Correia, Ana Relvas, Carlos Pavão, António Miguel

Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel; Hospital do Divino Espírito Santo

Introdução: Os idosos constituem um grupo de risco para tuberculose, cujos sintomas podem ser confundidos com os de outras doenças frequentes nesta faixa etária, nomeadamente as perturbações depressivas, muitas vezes associadas ao luto.

Descrição do Caso: Mulher, 69 anos, doméstica, inserida numa família monoparental. No genograma há a referir filho com antecedentes de tuberculose pulmonar e falecimento de neta de 6 anos vítima de atropelamento. A doente tem como problema activo ansiedade e insónia, negando outros antecedentes pessoais patológicos. Em Março de 2013 é trazida ao serviço de urgência por tosse não produtiva e pieira. A filha referia agravamento da astenia, anorexia e apatia, que a utente já apresentava há 1 ano, relacionando estes sintomas com a morte da neta. No exame objectivo apresentava-se com fácies triste, emagrecida, pele e mucosas descoradas, taquicárdica, com saturação de oxigénio de 94%, dispneia, auscultando-se ferveores nas bases dos campos pulmonares. Colocaram-se como hipóteses diagnósticas perturbação depressiva e infecção respiratória, neoplasia, ou tuberculose. Analiticamente observava-se anemia microcítica hipocrómica, leucocitose, neutrofilia, e acidose respiratória. Na radiografia torácica visualizavam-se cavernas no lobo superior direito e no ápice do lobo inferior esquerdo. Ficou internada por suspeita de tuberculose pulmonar confirmada por exame microbiológico da expectoração, pelo que iniciou terapêutica tuberculostática. Nenhum dos contactos directos apresentava a doença.

Discussão/ Conclusões: Este caso mostra a importância da abordagem holística do idoso, mesmo em contexto de medicina de urgência, e a necessidade de excluir doenças orgânicas perante a suspeita de um quadro de perturbação depressiva.

P 40

CLICKS DA TERCEIRA IDADE: O IMPACTO DAS NOVAS TECNOLOGIAS NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Ana Sofia Pena¹ e Ana Isabel Custódio²

¹USF Samora Correia, ²USF Chamusca

Introdução: A globalização da internet ocorreu nos anos 90. Desde 2004-2005, as redes sociais evoluíram num crescendo, conquistando adeptos em todas as faixas etárias. Os idosos, pelas suas especificidades, são um grupo cada vez mais expressivo de utilizadores.

Objectivos: Perceber o impacto da internet e redes sociais na qualidade de vida do idoso.

Material e Métodos: Realizou-se uma revisão narrativa. Da pesquisa dos termos *MeSH social network, internet, information technologies, older adults e elderly* nas bases de dados *PubMed, Medline, HTA e Cochrane Library*, obtiveram-se 10 artigos.

Resultados: Os laços inter-pessoais são uma importante estratégia de coping para um envelhecimento bem sucedido. A crescente afinidade dos idosos para as novas tecnologias tem aberto um leque de oportunidades de interacção social. O maior uso da internet associou-se a uma menor solidão e isolamento. Embora não seja consensual entre os autores, a autonomia e qualidade de vida desta população parece melhorar pelo uso destas ferramentas. Vários estudos demonstraram impacto positivo das redes sociais na performance cognitiva, saúde mental e qualidade de vida dos idosos.

Discussão/Conclusões: A maioria dos estudos aponta para um benefício do uso destas ferramentas na qualidade de vida do idoso a vários níveis. Não obstante o número limitado de artigos sobre este tópico e a pequena amostragem dos mesmos, estes reflectem o actual leque arts, a novidade do tema, a importância de uma maior compreensão do papel da internet no ganho e manutenção de capital social do idoso e, conseqüentemente, a necessidade de maior investigação neste domínio.

***Nota:** Por opção dos autores, este resumo não segue as regras do novo acordo ortográfico.

P 41

MACROCITOSE NO PACIENTE IDOSO

Olga Oliveira¹, Rui Cardoso², Joana Lourenço³, M. Fátima Lima²

¹USF Viver Mais-ACES Maia, ²USCP Carvalhosa-ACES Porto Ocidental, ³USF Pedras Rubras-ACES Maia

Relato de Caso/Enquadramento: JAC, sexo masculino, 68 anos, antecedentes pessoais de Hiperplasia Benigna da Próstata. Clinicamente refere dois episódios de amaurose fugaz, alteração da memória semântica, dispepsia, parestesias e prurido dos membros inferiores. Analiticamente apresenta macrocitose (Volume Globular médio de 116 fL), hiperbilirrubinemia (Bilirrubina Total de 1,5 mg/dL), Défice de Vitamina B12 (Doseamento de Vitamina B12 <100 pg/mL), positividade para os Anticorpos Anti-Célula Parietal Gástrica e evidência de gastrite atrófica na biópsia da mucosa gástrica.

Discussão: Estima-se que o défice de vitamina B12 seja de 3,2%, em adultos com mais de 50 anos de idade (dados dos EUA). A gastrite atrófica auto-imune condiciona acloridria e produção reduzida de fator intrínseco, com consequente diminuição da absorção de vitamina B12. A vitamina B12 é uma vitamina hidrossolúvel essencial à síntese dos glóbulos vermelhos, síntese de DNA e funcionamento do sistema nervoso. O défice de vitamina B12 tem manifestações ao nível de vários aparelhos e sistemas. A reposição parentérica de vitamina B12 pode melhorar e reverter a sintomatologia decorrente do deste défice vitamínico.

Conclusão: Este caso clínico visa alertar e realçar o papel do Médico de Família na atenção a dar aos sinais de alerta de cada paciente, e exemplifica o processo de diagnóstico, terapêutica e vigilância de um paciente portador de gastrite atrófica auto-imune.

Palavras-chave: vitamina B12, idoso, gastrite atrófica auto-imune

P 42

NECESSIDADES DO CUIDADOR DA PESSOA EM FASE TERMINAL E SUA CAPACITAÇÃO EM INTERNAMENTO - UMA FORMA DE PROMOVER O REGRESSO A CASA

Elda Freitas, Dinamene Oliveira e Raquel Costa

Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente

Resumo: Uma pessoa encontra-se em fase terminal, quando tem uma doença crónica ou incurável e de evolução progressiva para a qual está comprovada a ineficácia dos tratamentos, sendo a esperança de vida relativamente curta, sem perspectiva de recuperação. Cada vez mais nos serviços de Medicina Interna deparamo-nos com situações desta natureza, assim o internamento surge como o tempo oportuno para capacitar o cuidador para o seu papel de prestador de cuidados à pessoa em fase terminal posteriormente no domicílio, contribuindo para que os internamentos sejam mais curtos e menos dolorosos. Assim temos que identificar o cuidador principal, avaliar a sua capacidade física, psíquica e emocional para desempenhar tal papel, e posteriormente iniciar o processo de capacitação.



Objetivos: Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa em fase terminal e compreender de que modo os enfermeiros na sua prática podem dar resposta às mesmas, contribuindo para a redução do tempo de internamento.

Métodos: Revisão sistemática da literatura baseada na seleção de 14 artigos, de uma amostra inicial de 77, obtidos através das bases de dados *Ebsco* e *Proquest*.

Resultados: Destacam-se as seguintes necessidades do cuidador da pessoa em fase terminal: comunicação; relação de confiança e segurança; reconhecimento e operacionalização de desejos; preparação para o luto; necessidades de informação; capacitação; envolvimento nos cuidados; necessidades emocionais, espirituais e de descanso.

Conclusões: A família sofre quando confrontada com uma doença grave e a certeza da morte, apresentando um conjunto de necessidades que requerem uma intervenção personalizada do enfermeiro, com base no estabelecimento de uma relação de confiança com o cuidador. Este deverá ser envolvido nos cuidados, o que implica ser capacitado para tal, de modo a conseguir dar resposta às necessidades da pessoa em fase terminal no domicílio, promovendo a aceitação da alta e segurança no regresso a casa.

P 43

MELATONINA: QUAL A EFICÁCIA NA MELHORIA DA QUALIDADE DE SONO NOS IDOSOS?

Cátia Matos¹, Mara Silva² e Rita Mendes³

¹USF Espinho - ACES Gaia/Espinho; ²USF Terras Santa Maria - ACES Feira-Arouca;

³USF São João - ACES Aveiro Norte

Introdução: A melatonina é uma hormona produzida pela glândula pineal cuja principal função é a de mediação do ciclo circadiano. A produção de melatonina diminui com a idade, podendo este facto contribuir para a insónia em idosos. Existe alguma evidência que a melatonina administrada exogenamente melhora a qualidade de sono quando existe dificuldade em adormecer.

Objetivos: O objetivo primário é rever a evidência sobre a efetividade da melatonina exógena na melhoria da qualidade de sono nos idosos com insónia primária. Secundariamente pretende-se avaliar se a melatonina é um fármaco seguro na população em estudo.

Metodologia: Foram utilizados os *Mesh terms Melatonin, aged, Aged, 80 and over, primary Insomnia* em diversas bases de dados. Após aplicados os critérios de inclusão (população: indivíduos com ≥ 65 anos com insónia primária; intervenção: comparação entre melatonina e placebo; outcome: melhoria da qualidade de sono) obtiveram-se 2 guidelines e 7 ensaios clínicos randomizados (ECR).

Resultados: Os estudos incluídos verificaram uma pequena mas significativa melhoria em alguns parâmetros da qualidade do sono nos grupos tratados com melatonina em comparação com os grupos placebo. Estes estudos apresentam em média nível de evidência 2 da escala *SORT*. As principais limitações prendem-se com a avaliação apenas subjetiva da qualidade de sono e o pequeno tamanho amostral de alguns ensaios. Relativamente aos efeitos adversos, não houve diferença significativa entre grupos.

Conclusões: A melatonina pode melhorar ligeiramente a qualidade de sono nos idosos com insónia primária (*SORT B*). É um fármaco seguro nesta população, pois não parece ter efeitos secundários importantes.

P 44

ESTUDO DA INSUFICIÊNCIA RENAL NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Amanda Nogueira, Helena Temido, Bernardo Cunha, Luís Cardoso, Maya Petrova, Pereira de Moura, Lélita Santos, Nascimento Costa

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Serviço de Medicina Interna

Introdução: O rim do idoso exhibe alterações anatómicas e funcionais, sendo mais suscetível à lesão renal. Durante um internamento, pela patologia subjacente e terapêutica instituída, é comum a insuficiência renal aguda (IRA) e a agudização de doença renal crónica (DRC), neste grupo etário, sendo fundamental o estudo da função renal.

Objetivos: Definir a prevalência e caracterizar a abordagem diagnóstica de insuficiência renal (IR) (definida por taxa de filtração glomerular <60 ml/minuto de acordo com a fórmula MDRD).

Material e métodos: Em 163 doentes com alta do internamento de uma enfermaria de Medicina Interna num período consecutivo de 2 meses, foi efetuado um estudo descritivo retrospectivo.

Resultados: A população era maioritariamente do género feminino (60.7%) com idades entre os 17 e os 99 anos (média de 72) e 9.2 dias de internamento. Analisou-se a proveniência, destino, comorbilidades, diagnóstico principal, índice funcional, situação de reinternamento e exames complementares de diagnóstico.

99 doentes (61.5%) tinham função renal conservada e 62 (38.5%) alterada, sendo IRA em 41.9%, DRC agudizada em 32.3%, DRC em 22.6% e doença renal não especificada em 3.2%.

A ecografia renovesical realizou-se em 40.3% dos doentes com IR. Destas 64% eram normais, 16% compatíveis com DRC, 12% com obstrução ou hidronefrose e 8% com alterações não especificadas.

Discussão e conclusões: A DRC é muito frequente no doente idoso agudizando-se por intercorrências infecciosas, vasculares e iatrogenia. A função renal deve ser avaliada pela clearanc e não apenas pela creatinina sérica. As alterações analíticas mais comuns foram as hidroelectrolíticas e ácido base.

P 45

A GESTÃO DE PROBLEMAS CENTRADA NO DOENTE UM CASO CLÍNICO

Tânia Barcelos

Unidade Local de Saúde do Alentejo Litoral - UCSP Santiago do Cacém

Enquadramento: As doenças ou condições de saúde aliadas às condições sócio-económicas e culturais podem comprometer os sistemas funcionais dos indivíduos e famílias por diversos mecanismos e causar desmotivação e má adesão terapêutica. Cabe ao médico de família descortinar problemas, diagnosticar e identificar os desequilíbrios individuais que possam surgir e intervir, gerindo problemas, com a elaboração de um plano de intervenção a vários níveis, mantendo sempre o doente no centro de decisão.

Descrição do caso: EM, sexo feminino, 76 anos, caucasóide, casada, natural e residente em São Domingos, iletrada e reformada. Elemento de uma família nuclear no estadio VII do ciclo de vida de Duvall, pertencente à classe baixa de Graffar. Com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia, hipertiroidismo, patologia osteoarticular degenerativa e obesidade. Parcialmente dependente para as suas actividades de vida diária. Surge na consulta de vigilância de grupos de risco com descontrolo metabólico e tensional, risco cardiovascular global moderado (8%), arritmia cardíaca (fibrilação auricular) e com queixas de dor nos joelhos associada a grande limitação funcional. Assume-se desmotivada, não cumpridora da medicação e indiferente às suas consequências, não só pela cronicidade e incurabilidade das suas patologias mas também pela dependência de terceiros. Tornou-se, portanto, necessário a elaboração de um plano de intervenção individual, familiar e social tendo em conta as características biopsicossociais da doente.

Discussão: A arte da gestão dos problemas num doente idoso com toda a sua envolvente está, não só na abordagem terapêutica dos doentes, considerando as patologias e suas *guidelines*, mas também na capacidade de decisão através de uma abordagem holística e de uma



coordenação dos diferentes níveis de cuidados, tendo em conta a prevenção da iatrogenia. Assim, o médico de família assume um papel de advogado do doente, importante na manutenção da capacidade funcional do doente e na manutenção da melhor qualidade de vida possível.

P 46

AValiação DA PRESCRIÇÃO POTENCIALMENTE INAPROPRIADA NO IDOSO SEGUIDO EM CONSULTA GERIÁTRICA: COMPARAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE BEERS DE 2012 E STOPP/START

Matias, A. C.; Moraes, M. M.; Soares, M. A.; Gorjão Clara, J.

Research Institute for Medicines and Pharmaceutical Sciences (iMed.Ul), Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Unidade Universitária de Geriatria Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Hospitalar Lisboa Norte Hospital Pulido Valente

Introdução: Em Março de 2011, foi criada a consulta de Geriatria no CHLN-HPV, constituída por uma equipa multidisciplinar que realiza a avaliação geriátrica global. A otimização da terapêutica é uma das áreas de intervenção, destinando-se a evitar a prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI).

Objetivos: Comparar a MPI e a sua redução em doentes seguidos nesta consulta, de acordo com os critérios de *Beers* (2012) e *STOPP* (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions*)/*START* (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*).

Material e Métodos: Estudo observacional transversal, de Março de 2011 a Outubro 2012. Avaliação da MPI de 100 doentes com idade ≥ 65 anos. Avaliações e intervenções efetuadas através dos critérios de *Beers* (2012) e *STOPP/START*.

Resultados:

Média de idades: 80,6 (65-92); 69% eram mulheres. Pelos critérios de *Beers* identificaram-se 76 MPI (10,1% do total) em 54 doentes. Pelos critérios *STOPP* identificaram-se 83 MPI (11% do total) em 48 doentes, 18 duplicações de medicamentos e 10 omissões de prescrição pelo *START*. Após a 1ª consulta, houve redução de MPI de 56,6% e 50,6% face aos critérios de *Beers* e *STOPP*, respetivamente. Introduziu-se nove medicamentos das dez omissões e eliminaram-se 16 das 18 duplicações.

Discussões/Conclusões: Os critérios *STOPP/START* identificaram mais MPI que os de *Beers*, assim como duplicações e omissões. A intervenção da equipa contribuiu para melhorar a segurança da terapêutica reduzindo o risco de efeitos adversos por MPI.

P 47

CHOCOLATE E HIPERTENSÃO

Ana Melo Abreu, Diana Soares, Gonçalo Pereira

USF Nordeste - ACES Entre Douro e Vouga II; USF Cuidar; USF Sem Fronteiras - ACES Entre Douro e Vouga I

Objetivo: Avaliar os efeitos do consumo de chocolate sobre os valores de tensão arterial.

Fontes de dados: MEDLINE, *Cochrane Library*, *Bandolier*, *Dare*, *TRIP*, *National Guideline Clearinghouse*, Índice de Revistas Médicas Portuguesas e revistas especializadas.

Métodos de revisão: Pesquisa bibliográfica utilizando os termos Mesh chocolate e hypertension, publicados entre Janeiro de 2003 e Janeiro de 2013, em Inglês, Espanhol e Português. Foi utilizada a *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* para avaliação da qualidade dos estudos e posterior atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação.

Resultados: Dos 120 artigos identificados, foram seleccionados 10 (1 *guideline*, 3 meta-análises, 4 revisões sistemáticas, 2 ensaios clínicos aleatorizados controlados). A recomendação da *guideline* da *National*

Clearing House (nível de evidência 1) conclui que a evidência disponível é insuficiente, não se podendo afirmar se o consumo de chocolate é ou não benéfico na redução da tensão arterial. Os resultados dos restantes artigos analisados, na generalidade com nível de evidência 2, são conflituosos embora a maioria sugira um efeito hipotensor associado ao seu consumo.

Conclusões: Da revisão da evidência encontrada, o consumo de chocolate negro parece estar associado a uma diminuição da tensão arterial (força de recomendação B). Denotam-se diferenças entre os desenhos dos estudos, particularmente no tipo e dose de chocolate utilizado.

P 48

DEPRESSÃO NO IDOSO: INSTITUCIONALIZADOS VERSUS NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Mónica Lopes, Joana Castanheira, Marta Fernandes

USF Fiães, ACES Entre Douro e Vouga I

Introdução: O número de idosos em Portugal é cada vez maior, devido ao aumento da esperança média de vida. A depressão é um diagnóstico frequente nesta faixa etária. Atinge 10-15% dos idosos que vivem na comunidade e é mais frequente nos institucionalizados.

São vários os fatores de risco para depressão neste grupo populacional, salientando-se: viver ou frequentar uma instituição, não poder escolher o lar ou recusar institucionalização.

Objetivos: Este trabalho pretende identificar os idosos em risco para depressão e comparar a ocorrência nos indivíduos institucionalizados *versus* não institucionalizados.

Material e Métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo.

População: idosos institucionalizados e não institucionalizados observados nas consultas na USF Fiães, durante o período em estudo.

Variáveis: sexo; idade; situação vivencial; pontuação da Escala de Depressão Geriátrica. Dados obtidos por aplicação de questionário.

Análise de resultados: base de dados informática em folha de cálculo Excell[®].

Resultados: Foram inquiridos 43 idosos, dos quais 51,2% idosos institucionalizados e 48,8% não institucionalizados, 67,4% do sexo feminino e 32,6% do sexo masculino.

A idade média foi de 77,2 anos [65 e 91 anos].

Quanto à ocorrência de depressão, não se verificou diferença significativa entre o grupo de idosos institucionalizados e não institucionalizados, embora seja superior no primeiro grupo.

Comparando géneros, a depressão foi mais frequente no sexo feminino.

Discussão/Conclusões: As autoras consideram que este trabalho permite alertar os profissionais de saúde e a comunidade para a problemática da depressão no idoso e refletir sobre estratégias de deteção precoce desta patologia.

P 49

FATORES QUE AFETAM A NUTRIÇÃO DO IDOSO

Carla Coelho e Madalena Pereira

UCIP- CHLO

Resumo: O crescente aumento da população idosa mundial tem originado, para os órgãos governamentais e para a sociedade, o desafio de mudanças médico-sociais próprias do envelhecimento Populacional (2). A manutenção de um estado nutricional adequado na pessoa idosa é essencial, perante as doenças crónicas, a associação do uso de medicamentos, as modificações fisiológicas inerentes à idade que interferem no apetite, no consumo e na absorção de nutrientes, e as questões sociais e económicas que muito prejudicam a prática para a conquista de uma alimentação saudável (1,4).

Objetivo: Refletir sobre a pertinência desta temática, quais os fatores



determinantes do estado nutricional em idosos e a sua influência na sua Funcionalidade; E que as equipas Multidisciplinares de saúde (intra e extra hospitalar) devem ter em consideração.

Metodologia: Revisão da Literatura sobre esta temática com recurso a dados científicos da Bibliografia consultada.

Concluímos que se torna fundamental compreender quais as necessidades e especificidades da Pessoa Idosa. Os resultados de alguns estudos indicam que é essencial conhecer e utilizar alguns instrumentos de avaliação e estratégias de intervenção. Uma das principais estratégias é o ensino e educação para a saúde tanto para os profissionais de saúde (cuidadores formais), como para a família (cuidadores informais) e para o Idoso são inerentes à sua QUALIDADE DE VIDA. Devemos promover e contribuir para um envelhecimento ativo: Saúde, Independência, Autonomia e Participação. (1,3).

Concordando com a ADA (*American Dietetic Association*): *Food, fun and fitness, to promote quality of life and positive aging.*

P 50

A POLIMEDICAÇÃO NOS IDOSOS

Adilnilde dos Santos
USF São João da Talha

Resumo: Ao longo dos anos verificou-se um envelhecimento gradual da população europeia. Em Portugal segundo dados do Instituto Nacional de Estatística de 2011, 19% da população encontrava-se na faixa etária dos 65 ou mais anos, sendo que em 2050, se estima seja de 32%.

Este fenómeno aliado ao aumento da esperança média de vida, acarreta uma maior incidência e prevalência de patologias crónicas, fazendo com que os idosos sejam os principais consumidores dos cuidados de saúde. Neste contexto, surge o conceito de polimedicação, definida como o uso simultâneo e crónico de vários fármacos diferentes pelo mesmo indivíduo. Em Portugal os idosos polimedificados consomem em média 7,3 fármacos, de acordo com os resultados do Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR). Associado a esta questão, surgem problemas relacionados com a adesão terapêutica, as reações adversas, toxicidade medicamentosa, medicação inapropriada e fatores económicos, entre outros. Os fármacos mais frequentemente envolvidos são os utilizados para as patologias do foro cardiovascular, seguindo-se-lhe os utilizados para o sistema nervoso. Tendo em conta que a polimedicação se assume como preditiva de hospitalização prolongada, com perda de função pós-hospitalização, institucionalização e aumento da mortalidade, é essencial o rastreio e a prevenção nesta população.

Nesse sentido, os médicos de família encontram-se em posição privilegiada, uma vez que através do contacto próximo com os seus doentes, poderão manter um registo atualizado de todos os fármacos prescritos, rastrear efeitos secundários, níveis de toxicidade e assegurar que a adesão terapêutica quer a correta toma dos fármacos.

P 51

UM CASO DE REFLEXÃO: METASTAZÃO DE CARCINOMA BASO-CELULAR

Leticia Freire Cabral
Unidade de Saúde Familiar Dafundo

Introdução: O carcinoma baso-celular (CBC) é um tumor maligno, embora raramente esteja associado a metastazação. Estima-se que incidência do CBC metastático seja inferior a 0,1 %.

Os pacientes diagnosticados com CBC têm 35% de probabilidade de vir a desenvolver outro tumor de pele em cerca de 3 anos e em 50% dos casos outro CBC; daí que seja recomendada a vigilância regular da pele. A recorrência aos 5 anos é de 5% embora esta dependa do subtipo

histológico e do tipo de tratamento efectuado previamente. A distância da margem de ressecção pode ser um factor preditivo da recorrência.

Descrição do caso: Utente de 88 anos de idade com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial, Artrite Reumatóide (sob medicação com Metotrexato) e status pós-excisão de CBC metastático do punho esquerdo em Novembro de 2009. Em Setembro de 2011 apresenta tumefacção indolor axilar esquerda tendo sido realizada biópsia que revelou metástase de CBC metastático. Iniciou quimioterapia paliativa e por progressão clínica fez radioterapia local. Na sequência da evolução da doença a utente acabou por falecer.

Discussão: Quando o CBC se encontra localizado o seu prognóstico é excelente, com uma taxa de sobrevivência de 100%. Em casos de progressão este pode levar a morbidade significativa. Devido ao facto deste tumor raramente metastizar, os estudos laboratoriais e imagiológicos não estão indicados em casos em que os tumores estejam localizados.

P 52

CARCINOMA HEPATOCELULAR EM PACIENTE COM HEPATITE C CRÓNICA

Leticia Freire Cabral
Unidade Saúde Familiar Dafundo

Introdução: A infeção crónica pelo vírus da hepatite C (VHC) pode levar ao desenvolvimento de carcinoma hepatocelular (CHC).

Dos pacientes infectados com o VHC, cerca de 5 a 30% desenvolvem doença crónica do fígado e 30% evoluem para cirrose. Após o estabelecimento de cirrose o risco de hepatocarcinoma é de 1 a 2% ao ano. A maioria dos pacientes com este diagnóstico apresenta tumores de estágio intermediário ou avançado quando somente é possível oferecer tratamento paliativo.

Descrição do caso: Utente do sexo feminino de 79 anos de idade, com antecedentes pessoais de doença hepática crónica por VHC (diagnosticada em 1997 e seguida em consulta de Gastroenterologia), HTA, DM tipo II, recorre ao seu médico de família para fazer a actualização do seu estado clínico, após um internamento na unidade de Gastroenterologia em Janeiro de 2013 por descompensação da doença hepática crónica. Durante o internamento realizou um TC Abdominal que revelou várias lesões nodulares dispersas (a maior com 6 cm) nos segmentos esquerdo e direito e trombose da veia porta de natureza recente. Atendendo a que se encontrava em estágio Child-Pugh C e de acordo com os achados imagiológicos o tratamento nesta situação é paliativo.

Discussão do caso: As recomendações referem que deve ser efectuado o screening para CHC em indivíduos com VHC e com cirrose.

Apesar do baixo nível de evidência, muitos profissionais realizam a vigilância através do doseamento de alfa-fetoproteína e ecografia abdominal a cada 6 meses, defendendo a perspectiva da melhoria na sobrevivência através do diagnóstico precoce.

P 53

CONVERSAS COM O MÉDICO DE FAMÍLIA: RÁDIO APROXIMA MÉDICOS DA POPULAÇÃO IDOSA

Marta Lopes, Vanda Silva, Maria Sias, Rui Fonseca, Fareed Nabeel, Nuno Páscoa
Hospital do Patrocínio, USF Planície

Introdução: O médico de família é um especialista diferenciado na prestação de cuidados integrados na comunidade, devendo organizar os recursos que tem disponíveis para melhorar a acessibilidade aos seus utentes.

Os meios de comunicação social constituem métodos de divulgação de fácil acesso, sendo a rádio e o jornal meios de excelência numa região interior com grande dispersão e envelhecimento populacionais.

Objetivos: Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários e transmitir informação com vista à promoção da saúde e prevenção da



doença, tendo como alvo preferencial a população idosa muitas vezes isolada e sem recursos.

Métodos: Divulgação de informação de âmbito dos cuidados de saúde primários através de um programa de rádio mensal e publicação no jornal local.

Resultados: Participação periódica da equipa da Unidade de Saúde Familiar no programa de rádio "Conversas com o Médico de Família", abordando temas de saúde pertinentes num contexto de sensibilização da população da área de influência do Centro de Saúde.

Discussão/Conclusão: A realização do programa "Conversas com o Médico de Família" permite-nos criar um ambiente de proximidade com a comunidade, facilitando o processo de educação e sensibilização da população sobre temas de saúde.

Pela sua maior abrangência populacional, a via radiofónica constitui uma forma de acesso da população aos cuidados de saúde primários, permitindo-nos estimular a adesão do utente à consulta do seu médico de família.

Os doentes idosos, que muitas vezes vivem isolados e sem recursos, têm assim uma forma fácil de obter informação útil e credível sobre a sua saúde.

P 54

CASO RARO EM PATOLOGIA FREQUENTE – DIAGNÓSTICO DE FAVISMO APÓS OS 70 ANOS

Marta Lopes, Vanda Silva, Maria Sias
Hospital do Patrocínio, USF Planície

Introdução: A deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) constituiu o defeito enzimático humano mais comum, presente em mais de 400 milhões de pessoas no mundo. A maioria permanece assintomática, sendo as manifestações clínicas mais frequentes a icterícia neonatal e anemia hemolítica aguda desencadeada por infeção, fármacos ou ingestão de favas.

Descrição do caso: Mulher, 73 anos, caucasiana, pertencente a família nuclear, fase VII do Ciclo de Duvall. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, insuficiência valvular cardíaca, doença de Parkinson, hérnia do hiato, anemia crónica e infeções urinárias de repetição. Antecedentes familiares: mãe falecida com "doença associada a icterícia" e filho com diagnóstico neonatal de deficiência de G6PD. Medicada com lisinapril, hidroclorotiazida, mirtazapina, ranelato de estrôncio e antiparkinsonícos. Desde há 1 mês com astenia, dor abdominal, náuseas e coloração amarelada da pele. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal peri-umbilical e dorsal, náuseas e tonturas. Referiu que dois dias antes tinha ingerido favas, salientando que sempre comeu favas sem complicações. Nos quinze dias anteriores, além do habitual, tomou idebenona, beta-histina e celecoxib. Nos exames laboratoriais constatou-se anemia normocítica normocrômica, reticulócitos 3,41%, haptoglobina <7mg/dl, LDH 2601 U/L, Coombs negativo, bilirrubina total 3,34mg/dl à custa da indireta e doseamento da G6PD dos eritrócitos 3,3 U/gHb, diagnosticando-se anemia hemolítica aguda por défice de G6PD.

Discussão: Este caso destaca a imprevisibilidade associada ao favismo, salientando-se que, embora o médico de família deva conhecer a evolução natural das patologias frequentes, deverá igualmente estar sensibilizado para a possibilidade de cada indivíduo manifestar determinada doença de forma própria e individual.

P 55

MAUS TRATOS A IDOSOS: O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Eugénia Romeiro Ribeiro Roque e Raquel Helena Novaes
Unidade de Saúde Familiar Terras de Cira

Introdução: Ao longo dos anos, têm-se verificado alterações na estru-

tura social e no contexto familiar que conduziram a uma modificação do estatuto social do idoso, caracterizada pela perda de autonomia no processo de envelhecimento e maior vulnerabilidade, contribuindo para um maior risco de incidência de maus tratos. A consulta no Médico de Família é uma oportunidade importante para se detectar tal situação.

Objectivo: Alertar o Médico de Família para a prevenção, identificação de situações de maus tratos a idosos e sua referenciação.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados: *Medline* e *Uptodate* e revistas médicas: *Geriatrics* e *Patient Care*, publicados entre 2003 e 2013, em português, inglês e espanhol, com as palavras-chave *elder abuse* e *primary care*.

Resultados: Foram encontrados 23 artigos, dos quais foram seleccionados 8: 5 revisões sistemáticas, 3 ensaios clínicos aleatorizados e controlados.

Há vários tipos de maus-tratos: físicos, psicológicos, abuso sexual, abuso económico e negligência. A prevenção primária passa pela identificação dos factores de risco, no idoso. A prevenção secundária consiste na identificação dos maus-tratos e na instituição de medidas que evitem a sua perpetuação. O Médico de Família em colaboração com outros profissionais, poderá intervir de forma eficaz.

Discussão/Conclusões: Os Médicos de Famílias estão em condição privilegiada para reconhecer situações de maus tratos e intervir preventivamente. Dada a falta de normas de orientação e de legislação específica, considera-se importante a realização de protocolos que poderiam potenciar a capacidade de intervenção nesta problemática.

P 56

INCAPACIDADE NOS IDOSOS – DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICA DA OSTEOARTROSE

Rita Morão
USF Arco-Iris, Amadora

Introdução: A osteoartrose é uma doença degenerativa da cartilagem articular associada a alterações hipertróficas do osso. A idade avançada é um dos principais factores de risco. A Organização Mundial da Saúde estima que a osteoartrose se torne a quarta causa de incapacidade em 2020.

Objectivo: Revisão bibliográfica sobre a abordagem diagnóstica e terapéutica da osteoartrose.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados *Medline* com os termos *MESH: Osteoarthritis/diagnosis* e *Osteoarthritis/therapy*. A pesquisa foi limitada a artigos de revisão, de língua inglesa e portuguesa.

Resultados/Discussão: O diagnóstico é feito com base na história clínica e no exame objectivo. Os sintomas mais comuns são dor articular que piora com o movimento e rigidez matinal inferior a 30 minutos. A radiografia simples pode ser útil na confirmação do diagnóstico. Em relação ao tratamento, todos os doentes beneficiam de medidas não farmacológicas, como a prática de exercício físico regular, perda de peso quando necessário e uso de órteses. O paracetamol é o analgésico indicado no tratamento da osteoartrose ligeira a moderada. Os anti-inflamatórios não esteróides constituem terapêutica de segunda linha. Os analgésicos opióides devem ser considerados em casos de não resposta aos outros fármacos. Os suplementos com glucosamina e condroitina podem ser úteis. As injeções intra-articulares com corticosteróides estão indicadas nas exacerbações agudas. Os doentes com sintomas graves e refractários à terapêutica conservadora são candidatos ao tratamento cirúrgico.

Conclusão: O diagnóstico da osteoartrose é essencialmente clínico. A abordagem terapêutica deve ser individualizada e progressiva, considerando a intensidade dos sintomas.

ABORDAGEM DA ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES NO IDOSO

Ana Neto; Diana Neto; Zhanna Azimka
USF Forte; Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: A arterite temporal ou arterite de células gigantes (ACG) é uma doença auto-imune que afecta vasos de médio e grande calibre, predominantemente a artéria temporal. Ocorre em indivíduos com idade avançada. Manifesta-se de modo inespecífico: cefaleia, mialgias, diminuição da acuidade visual, complicações isquémicas. Cerca de 50% das pessoas com ACG sofrem também de polimialgia reumática. O Médico de Família, como primeiro contacto do doente, deve ter conhecimento da abordagem diagnóstica e tratamento desta patologia.

Objectivos: Rever a literatura sobre a abordagem da arterite de células gigantes no idoso.

Material/métodos: Pesquisa de artigos nas bases de dados *UptoDate*, *Medline*, publicados nos últimos 8 anos, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando os termos *Mesh*: *Giant cell Arteritis*.

Resultados: A arterite de células gigantes é uma vasculite com etiopatogenia desconhecida. A anamnese cuidada e o conhecimento da patologia são essenciais para o início precoce da terapêutica. Os critérios de classificação da ACG, do Colégio Americano de Reumatologia, são: idade igual/superior a 50 anos, cefaleia localizada com início insidioso, anormalidade da artéria temporal, velocidade sedimentação elevada, biópsia arterial anormal. A presença de três dos cinco critérios tem uma elevada sensibilidade e especificidade para o diagnóstico. A biópsia da artéria é o *gold standard* do diagnóstico. O tratamento consiste em doses elevadas de corticóide oral com esquema de desmame subsequente.

Conclusão: A ACG está associada um risco de complicações graves quando não tratada. É de salientar que o tratamento com corticóide oral durante um longo prazo, acarreta efeitos adversos graves. A maioria dos doentes atinge a remissão após o tratamento.

P 58

TRATAMENTO DA DEMÊNCIA COM A INTERVENÇÃO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS

Ana Nunes Barata
USF Amora Saudável

Introdução: Desde 1792 que se recorre aos animais domésticos com o intuito de ajudar no tratamento de doenças mentais e físicas. Preferencialmente são escolhidos os cães, pela sua natureza social e pela facilidade de treino.

Relativamente à demência, tem vindo a surgir um maior interesse pelos tratamentos não farmacológicos, destacando-se a interação com animais domésticos.

Objetivos: É necessário garantir um acompanhamento psicológico a idosos com demência, podendo a terapia com animais domésticos ser uma valência importante.

Métodos: Revisão da literatura usando os termos *mesh pets, elderly e dementia*.

Resultados: Vários estudos sugerem que a presença de um cão reduz o nível de agressividade e de agitação, promovendo ainda o comportamento social em idosos que sofrem de demência.

Discussão: Os idosos são particularmente sensíveis a alterações no seu meio. Nesta idade delicada, tornam-se mais vulneráveis devido à maior probabilidade de recorrência de patologias, para além de ocorrer uma deterioração da psique, da componente somática e da qualidade de vida. Quando se encontram separados da família ou institucionalizados,

esse isolamento é, frequentemente, um fator de risco por si só. Na literatura recolhida, constata-se que cães treinados mostraram melhorar o auto-controlo dos doentes, para além de atuar como um “mediador emocional” e um facilitador social. Promovem a interação social, o que, juntamente com a resposta afetiva que transmitem aos doentes, ajuda a mitigar o sentimento de solidão. Assim, combatem simultaneamente outras comorbilidades que se podem vir a desenvolver, tais como a ansiedade ou outros distúrbios mentais ou de humor.

P 59

A IMPORTÂNCIA DA PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sandra Macedo¹, Cátia Gonçalves², Ana Patrícia Narciso¹

¹Centro de Saúde da Ribeira Brava, ²Centro de Saúde de Câmara de Lobos

Introdução: O cancro colorrectal é um dos mais comuns, apresenta a mesma incidência em ambos os sexos e é mais prevalente em indivíduos a partir dos 50 anos de idade.

Os sinais e sintomas variam de acordo com a localização anatómica da neoplasia.

A detecção precoce de pólipos é importante, pela possibilidade de evolução para neoplasia. Os pólipos mais comuns são classificados em hiperplásicos e adenomatosos. A maioria dos cancros colorrectais surge a partir de pólipos adenomatosos, encontrados em 50% dos idosos. A maioria dos doentes com pólipos não apresentam qualquer tipo de sinais e/ou sintomas, e menos de 5% apresenta sangue oculto nas fezes. Clinicamente, a possibilidade de um pólipo adenomatosos evoluir para cancro depende do seu aspecto macroscópico, características histológicas e tamanho.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 78 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e com história familiar de carcinoma da mama e osteossarcoma. Na consulta de seguimento foram pedidas análises de rotina onde se verificou positividade nas 3 amostras para pesquisa de sangue oculto nas fezes. Fez colonoscopia, que revelou um adenoma tubuloviloso com neoplasia intraepitelial de alto grau, que foi excisado. Dois meses depois repetiu a colonoscopia, sendo novamente detectado e excisado um pólipo hiperplásico.

A doente continua em seguimento na Gastroenterologia.

Discussão/Conclusão: O caso clínico confirma a estreita relação entre o aparecimento de pólipos e a possível evolução para cancro colorrectal.

Este caso clínico sublinha a importância da Medicina Geral e Familiar na prevenção e tratamento precoce da doença, bem como a referência em tempo útil.

P 60

OSTEOPOROSE NA POPULAÇÃO IDOSA: MAIS VALE PREVENIR DO QUE REMEDIAR!

Sandra Macedo¹, Cátia Gonçalves², Ana Patrícia Narciso¹

¹Centro de Saúde da Ribeira Brava, ²Centro de Saúde de Câmara de Lobos

Introdução: A osteoporose é uma doença silenciosa progressiva de etiologia multifactorial. É a doença óssea mais frequente e sê-lo-á cada vez mais no futuro, uma vez que é fundamentalmente uma doença da população idosa. É caracterizada pela diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitectura óssea, levando a um aumento do risco de fractura.

Objectivos: Importância da prevenção e tratamento precoce da osteoporose na população idosa, como grupo de risco.

Material e Métodos: Foi efectuada uma revisão da literatura publicada sobre a osteoporose, mediante a leitura de ensaios clínicos, metanálises



e *guidelines* baseadas na evidência.

Resultados: Existem múltiplos factores de risco para a osteoporose: os modificáveis e os não modificáveis.

A prevenção da osteoporose deve de ser feita através da identificação e correcção precoce dos factores de risco modificáveis.

Nos doentes com diagnóstico de osteoporose é importante a introdução precoce de terapêutica farmacológica uma vez que diminui de forma significativa o risco de fractura.

A prevenção das quedas tem especial importância na população idosa, uma vez que estão na origem da maioria das fracturas osteoporóticas.

Discussão/Conclusões: A prevenção e o tratamento precoce são essenciais para um manuseamento apropriado da osteoporose.

Como Médicos de Família devemos incutir aos nossos doentes uma melhoria dos hábitos/estilos de vida com o intuito de atrasar/prevenir o aparecimento desta doença silenciosa.

As fracturas osteoporóticas representam um grave problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência, às consequências médicas que acarretam, à diminuição da qualidade de vida e aos custos económicos e sociais que comportam.

P 61

PARTICULARIDADES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO

Marta Guedes, [Filomena Sá](#)

USF Nova Via, ACES Espinho/Gaia

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é uma doença comum em idosos. Constitui um dos factores de risco mais importantes de doença cardiovascular, principalmente se desconhecida, não tratada ou não controlada. A abordagem da HTA nesta faixa etária exige cuidados especiais.

Objetivo: Alertar para as particularidades da HTA no idoso.

Material e Métodos: Pesquisa de recomendações nacionais e internacionais sobre HTA no idoso, nos sítios das organizações nacionais e internacionais, e de artigos, nas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência, em português e inglês, entre 01/2003 e 01/2013, com os termos: *hypertension* e *elderly*.

Resultados: A HTA no idoso caracteriza-se por uma maior prevalência de HTA sistólica, HTA de bata branca e hipotensão ortostática. Entre os 65-79 anos, estão recomendados valores-alvo de tensão arterial (TA) <140/90 mmHg. Se ≥ 80 anos, recomendam-se, na generalidade, valores-alvo <150/90 mmHg, se tolerados, evitando-se TA <130/60 mmHg. A mudança de estilos de vida deve ser terapêutica de 1ª linha. O início de um fármaco anti-hipertensor deve ser feito na dose mais baixa, com aumento gradual de acordo com a tolerância.

Discussão: Em idosos, a HTA é o fator de risco cardiovascular modificável mais prevalente. Além disso, é um fator de risco major para Diabetes Mellitus, Síndrome Metabólica e Doença Renal Crónica. Assim, é fundamental identificar e tratar de forma individualizada a HTA no doente idoso. Deve privilegiar-se a prevenção. São necessários mais estudos com doentes com idade ≥ 80 anos, para uma definição mais correta do *cut-off* de HTA e de metas terapêuticas.

P 62

CEFALEIAS NO IDOSO

Marta Guedes, [Filomena Sá](#)

USF Nova Via, ACES Espinho/Gaia

Introdução: A prevalência das cefaleias diminui com a idade, contudo, permanecem um motivo comum de consulta no idoso. Com o envelhe-

cimento, há um decréscimo das cefaleias primárias (embora permaneçam as mais frequentes) e um aumento das secundárias. Cefaleias de novo ou mudança do padrão devem acompanhar-se de um índice de suspeição alto para doenças orgânicas. As comorbilidades e a polime-dicação são condicionantes da terapêutica.

Objetivo: Rever as recomendações mais atuais relativamente à abordagem das cefaleias no idoso, propondo um algoritmo de decisão clínica, orientador do diagnóstico e terapêutica.

Material e métodos: Pesquisa de recomendações nacionais e internacionais sobre cefaleias no idoso, nos sítios das organizações nacionais e internacionais, e de artigos, nas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência, em português e inglês, entre 01/2008 e 01/2013, com os termos: *headache* e *elderly*.

Resultados: Como causas primárias: enxaqueca, cefaleias de tensão, cluster, hipnica e nevralgias idiopáticas. Como causas secundárias: arterite temporal, induzida por fármacos ou abuso de medicação, hematoma subdural, tumores intracranianos, Acidente Vascular Cerebral, Doença Pulmonar Obstrutiva crónica, Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono, doença espondilótica cervical, glaucoma, hipertensão, distúrbios metabólicos, infeção do SNS ou sistémica.

Discussão: No idoso, podem surgir cefaleias de etiologia primária ou secundária, por vezes com manifestações atípicas. Podem interferir significativamente na qualidade de vida dos utentes pelo que são fundamentais o diagnóstico e tratamento precoces. Os meios complementares de diagnóstico podem assumir uma maior importância. Devem ser feitos ajustes da posologia, planos simplificados, segundo a regra *start low, go slow*, reavaliando sempre que necessário.

P 63

EFICÁCIA DA VITAMINA D NA PREVENÇÃO DE QUEDAS NOS IDOSOS

[Cátia Matos](#)¹, [Mara Silva](#)², [Rita Mendes](#)³

¹USF Espinho, ²USF Terras de Santa Maria, ³USF S. João

Introdução: As quedas são uma causa frequente de morbidade e mortalidade nos idosos, com repercussões socioeconómicas. A vitamina D pode ter um papel preventivo neste contexto, ao melhorar a função e força musculares, processo mediado por receptores específicos presentes no tecido muscular humano.

Objetivos: Rever a evidência disponível sobre a eficácia da vitamina D na prevenção de quedas na população idosa.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos randomizados e estudos originais em diversas bases de dados publicados nos últimos dez anos, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, utilizando os termos *MESH* "D vitamin, accidental falls, aged e aged, 80 and over". Critérios de inclusão (população: indivíduos com ≥ 65 anos; intervenção: comparação entre vitamina D e placebo; *outcome*: redução do risco de quedas) foram usados para selecção posterior de artigos.

Resultados: Foram encontrados 154 artigos, dos quais 6 cumpriram os critérios de inclusão: 5 meta-análises e 1 revisão sistemática. Todos demonstraram uma redução do risco de quedas com a vitamina D, com significado estatístico na maioria dos estudos. Contudo, não existe consenso no que respeita ao tipo de vitamina D, dose e duração mínimas eficazes. O nível de evidência médio da escala *SORT* é 2.

Conclusões: A vitamina D parece ter eficácia na prevenção de quedas nos idosos (*SORT B*). A heterogeneidade de alguns estudos e a inconsistência de alguns resultados constituem limitações desta revisão. São necessários mais estudos de elevada qualidade que foquem a população-alvo e os regimes terapêuticos ideais.

ABORDAGEM FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA DA DOR NO IDOSO

Alexandre Neves, Ana Catarina Almeida, Élia Marisa Rodrigues, Isabel Lourenço, Mariana Cancela
Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e de Manutenção de Vouzela

Resumo: Define-se dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”.

Considera-se dor crónica quando existe há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem. A dor crónica do idoso é multifocal, multifatorial, de intensidade moderada a intensa, com duração de vários anos e a sua prevalência varia entre 45% e 80%. Pode ser tratada por via farmacológica ou não farmacológica.

Preende-se identificar a eficácia dos diferentes tipos de abordagem para o controlo da dor, comparar a abordagem farmacológica com a não farmacológica e estabelecer quais os tratamentos mais eficazes. Foram selecionados 40 estudos, publicados entre 2008 e 2013, nas bases de dados da *Pubmed*, *SciELO* e *PEDro*. Os estudos anteriores a 2008, que fossem estudos de caso, estudos não randomizados e opiniões de experts foram excluídos, tendo sido analisados 16 estudos para esta revisão da literatura.

Não existe nenhuma terapêutica farmacológica de eleição, verificando-se que a melhor forma de controlar a dor consiste na associação do tratamento farmacológico às técnicas de tratamento não farmacológicas eficazes como o exercício físico, mobilização, termoterapia, TENS, hidroterapia e acupuntura.

Habitualmente o tratamento da dor em idosos é farmacológico e deverá ser balanceado em função dos riscos e dos benefícios. A efetividade deste tratamento é maior quando combinada com formas de tratamento não farmacológico.

Palavras-chave: dor; idoso; tratamento farmacológico; tratamento não farmacológico.

A INFEÇÃO RESPIRATÓRIA NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

José Marques Gonçalves e Irene Celeste Martins Barreiros
Associação de Solidariedade Social da Freguesia de Abraveses – Viseu

Resumo:Atendendo à circunstância da limitação de faculdades físicas provocadas pelo envelhecimento à restrição de espaços comuns a estas Instituições, a inatividade e o acamamento vai surgindo cada vez com mais frequência pelo que as infeções respiratórias, seriam de se esperar cada vez mais presentes e complicadas.

No entanto com a prevenção (Vacinação sazonal / Pneumocócica), mobilização e inserção em locais ecologicamente aconselháveis conseguem benefícios de saúde dos idosos.

Este estudo foi realizado na Associação de Solidariedade Social da Freguesia de Abraveses. (ASSFA), Valência Lar, do Concelho de Viseu, tendo como base o estudo dos processos clínicos de todos os idosos institucionalizados no período de 1 de Janeiro de 2012 até 31 de Dezembro de 2012. A amostra é constituída por idosos de ambos os sexos, cujas idades variam entre os 69 e os 99 anos.

Prende-se com este estudo provar que a prevenção, aconselhamento, tratamento adequado, enquadramento geográfico/ecológico têm repercussões na qualidade de vida dos idosos.

CUIDADOS AO PÉ DIABÉTICO NO IDOSO

Lara Rodrigues, Elsa Marinela, Carla Anjos
Centro Hospitalar de Lisboa Central- Hospital Santo António dos Capuchos

Resumo: A diabetes é uma doença crónica com elevada incidência e prevalência na actualidade do nosso país. A longo prazo acarretam complicações, quer microvasculares (vasos da retina, do rim e do sistema nervoso) e macrovasculares (artérias coronárias, cerebrais e membros inferiores), podendo ir desde a cegueira a amputação de um membro, o que se traduz na necessidade de internamento hospitalar.

O doente diabético está mais susceptível a alterações que ocorrem nos pés de causa neuropática ou doença vascular periférica. Tem maior probabilidade de infeção que pode levar ao aparecimento de lesões originadas por traumatismo que em última instância pode levar a morte. Estes dados despertam-nos para a necessidade de divulgar os cuidados a ter com os pés do doente diabético. Para tal deve-se investir na prevenção de lesões constituindo equipas de avaliação e seguimento, tendo o doente e família o papel principal no processo. Para atingir este objetivo devemos recorrer ao ensino do doente/cuidador/família no sentido de prestarem atenção aos sinais de alerta.

Constata-se que no serviço de cirurgia 2.6 do Hospital Santo António dos Capuchos, E.P.E. onde atualmente exercemos as nossas funções, que são vários os doentes idosos com úlceras de pé que necessitam de longos períodos de internamento, levando à dispensa de recursos materiais e humanos capazes de dar resposta a esta problemática. Tal situação leva a custos elevados com o internamento.

Para que se consiga manter a integridade dos pés de um doente diabético é necessário que os profissionais, doente, cuidador/a e família lhe prestem toda a atenção.

HIPERTENSÃO SISTÓLICA ISOLADA NO IDOSO ESPECIFICIDADE DE APRESENTAÇÃO, ABORDAGEM E OPÇÕES TERAPÊUTICAS

¹Elizabeth Pinto, ²David Moreira, ³Patrícia Machado, ⁴Olívia Costa, ⁵Inês Coelho, ⁶João Ribeiro

¹USF Viriato, ²Centro Hospitalar Tondela, Viseu, ³USF Terras de Azurara, ⁴USF Grão Vasco

Introdução: Os idosos constituem o grupo etário com crescimento mais rápido. Este facto, aliado ao aumento à multipatologia e grande prevalência de doenças crónicas e/ou incapacitantes que condicionam elevada grau de dependência faz com que o impacto das patologias da vida adulta, principalmente as decorrentes do aumento do risco cardiovascular (CV) tenham relevância epidemiológica indiscutível. Por conseguinte, a compreensão da Hipertensão Arterial (HTA) e das suas especificidades de manifestação e abordagem nesta faixa etária assumem importância fulcral na prática de Medicina Geral e Familiar.

Objetivos: Rever as principais especificidades da HTA no doente idoso em termos de substrato fisiopatológico, apresentação e abordagem terapêutica.

Material e Métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *MEDLINE*[®] (*PubMed*), *The Cochrane Library*[®] e sítios de Medicina Baseada na Evidência com as palavras-chave *systolic hypertension* e *elderly* - termos *MeSH*. Limitou-se a pesquisa a artigos publicados entre 2000 e 2013 nas línguas inglesa e portuguesa. Foram também pesquisados os estudos: Prevalência, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal, *Hypertension in Very Elderly Trial (HYVET)* e o *Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT)*.

Resultados: O idoso hipertenso tem alterações estruturais e funcionais da aorta que condicionam aumento da sua rigidez com consequente al-



teração da propagação da onda de pulso e aumento da pressão sistólica central (PSC). A Hipertensão Sistólica Isolada (HTSI) é uma consequência destas alterações; é a forma mais frequente de HTA no idoso e aquela que condiciona maior risco CV sendo definida por valores de Tensão Arterial (TA) Sistólica superiores a 140mmHg e valores de TA Diastólica inferiores a 90mmHg. Tal como aferido no estudo Espiga de Macedo et al verifica-se que a prevalência deste tipo de HTA é de 46.9% da população com mais de 65 anos. A evidência existente mostra que os benefícios do controlo de HTSI nos doentes idosos são similares aos de outros grupos etários; os resultados obtidos com o estudo *HYVET*, trouxeram uma orientação dos clínicos para o controlo desta forma de HTA nos doentes muito idosos. Este estudo permitiu concluir que nos doentes com mais de 80 anos de idade, o tratamento anti-hipertensor não só reduz a taxa de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em 34% e a taxa de morte por AVC em 45%, como também reduz a taxa de Insuficiência Cardíaca em 72%, a taxa de mortalidade devido a causas CV em 27% e a taxa de mortalidade por qualquer causa em 28%. A terapêutica da HTA no idoso reveste-se de algumas particularidades sendo necessária, para além da implementação de modificação de estilo de vida, a implementação de terapêutica farmacológica; apesar do objetivo mais relevante consistir sempre na redução dos valores de HTA, independentemente da classe utilizada, a fisiopatologia específica da HTSI faz com que os anti-hipertensores da classe dos diuréticos e dos antagonistas dos canais de cálcio (ACC) sejam mais eficazes na redução da pressão aórtica central do que os beta-bloqueadores (BB) que reduzem a pressão sistólica braquial mas não reduzem a pressão aórtica central tal como aferido no sub-estudo *Conduit Artery Functional Endpoint (CAFE)* do estudo *ASCOT*; estas características permitem explicar a superioridade dos ACC e diuréticos na prevenção de lesão de órgãos-alvo *versus* BB, independentemente do controlo tensional. De todas as classes de fármacos consideradas os ACC mostraram maior eficácia na redução de AVC diminuição de 10% face a outras terapêuticas o que aumenta a sua relevância epidemiológica dada a importância da patologia cerebrovascular na população idosa.

Discussão/ Conclusões: A abordagem correta ao idoso com HTSI, que é do âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, é fulcral para o diagnóstico, seguimento e tratamento adequados.

P 68

ATIVIDADES PREVENTIVAS NO IDOSO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS REVISÃO DA EVIDÊNCIA

Lourenço, Joana¹; Serrano, António²; Oliveira, Olga²; Cardoso, Rui Tiago²; Marques Pereira, Raul⁴

¹USF Pedras Rubras, ²USF Familiar Viver Mais, ³UCSP Carvalhosa, ⁴USF Lethes

Introdução: A evolução demográfica da população portuguesa determinou uma inversão das pirâmides etárias sendo o Médico de Família (MF) confrontado com novos desafios decorrentes das múltiplas comorbilidades e condições associadas no idoso.

Objetivo: Rever a evidência atual respeitante aos cuidados preventivos específicos na consulta do utente idoso em Cuidados de Saúde Primários.

Metodologia: Realizou-se uma revisão da evidência disponível em livros e Normas de Orientação Clínica.

Discussão/resultados: Desta revisão resultaram quatro áreas de intervenção: quedas e actividade física, alterações visuais e auditivas, demência e imunizações.

O rastreio para risco de quedas deve ser efectuado a todos os indivíduos 1 a 2 vezes por ano. O MF deve aconselhar atividade física moderada a todos os idosos e identificar os indivíduos com risco de fratura de fragilidade.

As indicações para rastreio da osteoporose em homens e mulheres são diferentes, sendo o tratamento baseado na densitometria óssea e na

avaliação de fatores de risco.

As acuidades visual e auditiva devem ser questionadas e avaliadas 1 vez por ano. Deverão ser explicados os sinais e sintomas de demência e avaliado o seu grau de risco. A vacina da gripe sazonal e a vacina anti-pneumocócica polissacarídica devem ser administradas anualmente a partir dos 65 anos. A vacinação contra herpes zoster esta recomendada a partir dos 60 anos. A vacina anti-tetânica deve ser reforçada a cada 10 anos.

Conclusão: As atividades preventivas na consulta do idoso constituem uma janela de oportunidade permitindo a identificação, rastreio e prevenção de patologias e condições associadas, promovendo assim o bem estar físico, psíquico e social da pessoa idosa.

P 69

ANEMIA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Amanda Nogueira, Helena Temido, Bernardo Cunha, Luís Cardoso, Maya Petrova, Pereira de Moura, Lélita Santos, Nascimento Costa

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Serviço de Medicina Interna

Introdução: A anemia, embora comum na população idosa, representa causa de morbimortalidade. Assim, o estudo etiológico será importante.

Objetivos: Definir a prevalência e caracterizar a abordagem laboratorial da anemia.

Material e métodos: Numa população de 163 doentes com alta do internamento de uma enfermaria de Medicina Interna num período consecutivo de 2 meses, foi efetuado um estudo descritivo retrospectivo. Definiu-se anemia, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (hemoglobina inferior a 13 g/dl no género masculino e inferior a 12g/dl no género feminino).

Resultados: A população abrangida neste estudo, maioritariamente do género feminino (60.7%), tinha idades entre os 17 e os 99 anos, com média de 72 anos e 9.2 dias de internamento. Esta foi analisada quanto a proveniência, destino, comorbilidades, diagnóstico principal, índice funcional, situação de reinteramento e exames complementares de diagnóstico. Do total, 99 doentes (60.7%) tiveram diagnóstico de anemia. Destes, 77.3% tinham anemia normocítica normocrómica, 13.6% anemia microcítica e 9.1% macrocítica. Nos doentes com anemia, a abordagem laboratorial realizada identificou em 50.0% uma anemia de doença crónica, em 18.4% uma verdadeira ferropenia, em 28.9% uma deficiência em ácido fólico e em 2.6% uma beta-talassemia.

Conclusões: A anemia das doenças crónicas foi a mais frequentemente diagnosticada na amostra, o que se relacionará com o elevado número de comorbilidades neste grupo etário. Isto poderá explicar, juntamente com o elevado número de doentes com um mau índice funcional, a baixa percentagem de realização de estudo etiológico da anemia.

P 70

MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA DE UMA PATOLOGIA DA COLUNA

Ana Jorge Lopes¹; Ana Filipa Baptista²; Ana Manuela Rocha¹; Joana Silva²; Filomena Santos³

¹USF Várzio, ²USF Viseu-Cidade, ³USF Alves Martins

Enquadramento: Identificar o que preocupa o utente e abordar cada sintoma de forma global é fundamental na nossa prática diária. As alterações dermatológicas são muitas vezes de difícil interpretação e, nalguns casos, como por exemplo nos idosos, pode estar associada a outra patologia. A Notalgia parastética é uma patologia comum, muitas vezes subdiagnosticada e exemplo de um distúrbio neurocutâneo que se caracteriza por uma hiperpigmentação, na região dorsal e prurido ou dor e parestesias. Pensa-se que poderá estar associada à com-

pressão dos nervos espinhais devido a alterações na coluna ou nos nervos periféricos.

Descrição do caso: Mulher de 66 anos, professora reformada, pertencente a uma família nuclear, no estado VIII do Ciclo de Duvall e classe social média-alta segundo a escala de Graffar. Antecedentes de Hipertensão arterial, Dislipidemia, Síndrome Vertiginosa, Patologia Osteoarticular e Incontinência Urinária.

Numa consulta programada de HTA refere a existência de uma lesão hiperpigmentada pruriginosa na região lombar esquerda, de contornos irregulares com cerca de 5 cm de diâmetro, com vários meses de evolução e associada a prurido intenso. Após tratamento com corticoide tópicos, sem resolução, foi referenciada à consulta de Dermatologia que repetiu o tratamento e obteve o diagnóstico de Notalgia parastética.

Discussão: Este caso reforça a importância do médico de família no reconhecimento das preocupações do utente. Esta é, normalmente, uma condição crónica, não curável com períodos de exacerbações. Além da alteração estética que a caracteriza está associada a um conjunto de sintomas que contribuem para diminuir a qualidade de vida.

P 71

AValiação DAS COMORBILIDADES QUE DEFINEM O INDEX DE CHARLSON DOS DOENTES RESIDENTES EM ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL

Ana Patrícias, David Matias, Gonçalo Ferrão, Stela Calugareanu, Luis Siopa
Serviço de Medicina, Hospital Distrital de Santarém

Introdução: Na área populacional abrangida pelo nosso hospital verifica-se um elevado número de Estabelecimentos de apoio social, sendo por isso os doentes provenientes dessas estabelecimentos um dos principais grupos de procura de cuidados de saúde. Tendo em conta isso é importante a caracterização correcta desse grupo. O Index de Charlson é uma ferramenta útil nesse aspecto pois através da avaliação das comorbilidades dá-nos um indicador de disease burden e prediz a mortalidade a um ano.

Objectivo: Caracterizar as comorbilidades (CM) que definem o Index de Charlson (IC) nos doentes residentes em estabelecimentos de apoio social (DREAS) e internados num Serviço de Medicina Interna (SMI).

Material e métodos: Consulta dos processos clínicos dos doentes internados num serviço de MI entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2012 identificando os DREAS, nos quais se avaliou sexo, idade, IC e respetivas CM.

Resultados: Foram avaliados 450 DREAS, 171 do sexo masculino e 278 do sexo feminino. A idade média foi de 82 anos. Calculado IC médio de 2 e IC médio ajustado para a idade de 5. Os DREAS apresentavam CM por ordem de prevalência: Diabetes (135); Demência (133); Doenças Cerebrovasculares (117); Insuficiência Cardíaca Congestiva (86); Enfarte Agudo do Miocárdio (50); Doença pulmonar Obstrutiva Crónica (44); Hemiplegia (43); Doença Renal moderada a severa (28); Doença vascular Periférica (20); História de Neoplasia nos últimos 5 anos (17); Doença ulcerosa péptica (13); Diabetes com lesão de órgão alvo (7); Neoplasia sólida metastática (4); Leucemia (3); Linfoma (2); Doença Hepática Ligeira (1) e Doença Hepática crónica moderada a severa (1). Nenhum doente com diagnósticos de Doença do Tecido Conjuntivo ou Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Quanto ao número de CM por DREAS verificou-se que 150 apresentavam 1 CM, 118 apresentavam 2 CM, 89 não apresentavam CM, 65 apresentavam 3 CM, 20 apresentavam 4 CM, 7 apresentavam 5 CM e 1 apresentava 6 CM. Não se verificou diferenças com significado estatístico quanto ao sexo e idade nas várias CM.

Conclusões: As CM mais frequentes são Diabetes, Demência, Doenças Cerebrovasculares e Insuficiência Cardíaca Congestiva. A maioria

dos DREAS apresentava uma a duas CM. Nos DREAS internados no SMI verificou-se um elevado IC médio ajustado à idade, traduzindo-se num prognóstico reservado.

P 72

MEDICAÇÃO POTENCIALMENTE INAPROPRIADA NA ADMISSÃO HOSPITALAR: ESTUDO COMPARATIVO PELOS CRITÉRIOS DE 2012 BEERS E STOPP/START

Moraes, M. M.; Matias, A. C.; Soares, M. A.; Gorjão Clara, J.
Research Institute for Medicines and Pharmaceutical Sciences (iMed.UJ);
Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; Unidade Universitária de Geriatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente

Introdução: A polimedicação no idoso, consequência das suas comorbilidades, associa-se ao risco aumentado de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) e redução da segurança. O risco de morbilidade e mortalidade associado à terapêutica exige cuidados específicos para a simplificação da medicação no doente geriátrico e prevenção do uso de MPI.

Objectivos: Caracterizar a prescrição de MPI nos idosos, comparando dois critérios: *Beers* de 2012 e *STOPP/START*.

Material e Métodos: Estudo transversal e descritivo. Análise da medicação de 100 idosos, à data do internamento. Aplicação dos critérios de *Beers* 2012 e *STOPP/START*.

Resultados: Idade média dos doentes foi 81,8 anos (65-102), sendo a maioria mulheres (65%).

O total de medicamentos prescritos foi de 770 com média de 7,7/ doente (1-16).

Pelos critérios de *Beers*, 87 (11,3%) eram MPI, tomados por 58 doentes. Encontraram-se 56 (7,3%) medicamentos sujeitos a precaução, tomados por 51 doentes.

Pelos critérios de *STOPP*, encontraram-se 79 (10,26%) MPI tomados por 74 doentes. Vinte doentes tomavam medicamentos duplicados.

Pelos critérios de *START*, 29 doentes não tomavam 34 medicamentos necessários.

Discussão / Conclusões: Os critérios de *Beers* de 2012 e *STOPP/START* mostraram uma elevada taxa de prescrição de MPI, com maior frequência para *Beers*. O *STOPP/START* permitiu identificar também duplicações e ausência de prescrição de medicamentos necessários para uma melhoria dos cuidados.

Os nossos resultados apontam para a necessidade da utilização destes critérios para reduzir os riscos e aumentar a eficácia da terapêutica farmacológica no doente idoso.

P 73

UM LUTO DIFERENTE

Ana Morgado

Centro de Saúde da Marinha Grande

Resumo: Como em qualquer fase da vida, também na velhice é necessário que a pessoa se adapte a novas realidades, sendo que uma das mais difíceis será a morte do companheiro e o consequente luto. Foi neste contexto que a doente do seguinte caso clínico recorreu ao seu médico de família.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 90 anos, autónoma para as actividades da vida diária e sem antecedentes de patologia psiquiátrica, recorreu à consulta do seu médico de família, em Junho de 2012, por tristeza intensa e alterações do sono desde a morte do seu marido em Janeiro de 2012. Ao longo da consulta a doente manteve um fâcias deprimido, com labilidade emocional e choro fácil e um discurso bizarro sintomático uma mulher que se deita ao meu lado e me abana a cama, que me



fala ela diz-me que quando o meu marido estava no hospital mataram-no tiraram-lhe o cérebro sic.

Tendo em conta este quadro clínico, ideias delirantes persecutórias e alucinações auditivas e tácteis, foi pedida consulta de psiquiatria.

A doente foi observada na consulta de psiquiatria geriátrica do seu hospital de referência, no entanto, devido à não resolução do quadro clínico, a doente acabou por ser internada em Dezembro de 2012, tendo sido alta com o diagnóstico de psicose.

Em suma, as ideias delirantes são comuns na população idosa, podendo ser encontradas em várias patologias como a depressão com psicose, a demência ou a esquizofrenia. Com este caso clínico pretendo mostrar a importância do diagnóstico diferencial destas patologias.

P 74

IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA E DO APOIO DOMICILIÁRIO. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO...

Sandrine Fazio; Daniela Boletto; Cláudia Penedo
USF Emergir

Resumo: Estudos têm comprovado que os cuidados de saúde mais eficazes e eficientes são aqueles em que existe uma cooperação entre o médico, o paciente e a família, já que a mesma torna mais rápida a recuperação do doente, reduz o tempo hospitalar e aumenta a satisfação do paciente e da família.

Além disso, têm demonstrado múltiplas vantagens dos cuidados domiciliários multidisciplinares, nomeadamente o facto de poderem melhorar o outcome em pacientes idosos e de poderem constituir uma alternativa aos cuidados hospitalares em casos seleccionados de patologia aguda. O seguinte caso clínico pretende exemplificar a importância que a família e os domicílios podem assumir na prestação dos cuidados, e as dificuldades terapêuticas e éticas que podem surgir particularmente na população geriátrica.

Trata-se de um senhor com 94 anos, casado e com dois filhos, pertencente a família nuclear e classe social média. Autónimo até Fevereiro de 2013, quando desenvolve quadro de infeção respiratória com duas semanas de evolução e refratária à antibioterapia. É então contactado o seu Médico de Família, que agenda um domicílio e constata que o doente se encontra obnubilado, acamado (Barthel=35), descorado, desidratado e dispneico, com francas alterações à auscultação pulmonar. Face ao mau prognóstico da situação, discute-se a necessidade de eventual internamento hospitalar, que a família esclarecidamente recusa. É então acordado um plano terapêutico que inclui, entre outros aspetos, domicílios diários, mudança de antibiótico e cinesioterapia respiratória. Ao longo das semanas e graças ao apoio familiar e multidisciplinar, o doente recupera e restabelece a sua total autonomia.

P 75

LÍQUEN PLANO NO IDOSO

Laura Gonçalves; Marta Lopes, Sara Veiga
Centro de Saúde de Portalegre, USF Plátano-Centro de Saúde de Évora, USF Planície-UCSP Beja

Introdução: O líquen plano é uma patologia dermatológica frequente que, embora ocorra sobretudo entre os 30 e os 60 anos, pode surgir no doente idoso, diminuindo a sua qualidade de vida. De etiologia maioritariamente idiopática, o diagnóstico é essencialmente clínico e a abordagem terapêutica é relativamente simples.

Objetivo: Facilitar o diagnóstico e tratamento do líquen plano nos cuidados de saúde primários de forma a reduzir a referência hospitalar.

Material e Métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *ClinicalKey*, *PubMed*, *Medscape* de artigos publicados entre 2010 e 2013,

em Português e Inglês, utilizando os termos *MeSH*: *Lichen planus*, *Primary care*, *Liquen Plano*, *Koebner phenomenon*, estrías de Wickham.

Resultados: O líquen plano apresenta-se sob a forma de pápulas poligonais, violáceas, estriadas, com brilho característico, isoladas ou conglomeradas e pruriginosas de intensidade variável. A localização predominante é na superfície flexora dos membros superiores, extensora dos membros inferiores e mucosas. Apesar da fisionomia clínica na maior parte dos casos ser muito expressiva, outras dermatoses manifestam-se de forma semelhante podendo dificultar o diagnóstico diferencial. No idoso pode ser confundido com alterações relacionadas com a idade, efeitos secundários de medicamentos ou do tabagismo a longo prazo. Cura espontaneamente em 8 a 12 meses, podendo recidivar. O tratamento tópico com corticosteroides potentes associado a anti-histamínicos é geralmente suficiente para resolução do quadro clínico.

Conclusão: Este trabalho de revisão permitiu constatar que o médico de família possui as aptidões necessárias para o diagnóstico e tratamento do líquen plano, evitando uma referência hospitalar desnecessária.

P 76

VENLAFAXINA VS CLONIDINA: QUAL O MAIS EFICAZ NO TRATAMENTO DE SINTOMAS VASOMOTORES?

Bernardo Ferreira, João Santos
USF São João Evangelista dos Lóios

Introdução: A terapia hormonal de substituição (THS) representa o tratamento mais eficaz no alívio dos sintomas vasomotores (SVM) associados à menopausa. No entanto, levanta preocupações relativas à sua segurança, dado o aumento do risco de cancro da mama, cancro do endométrio, AVCs ou trombose venosa.

Nas últimas décadas testaram-se opções terapêuticas não hormonais, como a venlafaxina ou a clonidina, verificando-se uma superioridade de ambas face ao placebo.

Objectivo: Determinar qual o fármaco mais eficaz no tratamento dos sintomas vasomotores da menopausa: venlafaxina ou clonidina.

Métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos de revisão sistemática, meta-análises e ensaios clínicos aleatorizados, publicados nos últimos 10 anos, nas bases de dados: *medline*, *cochrane*, *National Guidelines Clearinghouse*, *NHS evidence* e *DARE*, com os termos *MESH*: *hot flashes*, venlafaxine e clonidine.

Avaliação dos níveis de evidência (NE) através da escala *Stenght of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados: Seleccionamos três ensaios clínicos, um com duração de 4 semanas em que a venlafaxina foi superior à clonidina (Loibl e tal.) e dois que não revelaram diferenças significativas de eficácia entre as duas moléculas, um com duração de 8 semanas (Buijs et al.) e outro com duração de 12 semanas (Boekhout et al.).

Discussão e Conclusão: A superioridade da venlafaxina observada às 4 semanas não foi evidenciada em estudos de duração superior. Essa discrepância pode dever-se ao facto da venlafaxina poder induzir um alívio mais rápido dos sintomas vasomotores. No entanto, os estudos seleccionados apresentam algumas limitações, nomeadamente na dimensão da amostra, pelo que consideramos que são necessários mais estudos para podermos afirmar a superioridade de uma molécula sobre a outra.

P 77

ULCERAS DE PRESSÃO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NUMA UCI

Adélia Rosa Gomes Ferreira e Maria Madalena B. Pereira
UCIP do Hospital de Egas Moniz do CHLO



Introdução: Tendo em conta a nossa experiência profissional como Enfermeiras em Cuidados Intensivos, sentimos necessidade de ampliar os nossos conhecimentos sobre a assistência prestada a doentes em estado crítico e com úlceras por pressão (UP), nomeadamente quanto à sua classificação e à realização de pensos com material adequado. Após frequência de ações de formação no Núcleo de Formação sobre UP; no ano de 2012 elaboramos um Poster como guia de tratamento de UP segundo a norma de orientação clínica em vigor no Centro Hospitalar com as respetivas indicações de tratamento, tendo em conta o estágio da UP; O Poster foi explicado e afixado em local visível, junto ao carro de pensos do serviço. Realizamos uma formação em serviço sobre UP a que assistiram apenas 7 de 24 enfermeiros da UCI.

Objetivo: Avaliar a qualidade do tratamento das UP na UCI

Metodologia: Dimensão a estudar: adequação técnico-científico;

Unidade de estudo: folha de registo segundo a escala de Braden;

Tipo de fonte: processo do doente;

Período de avaliação: Dezembro de 2012 a Maio de 2013 (6 meses)

Crítérios: avaliação de todos os doentes com UP:

- Avaliação das zonas de pressão;

- Caracterização da ferida;

- Tratamento dos dados;

- Avaliação dos registos pela folha de Braden;

- Medidas corretivas: Monitorizar a caracterização e tratamento instituído às UP em todas os doentes notificados na UCI (ver semanalmente folha de UP)

Resultados: Realizada uma auditoria às folhas de registo segundo a escala de Braden em Maio de 2013

Conclusão: De 81 doentes internados até 30 Maio de 2013, 69 não adquiriram UP; 12 UP foram adquiridas na UCI em que 2 destas ficaram resolvidas; 10 doentes tiveram alta da UCI para a enfermaria com UP (2 UP com eritema não branqueável e 8 UP de categoria III, maioritariamente na região sagrada).

Verificou-se melhoria das UP com o tratamento instituído, mas detetou-se falta de registos, falta de sequência no registo das datas, UP mal caracterizadas.

Sugere-se nova formação a toda a equipa de enfermagem; relembrar as medidas propostas pelo guia de tratamento de UP; incentivar e motivar o correto preenchimento da folha UP segundo a escala de Braden e continuar com as auditorias (1ano).

P 78

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUITO IDOSO REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Ana Neto; Diana Neto; Zhanna Azimkina

USF Forte; Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: A prevalência da Hipertensão Arterial (HTA) aumenta com a idade, devido a alterações anatomo-fisiológicas no sistema cardiovascular associadas a múltiplos factores de risco. O tratamento da HTA no muito idoso tem demonstrado benefício, a curto prazo, em termos de comorbilidades e qualidade de vida.

Objetivo: Revisão da evidência disponível no tratamento da hipertensão no muito idoso.

Metodologia: Pesquisa de *guidelines*, revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA), ensaios clínicos aleatorizados (ECA), nas bases de dados *Medline*, *Cochrane Library*, *Guidelines Finder*, publicados nos últimos 5 anos, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando os termos *Mesh: hypertension AND aged 80 and over*. Atribuição do nível de evidência e da força de recomendação realizou-se a partir da escala *SORT* da *American Family Physician*.

Resultados: Dos estudos encontrados, selecionaram-se 7 artigos: 3

guidelines, 2 RS, 1 ECA, 1 MA. O tratamento anti-hipertensor é benéfico na faixa etária superior aos 80 anos. Os estudos demonstraram redução nos eventos cardiovasculares, mas não se observou redução na mortalidade total. O valor alvo de pressão arterial atingir é < 145-150/90mmHg. A maioria recomenda iniciar o tratamento a partir do estágio 2. A escolha do fármaco e a dose inicial deve ter em conta o risco de hipotensão postural bem como as comorbilidades associadas.

Conclusão: O muito idoso beneficia com o tratamento da HTA (*SORT A*). Não existe consenso sobre o valor de pressão arterial alvo (*Sort C*). O tratamento com anti-hipertensores deve ter em conta as eventuais comorbilidades e possíveis efeitos adversos (*SORT B*). São necessários mais estudos, para se determinar o valor alvo atingir como o respectivo tratamento.

P 79

UTILIZAÇÃO DA MIRTAZAPINA NO TRATAMENTO DE PERDA DE PESO INDESEJADA EM IDOSOS

Cláudia Penedo, Liliana Fernandes

USF Emergir

Introdução: A perda de peso indesejada é comum nos idosos, preocupando os médicos, pois contribui para a deterioração do estado global de saúde. A Mirtazapina é cada vez mais utilizada como estimulante do apetite e aumento de peso.

Objetivo: Revisão sobre os efeitos farmacológicos da Mirtazapina, avaliando a sua utilização e segurança no tratamento de perda de peso.

Método: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Medline* e *Scholar Google*. Foram utilizadas as palavras-chaves: *Mirtazapine, appetite stimulant, weight loss and elderly*. A pesquisa foi limitada a artigos em inglês, espanhol e português, publicados entre 2000 e Maio de 2013.

Resultados: A Mirtazapina é um anti-depressivo, cujo aumento de peso foi inicialmente reportado como efeito adverso. Contudo, este tem sido observado como sendo desejado em idosos com perda de peso.

Este ganho ocorre substancialmente nos primeiros meses de tratamento e, pensa-se dever a um aumento de citoquinas e leptina plasmáticas. A maioria dos estudos que envolveram idosos, estes tinham o diagnóstico de depressão ou concomitantemente de demência, não se verificando um efeito superior no ganho de peso com a Mirtazapina em relação aos outros antidepressivos.

Discussão/Conclusão: A Mirtazapina é um tratamento popular nos idosos com perda de peso. Nos pacientes com depressão é geralmente eficaz, segura e bem tolerada. No entanto, ainda não está esclarecido se oferece vantagem em relação a outros antidepressivos, quando a perda de peso é o sintoma predominante. Não está também demonstrado que seja eficaz no ganho de peso, na ausência de depressão em idosos.

P 80

FRAGILIDADE: DETETAR NA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Ana Luísa Castro; Bibia Santos; Ana Barros

Centro de Saúde Dr. Górgão Henriques, Leiria

Resumo / Introdução: A Fragilidade, embora ainda sem definição consensual, foi descrita por Fried et al como um síndrome em que se verifiquem pelo menos três de cinco critérios: perda de peso não intencional, velocidade de marcha diminuída, fraqueza muscular, sensação de exaustão e baixo nível de atividade física. Trata-se de um termo usado comumente na avaliação dos idosos como indicador de maior vulnerabilidade e de risco aumentado de quedas, incapacidade, hospitalizações e mortalidade. A importância da sua deteção pelo médico



de família tem sido evidenciada por diversos autores, permanecendo pouco consensual a discussão sobre os instrumentos mais indicados para essa avaliação.

Objetivos: Apresentar instrumentos de avaliação da fragilidade que constituam um método acessível e eficaz para a prática clínica do médico de família.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: *PubMed*, *BioMed Central* e *SciELO*, utilizando os termos *MeSH frail elderly* e *geriatric assesment*. Foram selecionadas revisões sistemáticas, metanálises, normas de orientação clínica e revisões de tema publicadas entre 2009 e 2013.

Resultados: Dos 53 artigos obtidos inicialmente foram selecionados 16 dos quais 5 revisões sistemáticas. Foram identificados os instrumentos de avaliação da fragilidade mais referidos e realizada uma breve descrição das particularidades de cada um.

Discussão: Entre os instrumentos disponíveis para a avaliação da fragilidade, apresentam-se três que sobressaem na literatura pela sua simplicidade de utilização e acessibilidade: *Cardiovascular Health Study (CHS)* que consiste na identificação dos critérios apontados por *Fried et al*; *SHARE Frailty Index* e o *Tilburg Frailty Indicator (TFI)* (adaptado para a língua portuguesa).

P 81

O PAPEL DA AVALIAÇÃO DA DOR CRÔNICA NA PRESCRIÇÃO DE OPIÓIDES

Mónica Ramos¹, Patrícia Morais¹, Maria João Sousa², Marta Tavares³, Esther León⁴; ¹CS Gorjão Henriques ²CS Gouveia ³UCSP Anadia ⁴CS S.Martinho do Bispo

Introdução: A prevalência da dor crónica (DC) aumenta progressiva e proporcionalmente com a idade, sendo muito frequente nos idosos. Estudos indicam que o controlo da dor, sobretudo nos idosos é desajustado, devido à falta da sua caracterização inicial, com o uso de escalas de avaliação da dor.

Objetivo: Avaliar se a utilização de escalas de avaliação da dor influencia a prescrição de opióides fracos e fortes na dor crónica moderada a intensa.

Material e Métodos: Estudo observacional, descritivo e inferencial. Foi aplicado um questionário a 68 MF de cinco Centros de Saúde, com validação interna e externa por painel de peritos. Realizada análise estatística descritiva e inferencial, com SPSS 20.0.

Resultados: A taxa de resposta foi de 51,5%. A idade média de 51,8 anos, correspondendo 54,3% ao sexo feminino. Verificamos que 54,5% da amostra usava escalas de avaliação da dor, grupo designado UEAD (utilizadores de escalas de avaliação da dor). Nos UEAD 78% prescrevem opióides fracos na DC moderada e 89% prescrevem-nos também na DC intensa. A prescrição de opióides fortes na DC intensa é de 48% nos UEAD.

Discussão: A utilização de escalas de avaliação da dor é significativa (54,5%). No entanto 89% dos UEAD prescrevem opióides fracos na DC intensa e somente 48% prescreve opióides fortes. Estes valores podem refletir preocupações sobre os efeitos secundários dos opióides (depressão respiratória) e confusão entre dependência e tolerância destes fármacos o que diminui a sua correta utilização.

P 82

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO SISTÓLICA ISOLADA NA IDOSO: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Diana Bernardes e Soraia Monteiro

USF Lauroé - CS Loulé; USF Ancora - CS Olhão

Introdução: A hipertensão sistólica isolada (HSI) define-se por um valor de pressão arterial sistólica acima de 140mmHg com pressão arterial diastólica abaixo de 90mmHg. Esta é mais frequente no idoso e está associada ao aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular. No tratamento da HSI, além das alterações no estilo de vida, a terapêutica farmacológica é muitas vezes necessária.

Objetivos: Rever a evidência sobre o tratamento farmacológico da HSI no idoso.

Fontes de dados: *National Guideline Clearinghouse*, *Guidelines Finder da National Electronic Library for Health do NHS Britânico*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*, *Evidence based Medicine online*, Direção Geral de Saúde, Sociedade Portuguesa de Cardiologia, *PubMed*.

Metodologia: Pesquisa de normas de orientação clínica (NOCs), revisões sistemáticas (RS), meta-análises e artigos originais, utilizando os termos *MeSH hypertension*, *aged* e *drug therapy*, publicados entre janeiro de 2003 e abril de 2013. Foram ainda aplicados na pesquisa os termos *isolated systolic hypertension* e *elderly*. Foram critérios de inclusão a menção de terapêutica em HSI e idade superior a 60 anos. Foi utilizada a *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)* para avaliar o nível de evidência.

Resultados: Foram encontrados 14 artigos, dos quais foram selecionados quatro NOCs, uma RS e um ensaio clínico aleatorizado. Assim, a evidência mostra que os doentes idosos com HSI devem ser tratados da mesma forma que os doentes com hipertensão sistó-diastólica (força de recomendação A), devendo os fármacos de 1ª linha ser diuréticos tiazídicos ou tiazídicos-like e bloqueadores dos canais de cálcio dihidropiridínicos (força de recomendação A). Também poderão ser utilizados como fármacos de 1ª linha os antagonistas dos receptores da angiotensina II (força de recomendação B). Os beta-bloqueantes não são recomendados como fármacos de 1ª linha para HSI nos doentes com mais de 60 anos (força de recomendação A), contudo poderão ser utilizados em doentes com indicação clínica ou em associação.

Conclusão:

De acordo com a evidência disponível, os doentes com HSI e mais de 60 anos devem beneficiar da mesma abordagem que os doentes com hipertensão sistó-diastólica. Os fármacos de 1ª linha são semelhantes em ambas as condições clínicas e a sua escolha deve ter em conta as comorbilidades dos doentes.

P 83

SINTOMAS PSICÓTICOS NO IDOSO

Banúmia Cabral¹; Nuno Perisco²; Rita Pereira³

¹USF Travessa da Saúde; ²USF São João da Talha

Introdução: Os sintomas psicóticos no idoso geralmente causam disfunção pessoal e familiar significativa. A sua prevalência estimada em ambulatório é de 0,2-4,75%, aumentando em contexto institucional. Com o envelhecimento da população, será de prever um aumento do número de idosos com sintomas psicóticos.

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo sistematizar e caracterizar as causas de sintomas psicóticos no idoso e a marcha diagnóstica nestes utentes.

Metodologia: Foram pesquisadas fontes secundárias em português, inglês e espanhol, publicadas até Maio de 2013, utilizando as palavras-chave *psychosis* e *elderly*. As bases de dados utilizadas foram: *MEDLINE*, *SciELO* e *RCAAP*. Foram igualmente consultados livros de texto referentes a estas palavras-chave.

Resultados: Os sintomas psicóticos mais frequentemente encontram-se associados a três patologias: Demência de Alzheimer, Perturbação Depressiva com sintomas psicóticos e Delírium. Existem outras patolo-

gias a considerar no diagnóstico diferencial destes utentes, nomeadamente a Esquizofrenia de aparecimento tardio, Psicose secundárias a substâncias, Psicose orgânicas, outras Demências, Psicose transitória, Perturbação delirante persistente ou induzida. Todas estas patologias têm particularidades clínicas que ajudam o médico a diagnosticá-las. Existem exames complementares que deverão ser pedidos perante uma suspeita clínica fundamentada.

Discussão: Perante um utente com sintomas psicóticos, será importante realizar uma anamnese cuidada, considerando a existência de sintomas afetivos ou de alterações da memória ou da atenção, assim como comorbilidades médicas e medicação efetuada. Para além da anamnese, exame objetivo e exames complementares, será importante enquadrar o quadro clínico no contexto sócio-cultural e familiar do utente.

P 84

COMO TRATAR O DÉFICIT COGNITIVO LIGEIRO?- UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Diana Santos, Gil Correia, Filipa Fernandes

UCSP Montemor-o-Velho

Introdução: O déficite cognitivo ligeiro (DCL) corresponde a uma alteração na cognição, relatada pelo próprio, por familiares ou detectada pelo médico em que se confirma um déficite em pelo menos um dos domínios da cognição, tipicamente a memória mas na ausência de demência e de incapacidade para as actividades da vida diária. A prevalência estimada nos adultos acima de 70 anos é entre 14 a 18%. É consensual que os indivíduos com DCI estão em maior risco de desenvolver Doença de Alzheimer.

Objectivo: Rever a evidência disponível sobre a terapêutica a utilizar nos doentes com déficite cognitivo ligeiro.

Base de dados: Sítios de Medicina Baseada na Evidência (*Cochrane Library, PubMed, UptoDate*) e Bases de Dados de Normas de Orientação Clínica (DGS, *National Guidelines Clearinghouse, Guidelines Finder do NHS, CMA Infobase*).

Métodos de revisão: Pesquisa de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos utilizando os termos *MeSH: mild cognitive impairment e therapeutics*, publicados nos últimos 10 anos em inglês, francês, espanhol e português. Foi utilizada a escala *Strength Of Recommendation Taxonomy (SORT)* para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação.

Resultados: Foram encontrados 118 artigos, dos quais 10 foram seleccionados: duas Normas de Orientação Clínica, cinco Revisões Sistemáticas, duas Meta-análises e um artigo original. Em relação às intervenções não farmacológicas a terapia cognitiva parece melhorar as capacidades funcionais e cognitivas nas pessoas com DCL, embora não tenha mostrado evidência na prevenção da progressão da doença. Os programas de treino físico específico também não mostraram evidência apesar de dever ser aconselhado o exercício físico como parte integrante de um estilo de vida saudável. A presença de factores de risco vascular e de comorbilidades deve ser investigada e tratada de forma optimizada. Quanto à terapêutica farmacológica não há evidência suficiente que recomende o tratamento do DCL com inibidores da acetilcolinesterase. O tratamento com AINE, vitamina E, ácido fólico, vitamina B12, terapêutica estrogénica de substituição e extracto de Ginkgo Biloba não está recomendado. A investigação com nicergolina, vinpocetina, nicotina trans-dérmica, insulina intranasal e GH-Rh tem tido bons resultados embora sejam necessários mais estudos que comprovem a sua eficácia.

Conclusões: À excepção da modificação nos factores de risco vascular, não existe nenhuma intervenção farmacológica ou não farmacológica que tenha mostrado evidência no tratamento do DCL.

P 85

DOR CRÓNICA NO IDOSO COMO AVALIAR?

Ana Margarida Duarte; Ana Escola; Joana Faria Alves; Laura Torres

USF São João Evangelista dos Lóios; UCSP de Marvila; USF Carnide Quez

Introdução: A dor, entendida actualmente como o 5º sinal vital, constitui um dos principais motivos de consulta. A dor crónica é uma doença e não apenas um sintoma, podendo constituir o elemento central da vida do indivíduo. A prevalência da dor crónica aumenta proporcionalmente com a idade, pelo que uma detecção e avaliação sistemáticas assumem um papel de relevo neste grupo etário.

Objectivo: Sistematizar as características da avaliação da dor crónica apontando as particularidades inerentes à população idosa nesta avaliação.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica sistemática em bases de dados *UptoDate, Medline* através da plataforma *PubMed* e *American Geriatrics Society Guidelines* de artigos publicados em inglês, utilizando os *MeSH-terms: chronic pain e older*. Obtiveram-se 73 artigos e foram seleccionados para análise 9 artigos com interesse para o objectivo proposto.

Resultados: Na população idosa persistem dificuldades no diagnóstico com consequente tratamento inadequado da dor crónica. A avaliação da dor crónica deve incluir para além da história clínica minuciosa incluindo avaliação funcional e psicossocial, exame físico completo e exames complementares adequados. Para além das características da dor deve ser avaliado o seu impacto nas actividades de vida diária.

Existem instrumentos validados para a população Portuguesa que permitem a distinção dos tipos de dor e avaliação da sua intensidade.

A avaliação da dor crónica no idoso poderá constituir um desafio, devendo sempre que possível incluir os familiares e cuidadores.

Conclusão: A avaliação estruturada da dor, com recurso a instrumentos validados, deve ser realizada de forma sistemática, sobretudo na população idosa, constituindo uma prioridade nos cuidados de saúde primários.

P 86

DISFUNÇÃO ERECTIL NO IDOSO

Diana Soares, Gonçalo Gomes Pereira, Joana Moreira, Adriana Relvas,

Ana MeloAbreu

USF Cuidar (ACES Feira / Arouca), USF Sem Fronteiras (ACES Feira / Arouca), USF Covelo (ACES Grande Porto VI - Porto Oriental), USF Famílias (ACES Feira / Arouca), USF Nordeste (ACES Entre Douro e Vouga II)

Introdução: A Disfunção Eréctil (DE) define-se pela incapacidade persistente para atingir e manter uma ereção suficiente para permitir uma relação sexual satisfatória. Quando um casal de idosos estabelece qualquer tipo de conduta sexual e a mantém em idades avançadas sofrem uma pressão social negativa, chegando mesmo a ser ridicularizados.

Objetivos: Alertar para a importância de abordar este tema na consulta de MGF.

Material e Métodos: Revisão da evidência publicada entre Janeiro de 2000 e Janeiro de 2013, em Português, Inglês e Espanhol, nas bases de dados habituais. Foram usados os termos *MeSH erectile dysfunction e elderly*.

Resultados: Existem factores que influenciam a sexualidade nas idosas como a menopausa, a diminuição da produção de estrogénios, atrofia ovários, diminuição da lubrificação vaginal, e outros que influenciam a do homem idoso como a diminuição da secreção de testosterona, diminuição da firmeza do pénis, entre outros. O tratamento desta perturbação passa por uma abordagem multidisciplinar.

Discussão: Como Médicos de Família devemos estar atentos a esta componente da vida do idoso. Devemos abordar este tema, até mesmo com o casal, para assim realizar intervenções precoces que melhorem a sua qualidade de vida. De forma paralela, devemos realizar sessões de educação para a saúde, para ajudar à desmistificação desta temática.



P 87

SÍNDROME DE APNEIA DO SONO NOS IDOSOS

Gongalo Gomes Pereira, Joana Moreira, Adriana Relvas, Ana Melo Abreu, Diana Soares USF Sem Fronteiras (ACES Feira / Arouca), USF Covelo (ACES Grande Porto VI - Porto Oriental), USF Famílias (ACES Feira / Arouca), USF Nordeste (ACES Entre Douro e Vouga II, USF Cuidar (ACES Feira / Arouca)

Introdução: Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento da prevalência da patologia do sono, destacando-se a Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). Queixas associadas ao sono são comuns entre os idosos. É muitas vezes difícil distinguir se o sono disfuncional que leva a tais queixas é uma consequência do envelhecimento normal ou de um processo patológico, tal como um distúrbio de sono primário ou patologia orgânica.

Objectivos: Revisão temática da Apneia do Sono no idoso.

Métodos: Pesquisa de artigos na Medline e websites de Medicina Baseada na Evidência, sem limites de datas, utilizando os termos *MeSH Sleep Apnea Syndromes e elderly*.

Resultados: Suspeita-se que os mecanismos fisiopatológicos do SAOS nos idosos, sejam diferentes dos que ocorrem em doentes mais jovens, ainda sem clara enumeração dessas diferenças. No entanto, as manifestações clínicas não variam consoante o grupo etário afectado. Contudo, a prevalência do SAOS em idosos é superior nos idosos mais velhos e menos saudáveis, estando associada a uma maior mortalidade e maior repercussão das co-morbilidades existentes.

Conclusão: Sendo a SAOS uma patologia de prevalência crescente na população idosa, é necessário uma adequação da estratégia clínica no diagnóstico e abordagem terapêutica desta entidade, particularizada pela faixa etária em causa.

P 88

PREVENÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER COM ACTIVIDADE FÍSICA: QUAL A MELHOR EVIDÊNCIA?

Ana Escola; *Laura Torres*; Joana Faria Alves; Ana Margarida Duarte; USCP Marvila; USF Carnide Quer; USCP Marvila; USF S. João Evangelista dos Lóios

Introdução: O envelhecimento está associado a um declínio físico e cognitivo, sendo factor de risco para o desenvolvimento de doença de Alzheimer (causa mais comum de demência). Em Portugal estima-se que existam cerca de 153.000 pessoas com demência das quais 90.000 com Doença de Alzheimer, constituindo um problema de saúde pública. Para além dos elevados custos associados, tem impacto na vida dos doentes e cuidadores.

O envelhecimento demográfico justifica a necessidade crescente de prevenir e tratar as doenças crónicas, incluindo a doença de Alzheimer. Na tentativa de abrir novos caminhos ao nível da prevenção, vários estudos têm relacionado os factores cardiovasculares e o estilo de vida e o desenvolvimento de Demência e Doença de Alzheimer: estudos que demonstram a acção benéfica da prática de exercício físico sobre a saúde cerebral e a função cognitiva.

Objectivo: Actualizar qual a melhor evidência sobre o papel da prática de exercício físico na prevenção da doença de Alzheimer.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica sistemática realizada em Maio de 2013 nas bases de dados da *Medline*, via Plataforma *Pubmed*, *National Guideline Clearinghouse* e *National Electronic Library for Health* do NHS Britânico, de revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados (ECA) e normas de orientação clínica (NOC) com data de publicação posterior a 2003, em inglês, português e espanhol, utilizando os termos *MESH: Alzheimer Disease/prevention and control e Exercise*. Excluíram-se os artigos sem abstract disponível. Foi usada a taxonomia *SORT* da *American Family Physician* para avaliação dos níveis de evidência e

atribuição de forças de recomendação.

Resultados: Obtiveram-se 11 artigos, dos quais se excluíram uma NOC, três RS e dois ECA por não responderem ao objectivo estabelecido. Foram assim incluídos oito artigos: uma NOC, quatro RS e três ECA.

Conclusão: Atendendo ao envelhecimento e sedentarismo crescentes da população a actividade física parece constituir um meio de baixo custo e fácil acessibilidade com impacto em saúde pública: modifica o risco cardiovascular, diminui o risco de quedas e depressão bem como o risco de desenvolver demência.

P 89

A IMPORTÂNCIA DA VIA SUBCUTÂNEA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Vanda Silva, Maria Sias, Marta Lopes, Filomena Simões Hospital do Patrocínio, USF Planície

Introdução: Os doentes com patologia crónica e progressiva avançada representam hoje um grupo significativo na prestação dos cuidados de saúde. Promover o conforto e reduzir o sofrimento associado ao processo de doença devem ser o centro da prestação dos cuidados. A administração de fármacos e soros é um dos veículos deste processo. Algumas vezes, é necessário recorrer a vias alternativas à via oral e o uso da via subcutânea, para administração de fármacos e soros (hipermólicose) constitui uma excelente alternativa, eficaz e cómoda, ainda pouco utilizada na nossa prática clínica.

Descrição do caso: Homem, 65 anos de idade, caucasiano, pertencente a uma família nuclear na fase VIII do ciclo de Duvall. Tem como antecedente pessoal relevante neoplasia renal esquerda de alto grau de malignidade com indicação para tratamento paliativo. Durante o internamento numa unidade de cuidados paliativos, foi necessário recorrer ao uso da via subcutânea, tanto para administração de antipsicótico, para estabilização de quadro de agitação psicomotora com recusa de prestação de cuidados, bem como para a administração de soros de forma prolongada para hidratação e prevenção de toxicidade neurológica de opióides.

Discussão: Este caso clínico permite evidenciar a importância da via subcutânea. As suas vantagens e benefícios, e as poucas complicações e contraindicações, podem contribuir para aumentar o leque de opções terapêuticas bem como a qualidade de vida dos doentes crónicos. É a via parentérica mais cómoda, quer em internamento, quer no domicílio, permitindo a participação dos familiares/cuidadores no tratamento do doente.

P 90

O CUIDAR HOLÍSTICO DO UTENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS – PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Vanda Silva, Maria Sias, Marta Lopes, Filomena Simões Hospital do Patrocínio, USF Planície

Introdução: O médico de família (MF) cuida dos pacientes considerando factores físicos, psicossociais, culturais e existenciais. Os Cuidados Paliativos (CP) visam melhorar a qualidade de vida de pacientes com doença incurável e prognóstico limitado, apoiando a suas famílias e gerindo problemas físicos, psicossociais e espirituais. Assim, ao MF cabe a integração na equipa que presta CP aos seus utentes.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 59 anos, pertencente a família nuclear, fase VIII do ciclo familiar de Duvall, Apgar familiar de 10 e classe III da classificação de Graffar. A utente recorre ao Centro de Saúde com quadro de perda ponderal e disfagia desde há 3 meses; sendo-lhe marcada consulta daí a mês e meio. Por sentir necessidade de consulta mais atempada, recorre a Hospital privado, onde recebe diagnóstico de neoplasia gástrica com indicação para gastrectomia, quimioterapia

e radioterapia. Durante todo este processo, o MF tem conhecimento da situação, por escrito, não agendando qualquer consulta, mas referenciando à Equipe de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Por descontrolo sintomatológico, é internada na Unidade de CP, onde é feito plano terapêutico multidisciplinar. Neste momento, a doente mantém-se internada, mas com previsão de alta para o domicílio e apoio da ECCI, após controlo do estado nutricional.

Discussão: Cabe ao MF promover o primeiro contacto com os serviços de saúde aos utentes, sendo responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente, em consonância com as necessidades dos pacientes e famílias. O trabalho em equipa multidisciplinar permite diferentes abordagens simultâneas dirigidas à pessoa, na sua totalidade.

P 91

USO DE BENZODIAZEPINAS NOS UTENTES IDOSOS DE UMA USF

Raquel Novaes; Eugénia Roque
USF Terras de Cira

Introdução: As benzodiazepinas (BZD) são os psicotrópicos mais prescritos do mundo e Portugal apresenta dos maiores níveis de utilização de BDZ ao nível europeu.

Atuam como hipnóticos, sedativos, ansiolíticos e anti convulsivantes, no entanto o seu uso crónico pode causar tolerância e dependência, além de amnésia anterógrada, defice cognitivo e psicomotor, estando assim associadas a quedas e fraturas.

O seu uso está apenas recomendado para tratamentos de curta duração: 4 a 12 semanas.

Objetivo: Descrever a prevalência do uso de BZD no receituário crónico dos utentes idosos de uma USF.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo e transversal.

População estudada: todos os utentes com mais de 65 anos da USF.

Os dados foram colhidos a partir da consulta do programa informático MedicineOne®.

Tratamento estatístico: Microsoft Office Excel 2010®.

Resultados: População estudada: 3408 utentes dos quais 2527 (74.15%) encontravam-se medicados com benzodiazepinas no receituário crónico.

Houve um predomínio do sexo feminino (75.8%), sendo que 100% das mulheres com mais de 80 anos estavam medicadas com BZD.

A BZD mais prescrita foi o alprazolam (28%).

Discussão: Sete em cada dez utentes idosos fazem uso de BZD.

O risco associado ao seu consumo crónico é grande, por isso é importante dar a conhecer aos profissionais da USF esta realidade, o que a par da norma nº 055/2011 de 27/12/2011 (Abordagem Terapêutica da Ansiedade e Insónia), deverá levar a uma mudança na prática clínica.

P 92

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE PRESCRIÇÃO NUMA POPULAÇÃO IDOSA

Ana Margarida Bigotte; Joana Canais; Luísa Ramos
USF Serra da Lousã; CS Miranda do Corvo

Introdução: O aumento de idosos induz um aumento da frequência de doença crónica e do número de medicamentos prescritos. Simultaneamente, pelas alterações farmacocinéticas, verifica-se um risco acrescido de efeitos adversos e interações medicamentosas. A polimedicação (PM) e o uso de medicação inapropriada no idoso apresentam-se um desafio para o Médico.

Objetivos: Avaliar a qualidade de prescrição na população idosa de 2 ficheiros de uma USF tendo em conta PM minor, major e prescrição de medicamentos inapropriados, independente da patologia crónica.

Material e métodos: Pesquisa de Janeiro/Febrero de 2012 no Me-

dicine One® do número de medicamentos crónicos e inapropriados e discriminação pelo tipo de medicamentos (critérios de Beers adaptados) de idosos de 2 ficheiros médicos. Introdução de medidas corretoras durante 2012. Reavaliação dos parâmetros relativos a 2012 durante início de 2013.

Resultados: Amostra aleatória de 162 indivíduos com idade média de 75, sendo 56% do sexo feminino. Consumo médio de fármacos/dia de 5,1 com 35% a fazerem 2-4 medicamentos, 53% ≥ 5 medicamentos e 17,3% com, pelo menos, um medicamento inapropriado.

Discussão/Conclusões: Obtiveram-se prevalências de PM elevadas, sendo a prevalência de PM major superior à encontrada noutros estudos nacionais.

Após apresentação dos resultados e dos critérios de Beers adaptados aos profissionais (medidas corretoras), a reavaliação dos registos não mostrou grandes alterações na PM, mas houve uma melhoria no uso de medicação inapropriada de 17,3% para 7,8%.

Este estudo demonstra que o MF deve estar atento a este problema, necessitando de tempo e recursos adequados para rever medicação, simplificando-a sempre que possível.

P 93

HIPOTIROIDISMO NO IDOSO: QUANDO TRATAR?

Bíbia Santos; Mónica Ramos; Ana Luisa Castro; Nuno Costa
Centro de Saúde Dr. Górgão Henriques, ACES Pinhal Litoral, Leiria

Introdução: A patologia da tireóide é muito prevalente nos idosos, sendo duas vezes mais frequente nas mulheres. Os sintomas relacionados da idade, do hipotiroidismo podem ser escassos ou similares aos associados ao processo de envelhecimento normal, levando ao subdiagnóstico desta patologia. A interpretação da função tiroideia nos idosos constitui um desafio clínico importante tendo em conta as alterações fisiológicas próprias da idade, co-morbilidades e polimedicação. É fundamental haver suspeição clínica para o diagnóstico e tratamento adequado do hipotiroidismo no idoso.

Objetivos: Revisão bibliográfica sobre a apresentação clínica, diagnóstico e abordagem do hipotiroidismo no idoso, e realização de algoritmo de atuação.

Métodos: Pesquisa no *PubMed*, *Medscape* e *Medline* com os termos *MeSH: aged, hypothyroidism, diagnosis, therapeutics*; com seleção de artigos publicados nos últimos 5 anos.

Resultados: Obtivemos 49 artigos dos quais foram selecionados 8. Foram consultadas duas normas de orientação clínica.

Discussão: A suspeita de hipotiroidismo deve colocada nos idosos que apresentem queixas vagas e inespecíficas. O doseamento da TSH constitui exame padrão no diagnóstico. No idoso, tal como no adulto jovem, o hipotiroidismo primário por tireóide auto-imune é a etiologia mais prevalente. O tratamento com levotiroxina no hipotiroidismo clínico é consensual, iniciando-se com doses baixas, aumentando gradualmente até normalização dos níveis de TSH. No hipotiroidismo sub-clínico não há consenso quanto à terapêutica, sendo a monitorização da função tiroideia mandatória. O médico de família tendo em conta as suas características, proximidade e continuidade de cuidados, deve estar atento a este problema de saúde e estar atualizado quanto à sua abordagem.

P 94

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS NA IDADE JOVEM DOENÇA DE PARKINSON NO FUTURO?

Joana Moreira, Adriana Relvas, Ana Melo Abreu, Diana Soares, Gonçalo Gomes Pereira

USF Covelo (ACES Grande Porto VI - Porto Oriental), USF Famílias (ACES Feira Arouca), USF Nordeste (ACES Entre Douro e Vouga II), USF Cuidar (ACES Feira / Arouca), USF Sem Fronteiras (ACES Feira / Arouca)



Introdução: O Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) é um distúrbio neurológico cuja prevalência atinge 4-10% da população. Embora a fisiopatologia permaneça desconhecida, os mecanismos dopaminérgicos desempenham um papel central. Vários estudos sugerem uma associação entre a SPI e a Doença de Parkinson (DP). A DP apresenta-se como distúrbio neurológico progressivo, que atinge cerca de 1% da população, acima dos 60 anos, tendo um forte impacto na qualidade de vida.

Objectivo: Determinar se existe associação entre a presença do SPI na idade jovem e o desenvolvimento de DP no Idoso.

Métodos: Pesquisa de artigos na *Medline* e websites de Medicina Baseada na Evidência, sem limites de data, utilizando os termos *MeSH Restless legs syndrome and Parkinson Disease*.

Resultados: A relação entre o SPI e DP é ainda controversa. Apesar de dados clínicos, genéticos e imagiológicos apontarem para uma fisiopatologia diferentes, muitos estudos relatam um aumento da prevalência do SPI em pacientes com DP. Além disso, as drogas dopaminérgicas têm demonstrado eficácia terapêutica, e os agonistas de dopamina já representam a primeira linha de tratamento no SPI.

Discussão: Apesar de não existirem ainda dados concretos relativamente ao nível de associação entre estas duas patologias, a existência de uma relação temporal entre as mesmas, permitiria intervir precocemente no curso e progressão da DP. De facto, a DP é uma condição altamente debilitante, sendo que qualquer medida preventiva que permitisse atrasar o seu aparecimento/desenvolvimento teriam um forte impacto social.

P 95

PARTICULARIDADES DA DM 2 NO IDOSO

Ana Melo Abreu, Diana Soares, Gonçalo Gomes Pereira, Joana Moreira, Adriana Felvas USF Nordeste (ACES Entre Douro e Vouga II, USF Cuidar (ACES Feira / Arouca), USF Sem Fronteiras (ACES Feira / Arouca), USF Covelo (ACES Grande Porto VI - Porto Oriental), USF Famílias (ACES Feira / Arouca)

Introdução: A prevalência da diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está a aumentar concomitantemente com o aumento da esperança média de vida e da obesidade. No mundo ocidental, a diabetes passa de uma doença da média idade para uma da terceira idade, associando-se a grandes comorbilidades e ao aumento de síndromes geriátricas, além das complicações vasculares. A abordagem nesta faixa etária exige cuidados especiais.

Objectivo: Alertar para as particularidades da DM no idoso.

Métodos: Pesquisa de ECAs, Estudos de Coorte e casos controlo, Meta-análises, RS, NOCs e Consensos Peritos publicados entre Janeiro de 2013 e Maio de 2013, em Português e Inglês, nas bases de dados da *Medline*, *Cochrane*, *National Guideline Clearinghouse*, *NHS Evidence*, *Canadian Medical Association*, *Dare*, utilizando os termos diabetes e elderly.

Resultados: Os principais objetivos do controlo da DM2 nos idosos são similares aos dos adultos jovens: controlo da hiperglicemia e dos fatores de risco. No entanto, em idosos diabéticos mais debilitados, a hipoglicemia, a hipotensão e as interações farmacológicas resultantes da polimedicação devem ser alvo de maior atenção. A abordagem das comorbilidades também se torna pertinente, influenciando a autonomia do idoso na gestão da sua doença.

Discussão: Devido à natureza heterogénea dos idosos com esta patologia e à sua variabilidade funcional, comorbilidades e expectativa de vida, as intervenções terapêuticas, bem como o controlo glicémico, devem ser individualizados, tomando em consideração a vontade do doente e colocando em primeiro plano a sua qualidade de vida.

P 96

DORSO-LOMBALGIA DIAGNÓSTICO RARO DE UMA QUEIXA FREQUENTE

Diana Duarte, Avelina Moniz

USF Tejo

Enquadramento: A dorso-lombalgia é uma queixa frequente com diagnóstico previsível e terapêutica empírica. O médico de família tem um papel decisivo na investigação etiológica, rastreio da gravidade e acompanhamento do doente. A imagiologia é importante mas o exame clínico é imprescindível.

Descrição do caso clínico: Mulher de 72 anos, caucasiana, casada, antecedentes pessoais de doença do refluxo gastro-esofágico, hipertensão arterial, dislipidémia. Medicada com perindopril, sinvastatina e omeprazol. Família nuclear, ciclo VIII Duvall, índice de Gaffar médio, risco familiar médio nas escalas Garcia-Gonzalez e Segovia-Dreyer. Antecedentes familiares irrelevantes.

Recorre ao médico de família em Fevereiro de 2012 por dorsoalgia baixa (D12-L1), irradiação ao flanco direito, com uma semana de evolução sem sintomatologia associada. Medicada empiricamente. É pedido radiografia da coluna dorso-lombar que não revelou alterações. A sintomatologia dolorosa exacerbou-se com anorexia e emagrecimento sem resposta ao tratamento anti-inflamatório. Após 3 semanas o exame objectivo revela massa de contornos pouco definidos no flanco direito. Foi pedida tomografia computadorizada que mostra massa retroperitoneal no flanco direito, sem origem definida. Referenciou-se à cirurgia geral, sendo diagnosticado Sarcoma retroperitoneal e executada excisão alargada da lesão.

Discussão: Os tumores retroperitoneais são pouco frequentes, produzindo sintomatologia escassa. O diagnóstico ocorre por queixas álgicas ou sinais e sintomas produzidos pelo efeito de massa.

No caso da nossa doente o médico de família gere a doença, faz o diagnóstico diferencial que neste caso é complexo. As queixas frequentes podem esconder patologia rara mas com gravidade que obriga a um diagnóstico célere e gestão atempada.

P 97

QUANDO A IDADE NÃO AJUDA O DIAGNÓSTICO

Ana Viegas, Vera Rodrigues

UCSP Celas - USF CelasSaúde

Introdução: A depressão, demência e o delírium, entidades frequentes no idoso, podem apresentar-se isoladamente ou coexistir. O seu diagnóstico diferencial é difícil, devido à sintomatologia muitas vezes atípica, podendo passar despercebida, e às comorbilidades associadas.

Objectivos: Gizar linhas orientadoras para o diagnóstico diferencial de depressão, demência e delírium, que capacitem uma intervenção orientada e atempada.

Material e Métodos: Pesquisa bibliográfica na *PubMed*, *Uptodate* e *Cochrane Library*, nos sites da Sociedade Portuguesa de Neurologia, de Psiquiatria e Índex de RMP e no DSM IV.

Resultados: Na avaliação do idoso, a história clínica, se necessário realizada com a ajuda dos cuidadores, é fundamental para se determinar o estado cognitivo e a capacidade de realização de atividades da vida diária. O exame objectivo deve orientar-se para a avaliação neurológica, mental e cardiovascular. O delírium, síndrome cognitivo agudo e temporário, cursa com alteração da consciência, desatenção e desorganização do pensamento. Já a demência caracteriza-se pela perda cognitiva com início insidioso e progressivo e associa-se ao declínio funcional com diminuição da qualidade de vida. A depressão no idoso é de difícil diagnóstico dada a frequente desvalorização dos sintomas, podendo

cursar com alterações do apetite e do sono, agitação, astenia e dor.

Discussão/Conclusões: O Médico de Família está numa posição privilegiada para reconhecer alterações no estado mental e psicológico dos idosos, quer estes, ou os seus cuidadores, as verbalizem ou as demonstrem indiretamente. É, por isso, fundamental estar alerta para os sinais/sintomas característicos destas entidades para que se proceda a um diagnóstico precoce e orientação efetiva.

P 98

SOLIDÃO E ISOLAMENTO NO IDOSO: COMO PREVENIR?

Marta Rafaela Sousa Tavares; Andreia Fernandes
UCSP Anadia III

Introdução: Os Idosos são particularmente vulneráveis à solidão e ao isolamento social por perda de familiares e amigos e ao aparecimento de comorbilidades. A solidão está fortemente relacionada com perda de saúde e diminuição da qualidade de vida.

Objectivos: Rever as recomendações mais recentes sobre a prevenção da solidão e isolamento social no idoso de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

Material e Métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados *PubMed* e *Guidelines Finder*, utilizando os termos *MeSH: loneliness, social isolation, aged and preventive control*. Utilizou-se a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy(SORT)* para avaliar o nível de evidência.

Resultados: Seleccionados 4 artigos (2 revisões sistemáticas e 2 estudos originais). Os programas de prevenção de isolamento são mais eficazes quando existem recursos na comunidade orientados para a necessidade específica de cada indivíduo (Nível de Evidência (NE) 2). Programas de videoconferência em lares diminuem a solidão (NE2). Como medidas preventivas de forma a reduzir a solidão e o isolamento social no idoso recomenda-se: contacto com crianças; participação na organização e desenvolvimento de eventos socioculturais; iniciar um curso/workshop; prestar serviços de voluntariado; acesso facilitado e seguro a transportes, museus e bibliotecas; criação de redes sociais na internet; visitas domiciliares e chamadas telefónicas amigas (NE1).

Discussão/Conclusões: As medidas preventivas de solidão e isolamento social para além de diminuir esses sentimentos, permitem aos idosos manterem-se ativos e transmitir os seus conhecimentos. Consequentemente, sentem-se valorizados pela comunidade o que contribui para sua felicidade, melhoria da sua qualidade de vida e saúde emocional (SOR A).

P 99

DIFICULDADES NA COMPLIANCE IDOSO DIABÉTICO TIPO 2 SEGUIDO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Vaz Ferreira, Henrique Correia, David Brito, Marina Pires, João Arcanjo
USF Mondego (S. Martinho do Bispo)

Introdução: Em Portugal, 27.1% dos indivíduos entre 60-79 anos são diabéticos. A norma 001/2011 da Direcção Geral de Saúde aponta para valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) inferiores a 6,5%, devendo ser ajustado às características particulares de cada indivíduo, nomeadamente o risco de hipoglicémia. Problemas na compliance ao regime terapêutico são comuns entre diabéticos, tornando o controlo glicémico difícil de alcançar e as complicações frequentes. Para esta contribuem factores como estatuto socioeconómico, escolaridade, crenças do doente em relação à gravidade da doença, probabilidade de complicações e relação médico-doente. O seguimento da maioria dos diabéticos é realizado pelo médico de família (MF), pelo que este é um factor chave na compliance do doente.

Objectivo: Salientar a importância dos factores pessoais e familiares no controlo da HbA1c e nos episódios de hipoglicémias no idoso diabético. Descrição:

Apresentam-se dois casos paradigmáticos de idosos diabéticos, insulino-tratados, representativos da dificuldade em gerir a compliance terapêutica por parte do MF. São abordados diferentes factores pessoais, psicossociais e familiares que condicionam comportamento díspares face ao controlo da diabetes, resultando, no entanto, em consequências negativas semelhantes.

Discussão: Quer um regime excessivamente exigente, quer uma postura pouco rigorosa parecem condicionar consequências negativas semelhantes. Factores habitualmente descritos como protectores, como o suporte familiar e escolaridade, não parecem, neste casos em particular, condicionar um bom controlo da DM. Pelo lugar privilegiado que o MF ocupa, este tem um papel importante na gestão das crenças, expectativas e atitudes devendo ajustar a sua intervenção à realidade de cada utente.

P 100

DEPRESCRIBING NO IDOSO... STOP AND START AGAIN

Adriana Relvas, Ana Melo Abreu, Diana Soares, Gonçalo Gomes Pereira, Joana Moreira

USF Famílias (ACES Feira / Arouca) , USF Nordeste (ACES Entre Douro e Vouga II), USF Cuidar (ACES Feira / Arouca), USF Sem Fronteiras (ACES Feira / Arouca), USF Covelo (ACES Grande Porto VI - Porto Oriental)

Introdução: Com o aumento da sobrevida, surge na nossa prática clínica a necessidade de repensarmos as prescrições que fazemos, de forma sistemática racionalizando a polimedicação outrora aplicada, num processo contínuo de "STOP... repensar risco /benefício... Start again nova prescrição ou depresscrição". O utente geronte tem um potencial de aumento de interações medicamentosas, de efeitos laterais associados à má adesão terapêutica, que torna este processo de Deprescribing fundamental, prevenindo assim o agravamento subsequente das patologias de base e as consequentes iatrogenias que de uma prescrição irrefletida e desadequada à idade pudessem advir. O deprescribing pode ser entendido como a suspensão de um fármaco, supervisionada por um médico, parando assim as «cascatas de prescrição» que muitas vezes surgem após internamentos, visitas a médicos especialistas e/ou medicamentos usados para o tratamento de uma situação clínica que entretanto já se resolveu.

Objetivos: Alertar para a importância de abordar este tema nos Cuidados de Saúde Primários, dando a conhecer um tema que não é novo e cuja sensibilização dos Médicos de Família se torna fundamental.

Material e Métodos: Revisão da evidência publicada entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2012, em Português, Inglês e Espanhol, nas bases de dados habituais. Foram usados os termos *MeSH deprescribing; polypharmacy; older adults*.

Resultados: Existem poucos estudos sobre o melhor método de deprescribing. Da pesquisa efetuada salientamos: Os critérios de Beers são uma ferramenta útil que indica ao médico quais os fármacos a evitar no idoso, quer pela sua falta de eficácia, quer pelo elevado risco de efeitos adversos. Mais recentes, os critérios de *STOPP/START (Screening Tool of Older Persons Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)* são também uma ferramenta muito útil para a prescrição em gerontes. De uma forma simplificada, *STOPP* indicam quais os fármacos inadequados e *ATART* os que de acordo com a patologia do geronte, e por evidência científica podem ser prescritos com segurança. Garfinkel et al apresenta os resultados de um estudo em que aplicou um algoritmo de descontinuação terapêutica numa população de 70 doentes idosos com idades entre 82anos e uma média de 7.7 fármacos por doente: 81% fármacos



foram suspensos sem complicações, e 88% dos idosos referiram melhora no bem-estar e qualidade de vida. Apenas 2% foram reestabelecidos pelo reaparecimento das queixas que haviam motivado a sua prescrição. Contudo, após a suspensão de um tratamento podem surgir sintomas de privação “rebound” ou ainda o reaparecimento/agravamento do estado de saúde, ficando como antes da prescrição desse mesmo tratamento. Nestes casos a reintrodução da terapêutica suspensa tem indicação clínica evidente.

Assim sendo, apesar de algumas linhas orientadoras poderem ajudar neste processo, não existe um guia de como proceder ao deprescribing. A decisão de suspender determinado fármaco resulta de uma ponderação entre os objetivos terapêuticos individualizados de cada doente e da razão risco/benefício terapêutico.

Discussão: Como Médico de Família devemos estar atentos a este conceito, que não é novo, mas que ainda está um pouco esquecido na nossa prática. O Médico de Família tem um papel primordial de rever toda a medicação do idoso, de avaliar o custo benefício da medicação que toma, de ir ajustando e de não temer a suspensão de um fármaco se realmente não tiver benefício ou causar malefício para o idoso. Mais importante do que suspender fármacos, é a revisão de todo o plano terapêutico do doente idoso, de modo a simplificar o esquema, aumentar a sua adesão minimizando erros no seu cumprimento, aumentando a qualidade de vida e a sensação de autonomia do idoso, maximizando assim os benefícios da nossa intervenção. Devemos abordar este tema, até mesmo com os familiares para assim realizar intervenções precoces que melhorem a sua qualidade de vida. Este poster serve para lembrar que de uma forma fácil “*Stop « START » GO*” podemos adequar as prescrições aqueles que mais merecem o nosso respeito e cuidado... Os Idosos... que amanhã seremos todos Nós.

P 101

ESTUDO DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS EM IDOSOS COM DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

David Brito, Henrique Correia, Ana Ferreira, Marina Pires, João Arcanjo
USF Mondego (São Martinho do Bispo)

Introdução: As quedas do idoso assumem particular importância pela prevalência da osteoporose, como pela frequência de quedas e suas dramáticas consequências. É um problema de saúde pública que requer medidas de intervenção individuais, familiares e comunitárias. Os sedativos têm demonstrado uma importante relação com as quedas do idoso e consequentes complicações. Numa meta-análise de 2009 foi identificado um risco aumentado para a ocorrência de quedas com a utilização desses e outros fármacos em idosos.

Objetivos: Este trabalho permite perceber as características de uma população de idosos com osteoporose, relativamente à prescrição de benzodiazepinas. A identificação e compreensão da magnitude e impacto do problema permite intervenções no sentido de modificar hábitos de prescrição, e alertar os cuidadores para o risco acrescido, com vista a melhoria dos cuidados preventivos.

Material e métodos: Estudo descritivo e retrospectivo. Amostragem de utentes inscritos na USF Mondego, com idade ≥ 65 anos e com diagnóstico ICPC-2 Osteoporose - L95 e episódio de consulta por esse motivo em 2012 associado à prescrição de benzodiazepinas no período de 1 janeiro 2012 a 15 maio 2013. Dados obtidos através do MIM@uf e consulta dos processos clínicos (SAM).

Resultados: Caracterização sociodemográfica da população e da prescrição de benzodiazepinas.

Discussão/Conclusões: O estudo apresentado permite concluir pela

existência de uma importante prevalência da prescrição de benzodiazepinas, numa população que apresenta a idade e osteoporose como riscos importantes de fratura óssea. São propostas medidas de intervenção e diminuição do risco através dos agentes de saúde e cuidadores.

P 102

RETRATO DOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS

Anne-Marie Ferreira¹; Jorge Demar Santos²; Olívia Costa¹

¹USF Terras de Azurara; ²USF Infante D. Henrique

Introdução: O progressivo aumento da esperança média de vida levanta novos desafios nos cuidados dos idosos. O envelhecimento normal encontra-se associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida. Já a dependência nos idosos, embora de origem multifactorial, encontra-se mais frequentemente em relação com patologia grave. A utilização de instrumentos para avaliação do grau de dependência dos idosos permite o planeamento das intervenções e dos cuidados a serem prestados. O Índice de Katz é um dos índices de dependência que foi desenvolvido para ser utilizado em doentes institucionalizados.

Objetivo: Caracterização e avaliação do Índice de Katz dos doentes internados numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC).

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal; População: doentes de uma UCC; Critérios de inclusão: > 65 anos; Amostra: todos os doentes que cumprem os critérios de inclusão; Fonte de dados: processos clínicos; Análise estatística: SPSS®.

Resultados: Do total de 36 doentes internados na UCC, 88,9% apresentavam mais de 65 anos.

Dos doentes avaliados, 56% eram do sexo feminino. A média de idades foi de 78,7 anos, variando dos 66 aos 92 anos. A maioria dos doentes eram residentes em Viseu e foram referenciados para a UCC por especialidades hospitalares do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. É de salientar, no entanto, a presença na UCC de doentes de Faro.

A duração média de internamento foi de 140 dias, com um máximo de 402 e um mínimo de 25 dias de internamento.

Os principais motivos de internamento foram por dependência nas atividades de vida diárias (53%), seguidos de casos que aguardam resposta social (15,6%), para descanso do cuidador (9,4%) e por deterioração cognitiva (9,4%).

As patologias que levaram à maioria dos internamentos foram neurológicas (67,9%).

Segundo o Índice de Katz a maioria dos doentes apresentavam dependência severa (71,9%), 21,9% dependência moderada e apenas 6,2% eram totalmente independentes.

Discussão: A Rede Nacional de Cuidados Continuados tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência. Pela elevada percentagem de idosos e do elevado grau de dependência dos doentes podemos concluir a importância destas unidades na procura da recuperação de alguma funcionalidade e autonomia destes doentes pelas equipas multidisciplinares das unidades.

P 103

SEXUALIDADE NO IDOSO. ONDE PODEMOS MELHORAR?

Andreia Fernandes, Marta Rafaela Tavares

UCSP Anadia III

Introdução: O aumento da longevidade, a reconceptualização da saúde sexual e o desenvolvimento de fármacos que melhoram o desempenho sexual contribuem para uma mudança de atitude nos idosos e comunidade médica.

Objectivo: Esclarecer que medidas terapêuticas apresentam evidência



científica para melhorar a sexualidade dos idosos.

Material e Métodos: Pesquisa de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e artigos originais de Janeiro de 2009 a Maio de 2013, nas bases de dados *Medline* e de Medicina Baseada na Evidência, usando os termos *MeSH aged, sexuality, sexual dysfunction e therapeutics*. Aplicou-se a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)* para classificar a evidência.

Resultados: Seleccionados 6 artigos (1 revisão sistemática e 5 artigos originais). A abordagem global da disfunção sexual (DS) com aconselhamento básico, correção de mitos, discussão de objectivos terapêuticos e intervenção biopsicossocial, individualizada ao casal está recomendada (NE 1). A injeção intracavernosa tem boa resposta em idosos com disfunção eréctil (NE 2), assim como a terapêutica com tadalafil (NE 1). A tibolona mostrou-se superior à terapêutica hormonal de substituição na melhoria da DS na pós-menopausa (NE 2). Na vaginite atrófica, os estrogénios tópicos melhoraram a lubrificação vaginal e a dispareunia. A reposição androgénica melhorou a função sexual, a frequência coital e a libido em mulheres após menopausa cirúrgica ou com sintomas de insuficiência androgénica (NE 2).

Discussão/Conclusão: A abordagem global da DS mostra-se efectiva na melhoria da sexualidade e da qualidade de vida do idoso (SOR A). A terapêutica farmacológica estudada para o idoso mostra-se efectiva, estando recomendada o seu uso (SOR B).

P 104

ABORDAGEM DA POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

Filipa Candeias Santos; Rita João Caiado

UCSP3 - S. Miguel Cuidar (ULS Castelo Branco); USF S. Julião

Introdução: O termo polimedicação refere-se à utilização simultânea de vários fármacos. Esta pode ser benéfica e apropriada, contudo no idoso, regimes terapêuticos complexos aumentam o risco iatrogénico e os gastos em saúde. A sua abordagem é uma medida de prevenção quaternária e compete ao médico de família adaptá-la a cada doente.

Objetivos: Alertar para a problemática da polimedicação no idoso e fornecer instrumentos simples para a sua abordagem na consulta.

Metodologia: Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados *National Guideline Clearinghouse, Guidelines Finder, Cochrane Library, PubMed*, tendo sido pesquisados artigos de acesso livre publicados nos últimos 5 anos, em inglês, espanhol e português. Os descritores utilizados foram *polypharmacy e Beers Criteria*.

Resultados: Obtiveram-se onze artigos relevantes que cumpriam os critérios de seleção. Os instrumentos disponíveis para a abordagem da polimedicação são inúmeros desde o *STOPP*, critérios de *Zhan*, entre outros, no entanto os critérios de Beers são os mais amplamente utilizados e estão validados em Portugal. Existem ainda outros instrumentos como o *P-drugs*, os acrónimos como o *AVOID Mistake, NO TEARS* e o *Can PrescribE A Drug*, para apoio à decisão terapêutica.

Conclusão: A polimedicação tem muitas vezes uma conotação negativa associada ao uso inapropriado de medicamentos. No entanto, esta pode ser positiva e adequada, cabendo ao médico de família a função de adaptar individualmente a prescrição a cada idoso, recorrendo-se de instrumentos facilitadores do raciocínio terapêutico, fornecidos pela evidência atual.

P 105

MORTE DO CÔNJUGE, E AGORA?

Emilie Serrão

SESARAM, EPE

Resumo: A vida é feita de acontecimentos que modelam o bem-estar

de cada um. Quando estes são suficientemente importantes alteram a rotina de um indivíduo podendo ter repercussão na sua saúde. O peso que um determinado acontecimento terá nesta, difere consoante o grau de risco que lhe é atribuído no desenvolver uma doença, física ou psíquica, como demonstrado na Escala de readaptação social de Holmes e Rahe.

A morte do cônjuge é o acontecimento major desta escala. Segundo uma meta-análise recente existe um aumento na mortalidade até 41% nos primeiros 6 meses em qualquer idade, com maior impacto nos idosos. Este risco deve-se a eventos fisiopatológicos bem documentados nomeadamente activação neuroendócrina, alterações do sono, modelação do sistema imunitário, alterações hemodinâmicas e resposta protrombóticas.

A homeostase dos idosos é facilmente desequilibrada e mesmo um pequeno aumento de risco pode levar à doença e conseqüente morte. Além dessa conjectura, contribui para o isolamento social, depressão e aumento da procura dos recursos de saúde. O médico de família deverá estar alertado e antever esta modificação na saúde dos seus idosos de modo a prevenir eventos desfavoráveis.

P 106

UMA DOENÇA SEM IDADE....

Ana Mordomo

USF Arco-Íris (ACES Amadora)

Introdução: A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é habitualmente associada a adultos jovens, mas é cada vez mais frequente na população idosa, que apresenta características epidemiológicas e clínicas particulares.

Objetivo: Realizar uma revisão acerca das particularidades da infecção por VIH na população idosa.

Métodos: Efectuou-se uma pesquisa de meta-análises e revisões sistemáticas na *Medline/Pubmed*, utilizando os termos *MeSH: elderly e HIV*; limitou-se a pesquisa a artigos publicados nos últimos 10 anos, escritos em português, espanhol ou inglês.

Resultados: Da pesquisa resultaram 141 artigos, dos quais se seleccionaram 6 revisões que se adequavam ao objectivo.

A prevalência e a incidência da infecção pelo VIH após os 50 anos têm aumentado nas últimas décadas, especialmente devido à terapêutica antiretroviral altamente activa (*HAART*). Esta infecção compromete a produção e o funcionamento das células T, efeito potenciado pelo envelhecimento do sistema imunitário, pelo que a progressão da doença nos idosos tende a ser mais pronunciada. Nesta população o diagnóstico é tendencialmente tardio; os idosos sexualmente activos, pouco alertados para o risco, não usam habitualmente preservativo; os médicos realizam poucos rastreios nesta faixa etária; os sintomas iniciais podem ser confundidos com outras doenças frequentes após os 50 anos. A adesão à terapêutica é menor devido a múltiplos factores como a polimedicação, a intolerância a efeitos secundários ou o deficit cognitivo. A população geriátrica caracteriza-se ainda por apresentar várias co-morbilidades de difícil gestão, especialmente pelos efeitos secundários da *HAART* e interacções medicamentosas.

Conclusão: É essencial diagnosticar precocemente a infecção VIH nos idosos para uma melhor gestão da doença.

P 107

DOENÇA ÓSSEA DE PAGET

Ana Mordomo

USF Arco-Íris (ACES Amadora)

Introdução: A doença óssea de Paget (DOP) é uma importante patologia reumatológica em idade geriátrica.



Objectivo: Realizar uma revisão do diagnóstico e tratamento da DOP.

Métodos: Foi efectuada uma pesquisa de revisões sistemáticas na base de dados *Medline/Pubmed*, utilizando os termos *MeSH: paget's disease* e *"bone"*; limitou-se a pesquisa a artigos publicados nos últimos 5 anos, escritos em português ou inglês.

Resultados: Da pesquisa referida resultaram 80 artigos, dos quais se seleccionaram 6 revisões que se adequavam ao objectivo definido. A DOP é uma alteração metabólica óssea importante nos idosos, com uma prevalência estimada de 10% após os 90 anos. Caracteriza-se por áreas de remodeling ósseo aumentado e desorganizado, afectando um ou vários ossos (monostótica e polistótica, respectivamente); atinge preferencialmente a pélvis, o fémur, a coluna lombar, o crânio. A etiologia da doença é pouco clara, mas há evidência de factores genéticos e ambientais envolvidos. A doença evolui em 3 estádios: fase inicial/osteolítica, com intensa reabsorção óssea, seguida de uma fase mista/remodeladora, com actividade osteolítica e osteoblástica e uma fase final/osteoesclerótica, caracterizada por osso esclerótico, desorganizado e frágil. A DOP é habitualmente assintomática. A dor óssea constitui o sintoma mais frequente; a deformação óssea, fracturas, surdez e osteosarcoma são algumas complicações possíveis. O diagnóstico baseia-se em alterações radiológicas (osteólise focal, padrão trabecular anormal e espessamento da cortical) e laboratoriais - a fosfatase alcalina encontra-se tipicamente aumentada. Os bifosfonatos constituem o tratamento de 1ª linha para os doentes sintomáticos.

Conclusão: A DOP deve ser lembrada pelo médico para um correcto e atempado diagnóstico.

P 108

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Sandra Fátima Monteiro Serrão, Cátia Filipa de Azevedo Cerqueira
Unidade de Saúde Familiar da Sobreira (ACES Almada-Seixal), Unidade de Saúde Familiar da Cova da Piedade (ACES Almada-Seixal)

Introdução: Nos idosos, um dos maiores problemas em potencial é o risco de quedas, as quais resultam entre 5-10% em fratura do colo do fémur com morbilidade e mortalidade elevada. Diversos estudos realçam a importância da prevenção de quedas para minorar este risco.

Objetivo: Determinação das intervenções que permitem reduzir o risco de quedas em idosos na comunidade.

Material e Métodos: Pesquisa de artigos nas seguintes fontes: *National Guideline Clearinghouse*, *Guidelines Finder*, *CMA Practice Guidelines*, *Cochrane*, *DARE*, Index de Revistas Médicas Portuguesas, publicados na última década, em português, inglês e espanhol, utilizando os termos *MeSH accidental fall*, *accident prevention aged*, *aged*, *over 80*. Classificação segundo Taxonomia *SORT*.

Resultados: Encontraram-se 159 artigos, seleccionaram-se 5 (3 guidelines, 2 meta-análises).

As intervenções mais consensuais foram: (1) programas de exercício físico individualizado (*SORT A*); (2) adaptação e modificação do ambiente no domicílio (*SORT A*); (3) suplementação com vitamina D (*SORT B*); (4) revisão e redução da medicação psicotrópica (*SORT B*).

Discussão/Conclusões: A intervenção na redução do risco de queda em idosos deve ser precedida de uma avaliação da propensão para quedas e determinação dos factores associados. Segundo as meta-análises, não existe diferença estatisticamente significativa entre uma intervenção única vs intervenção multifactorial, pelo que aconselham acções direccionadas quando as medidas são aplicadas na comunidade, visto serem mais custo-efetivas. Contudo, em termos individuais, as guidelines sugerem intervenções multifactoriais, que incluam programas de exercício físico e adaptações do domicílio, realizadas de forma personalizada.

P 109

TERAPÊUTICA DE REPOSIÇÃO HORMONAL NA ANDROPAUSA

Vanessa Araújo Carvalho, Leonor Troni, João Comédias

USF Sobreira, USF Rodrigues Miguéis, USF Sobreira

Introdução: O envelhecimento masculino encontra-se associado a uma diminuição gradual mas progressiva dos níveis de testosterona. A testosterona é uma hormona sexual com importante acção no homem, abrangendo a função eréctil, a libido, o humor, a densidade óssea, a massa muscular, a degradação de gordura e a função cognitiva entre outros. A diminuição de testosterona relacionada com o envelhecimento é designada de andropausa e encontra-se associada a uma diversidade de sintomas.

Objectivo: Rever a eficácia da terapêutica de reposição hormonal com testosterona na andropausa.

Metodologia: Procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados de *Evidence Based Medicine*, utilizando as palavras-chave: *Andropause* e *Testosterone Replacement Therapy*. A pesquisa foi limitada a artigos em inglês, português e espanhol, publicados entre 2005 e Abril de 2013.

Resultados: No homem não ocorre falência completa dos testículos o que leva a que as mudanças hormonais ocorram lentamente. Analiticamente pode-se observar a diminuição dos níveis de testosterona biodisponível, níveis elevados de LH e a resposta da LH ao GnRH.

O diagnóstico de hipogonadismo é condição essencial para ponderar a terapêutica de reposição hormonal. Este diagnóstico deve realizar-se através de uma cuidada colheita de história clínica, exame físico e avaliação laboratorial.

Os benefícios da terapêutica de reposição com testosterona são controversos. Potencialmente poderá ter efeito na função sexual, na composição corporal e força muscular, na densidade mineral óssea, na melhoria da síndrome metabólica e da sensibilidade à insulina. Desta forma, a suplementação com testosterona pode beneficiar em alguns aspectos o processo do envelhecimento.

Os efeitos adversos da reposição hormonal com testosterona são também controversos e pouco estudados, nomeadamente hepatotoxicidade, retenção hídrica, eritropoiese, apneia do sono, alterações prostáticas e infertilidade.

Discussão/Conclusão: Não é claro que a suplementação com testosterona tenha benefício nos homens idosos com uma redução modesta nos níveis de testosterona. São necessários mais estudos para determinar de uma forma mais consistente o risco-benefício da administração desta hormona.

P 110

QUANDO O AMARELO PASSA A PÚRPURA...

Maria Inês Mendes

UCSP Cascais - ACES Cascais

Introdução: O síndrome do saco de urina púrpura (PUBS) constitui um episódio infrequente mas cujo achado se acredita ter intrigado desde os tempos mais remotos do século XIX. A sua prevalência é muito variável, no entanto, é unânime que afecta acima de tudo mulheres idosas ou não estivesse na sua fisiopatologia factores de risco como obstrução, algaliação, situação de acamado e institucionalizado. Somam-se comorbilidades várias e um deficit cognitivo que igualmente se concretizam no presente caso clínico. A sua etiologia é discutível e poderá dever-se a curiosos mecanismos que justificam os factores de risco, mas destaca-se neste caso certo tipo de agente de infeções urinárias que assim destacam, mesmo nos locais de precários cuidados, uma

infecção urinária, cuja sintomatologia pode nestas idades e contextos ser muito bem mascarada.

Descrição do caso: Mulher de 96 anos, institucionalizada e antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca crónica, doença renal crónica e hipertensão arterial que é levada ao SU hospitalar, após referência do médico de família, por quadro (segundo informação do Lar) de prostração, sonolência com agudização da insuficiência renal e anemia normocítica normocrómica.

Quadro que justifica observação e terapêutica para correcção da agudização das patologias crónicas destacando-se aquadro correcção hidroelectrolítica, de conteúdo da algália de cor púrpura. Tal achado conduz a suspeita que é posteriormente confirmada como sendo de bacteriúria a *E. coli*, um dos típicos agentes causadores.

Conclusão: O diagnóstico das infecções urinárias nem sempre é linear quando se tratam de certas faixas etárias e contextos. O presente caso alerta para um evidente e curioso sinal que importa esclarecer, nomeadamente pessoal médico e de enfermagem de um lar ou mesmo os mais diversos cuidadores informais de idosos. A sua etiologia pode ser diversa, alertando portanto para os diversos factores de risco que tais pessoas estão sujeitas em tais contextos, nomeadamente para uma infecção urinária que pode assim ser rapidamente tratada, sem que a crescente sintomatologia conduza ao meio hospitalar.

P 111

PORQUE É QUE OS IDOSOS CAEM TANTO?

Catarina Rego e Ana Raquel Costa

USF Nova Via / USCP Águeda

Introdução: As quedas na população idosa são um problema comum que pode levar a consequências devastadoras. Além de uma elevada incidência está associada a significativa morbilidade, mortalidade e a elevada procura dos cuidados de saúde. Por ano, 30 a 60% dos idosos têm algum tipo de queda e 10 a 20% com consequências graves, levando à hospitalização e/ou morte. Com o aumento da idade a taxa de quedas e as suas complicações aumentam. Inversamente, a recuperação daquelas tendem a decrescer, levando à diminuição da qualidade de vida e à perda de autoconfiança e autonomia.

Objetivo: Identificar os factores de risco que levam a uma maior incidência de quedas nos idosos e abordar a melhor forma de prevenir as mesmas.

Métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Trip Database*, *Cochrane Library*, *Pubmed*, *Bandolier* e Index de artigos publicados entre 2005 e 2013 em Inglês e Português, utilizando os termos *MeSH aged e accidental fall*.

Resultados: As quedas resultam da interacção do idoso com o seu meio envolvente, com a génese na sua maior susceptibilidade e fragilidade. Embora a sua etiologia exata seja difícil de determinar, estão frequentemente associadas a um ou mais factores de risco identificáveis (fraqueza muscular, polimedicação, défice cognitivo ou neurosensorial, mobilidade condicionada). Diversos estudos demonstraram que o controle desses factores pode reduzir significativamente a incidência de quedas. As medidas a tomar devem ter em conta as condições médicas do idoso, as circunstâncias sociais e os factores psicológicos. Devem incluir uma avaliação geriátrica global com ajuste da medicação, correcção de factores ambientais e incentivo à prática de hábitos saudáveis.

Conclusão: A melhor forma de tratar a queda é preveni-la. Identificar e eliminar os factores de risco reduz significativamente a incidência de quedas. Assim, é fundamental que a equipa de cuidados reconheça esses factores, que os corrija e que os idosos com elevado risco de queda sejam continuamente identificados.

P 112

UM POUCO MAIS ALÉM DA RINITE ALÉRGICA

Barros Cardoso, Sérgio¹; Pires, Rita²; Santo, Silvia³

¹USF Salvador Lordelo; ²USF Nova Era; ³USF Nordeste

Enquadramento: 20% da população portuguesa tem ou virá a ter Rinite. A diminuição da qualidade de vida associada a esta não deve ser menosprezada. É essencial o MF colocar a questão: “esta rinite é alérgica ou não alérgica?” pois os mecanismos fisiopatológicos e tratamento de ambas diferem, conduzindo a recomendações específicas o que diminui a probabilidade de baixa adesão terapêutica e recorrência à consulta.

Caso clínico: Sexo feminino, 83 anos. Convive com um marido fumador e um gato. Antecedentes de hipertensão arterial e hipotiroidismo, medicada com Lisinopril, Levotiroxina. Consulta o seu MF por agravamento recente da rinorreia clara, tosse e congestão nasal agravadas com fumo, mudanças climáticas, ambientes secos e frios, sem associação com a alimentação. Nega espirros ou prurido nasal. Sem história de asma, alergias, traumatismo crânio encefálico ou facial. Exame objectivo sem alterações. Iniciou-se tratamento com anti-histamínicos orais e solicitou-se rastreio de IgE específicas, os quais foram negativos. Excluída causa alérgica, foi efectuada um aconselhamento específico que, juntamente com o apoio farmacológico dos anti-histamínicos tópicos e outros adjuvantes, levou a uma melhoria clínica confirmada posteriormente.

Discussão: A Rinite é um problema comum e suas etiologias várias devendo o MF estar familiarizado com a sua abordagem e tratamento. Estamos perante uma Rinite Vasomotora do tipo sensível à temperatura havendo indicadores clínicos importantes nesse sentido: ausência de doença alérgica, agravamento com determinados ambientes e má resposta ao tratamento com anti-histamínicos orais. Anti-histamínicos tópicos e corticosteroides nasais são duas classes úteis neste âmbito. Pensar além da causa alérgica para a rinite é sumamente importante.

P 113

O AGREGADO FAMILIAR NA AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL NO IDOSO

Cristina Tomás¹, Sara Barreirinhas², Vanessa Aguiar³, Sara Campos⁴, Zélia Santos¹,

Carla Damas¹ e Maria João Simas¹

¹CHLO - Hospital de Egas Moniz, ²ESTECS, ³IPB, ⁴bSalut

Introdução: Com o aumento da esperança média de vida (79,66 anos) verifica-se que 19% da população portuguesa é constituída por idosos, constatando-se um aumento de 19% na última década. 60% da população idosa vive só ou em companhia exclusiva de pessoas idosas, refletindo um aumento de 28%, nos últimos dez anos (INE, 2011). De acordo com a *NutriAction* (2012), cerca de 30,7% da população idosa total encontra-se desnutrida. Segundo Loureiro, H. (2008), 30 a 50% dos idosos hospitalizados encontra-se em risco de desnutrição ou desnutridos. Para indivíduos com idade ≥ 65 anos utiliza-se o *Mini Nutritional Assessment (MNA[®])* que permite avaliar o estado nutricional do idoso, de uma forma simples e rápida, informando-nos se estes estão desnutridos ou em risco de desnutrição.

Objetivo: Avaliação do estado nutricional através da aplicação do MNA[®] em utentes hospitalizados nas primeiras 48h, de acordo com a informação do agregado familiar: provenientes do domicílio com cuidador (DCC), do domicílio sem cuidador (DSC) ou de instituições.

Metodologia: Aplicação do MNA[®], em conjunto com outras medições antropométricas (altura do joelho e a PCSE), em utentes internados no CHLO - HEM no período de 18 de Fevereiro a 15 de Maio de 2013.

Resultados e Discussão: Nos 73 utentes em que se aplicou o MNA[®],



17,8% (n=13) viviam no DSC, 58,9% (n=43) viviam no DCC e 23,3% (n=17) viviam numa instituição.

No total da amostra, verificou-se um estado nutricional normal em 23,3% (n=17), um risco de desnutrição em 46,6% (n=34) e desnutrição em 30,1% (n=22).

Dos idosos que viviam no DSC, 46,2% (n=6) encontravam-se sob risco de desnutrição e 23% (n=3) em desnutrição. Dos utentes que viviam no DCC, 20,9% (n=9) apresentaram estado nutricional normal, enquanto 46,5% (n=20) estavam sob risco de desnutrição e 32,6% (n=14) em desnutrição. Da população institucionalizada, 23,5% (n=4) apresentavam estado nutricional normal, 47% (n=8) sob risco de desnutrição e 29,5% (n=5) em desnutrição.

Conclusão: Através da aplicação do MNA® nos três grupos de estudo, observou-se a necessidade de uma intervenção dietética, nomeadamente no grupo DCC onde a desnutrição é mais evidente (32,6%). Simultaneamente, a presença de risco nutricional manifesta-se em todos os grupos sendo por isso imprescindível o seu rastreio, atuando de forma a evitar a desnutrição no idoso.

P 114

O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO IDOSO UM CASO CLÍNICO

Ana Miranda, Cristina Marques, João Gorjão Clara, Raquel Neves, Teresa Fonseca
Unidade Universitária de Geriatria da Faculdade de Medicina de Lisboa/Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente

Introdução: No ano de 2011 Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi responsável pela morte de mais de 17 milhões de pessoas, prevenindo-se que em 2030 se torne a principal causa de morte e incapacidade do mundo (WHO, 2012).

O programa de reabilitação deve ter início numa fase precoce, sendo o principal objectivo promover a adaptação do doente idoso/família à sua nova condição/incapacidade, favorecendo a recuperação neuropsicológica e funcional promovendo, desta forma a reintegração familiar, social e profissional.

O presente caso clínico demonstra os ganhos em saúde de um doente internado numa Unidade de AVC.

Caso clínico: Sr. J., doente do sexo masculino, 66 anos, internado por AVC isquémico ACM Dir., com agravamento dos défices neurológicos nas primeiras 24h (disfagia severa com alto risco de aspiração, hemiplegia à esq. com parésia facial central, NIHSS 9) e pneumonia de aspiração, encontrando-se dependente em todas as AVD's.

Foi iniciado programa de reabilitação precoce, verificando-se até à data (23 dias após início da sintomatologia) uma melhoria significativa do seu estado clínico e autonomia na realização da maioria das atividades de vida diárias, registada através de avaliação das escalas (*Barthel*, *MIF*, *NIHSS*, *Morse* e *Braden*).

No internamento foram realizados exames complementares de diagnóstico (TC-CE, DTC triplex, ETT, doppler arterial dos MIs), para identificar a etiologia do quadro e adequar o programa de reabilitação.

O programa de reabilitação realizado incluía intervenções diárias de enfermagem de reabilitação e apoio de fisioterapia.

Actualmente, o doente apresenta hemiparésia esquerda, realiza marcha com supervisão, alimenta-se oralmente (com disfagia leve/mínimo risco de aspiração) e de forma autónoma, cuidados de higiene com ajuda parcial, assim como no vestuário e calçado.

Conclusão: O internamento em UAVC's com equipas multidisciplinares vocacionadas para esta patologia, revela-se uma mais-valia no processo de recuperação e adaptação do doente idoso com AVC, sendo pertinente o início do processo de reabilitação numa fase precoce.

P 115

ENVELHECIMENTO NA EUROPA

Joana S. Oliveira
USF Cova da Piedade

Introdução: O envelhecimento é atualmente matéria de agenda política em todo o mundo. Dos 20 países com maior esperança de vida, 17 pertencem à Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa, uma região caracterizada por crescentes desigualdades nesta área. Estes dados obrigam a importantes reformas de saúde baseadas na evidência, tornando o envelhecimento equitativo.

Objetivos: Este trabalho de investigação resume informação disponível das características relacionadas com o envelhecimento, prestação de cuidados e determinantes sociais, numa perspectiva internacional comparativa na Europa. Material e Métodos: Pesquisa sistemática na Medline e em documentos de instituições organizacionais de Portugal, da Europa e do Mundo.

Resultados: Globalmente os idosos apresentam boas condições de habitabilidade comparativamente com a restante população. A institucionalização diminuiu na última década, pelo que a prestação de cuidados informais no domicílio continua a ser a forma predominante, com tendência a manter-se no futuro sobretudo nos países mais desenvolvidos. Migrantes, sobretudo do sexo feminino, têm um papel crescente na prestação destes cuidados. A Europa central e de Leste apresenta maior isolamento social, menor acesso a bens de primeira necessidade e habitações mais pobres. Apesar do contínuo desenvolvimento tecnológico no domicílio, apenas uma minoria usufrui destes serviços.

Discussão: O desafio do envelhecimento global de qualidade prevê a manutenção da capacidade funcional e qualidade de vida com dignidade, livre de discriminação com acesso a cuidados de saúde, sem constituírem um peso insustentável para as gerações futuras, o que impõe a revisão do papel da família e dos Governos na prestação de cuidados.

P 116

TINHA CRURAL NO IDOSO - CASO CLÍNICO

Rita João Caiado; Nuno Rosa; Rosa Mascarenhas
USF São Julião; USF Bucaros; Hospital Distrital da Figueira do Foz

Enquadramento: A Tinha crural é a segunda apresentação clínica mais comum de dermatofitose. Afeta predominantemente homens, localizando-se à zona escrotal onde é agravada pelo calor e humidade. São fatores de risco para a infeção a diabetes mellitus, imunodeficiências primárias ou adquiridas e a persistência de condições propícias à proliferação fúngica.

Relato do caso: Homem de 83 anos, residente em lar, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, carcinoma da próstata com incontinência urinária e amputação do membro inferior direito secundária a macroangiopatia diabética. É referenciado pelo seu médico assistente à consulta de Dermatologia por lesões na área da fralda. Vem a uma primeira consulta de Dermatologia em Janeiro de 2013 apresentando à observação lesões sugestivas de balanite candidiásica, pelo que foi medicado com fluconazol oral, corticoide tópico e aconselhadas medidas higiénicas. Volta aproximadamente um mês depois, já sem lesões penianas, apresentando agora lesões eritematodescamativas, de bordo circinado e ativo e esboço de cura central na região inguinal. Foi feita pesquisa de fungos na área da lesão. Prescreveu-se sertaconazol tópico e terbinafina oral com reforço das medidas higiénicas. O exame direto revelou a presença de artrosporos e a cultura foi negativa. Atualmente, o utente encontra-se algaliado como medida higiénica e com evolução favorável do quadro.

Conclusão: A tinha crural é uma infeção fúngica comum e particular-

mente importante em grupos de risco específicos como o idoso dependente, doente crónico com multipatologia, polimedicado, onde o desafio é não só diagnóstico como terapêutico.

P 117

CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS - QUEM OS APOIA?

Nádia Baptista, Inês Gornilho, Ana Sotero

UCSP Beja, USF Alfareja

Introdução: O aumento da esperança média de vida reflete-se num maior número de idosos dependentes de terceiros. Os cuidadores informais de idosos dependentes, na sua maioria idosos, vêem-se sobrecarregados com responsabilidades que afetam diretamente a sua saúde e qualidade de vida.

Objetivo: Revisão da literatura sobre os apoios disponíveis aos cuidadores informais de idosos.

Método: Revisão sistemática da literatura na base de dados da PubMed, utilizando os termos MeSH: "informal caregivers elderly support", incluindo artigos publicados nos últimos 10 anos.

Foram selecionados apenas artigos escritos em Inglês e Português.

Resultados: Existem várias estratégias efetivas de intervenção no apoio do cuidador informal de idosos dependentes, nomeadamente os Centros de Dia, apoio de familiares e amigos, módulos de formação teórico-prática, psicoterapia e/ou farmacoterapia. Os estudos mostram que os cuidadores informais de idosos beneficiam destas intervenções, principalmente quando integradas numa rede de suporte multidisciplinar. Em resposta a estas necessidades, foi criado recentemente em Portugal, o primeiro Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal de Idosos.

Conclusão: O profissional de saúde deve estar sensibilizado para o evidente aumento do envelhecimento em dependência e, consequentemente para as necessidades do respetivo cuidador. Esta dualidade exige a criação de uma rede formal de apoio para identificação e intervenção precoces dos cuidadores em risco.

P 118

OPTIMIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA NO IDOSO

Andreia Glória e Silva¹; Diana Tomaz²

¹Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Oeiras; ²Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras

Introdução: Face a uma maior esperança de vida e a um declínio da fertilidade, os idosos tem vindo assumir-se como o principal grupo demográfico. Os idosos são doentes complexos, pelas suas comorbilidades e fragilidade, encontrando-se por isso mais vulneráveis à ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas. A iatrogenia medicamentosa neste grupo etário é descrita como responsável por uma em cada quatro hospitalizações e por 10% de todas as admissões hospitalares, das quais 30 a 55% são preveníveis, constituindo assim um importante problema de saúde pública.

Enquanto prestador de cuidados longitudinais e abrangentes, o médico de família deve estar apto a otimizar a terapêutica do doente idoso.

Objetivo: Rever o conhecimento existente relativo às principais estratégias disponíveis para o médico de família gerir a medicação no doente idoso.

Métodos: Foi efectuada uma pesquisa sistemática na PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, UpToDate e Index de Revistas Médicas Portuguesas com as palavras-chave *Aged, Elderly, Inappropriate prescription, Deprescribing e Polipharmacy* de revisões sistemáticas, meta-análises e normas de orientação clínica, ensaios clínicos aleatorizados publicados nos últimos dez anos, em inglês, português e espanhol. Os artigos foram seleccionados com base no objectivo definido e das referências de alguns dos artigos encontrados.

Discussão: Na gestão/ revisão da medicação começa por se determi-

nar que fármacos o doente se encontra a fazer efectivamente saca de medicamentos - incluindo medicamentos não sujeitos a receita médica e identificar se encontra em risco de ou a sofrer efeitos adversos da medicação. Relativamente ao doente, importa estimar a esperança de vida, o estado funcional e qualidade de vida para se estabelecer metas de tratamento realistas. Posteriormente, verifica-se se existe indicação para manter/suspender a medicação actualmente prescrita e/ou instituir medicação preventiva, mediante a utilização dos critérios *START/STOPP*. Ao considerar os riscos/ benefícios de cada fármaco é ainda possível estratificá-los de acordo com a sua utilidade e suspender de os de baixa utilidade. Por último, tendo identificado os fármacos que devem suspensos, deve ser elaborado um plano para os descontinuar, tendo em conta as preferências do utente, e assegurando uma monitorização apertada.

Conclusões: Dadas as particularidades fisiológicas e fisiopatológicas associadas ao envelhecimento, a prescrição medicamentosa no doente idoso é complexa, sendo fundamental o treino e a prática clínica continuados do médico de família, mediante a utilização de instrumentos úteis e bom senso clínico.

Os desafios futuros residem na investigação dirigida ao conhecimento e monitorização dos diferentes fármacos no sentido de incrementar a evidência existente e na operacionalização de critérios e estratégias para a gestão da terapêutica em doentes idosos.

P 119

JÁ TENHO MAIS 2 FUIROS NO CINTO

Maria Inês Mendes; João Marques Carvalho

UCSP Cascais

Introdução: As gamopatias monoclonais são um grupo de patologias associadas a proliferação monoclonal de plasmócitos, caracterizando-se pela produção e secreção de uma proteína monoclonal imunoglobulina (Ig) ou um fragmento de Ig. O Diagnóstico das gamopatias monoclonais requer a deteção e a quantificação do componente monoclonal, o exame da medula óssea e quantificação do componente monoclonal, o exame da medula óssea para verificação de infiltração plasmocitária e a pesquisa de dano orgânico relacionado (hipercalcemia, insuficiência renal e lesões ósseas). As manifestações clínicas variam amplamente, desde um indivíduo assintomático até a associação de múltiplos sintomas, como fraqueza, dor óssea, fracturas patológicas, hipercalcemia, emagrecimento, hiperviscosidade, insuficiência renal e infeções recorrentes cuja inespecificidade de sintomatologia faz com que o seu diagnóstico seja frequentemente ocasional.

Os autores descrevem um caso de diagnóstico de gamapatia monoclonal sintomática cuja manifestação clínica consistiu apenas numa perda ponderal, com a descrição da desafiante marcha diagnóstica.

Descrição do caso: Homem, de 75 anos, casado, 2 filhos, na fase VIII do ciclo de Duval e Classe II Graffar.

Antecedentes pessoais de HTA, DM2, Dislipidémia, FA, HBP e DPOC. Medicado com Atorvastatina 40mg, Brometo de tiotropio, Fluticasona+Salmeterol, Glicazida 30mg, Omeprazol 20mg, Telmisartan 80mg, Varfarina e Tansulosina 0.4mg.

Doente seguido regularmente em consultas de Nefrologia e Cardiologia, além das consultas de rotina ao nível dos cuidados de saúde primários, aos quais recorre a uma consulta do dia por dor abdominal e emagrecimento com 2 meses de evolução e que associava ao início da toma de metformina. A dor abdominal tipo cólica, recorrente, localizada ao nível dos flancos. A perda ponderal não era quantificada, porém afirmava que já tinha mais 2 furos no cinto e o relógio está a bailar no meu pulso. Sem outras queixas, nomeadamente alteração do trânsito intestinal, perdas hemáticas e anorexia apresentava ao exame objectivo, um aspecto emagrecido, contudo com perda quantificável de 2kg num período de 5 meses.



O quadro de intolerância à metformina foi colocado mas não explicava toda a sintomatologia.

Foi realizada avaliação analítica (hemograma, VS, Electroforese das proteínas séricas, Fosfatase alcalina) e imagiológica (TC abdominal). Foi interrompida a metformina com regressão das queixas abdominais. Da avaliação analítica destaca-se a elevação da VS (46 mm/h) e alteração ao nível da electroforese das proteínas séricas, com aumento da gama-globulina (2,46g/dL).

Consequentemente foi solicitado o doseamento das imunoglobulinas séricas e urinárias que revelou a presença de uma gamapatia monoclonal do tipo IgA das cadeias leves lambda pelo que foi referenciado à consulta de hematologia do IPO.

Conclusão: O diagnóstico das gamopatias monoclonais nem sempre é linear, exigindo um grau de conhecimento que permita a suspeita clínica para um diagnóstico precoce, sendo, no entanto, frequentemente um achado ocasional, numa investigação de sintomas inespecíficos, o que mais uma vez faz reforçar que nunca devem ser negligenciados.

P 120

LICHEN SCLEROSUS VULVAR

Ana Luísa Gomes

USF da Ramada - ACES Loures-Odivelas

Introdução: O lichen sclerosus é uma dermatose inflamatória crónica de etiologia multifatorial, que mais afeta a região anogenital de mulheres pós-menopáusicas. Tem um elevado impacto na qualidade de vida, interferindo com a sexualidade e a autoimagem. Apresenta um risco aumentado de carcinoma epidermoide nestas doentes. O diagnóstico precoce, tratamento e seguimento da pele são fundamentais.

Objetivo: Revisão bibliográfica para sistematização da clínica, diagnóstico e terapêutica do lichen sclerosus vulvar.

Metodologia: Pesquisa sistemática nas bases de dados *Pubmed*, *The Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse* e *NICE* de artigos de revisão e normas de orientação clínica, publicados nos últimos 5 anos, com os termos *MeSH vulvar lichen sclerosus*.

Resultados: Seis revisões sistemáticas e 8 normas de orientação clínica preencheram os critérios de inclusão. Todos os documentos são consensuais na avaliação e orientação desta patologia.

Discussão/Conclusão: A etiologia do lichen sclerosus é desconhecida, embora fatores genéticos, autoimunes e infecciosos estejam implicados na sua patogénese. O sintoma mais comum é o prurido. A dor (disúria, dispareunia ou defecação dolorosa) está associada a erosões e úlceras. Apresenta-se tipicamente como pápulas e placas esbranquiçadas, associada a áreas de equimose. Com o processo inflamatório intenso e prolongado, pode haver atrofia, retração vulvar, sinequias dos pequenos lábios. A disfunção sexual está presente. O tratamento de primeira linha é a corticoterapia tópica de alta potência. O seu potencial maligno é conhecido, estando descrito a sua associação com o carcinoma epidermoide, carcinoma verrucoso mais recentemente com a neoplasia intraepitelial vulvar. A vigilância e seguimento regular das doentes com esta patologia é imperativa.

P 121

PERTURBAÇÃO NEUROCOGNITIVA - PARA ALÉM DA ANEMIA

Ana Paula Galante; Inês Leite Silva; Elsa Martins; Carla Bastos; Ana Patrícia Pereira; Eliana Bonifácio; Yolanda Oliveira

USF Santa Joana, ACES Baixo Vouga – Aveiro

Enquadramento: O envelhecimento da população e consequente aumento da esperança de vida associam-se a um aumento das perturbações neurocognitivas (PNC). De entre as PNC mais frequentes,

encontram-se as de origem neurodegenerativa (como a doença de Alzheimer), as de origem vascular e outros subtipos.

Descrição: AMC, mulher, 78 anos, pertencente à família alargada e altamente funcional. Antecedentes de HTA, seguida em consulta de Neurologia por síndrome demencial de longa evolução. Medicada com beta-histina, losartan+hidroclorotiazida 100/25 mg, ginkgo biloba, idebenona, ácido fólico e ferro. Em Março de 2013 vem a uma primeira consulta ao médico de família (MF), sendo portadora de alguns exames auxiliares de diagnóstico efetuados em médico privado. Na sequência de alterações analíticas compatíveis com anemia megaloblástica fez estudo complementar que revelou défice de vitamina B12, com anticorpos anti-células parietais gástricas positivos e esfregaço sanguíneo com neutrófilos hipersegmentados, compatível com anemia perniciosa. Interrompeu a terapêutica oral de ferro e ácido fólico e iniciou suplementação mensal vitalícia com cianocobalamina intramuscular, para minimizar os défices neurológicos decorrentes do défice vitamínico. Foi encaminhada para consulta de Neurologia.

Discussão: Será este um caso de encefalopatia secundária ao défice vitamínico? Ou uma PNC de outra natureza? Este caso traduz a importância de não menosprezar possíveis causas reversíveis de PNC, como são os transtornos metabólicos. O MF, torna-se um elemento essencial na integração dos dados e na articulação com os Cuidados de Saúde Secundários, com vista à melhoria da qualidade de vida da doente e respectiva família.

P 122

FITTING YOUR EXPERIENCE: DESIGN DE MODA E EXPERIÊNCIA DE VIDA

Alexandra Cabral¹, Cristina Carvalho¹, Diana Figueiredo², Sara Lamúrias³

¹CLAUD – Centro de Investigação em Arquitetura, Urbanismo e Design da Faculdade de Arquitetura da Universidade Técnica de Lisboa

² Fundação Cardeal Cerejeira

³ Laura Gall, Lda.

Resumo: A Laura Gall é uma marca de investigação e desenvolvimento em design de moda centrado no utilizador com enfoque na sua experiência de vida e etapas correspondentes, reveladas por alterações do corpo e consequentes limitações de mobilidade. Surgiu, portanto, da identificação de uma lacuna no mercado: a correspondência às reais necessidades do consumidor, por parte da maioria das marcas de vestuário. A presente investigação tem por objectivo apresentar indicadores para a modelagem, formas de vestir e de abotoar mais confortáveis e adaptadas aos factores supracitados, de modo a conduzir a um desenvolvimento sustentado do processo de design. O protótipo desenvolvido, neste âmbito e na fase inicial da investigação, foi analisado em termos ergonómicos, por meio de uma observação em torno do uso, feita a uma amostra de utilizadoras com mais de 65 anos de idade, embora o presente estudo se encontre em fase de validação. Os resultados revelam vantagens e desvantagens comparativamente ao uso de uma peça de roupa clássica, da mesma tipologia. Com este estudo, a Laura Gall pretende colocar em destaque questões relacionadas com aspectos simultaneamente funcionais e cognitivos, contribuindo com aspectos de inovação, tanto formais como conceptuais – e não apenas com os relacionados com tendências de moda ou de mercado.

P 123

LIBERDADE DE ESCOLHA EM FIM DE VIDA

Joana Afonso, Diana Manso, Hugo Amaral

USF Amato Lusitano

Resumo: O testamento vital é um documento, no qual a pessoa manifesta a sua vontade no que respeita aos cuidados de saúde que deseja



ou não receber, no caso de, no futuro, se encontrar incapaz de o fazer, pessoal e autonomamente. Em Portugal a lei que regula as diretivas antecipadas de vontade (DAV) (lei nº25/2012), foi recentemente promulgada a 16/07/2012.

Dada a relevância do tema surge a necessidade de sensibilizar e dar a conhecer à sociedade o que são e para que servem as DAV.

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo uma revisão da literatura sobre o enquadramento legal e histórico das DAV. Para a sua execução foi consultada a página oficial do diário da república e os motores de busca Pubmed, Scielo e Cochran considerando-se apenas literatura escrita em língua castelhana, inglesa ou portuguesa, até ao mês de abril de 2013.

P 124

A COMPREENSÃO DE FRASES COMPLEXAS EM IDOSOS DO MEIO RURAL E URBANO

Sara Micaela Ribeiro Ramalho; Olinda Roldão

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Resumo: Neste estudo pretende-se verificar se a compreensão de frases complexas em indivíduos com idade superior a 64 anos, varia consoante residam em meio rural ou urbano e se depende do género e da idade. Como instrumento de avaliação foi aplicado o *Token Test* a uma amostra de noventa idosos. Para tratamento comparativo de dados recorreu-se aos Testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, utilizando o *Statistics Package for Social Sciences (SPSS)* versão 19.0. Os resultados revelam que a compreensão de frases complexas não depende significativamente nem do meio nem do género, mas o desempenho na prova depende significativamente do envelhecimento ($p\text{-value}=0,009$).

Palavras-Chave: Envelhecimento, Linguagem, Compreensão de Frases Complexas.

Key Words: *Aging, Language, Understanding Complex Sentences.*

P 125

OS MAUS TRATOS À PESSOA IDOSA UMA REALIDADE EMERGENTE A SER INVESTIGADA

Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques; Agostinha Esteves Melo Corte;

António Manuel Martins Batista; Cristina Maria Figueira Veríssimo; Luís António

Videira; Manuel Teixeira Marques Veríssimo; Maria João Almeida Nunes; Maria

Hermínia Nunes Barbosa; Paulo Jorge Cruz Tavares;

Instituto Politécnico da Guarda, Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior (UDI)

Resumo: Os maus tratos à pessoa idosa uma realidade emergente a ser investigada

À semelhança do que está a acontecer a nível mundial e europeu, Portugal apresenta um cenário de acentuado envelhecimento, pois, tem vindo a denotar-se um continuado envelhecimento demográfico, apontando os resultados dos Censos de 2011 para uma proporção de, cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade. A região Centro, logo a seguir à região do Alentejo, é das mais envelhecidas de Portugal, representando os indivíduos de 65 ou mais anos, 22,5% da população. Por outro lado, 20% das pessoas idosas vivem sozinhas e 40% vivem exclusivamente com outra(s) pessoa(s) idosa(s). Em Portugal, 10% dos alojamentos familiares são habitados apenas por uma pessoa idosa, assumindo valores mais elevados em alguns municípios, como o de Lisboa (15%) e em algumas zonas do interior do país, como por ex: Alcoutim com 25% e Penamacor com 24% (INE, 2012).

O progressivo envelhecimento da população, a sua feminização, o aumento do número de pessoas idosas a viverem sozinhas e, paralelamente, o peso das potenciais formas de discriminação em função da

idade constituem quatro aspetos a ter em conta na (re) definição das políticas públicas, de modo a adequar cada vez mais as intervenções às necessidades e especificidades deste grupo populacional (Quaresma, 2012).

O aumento da esperança de vida nem sempre tem sido acompanhado por um aumento da qualidade de vida, do bem-estar e de melhores cuidados à pessoa idosa. Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima registaram-se 749 processos de pessoas idosas vítimas de crime e de violência em 2011, mais 23% que em 2010 (APAV, 2011). De acordo com o contexto em que os maus tratos ocorrem podem dividir-se em maus tratos institucionais, maus tratos domésticos e a autonegligência (maus tratos que uma pessoa pode exercer sobre si própria).

Várias são as formas descritas na literatura sobre os vários tipos de abuso, no entanto tendo em consideração a definição do National Center on Elder Abuse (1998) citado por Verqueiro e Lima (2010) são mencionados sete tipos de abuso: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico, exploração material ou financeira, abandono, negligência e autonegligência.

Face a esta problemática, torna-se uma exigência da vida atual o estudo dos maus tratos à pessoa idosa, no sentido de serem implementadas medidas adequadas de prevenção primária, secundária e terciária. Tendo em conta que os profissionais de saúde contactam diariamente com a pessoa idosa e com a sua família, considera-se que se encontram numa posição privilegiada para identificar situações de risco e, desta forma, intervir preventivamente junto destes idosos.

Não obstante, todos os profissionais têm a obrigação legal de denunciar situações de maus tratos (alínea b) do artigo 242º do Código do Processo Penal - «a denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos para os funcionários quanto a crimes que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas»).



Marque já
na sua agenda!

CONGRESSOS . 2013

- set** ✓ **22nd World Congress of Psychosomatic Medicine**
12 a 14 de Setembro, Hotel Marriott, Lisboa
- out** ✓ **XVI Jornadas Regionais PC**
04 e 05 de Outubro, Teatro Micaelense, Ponta Delgada

. 2014

- fev** ✓ **XVIII Jornadas Nacionais Patient Care**
13 e 14 de Fevereiro, Centro de Congressos de Lisboa
- jun** ✓ **8º Congresso Nacional do Idoso**
26 e 27 de Junho, Centro de Congressos de Lisboa
- out** ✓ **XVII Jornadas Regionais PC**
03 e 04 de Outubro, Centro de Congressos CS Madeira, Funchal



idoso

7º CONGRESSO
NACIONAL

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



MAJOR SPONSORS



SPONSORS



SECRETARIADO



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

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO



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 | RNAVT 2526