idoso

14º CONGRESSO NACIONAL

31 de maio | 1 de junho 2021

Centro de Congressos Sheraton Porto Hotel & Online

Geriatria 2021

A idade & o conhecimento
aliados no futuro

Programa Científico

Caros Colegas e Amigos

Bem-vindos à **14ª Edição do Congresso Nacional do Idoso – Geriatria 2021**!

É com muita satisfação que (pelo menos para uma parte de Nós), nos encontraremos no Porto nos dias 31 de maio e 1 de junho. Muitos mais estarão a seguir-nos através das plataformas digitais, nestes tempos ainda difíceis desta pandemia que tanto nos atormentou e ainda atormenta.

Só Nós (médicos e restante pessoal de saúde e os nossos doentes), podemos em toda a profundidade avaliar a real dimensão que a doença Covid-19 atingiu quer em morbi/mortalidade, mas (e este mas é muito importante) não só.

A solidão, o desamparo, o isolamento social, a descriminação, as dificuldades pessoais e financeiras, a ausência da família e dos amigos, são alguns desses, mas que nos atingiram a todos, mas muito em especial os mais idosos.

Vivemos tempos muito difíceis…

Este é, no entanto, um tempo de esperança dada sobretudo pelas vacinas que são um verdadeiro game changer, neste ciclo pandémico.

Preparemos, pois, o futuro. Tirando a crise as lições possíveis e encetemos um regresso mais próximo da normalidade.

E por isso é relevante que enriqueçamos os nossos conhecimentos e as nossas capacidades para o exercido desta Medicina por grupo etário em que tudo importa ainda mais.

Neste 14º Congresso Nacional do Idoso – Geriatria 2021 falaremos de cuidadores, de cuidados continuados, de capacidade formativas, de co-morbilidades, de qualidade de vida e destacaremos em conferências a prevenção das doenças respiratórias, a solidão e o problema social do envelhecimento.

Um agradecimento a todos os que nos ajudaram neste programa, em especial à Comissão Científica e Comissão Organizadora deste Congresso, à Ad Médic e aos nossos parceiros da Indústria Farmacêutica.

Acreditamos termos construído um Programa atraente e sobretudo útil para quem tem de se ocupar e tratar os nossos maiores.

Que também venha a ser essa a Vossa opinião, no final do Congresso é o que eu sinceramente espero.

Uma saudação cordial e fraterna,

José Canas da Silva
Presidente do 14º Congresso Nacional do Idoso

COMISSÃO DE HONRA

Ministra da Saúde
Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
Presidente Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP
Presidente do Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social, IP
Bastonário da Ordem dos Médicos
Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos
Bastonária da Ordem dos Enfermeiros
Presidente do Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas
Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto
Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

COMISSÃO ORGANIZADORA

Dr. José Canas da Silva, Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa

Dr. Álvaro Ferreira da Silva, Médico de Medicina Geral e Familiar; Competência em Geriatria • **Dra. Cristina Galvão**, Licenciada em Medicina; Especialista em Medicina Geral e Familiar, competência em Medicina Paliativa e em Geriatria; Mestre em Gerontologia e em Cuidados Paliativos, doutoranda em Cuidados Paliativos (Lancaster, UK); Coordena a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ • **Dra. Cristina Maia Costa**, Especialista em Medicina Geral e Familiar, Sãvida, EDP, Porto • **Dra. Helena Beça**, Assistente Graduada de Medicina Geral; Mestre em Cuidados Paliativos • **Dr. Rui Cernadas**, Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente Prof. Doutor António Pacheco Palha, Professor Catedrático, Faculdade Medicina Universidade do Porto (Jubilado); Diretor Clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus, Braga; Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina, Porto; Presidente da ASMELP (Associação de Saúde Mental da Língua Portuguesa); Membro Honorário da WPA (World Psychiatric Association)

Dra. Anabela Pereira, Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Física e Reabilitação; Vogal da Direção da SPODOM; Doutoranda em Geriatria da Universidade do Porto e da Universidade de Aveiro • **Prof. Doutor António Tavares**, Doutor em Ciência Política, Cidadania e Relações Internacionais, licenciado em Direito foi deputado à Assembleia da República entre 1985-1991. Prémio Adelino Amaro da Costa em 1982. Professor Universitário é diretor da licenciatura de Ciência Política e Estudos Eleitorais na Universidade Lusófona do Porto. Integra o Conselho Consultivo da Associação Empresarial de Portugal. Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto. Presidente da Assembleia Geral do Banco Montepio e da Associação de Auditores de Defesa Nacional e Presidente do Conselho Fiscal da Real Seguros. Entre outras obras publicou "A Coabitação Política na vigência da Constituição de 1976" e "Na Balança do Tempo da Política" • **Dra. Benedita Nunes**, Diretora do Serviço Social no Hospital Garcia de Orta, EPE • **Enfa. Catarina Pazes**, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Especialista em EMC- Vertente Enfermagem à Pessoas em Situação Paliativa Mestre em Cuidados Paliativos Enfermeira na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+, ULSBA Professora Adjunta Convidada da Escola Superior de Enfermagem do IPBeja Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos • **Prof. Doutor Filipe Froes,** Pneumologista e Intensivista, Coordenador da UCI do Hospital Pulido Valente – Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte; Doutorado em Saúde Pública e Membro do Conselho Nacional de Saúde Pública; Consultor da Direção Geral da Saúde; Coordenador do Gabinete de Crise da Ordem dos Médicos para a Covid-19 • **Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago**, Professor Associado com Agregação, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Regente da Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar. Regente da Unidade Curriculares de Métodos de Estudos de Saúde das Populações 4. Diretor da Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Consultor, Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar, USF Topázio, ACeS Baixo Mondego • **Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo**, Assistente Graduado Sénior de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Presidente da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos; Presidente do Conselho de Administração, Hospital Distrital da Figueira da Foz

PRESIDENTES, MODERADORES E PALESTRANTES

Dr. Álvaro Ferreira da Silva, Médico de Medicina Geral e Familiar; Competência em Geriatria • **Dra. Ana Correia de Oliveira**, Especialista em Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da USF Cedofeita, Porto • **Dra. Ana Pais**, Assistente Hospitalar no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte • **Dra. Anabela Pereira**, Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Física e Reabilitação; Vogal da Direção da SPODOM; Doutoranda em Geriatria da Universidade do Porto e da Universidade de Aveiro • **Prof. Doutor António Pacheco Palha**, Professor Catedrático, Faculdade Medicina Universidade do Porto (Jubilado); Diretor Clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus, Braga; Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina, Porto; Presidente da ASMELP (Associação de Saúde Mental da Língua Portuguesa); Membro Honorário da WPA (World Psychiatric Association) • **Prof. Doutor António Tavares**, Doutor em Ciência Política, Cidadania e Relações Internacionais, licenciado em Direito foi deputado à Assembleia da República entre 1985-1991. Prémio Adelino Amaro da Costa em 1982. Professor Universitário é diretor da licenciatura de Ciência Política e Estudos Eleitorais na Universidade Lusófona do Porto. Integra o Conselho Consultivo da Associação Empresarial de Portugal. Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto. Presidente da Assembleia Geral do Banco Montepio e da Associação de Auditores de Defesa Nacional e Presidente do Conselho Fiscal da Real Seguros. Entre outras obras publicou "A Coabitação Política na vigência da Constituição de 1976" e "Na Balança do Tempo da Política" • **Dra. Benedita Nunes**, Diretora do Serviço Social no Hospital Garcia de Orta, EPE • **Dr. Carlos Rabaçal**, Assistente Sénior de Cardiologia e Diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital Vila Franca de Xira • **Dra. Clara Wilma Fernandes Rosendo**, Estudante do 7º semestre do curso de Graduação em Medicina, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), cidade: Natal, estado: Rio Grande do Norte (RN), Brasil • **Enfa. Catarina Pazes**, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Especialista em EMC- Vertente Enfermagem à Pessoas em Situação Paliativa Mestre em Cuidados Paliativos Enfermeira na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+, ULSBA Professora Adjunta Convidada da Escola Superior de Enfermagem do IPBeja Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos • **Dra. Cristina Galvão**, Licenciada em Medicina; Especialista em Medicina Geral e Familiar, competência em Medicina Paliativa e em Geriatria; Mestre em Gerontologia e em Cuidados Paliativos, doutoranda em Cuidados Paliativos (Lancaster, UK); Coordena a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ • **Dra. Cristina Duque** • **Dra. Cristina Maia Costa**, Especialista em Medicina Geral e Familiar, Sãvida, EDP, Porto • **Prof. Doutor Davide Carvalho**, Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Diretor do Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar de São João – Hospital Universitário, Porto • **Prof. Doutor Filipe Froes,** Pneumologista e Intensivista, Coordenador da UCI do Hospital Pulido Valente – Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte; Doutorado em Saúde Pública e Membro do Conselho Nacional de Saúde Pública; Consultor da Direção Geral da Saúde; Coordenador do Gabinete de Crise da Ordem dos Médicos para a Covid-19 • **Dra. Helena Beça**, Assistente Graduada de Medicina Geral; Mestre em Cuidados Paliativos • **Dra. Helena Gervásio**, Diretora Clínica do Hospital CUF Coimbra; Coordenadora de Oncologia Médica, Hospital CUF Coimbra; Coordenadora de Oncologia Médica, Hospital CUF Viseu • **Dr. Hugo Ribeiro**, Médico da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Gaia; Doutorando em Cuidados Paliativos pela FMUP; Investigador do CIMAGO - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Mestre em Geriatria pela FMUC, pós graduado em Controlo da Dor e em Cuidados Paliativos. • **Dra. Inês S. Almeida**, Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Moliceiro • **Dra. Isabel Lopes Cardoso**, Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Oftalmologia, Centro Hospitalar de Entre-Douro-e Vouga (CHEDV) - Santa Maria da Feira; Responsável da Secção de Glaucoma (CHEDV) desde 2001; Responsável da Secção de Imunopatologia Ocular (CHEDV) - de 2001 até 2018; Responsável da Secção de Neuroftalmologia (CHEDV) - de 2001-2008; Membro do Conselho Redactorial da Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia – biénio 2011-2012; Membro da Direcção da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia - 2014-2015; Tesoureira da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia - 2014-2015 • **Dr. Jorge Hernâni-Eusébio**, Médico Interno de Medicina Geral e Familiar na USF do Minho, ACeS de Braga. Assistente Convidado na Escola de Medicina da Universidade do Minho • **Dr. José**

Canas da Silva, Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa • **Profa. Doutora Lia Fernandes**, Médica Psiquiatra, Assistente Graduada Sénior no Centro Hospitalar Universitário S. João, com a Competência de Geriatria pela Ordem dos Médicos (integrando o respetivo Colégio desta Competência na OM); Professora Associada com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (integrando o Executivo da Direcção da FMUP) • **Dr. Luís Andrade**, Assistente graduado de Medicina Interna e Diretor de Serviço do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga • **Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago**, Professor Associado com Agregação, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Regente da Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar. Regente da Unidade Curriculares de Métodos de Estudos de Saúde das Populações 4. Diretor da Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Consultor, Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar, USF Topázio, ACeS Baixo Mondego • **Dra. Luísa Fonseca**, Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna; Coordenadora da Unidade de AVC Centro Hospitalar e Universitário de S. João; Coordenadora do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto • **Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo**, Assistente Graduado Sénior de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Presidente da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos; Presidente do Conselho de Administração, Hospital Distrital da Figueira da Foz • **Dr. Nuno Dias Neves**, Médico Assistente, Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF Cardilium • **Dr. Nuno Jacinto**, Assistente de Medicina Geral e Familiar; Orientador de Formação e Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Alentejo Central; Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar • **Prof. Doutor Paulo Santos**, Especialista em Medicina Geral e Familiar, competência em Geriatria; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto • **Prof. Doutor Paulo Torres**, Oftalmologista, desde 1994; Doutorado em Ciências Médicas – Universidade de Amsterdão e UP: 1999; Diretor do Programa de Transplantação de Córnea no CHUP: 2007-2016; Professor Catedrático Convidado de Oftalmologia, ICBAS, UP: 2009-2016; Presidente da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia: biénio 2013-2014; Diretor do Serviço de Oftalmologia do Hospital da Prelada: 2010 – presente; Orientador de alunos de doutoramento, ICBAS: presente • **Dr. Pedro Alexandre Vieira**, Médico da especialidade de Medicina Geral e Familiar, no Centro de Saúde de São Martinho do Bispo, em Coimbra • **Dr. Pedro Joel Vasconcelos**, Assistente de Medicina Geral e Familiar • **Prof. Doutor Pedro Von Hafe,** Assistente Graduado de Medicina Interna, Hospital de S. João; Professor da Faculdade de Medicina do Porto • **Dra. Rafaela Veríssimo**, Internista/Geriatra, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho • **Dr. Rui Cernadas**, Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos • **Dra. Sara Caldas Afonso**, Interna de Formação Específica de Medicina Física e de Reabilitação no Centro Hospitalar Universitário do Porto • **Dra. Sara Eduarda Martins**, Interna de formação específica em Medicina Geral e Familiar do 4 ano • **Dra. Sara Vida**, Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior (FCS-UBI) • **Dra. Sofia Duque**, Assistente de Medicina Interna com competência em Geriatria; Coordenadora da Unidade Ortogeriatria do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier; Coordenadora adjunta do Núcleo Estudos Geriatria • **Dr. Viriato Horta**, Especialista em Medicina Geral e Familiar, Clínica Europa – Grupo Joaquim Chaves • **Dr. Victor Correia da Silva**, Coordenador da Unidade de Implantes Auditivos, Hospital CUF Porto; Coordenador do Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital CUF Porto; Director Clínico do Hospital CUF Porto • **Dr. Vitor Paixão-Dias**, Assistente Graduado Sénior do Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; Presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão no biénio 2019-2021

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE POSTERS

Dra. Cristina Galvão, Licenciada em Medicina; Especialista em Medicina Geral e Familiar, competência em Medicina Paliativa e em Geriatria; Mestre em Gerontologia e em Cuidados Paliativos, doutoranda em Cuidados Paliativos (Lancaster, UK); Coordena a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ • **Enfa. Catarina Pazes**, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Especialista em EMC- Vertente Enfermagem à Pessoas em Situação Paliativa Mestre em Cuidados Paliativos Enfermeira na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+, ULSBA Professora Adjunta Convidada da Escola Superior de Enfermagem do IPBeja Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos • **Dr. José Canas da Silva**, Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa

Programa Científico

31 maio 2021 Segunda-feira

08.00h Abertura do Secretariado

09.00-10.30h SESSÃO 1

O ENVELHECIMENTO: PROBLEMAS E SOLUÇÕES

Moderador: Dr. Álvaro Ferreira da Silva

Que respostas sociais existem? *(20 min.)*
Dr. António Tavares

Cuidadores informais *(20 min.)*
Enfa. Catarina Pazes

Cuidados continuados *(20 min.)*
Dra. Cristina Galvão

10.30-10.45h Intervalo

10.45-11.05h **Cerimónia de Abertura**

11.10-11.35h CONFERÊNCIA INAUGURAL

ENVELHECIMENTO E SAÚDE: UM PROBLEMA SOCIAL EMERGENTE

Presidente: Prof. Doutor A. Pacheco Palha
Palestrante: Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

11.40-12.25h SIMPÓSIO

VITÓRIA

VITÓRIA DE D A Z

Moderador: Prof. Doutor Paulo Santos
Palestrantes: Dra. Sofia Duque e Prof. Doutor Pedro Von Hafe

12.30-13.00h CONFERÊNCIA

PREVENÇÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Presidente: Dr. Rui Cernadas
Palestrante: Prof. Doutor Filipe Froes

13.00-14.00h Almoço

14.00-14.50h SESSÃO 2

COMO MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM…

Moderadores: Profa. Doutora Lia Fernandes e Dr. José Canas da Silva

… perda da visão ou cegueira *(20 min.)*
Dra. Isabel Lopes-Cardoso e Prof. Doutor Paulo Torres

… perda da audição *(20 min.)*
Dr. Victor Correia da Silva

15.00-15.45h SIMPÓSIO

AMGEN

OSTEOPOROSE: UMA DOENÇA CRÓNICA ESQUECIDA? QUE NOVAS SOLUÇÕES?

Moderador: Dr. José Canas da Silva
Palestrantes: Dr. Nuno Jacinto e Dra. Rafaela Veríssimo

15.50-16.10h Intervalo

16.15-16.45h CONFERÊNCIA

SOLIDÃO: UMA REALIDADE A COMBATER

Presidente: Dra. Benedita Nunes
Palestrante: Profa. Doutora Lia Fernandes

16.50-17.20h CONFERÊNCIA PATROCINADA

SANOFI PASTEUR

DEPOIS DA PANDEMIA, COMO EVITAR O "PANDEMÓNIO" DA GRIPE? VACINAR SERÁ AINDA MAIS IMPORTANTE

Presidente: Prof. Doutor Filipe Froes
Palestrante: Dr. Carlos Rabaçal

17.25-17.55h CONFERÊNCIA

POLIMEDICAÇÃO

Presidente: Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo
Palestrante: Dr. Pedro Alexandre Vieira

18.00h Fim das Sessões do 1º Dia

07.30h Abertura do Secretariado

08.00-09.00h **Apresentação de Posters selecionados**

Moderadores: Dra. Cristina Galvão, Enfa. Catarina Pazes e Dr. José Canas da Silva

PAS 01 **Folie à deux – A minha doença é a nossa doença**
Apresentador: Nuno Dias Neves
Autores: Nuno Manuel Dias Neves e Joana Catarina Mendo Afonso

PAS 02 **O impacto de um internamento hospitalar no grau de autonomia nas atividades básicas de vida diária dos doentes**
Apresentadora: Sara Caldas Afonso
Autores: Sara Caldas Afonso e Teresa Sequeira

PAS 03 **Tratamento sintomático da insónia com psicofármacos na população idosa: Um estudo retrospetivo**
Apresentadora: Sara Eduarda Martins
Autoras: Sara Eduarda Martins, Ana Sofia Pinheiro e Nuna Silva

PAS 04 **Adequação da dose de anticoagulantes orais diretos em idosos com fibrilação auricular de três ficheiros clínicos**
Apresentador: Pedro Joel Vasconcelos
Autores: Pedro Vasconcelos, Mónica Mota, Carolina Lima, Inês Santos e Patrícia Almeida

PAS 05 **Polifarmácia e ocorrência de quedas em idosos institucionalizados**
Apresentadora: Clara Wilma Fernandes Rosendo
Autores: Vilani Mederios de Araújo Nunes, Clara Wilma Fernandes Rosendo, Pedro Duarte Ferreira Neto, Yanka Patrícia Ferreira Bezerra, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Gilson de Vasconcelos Torres, Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Mayara Priscilla Dantas Araújo e Rochelle Rufino Costa

PAS 06 **Será a fluência verbal bom preditor dos diferentes diagnósticos de demência? Um estudo retrospetivo**
Apresentador: Jorge Hernâni-Eusébio
Autores: Hernâni-Eusébio, J.; Barreto Silva, A.; Fernandes, V. e Machado, A.

PAS 07 **Osteoporose em doentes com artrite reumatóide: DEXA e cumprimento das guidelines no serviço de Reumatologia do Hospital Amato Lusitano**
Apresentadora: Sara Vida
Autores: Sara Vanessa Mota Vida e Pedro Abreu

PAS 08 **Idosos polimedicados – Maior número de consultas?**
Apresentadora: Inês S. Almeida
Autoras: Inês S. Almeida e Catarina Fortunato

09.05-09.55h SESSÃO 3

O QUE DEVEMOS OU NÃO FAZER?

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

Doença oncológica no idoso *(20 min.)*
Dra. Helena Gervásio

Canabinoides: Qual o seu papel? *(20 min.)*
Dr. Viriato Horta

10.00-10.45h SIMPÓSIO

GESTÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR NO DOENTE IDOSO COM…

Moderador: Dr. Rui Cernadas

Hipertensão
Dr. Vitor Paixão Dias

Dislipidemia
Dr. Luís Andrade

10.45-11.10h Intervalo

11.10-12.10h SESSÃO 4

PREVENIR, TRATAR E CONTROLAR: UM DESAFIO?

Moderadores: Dra. Cristina Maia e Costa e Dr. Rui Cernadas

A diabetes *(15 min.)*
Prof. Doutor Davide Carvalho

A HTA *(15 min.)*
Dr. Vítor Paixão Dias

O AVC *(15 min.)*
Dra. Luísa Fonseca

12.15-13.00h SIMPÓSIO

A IMPORTÂNCIA DA VITAMINA D

Moderador: Dr. José Canas da Silva
Palestrante: Dra. Ana Correia de Oliveira

13.00-14.00h Almoço

14.00-14.30h CONFERÊNCIA

TENHO MEDO DE CAIR…

Presidente: Dr. José Canas da Silva
Palestrante: Dra. Anabela Pereira

14.35-15.05h CONFERÊNCIA PATROCINADA

Boehringer Ingelheim Lilly

GESTÃO DO DOENTE COM DT2, DAS *GUIDELINES* À PRÁTICA CLÍNICA

Palestrante: Dr. Hugo Ribeiro

15.10-16.30h SESSÃO 5

PATOLOGIAS FREQUENTES NO IDOSO

Moderadores: Dra. Helena Beça e Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago

DPOC *(20 min.)*
Dra. Ana Pais

Depressão no Idoso *(20 min.)*
Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago

Disfagia *(20 min.)*
Dra. Cristina Duque

16.40h Entrega de prémios e encerramento do Congresso

Resumos dos Posters

Aceda aqui ao PROGRAMA
com os RESUMOS

Poster com apresentação em sala

08.00-09.00h **Apresentação de Posters selecionados** **01 de junho de 2021**

Moderadores: Dra. Cristina Galvão, Enfa. Catarina Pazes e Dr. José Canas da Silva

PAS 01

FOLIE À DEUX – A MINHA DOENÇA É A NOSSA DOENÇA

Nuno Manuel Dias Neves;
Joana Catarina Mendo Afonso
USF Cardilium

Introdução: A Folie à Deux é uma desordem psiquiátrica que actualmente não é classificada na DSM-5. É considerada como uma perturbação delirante ou um tipo de perturbação psicótica, em que há transmissão de ideias delirantes ou alucinações por duas pessoas. A vivência próxima dos elementos, com isolamento social e pouca interacção com outras pessoas são factores propiciantes.

Descrição do caso: Trata-se de um casal septuagenário, autónomos para as AVDs, antigos emigrantes em França. Vieram à consulta pela primeira vez, com queixas de infestação parasitária com cerca de 10 meses de evolução. O marido encontrava-se constantemente a coçar o couro cabeludo e o corpo, mencionando que ambos apresentavam "bichos" no cabelo e que os mesmos saíam dos orifícios dos seus corpos. Assumiu estar desesperado e que ninguém os conseguia tratar. A esposa queixava-se de prurido generalizado (embora não se coçasse no gabinete) e de ver insectos ao pentear-se.

Tinham recorrido a múltiplos médicos, com exames negativos (IgE's específicos, exames parasitológicos às fezes), tendo já realizado terapêutica com antihistamínicos, antiparasitários orais e tópicos. Os exames que pedi também foram normais (serologias de HIV, VDRL, vitamina B12, ácido fólico, perfil tiroideu). Contudo a esposa apresentava uma hemoglobina glicada de 12.3%, não estando a fazer qualquer terapêutica.

Perante este quadro, assumi um possível diagnóstico de Folie à Deux, juntamente com doença orgânica (diabetes mellitus na esposa). A utente recusou insulinoterapia, iniciando antidiabéticos orais. Fiz referenciação hospitalar, sendo que a esposa foi proposta para internamento em Medicina Interna com apoio de Psiquiatria e o marido foi internado em Psiquiatria.

Houve melhoria dos sintomas sobretudo na esposa com a separação do casal, tendo ambos iniciado terapêutica com antipsicóticos. Confirmou-se o diagnóstico inicial, com delírio de infestação (zoópsias), sendo o marido o elemento dominante.

Conclusão: O médico de família tem uma posição privilegiada na avaliação da interacção familiar, podendo esta ser terapêutica, como factor motivacional e com reforço de bons hábitos de vida, ou deletéria, como neste caso, agravada por baixo nível sócio-cultural, isolamento e personalidade influenciável.

PAS 02

O IMPACTO DE UM INTERNAMENTO HOSPITALAR NO GRAU DE AUTONOMIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA DOS DOENTES

Sara Caldas Afonso[1]; Teresa Sequeira[2]
[1]Interna de Formação Especifica em Medicina Fisica e de Reabilitação do Centro Hospitalar Universitário do Porto; [2]Assistente Hospitalar em Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A autonomia de um individuo é avaliada pela sua capacidade de realizar de forma independente qualquer atividade. Esta é dependente do contexto biopsicossocial e afeta em grande escala a qualidade de vida.
Objetivos: Avaliar a existência de agravamento da autonomia, e causa, à data de alta dos doentes observados num serviço de Medicina.
Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional e prospetivo de 70 doentes que estiveram internados numa enfermaria de Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário do Porto, entre o período de julho a dezembro 2020. Esta amostra foi caracterizada, tendo em conta idade, género, mortalidade e autonomia à data de admissão e de alta. A automia foi analisada utilizando o índice de Barthel (IB). De salientar que para a análise da autonomia foram excluídos os óbitos. Os dados colhidos foram analisados utilizando o programa de análise SPSS.
Resultados: Observou-se um predomínio do género masculino (51,4%) com uma média de idades de 74,54 anos. A faixa etária acima dos 70 anos compreendia 65,7%, com a maior percentagem, 27,1%, ter sido observada na faixa etária dos 80-89 anos. Relativamente à mortalidade, 11 doentes faleceram. Relativamente à autonomia, na admissão hospitalar 30,5% eram independentes e 69,5% apresentavam algum grau de dependência prévia (44,1% ligeiramente dependentes; 6,8% moderadamente dependentes; 6,8% gravemente dependentes e 11,9% totalmente dependentes). À data de alta 27,1% eram independentes e 72,9% dependentes (32,2% ligeiramente dependentes; 5,1% moderadamente dependentes; 15,3% gravemente dependentes e 20,3% totalmente dependentes). A variação da média do IB dos doentes à data de admissão e data de alta foi de 72,97 e 61,78, respetivamente. O principal motivo que levou ao agravamento foi a imobilização prolongada (mais de 7 dias), 56,3%, seguido de progressão de doença de base, 25%, e miopatia de desuso associada ao intensivismo, 18,3%.
Conclusão: Observou-se um agravamento funcional em 22,8% (16) doentes. No grupo de doentes independentes observou-se um decréscimo de 3,4%, sendo que os ligeiramente dependentes tiveram o maior decréscimo, 11,9%. Os moderadamente dependentes tiveram um decréscimo de 1,7%, enquanto que nos graus de maior dependência, houve um aumento de 8,5% tanto dos gravemente, como nos totalmente dependentes. Como seria expectável, tendo em conta a médida de idades, a inatividade física conduziu ao agravamento funcional em mais de metade dos doentes.

PAS 03

TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA INSÓNIA COM PSICOFÁRMACOS NA POPULAÇÃO IDOSA: UM ESTUDO RETROSPETIVO

Sara Eduarda Martins; Ana Sofia Pinheiro; Nuna Silva
USF Braga Norte

Introdução: A insónia é uma perturbação do sono particularmente comum entre os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos,

apresentando uma prevalência que varia entre os 30-60%. As benzodiazepinas (BZ) e fármacos análogos são frequentemente utilizados no tratamento sintomático da insónia, contudo, são responsáveis por vários efeitos adversos que são mais frequentes nos idosos.
Objetivo: Caracterizar a prescrição de benzodiazepinas e outros psicofármacos nos idosos com insónia da Unidade de Saúde Familiar (USF).
Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e de base institucional. A amostra é composta pelos utentes com idade igual ou superior a 65 anos com insónia (codificação P06 – Perturbação do sono na lista de problemas, associada a insónia), em fevereiro de 2021, vigiados na USF. Utilizou-se o MIM@UF® e a PEM para recolha de dados e o Excel® para análise estatística. Analisaram-se as variáveis: idade, sexo, prescrição de BZ e fármacos análogos e prescrição de outros psicofármacos no último ano.
Resultados: Em fevereiro de 2021, na unidade funcional eram vigiados 2174 idosos, dos quais 284 (13,1%) tinham insónia. A idade máxima foi de 100 anos, a mínima de 65 anos e a média de 74 anos. Observou-se uma prevalência do sexo feminino (n = 161, 56,7%). Relativamente à prescrição de BZ/fármacos análogos, ocorreu em 168 idosos (59,2%), de forma isolada em 75 idosos e com outros psicofármacos em 93 idosos. Em 15,5% só foram prescritos outros psicofármacos e em 25,0% nenhum foi prescrito. As benzodiazepinas mais prescritas foram o lorazepam, o alprazolam e o bromazepam. Os outros psicofármacos mais prescritos foram a trazodona, a sertralina e a mirtazapina.
Discussão/Conclusões: O sono deve ser um tema presente na consulta do idoso pela importância que tem na saúde. A prevalência de insónia da população idosa estudada foi inferior à espera, destacando a necessidade de codificar esta perturbação de sono na lista de problemas. Ao contrário do observado na amostra, em que a maioria dos utentes tinham benzodiazepinas prescritas, a abordagem farmacológica da insónia deve ser evitada sempre que possível pelos efeitos adversos que apresentam. A terapêutica com benzodiazepinas ou fármacos análogos na insónia patológica não deve ultrapassar as 4 semanas de duração, não devendo ser utilizada em insónias ligeiras a moderadas.
A psicopatologia concomitante pode justificar outro tipo de fármacos de acordo com o risco-benefício que apresentam.

PAS 04

ADEQUAÇÃO DA DOSE DE ANTICOAGULANTES ORAIS DIRETOS EM IDOSOS COM FIBRILAÇÃO AURICULAR DE TRÊS FICHEIROS CLÍNICOS

Pedro Vasconcelos; Mónica Mota; Carolina Lima; Inês Santos; Patrícia Almeida
UCSP São Pedro do Sul; USF Viseu-Cidade

Introdução: A fibrilação auricular (FA) é a arritmia sustentada mais comum na prática clínica, com uma prevalência crescente com a idade. Na FA não valvular, os anticoagulantes orais diretos (DOAC) constituem a terapêutica de eleição, sendo um dos seus benefícios um efeito terapêutico previsível, sem necessidade de monitorização frequente do efeito anticoagulante. No entanto, é recomendada uma monitorização regular da adesão, dose e complicações da terapêutica.
Objetivo: Avaliar a adequação da dose dos diferentes DOAC nos indivíduos idosos de três ficheiros clínicos de uma unidade de saúde.
Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospetivo, com amostra cons-

tituída pelos utentes idosos (idade igual ou superior a 65 anos) de três ficheiros clínicos sob terapêutica com DOAC durante o ano de 2020. A adequação da dose foi verificada através da colheita de dados compreendendo a idade, peso, valor sérico de creatinina e estimativa da taxa de filtração glomerular mediante a aplicação da fórmula de Crockfoft-Gault. Os dados foram recolhidos a partir dos sistemas de informação MIMUF® e SClínico® e tratados em Excel®.

Resultados: Obteve-se um total de 124 utentes idosos medicados com DOAC por FA nos três ficheiros clínicos, sendo a maioria (51,6%) do sexo masculino, com idade média de 80,4 anos (mínima de 65 e máxima de 98 anos), creatinina média de 0.98 mg/dL e TFG média de 63,7 ml/min/m2. 76,6% (n = 95) tinham dose adequada de DOAC, 24 dose inferior e 5 dose superior à recomendada, sendo a inadequação superior no caso da prescrição do apixabano.

Discussão/Conclusões: Analisando os resultados obtidos, constata-se uma percentagem significativa de utentes cuja dose de DOAC deverá ser revista. Tal poderá dever-se à falta de tempo para a gestão da multimorbilidade ou ao seguimento hospitalar e privado dos utentes. Estes achados devem levar-nos a refletir sobre as nossas práticas, devendo-se definir medidas corretivas como apresentação dos resultados em reunião médica, por forma a implementar um ciclo de melhoria contínua da qualidade.

PAS 05

POLIFARMÁCIA E OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Vilani Mederios de Araújo Nunes; Clara Wilma Fernandes Rosendo; Pedro Duarte Ferreira Neto Yanka; Patrícia Ferreira Bezerra; Ana Elza Oliveira de Mendonça; Gilson de Vasconcelos Torres; Thaiza Teixeira Xavier Nobre; Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes; Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva; Mayara Priscilla Dantas Araújo; Rochelle Rufino Costa

Universidade Federal do Rio grande do Norte (UFRN)

Introdução: A ocorrência de queda em pessoas idosas é influenciada por fatores de risco extrínsecos e intrínsecos. Os fatores intrínsecos consistem em gênero feminino, idade avançada, diminuição da acuidade visual, declínio cognitivo e histórico de queda. Os extrínsecos são a polifarmácia e os fatores ambientais. A utilização concomitante de cinco ou mais medicamentos em um mesmo paciente caracteriza a polifarmácia, que é mais comum em pessoas idosas.

Objetivo: Identificar a ocorrência de quedas em pessoas idosas em uso de polifarmácia. Material e métodos: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e abordagem quantitativa, realizado de março a dezembro de 2018, em instituições de longa permanência no Nordeste do Brasil. A população constou pessoas idosas institucionalizadas e os dados foram coletados por profissionais de saúde treinados para avaliar e para preencher a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa preconizada pelo Ministério da Saúde. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e apresentados em números absolutos e relativos. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob parecer n. 2.366.555.

Resultados: Participaram do estudo 224 pessoas idosas, das quais 77,1% em uso de polifarmácia e 74,1% que sofreram queda nos últimos cinco anos 60,3%. Em relação ao local de ocorrência, 65,6% afirmaram ter caído em ambiente domiciliar. Identificou-se que em 22,3% das pessoas idosas a queda resultou em fratura óssea. 28,9% dos pesquisados informaram medo de cair novamente.
Discussão/Conclusões: A ocorrência de quedas foi um evento comum ente as pessoas idosas em uso de polifarmácia, nas quais houve limitação das atividades de vida diárias, devido dor física, sensação constante de insegurança e medo de cair novamente. A maioria das quedas em residências, justifica a importância da visita domiciliar da equipe multiprofissional e de ações educativas com ênfase na adequação dos ambientes. Esses achados denotam a importância de sensibilizar os profissionais de saúde quanto a necessidade de avaliar, planejar e implementar ações voltadas a prevenção de quedas. Nesse sentido a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa mostrou-se um instrumento útil ao acompanhamento das condições de saúde, registro de medicamentos em uso, cobertura vacinal e preenchimento de escalas importantes para o cuidado holístico.
Descritores: Polimedicação; Acidentes por quedas; Saúde do idoso.

PAS 06

SERÁ A FLUÊNCIA VERBAL BOM PREDITOR DOS DIFERENTES DIAGNÓSTICOS DE DEMÊNCIA? UM ESTUDO RETROSPETIVO

Hernâni-Eusébio J.; Barreto Silva A.; Fernandes V.; Machado A.
USF do Minho; Escola de Medicina da Universidade do Minho; USF Gualtar; Hospital de Braga

Introdução: A demência é uma das principais causas de dependência, institucionalização e mortalidade no mundo. A maioria dos seus instrumentos de rastreio são de difícil aplicação no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). O teste de fluência verbal (TFV) é de fácil aplicação e permite a ativação de múltiplos processos cognitivos, fornecendo informação clínica muito relevante. Pesem as suas aparentes vantagens, não é claro se o TFV pode utilizar-se como método de rastreio para o diagnóstico de demência e até se poderá ser utilizado como preditor dos seus diferentes tipos.
Objetivos: Determinar a acuidade do TFV semântica e fonémica na distinção entre o desempenho cognitivo normal para a idade (DCNPI), o défice cognitivo ligeiro (DCL) e a demência. Como objetivo secundário, pretende-se correlacionar o TFV e os diferentes tipos de demência.
Métodos: Foram incluídos utentes seguidos em Consulta de Memória em Neurologia de um hospital português com avaliação neuropsicológica realizada nos últimos seis anos. Aplicaram-se o TFV semântica e fonémica, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e compararam-se os desempenhos nos utentes com DCNPI, DCL, demência de Alzheimer (DA), demência frontotemporal (DFT), demência associada à doença de Parkinson (DP) e demência vascular (DV).

Resultados: Incluíram-se 2323 utentes, 58,7% do género feminino. A mediana de idades foi de 76 ± 14,0 anos. Verificou-se diferença estatisticamente significativa no TFV semântica entre os utentes com DCNPI, DCL e com os diferentes tipos de demência ($p < 0,05$). No TFV fonémica verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos com DCNPI e aqueles com DA, DFT, DP e DV ($p < 0,05$), não sendo verificada relativamente ao DCL ($p = 0,591$). Contudo, existe diferença estatisticamente significativa entre o DCL e os diversos tipos de demência ($p < 0,05$). Uma correlação estatisticamente significativa foi também demonstrada entre o TFV semântica, o TFV fonémica, o MMSE ($p < 0.05$) e o MoCA ($p < 0.05$).

Discussão: Até onde sabemos, este é o primeiro estudo português a correlacionar o TFV e o desempenho cognitivo nos diversos tipos de demência. Os resultados obtidos permitem recomendar a aplicação do TFV como rastreio pela sua rapidez e simplicidade de aplicação e por existir correlação entre o seu resultado e os diferentes estadios do défice cognitivo, podendo vir a assistir-se a uma mudança deste paradigma, particularmente na consulta de saúde do idoso dos CSP.

PAS 07

OSTEOPOROSE EM DOENTES COM ARTRITE REUMATOIDE: DEXA E CUMPRIMENTO DAS *GUIDELINES* NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Sara Vanessa Mota Vida; Pedro Abreu
Universidade da Beira Interior - Faculdade Ciências da Saúde Hospital Amato Lusitano

Introdução: A osteoporose caracteriza-se pela redução da densidade mineral óssea, alteração da microarquitetura e resistência ósseas e aumento do risco de fraturas vertebrais e não-vertebrais. A artrite reumatoide e a terapêutica prolongada com corticóides são fatores de risco para a osteoporose. O exame, para o diagnóstico da osteoporose é a absorciometria radiológica de dupla energia, que quantifica a densidade mineral óssea. Apesar de não existir um consenso universal, segundo as *guidelines* da Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos e da Direção Geral de Saúde, em doentes com artrite reumatoide devemos proceder à realização periódica deste exame, com um intervalo de 24 meses. Estas indicações têm como objetivo o diagnóstico precoce da osteoporose e o acompanhamento da evolução após instituição da terapêutica.

Objetivos: Identificar doentes com artrite reumatóide e osteoporose do serviço de Reumatologia do Hospital Amato Lusitano. Verificar o cumprimento das *guidelines*: realização da absorciometria radiológica de dupla energia inicial e repetição ao fim de 24 meses.

Métodos: Neste estudo, englobaram-se os utentes seguidos na consulta de Reumatologia do Hospital Amato Lusitano, com o diagnóstico de artrite reumatóide codificado entre março de 2011 e dezembro de 2017. Foram incluídos 118 doentes; os dados foram recolhidos através da consulta dos processos clínicos. A análise estatística realizou-se com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 25, com um nível de significância α definido a 0.05.

Resultados: Da amostra de 118 doentes com artrite reumatóide, 33,1% foram diagnosticados com osteoporose. O cálcio e/ou vitamina D foi o tratamento mais prescrito em 86,4% ($n = 102$) dos doentes, os bifosfonatos em 29,7% ($n = 35$) e o denosumab em 4,2% ($n = 5$) dos doentes. A maioria dos doentes

realizou absorciometria radiológica de dupla energia ao diagnóstico (78,0%; n=92), mas apenas se repetiu em 28,0% (n = 33) dos casos. O tempo médio para esta repetição foi de 50,9 meses e apenas 5,1% repetiram em até 2 anos.

Conclusão: As *guidelines* para realização da absorciometria radiológica de dupla energia não estão a ser alcançadas. Os doentes que não respondem ao tratamento anti-osteoporótico poderão não estar a ser identificados e, com isso, incorrer num risco aumentado de fratura. Os resultados obtidos permitirão aumentar a vigilância sobre estes doentes. Será importante entender qual o motivo por de trás desta situação e tentar arranjar soluções.

PAS 08

IDOSOS POLIMEDICADOS – MAIOR NÚMERO DE CONSULTAS?

Inês S. Almeida; Catarina Fortunato
USF Moliceiro

Introdução: Os idosos são um grupo de risco que apresenta frequentemente comorbilidades e polimedicação. Considerou-se como polimedicado todo o idoso com ≥ 5 fármacos na lista de medicação crónica.

Objetivos: Verificar se os idosos polimedicados recorrem a maior número de consultas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP); Analisar a relação entre as patologias em estudo e o número de consultas.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo, transversal. População: Idosos, de 2 ficheiros médicos, que recorreram à unidade em 2019. Amostra: Utentes com idade ≥ 65 anos (A), em janeiro de 2019, da população em estudo. Critérios de exclusão: Utentes sem consulta médica em 2018 e/ou 2019. Variáveis: Idade, sexo, polimedicação, diabetes, hipertensão arterial (HTA), outra doença cardiovascular (DCV), neoplasia, doença respiratória crónica, patologia psiquiátrica, "comorbilidades", número de consultas. Assumiu-se a variável "comorbilidades" sempre que exista pelo menos 1 das patologias em estudo. A recolha de dados foi realizada através do MIM@UF e do SClínico, e a análise por IBM® SPSS® Statistics 25.

Resultados: Obteve-se uma amostra final de 564 utentes, com média de idades 73 A; 43,1% do sexo masculino e 56,9% do sexo feminino. Dentro da amostra, 57,8% é polimedicada e 87,9% apresenta comorbilidades, com 97,5% dos polimedicados com comorbilidades. Observa-se: associação entre a idade e as variáveis polimedicação (76,09 A vs. 72,87), e comorbilidades (75,05 A vs. 72,42); diferença significativa entre o número de consultas realizadas e a polimedicação (4,22 consultas/ano vs. 3,24); relação entre o número de consultas realizadas e a presença de comorbilidades (3,99 consultas/ano vs. 2,49). Dentro dos idosos com comorbilidades, existe uma associação entre o número de consultas realizadas e aqueles com diabetes (4,40 vs. 3,61), HTA (4,21 vs. 3,14), outra DCV (4,06 vs. 3,81) e doença respiratória crónica (4,41 vs. 3,70).

Discussão/Conclusões: Verifica-se que a maioria dos idosos polimedicados apresenta comorbilidades e que a probabilidade de serem polimedicados e/ou possuírem comorbilidades aumenta com a idade, o que está associado a uma maior recorrência aos CSP. Dentro das comorbilidades em estudo, os idosos que recorrem mais aos CSP são aqueles que apresentam diabetes, HTA, outra DCV e/ou doença respiratória crónica. É importante reforçar o papel do médico de família na gestão da polimedicação, recorrendo à revisão terapêutica sempre que apropriado.

Poster digital

PD 01

ENVELHECIMENTO, TRABALHO, REFORMA – O PAPEL PRECOCE DO MÉDICO DO TRABALHO

Diana Ramos Rocha; Carlos Ochoa Leite; Ana Inês Vasques; João Bento; Luís Rocha
Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução: O Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOP) é um hospital oncológico inaugurado em 1974 e à presente data conta com uma população de 2226 trabalhadores. Desses aproximadamente 8% (N = 170) encontra-se na faixa etária dos 60-65 anos e 2% (N = 36) tem acima de 66 anos.

Logo 10% da população ativa do IPOP encontra-se em idade de preparação/início de reforma. Com o envelhecimento da população trabalhadora surgiu a necessidade de adaptação por parte da Medicina do Trabalho – que se representa através da realização de exames de cessação de contrato de trabalho e de acompanhamento do processo de envelhecimento dos trabalhadores.

Objetivo: Este trabalho pretende rever o papel da Medicina do Trabalho na optimização das condições profissionais, face ao envelhecimento da população trabalhadora, e na transição da preparação para a reforma.

Resultados: Dos trabalhadores com mais de 66 anos, 64% correspondem a mulheres (N = 23). A nível de categorias profissionais, a maioria pertence a três grupos: assistentes operacionais – 42% (N = 15), médicos – 17% (N = 6) e pessoal dirigente – 14% (N = 5). Quanto ao regime de horário de trabalho, a maioria dos profissionais realiza horário diurno – 86% (N = 31), sendo que os restantes 3% (N = 8) têm horário misto. Já em relação ao tipo de relação jurídica de emprego, 81% (N = 29) tem um contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado.

Discussão: Compete portanto ao médico do trabalho: – Informar e alertar sobre a importância da adoção de boas práticas de saúde, particularmente das decorrentes do processo de envelhecimento nas suas dimensões físicas, psicológicas e sociais; – Conhecer e avaliar as condições gerais de trabalho, higiene e funções, tal como as exigências físicas e psicológicas das tarefas realizadas pelos trabalhadores mais velhos; – Promover a reflexão dos trabalhadores sobre a evolução e efeitos do processo de envelhecimento no exercício da sua atividade profissional e sobre o eventual prolongamento da sua atividade profissional, evidenciando os efeitos daí resultantes;

Conclusão: Como tal, sugerimos algumas medidas de modo a suavizar o processo de transição da vida laboral para a reforma, como: – Planear formas voluntárias de vínculo à instituição através da realização de programas de mentoria e integração de profissionais mais novos; - Rotação de tarefas e redução progressiva de responsabilidades; – Valorização do trabalhador pela contribuição passada para o sucesso coletivo.

PD 02

QUANDO O LOBO VESTE PELE DE CORDEIRO: UM CASO DE POLIARTRITE SIMÉTRICA

Ana Filipa Gonçalves; Romana Vieira
Centro de Reabilitação do Norte - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A presença de poliartrite (inflamação em 5 ou mais articulações) implica uma extensa lista de diagnósticos diferenciais que incluem doenças inflamatórias mas também doenças infeciosas, metabólicas, entre outras. As síndromes paraneoplásicas caracterizam-se por um conjunto de sintomas e sinais que podem surgir prévia ou concomitantemente ao diagnóstico de uma neoplasia e podem afetar diversos sistemas, nomeadamente o músculo-esquelético.

Descrição do caso: Um homem de 66 anos, ex-fumador e com surdez congénita, foi observado na consulta de Reumatologia por poliartralgias de ritmo inflamatório e noção de tumefação de várias articulações dos 4 membros, com 2 meses de evolução, associadas à elevação dos parâmetros inflamatórios no estudo analítico. A filha, que fornecia a história, referiu ainda perda ponderal e episódios de tosse com expectoração hemoptóica, que não sabe especificar. Ao exame objetivo, o doente apresentava-se emagrecido, com poliartrite simétrica dos punhos, joelhos, tornozelos e articulações metatarsofalângicas, assim como atrofia clara dos músculos interósseos de ambas as mãos e a presença de deformidades em Boutonnière na mão esquerda. Face à presença de queixas músculo-esqueléticas, sistémicas e respiratórias, o doente foi enviado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico. Aqui, ao realizar radiografia simples do tórax observou-se a presença de uma massa suspeita, pelo que foi pedida TC do tórax. A TC do tórax revelou a presença de uma massa no lobo superior do pulmão esquerdo, sugestiva de neoplasia pulmonar primária, que mais tarde se veio a confirmar histologicamente. O doente foi medicado com prednisolona 15 mg/dia com resposta articular e foi encaminhado para Oncologia.

Conclusão: Este caso tenta mostrar que mesmo quando a história clínica é difícil de aprofundar, existem questões simples que devem ser sempre colocadas na presença de uma poliartrite e que permitem um diagnóstico célere. Manifestações reumatológicas, embora sejam raras, podem por vezes ser o primeiro sintoma de uma neoplasia. Quanto ao tratamento, a poliartrite paraneoplásica é menos responsiva aos anti-inflamatórios não esteroides e corticoides quando comparada com doenças reumatológicas primárias, como a artrite reumatoide. No entanto, o tratamento dirigido da neoplasia pode levar à resolução dos sintomas reumáticos.

PD 03

OFICINA DE FORMAÇÃO PARA CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS NA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO

Clara Wilma Fernandes Rosendo; Pedro Duarte Ferreira Neto Yanka; Patrícia Ferreira Bezerra; Ana Elza Oliveira de Mendonça; Thaiza Teixeira Xavier Nobre; Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes; Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva Meiry; Fernanda P. Okuno; Mayara Priscilla Dantas Araújo; Rochelle Rufino Costa; Vilani Mederios de Araújo Nunes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Introdução: Diante do cenário de envelhecimento crescente no mundo e considerando o aumento de cuidadores de pessoas idosas que se inserem no mercado de trabalho sem

a devida qualificação sobre os cuidados básicos de saúde inerentes a geriatria e gerontologia, o presente estudo se insere de acordo com necessidade de formação, na medida em que se propõe a qualificar essa força de trabalho inserida de maneira formal nas instituições de longa permanencia para idosos (ILPI) no Brasil.

Objetivos: Oportunizar a construção de conhecimentos teóricos e práticos aos cuidadores de idosos em instituições geriátricas a partir da realização de oficinas para formação.

Material e método: Trata-se de um projeto-ação, de caráter extencionista, intitulado "Melhoria da Qualidade nos Serviços de Atendimento à Pessoa Idosa Residente em Instituições de Longa Permanência", coordenado pelo Grupo de Estudos Longeviver da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), composto por docentes, bolsistas, alunos de graduação da área da saúde e colaboradores do grupo. O projeto incluiu 8 instituições sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, localizadas na cidade de Natal, estado do Rio Grande do Norte, nordeste do Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética/UFRN sob parecer nº 2.366.555.

Resultados: As oficinas foram realizadas no período de 4 semanas, nos meses de outubro a novembro/2019, com certificação para todos os participantes. Os temas constituíram-se de conceitos básicos do processo de envelhecimento humano, cuidados relacionados as principais patologias que envolvem os idosos, prevenção de lesões por pressão e quedas, entre outros. Participaram 100% dos cuidadores das 8 ILPI inscritas. As oficinas ocorreram nas dependências do departamento de saúde coletiva/UFRN, de forma presencial, de modo a oportunizar aos cuidadores a construção do conhecimento, por meio de rodas de conversas, trabalhos em grupo e atividades práticas cotidianas inerentes a profissão, com a finalidade de melhoria na formação e na qualificação do cuidado à pessoa idosa.

Discussão/Conclusão: A realização das oficinas possibilitou capacitar um número significativo de cuidadores com certificação para o exercício da profissão, beneficiando os idosos que está a aumentar nas instituições e que necessitam de cuidado qualificado. Torna-se importante aumentar a visibilidade deste profissional que cuida de idosos e que possam ter o devido reconhecimento profissional.

PD 04

DOENÇA DE MÉNÉTRIER – UM CASO DE UMA GASTROPATIA RARA NO IDOSO

Diana Ferreira da Silva; Ana Alexandre Calado; Clarisse Aguiar; Rafaela Sousa; Raquel Rosa; Rita Ramos de Carvalho
ACES Lezíria: USF Almeida Garrett; USF São Domingos; USF Planalto

Enquadramento teórico: A doença de Ménétrier é uma gastropatia hiperplásica rara que afeta sobretudo homens dos 30 aos 50 anos. Manifesta-se por sintomas inespecíficos e a endoscopia digestiva alta (EDA) auxilia no seu diagnóstico, ao permitir a obtenção de amostras cujo exame histológico demonstra hiperplasia das células mucosas superficiais e atrofia das células parietais e principais. Laboratorialmente verificam-se hipoalbuminémia e hipocloridria, sendo que a *Helicobacter pylori* e o citomegalovírus (CMV) podem estar na sua origem, assim como pode existir predisposição genética para o seu aparecimento. O tratamento desta patologia é farmacológico e, por fazer diagnóstico diferencial com neoplasias gástricas e por se tratar de uma lesão pré-maligna,

recomenda-se vigilância endoscópica anual.

Descrição do caso: Mulher de 90 anos com hipertensão arterial, dislipidemia e fibrilação auricular, para os quais se encontrava medicada. Em consulta de vigilância referiu cansaço fácil desde há cerca de 3 meses, associado a epigastralgias sem irradiação e tipo moinha, dispepsia e anorexia. O exame objetivo não revelou alterações importantes, à exceção de perda ponderal de cerca de 3kg nos últimos 6 meses. Prescreveu-se pantoprazol 40mg id e requisitou-se controlo analítico que revelou anemia microcítica e hipocrómica, e EDA cujo exame histológico das amostras colhidas indicou "marcada hiperplasia foveolar da mucosa do corpo gástrico; *Helicobacter pylori* negativa". Referenciou-se a doente a consulta urgente de gastroenterologia, onde foi realizada pesquisa de CMV – negativa – e controlo analítico que revelou hipoalbuminémia. Após longa marcha diagnóstica foi efetuado o diagnóstico de doença de Ménétrier com provável predisposição genética. Atualmente a doente mantém-se sob terapêutica com pantoprazol 40 mg/dia, assintomática e com indicação para realização anual de EDA, que doente aceitou.

Discussão/Conclusão: As queixas gastrintestinais são bastante referidas pela população idosa, sendo um motivo frequente de consulta nos Cuidados de Saúde Primários. Inúmeras patologias podem fazer diagnóstico diferencial com as queixas apresentadas por esta doente, daí a relevância deste caso clínico, que pretende dar a conhecer uma patologia rara, mas para a qual devemos estar alerta. Apesar da realização anual de EDA poder, no idoso, interferir com a qualidade de vida, cabe ao Médico Assistente a ponderação dos riscos e benefícios, tendo sempre em conta a vontade do paciente.

PD 05

QUEM CUIDA DO CUIDADOR?

Ana Catarina Fonseca[1]; Bárbara Gameiro[1]; Diogo Santos Costa[2]

[1]Interna de Formação Específica de Medicina Geral de Familiar, USF Serpa Pinto, ACeS Porto Ocidental; [2]Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Serpa Pinto, ACeS Porto Ocidental

Introdução: O envelhecimento conduz frequentemente à necessidade de cuidados e apoio nas atividades da vida diária. Esta responsabilidade recai habitualmente sobre um familiar, designado de cuidador informal (CI). Considera-se CI quem residir em Portugal, tiver mais de 18 anos e condições físicas e psicológicas para prestar os cuidados.

Descrição do caso: Família alargada, tradicional e equilibrada, com um Apgar Familiar de 5. A filha, utente de 55 anos, enfermeira, com antecedentes de perturbação depressiva, é CI da mãe. Contactou o médico de família (MF) devido ao agravamento recente do estado de saúde da mãe, já encaminhada para consulta de Psicogeriatria por patologia psiquiátrica. Manifestava períodos de confusão, com delírios persecutórios em relação à família, heteroagressividade e verborreia, recusando cumprir a medicação, desde há 1 mês. Foi encaminhada ao serviço de Urgência, onde foi excluída patologia orgânica e feito ajuste da medicação. Uma semana depois, a filha referia manutenção das alterações comportamentais, dificuldade em gerir a situação familiar e expressava um elevado grau de exaustão. Em consulta com MF utilizaram-se as Escalas de Barthel, de Lawton & Brody, *Mini Mental State Examination* (MMSE) e Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a mãe. A Escala de Sobrecarga do Cuidador foi aplicada para avaliar o impacto na CI. Verificou-se que, apesar da mãe

apresentar MMSE 28/30, Yesavage 8/15 e graus de incapacidade/dependência moderados, a CI revelou um grau de sobrecarga intenso. Procedeu-se ao reajuste da medicação da mãe e a CI reiniciou fluoxetina. Foi ainda proposto apoio psicológico que recusou por estigma e sentimento de vergonha em relação à doença da mãe. A CI admitiu precisar de ajuda, mas disse ser impossível dada a recusa perentória da mãe em ter alguém estranho dentro de sua casa.

Conclusão: O burnout do CI é uma situação comum nos Cuidados de Saúde Primários e para a qual os MF devem estar alerta, pelo que o uso de ferramentas que permitam diagnosticar e monitorizar o grau de sobrecarga do CI se torna primordial na prática clínica. Este caso clínico pretende alertar para a necessidade de acompanhamento não só do doente, mas também dos que o rodeiam e que com ele sofrem o processo de doença.

PD 06

AMILOIDOSE TRANSTIRRETINA: UM DIAGNÓSTICO QUE FACILMENTE PASSA DESPERCEBIDO

Filipa Fernandes Órfão; Filipe Mateus; Filipa Duarte Silva
USF Cuidar Saúde - ACES Almada-Seixal

Introdução: Amiloidose é uma disfunção sistémica caracterizada por deposição extracelular de amiloide, em múltiplos órgãos. A amiloidose transtirretina (ATTR) resulta da acumulação de transtirretina (TTR) e pode ser de causa hereditária (com incidência importante em Portugal) ou sistémica senil (*wild-type*), associando-se a dois fenótipos principais: miocardiopatia amiloide e polineuropatia amiloide. A amiloidose sistémica senil manifesta-se predominantemente em caucasianos do sexo masculino, a partir da sexta década de vida. Apresenta-se maioritariamente com sintomas de insuficiência cardíaca, arritmias e ainda síndrome do túnel cárpico.

Descrição do caso: F.F de 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e status pós prótese do joelho. Recorre ao seu médico de família em 2017 com queixas de cansaço para médios e grandes esforços com menos de 1 ano de evolução e sensação de lipotímia com a posição de agachamento. Neste sentido, entre outros exames foi solicitado ecocardiograma, que revelou "paredes do ventrículo esquerdo espessadas concentricamente, mas de predomínio septal sugerindo miocardiopatia infiltrativa". Foi referenciado a consulta de cardiologia onde iniciou estudo, a destacar cintigrafia com Tc99m-DPD, que revelou "padrão de distribuição sugestivo de amiloidose TTR". Apesar de inicialmente pouco sintomático, no período de 2 anos o cansaço agravou e o controlo tensional tornou-se difícil, por episódios cada vez mais frequentes de hipotensão postural, motivando a necessidade de diminuição da dose de anti-hipertensores. Apesar de apresentar função sistólica preservada, por pressões de enchimento cardíaco elevadas, foi iniciada espironolactona. Atualmente, encontra-se internado por suspeita de acidente vascular cerebral.

Discussão: A ATTR, nomeadamente a forma senil, é uma causa subdiagnosticada de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, sendo muitas vezes detetada apenas em estudo post-mortem. Por se tratar de uma doença sistémica, exige um grau de suspeição muito elevado e de atenção aos variados sintomas. No caso apresentado, apesar de a manifestação mais evidente ser cardíaca, como é habitual, estavam presentes sintomas sugestivos de neuropatia autonómica, como a

hipotensão postural. O tratamento sintomático tem um papel fundamental. O prognóstico é reservado, principalmente por insuficiência cardíaca ou morte súbita, sendo a esperança média de vida de cerca de 5 anos.

PD 07

FIBRILHAÇÃO AURICULAR COMO UM ACHADO: QUANDO A ARRITMIA É SILENCIOSA

Catarina de Mendonça Machado; Afonso Caetano
USF Delta - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Introdução: Em todo o mundo, a Fibrilhação Auricular (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum em adultos, estando associada a morbilidade e mortalidade significativas e traduzindo um impacto negativo para os pacientes, saúde social e economia da saúde mundial. A idade avançada é um importante fator de risco para a ocorrência de FA. O espetro de apresentação clínica da FA é muito amplo, desde a ausência de sintomas à presença de sintomas incapacitantes. No geral, a FA aumenta o risco de acidente vascular cerebral (AVC) cinco vezes, é causa de uma diminuição significativa da qualidade de vida em geral numa elevada percentagem de doentes e está associada a uma taxa de mortalidade 3,5 vezes maior.
Descrição do caso: Relata-se o caso de uma doente com 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes não insulinodependente, infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), alfa-talassemia e osteoartrose observada na consulta de doença aguda, por um traumatismo torácico sofrido semanas antes e com astenia ligeira agravada desde essa altura. A doente não apresentava quaisquer outras queixas. Na auscultação cardíaca foi detetada uma arritmia, com o restante exame objetivo sem alterações relevantes. Foram pedidos vários exames complementares de diagnóstico: um Holter – que posteriormente evidenciou períodos de fibrilhação auricular paroxística com frequência cardíaca normal, uma radiografia do tórax com aspetos compatíveis com insuficiência cardíaca congestiva e um ecocardiograma sem alterações. Decidiu-se anticoagular a doente após a avaliação da sua relação risco-benefício com esta terapêutica.
Conclusão: Com este caso clínico, ilustra-se a sintomatologia recorrentemente vaga e inespecífica com que a Fibrilhação Auricular se pode manifestar e que pode atrasar o seu diagnóstico e tratamento, nomeadamente com anticoagulantes orais, que reduzem significativamente a ocorrência de AVC's e a mortalidade por todas as causas. O aumento da prevalência de FA e o aumento desta com a idade, associado à frequente frustre expressão desta arritmia, têm incentivado à implementação do rastreio oportunista de FA na prática clínica, sendo que as avaliações da relação custo-benefício em populações idosas parecem favorecê-lo, nomeadamente em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP).
Palavras-chave: Fibrilhação auricular; Anticoagulação oral; Cuidados de Saúde Primários.

PD 08

A GRANDE SIMULADORA

João Leite Guerra; Sandra Igreja Cunha; Tiago Moreira da Silva; Gil Correia
USF Marquês de Marialva

Introdução: As síndromes demenciais caracterizam-se pelo progressivo declínio na função cognitiva. O diagnóstico diferencial deve excluir quadros potencialmente reversíveis (alterações metabólicas, intoxicações, défices nutricionais e infeções). A demência já foi uma manifestação comum do envolvimento

do SNC da infeção por *Treponema pallidum*. Após a descoberta da penicilina, o número de casos de sífilis decresceu, assim como as formas terciárias desta doença.

Utente de 89 anos, sexo feminino, independente para as AVDs, com antecedentes de HTA, dislipidémia, doença venosa periférica e Lesão Renal Aguda. A 08-06-2020, em consulta telefónica, por iniciativa do filho, refere quadro de desorientação, desatenção, alterações mnésicas e fraca adesão à terapêutica, queixas percepcionadas apenas pelo filho e não pela utente. Apresentava TA: 131/84, FC:83 e T36.5º, medidos pelo filho. Foram solicitadas análises complementares (HIV, VDRL, TSH, ácido fólico, Vitamina B12), no âmbito do estudo de quadro demencial. A 12-08-2020, em consulta presencial de HTA, acompanhada pelo filho, deteta-se VDRL: POS (1/16) e ácido fólico 4.12 (N >5.38). Nesta consulta apresentou 26 pontos no MMSE. O estudo prosseguiu com a repetição VDRL e FTA/ABS, tendo concomitantemente iniciado ácido fólico 5 mg/dia. A 27-08-2020 entrega resultado de análises (VDRL: POS e FTA/ABS: POS). É feita a notificação no SINAVE de Sífilis, sendo posteriormente contactado o filho e explicado o diagnóstico e tratamento. Tanto a utente como o filho concordam com a terapêutica pelo que se prescreveu benzilpenicilina benzatínica 2.4M.U.I./6.5mL, e agendou-se a sua administração. Foi pedido estudo ao marido com VDRL – que se revelou negativo. Dois meses após o tratamento a utente recorreu à USF, acompanhando o marido a uma consulta, demostrando melhorias significativas na atenção e humor.

Conclusão: A sífilis é uma doença infeto-contagiosa causada pelo *Treponema pallidum*, de transmissão essencialmente sexual e declaração obrigatória. Em menor frequência pode ser transmitida por via intra-uterina (Sífilis congénita). Classifica-se em 2 estadios: precoce e tardia. Neste caso, importa perceber que a doença estaria em latência há vários anos, estando relacionada com doença neurológica ou cardiovascular. Por este motivo foi feito o despiste de causas orgânicas, fundamental de forma a não assumirmos à priori estas alterações mnésicas e de atenção como típicas da idade ou estadios iniciais de demência.

PD 09

NEVRALGIA DO PUDENDO – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Raquel Lobo Cardoso; Diana Rodrigues Pacheco
USF Horizonte, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A nevralgia do pudendo define-se como uma dor ao longo do dermátomo do nervo pudendo e pode ocorrer em ambos os sexos. Sendo uma patologia capaz de mimetizar muitas outras condições orgânicas, o seu diagnóstico surge geralmente após meses de sintomatologia. O presente relato de caso pretende enfatizar uma patologia rara, alguns dos seus aspetos clínicos e critérios de diagnóstico, demonstrando um exemplo de como o atraso no diagnóstico pode conduzir a um excessivo gasto de recursos em saúde bem como a um sofrimento físico e psicológico significativos.

Descrição do caso: Utente do sexo feminino, de 73 anos, recorre à consulta aberta da Unidade de Saúde Familiar (USF), em agosto 2016 por queixas de ardência vulvar e desconforto na região suprapúbica com três semanas de evolução. Realizou antibioterapia empírica, sem melhoria da sintomatologia. Por manutenção das queixas, recorre a várias consultas de Medicina Geral e Familiar na USF e a várias especialidades em regime público e privado, sendo medicada com vários antibió-

ticos, antifúngicos, corticóides, entre outros. Foram realizados vários exames auxiliares de diagnóstico e levantadas inúmeras hipóteses diagnósticas até que mais de um ano desde o surgimento dos primeiros sintomas se chega ao diagnóstico mais provável de nevralgia do pudendo. Apesar do diagnóstico, a doente continuou com a dor mal controlada, tendo mesmo de recorrer às opções de último recurso para o tratamento desta patologia.

Conclusão: A nevralgia do pudendo é uma patologia cujo diagnóstico se alcança habitualmente após muito tempo do início da sintomatologia do doente, com muito sofrimento físico e psicológico associado. Por este motivo, o relato de caso apresentado pretende sensibilizar o profissional de saúde para este diagnóstico e para a importância do médico de família enquanto elemento integrador dos cuidados do doente.

PD 10

A PRÁTICA DE QIGONG NO IDOSO

Lurdes Rovisco Branquinho; Joana Martins; João Nuno Malta; Alexandra Coelho; Carla Amaral
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O Qigong é uma prática de medicina tradicional chinesa que inclui técnicas de respiração diafragmática, movimentos corporais suaves e meditação, com benefício comprovado em várias doenças crónicas. No entanto, há ainda poucos estudos sobre os efeitos da prática de Qigong em doentes idosos, população com múltiplas comorbilidades, que poderão beneficiar não só dos efeitos já demonstrados em várias patologias, mas de outros efeitos transversais.

Objetivos: Obter uma revisão da literatura sobre os potenciais benefícios da prática do Qigong na população geriátrica.

Materiais e métodos: Neste trabalho de revisão foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas plataformas online MEDLINE (através do PubMed) e Cochrane Library, aplicando um filtro com os termos MeSH "QiGong" AND *aged*, data de publicação entre janeiro de 2011 e janeiro de 2021, e apenas ensaios clínicos randomizados. Os critérios de inclusão foram: estudos com participantes com idade igual ou superior a 65 anos, em que a prática de Qigong era comparada com placebo ou outras terapêuticas não farmacológicas, e cuja eficácia fosse avaliada através de escalas de funcionalidade, estado de saúde, qualidade de vida, auto-eficácia ou auto-estima. Foram identificados 78 artigos e, através da leitura do resumo, foram selecionados 7 que se coadunam com os critérios de inclusão propostos.

Resultados: Vários estudos demonstraram um aumento significativo nas escalas de qualidade de vida, estado de saúde, auto-eficácia e auto-estima e com a prática de Qigong. Apesar de nos estudos com doentes com dor crónica não ter havido melhoria nas escalas da dor, isoladamente, houve uma melhoria da funcionalidade, força e estado de saúde, incluindo nos parâmetros da dor do questionário SF-36, e noção auto-reportada de aumento de funcionalidade.

Discussão/Conclusões: Tendo em consideração a polimedicação no idoso, é importante explorar o potencial das terapêuticas não medicamentosas nesta população. A prática de Qigong pode trazer múltiplas vantagens, não só pela sua aplicabilidade e eficácia demonstrada em múltiplas patologias, mas também pela sua transversalidade com potencial aumento na funcionalidade, status de saúde e qualidade de vida, constituindo uma potencial arma terapêutica não farmacológica em doentes com múltiplas comorbilidades.

PD 11

RELATO DE CASO DE AUTONEGLIGÊNCIA, O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Tiago C. L. Macedo; Sandra Cunha; Sophia Martins; Sofia Vale Pereira
USF Trevim Sol

Introdução: A autonegligência no idoso implica o não cuidar de si numa multitude de vertentes e autoproteção. A prevalência é estimada entre 2-10% e normalmente está associada a idades avançadas, isolamento social, baixo nível socioeconómico, alterações cognitivas, patologia demencial e depressão. A situação complica-se quando o doente a faz de forma consciente e deliberada estando capaz de tomar e executar decisões de forma livre e consciente.

Descrição do caso: doente do sexo feminino, 76 anos, autónoma, residente em casa própria com todas as condições, com marido e filho. Classe socioeconómica média-baixa. Fase VI do ciclo de vida de Duvall. Antecedentes de depressão, HTA e múltiplas osteoartroses. Em consulta domiciliária de vigilância de HTA, doente apresentava-se chorosa, com múltiplas queixas osteoarticulares, marcha claudicante e HTA descontrolada. Medicada de forma crónica com antihipertensor, antidepressivo e analgésico, que cumpria de forma errática. Acordado com utente cumprimento terapêutico rigoroso, estudo analítico e estudo imagiológico. Após 3 meses, não executado estudo pedido, mantinha as patologias crónicas descompensadas e sem adesão terapêutica. O marido e filho foram envolvidos na elaboração de um plano individualizado. Acionou-se o serviço social e psicólogo clínico do ACES para avaliação conjunta. Constataram-se horários de sono irregulares, humor deprimido, diminuídos cuidados de higiene pessoal e domiciliária, dieta pobre à base de enlatados e vegetais. Verbalizava aceitação da morte, sem ideação suicida. Sem sinais de abuso por parte de terceiros, desidratação ou malnutrição, história de traumatismos, fraturas ou úlceras de pressão. Após múltiplos domicílios, foi aceite apoio de enfermagem para controlo de terapêutica crónica, mas recusados outros apoios e após ser equacionado o estatuto de maior acompanhado este também foi recusado. Neste momento encontra-se com queixas álgicas parcialmente controladas, HTA controlada e melhoria ligeira da depressão com a retoma da terapêutica.

Conclusão: A autonegligência é um importante fator de insucesso terapêutico, de perda de qualidade de vida, de aumento da morbimortalidade e é de difícil gestão. A sua abordagem deve passar por uma avaliação multidisciplinar integrando doente, familiares, equipa clínica e serviço social. A linha que separa a autonegligência deliberada da inconsciente é ténue e as avaliações que determinam a perda de autodeterminação são complexas.

PD 12

NOVOS TEMPOS NOVOS INSTRUMENTOS

Maria Eduarda Costa[1]; André Cardoso[2]; Mariana Freitas[3]; Ana Luísa Martins[1]
[1]USF São Domingos; [2]USF Alviela; [3]USF CampuSaúde

Impacto da ˝e-consulta˝ no controlo da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários.

Introdução: Dado o contexto pandémico atual a ˝e-consulta˝ (interação entre a profissional de saúde e o paciente através de meios eletrónicos) tem substituido as consultas presenciais, adotando desta forma um papel preponderante no dia-a-dia de um médico de Medicina Geral e Familiar. Aproximadamente 81% dos adultos em paises desenvolvidos

têm acesso a internet e telefone, tornando-as, desta forma, em ferramentas muito uteis na interação médico-utente. A consulta de Hipertensão arterial (HTA) é uma das ˝e-consultas˝ mais frequente dada a prevalência da HTA acima dos 50 anos de idade e ser um fator de risco de doença cardiovascular e de morte. Uma vez que o controlo da HTA é um dos maiores desafios, dada a pobre adesão ao tratamento e a estilos de vida saudáveis, decidimos realizar a seguinte revisão de forma a avaliar a eficácia da ˝e-consulta˝ no controlo da HTA.

Objetivo: Avaliar a evidência da e-consulta no controlo da HTA

Materiais e métodos: Foi efetuada uma pesquisa em inúmeras bases de dados (The Cochrane Library, PubMed e Cross-references) e sites oficiais de entidades de saúde (OMS e SNS). Utilizaram-se os seguintes termos na pesquisa. ˝e health˝, ˝teleconsultation˝, ˝remote consultation˝, ˝primary health care˝, hypertension˝. A escolha dos artigos baseou-se no seu conteúdo e na robustez/evidência dos mesmas segundo a escala de SORT. Não foi definido criterio de exclusão temporal

Resultados: Após a pesquisa e a seleção obtivemos 8 artigos (2010 a 2020): 5 ensaios-diricos, 1 estudo quase experimental, 1 estudo transversal e 1 consenso. A ˝e-consulta˝ pode promover alterações no estilo de vida, melhorar o ˝outcome´ cardiaco, obter um melhor controlo da tensão arterial (TA) e diminuir o número de consultas presenciais.

Discussão/conclusão: A ˝e-consulta˝ de HTA é eficaz no controlo da TA e na diminuição do risco cardiovascular, E também uma estratégia que permite uma elevada abrangência a nivel populacional.

PD 13
SÍNDROME DA IMOBILIDADE – RELATO DE CASO

Flávia Cardoso Soares; Sónia Pinho
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) - Feira

Introdução: O síndrome da imobilidade é uma entidade cada vez mais prevalente na prática clínica, quer pelo crescente reconhecimento da mesma quer pelo envelhecimento populacional. Por definição é caracterizado como um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da imobilidade, por restrição a uma poltrona ou ao leito, por tempo prolongado. De etiologia multifatorial, acarreta implicações bio-psico-sociais importantes como a dependência para as AVDs e a diminuição da esperança média de vida.

Descrição do caso: Homem de 78 anos, referenciado para a ECCI Feira em janeiro de 2021 para reabilitação motora. Reformado de metalúrgico, casado, vive com a esposa. Cognitivamente íntegro, dependente total para as AVDs (0 pts. Escala Katz), acamado na sequência de internamento pós fratura traumática do colo femoral esquerdo. Trata-se de doente com antecedentes de DPOC, DAP, HTA, Aneurisma da artéria mesentérica inferior (2020), obesidade, hábitos alcoólicos e tabágicos marcados. Da sua medicação habitual consta furosemida, paracetamol+tramadol, rosuvastatina, bromazepam, indacaterol/glicopirrónio, diosmina e rivaroxabano. Na primeira avaliação médica o doente encontrava-se confinado no leito, visivelmente emagrecido (16 pts. Mini-Nutritional Assessment), pele e mucosas descoradas, com incontinência de esfíncteres, diminuição da força (4/5) e rigidez dos membros inferiores. Cognitivamente integro (25 pts. MiniMentalState) embora deprimido (10 pts. Escala

de Yesavage). Após uma avaliação geriátrica global foram detetados os seguintes problemas e prioridades: dependência total para as AVDs, imobilidade, desnutrição e perturbação depressiva. Optou-se pela requisição de análises clínicas e foi solicitado o apoio da enfermagem de reabilitação e da nutricionista da ECCI.

Conclusão: O envelhecimento é um processo global e transversal à condição humana, assume uma intensidade variável e resulta em déficits físicos, mentais, sociais e funcionais. O objetivo da avaliação geriátrica global é reconhecer o estado de envelhecimento do idoso, identificar atempadamente fatores de risco para os chamados grandes síndromes geriátricos, como é o caso do síndrome da imobilidade, e poder atuar melhorando em última instância a qualidade de vida do idoso.

PD 14

O COLECIONADOR DE GATOS – A PROPÓSITO DE UM CASO DE DEMÊNCIA FRONTOTEMPORAL

Hernâni-Eusébio J.; Machado A.
USF do Minho; Escola de Medicina da Universidade do Minho; Hospital de Braga

Introdução: A demência frontotemporal (DFT) afeta principalmente o "idoso jovem" (na sexta década de vida) e cursa com alteração do comportamento, desinibição e perda de empatia. Os utentes costumam perder insight sobre os sintomas, sendo a entrevista aos familiares fundamental. O diagnóstico é clínico, devendo excluir-se patologia psiquiátrica e neurodegenerativa com quadros semelhantes. Os comportamentos bizarros e até embaraçosos para os conviventes são frequentes, devendo o clínico munir-se de uma elevada suspeição diagnóstica na identificação destes casos. O médico de família (MF) adquire neste contexto um papel insubstituível ao avaliar integralmente o utente e o seu contexto.

Descrição do caso: Homem de 68 anos, vive com a esposa. Completou 4 anos de escolaridade e é agricultor. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e carcinoma da próstata, sob ramipril, rosuvastatina e dutasterida. Há 5 anos iniciou quadro de tristeza, irritação, perda de atenção e desorganização na execução de tarefas. Sintomas atribuídos a problema familiar pelo utente e seu MF. Até agora com agravamento progressivo dos sintomas, desleixo na higiene pessoal e episódios em que vai trabalhar para o campo de noite. Com insistência nos mesmos temas e hipersexualidade. Mais jococo que o habitual, com o humor elevado. Sem insight. Filha percecionou gastos avultados em compras de blocos de fiambre e frango de churrasco que o utente conservava na garagem (para a qual só ele tinha a chave). Verificada existência de 12 gatos na garagem que o utente terá colecionado ao longo de meses e terá alimentado com os itens supracitados. Quando confrontado pela filha diz que apenas terá salvo da rua 2 gatos. É levado a consulta com o MF que, face à alteração do comportamento o envia a Neurologia, onde realiza ressonância magnética e testes neuropsicológicos sem alterações. Firma-se clinicamente o diagnóstico de DFT, 6 anos após o início dos sintomas.

Conclusão: Os sintomas iniciais da DFT são inespecíficos e de difícil identificação. Uma abordagem holística ao utente é fundamental para o compreender e aos seus sintomas, assim procurando a causa do problema. Neste caso, só a atenção a pormenores do comportamento permitiram realizar o diagnóstico. Pese também que a normalidade dos exames auxiliares apenas exclui patologia estrutural, como se documenta no caso. Só assim se po-

derá gerir adequadamente um caso de DFT, cuja repercussão na qualidade de vida do utente e dos seus cuidadores é muito pesada.

PD 15

ENTRAVES AO ENVELHECIMENTO ATIVO: ACERCA DE UM CASO DE EDEMA DOS MEMBROS INFERIORES ASSIMÉTRICO

Alexandre Vasques; Diogo Evangelista; Inês Sintra; Camila Gonçalves; Marta Barroso
USF Oriente

Introdução: A fase de vida relativa ao envelhecimento, embora associada ao decaimento fisiológico, é repleta de oportunidades, sendo fundamental promover a melhor qualidade de vida possível, tendo como objetivo um envelhecimento ativo. O edema dos membros inferiores, embora geralmente inócuo, pode ter origem em patologias de maior gravidade e pode condicionar uma grande incapacidade, sendo fundamental estar alerta aos antecedentes e sinais de alarme.

Descrição: IA, 65 anos, género masculino, natural da Ucrânia, em Portugal há 20 anos. História pregressa de litíase renal e cólica renal geridos conservadoramente.

Em novembro/2019, por episódio de cólica renal, foi necessário proceder a intervenção cirúrgica com colocação de stent. Em março/2020, recorreu ao SU por edema assimétrico dos membros inferiores, com evolução progressiva desde dez/2019. Com afeção franca à esquerda e edema escrotal associado, refere impacto das AVD. Foi excluída patologia urgente tendo alta com orientação para avaliação pelo médico assistente. Em abril/2020 o utente recorreu ao MGF e, após estudo, excluiu-se patologia neoplásica, arterial e venosa, pelo que se referenciou a consulta de cirurgia vascular. Realizou-se linfocintigrafia, onde se objectivou compromisso grave do transporte linfático do MIE, sendo dada indicação para utilização de meias de compressão e drenagem linfática mecânica. Desde a primeira consulta nos CSP, objectivou-se uma grande preocupação por parte do utente e familiares, tendo havido um aumento do número de consultas por ausência de melhoria do quadro. Ao longo destas consultas foi fundamental esclarecimento sobre a patologia, desenvolver um plano em conjunto e gestão de expectativas devido ao impacto a nível da qualidade de vida, que irá acompanhar o utente de forma crónica.

Conclusão: Este caso, complexo pela clinica e pelos fatores biopsicossociais, enfatiza a saúde como um dos principais promotores para o envelhecimento ativo. Aqui, uma intercorrência condicionou o bem estar do utente e, embora tenha uma causa benigna, afetou a saúde física, psicológica, familiar e social do utente. É de extrema importância o papel do médico de família como apoio durante a transição para o envelhecimento, bem como durante as intercorrências que possam surgir. Neste caso, não sendo possível realizar uma terapêutica curativa, o apoio para a consciencialização da sua condição e alívio parcial com recurso a medidas conservadoras, permitiu aumentar o bem estar do utente.

PD 16

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL PÓS-MENOPÁUSICA – O QUE PODEMOS ENCONTRAR?

Daniela Cristina Fernandes Alves; Ricardo Jorge Saraiva Campos; Celina Pires Rosa
ACeS Cova da Beira - UCSP Belmonte

Enquadramento teórico: A hemorragia uterina anormal (HUA) que ocorre na pós-menopausa (sem exposição a terapêutica hormonal) deve ser sempre considerada como

motivo de preocupação por parte do médico assistente, já que traduz, com frequência, patologia orgânica.

Descrição do caso: Mulher de 66 anos que recorre ao seu médico de família por hemorragia uterina com 1 semana de evolução, com presença de sangue vermelho vivo por vezes mais escuro, sem queixas álgicas pélvicas. É solicitada uma ecografia ginecológica por via endocavitária, de caráter urgente. Um mês depois, a utente volta a contactar o centro de saúde referindo que não conseguiu realizar o exame por indisponibilidade das clínicas médicas, devido ao confinamento relacionado com a pandemia pela doença COVID-19. Pela impossibilidade em realizar o exame em ambulatório, a utente foi enviada ao serviço de Urgência de Ginecologia do hospital de referência, onde foi realizada ecografia ginecológica que mostrou espessamento endometrial de 8,25 mm e volumosa massa anexial de 18x5 cm, heterogénea. Foi realizada histeroscopia com biópsia endometrial que se revelou inconclusiva; o doseamento de marcadores revelou CA 125 normal e CA 72.4 e CEA elevados. Foi posteriormente submetida a laparotomia exploradora (omentectomia, apendicectomia, biópsias peritoneais, histerectomia e anexectomia bilateral), que revelou no estudo anatomopatológico tratar-se de um carcinoma mucinoso bem diferenciado com aspetos pseudomucinosos, com envolvimento dos ovários, da serosa das trompas, útero e apêndice, e do peritoneu; o estudo endometrial revelou hiperplasia simples do endométrio sem atipias. Estes achados, associados ao facto de a doente apresentar os marcadores CA 72.4 e CEA elevados, apontaram para a possibilidade de se tratar de doença secundária. A utente realizou estudo endoscópico e tomografia computorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica, pela hipótese de tumor primário do trato digestivo, mas não foi encontrada doença primária. Iniciou quimioterapia adjuvante com carboplatina e paclitaxel. Na TC de controlo após quimioterapia não apresentou sinais de recidiva.

Discussão: A HUA pós-menopausa deve ser sempre considerada um sinal de alarme e deve ser imediatamente investigada. A ecografia ginecológica endocavitária é o exame de eleição para estudo inicial. A sintomatologia da neoplasia do ovário é inespecífica e pode mesmo estar ausente em estadios iniciais, mas a HUA pode ocorrer.

PD 17

CUIDADOS EM FIM DE VIDA: AS DIFICULDADES TRAZIDAS PELA PANDEMIA COVID-19

Mara da Silva; Célia Santos Silva
USF Poente - ACeS Almada Seixal ARS Lisboa e Vale do Tejo

Introdução: A pandemia COVID-19 trouxe mais 10776 óbitos do que o expectável, e apenas cerca de 40% se devem à mesma. Na lista de utentes de uma USF, 10 novos idosos integraram os critérios de dependência grave pela escala de Barthel, número superior a iguais períodos de anos anteriores, por agravamento da sua patologia crónica de base, pela dificuldade de prestação de cuidados adequados.

Descrição do caso: Mulher de 75 anos, reformada, autónoma nas AVD's, viúva há 6 meses, a residir com uma das filhas com antecedentes de DM2 com LOA, HTA, DAP, dislipidemia, obesidade, gonartrose com PTJ, coxartrose, nevralgia pós-herpética e *status* pós Schistosomíase com ITU de repetição. Recentemente sofreu fratura do colo do fémur submetida a cirurgia, ficando acamada e de-

pendente. Progressivamente há instalação de défice cognitivo, com insónia e períodos de agitação psicomotora. Manteve os episódios recorrentes de ITU. A diabetes, já previamente de difícil controlo, manteve-se descontrolada, com vários episódios de hipoglicémia, quer por incumprimento terapêutico, quer por recusa alimentar. O apoio possível foi dado por teleconsulta (telefone e email) e através de visitas domiciliárias, para avaliação e ajuste terapêutico, adiando sempre qualquer ida ao serviço de Urgência, que a família recusava por receio. Foi pedido apoio da Unidade de Hospitalização Domiciliária, que acedeu inicialmente, mas que não conseguiu manter seguimento dado contexto pandémico e poucos recursos humanos para tantos pedidos. Deu-se apoio burocrático para integração da utente em Lar, mas dada escassez de vagas, ainda agravada em tempos pandémicos, não foi obtida resposta. Esta foi apenas possível pela integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, para descanso do cuidador. Programou-se colocação de sonda nasogástrica, tendo sido hospitalizada por cetoacidose, antes que isso acontecesse. Foi internada, falecendo poucos dias depois.

Conclusão: A pandemia mudou o paradigma em várias áreas médicas, uma delas, a da prestação de cuidados a idosos dependentes e/ou em fim de vida. Um problema pré-existente, mas que se viu agravado pelo contexto exigente. Urge a necessidade de melhorar o apoio aos médicos de medicina geral e familiar por parte de outras especialidades, por exemplo através de consultoria próxima, de melhorar os recursos sociais disponíveis e de perceber que competências teremos que adquirir e melhorar em virtude do contexto pandémico e das limitações que este nos impõe.

PD 18

MEDIDAS SIMPLES EM CUIDADOS PALIATIVOS, COM GRANDE ALÍVIO SINTOMÁTICO

Sérgio Alves; Paula Silva; Ferraz Gonçalves
ULSNE, IPO Porto

Introdução: Fístulas urogenitais e genitais-cólicas são comunicações anormais entre o trato genital feminino e o trato urinário ou entre o trato genital e o colon. Em países desenvolvidos, estes tipos de fístulas são incomuns e são frequentemente sequelas de cirurgia ginecológica, patologia pélvica grave ou radioterapia, por endarterite de pequenos vasos progressiva com anormalidades na irrigação dos tecidos abrangidos e problemas de cicatrização. Costumam estar associado a incontinência urinária persistente por lesão pós cirúrgica ou atividade anormal do detrusor. Apresenta-se de seguida o caso de uma mulher com fistula vesico-vaginal-cólica pós radioterapia e a gestão da situação.

Descrição do caso: Mulher de 71 anos, autónoma, capaz de tomar conta dos netos com antecedentes oncológicos de adenocarcinoma do endométrio, submetido a ressecção cirúrgica e braquiterapia em 2018 no IPO do Porto. Progressão da doença com recidiva pélvica central pelo que realizou radioterapia em janeiro de 2021. Desde essa altura de com dor não controlada, em ardência coincidente com a micção. A doente caracteriza-a como insuportável, atingindo estado de desespero e gritos. Recorreu várias vezes ao serviço de Urgência sendo medicada para ITU sem melhoria. Por persistência e agravamento de sintomas durantes meses é internada no Serviço de Cuidados Paliativos para controlo de sintomas. Decidida algaliação com alívio parcial das queixas de forma imediata. Com

a colaboração da cirurgia realizou-se colostomia com melhoria progressiva dos sintomas. Foi tentada desalgaliação previamente à alta com sucesso não despoletando novos sintomas, mantendo algum grau de incontinência urinária, essencialmente noturna. Como intercorrência, a doente foi reintervencionada por desinserção mucocutânea da colostomia. **Conclusão:** As fístulas devem ser consideradas possíveis efeitos secundários da radioterapia. Neste caso a atuação atempada de colocação de cateter urinário, perante a suspeita cínica de fístulização, de modo a evitar o contacto de fezes com o trato genito-urinária evitou sofrimento e assegurou o devido tratamento da doente e manutenção de qualidade de vida.

PD 19

A DOENTE E A FAMÍLIA – GESTÃO DO PROCESSO DE FIM DE VIDA

João Pedro Neto; Helena Duarte; Daniela Oliveira

Introdução: o apoio a um doente nos últimos dias de vida implica uma gestão cuidadosa de fatores clínicos e emocionais. Na Medicina Geral e Familiar, a exigência aumenta quando a doente, suportado pela família, expressa o desejo de morrer em casa, mas a última, assim como amigos próximos, questionam atitudes adotadas durante o processo.

Descrição do caso: doente do sexo feminino, caucasiana, com 95 anos, independente para as atividades de vida diária, que vive com irmã de 87 anos. Apresentava antecedentes de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e hipotiroidismo. Em janeiro de 2021, começa a apresentar um agravamento da astenia e dispneia, que vai progredindo no mês seguinte, tendo recorrido ao serviço de Urgência (SU) mais próximo, por elevação súbita da pressão arterial (PA), onde não foi identificado nenhum evento a justificar a mesma. Foi marcada consulta domiciliária, na qual se notou que já passava a maior parte do dia alectuada, com edemas generalizados, mas sem agravamento da dispneia ou dor, pelo que foi ajustada a terapêutica diurética e explicado à irmã que o declínio do estado da doente era expectável. Dois dias depois, desenvolveu um quadro de diminuição súbita da PA e disartria, tendo sido ativado o 112, que transportou a utente para o hospital, onde não foi objetivado qualquer evento, tendo sido dada alta à doente. Nesta fase, a última, com a concordância da irmã, manifestou a vontade de não ser enviada de novo a qualquer serviço de saúde, independentemente da evolução do seu estado clínico. Manteve-se o apoio à utente e à irmã, com a primeira a desenvolver períodos de desorientação e obstipação, até começar a ser referido, pela irmã e por vizinhas que ajudavam a cuidar da utente, que a mesma estava a deixar de comer, solicitando a colocação de uma sonda nasogástrica. Esta solução, devido à agressividade e ao rápido declínio do estado da doente, foi contraindicada, pelo que foi necessária a desconstrução da ideia de que só assim a utente morreria confortavelmente, tendo a irmã aceitado e a utente morrido dois dias depois.

Conclusão: os últimos dias de vida de um doente no domicílio, mesmo quando desejado pelo mesmo e pela família, revelam desafios para os quais a última não está preparada e a solução para os mesmos, por vezes, passa por medidas contrárias às que os cuidadores possam achar mais benéficas, pelo que se torna extremamente importante a disponibilidade da equipa da USF para acompanhar doente e cuidadores nesta etapa.

PD 20

REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO: CASO CLÍNICO

João Nuno Malta; Lurdes Rovisco Branquinho; Joana Santos-Costa
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A instabilidade da marcha é uma síndrome geriátrica de extrema importância, associando-se a limitação da mobilidade e risco acrescido de queda. As quedas associam-se a elevada morbimortalidade e representam uma das maiores ameaças à manutenção da independência funcional nos idosos. A população idosa apresenta menor reserva fisiológica a vários níveis. Como tal, as quedas e as alterações da marcha tendem a ter etiologia multifatorial. Assim, merecem uma abordagem holística cuidada e uma intervenção dirigida e abrangente. O presente caso clínico ilustra o papel da reabilitação na prevenção de quedas no idoso.

Descrição do caso: Uma mulher de 86 anos, viúva, foi referenciada a consulta de Reabilitação Geriátrica por quedas frequentes (4 nos últimos 6 meses, sem consequências major) e poliartralgias de ritmo mecânico. Foram avaliados o controlo da dor, a existência de barreiras arquitetónicas no domicílio, a medicação habitual e aplicadas escalas de avaliação, nomeadamente a escala de Katz (6/6), Lawton & Brody (7/8), classificação funcional da marcha de Holden (5/5 com apoio de bengala) e a escala de avaliação da confiança no equilíbrio (45%). Identificaram-se vários alvos de intervenção, tendo sido escalada a terapêutica analgésica, suspensa a benzodiazepina habitual, feitas recomendações sobre adaptações do domicílio e medidas de conservação de energia, incentivada a mobilidade com ensinos de exercícios de automobilização, e realizado um programa de reeducação do equilíbrio com fisioterapeuta, com foco em atividades funcionais. Após 5 meses, a doente apresentou-se sem qualquer episódio de queda desde a consulta anterior, com mobilidade ativa com dor controlada, deixou de ter necessidade de utilização de bengala, voltou a utilizar transportes públicos (Lawton & Brody evoluiu para 8/8) e apresentou ganho de confiança no equilíbrio (47,5%).

Conclusão: Este caso clínico ilustra a importância da abordagem holística desta população e do papel da reabilitação na potenciação do idoso para a manutenção da sua funcionalidade e participação social, nomeadamente através de uma intervenção multifatorial para prevenção de quedas. Os programas de reabilitação devem ter um foco funcional, ser motivantes, e adaptados ao ambiente familiar e realidade socioeconómica de cada doente.

PD 21

RENOVAÇÃO DO ATESTADO MÉDICO PARA A CARTA DE CONDUÇÃO NO IDOSO PODE SER UM DESAFIO!

Raquel Silva Calçada
USF Cruz de Celas

Introdução: A emissão de atestado médico (AM) para carta de condução é um ato médico comum na nossa prática clínica. Habitualmente, um ato simples, mas por vezes pode ser complexo quando falamos do idoso, com um longo historial de patologia e polimedicação. Outras vezes, é usado como oportuno para conhecer melhor o utente que temos à nossa frente, e assim interferir na sua qualidade de vida.

Descrição do caso: Homem 72 A, 1º consulta com médico de família (MF), objetivo pedir o AM para carta de condução. Reformado, ex-bancário, com família nuclear sem filhos,

fase VII do Ciclo de Duvall. Família classe média-alta de Graffar, funcional e com excelente relação com a esposa, que depende muito dos cuidados do marido. Antecedentes pessoais (AP): Adenocarcinoma do Cólon, Diabetes Mellitus (DM), Doença Coronária, HTA, Dislipidémia, Obstrução Intestinal. A emissão do AM permitiu criar uma relação empática médico-doente, passando o utente a ser frequentador assíduo dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), e preocupado com a sua saúde. Estamos perante um idoso com AP pesados, cuja informação completa só obtivemos ao fim de 6 consultas. Não era seguido em consulta médica regular, apresentava tensão arterial descontrolada, valores de Glicémia ao longo do dia, entre os 50-400 mg/dl, acarretando assim, risco de cetoacidose diabética e hipoglicemias durante a condução, colocando em risco a sua vida e de outros.

Conclusão: O objetivo deste caso clínico é reforçar a importância da relação médico-doente, para uma boa adesão terapêutica e assim melhorar o bem-estar do utente idoso. A falta de tempo para a consulta e o acesso tardio à informação clínica de novos utentes são algumas das limitações que surgem e que impossibilitam muitas vezes o MF de fazer mais e melhor. Contudo, existe uma grande vantagem nos CSP, que é a fácil acessibilidade dos utentes à consulta, permitindo que façamos intervenções clínicas continuadas no tempo. Quando falamos do doente idoso, é muito importante estar atento às suas limitações, optando sempre por esquemas terapêuticos simples, que consiga cumprir, e daí obter o máximo de benefício. A emissão de um AM para a carta de condução nem sempre é um ato médico simples, requer muita atenção principalmente no doente idoso. O MF tem neste âmbito, o privilégio e oportunidade de em diferentes tipos de consulta, conseguir interferir na orientação clínica dos seus doentes e assim melhorar a sua qualidade de vida.

PD 22

LOIÇA DEBAIXO DA CAMA E UM CLIMA DE DESCONFIANÇA – UM CASO CLÍNICO

Sofia Pinto da Costa, Hélder Aguiar
USF São João

Enquadramento: A diferenciação entre as alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento revelam-se um verdadeiro desafio, não só para próprio e para a sua família, como também para o médico de família (MF) que os acompanha. De facto, os "recém-idosos" deparam-se muitas vezes com alterações mentais e emocionais que podem confundir-se ou mesmo desencadear estados psiquiátricos graves, com repercussões significativas para si e para os que os rodeiam. A par dos rastreios efetuados a nível populacional e oportunistico, o MF encontra-se numa posição privilegiada para, ativamente ou por queixas pessoais ou de familiares, questionar alterações emocionais e mentais de forma a auxiliar atempadamente o utente na construção e idealização de um envelhecimento ativo e satisfatório para o próprio.

Descrição do caso: Mulher de 66 anos, com antecedentes de Dislipidemia, Diabetes Mellitus tipo 2 e excesso de peso, sem antecedentes do foro psiquiátrico. Vivia com o marido, a filha, o genro e o neto (sendo cuidadora deste). A filha recorreu ao MF há cerca de 2 meses para tentar solucionar um problema familiar com que se deparava, fruto de uma alteração recente de comportamento da mãe, que escondia objetos e desconfiava dos familiares. Em ambiente de consulta não foram identificadas alterações, no entanto a filha volta, duas semanas depois, a procurar

ajuda porque nota na mãe um agravamento progressivo das alterações comportamentais, chegando a ser agressiva com os familiares. Neste contexto é referenciada para Psiquiatria, mas recusa comparecer à consulta de Triagem, pelo que foi realizada uma consulta domiciliária pelo MF, fulcral para o processo de compreensão, investigação e intervenção no estado mental da utente.

Conclusão: Este caso ilustra, primeiramente, o dilema ético com que o médico se depara quando aquilo que observa na sua consulta difere do relato dos familiares, nomeadamente sobre alterações comportamentais. No entanto, com a evolução do quadro o MF apercebe-se das marcadas alterações comportamentais da utente. É neste ponto que o benefício da acessibilidade dos utentes aos Cuidados de Saúde Primários e da relação de proximidade do MF com os seus utentes e família se revela crucial para o manejo do estado de saúde desta utente.

PD 23

CANDIDEMIA INVASIVA: APRESENTAÇÃO NO DOENTE GERIÁTRICO E NOVOS MEIOS DE DIAGNÓSTICO PRECOCE

Manuel Tomás Caroço; Teresa Castro Pires; Rosario Blanco; Ana Paula Romualdo; Isabel V. Rodrigues; Ana Pimenta de Castro
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A candidíase invasiva é uma síndrome clínica caracterizada pela disseminação hematogénica de um agente fúngico (Candida spp) a múltiplos órgãos. Este caso expõe a ocorrência de uma infeção fúngica invasiva em doente geriátrico sem fator de imunossupressão evidente associado. Expondo a suscetibilidade do doente geriátrico a agentes fúngicos, este trabalho pretende:

- Alertar para situação clínica que aumenta o risco de candidemia no idoso;
- Realçar o potencial dos testes de diagnóstico independentes de cultura (TDICs) no diagnóstico precoce das candidemias.

Descrição do caso: Mulher, de 87 anos, totalmente dependente nas atividades da vida diária (Score de Frailty 6), recorreu ao serviço de Urgência por vómitos e diarreia com 1 dia de evolução. Observada paresia súbita do membro inferior esquerdo 1 hora antes. Antecedentes pessoais de relevo incluem diabetes mellitus do tipo 2, com bom controlo glicémico, infeções fúngicas vulvovaginais e urinárias de repetição. Apresentava-se desidratada, com hálito cetónico e em polipneia. Diagnosticou-se acidose láctica decorrente de toxicidade por metformina e enterite aguda. Durante o internamento, em contexto de diaforese, foi diagnosticado enfarte agudo do miocárdio, com apresentação atípica por elevação transitória do segmento ST. Diagnosticou-se acidente vascular cerebral, com múltiplos défices neurológicos de início súbito e lesões isquémicas encefálicas dispersas evidenciadas em ressonância magnética. Após estes diagnósticos, foi isolado Candida tropicalis em hemocultura. Iniciou-se terapêutica dirigida. Realizou ecocardiograma transtorácico, sem evidência de fonte séptica. No dia seguinte, verificou-se isquemia aguda do 1º e 5º dedos do pé direito. Ao 11º dia de internamento, a doente faleceu.

Conclusão: O caso apresentado corrobora a evidência existente relativamente à suscetibilidade aumentada do doente geriátrico no que respeita a infeções menos comuns na comunidade. A enterite aguda é uma porta de entrada conhecida para um agente fúngico, uma vez que estes microrganismos residem na flora intestinal. A existência de TDICs, de alta sensibilidade e especificidade, para de-

tecção de candidemia merece atenção. A utilização de TDIC's no caso apresentado poderia ter evitado a morte, com a instituição pronta de terapêutica antifúngica. Torna-se fulcral a realização de estudos com vista a definir as situações clínicas em que os TDIC's deverão ser aplicados.

PD 24

SÃO RARAS MAS ACONTECEM! – A PROPÓSITO DE REAÇÕES CUTÂNEAS

Sílvia Raquel Santos; Catarina Silva Araújo; Joana Vieira Naia; Ricardo Miguel Costa; Armanda Duarte; Cindy Tribuna
Hospital de Braga

Introdução: O Eritema Multiforme (EM) resulta de reação de hipersensibilidade tipo IV, em que as células T reconhecem moléculas exógenas como potencialmente perigosas, desencadeando uma cascata de citotoxicidade contra as células basais de vários epitélios. A etiologia mais comum do EM é a infeção (sobretudo por herpes simplex), fármacos (antibióticos) e ainda mais raramente doenças auto-imunes.

Discussão do caso: Mulher de 86 anos, institucionalizada, sem alergias conhecidas, com antecedentes patologia cardiovascular e alterações cognitivas não degenerativas em estudo em Neurologia. Solicitada (CE) de Neurologia prioritária pelo declínio progressivo do estado cognitivo nos últimos 2 meses, caracterizado por desorientação, alucinações visuais e auditivas, discurso confuso e incapacidade de se alimentar pela própria mão. Na CE apresentou disartria e mioclonias multifocais generalizadas, pelo que foi encaminhada ao serviço de Urgência (SU). Analiticamente ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória tipo 2. Na Tomografia Computarizada (TC) craneoencefálica "Não se observam lesões hemorrágicas intracranianas ou imagens seguras de lesões isquémicas recentes. Discreta leucoencefalopatia isquémica periventricular anterior." No eletroencefalograma "Excluído estado de mal epiléptico electroclínico." Na TC torácica "zona de condensação na porção mais dependente da base pulmonar esquerda". No SU foi observada por Neurologia que referiu que a prioridade seria tratar a intercorrência infeciosa, e que a encefalopatia melhoraria progressivamente. Foi medicada com levetiracetam e ceftriaxone. Apesar das medidas implementadas apresentou depressão do estado de consciência no internamento. Foi tentada punção lombar sem sucesso dado o biótipo e espasticidade marcada. Em dia 4 de internamento iniciada empiricamente terapêutica para presumível infeção do sistema nervoso central com ampicilina, vancomicina e aciclovir. Em dia 6 mantinha-se sem reposta à terapêutica instituída e ainda apresentava de novo EM disperso pelo tegumento cutâneo.

Conclusão: O EM pode acontecer em qualquer doente independentemente da presença de alergias prévias. Nesta doente pode ter tido origem tanto na infeção como na introdução de novos antibióticos. Habitualmente é limitado, mas pode também disseminar-se pela pele e mucosas. O tratamento consiste em eliminar o potencial desencadeador e em alguns casos associar corticoterapia.

PD 25

UMA PALAVRA VALE MAIS QUE MIL ACTOS – UM CASO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Paulo M. Guariento, Mariana Lameiras
USF Carnide Quer

A comunicação em saúde é uma vertente cada vez mais importante na era de fácil acesso à informação em que vivemos, prin-

cipalmente no idoso com multipatologia. O tempo em consulta de Medicina Geral e Familiar é escasso para dar respostas a todas as necessidades dos utentes. Para além disso, a população idosa apresenta em geral mais dificuldades em compreender termos técnicos, gerir a abordagem de múltiplos assuntos e adaptar-se a mudanças. Deste modo, é possível que a comunicação médico-doente em consulta com gerontes possa ser deficitária e estar na origem de iatrogenia e dificuldade na optimização clínica do utente e qualidade de vida. Em março de 2019 observamos uma senhora de 86 anos de idade com múltiplas patologias (Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença renal crónica e osteoartrose) que veio à consulta trazer exames pedidos para investigar um agravamento de cansaço. Apresentava um electrocardiograma uma fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular controlada. Fez ajuste da terapêutica para a ICC e iniciou anticoagulação com NOAC ajustado à função renal. Em maio de 2019 a doente vem à consulta do dia por um episodio 1 semana antes de amaurose fugaz que durou 2 dias, com resolução total do quadro, mantendo apenas mal-estar geral. Por não apresentar alterações ao exame neurológico sumário nem alterações de visão, tendo sinais vitais estáveis, foi pedido um TAC de crâneo de urgência em ambulatório. Após 3 dias a utente traz o resultado do exame, mantendo os sintomas, com um diagnóstico de "Enfarte isquémico recente cortico-subcortical temporo-parietal a direita com componente hemorrágico cortico-pial a condicionar moderado efeito de massa sobre o átrio e porção posterior do ventrículo lateral direito". A utente foi reencaminhada para a urgência do Hospital de Santa Maria tendo sido internada durante 13 dias por AVC da artéria cerebral média direita com transformação hemorrágica, tendo tido alta sem sequelas relevantes do AVC e anticoagulada com o mesmo NOAC que tem cumprido até aos dias de hoje.

Deste modo, podemos constatar a importância de uma comunicação eficaz em saúde principalmente no idoso com multipatologia, e a iatrogenia que pode decorrer da ausência desta. Deve haver um investimento na formação médica nesta área de modo a se encontrar ferramentas para garantir uma comunicação mais clara e eficaz.

PD 26

DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE DOENÇA DE CORPOS DE LEWY COM INTERCORRENTE SÍNDROME PARKINSÓNICO, SEROTONINÉRGICO E DE SUNDOWN – GESTÃO DE SINTOMAS COMPORTAMENTAIS, COGNITIVOS E DO HUMOR

Rita Diniz Gomes; Cátia Santos; Nelson Descalço; Nuno Costa; Filipa Moutinho
Hospital Garcia de Orta

Introdução: A doença de corpos de Lewy (DCL) é uma doença degenerativa cujos sintomas característicos são demência com flutuação na função cognitiva, fases recorrentes *delirium-like*, alucinações visuais e parkinsonismo. Descreve-se um caso de diagnóstico inaugural de DCL com sintomas depressivos e psicóticos, intercorrentes hipersensibilidades aos fármacos (antipsicóticos e antidepressivos) e síndrome de Sundown.

Descrição do caso: Doente de 75 anos, com história de episódios depressivos ligeiros que nos últimos 5 anos se foi apresentando mais lentificada, menos conversadora e com queixas de alterações da memória, mantendo-se autónoma. Por quadro de alterações flutuantes

do comportamento, locomoção e cognição, foi levada ao serviço de Urgência (SU), onde se objetivou: "Inquietação motora. Desorientada no tempo. Atitude desconfiada. Atenção não sustentada. Humor irritável. Discurso provocado. Pensamento lentificado, pouco coerente, tangencial, perseverante com delírio de prejuízo e ideias de morte. Crítica parcial". Admitiu-se Síndrome confusional sobreposto em doença neurodegenerativa, com agravamento depressivo, tendo sido internada para estudo e otimização terapêutica. Titulou-se terapêutica antidepressiva e iniciou-se risperidona 0.5mg com melhoria da confusão mental mas surgimento de síndrome parkinsónico e serotoninérgico. Foi avaliada por Neurologia e feito estudo com RM-CE, Datscan, eletroencefalograma, exclusão de causas secundárias e auto-imunidade, exame microbiológico do líquido cefalorraquidiano, pesquisa de anticorpos antineuronais, pesquisa de biomarcadores de D. Alzheimer e proteína 14-3-3. Foi colocada a hipótese diagnóstica de Doença de Corpos de Lewy, pelo que se titulou L-DOPA/C-DOPA e rivastigmina. Verificou-se melhoria na locomoção, e dos sintomas psicóticos com clozapina, mas face à refratariedade do humor depressivo e hipersensibilidade aos fármacos induzida pela doença foi submetida a Electroconvulsivoterapia. O quadro manteve flutuação vespertina compatível com síndrome de sundown. Dada melhoria, teve alta para consulta de neuropsiquiatria.

Conclusão: Após exclusão de causas reversíveis e de demência rapidamente progressiva, face à resposta aos fármacos instituídos e à grande flutuação do quadro, concluiu-se por provável DCL. Espera-se contribuir para um melhor conhecimento desta patologia, subdiagnosticada, e partilhar a nossa experiência na gestão comportamental e de sintomas cognitivos/humor.

PD 27

NÃO MORREU DE COVID MAS... MORREU NA SOLIDÃO!

Liliana Marto; Carla Martins; Renata Sousa
USF Tiago de Almeida - ACES do Alto Minho

Introdução: Em março de 2020 assistiu-se ao reconhecimento da COVID-19 como pandemia pela OMS. Os idosos institucionalizados, considerados como tendo um risco acrescido de morte e de complicações devido a doença COVID, foram enquadrados numa conjuntura legal que visava a sua proteção, mas que inviabilizou, quase na totalidade, o contacto dos utentes com as famílias e amigos, fraturando as relações pessoais. A solidão que daí adveio, e as suas consequências nos próprios e nas famílias, é algo que merece a atenção dos CSP dado o impacto negativo na saúde de todas as partes envolvidas.

Descrição do caso: Mulher, 67 anos. Antecedentes de excesso de peso, dislipidemia, hipertensão e depressão pós-parto. Medicação habitual: Perindopril + Amlodipina 5/10mg e atorvastatina 20mg. Em abril de 2020 recorre à consulta por ansiedade, insónia intermédia e sensação de tristeza associada a culpa e preocupação com o pai, de 89 anos, enquadrado em família de acolhimento em fevereiro de 2020, com quem já não tem contato presencial desde março. Orientada no tempo e no espaço, aparência geral cuidada, discurso coerente, mas lentificado, humor deprimido com adequação dos afetos em relação ao conteúdo do pensamento. Ideias organizadas, mas pensamentos persistentes de culpa por ter institucionalizado o pai. A decisão foi tomada por aumento de necessidade de cuidados, que a família não conseguia proporcionar, mas com a perspetiva de manutenção da proximidade e dos afetos, o que não estava

a acontecer. Sem alterações da memória, do discernimento ou ideação suicida. Exame neurológico sumário normal. Perda ponderal de 5% em 3 meses. Restante exame objetivo normal. Medica-se com sertralina 50 mg e trazodona 150 mg e marca-se consulta em 6 semanas. Nessa consulta, refere melhoria do sono, mas agravamento dos sintomas depressivos. O pai faleceu na semana anterior e a utente não teve oportunidade de o ver, nem mesmo nas cerimónias fúnebres. Aumenta-se a dose de sertralina para 100mg e referencia-se a Psicologia. Em abril de 2021 mantém acompanhamento de psicologia e reconhece que não ter visto o seu pai desde a sua institucionalização até à sua morte foi determinante para a dificuldade na aceitação da perda.

Conclusão: A pandemia não trouxe apenas problemas de saúde diretos e mensuráveis. As consequências em termos de saúde mental, particularmente nos utentes institucionalizados e suas famílias, é algo que tem impacto significativo e que deve ser alvo de análise e acompanhamento atempados.

PD 28

A ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DO IDOSO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM CONTEXTO DE PANDEMIA

C. Joana Sousa[1]; Ana Mafalda Cunha[1]; Beatriz Alcântra[1]; Bernardo Tomás Ferreira[1]; Elsa Roça[1]; Natália Estrabocha[1]; Susana Pimentel[2]; Eugénia Costa[3]; Rubina Moniz[3]
[1]USF Pinhal Saúde - ACeS Arrábida, ARSLVT;
[2]UCC-ECCI Palmela - ACeS Arrábida, ARSLVT;
[3]URAP Palmela - ACeS Arrábida, ARSLVT

Enquadramento: Os Cuidados de Saúde Primários são o primeiro contacto do utente com o sistema de saúde. São motor de incentivo à participação nos processos de saúde e às abordagens multissetoriais, promovendo a saúde da comunidade. O Médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) tem um papel crucial na coordenação de cuidados, promoção do trabalho em equipa e utilização dos recursos de forma eficiente, equitativa e solidária. A pandemia COVID-19 provocou impacto na saúde física e mental dos idosos pelo isolamento social e sedentarismo.

Descrição do caso: Utente género masculino, 72 anos, sem MGF. Antecedentes pessoais de HTA e insuficiência venosa dos membros inferiores (MI). Autónomo até ao confinamento, quando desenvolveu quadro álgico dos MI e agravamento da dependência. Permanecia 24h sentado, o que exacerbou as doenças de base por imobilidade. Caso sinalizado pela filha (com antecedentes de ansiedade, mau relacionamento com o pai e pouca disponibilidade para dar apoio) em consulta de MGF. Inscreveu-se utente na lista médica e foi realizada visita domiciliária. Utente reside com esposa (70 anos, doença psiquiátrica desconhecida), em casa própria sem condições de salubridade por acumulação, sujidade e desordem. Ambos com mau estado de higiene. À observação utente orientado no tempo, espaço e pessoa, consciente da sua situação, humor deprimido, irritável, ruminativo. MI com edemas, flictenas e úlcera de pressão da região sagrada. Barthel 10. Solicitada avaliação analítica e medicou-se em conformidade. Enfermeira de família iniciou tratamentos e foi referenciado a fisioterapeuta da URAP. Verificou-se melhoria clínica mas manutenção do grau de dependência. Referenciado para RNCCI-ECCI. Realizada intervenção multidisciplinar e interdisciplinar centrada no utente e sua família, em articulação com MGF, assistente social, enfermeiro gestor de caso, psicóloga, fisioterapeuta e parceiros sociais. Alta

da ECCI independente (Barthel 100), feridas cicatrizadas, doenças de base controladas e com situação social melhorada, mantendo cuidados sociais e seguimento em MGF.

Discussão: Este caso visa demonstrar os benefícios obtidos através da abordagem holística e a relevância da integração dos vários recursos das unidades funcionais do ACES, que resultou na resolução de problemas de saúde existentes. Estas intervenções complexas permitem manter o compromisso com a justiça e equidade em saúde. Evidencia-se o agravamento dos problemas de saúde e sociais causados pela pandemia.

PD 29

CEFALEIA E AVC ISQUÉMICO NO IDOSO: A DOR COMO MENSAGEIRA

Sofia Azevedo Vale[1]; Joana Gomes Cochicho[2]; Filipa Carvalho[3]; Joana Pinto[3]; José Manuel Araújo[3]; Margarida Rodrigues[3]

[1]USF d´As Terras de Lanhoso - ACES Cávado II – Gerês/Cabreira; [2]Serviço de Medicina Interna, Hospital Doutor José Maria Grande; [3]Serviço de Neurologia, Hospital de Braga

Nos idosos um sintoma comum como cefaleia tem com maior frequência uma causa grave subjacente. Trauma, tumores e doenças cerebrovasculares representam etiologias preocupantes e potencialmente tratáveis. Enquanto nas patologias que resultam em lesões ocupantes de espaço os exames de imagem são esclarecedores, noutras, como a arterite de células gigantes, o diagnóstico baseia-se na clínica. No AVC, a presença de cefaleia é mais vulgar no tipo hemorrágico e associa-se a outros sintomas neurológicos. Quando resulta de insulto isquémico apresenta-se de forma mais variável, podendo a dor ser um sintoma prodrómico e cardinal.

Mulher, 84 anos com HTA e dislipidemia medicadas, recorreu ao SU por dor pulsátil e intensa temporal direita iniciada 3 dias antes. A dor acompanhava-se de náuseas, vertigem, instabilidade na marcha e respondia parcialmente à analgesia. Sem outros sintomas ou história de febre, infeção ou traumatismo. No exame neurológico não se detetaram sinais focais, os pulsos das artérias temporais eram palpáveis, indolores e de consistência normal. Após realização de TAC cerebral sem alterações e de análises com PCR ligeiramente aumentada, mas VS normal foram explicados sinais de alarme e agendada consulta de reavaliação. Uma semana depois a dor mantinha-se preservando as características iniciais. Destacavam-se a localização unilateral, frequência diária, baixa resposta terapêutica e agravamento do desequilíbrio. O exame neurológico revelava hemianopsia homónima esquerda, hemihipostesia ipsilateral, marcha instável com base alargada. Repetida a TAC cerebral que mostrou pequena lesão isquémica recente occipital direita, aprofundou-se o estudo imagiológico pela suspeita de oclusão de grande vaso. A angio-TAC mostrou interrupção de fluxo na artéria cerebral posterior direita e achados de ateromatose intracraniana; na RMN eram evidentes áreas de enfarte occipitais direitas e no tálamo do mesmo lado, não existindo área de penumbra. Iniciou-se dupla antiagregação.

Apresentou-se um caso atípico em que cefaleia foi o sintoma dominante de um evento isquémico. A sua evolução relativamente prolongada foi notável e resulta do mecanismo fisiopatológico explicado pela vasodilatação extrema compensatória dos vasos leptomeníngeos. Sendo os sintomas da área cerebral afetada sintomaticamente menos eloquentes, o exame neurológico foi fundamental para o diagnóstico. A dor pelo seu contexto epide-

miológico e características deixou, desde o início, uma mensagem clara de alerta.

PD 30

DELIRIUM COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE INFEÇÃO POR SARS-COV-2 EM IDOSA

Joao Bicudo-Melo, Jennefer Guimaraes de Sousa, Ana Rita Ferreira
HDES, Ponta Delgada

Introdução: O delirium é uma perturbação da função mental caracterizada por alterações do conteúdo do pensamento e da memória, diminuição da capacidade de concentração, confusão mental e distúrbios da perceção, frequente em idosos principalmente durante quadros infeciosos e/ou internamento hospitalar.

Descrição do caso: Mulher, 79 anos, viúva, reside com filha, doméstica, e genro, pescador, em freguesia à data sob cerca sanitária por elevada incidência de casos de infeção por SARS-CoV-2. Co-habitantes assintomáticos e sem história de contactos com casos confirmados ou suspeitos de Covid-19. Com antecedentes médicos de patologia osteo-degenerativa, não cumprindo qualquer medicação. Mantinha total independência funcional e cognição preservada previamente ao evento. Nos dois dias anteriores à admissão terá iniciado episódios confusionais transitórios, sem outras alterações concorrentes, nomeadamente sintomatologia respiratória ou febre. Por frugalidade da sintomatologia, filha terá optado por não valorização, tendo protelado recurso ao hospital. Ao 3º dia de sintomas, com agravamento do seu estado, com quadro confusional agudo grave, com incapacidade de reconhecimento dos familiares e da habitação e comportamento inadequado. Filha decidiu encaminhar a utente para o hospital, não a tendo acompanhado. À admissão, por incapacidade da utente prestar informações, ausência de cuidador de colmatasse lacunas de informação e ser proveniente de localidade sob cerca sanitária, foi decidido encaminhamento da utente para área Covid do serviço de Urgência. Ao exame objetivo apresentava semiologia sugestiva de quadro confusional agudo, sem outras alterações detetáveis. Apresentava-se apirética, hemodinâmicamente estável, com saturação de O2 em ar ambiente de 97%. Foram solicitados estudos analíticos e pesquisa molecular de SARS-CoV-2. Analiticamente sem alterações no hemograma, com Proteína C reativa de 2,49 mg/dL e Procalcitonina de 0,10 ng/mL. SARS-Cov-2 detetado, compatível com estirpe inglesa, com Ct para os genes N e ORF1a de 17 e 15 ciclos, respetivamente. Optou-se pelo internamento da utente.

Conclusão: Ainda que sintomatologia confusional não integre os critérios clínicos para classificação do utente como caso suspeito para Covid 19, verifica-se que em idosos a apresentação da infeção pode decorrer desta forma, pelo que importa considerar esta semiologia aquando do processo de classificação do caso como suspeito de infeção pelo novo coronavírus nesta faixa etária.

PD 31

EVOLUÇÃO DE UMA ÚLCERA CRÓNICA

Mariana Santos Miranda; Joana Ribeiro da Costa; Tatiana Bento; Ana Carolina C. Marques; Raquel Landeiro
USF Vale do Sorraia

O carcinoma espinocelular (CEC) é uma neoplasia maligna da pele com potencial de invasão tecidular e metastização. Surge em qualquer parte do corpo, o diagnóstico é feito por biópsia da lesão e o tratamento consiste

na excisão, quimioterapia e radioterapia. O prognóstico é mais favorável em lesões de pequenas dimensões, sem invasão perineural e se removido numa fase precoce.

Homem, 82 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, epilepsia e hipertrofia benigna da próstata e polimedicado. A 13/02/2019 recorreu à consulta por lesão na face interna da perna direita, sem traumatismo. Objetivou-se lesão de 2cm de diâmetro, bordos bem definidos e tecido de granulação central, ligeiramente exofítico. Pediu-se ecodoppler venoso dos membros inferiores (MIs), referenciou-se à dermatologia por suspeita de lesão neoplásica ulcerada e agendou-se reavaliação em 2 meses. A 16/04 na consulta de dermatologia no hospital de referência (HDR) assumiram úlcera e teve alta. A 24/05 é observado pelo médico de família (MF) por não apresentar melhoria clínica e efetuou-se nova referenciação por se manter suspeita. A 16/07, em nova consulta no HDR considerou-se a situação sobreponível. Em setembro fez ecodoppler venoso que apresentava ligeiro refluxo safeno-poplíteo bilateral e referenciou-se à cirurgia vascular. Nessa consulta, a 29/10, foi medicado com bioflavonoides 1000mg, pentoxifilina 400mg e ácido acetilsalicílico 100mg e pedido ecodoppler arterial dos MIs. A 8/11 foi observado pelo MF e por aumento do diâmetro da lesão referenciou-se à dermatologia noutro hospital. A 27/12 foi avaliado nessa consulta, apresentando úlcera superficial de 10cm com tecido de granulação central, bordos inespecíficos e dermite de estase perilesional. Agendou-se reavaliação em 3 meses, ponderando biópsia se não houver melhoria. O MF e a equipa de enfermagem acompanharam evolução do tratamento semanalmente, sem melhoria mas sim aumento da extensão da lesão. Atingido um ano de evolução, contactou-se telefonicamente a CV e Dermatologia, para antecipar as consultas. A 14/02/2020 em dermatologia fez biópsia com histologia de CEC e em duas semanas fez-se excisão radial extensa sem intercorrências e referenciou-se a oncologia.

Este caso retrata os cuidados de saúde centrados na pessoa prestados pelo MF. Ao acompanhar a evolução clínica e o tratamento, não se conformou com o primeiro diagnóstico, e movido pela procura de melhores cuidados teve um papel fulcral na resolução deste caso.

PD 32

DR.ª, DIGA-ME A VERDADE: ELE PULOU A CERCA?! – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Madalena Neto; Yara Andrade; Lucília Martinho
USF Carnide Quer

O declínio cognitivo é um achado frequente no idoso e uma queixa comum na consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF). O seu reconhecimento deve levar a uma marcha diagnóstica que procure identificar a(s) causa(s). Entre as etiologias reversíveis, encontra-se a neurossífilis, uma entidade clinicamente heterogénea, rara, mas equacionável na investigação de queixas cognitivas. Descreve-se o caso de um homem de 71 anos com antecedentes de DHC alcoólica, DPOC tabágica (cessação há 8 anos), hipoacúsia, AIT há 2 anos de etiologia desconhecida e gastrectomia parcial aos 40 anos, por úlcera duodenal. Recorreu à consulta de MGF por alterações mnésicas recentes, identificadas pela esposa, que o acompanhava. Ao exame neurológico, destacavam-se tremor em repouso e intencional e rigidez dos membros superiores em roda dentada, sobretudo à esquerda. Apresentava ainda eritema palmar e flapping.

Perante as alterações descritas, foi levantada a hipótese diagnóstica de demência. Uma síndrome extra-piramidal ou o alcoolismo podiam estar na sua origem, mas era necessário excluir outras causas. Na consulta seguinte, veio acompanhado pela esposa mostrar os resultados dos meios complementares de diagnóstico (MCDs) requisitados, que revelavam VDRL e TPHA positivos. O doente negava história de sífilis ou medicação com penicilina. A presença do casal requereu uma explicação cuidadosa dos resultados e da necessidade de requisitar análises à esposa, que, incomodada, questionou acerca da infecção e da fidelidade do marido. Mais tarde, sozinho, o doente admitiu contacto sexual de risco décadas antes, o que permitiu classificar a doença como sífilis latente tardia. A presença de défices cognitivos fez suspeitar de uma neurossífilis tardia. A hipoacúsia podia significar otossífilis (habitualmente assimétrica) e o AIT uma sífilis meningo-vascular, apesar de serem mais expectáveis na fase precoce da infecção. Foi referenciado à Infecciologia, onde se preconizou tratamento com penicilina 2.4M/semana durante 3 semanas, subsequente titulação de VDRL e eventual punção lombar. Este caso relembra que a população idosa foi (e muitas vezes é) sexualmente activa, pelo que essa componente não deve ser desprezada na prática clínica. Recorda ainda que os resultados dos MCDs pedidos nesse âmbito podem ter um impacto negativo na dinâmica conjugal. Cabe ao médico de família garantir a privacidade do doente na comunicação de resultados, estando em posição privilegiada para ajudar a resolver eventuais conflitos deles resultantes.

PD 33

"ERA SÓ UM LACRIMEJO": CASO CLINICO

Alexandre Vasques
USF Oriente

Introdução: O seguimento ao longo da vida de um utente permite ao médico de família adquirir um conhecimento aprofundado relativamente ao seu estado habitual de saúde. Esta visão longitudinal coloca o MGF numa posição de vantagem aquando do surgimento de alterações, sejam ou não um dos motivos de consulta. Tendo esta posição, é fundamental estar atento durante o desenrolar da consulta, para eventuais alterações que os utentes não verbalizem, mas que possam ter significado clinico e patológico.

Descrição: MPM, 83 anos, género masculino, natural de Socorro, com história pregressa de HTA, dislipidémia, DRC IIIa e neoplasia maligna da próstata diagnosticada em 2010, submetido a hormonoterapia e mantendo vigilância em consulta de urologia. Em Jan/2020, recorre a consulta do dia na USF com o seu médico de família, com queixas de olho inflamado, vista desfocada e lacrimejo com 4 dias de evolução. Durante a entrevista clinica e, embora apenas referisse estas queixas, o médico objectivou um estrabismo convergente do olho direito de novo, que o utente não valorizava. Quando questionado relativamente a outros sintomas do foro neurológico, o utente refere um episódio de resolução espontânea de fala arrastada, há cerca de 1 mês atrás. A nível do EO objectivou-se parésia completa a nível do olho direito com diplopia associada, pelo que se optou por referenciar o utente ao SU. A nível do SU o utente foi observado por oftalmologia e neurologia e realizou TC CE, onde se objectivou uma lesão no ângulo ponto-cerebelo à direita, de bor-

dos mal definidos e densidade heterogénea. Ficou internado para melhor esclarecimento do quadro. Durante o internamento realizou-se RMN que permitiu chegar ao diagnóstico de quisto epidermóide branco de conteúdo proteico e deformação do VI par craniano à direita, com indicação para vigilância imagiológica seriada. Em consulta de neurocirurgia em Mar/2021 objectiva-se regressão completa da parésia do VI par e, em reavaliação por RMN, já não está presente lesão, tendo-se posto a hipótese de reabsorção completa e tendo indicação para reavaliação dentro de 1 ano para exclusão da recidiva da lesão.

Conclusão: Este caso, reforça a importância da longitudinalidade do seguimento dos doentes, permitindo o reconhecimento de alterações a nível do exame objectivo que os utentes poderão não valorizar e orientar de acordo com estes achados. Embora o caso actual tenha uma causa e desfecho benignos, foi de extrema relevância esta orientação.

PD 34

QUANDO UM MAL NUNCA VEM SÓ

Rita Lourenço; Victoria Radamovschi; Luís Pinto
USF CelaSaúde

Introdução: O envelhecimento da população está associado ao aumento de idosos com multimorbilidade e consequente polifarmácia, aumentando o risco de interações, reações adversas e uso inadequado. A maior longevidade implica a existência de cuidados e estruturas de saúde direcionados ao utente geriátrico, em toda a sua vertente bio-psico-social.

Descrição do caso: Homem de 72 anos, viúvo, fumador, com antecedentes de espasmo difuso do esófago (1990), adenoma da supra-renal (2016), hiperuricemia e excesso de peso. Em março de 2020 foi diagnosticado com leucemia de grandes linfócitos granulares CD8 e, em janeiro de 2021, sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, na sequência do qual foi diagnosticado com fibrilhação auricular e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, aguardando colocação de cardiodesfibrilhador implantável. Previamente medicado apenas com alopurinol 100 mg e alprazolam 0,5 mg, iniciou apixabano 5mg, atorvastatina 20 mg + ezetimibe 10 mg, carvedilol 6,25 mg, espironolactona 25 mg, furosemida 40 mg e sacubitril+valsartan 24 mg + 26 mg. Em consulta com o seu médico assistente, em Fevereiro de 2021, verificou-se fraca adesão terapêutica ao sacubitril+valsartan, por episódios de hipotensão sintomática, e ao apixabano, por hemorragia hemorroidal. Trouxe para apreciação TC pélvica, a qual evidenciava nódulo com 2,9cm, muito suspeito de lesão neoplásica tipo carcinoma papilar do rim. Foi referenciado a consulta de Urologia, aguardando nefrectomia radical esquerda.

Conclusão: Este caso retrata um doente que foi cuidador da esposa, falecida por leucemia em outubro/2019, pelo que descurou os auto-cuidados de saúde, e retomou o contacto com o seu médico assistente apenas na sequência do AVC. As múltiplas e graves comorbilidades recentemente diagnosticadas tiveram grande impacto na qualidade de vida do utente – apesar de relativamente assintomático, passou a sentir-se "idoso" pela forma repentina com que iniciou múltiplos fármacos, pela necessidade de seguimento regular em várias consultas e pelo peso dos diagnósticos estabelecidos, tendo sido a adesão terapêutica prejudicada pela polimedicação, pela existência de efeitos secundários e pelos parcos sintomas percecionados pelo utente. Assim, são vários os desafios colocados na gestão deste caso, desde as patologias em

questão, à polimedicação, à motivação para frequentar os cuidados de saúde, ao impacto psicológico e apoio social.

PD 35

DIARREIA PROLONGADA – SÍNDROME PÓS-COVID-19

Tatiana Luís; Joana Franco; Tânia Teixeira; Dúnia Rocha
Centro de saúde de Machico; SESARAM; epe USIT Centro de Saúde Praia da Vitória

Introdução: A maioria dos doentes com COVID-19 recupera e volta ao seu estado de saúde habitual, no entanto alguns podem ter sintomas persistentes durante semanas ou meses (até 9 meses) após a recuperação da doença aguda. Este estado persistente de doença é conhecido por síndrome pós-covid. Esta síndrome pode estar presente mesmo em doentes que não foram hospitalizados e caracteriza-se pela persistência de vários sintomas como fadiga, cefaleia, mialgias, diarreia entre outros.

Descrição do caso: Mulher de 69 anos, casada, família alargada, reformada, com antecedentes pessoais de Osteoporose, Hipertensão arterial, Osteoartrose da coluna lombar e Obesidade. Nega hábitos alcoólicos ou tabágicos. Utente teve infeção por SARS-COV2 em dezembro de 2020, apenas com sintomas ligeiros como astenia, diarreia e tosse. Vem à consulta a 10-3-2021, na qual refere que mantém dejeções diarreicas (6 dejeções/dia) , urgência e incontinência fecal. Ao exame objetivo: TA: 122/72 mmHg Peso: 72 Kg Altura:1,56 m IMC:29. ACP sem alterações de relevo. Abdómen: mole e depressível, sem dor ou defesa à palpação, RHA+, sem organomegalias. Toque rectal: Mariscas, sem outras alterações. Solicita-se coproculturas, pesquisa de sangue oculto nas fezes e inicia probiótico. Volta para reavaliação no mês seguinte, traz coproculturas negativas e PSOF negativa, refere que mantém cerca de 3 dejeções/dia, mas resolução da restante sintomatologia.

Conclusão: Os efeitos a longo prazo do COVID-19 ainda são, na sua maioria, desconhecidos, sendo por isso necessários mais estudos. Este caso alerta-nos para a importância do papel do médico de família na gestão da pandemia, uma vez que para além de ser fundamental promover as medidas de higiene e segurança que evitam a infeção viral, desempenha também um grande papel no acompanhamento após a infeção por COVID-19 uma vez que esta pode ter um grande impacto no estado de saúde do utente.

PD 36

CAUSA DE MORTE: ISOLAMENTO SOCIAL

Margarida S. Rocha; Vanessa Martins; Mara Cravid; Maria João Gomes; Isabel Duarte Ferreira
UCSP Sete Rios - ACES Lisboa Norte

Introdução: Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, viviam, em 2011, 400.964 idosos sozinhos em Portugal. Todos os dias, surgem notícias sobre os efeitos do isolamento social nos idosos. A pandemia por SARS-CoV2, com o confinamento e a diminuição extrema do contacto social veio agravar exponencialmente as dificuldades que os nossos idosos enfrentam no seu dia-a-dia, em particular no centro das grandes cidades, rodeados de incógnita vizinhança.

Descrição do caso: Lisboa, julho de 2020. Homem, 85 anos, autónomo nas actividades da vida diária, inicia quadro de tosse, febre (máximo 38.6ºC), mialgias e expectoração. Testou positivo para a SARS-COV-2, tendo recebido indicação para isolamento no domicílio com vigilância pela sua equipa de família. Averiguadas as estruturas de suporte do

utente, visita diária de funcionários da Junta de Freguesia que lhe entregavam mantimentos, já confeccionados. Mantém-se contacto telefónico diário. Ao 7º dia de doença mantém febre, pelo que, apreensivo por estar sozinho, recorre ao serviço de Urgência. Realizados exames complementares de diagnóstico, o doente tem alta para o domicílio sem novas indicações. Em D12 de doença, apirético, com melhoria do quadro e ansioso por sair de casa. Em D14, a equipa de família emite e marca com o laboratório teste de cura ao domicílio. Em D15, tentamos contactar o doente sem sucesso. Em D16, após nova tentativa de contacto, a equipa contactou a Junta de Freguesia da área de residência do utente, que revelou que o mesmo teria sido hospitalizado por tentativa de suicídio. Submetido a cirurgia urgente por feridas autoinfligidas, presença de hemoperitoneu, hemopneumotórax bilateral, entre outros, o utente acabou por falecer.

Conclusão: Esta é a história de uma vítima do isolamento social. Um óbito indirecto por SARS-CoV2, vítima das restrições do caso positivo – uma complicação da doença ainda pouco estudada e menos ainda prevenida. Nem a visita diária do staff da Junta de Freguesia nem o acompanhamento médico telefónico que nunca faltou foram suficientes para evitar que este idoso, residente no centro da capital do país, sentisse angustiadamente a solidão que o fez pôr fim à vida.

PD 37

AMILOIDOSE CARDÍACA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Correia de Azevedo; Rui Correia de Sá
USF Famalicão I

Introdução: A amiloidose cardíaca é uma doença cardíaca infiltrativa que cursa com hipertrofia ventricular esquerda. É uma doença progressiva, potencialmente fatal e frequentemente subdiagnosticada. Apresentamos um caso clínico de amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 95 anos, cognitivamente íntegra, Escala de Barthel – dependência ligeira. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Medicação habitual: Furosemida 40 mg bid, Daflon® 500 mg bid; Oxicodona/Naloxona 5/2,5 mg bid; Lorazepam, 2,5 mg id. Após 2 anos sem consultas na Unidade de Saúde por se encontrar a viver noutra região do país, a doente recorre a consulta de Saúde de Adultos com o seu médico de família para vigilância do seu estado de saúde. Referia dispneia para médios esforços e negava qualquer outra sintomatologia associada.

Do exame objetivo há a referir: TA 117/73 mmHg, FC 91 bpm

Auscultação cardíaca: Sopro sistólico grau III/VI, sem irradiação carotídea. Alguns períodos de disritmia. Pulsos radiais: Amplos, rítmicos e simétricos. Sem edemas periféricos e sem estase na auscultação pulmonar.

Solicitou-se: Ecocardiograma transtorácico: Hipertrofia severa do septo interventricular e moderada das restantes paredes do VE, sem evidencia de obstrução em repouso. Insuficiências valvulares degenerativas mitral, aórtica e tricúspide de grau ligeiro. FSGBV conservada. FE: 57%. Eletrocardiograma: Baixa voltagem. Holter: Ritmo sinusal interpolado por Ritmo auricular multifocal e por alguns períodos muito curtos duvidosos onde não se pode excluir Ritmo de FA. Frequentes ESV (43/hora), muito frequentes ESSV (489/hora). Registaram-se 215 episódios de taquicardia supraventricular não sustentados. Iniciou-se hipocoagulação com edoxabano, 30 mg e, pela forte suspeição de amiloidose cardíaca,

referenciou-se para a consulta externa de cardiologia onde realizou Cintigrafia com DPD: achados sugestivos de amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina (score 3).

Conclusão: A cardiomiopatia amiloide por deposição de transtirretina afeta um número crescente de doentes que vamos lidando na prática clínica diária. A identificação precoce destes indivíduos é crítica sendo, portanto, de suma importância a valorização e integração de dados do exame objetivo e dos meios complementares de diagnóstico.

PD 38

DESPIDOS DE TABUS NA TERCEIRA IDADE

Carolina Simas; Cristina Raposo; Luís Tavares; Maria Gabriela Correia
Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel

Introdução: O médico, como ser humano, carrega crenças e preconceitos que podem deturpar o seu sentido clínico. Tal como não existem doenças, mas sim doentes, é importante relembrar que há pessoas e vivências, e não ceder a estereótipos relacionados com a idade. Olhar para o doente como um todo, fazer uma anamnese detalhada e privilegiar sempre o exame objetivo (EO), é, na maioria das vezes, o suficiente para alcançar o diagnóstico.

Descrição do caso: Mulher de 83 anos, autónoma, viúva, com hipertensão arterial, dislipidemia, osteoporose, osteoartrose, anemia crónica e síndrome vertiginoso. Recorre a consulta urgente por episódios de dor lombar com 4 meses de evolução e pequenas hemorragias vaginais com odor intenso, sem outras queixas. EO: dor à palpação da coluna lombar e musculatura envolvente; Lasegue negativo bilateralmente. Por recusa de exame ginecológico, pedida ecografia endovaginal: "inconclusiva por dificuldade de introdução, toque de colo de consistência pétrea e com cone de sombra a sugerir Tomografia Computorizada (TC) pélvica". Constatando-se ainda astenia e perda de peso, pedida TC toraco-abdomino-pélvica e análises urgentes, destacando-se "vagina amplamente distendida por conteúdo gasoso e de densidade adiposa? cremes tópicos ou outro conteúdo? a confrontar com exame físico dirigido" e análises com "Hb 9.6, VGM 75, VS 60 e PCR 6.8". Sensibilizou-se novamente a utente para a importância do exame ginecológico, realizado após o seu consentimento: corpo estranho de cor metálica na vagina, de difícil remoção, por aparente efeito de vácuo. Por todos os riscos inerentes, foi inquirida novamente, tendo confessado tratar-se da tampa de um perfume, sobre a qual teria caído acidentalmente. Removeu-se cuidadosamente e foi medicada com antibioterapia tópica e oral, reavaliando-se a posteriori.

Conclusão: Este caso evidencia fragilidades tanto da parte da doente, que teve pudor em revelar a verdade e passou vários meses com queixas, como do médico, por juízos pré-concebidos e por suspeitar de outra etiologia, tendo-se protelado o exame ginecológico - que poderia ter sido diagnóstico - e acabando a doente por ser sujeita a uma sobrecarga de exames, com subsequente ansiedade. Sendo a sexualidade parte integrante do ser humano e perante o aumento da esperança média de vida, torna-se fulcral a sua abordagem na 3ª idade. É essencial que o médico se sinta à vontade para abordar o tema, para que o doente também o faça, desmistificando-se preconceitos e estigmas.

PD 39

TELECONSULTA: A IMPORTÂNCIA DOS ANTECEDENTES PESSOAIS PARA O DIAGNÓSTICO CORRETO DA DOENÇA ATUAL

Ana Correia de Azevedo; Rui Correia de Sá
USF Famalicão I

Introdução: O ano de 2020 foi marcado pela pandemia da COVID-19. Toda a organização dos cuidados de saúde sofreu uma alteração substancial com a criação de áreas dedicadas aos doentes respiratórios tentando, concomitantemente, suprir as necessidades assistenciais de todos os outros doentes. Na prossecução deste objetivo uma parte significativa das consultas passou a ser a realizada por telefone. A consulta telefónica, permitindo maior acessibilidade, apresenta óbvias limitações no que respeita à realização do exame objetivo, procedimento clínico de suma importância para a senda diagnóstica. Assim, é ainda mais fulcral uma anamnese cuidada.

Descrição do caso: Doente de 66 anos, sexo masculino. Antecedentes Pessoais: Obesidade, Dislipidemia, Coronariopatia, Disfunção Erétil, Ex- fumador 40 UMA, carcinoma epidermoide nasofaringe (desde 2018), patologia degenerativa da coluna lombar- submetido a cirurgia a hérnia discal L4-L5 há 11 anos. Medicado com: Atorvastatina 20mg id; Nitroglicerina, 0.5 mg em SOS; Carvedilol 3,125 mg bid; Valsartan, 80 mg, id; Enviou email a solicitar contacto telefónico por parte do seu médico de família para requerer credencial para realização de TAC da coluna lombar. Referia lombociatalgia intensa com claudicação da marcha dizendo que esta sintomatologia era muito idêntica à que teve quando foi submetido a neurocirurgia. Não referia, de forma espontânea, qualquer outra sintomatologia sendo muito persuasivo na associação das queixas com a patologia da coluna lombar. Atendendo ao ónus significativo de fatores de risco e patologia cardiovascular foram questionados ativamente sinais e sintomas de doença arterial periférica tendo-se constatado a presença de claudicação intermitente em agravamento progressivo desde há 3 semanas e de pé direito mais frio. Foi dada a indicação para recorrer ao serviço de Urgência de Cirurgia Vascular, tendo ficado internado para tratamento cirúrgico de isquemia grau III do membro inferior direito por trombose de aneurisma poplíteo.

Conclusão: Apesar da relevância dos exames subsidiários a verdade é que a história clínica é basilar. Numa consulta realizada sem possibilidade de exame objetivo ou realização de exames, um juízo clínico sólido tem que se alicerçar numa anamnese exímia. O médico de família, pelo acesso privilegiado aos antecedentes pessoais e familiares do seu doente, encontra-se numa posição de excelência para a orientação correta de cada condição clínica.

PD 40

"IDOSO COM ANEMIA? AVALIA!"

Mélanie Magalhães[1]; Virgínia Abreu Marques[1]; Leonor Pinto Serra[1]; Soraia Branco[1]; Inês Francisco[1]; Pedro Silva Pereira[1]; Maria João Samora[1]; F. Humberto Marques[2]
[1]USF Rainha Santa Isabel; [2]USF Tapada

Introdução: A anemia nos idosos é uma patologia frequente e, por vezes, entendida como consequência do processo de envelhecimento ou como marcador de doença crónica. A anemia contribui de forma significativa para a morbilidade e mortalidade, tendo grande impacto na qualidade de vida do doente idoso. A síndrome Mielodisplásica (SMD) é caracterizada por uma ou mais citopenias com medula

hipercelular e hematopoiese ineficaz e está associada a elevado risco de transformação leucémica. A anemia sintomática é a sua forma mais frequente de apresentação.

Descrição do caso: Mulher, 80 anos, diabética, hipertensa, polimedicada, com dependência ligeira nas atividades da vida diária recorre a consulta com a médica assistente por incontinência urinária refratária a tratamento. Ao exame objetivo a doente apresenta-se hemodinamicamente estável, consciente orientada e colaborante mas com palidez cutâneo-mucosa marcada. Restante exame objetivo sem alterações, nomeadamente ausência de adenopatias periféricas ou organomegálias palpáveis. Ao inquérito mais cuidado apuramos astenia, anorexia, dispneia para pequenos esforços, perda ponderal (5 kg) e sudorese noturna com 1 mês de evolução. Solicitou-se estudo analítico que revelou anemia macrocítica não megaloblástica (9,7 g/dL) e leucopenia (2,1 G/L) com neutropenia (0,4 G/L). O esfregaço de sangue periférico mostrou anisocitose e eritroblastos. Foi contactada colega de Hematologia do hospital de referência e acordada reavaliação analítica e consulta de especialidade em 1 semana. 5 dias após a primeira avaliação a doente recorre a consulta de doença aguda por febre (38º C), prostração, hipotensão (80/50 mmHg) e lesões purpúricas nos membros superiores e inferiores, pelo que foi referenciada para o serviço de Urgência tendo ficado internada para estudo e tratamento. Permaneceu internada durante 13 dias, com evolução favorável, e a investigação adicional revelou um SMD com excesso de blastos-2 (15 %) – SMD de muito alto risco. Mantém seguimento em ambulatório com avaliação das necessidades transfusionais e proposta terapêutica com agente hipometilante.

Conclusão: Independentemente do motivo da consulta o médico de família deve manter uma abordagem holística na sua consulta realizando uma avaliação clínica do doente e mantendo-se atento a sinais de alarme no exame objetivo. Igualmente importante é a comunicação com o doente para a deteção de sinais e sintomas não valorizados por este mas que possam necessitar de investigação adicional.

PD 41

ISOLAMENTO SOCIAL DO IDOSO EM TEMPO COVID

Carla Encarnação; Cláudia Sacramento; Sandra Silva; Sofia Silva
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

A OMS classifica como idosos todos os indivíduos com 60 ou mais anos. Pode se verificar grandes variações nesta faixa etária quanto às condições de saúde, níveis de participação na sociedade, bem como na independência existente nos diferentes contextos vividos (Schnerder, 2008). COVID-19 é o nome atribuído, pela OMS, à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que pode causar infeção respiratória grave como a pneumonia (DGS, 2020). O isolamento social consiste na falta de contacto social, principalmente por motivos de ausência familiar, inexistência de envolvimento na comunidade ou com o meio envolvente, bem como por motivos de ausência ou dificuldade no acesso aos diferentes serviços existentes na comunidade (Caetano, 2013).

Objetivo: O objetivo traçado para este trabalho é identificar as diferentes necessidades do idoso e mediante as mesmas estabelecer planos de cuidados adaptados à pessoa.

Metodologia: As metodologias utilizadas para a elaboração deste documento foram a explo-

ratória e a descritiva, tendo sido consultados documentos, tais como normas e artigos de revistas disponíveis.

Resultados: Existe um vasto número de fatores a que as pessoas estão frequentemente expostas, podendo os mesmos resultar no aumento do risco de isolamento social, por exemplo (Bezerra, 2021): Doença mental grave; Doença crónica; Mobilidade reduzida; Incapacidade (por exemplo, surdez, cegueira); Dependência de substâncias psicoativas; Desempenhar papel de cuidador informal permanente; Características específicas no local de trabalho. Na perspetiva da Enfermagem, o isolamento social começou por ser considerado um estado no qual o indivíduo experimenta uma necessidade de contacto com outros, mas não o concretiza, sendo o mesmo encarado como algo involuntário e negativo. Tal situação pode conduzir à falta de sentimentos de pertença e/ou de compromisso e originar uma diminuição da quantidade e qualidade de contactos e/ou relações, podendo a pessoa experienciar sentimentos de exclusão social (Santos, 2019).

Discussão/Conclusões: O isolamento social tem influência na morbilidade, mortalidade, longevidade e na esperança média de vida, sendo um fator importante que contribui para o envelhecimento do organismo (Santos, 2019). O contexto pandémico em que vivemos potencia o aumento do isolamento social junto dos idosos, sendo de fulcral importância a existência de mecanismos que visem a prevenção deste problema.

PD 42

USO DE CANABINÓIDES NA DOR NEUROPÁTICA – MAIS UMA ARMA TERAPÊUTICA?

Nádia Matos Lopes[1]; Gonçalo Gonçalves[1]; Catarina dos Vais[2]

[1]Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel; [2]Unidade de Saúde da Ilha do Pico

Introdução: A prevalência estimada de dor crónica com componente neuropática na população geral varia entre 6% e 10%. Os fármacos disponíveis mostram eficácia limitada, e por vezes os riscos associados superam os benefícios. O uso de canabinóides no tratamento da dor neuropática apresenta-se como uma opção, apesar da sua eficácia não se encontrar bem esclarecida.

Objetivos: Averiguar a eficácia das terapêuticas à base de cannabis, comparadas com o placebo ou com outros tratamentos convencionais para a dor crónica neuropática no adulto.

Materiais e métodos: Realizou-se uma revisão baseada na evidência através da pesquisa, nas principais bases de dados científicas, de normas de orientação clínica (NOC), meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS) e estudos originais, publicados entre janeiro de 2018 e março de 2021, em inglês, utilizando os termos MeSH *cannabis*, *cannabinoids* e *neuropathic pain*. Comparou-se a eficácia dos canabinóides, em qualquer formulação, com o placebo ou com outros tratamentos convencionais. A melhoria da dor, avaliada através de escalas validadas, foi o outcome definido. Foram excluídos os estudos que não se enquadravam no objetivo ou os duplicados. Para atribuição do nível de evidência (NE) e a força de recomendação (FR), foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Academy of Family Physicians*.

Resultados: Do total de 127 artigos encontrados, 27 foram selecionados para leitura integral e destes, 15 foram incluídos na revisão. A análise realizada incluiu 5 NOC, 7 RS, 2 ensaios clínicos aleatorizados (ECA) e 1 estudo de coorte. Das NOC, 3 recomendam o uso de canabinóides como terapêutica adjuvante em terceira linha e 2 não recomendam o seu uso, pelo risco de efeitos adversos. Duas RS alertam para o facto dos efeitos adversos superarem os benefícios, enquanto que as restantes reportam uma melhoria modesta, mas significativa, da dor neuropática. Ambos os ECA revelam melhorias significativas da dor neuropática, tendo, no entanto, recorrido a diferentes formulações de canabinóides O estudo prospectivo de coorte não demonstra vantagens no alívio da dor a longo prazo.

Discussão/Conclusões: O recurso a canabinóides poderá ser considerado para o tratamento adjuvante da dor neuropática quando houver falha terapêutica das opções convencionais (FR B). A literatura existente demonstra limitações, tornando-se pertinente o desenvolvimento de estudos com maior tamanho amostral e follow up mais prolongado.

PD 43

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E CANCRO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Correia de Azevedo; Rui Correia de Sá
USF Famalicão I

Introdução: A trombose venosa profunda (TVP) sem fator causal evidente pode ser a primeira manifestação de neoplasia oculta. As neoplasias mais frequentemente envolvidas são as hematológicas, do ovário, pâncreas, fígado, rim e pulmão. Após o diagnóstico de uma TVP é importante uma reavaliação clínica do doente, com uma história clínica detalhada e eventual realização de exames subsidiários com vista a ponderar um despiste de doença oncológica. Apresentamos um caso clínico de provável neoplasia do pâncreas na sequência da investigação clínica após TVP.

Descrição do caso: Homem, 87 anos. Excelente estado geral, totalmente independente e cognitivamente íntegro.

Antecedentes Pessoais: HTA, dislipidemia, doença cerebrovascular e hiperplasia benigna da próstata.

Medicação Habitual: Tansulosina, 0.4 mg; Indapamida, 1.5 mg; Atorvastatina, 10 mg; Omeprazol, 20 mg; Triflusal, 300 mg, Alprazolam, 0.25 mg.

Agosto 2020: episódio de TVP sem aparente fator precipitante. Observado no serviço de Urgência foi medicado com edoxabano 30mg e trouxe informação clínica a sugerir exclusão de neoplasia oculta. O doente foi então reavaliado pelo médico de família estando totalmente assintomático. Encetou-se estudo de neoplasia oculta:

No estudo analítico há a destacar: – CA 19.9: POS. – Estudo endoscópico: sem alterações relevantes. – TC toracoabdomino-pélvico: Globosidade da região cefálica do pâncreas com cerca de 18 mm, a melhor caracterizar por RM para exclusão de lesão focal.

Doente referenciado para a consulta dos cuidados de saúde secundários para continuação da senda diagnóstica.

Conclusão: A gestão deste caso clínico precipitou-se através de uma nota de alta do serviço de Urgência. Ademais, o doente vinha já com a ideia enraizada que se seria necessária a realização de exames subsidiários. A decisão, pese embora, naturalmente, partilhada com o utente foi subscrita pelo médico assistente. Numa especialidade médica que tem intricados os estandartes dos níveis de prevenção urge refletir sobre a prevenção

quaternária em casos clínicos similares a estes. A literatura refere que a investigação leva ao diagnóstico precoce mas, sem impacto significativo na sobrevida, pode tornar-se pouco legítima esta perseguição diagnóstica quase ilimitada.

PD 44

HIPERTENSÃO ARTERIAL: ATÉ QUE PONTO ESSENCIAL?

Joana Vieira Naia; Ana Andrade Oliveira; Paulo Ferreira Gouveia
Hospital de Braga

Introdução: O hiperaldosteronismo primário define-se pela produção autónoma de aldosterona pelo córtex das suprarrenais (SR). As principais causas são adenoma (mais comum), hiperplasia e carcinoma das SR. Trata-se de uma condição subdiagnosticada de hipertensão arterial (HTA), devendo ser considerada perante a tríade clássica de HTA, hipocaliemia e alcalose metabólica, associada a hipernatremia. Contudo, mais de um terço dos doentes não apresentam hipocaliemia, pelo que o nível de suspeição deve ser alto, nomeadamente nos que apresentam HTA refratária ou grave.

Descrição do caso: Apresenta-se um caso de um homem de 71 anos, caucasiano, com antecedentes de HTA controlada com 16 anos de evolução. Sem outros antecedentes patológicos de relevo. Referenciado para a consulta de HTA por ter começado a apresentar, de forma gradual, valores tensionais persistentemente elevados. Assintomático e exame físico sem alterações de relevo. Analiticamente destacam-se razão aldosterona/renina e valores de aldosterona plasmática elevados (8.95 e 389 ng/dL, respetivamente), sem hipocaliemia, hipernatremia ou alcalose metabólica. Realizou tomografia computorizada (TC) das SR a revelar "SR globosas, mais proeminente na região da SR esquerda, achados relacionados com hiperplasia das SR". Assumido hiperaldosteronismo primário por hiperplasia SR, tendo-se iniciado tratamento com espironolactona, com normalização do perfil tensional.

Conclusão: Razão aldosterona/renina e aldosterona plasmática elevadas apontam para o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário. De seguida, devem realizar-se testes confirmatórios, como provas de sobrecarga salina, de supressão com fludrocortisona e de captopril. É ainda importante realizar TC das SR para diferenciar entre adenoma e hiperplasia SR, uma vez que têm abordagens diferentes. No caso descrito, pela forte suspeição clínica e alterações analíticas supracitadas (apesar da inexistência de hipocaliemia, hipernatremia ou alcalose metabólica), os autores optaram pelo início precoce de tratamento com fármacos poupadores de potássio, indicados nos casos de hiperplasia SR. Pelo maior risco cardiovascular comparativamente a doentes com HTA primária do mesmo grau, torna-se imperativo a sua rápida identificação e tratamento.

PD 45

DE CORPO E ALMA – UM RETRATO DE DOR

Lara Luis
USF Freamunde

Introdução: Nos idosos os fenómenos de dor são frequentes e, por esse motivo, avaliados em primeiro lugar pelos médicos de família. Este caso retrata um utente idoso, que por utilização frequente de consulta aberta por dor crónica foi realizada uma avaliação familiar.

Descrição: Homem, 71 anos, caucasiano, casado, 4º ano de escolaridade, reformado por invalidez após acidente agrícola em 2000.

Antecedentes de HTA, SAOS, obesidade, obstipação, depressão e dislipidemia.A escala de Lawton e Brody revelava uma dependência ligeira, enquanto a escala de Katz como independente e na escala de Barthel totalmente independente. Segundo a classificação funcional da marcha de Holden enquadrava-se na categoria 4, com apoio de 2 canadianas. Apesar do motivo da avaliação familiar ser dor crónica não controlada, o utente valoriza e centra o seu discurso no acidente que condicionou fratura da coluna lombar. Como consequência deixou de trabalhar na agricultura e reformou-se por invalidez, deixou de conduzir e, perdeu a "alegria de viver". Com o passar dos anos necessitou de apoio para deambular, inicialmente com uma canadiana (2002), e desde há 12 anos com duas; com lombalgia recorrente desde 2012. Quando inquirido encarou-o como um acidente, não culpando Deus pelo sucedido. Por sentir dificuldade em subir os degraus da igreja por dor não vai mais vezes à missa. Refere ter pensamentos persistentes sobre o acidente desde abril de 2019, altura em que iniciou um quadro de omalgia esquerda, com agravamento com o esforço e pior ao fim da tarde - possivelmente associado ao uso de canadianas. Quando questionado sobre como o poderíamos ajudar, refere que seria ajudando a "não se recordar tanto do acidente" e que o que o alegra são "os netos", não apresentando mais nada que o motive.

Conclusão: A dor crónica que foi causa de repetidas consultas abertas traduz-se numa espiral: se por um lado, a dor é tratada como aguda, sem instituição de terapêutica de base, a perpetuação desta dor levou à diminuição da atividade social e a um mal-estar consigo próprio e com quem o rodeia, transparecendo angústia existencial, sem solução para a sua situação. Para além da sugestão de ingresso no centro de dia, recusado pelo utente, foi iniciada medicação analgésica, referenciação para MFR e Psicologia.

PD 46

QUÉRION EM IDADE ADULTA – UMA COMPLICAÇÃO RARA E SEVERA DA *TINEA CAPITIS*

Natércia Silva[1]; Daniela Marques[2]; Olga Pereira[3]
[1]USF Fafe Sentinela; [2]USF Ronfe; [3]Hospital Senhora da Oliveira

Introdução: A *tinea capitis* é uma infeção fúngica do couro cabeludo que ocorre maioritariamente em crianças podendo, em casos raros, progredir para uma complicação severa designada quérion. Este último, manifesta-se mais comummente entre os 5 e os 10 anos de idade e resulta de uma resposta imunológica intensa à infeção, caracterizada pelo desenvolvimento de uma placa inflamatória com pústulas, crostas e, por vezes, supuração.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma idosa de 72 anos com história de lesão inflamatória dolorosa e pruriginosa no couro cabeludo, com várias semanas de evolução e refratária a múltiplos tratamentos com diferentes antibióticos. Após observação por Dermatovenereologia foi feito o diagnóstico de quérion, tendo iniciado tratamento dirigido com melhoria franca da lesão e sintomatologia associada.

Conclusão: Trata-se de um caso de apresentação incomum e grave da tinea capitis, particularmente quando considerada a faixa etária da doente. É crucial, apesar da raridade, estar alerta para este diagnóstico uma vez que pode acarretar complicações importantes para os doentes.

PD 47

A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO ENTRE A COMUNIDADE E OS CUIDADOS DE SAÚDE NA GESTÃO DO (CASAL) IDOSO – A PROPÓSITO DE UM CASO

Sara João; Carlota Barreira;
Francisca Salazar Martins; Inês Lemos
USF Ajuda - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Introdução: O médico de família (MF) é responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente. O seu papel é assegurar o acompanhamento da pessoa durante toda a sua vida, desde o nascimento até à morte. O envelhecimento constitui a última etapa do ciclo de vida, sendo o acompanhamento da pessoa idosa pautado por inúmeros desafios.

Descrição do caso: Descreve-se o caso de um casal constituído pela utente MM e pelo utente JM, de 78 e 84 anos, respetivamente. Família do tipo díade nuclear (tiveram um filho que faleceu por morte neonatal precoce). Residem sozinhos na Ajuda. Não identificam nenhum familiar próximo. No dia 17 de dezembro, duas farmacêuticas, que trabalham numa farmácia próxima da habitação do casal, deslocaram-se ao Centro de Saúde (CS) da Ajuda, manifestando a sua preocupação com o casal, pois, em poucas semanas, MM terá ficado mais dependente e o marido não parecia apresentar capacidade para gerir a situação. O casal era um frequentador assíduo da farmácia e de um café na zona e a sua ausência terá também sido fonte de apreensão por parte dos vizinhos. Foi marcada uma visita domiciliária (VD) com a médica e a enfermeira de família para avaliação do caso. O casal encontrava-se sozinho na habitação, a qual mostrava sinais de falta de limpeza. MM encontrava-se deitada na cama, apresentando lentificação marcada das respostas. JM evidenciava alguma dificuldade em gerir a medicação. Durante a visita, uma vizinha terá trazido um saco com alimentos. A assistente social do CS entrou em contacto com a equipa da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa no sentido de fornecer apoio a esta família. Até ser fornecido esse apoio, o casal teve o auxílio de uma vizinha que se disponibilizou para auxiliar na higiene e alimentação. Três semanas depois, foi realizada uma nova VD com a presença da médica, enfermeira e farmacêutica. O casal encontrava-se agora com bom estado geral.

Conclusão: Este caso clínico relembra-nos a importância da articulação entre a comunidade em que a pessoa se insere e os cuidados de saúde. De facto, a atuação das farmacêuticas e dos vizinhos foi fulcral para a gestão do caso, com a sinalização deste para acompanhamento nos cuidados de saúde. Por outro lado, foi essencial a cooperação entre os diferentes profissionais de saúde. Efetivamente, o papel do MF não se esgota no atendimento isolado do utente. É necessário ter também presente o facto de o utente pertencer a uma determinada família e estar inserido numa determinada comunidade.

PD 48

AINDA NÃO É TARDE PARA MUDAR

Joana Ribeiro da Costa; Mariana Santos Miranda;
Carina Dias
USF Vale Sorraia

A prevenção primária, a literacia para a saúde e a intervenção precoce para a alteração de estilos de vida são bases fulcrais para a prevenção e controlo de doenças.

Mulher, 72 anos, autónoma, vive com o marido. Antecedentes de diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HTA), dislipidemia e obesidade (IMC 32 Kg/m2). Medicada com perin-

dopril e amlodipina 10 + 10 mg id, metformina 1000 mg bid, gliclazida 30 mg id e linagliptina 5 mg id. Convocada pelo médico de família (MF) para consulta de vigilância de DM e HTA em novembro de 2020, trouxe análises de controlo do semestre anterior, das quais apenas se destacava o valor de HbA1c 9,8 %. A doente atribui esse valor a erros alimentares nos meses prévios. Assintomática, sem alterações no exame objetivo. Fez-se uma intervenção breve dos hábitos alimentares e prática de atividade física, pediram-se análises para realizar no imediato e foi explicado que perante esses valores analíticos a indicação seria iniciar insulina, solução que a doente recusou de imediato, apesar de explicados os benefícios desta. Agendou-se consulta dentro de 3 semanas, onde o valor de HbA1c tinha aumentado para 10,2%. Reforçou-se o benefício da terapêutica com insulina, mas a decisão da utente manteve-se. Nesse momento optou-se por mudar de abordagem, propondo a alteração dos hábitos alimentares e prática regular de exercício físico para redução do peso e melhor controlo glicémico, de forma a evitar a insulinização. Foi elaborado um plano alimentar e de exercício físico adequados à idade e condição física da doente. Alterou-se a terapêutica da DM para gliclazida 30 mg id, linagliptina + metformina 5 + 1000 mg id e dapaglifozina + metformina 10 + 1000 mg id. Solicitou-se reavaliação analítica e nova consulta dentro de 3 meses. Na consulta de março de 2021, a doente estava motivada e satisfeita com os objetivos alcançados. Perdeu 6 kg e a HbA1c diminuiu para 8,3 %. Apesar disso a doente ainda não estava satisfeita, quis manter as caminhadas e ajustar ainda mais alguns pormenores do plano alimentar uma vez que essas alterações vieram acompanhadas de um bem-estar geral.

Na prática médica, nomeadamente na Medicina Geral e Familiar, o sucesso deste tipo de intervenções, tem como matriz a boa relação médico-doente – uma relação de confiança entre duas pessoas. Neste caso, a utente melhorou a sua saúde, implementou hábitos de vida saudáveis e o sucesso terapêutico contribuiu para fomentar ainda mais a relação de confiaça com o seu MF.

PD 49

CUIDADO COM O CUIDADOR! – O IMPACTO NEGATIVO NA SAÚDE DE QUEM CUIDA

Mariana Gabriel; Mafalda Carmona Ribeiro
USF São João Evangelista dos Lóios - ACES Lisboa Central, ARSLVT

Introdução: Em Portugal, estima-se que cerca de 800 mil pessoas prestem cuidados informais a dependentes, idosos, doentes crónicos ou pessoas com deficiência. Muitas vezes, os cuidadores assumem a tarefa sem a preparação necessária e sem prever o enorme sacrifício pessoal que se poderá impor. Este trabalho retrata o caso de uma cuidadora que sentiu na pele a amargura ficar incapacitada, necessitando ela própria de cuidados de terceiros.

Descrição do caso: Descreve-se o caso de uma mulher de 69 anos, natural de Cabo verde, casada, previamente autónoma. Cuidadora do marido dependente devido a uma síndrome demencial desde há cerca de 20 anos. Membro de uma família em fase VIII do ciclo de vida familiar de Duvall, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, dislipidémia e gonartrose bilateral. Em 2019, após um agravamento da demência marido, a utente foi diagnosticada com burnout do cuidador. Na altura recusou a referenciação à Rede Nacional de Cuidados Integrados para descanso do cuidador, alegando que a união da família

era o pilar do tanto do seu bem-estar como do seu marido. Em 2020, a utente sofre um AVC isquémico. Embora recuperasse a maior parte dos défices, ficou com sequelas de hemiparesia e hemihipoestesia do membro superior direito que lhe impossibilitaram a continuidade dos cuidados ao esposo. Além disso, também ela se viu dependente de terceiros para muitas atividades de vida diárias. **Conclusão:** A utente deste caso clínico fez-me refletir acerca do impacto que ser cuidador pode ter na própria Saúde. Se por um lado a influência na Saúde Mental dos cuidadores tem sido descrita frequentemente nos estudos publicados (nomeadamente a maior incidência de patologia depressiva, insónia, ou até mesmo a agudização de dor crónica), por outro, a evidência científica publicada tem sido escassa e com dados pouco consistentes sobre as consequências físicas na Saúde do cuidador. Neste caso, embora a utente possuísse fatores de risco para doença cardiovascular, levanta-se a dúvida se haverá correlação entre o stress vivido pela sobrecarga enquanto cuidadora e a ocorrência do evento cerebrovascular isquémico. Assim, será importante mais investigação para que possamos insistir com a prevenção de consequências nefastas para a saúde que podem advir do trabalho importantíssimo, ainda que muito subvalorizado, dos cuidadores.

PD 50

INTERSEÇÕES ENTRE A PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR E A DOENÇA DE PARKINSON – COMORBILIDADES QUE DIFICULTAM A ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA

Nelson Descalço; Rita Gomes; Gisela Borges
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal)

Introdução: A relação entre a perturbação afetiva bipolar (PAB) e os quadros de parkinsonismo secundário (induzido por fármacos, nomeadamente antipsicóticos), é sobejamente conhecida na literatura e na prática clínica. Contudo, a PAB parece estar também associada à Doença de Parkinson (DP), existindo inclusivamente evidência recente na forma de meta-análise que os indivíduos com PAB têm um risco acrescido de desenvolver DP em idades mais avançadas. A gestão das duas patologias em simultâneo pode revelar-se muito desafiante, e o caso clínico apresentado ilustra as dificuldades que se podem enfrentar no manejo clínico destes doentes.
Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 77 anos, reformado (profissão anterior no ramo agrícola), com história psiquiátrica caracterizada maioritariamente por flutuações depressivas desde os 20 anos. Registo do primeiro internamento por quadro depressivo com sintomas psicóticos aos 35 anos e consequente viragem maniforme (caracterizada por agitação psicomotora, taquifémia, desinibição e elação de humor) em contexto de tratamento com antidepressivos, altura em que foi diagnosticado com Perturbação Afetiva Bipolar. Desde então acompanhado em consulta de Psiquiatria, com dificuldades na estabilização clínica, maioritariamente pela ocorrência de episódios depressivos. Aos 75 anos de idade foi enviado à consulta de Neurologia por parkinsonismo com três anos

de evolução caracterizado por tremor de repouso com pill rolling, hipomímia, acinésia, hipósmia e alterações do sono REM. Foi avaliada, investigada e confirmada DP, tendo iniciado terapêutica com carbidopa/levidopa. Apresentou melhoria sintomática, mas posteriormente constatou-se descompensação da PAB (desenvolvimento de episódio maniforme com sintomas psicóticos). Neste contexto, terá suspendido o antiparkinsónico, com agravamento brusco subsequente do quadro motor. A necessidade de incremento da terapêutica estabilizadora de humor contribuiu, por sua vez, para o agravamento da DP.

Conclusão: O diagnóstico de DP não deve ser ignorado em doentes sob psicofármacos, particularmente os que apresentem o diagnóstico de PAB, pela frequência acrescida em que co-ocorrem, em particular na população mais idosa. Nestes doentes, a gestão deve ser cautelosa e individualizada, considerando que os agonistas dopaminérgicos poderão levar a descompensações graves da doença afetiva, com desenvolvimento de sintomas psicóticos.

PD 51

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM DOENTE INFETADO COM SARS-COV2 EM FIM DE VIDA

Ana Clara Alves; Maria João Sias
USF Sol, Évora

Introdução: A pandemia por SARS CoV2 revelou um impacto significativo nas dimensões social, biológica e psicológica dos indivíduos e levou a uma reestruturação dos serviços de saúde de forma a garantir a prestação de cuidados e respostas eficazes a doentes covid positivos e com outras patologias.

Descrição do caso: MLOC, 91 anos, sexo masculino, dependente para as atividades diárias (AVD's), *Palliative Performance Scale* (PPS) de aproximadamente 30%, residente com a esposa (autónoma) em Lar e com antecedentes pessoais de Insuficiência Cardíaca (IC), Miocardiopatia dilatada, Fibrilhação Auricular (FA), Hipertensão Arterial (HTA), Adenocarcinoma da próstata sob algaliação crónica, Doença Renal Crónica (DRC) estadio IV. História de duas idas às urgências do hospital (SU) quando foi detetado um surto de Covid 19 no lar onde residia. Na 1º ida apresentava um quadro de tosse seca, febre e prostração e foi detetada uma hipoxémia de 87%, na véspera de receber o resultado positivo para SARS CoV2. Analiticamente com neutrofilia, PCR de 18.8, agravamento da função renal, Exame de Urina com hemoglobina + 3 e Leucócitos + 4. Assumiu-se os diagnósticos de Insuficiência Respiratória Parcial e DRC agudizada em contexto de Infeção Urinária. Teve alta com Oxigenoterapia (ON) – 2 L/min e ceftriaxone per os. Após 5 dias, foi reenviado para o SU por quadro de dificuldade na alimentação e hidratação, manutenção da prostração e hipoxémia. Decidiu-se pelo internamento na ala covid para aporte de O2, correção hidro-electrolítica. Desde o início do internamento apresentava um estado geral débil, tendo sido determinada ordem de não reanimação e estabelecido um tecto máximo de cuidados. Ao 4º dia de internamento (D4) mostrava-se hiporreativo e determinou-se um mau prognóstico vital. Ao D6, iniciou perfusão com morfina, butilescopolamina e midazolam por apresentar dispneia, farfalheira e sinais evidentes de desconforto. Viria a falecer no D8 nesse serviço.

Conclusão: A falta de planificação da prestação de cuidados de saúde e a inexistência de uma seriação dos doentes que beneficiam efetivamente de cuidados hospitalares, tendo em vista a vontade expressa do doente e da

família, conduz à sobrelotação dos serviços. No contexto de pico pandémico, os cuidados paliativos no domicílio trazem não só benefícios evidentes para os doentes e suas famílias, mas importantes ganhos para a saúde pública em geral.

PD 52

EM TEMPOS DE PANDEMIA: A INCERTEZA DE UM CANCRO – RELATO DE CASO

Brenda Jorge Fernando Charrão
USF La Salette - ACES Aveiro Norte

Introdução: O cancro gástrico é um problema de saúde relevante em Portugal e continua a ser um dos mais incidentes e mortais, atendendo ao expectável envelhecimento da população. Os principais fatores de risco são modificáveis, entre os mais relevantes são a infeção pelo *H. pylori*, hábitos dietéticos errados, o tabagismo e a obesidade.A endoscopia digestiva alta é o exame oportunístico para o diagnóstico de cancro gástrico.A sequência de condições e lesões que antecedem o aparecimento do adenocarcinoma é conhecida. Não havendo evidência do custo-benefício do seu rastreio sistemático e tratamento de *H. pylori* em Portugal, a infeção, se presente, deve ser sempre tratada. Os cuidados de saúde primários têm um papel ativo em poder implementar medidas de prevenção primaria como aconselhamento de uma dieta saudável e cessação tabágica, bem como promover a erradicação de *H. pylori* (se presente) e, indiscutivelmente promover o diagnóstico precoce.

Descrição do caso: Mulher de 65 anos, encarregada na indústria de produtos lácteos, autónoma nas atividades de vida diária. Dos antecedentes pessoais a destacar hipertensão arterial e diabetes mellitus controlados, dislipidemia, obesidade, perturbação de ansiedade / depressiva e tendinopatia do ísquio. Antecedentes familiares desconhecidos. Vem à consulta de vigilância de HTA do 1°semestre e traz estudo analítico pedido anteriormente. Quando questionada, refere sensação de desconforto epigástrico, disfagia para sólidos com enfartamento precoce, mais cansada do que o habitual e menor apetite que associa a estado mais ansioso por receio de infeção por Covid 19 na família. Diz ter perdido muito peso nos últimos tempos. Ao exame objetivo a salientar: peso: 76 kg (-12 kg em 13 meses) Mucosas decoradas. Na palpação abdominadesconforto epigástrico, indolor na palpação profunda. Sem massas nem organomegalias palpáveis. Analiticamente destaca-se: Hb 8,6; HbA1c 5.5; Dado o achado de anemia microcítica hipocrómica identificada e no contexto sintomatologia apresentada, foi pedido endoscopia digestiva alta, colonoscopia e estudo analítico dirigido e proposto iniciar suplementação oral com ferro, mantendo restante medicação habitual. Posteriormente, a doente envia resultado de exames realizados. Na EDA Identifica-se metaplasia intestinal e displasia de alto grau. Pesquisa de Hp positiva. Na colonoscopia diverticulose do cólon e hemorróidas.

PD 53

LIMITAÇÃO FÍSICA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COMO FATOR DETERMINANTE DA VULNERABILIDADE

Clara Wilma Fernandes Rosendo;
Pedro Duarte Ferreira Neto Yanka;
Patrícia Ferreira Bezerra;
na Elza Oliveira de Mendonça;
Gilson de Vasconcelos Torres;
Thaiza Teixeira Xavier Nobre;
Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes;
Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva;
Mayara Priscilla Dantas Araújo;
Rochelle Rufino Costa;
Vilani Mederios de Araújo Nunes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Introdução: Durante o processo de envelhecimento fisiológico há perdas que interferem na capacidade funcional das pessoas idosas que pode levar a presença de limitações físicas e, consequentemente, declínio funcional, condição que está associada à vulnerabilidade.
Objetivo: Avaliar a presença de limitação física em idosos institucionalizados.
Método: Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado em oito instituições de longa permanência para idosos do Rio Grande do Norte, Brasil, com uma população de 267 pessoas idosas. Para obtenção dos dados foi utilizado o item "limitação física" do Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13) da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Esse item permite avaliar a dificuldade de realizar as atividades: curvar-se, agachar ou ajoelhar-se; levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 Kg; elevar ou estender os braços acima do nível do ombro; escrever ou manusear e segurar pequenos objetos; andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões); e fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas. A dificuldade é categorizada em nenhuma, pouca, média ou muita dificuldade e incapacidade de fazer.
Resultados: Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro e escrever ou manusear e segurar pequenos objetos foram as que apresentaram maior frequência quanto a nenhuma ou pouca dificuldade de realização, 55,7% e 60,3 %, respectivamente. Apesar disso, 29,8% dos idosos apresentaram muita dificuldade ou incapacidade de elevar ou estender os braços e 31,0% para escrever ou manusear e segurar pequenos objetos. 41,6 % dos idosos apresentaram incapacidade de levantar ou carregar objetos, 51,1 % de curvar-se, agachar ou ajoelhar-se e 62,5% de fazer serviço doméstico pesado. Em relação a andar 400 metros, 31,0 % dos idosos apresentaram pouca dificuldade e 41,5 % são incapazes de realizá-la. A presença de limitação física foi observada em 80,9 % dos idosos, dos quais 93,1 % apresentaram-se vulneráveis de acordo com o VES-13, enquanto 6,9 % deles, embora apresentassem limitações físicas, não eram vulneráveis. Foi encontrada diferença significativa entre a presença de limitação física e a ausência de vulnerabilidade ($p < 0,001$).
Conclusão: As pessoas idosas institucionalizadas apresentaram limitação física na execução de atividades que usam os membros superiores e inferiores. Além disso, muitos deles são vulneráveis, sendo a limitação física um fator que contribui para essa condição.

PD 54

MORBIDADE HOSPITALAR DE IDOSOS POR DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2007 E 2017

Clara Wilma Fernandes Rosendo;
Pedro Duarte Ferreira Neto Yanka;
Patrícia Ferreira Bezerra;
Ana Elza Oliveira de Mendonça;
Gilson de Vasconcelos Torres;
Thaiza Teixeira Xavier Nobre;
Felismina Rosa Parreira Mendes;
Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva;
Mayara Priscilla Dantas Araújo;
Rochelle Rufino Costa;
Vilani Mederios de Araújo Nunes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Introdução: A subnutrição no idoso representa um sério problema de saúde pública, sendo decorrente de diversas causas e que envolve variáveis fisiológicas, psicológicas, econômicas e sociais. A subnutrição leva ao aumento da demanda por cuidados em saúde, aumentando os gastos com saúde, e pode interferir de forma negativa na qualidade de vida do indivíduo.

Objetivo: Deste modo, o presente estudo tem como objetivo analisar a morbidade hospitalar por deficiências nutricionais em idosos de 60 a 74 anos no Brasil.

Método: Trata-se de um estudo analítico e descritivo, realizado a partir dos dados secundários obtidos do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) acerca das internações de idosos por deficiências nutricionais que compreendem as categorias E40- E46 e E50- E64 do CID-10. O estudo limitou-se a idosos com idade entre 60 e 75 anos devido ao aumento das comorbidades a partir dos 75 anos, o que dificulta a análise da causa básica da morbidade. Os dados são referentes a uma década (2007 a 2017) e foram analisados utilizando o programa estatístico SPSS.

Resultados: No Brasil, entre os anos de 2007 e 2017 foram registradas 119.678 internações por deficiências nutricionais, sendo observado a redução na taxa de hospitalização por deficiências nutricionais por 100 mil idosos na faixa etária de 60 a 74 anos, que passou de 88,92 em 2007 para 31,27 em 2017. A região Sudeste concentrou a maior parte das internações durante esse período (44,9%) com média anual de 4.888,82 ± 64,31 internações.

Discussão/Conclusão: Embora tenha sido observado redução em ambos os sexos, a taxa de hospitalização em idosos do sexo masculino foi maior do que no sexo feminino. As deficiências nutricionais são consideradas condições sensíveis à atenção primária, então, para reduzir as internações por subnutrição recomenda-se a adoção de estratégias de prevenção na atenção primária além da avaliação periódica do estado nutricional dos idosos a fim de evitar seu agravamento. É importante conhecer os fatores que levam a subnutrição e os motivos que levam a hospitalização, atentando para os indivíduos do sexo masculino, assim como para a distribuição espacial dessas doenças. Enfatiza-se também a importância de estudos sobre alimentação e nutrição que representem a situação nutricional da população idosa brasileira.

PD 55

RISCO DE SEQUELAS EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA: A IDADE FAZ DIFERENÇA? ESTUDO RETROSPETIVO

Mafalda Cunha; Bernardo Moreno; Bruna Melo; Vitor Machado Sousa; Marco Silva; Ana Zão; Maria João Azevedo; Bárbara Moreira da Cruz
Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

Introdução: As doentes com cancro da mama frequentemente desenvolvem défices decorrentes da própria doença ou sequelares às terapêuticas realizadas. Atendendo ao aumento da esperança média de vida, a idade é cada vez menos utilizada como critério de escolha no tratamento desta neoplasia.

Objetivo: Avaliar as diferenças existentes, nas diferentes faixas etárias, nas complicações do cancro da mama em doentes referenciadas para a consulta de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) de um Hospital.

Materiais e métodos: Estudo observacional retrospetivo de todas as doentes com cancro da mama observadas em consulta de MFR entre novembro de 2019 e março de 2021. Os dados foram colhidos através do acesso ao processo clínico da doente. Para análise dos dados recorreu-se ao SPSS.

Resultados: Foram avaliadas 85 doentes, com uma idade média de 56 anos. A maioria reportou omalgia (85,9%), défice de mobilidade do ombro (73,5%) e limitação funcional (63,9%), 21,1% reportaram parestesias. Objetivaram-se retrações miotendinosas ou cicatriciais em 71,4%, dor à palpação dos tecidos periarticulares do ombro em 77,4% e linfedema em 26,2%. Quando agrupadas segundo a idade, verificou-se que as doentes com idade compreendida entre os 56 e os 65 anos reportaram maior défice de mobilidade do ombro (88,9%) quando comparadas com doentes entre os 66 e os 75 anos (50%, $p = 0,33$). Esta diferença foi objetivada no exame físico, onde se verificou uma diminuição da amplitude articular em 88,9% das doentes entre os 56 e os 65 anos, comparativamente com 33,3% das doentes entre os 66 e os 75 anos ($p = 0,003$). Também a limitação funcional foi estatisticamente superior em doentes entre os 56 e os 65 anos (85,2%) quando comparada com doentes entre os 66 e os 75 anos (27,5%, $p = 0,015$) e entre os 46 e os 55 anos (54,3%, $p = 0,014$). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas noutras variáveis estudadas.

Conclusão: Os défices decorrentes do cancro da mama ou sequelares às terapêuticas realizadas são frequentes. A idade, por si só, não parece ser um fator determinante na incidência das alterações reportadas. É crescentemente sugerido que outros fatores, como a fragilidade, poderão ter valor acrescido na abordagem destas doentes, incluindo na avaliação do risco de desenvolver as sequelas descritas. O nosso objetivo futuro é avaliar as doentes com neoplasia da mama recorrendo a medidas de fragilidade por forma a melhorar a intervenção e tratamento destas doentes.

PD 56

A DIMINUIÇÃO DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA NA SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA

Marina Oliveira[1]; Pedro Abreu[1,2]
[1]Faculdade Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior; [2]Unidade de Reumatologia - ULS Castelo Branco, EPE

Introdução: A síndrome de Sjögren primária é uma doença imunomediada, de caráter crónico e evolução lenta. A evidência científica tem mostrado que os doentes com Síndrome de Sjögren primária têm maior prevalência

de diminuição da densidade mineral óssea. Dessa forma, são doentes com maior probabilidade de desenvolverem osteopenia e osteoporose e, consequentemente, maior risco de terem fraturas de fragilidade.

Objetivos: Determinar a prevalência da diminuição da densidade mineral óssea nos doentes diagnosticados com síndrome de Sjögren primária, seguidos na consulta de Reumatologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, e perceber se existe alguma associação entre as características clínicas dos doentes com os fatores de risco conhecidos para a osteopenia e osteoporose.

Métodos: Este estudo observacional e retrospetivo é composto por todos os doentes com diagnóstico de síndrome de Sjögren primária seguidos na consulta de Reumatologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. A avaliação da densidade mineral óssea é obtida através da realização da osteodensitometria, estando o diagnóstico de osteopenia e osteoporose de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde. É analisado o perfil clínico da amostra e estudada a influência da idade atual, anos de duração da doença, índice de massa corporal e toma de corticoides na perda de massa óssea, através de uma regressão logística.

Resultados: O estudo incide num total de 38 doentes. O rácio entre mulheres e homens é de 9:1. A média da idade da amostra é 60,82 anos. A média da duração da patologia é de 4,76 anos. Os corticoides são usados com uma frequência de 70,3%. 57,9% dos indivíduos tem excesso de peso ou obesidade. A prevalência da diminuição da densidade mineral óssea é de 34,3%. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa (p-value > a) entre as variáveis consideradas e a densidade mineral óssea, pelo que, esta não é influenciada pela idade atual, anos de duração da doença, índice de massa corporal ou toma de corticoides.

Conclusão: Aproximadamente um terço dos doentes com Síndrome de Sjögren primária tem diminuição da densidade mineral óssea. No entanto, esta não se associa com a idade atual, os anos de duração da síndrome de Sjögren primária, o índice de massa corporal ou o uso de corticoides.

PD 57

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES MUITO IDOSOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Beatriz R. Sousa; Ana Teresa Costa; Rita Prayce; Adriana Watts Soares; Pedro Pires; Isabel Baptista
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: As unidades de cuidados intermédios médicas (UCIM) têm como propósito a monitorização e tratamento de doentes em situação clínica instável, que justifiquem cuidados de nível superior a enfermaria, mas não careçam e/ou beneficiem de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). O aumento da esperança média de vida condiciona a idade dos doentes internados nas UCIM, sendo provável que os doentes muito idosos, com idade ≥ 85 anos, sejam o grupo que mais rapidamente cresça, pelo que a sua caracterização se afigura pertinente, permitindo uma melhor adequação dos cuidados prestados.

Objetivo: Caracterizar e comparar com a população total, os doentes muito idosos admitidos numa UCIM de um hospital terciário durante o ano de 2020.

Material e métodos: Colheita retrospectiva de dados dos processos clínicos e análise com recurso ao software IBM® SPSS® Statistics (versão 23).

Resultados: Dos 310 doentes admitidos, 78

eram muito idosos - 54% do sexo feminino; idade média 88,4 anos (máx: 96). 44% provieram do serviço de Urgência, 36% de uma enfermaria de medicina interna e 10% da UCI. Principais motivos de admissão: 35% por insuficiência respiratória aguda – 15% de origem cardíaca e 10% respiratória; 32% para monitorização hemodinâmica, dos quais 15% com alteração de ritmo cardíaco. Tempo de duração médio de internamento 6,6 dias (mín: <24 horas; máx:36). Grau de dependência moderado – Jones Dependency Tool 1. Apresentavam limitação terapêutica à admissão 58% dos doentes. 49% realizaram pelo menos uma destas terapêuticas - ventilação não invasiva (32%), terapêutica aminérgica (14%) e oxigénio de alto fluxo (8%). Durante o internamento hospitalar faleceram 24% dos doentes (n = 19), 10% dos quais na UCIM (n = 8). Quando comparados com a população total, não se verificou significância estatística na duração de internamento (p = 0,540), no número de doentes que realizaram técnicas (p = 0,329), nem na taxa de mortalidade na UCIM (p = 0,739).

Conclusão: A UCIM assegura cuidados e realização de técnicas que permitem a estabilização de uma parcela importante de doentes muito idosos, alguns dos quais sem indicação para admissão em UCI. A comparação com a população total permitiu depreender que a passagem pela UCIM destes doentes não provou ser maleficiente. Não se considerando a idade per si como fator de exclusão, a triagem na admissão deve ser ponderada e o internamento obedecer a modelos a empregar neste grupo específico de doentes.

PD 58

REFLEXÃO SOBRE OS MUITOS IDOSOS E COM LIMITAÇÃO TERAPÊUTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Beatriz R. Sousa; Filipa Cardoso; Adriana Watts Soares; Rita Prayce; Pedro Pires; Isabel Baptista
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: Na decisão de limitação terapêutica devem ser ponderados a gravidade, reversibilidade e prognóstico da doença aguda tal como o número de comorbilidades, estado de dependência e grau de fragilidade, fatores frequentemente presentes na população idosa. As características demográficas dos doentes muito idosos (≥ 85 anos) com intercorrências agudas, potencialmente reversíveis, não deveriam ser um impedimento para a prestação de cuidados e/ou realização de técnicas – oxigénio de alto fluxo (OAF), ventilação não invasiva (VNI), terapêutica aminérgica. Nestes casos as unidades de cuidados intermédios médicas (UCIM), estabelecem-se como opções válidas.

Objetivo: Analisar a mortalidade na UCIM e hospitalar de doentes muito idosos com limitação terapêutica, admitidos durante o ano de 2020.

Material e métodos: Análise descritiva e retrospectiva, utilizando Microsoft® Excel 2013, de dados colhidos através da consulta de processos clínicos.

Resultados: Dos 310 doentes admitidos na UCIM, 45 (15%) cumpriam os critérios de inclusão: muito idosos e limitação terapêutica. A média de idade era de 89,2 anos, 62% do sexo feminino e com um grau de dependência moderado (Jones Dependency Tool - médio de 1). De acordo com uma pontuação de 9 na escala de Elixhauser, a mortalidade intra-hospitalar prevista era de 74,1%, ten-

do-se constatado uma mortalidade hospitalar de 27% (n = 10) e 18% (n = 8) da UCIM. O principal motivo de admissão foi insuficiência respiratória aguda (n = 20, 44%) sendo que 15 realizaram técnicas de oxigenoterapia/ventilação (4 OAF e 11 VNI), tendo existido uma mortalidade na UCIM de 15% (n = 3) e hospitalar de 47% (n = 8). Relativamente aos doentes admitidos para fins de monitorização hemodinâmica e/ou sépsis (n = 17; 38%), 10 estiveram sob VNI, OAF e/ou suporte aminérgico, com uma mortalidade na UCIM de 23% (n = 4) e hospitalar 15% (n = 2).

Conclusão: a análise revelou que a mortalidade objetivada foi muito inferior à prevista segundo as características demográficas e clínicas. Depreende-se que, na UCIM, tenha existido benefício na abordagem de patologias agudas potencialmente fatais, nos doentes muito idosos e com limitação terapêutica. Apesar da parca bibliografia existente, é necessária a realização de estudos adicionais que corroborem a sobrevida de populações similares em unidades intermédias, de forma a sustentar uma organização de cuidados adequada às necessidades destes doentes.

PD 59

ATIVIDADE FÍSICA BASAL DE IDOSOS E NÃO IDOSOS PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Camila Bianca Falasco Pantoni[1];
Renata Gonçalves Mendes[1];
Rodrigo Polaquini Simões[2];
Luciana Di Thommazo-Luporini[1];
Flávia Cristina Rossi Caruso[1]; Cintia Sciamana[1];
Sofia Leite de Oliveira[1];
Victor Matheus Queiroz de Paz[1];
Maria Luiza Maffei Dardis[1]; Audrey Borghi-Silva[1]
[1]Universidade Federal de São Carlos; [2]Universidade Federal de Alfenas

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV), dentre elas, a doença arterial coronária (DAC), estão entre as principais causas de morte na população brasileira. Acometem indivíduos de diferentes faixas etárias e podem estar associadas a limitações e diminuição do nível de atividade física. Pouco se sabe, entretanto, se os níveis de atividade física habitual de pacientes portadores de tais doenças diferem de acordo com a faixa etária e com o processo de envelhecimento.

Objetivos: Avaliar o nível de atividade física basal de indivíduos idosos e não idosos portadores de DAC, candidatos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM).

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e comparativo. Foram avaliados 26 indivíduos do gênero masculino e feminino, com diagnóstico de DAC, hospitalizados, em período pré-operatório de CRM. Os voluntários foram divididos em dois grupos: Grupo Idosos (GI) (n = 13, ≥ 60 anos, 65 ± 3,9 anos) e Grupo Não Idosos (GNI) (n = 13, < 60 anos, 53 ± 4,8 anos), e avaliados quanto às características clínicas e demográficas e presença de fatores de risco associados às DCV (diabetes, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemias

e história de fumo). O nível de atividade física habitual foi avaliado por meio do questionário de Baecke, desenvolvido com o objetivo de avaliação das atividades físicas habituais dos últimos dozes meses, abrangendo escore de atividades físicas ocupacionais (escore 1), escore de exercícios físicos no lazer (escore 2), e escore de atividades físicas durante o tempo de lazer e de locomoção (escore 3). Para análise, utilizamos o escore total médio para cada grupo, representado pela média dos 3 escores acima. Para distribuição de normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk; para análise intergrupo das variáveis contínuas, foi utilizado o teste t Student não pareado e, para categóricas, o teste exato de Fisher, com nível de significância de $p < 0,05$.
Resultados: Não houve diferenças entre os grupos quanto às variáveis clínicas, demográficas e fatores de risco associados. Da mesma forma, o GI e GNI apresentou escores semelhantes de atividades físicas habituais, não havendo diferenças entre eles.
Discussão/Conclusões: O GI e GNI apresentaram níveis semelhantes de atividade física basal, bem como de características clínicas e fatores de risco associados. Estudos futuros são necessários para se avaliar a influência de todo o processo de envelhecimento sobre as variáveis estudadas.

PD 60

PROTOCOLO: ASSOCIAÇÃO ENTRE VALORES DE PSA E DIAGNÓSTICO DE CANCRO DA PRÓSTATA

Mateus, F.; Felgueiras, A.; Oliveira, R.
USF Cuidar Saúde - ACES Almada-Seixal

O cancro da próstata representa a 2ª causa de morte por cancro e a 2ª neoplasia mais frequente no homem. Em Portugal, estima-se uma incidência de 82 casos por 100 000 pessoas e mortalidade de 33 por 100.000 pessoas. Representa cerca de 3,5% de todas as mortes e mais de 10% das mortes por cancro. O seu diagnóstico é investigado com o toque retal e/ou PSA (prostate specific antigen). Em caso de alteração, ou sintomatologia associada (nomeadamente urinária ou sexual), poderão motivar a realização de biópsia guiada por ecografia transretal.
O PSA pode estar aumentado nos casos de neoplasia da próstata, mas também em condições como prostatite, hipertrofia benigna da próstata, traumatismo (toque retal), entre outras. Contudo, pode manter-se normal, mesmo em doentes com cancro da próstata, pelo que um valor normal não exclui o diagnóstico. O PSA circula ligado a proteínas inibidoras das proteases (α-1-anti-tripsina e α-2-macroglobulina), permanecendo, contudo, uma pequena fração livre, que geralmente diminui, percentualmente, nos casos de neoplasia.
Com o presente protocolo, os autores propõem averiguar se existe relação entre valores elevados de PSA nos utentes da USF com neoplasia da próstata e o diagnóstico desta patologia. Acedendo à base de dados MIM@UF, faremos o levantamento de todos os casos diagnosticados de neoplasia da próstata, através da pesquisa do código ICPC2: Y77 ("Neoplasia maligna da próstata"). Analisaremos os registos "SOAP" de cada utente, no SClínico®, registos de consultas hospitalares no RSE (Registo de Saúde Eletrónico) e averiguaremos os registos dos valores do PSA total e livre, aquando do diagnóstico.
As variáveis em estudo serão a idade do diagnóstico, valores de PSA total e livre no diagnóstico e estadiamento do cancro, quando tal for possível.
Esperamos encontrar uma possível associação entre valores aumentados de PSA e uma rela-

ção PSA total/PSA livre aumentada, nos doentes com diagnóstico de neoplasia da próstata. Admitimos que essa relação poderá não ser absolutamente evidente na totalidade dos casos, devido à imperfeição da sensibilidade e, principalmente, da especificidade, do PSA.
De acordo com a literatura, o PSA, utilizado no rastreio oportunista de indivíduos assintomáticos, parece ter pouca interferência na mortalidade por carcinoma da próstata e está associado a tratamentos com efeitos nefastos, alguns desnecessários, pelo que é recomendável que os riscos e benefícios do rastreio sejam previamente discutidos com o utente.

PD 61

PROTOCOLO – RELAÇÃO ENTRE TRIGLICERIDÉMIA E PRESCRIÇÃO DE FIBRATOS NUMA USF

Mateus, F.; Felgueiras, A.; Oliveira, R.
USF Cuidar Saúde - ACES Almada-Seixal

A dislipidémia é uma doença multifatorial e apresenta morbimortalidade importante, pelo que devemos modificar o estilo de vida e, se necessário, utilizar terapêutica hipolipemiante. Existem várias classes farmacológicas: estatinas, ezetimibe, inibidores da PCSK9, sequestradores de ácidos biliares, ácidos gordos ómega-3 e fibratos. Na hipertrigliceridémia, os fármacos recomendados são semelhantes. As recomendações atuais são, contudo, algo céticas em relação aos fibratos, privilegiando as estatinas e ezetimibe. A Sociedade Europeia de Cardiologia refere que os fibratos podem ser considerados, em combinação com estatinas, se a trigliceridémia superar 200 mg/dL (recomendação IIb); a *American College of Cardiology* recomenda fibratos apenas se valores superiores a 500 mg/dL, pelo risco aumentado de pancreatite.
Com o presente protocolo, os autores propõem averiguar qual a relação entre os valores basais de trigliceridémia e o início da terapêutica com fibratos.
Acedendo à plataforma MIM@UF, faremos o levantamento dos casos diagnosticados de hipercolesterolémia, pesquisando o código ICPC2: T93 ("Alteração do metabolismo dos lípidos"). Analisaremos os registos "SOAP" de cada utente no SClínico® e os valores do colesterol total, LDL, HDL e triglicerídeos, atuais e aquando do diagnóstico e/ou início da terapêutica. Avaliaremos, através da PEM (Prescrição Eletrónica Médica), que doentes fazem ou já fizeram fibratos, e tentaremos estabelecer uma relação entre o início e fim da terapêutica com estes parâmetros analíticos.
As variáveis em estudo serão a idade ao diagnóstico, valores de colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos no diagnóstico e atuais e a utilização, ou não, de fibratos.
Esperamos encontrar uma associação entre valores hipertrigliceridémia e a prescrição de fibratos. Admitimos que essa prescrição seja realizada, por vezes, para valores inferiores a 500 mg/dL e admitimos também a existência de doentes já controlados, mas que mantêm terapêutica com fibratos.
Os fármacos hipolipemiantes com impacto na morbimortalidade são as estatinas, ezetimibe e inibidores da PCSK9. Os restantes, incluindo os fibratos, contribuem para melhoria analítica, sem evidência de reduzirem a morbimortalidade. Os Médicos de Família deverão contribuir para reduzir o impacto negativo das doenças, não devendo "tratar análises". Assim, tendo em conta as orientações atuais, consideramos que o uso de fibratos deve ser bastante criterioso.

PD 62

EMPOWERMENT DOS UTENTES – RELATO DE PRÁTICA

Mateus, F.; Oliveira, R.
USF Cuidar Saúde - ACES Almada-Seixal

A MGF aposta na prevenção, deteção e tratamento precoces de variadas patologias. Devemos procurar transmitir conhecimento aos utentes, para que eles possam fazer uma melhor gestão da sua saúde e doenças, por forma a prevenir a sua evolução. Um dos mecanismos de empowerment passa pela distribuição de material informativo.

O objetivo deste trabalho é consciencializar os colegas de MGF para a importância da entrega de material informativo sobre diversos temas, através do relato da experiência desenvolvida na USF Cuidar Saúde e Unidade de Cuidados na Comunidade - UCC Seixal.

Em março/2019, redigi uma newsletter sobre "O dia mundial do médico de família – 19 de maio". Para além disso, entre março/2019 e outubro/2020, desenvolvi, na USF, outras seis newsletters e um panfleto, com linguagem acessível à população geral. Os temas dessas newsletters incidiram sobre: dia internacional da Síndrome de Down (março/2019); semana mundial do aleitamento materno (julho/2019); semana mundial do coração setembro/2019); explicação dos motivos de ida a consulta de doença aguda na USF e avisos sobre vacinação contra a gripe sazonal (outubro/2019); dieta mediterrânica (janeiro/2020); alerta sobre recolha de sangue no Seixal (março/2020).

Procurei associar o mês da newsletter a datas ou acontecimentos locais, nacionais, ou internacionais. Finalmente, em outubro/2020, redigi um panfleto informativo sobre Covid-19, que se encontra na sala de espera da USF, com informação relativa à doença e dados da situação pandémica do nosso país, até à data. Depois da criação dos documentos, eles eram analisados pela coordenadora da USF, equipa editorial e elementos do conselho científico, antes de serem enviados, por email, para todos os utentes da USF e para todos os profissionais do ACES Almada-Seixal.

Se há utentes que não terão lido os folhetos informativos, muitos outros haverão que não só os terão lido, como poderão ter modificado comportamentos ou terão ido investigar mais sobre alguns dos temas que despertassem maior interesse.

É dever dos Médicos de Família contribuir para aumentar a literacia em saúde, dos utentes, sobre as mais variadas áreas da saúde, para que possam adotar um estilo de vida mais saudável. Comprovadamente, os folhetos informativos, sejam eles físicos ou digitais, são uma mais-valia nesse sentido, desde que escritos de forma adequada e com linguagem compreensível pela generalidade da população. Assim, a sua criação e divulgação deve ser incentivada.

PD 63

REGIME DE MAIOR ACOMPANHADO – FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

Teresa Mendonça
Hospital Garcia de Orta

Introdução: Em 2018, a Lei 49/2018 estabeleceu o Regime de Maior Acompanhado (RMA), eliminando os intitutos da interdição e da inabilitação. O RMA visa a proteção de cidadãos portugueses que, por motivo de saúde, de deficiência ou do comportamento, não são capazes de exercer de forma plena, pessoal e conscientemente os seus direitos ou de, nos mesmos termos, cumprir os seus os seus deveres. Na prática, a quem se tem

aplicado este regime? E como é que tudo se processa?

Objetivos: A autora pretende responder às questões colocadas na Introdução.

Métodos: Foi consultada a casuística referente ao RMA de três meses de estágio no Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses. Foram consultados livros e compêndios sobre o tema.

Resultados: A autora observou 82 perícias no decorrer de processos de Acompanhamento de Maior. Entre os examinados, a média de idades foi de 67 anos e 62% eram do sexo feminino. 65% destas pessoas estavam reformadas, algumas das quais por invalidez, e cerca de 15% nunca tinham participado na vida laboral. Mais de metade dos examinados sofriam de Perturbação (P) Mental Orgânica; destes, a maioria de demência. Outras patologias foram também observadas, como P. do Desenvolvimento Intelectual (10%), P. do Humor (5%), Doenças cerebrovasculares (5%), etc. Na grande maioria dos casos, foram apuradas razões que justificavam a aplicação do RMA. A revisão dos institutos de interdição e inabilitação tornava-se uma necessidade, no sentido de ir ao encontro da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Antes, era nomeado um tutor ou curador para a pessoa com anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, e que a substituía legalmente no exercício de todos os seus direitos e deveres. Com a nova lei, o objetivo é ter alguém que possa ajudar a pessoa nas situações que assim o exigem, tendo em conta o seu maior desejo. Findou-se com o paradigma do retirar de direitos e deveres para a maximização dos mesmos através do acompanhamento. Acrescidamente, o novo regime jurídico exige a revisão da decisão judicial de 5 em 5 anos, bem como prevê a possibilidade de nomeação de diferentes acompanhantes para diferentes situações legais. Deste modo, preconiza-se monitorização estreita do cumprimento da lei.

Conclusões: Como clínicos, o nosso fim é o bem-estar do doente. O conhecimento dos meandros legais torna-se uma necessidade médica quando nos permite elucidar os doentes e os seus familiares da melhor maneira de assegurar a sua proteção.

PD 64

DOENÇA RENAL CRÓNICA NO DOENTE MUITO IDOSO: QUAL A RELAÇÃO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA?

Ana Piedade; Patrícia Domingues; Teresa Furtado; Catarina Abrantes; Patrícia Valério; Ana Farinha; Lúcia Parreira
Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: O envelhecimento constitui um processo biológico inevitável marcado por uma perda progressiva de funções sensoriais e motoras, afetando a funcionalidade e consequentemente o grau de dependência. Diversos fatores se associam à perda de independência no idoso. A doença renal crónica (DRC) é muito comum na população mais idosa e está associada a um aumento da morbi-mortalidade.

Objetivos: Verificar se existe relação entre grau de dependência e comorbilidades; grau de dependência e estadio da DRC, nos doentes muito idosos seguidos em consulta de Nefrologia.

Material e métodos: Estudo retrospetivo e descritivo, através da consulta do processo clínico, dos doentes com idade ≥ 80 anos e DRC, seguidos em consulta de nefrologia entre abril de 2017 e agosto de 2020. Variáveis: género, idade, grau de dependência; comorbilidades, estadio da DRC e causa;

aplicado o score ECOG para avaliar grau de dependência. As comorbilidades foram estratificadas utilizando o índice de Charlson. A análise estatística foi efetuada com recurso ao teste Qui quadrado com a simulação de Monte Carlo para avaliar a relação entre grau de dependência e estadio da DRC. A relação entre grau de dependência e comorbilidades foi efetuada com recurso ao teste de Mann Whitney.

Resultados: Dos 72 doentes, não se verificou diferença de género e a média de idades foi 83,8 ± 2,63 anos (mínimo de 80 anos e máximo de 89 anos). 68,5% dos doentes apresentava ECOG 1 (independente), 26.4% ECOG 2 (dependência parcial) e 5,6% ECOG 3-4 (dependência grave). As comorbilidades mais frequentes foram hipertensão arterial (n = 67) e a Diabetes Mellitus (n = 37). O índice médio de Charlson foi 7.99 (mediana 8). Quanto ao estadio da DRC, a maioria estava em estadio 4 (n = 39) e 3B (n = 21). A causa mais frequente de DRC foi nefropatia hipertensiva (22,2%) e multifactorial (19,4%). Nestes doentes, verificou-se que existe relação entre comorbilidades e grau de dependência (p = 0.009). Não existe relação entre estadio da DRC e grau de dependência (p = 0.2939).

Discussão: Verificou-se que a DRC é factor independente do grau de dependência no doente muito idoso. Existe, no entanto, relação entre maior número de comorbilidades e grau de dependência nestes doentes. Dado a dimensão reduzida da amostra, estudos de maiores dimensões são necessários.

PD 65

DIABETES MELLITUS E CONTRATURA DE DUPUYTREN: LIGAÇÃO PERIGOSA – CASUÍSTICA DE TRÊS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Daniela Roque; Guilherme Oliveira; Marta Carvalhinho; Pedro Ruivo
Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar Baixo Vouga; Unidade de Saúde Familiar Esgueira +; Unidade de Saúde Familiar Águeda + Saúde; Unidade de Saúde Familiar Santa Joana

A Contratura de Dupuytren é uma doença fibroproliferativa da fáscia palmar cuja etiologia permanece controversa. Guillaume Dupuytren inicialmente descreveu a patologia e no mesmo ano de 1833 foi confirmado o componente hereditário de dominância autossómica, associado com epilepsia. Tipicamente afeta o sexo masculino, com predominância sobre homens escandinavos e oriundos da Europa de Leste. O diagnóstico da Doença de Dupuytren é realizado clinicamente através da presença dos seguintes sinais: nódulos palmares, digitais ou interdigitais; cordões palmares ou digitais e Tabletop Test positivo. Funcionalmente proporciona défice na extensão digital do raio da mão afetado, sendo o quarto e quinto os mais comuns. Outro fator associado a etiopatogenia da Contratura de Dupuytren é a Diabetes mellitus, com prevalência de 16-32% nos doentes diabéticos. Existem, no entanto, estudos que contestam a relação entre as duas entidades. Os autores realizaram um estudo retrospectivo em doentes portadores de Doença de Dupuytren, pertencentes a 3 diferentes Unidades de Saúde Familiar, com o objetivo de avaliar a concomitância e importância da Diabetes mellitus na sua etiologia. De todos os doentes pertencentes aos ficheiros pessoais das 3 Unidades de Saúde Familiar, constituindo 949 doentes na

totalidade, 20 possuíam diagnóstico concomitante de Contratura de Dupuytren e Diabetes mellitus, com incidência de 2,11%. 50% dos doentes eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino, com uma média de idade de 69,45 anos. O intervalo de idades era constituído por uma amostra dos 53 aos 87 anos. 25% possuíam patologia bilateral, predominantemente sobre o quarto e quinto raios da mão. Pode concluir-se que a incidência de Diabetes mellitus e Doença de Dupuytren incidiu superiormente em doentes mais idosos, com história avançada de Diabetes em média de 8,66 anos. 8 dos doentes haviam já sido intervencionados cirurgicamente com Fasciectomia Palmar Seletiva, correspondendo a 40% da amostra. Relatou-se superior incidência de Contratura de Dupuytren nos doentes mais idosos, em igualdade de género e com história mais longa de Diabetes. Não se pôde concluir que a concomitância de ambas as patologias se correlacione com a gravidade da doença, embora a literatura o afirme. A diferença de prevalência desta patologia na Diabetes entre esta amostra e o descrito na literatura poderá estar relacionada com a dificuldade na identificação da mesma nos cuidados de saúde primários.

PD 66

A VACINAÇÃO ANTI-GRIPAL NOS IDOSOS – PANORAMA DE UMA USF

Virgínia Abreu Marques; Leonor Pinto Serra; Mélanie Magalhães; Inês Francisco; Soraia Branco; Pedro Pereira; Maria João Samora
USF Rainha Santa Isabel

Introdução: A gripe é uma doença frequentemente ligeira e auto-limitada, podendo no entanto ter um curso mais complicado em populações mais frágeis como os idosos ou imunodeprimidos. Os idosos constituem um dos principais grupos de risco para complicações da gripe não só pela sua menor capacidade de resposta imunológica ao vírus mas também pelas co-morbilidades que apresentam. A vacinação anti-gripal anual é, assim, uma das atividades preventivas primordiais dos cuidados de saúde primários para reduzir a atividade desta doença na população e consequente sobrecarga dos serviços de saúde bem como para a prevenção da morbi-mortalidade gripal nos grupos de risco.
Objetivo: Verificar a evolução da taxa de vacinação anti-gripal na população global e idosa de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) nos últimos 5 anos.
Metodologia: Estudo observacional, retrospetivo e descritivo referente ao período de 2016 a 2020.
Local: USF. População: Utentes com idade ≥ 65 anos inscritos num dos ficheiros da unidade Em abril de 2021, identificou-se o número de utentes com idade ≥ 65 anos inscritos na USF a meio do ano em cada ano referente ao estudo através do programa MIMUF® e retirou-se do MIMUF® a listagem total dos utentes que tinham realizado vacinação antigripal em cada ano. Os dados foram trabalhados com o programa Excel®.
Resultados: Verificamos um aumento da taxa de vacinação global ao longo dos anos estudados sendo que em 2016 a taxa de vacinação foi de 14,5% e em 2020 atingiu os 20% de população vacinada. Em relação à taxa de idosos vacinados verificamos um pico de vacinação no primeiro ano de estudo com 55,7% de idosos vacinados com um declínio na taxa de vacinação de idosos no ano seguinte (2017) para 46,6%. Desde então ocorreu um aumento gradual da taxa de vacinação até ao máximo de 63,3% de idosos vacinados no ano de 2020.

Discussão: Os dados encontrados demonstram um aumento da taxa de vacinação antigripal global e nos idosos, o que pode ser explicado pelo esforço da USF por promover a vacinação antigripal, mas também por uma maior consciencialização da população para a importância deste acto devido à promoção da mesma pela Direcção Geral de Saúde e meios de comunicação social.

Existe ainda margem para melhoria, sendo este trabalho um bom ponto de partida para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela USF.

PD 67

GRANDES IDOSOS, "QUANDO A DOR É MUITO GRANDE, O SOFRIMENTO É SILENCIOSO"

Ana Rute Carreira; Ana Rita Faustino; Nádia Silva
USF D. Diniz

Introdução: Nem sempre os mais consumidores dos recursos de saúde são os que verdadeiramente carecem de mais cuidados. Tal pode acontecer pela dificuldade de acesso, e não por uma real ausência de necessidade. A fragilidade e a ausência de uma rede de suporte podem ser os elos fracos que impossibilitam a cadeia de cuidados.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo a revisão ao ficheiro clínico para caracterizar os idosos com idade ≥ 80 anos, o seu perfil de acesso à USF e, desta forma, identificar eventuais fragilidades e delinear um plano de intervenção.

Métodos: Estudo observacional descritivo cuja amostra de conveniência foram os idosos do ficheiro clínico do orientador com idade ≥ 80 anos. A avaliação dos idosos foi realizada pela consulta dos registos clínicos do SClínico / Prescrição Eletrónica Médica / Registo Eletrónico de Saúde. As variáveis foram a idade, sexo, o último contacto com a USF e o último controlo analítico. Quando o último contacto havida sido há mais de um ano foi realizada uma entrevista telefónica para averiguar o motivo. A recolha dos dados foi realizada em fevereiro de 2020.

Resultados: A amostra foi de 73 idosos, a maioria do sexo feminino, com idade média de 86,29 anos, variando 80 e os 100 (75% com idades entre 80-90 anos). O último contacto com a USF em 19 doentes havia sido há mais de um ano. Destes, 7 idosos tiveram seguimento na medicina privada por seguros de saúde, 2 não tiveram qualquer seguimento, 4 ficaram institucionalizados e em 6 dos doentes foi impossível estabelecer contacto. O último controlo analítico realizado havia ocorrido há mais de um ano em 33 dos doentes, sendo que destes doentes, 11 se encontram institucionalizados. Dos 22 restantes, 14 não tiveram contacto com a USF após essa data.

Discussão/Conclusão: A função de um médico de família é acompanhar o seu doente ao longo da vida, avaliando constantemente o seu percurso e necessidades. Contudo, com o volume de trabalho inerente a uma sociedade acelerada, a procura ativa pelos doentes cai para segundo plano. Este trabalho permitiu perceber quais os doentes que não estariam a ser alvo de um correto acompanhamento e, deste modo, procurar ativamente colmatar estas lacunas. Em alguns casos estes doentes estavam a ser acompanhados por outras entidades, contudo, também houve situações em que não havia acompanhamento e era importante a intervenção do médico de família. O levantamento das necessidades permitiu priorizar a prestação de cuidados e otimizar as intervenções.

PD 68

POLIMEDICAÇÃO, QUAL A REALIDADE NOS GRANDES IDOSOS?

Ana Rute Carreira; Ana Rita Faustino; Nádia Silva
USF D. Diniz

Introdução: O envelhecimento está associado ao aumento de doenças crónicas e, consequentemente, ao aumento dos medicamentos ingeridos. A polimedicação pode tornar-se uma realidade, com todo o prejuízo inerente, nomeadamente de interações medicamentosas, quedas, encargos financeiros, entre outros.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo a revisão do ficheiro clínico para caracterizar os idosos com idade ≥ 80 anos e o respetivo perfil de medicação.

Métodos: Estudo observacional descritivo cuja amostra de conveniência foram os idosos do ficheiro clínico do orientador com idade ≥ 80 anos. A avaliação das variáveis foi realizada pela consulta dos registos clínicos do SClínico / Prescrição Eletrónica Médica/ Registo Eletrónico de Saúde.

Resultados: Dos 73 doentes ≥ 80 anos, apenas foi possível verificar a tabela terapêutica de 68 doentes. O número total de substâncias ativas ingeridas diariamente pelos doentes variou entre 1 e 22, com uma média de 7,6 e moda de 8 substâncias ativas por dia. O número de "comprimidos/dispositivos" por dia foi no mínimo de 1 e no máximo de 18, com uma média de 6,7 e moda de 7 "comprimidos / dispositivos" por dia. Já em termos de associações, a maioria dos doentes tem pelo menos uma associação na sua tabela terapêutica, havendo 37% dos doentes que não fazem qualquer associação. Em termos de quartis, constata-se que 25% dos doentes ingere ≤ 5 substâncias ativas por dia, 50% ≤ 8 e 75% ≤ 9. Assumindo polimedicação como a ingestão diária de 5 ou mais substâncias ativas por dia, 75,5% dos idosos ≥ 80 anos do ficheiro clínico estão polimedicados.

Discussão/Conclusão: Os números revelados por este trabalho são preocupantes no que respeita à polimedicação dos idosos ≥ 80 anos. O apuramento das substâncias ativas foi realizado essencialmente com recurso à consulta da PEM e, em muitos casos, vários eram os médicos prescritores. Tal denota a importância do médico de família enquanto gestor da medicação, essencialmente dos mais idosos, já que o facto de existirem vários médicos prescritores pode aumentar a probabilidade de erros e interações medicamentosas. Daqui, também se pode constatar o importante papel da informatização dos procedimentos, pois com os registos na PEM podemos ter acesso a informação/ prescrições que por vezes poderiam passar despercebidas. Este levantamento de dados tem como objetivo ser a base para uma melhoria da prática clínica, pretendendo iniciar revisões das tabelas terapêuticas, de forma a otimizar a prescrição.

PD 69

APLICAÇÃO DE UMA ESCALA DE FRAGILIDADE NA CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Mónica Baptista Lopes; Ana Catarina Rodrigues; Carolina Alves; Leonor Boavida; Ana Bastos Furtado; José Delgado Alves
Serviço de Medicina IV - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A síndrome de fragilidade é uma condição clínica caracterizada pelo declínio da reserva fisiológica de vários sistemas de órgãos com aumento da suscetibilidade a

eventos stressores. Não é exclusiva de doentes idosos, mas verifica-se mais frequentemente em doentes com mais de 65 anos. Existem várias escalas para avaliação da fragilidade, nomeadamente a *Clinical Frailty Scale* (CFS) – uma escala escrita e visual com 9 graus, correspondendo 1 a um indivíduo saudável e 9 a um estadio terminal.

Objetivos: Caracterizar os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna de acordo com o seu grau de fragilidade.

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo incluindo todos doentes internados no serviço entre 28 de janeiro e 23 de março de 2020. Foi consultado o processo clínico informático dos doentes para obtenção de dados demográficos, duração e intercorrências do internamento (delirium, hemorragia ou infeções nosocomiais) e mortalidade. Os doentes foram ainda classificados pela CFS à admissão e à data de alta. Foram excluídos todos os doentes sem patologias crónicas, doentes já acamados à admissão ou em estadio terminal (CFS 9) e doentes transferidos para outros serviços antes da alta hospitalar.

Resultados: Foram analisados 212 doentes, dos quais 67,9% (n = 144) com idade superior ou igual a 65 anos. À admissão, 70,3% dos doentes (n = 149) foram classificados como não frágeis (CFS 1-4), 23,6% (n = 50) com fragilidade ligeira a moderada (CFS 5-6) e 6,1% (n = 13) com fragilidade grave (CFS 7-8). A idade mediana dos doentes nestes três grupos foi de 69, 81,5 e 82 anos, respetivamente. A duração mediana de internamento, por sua vez, foi de 7, 10,5 e 11 dias, respetivamente. Registaram-se intercorrências em 46% (n = 23) e 77% (n = 10) dos doentes com fragilidade moderada ou grave, respetivamente, e em 25% (n = 38) dos doentes não frágeis. Verificaram-se no total 6 óbitos em internamento, dos quais 4 em doentes com algum grau de fragilidade. À data de alta 63,2% dos doentes (n = 134) mantinham-se no grupo dos não frágeis, com 22,2% (n = 47) e 14,6% (n = 31) nos grupos com fragilidade moderada ou grave, respetivamente.

Discussão/Conclusões: Há uma elevada percentagem de doentes internados na enfermaria com algum grau de fragilidade, o que se parece associar a internamentos mais prolongados e com mais complicações. A identificação precoce destes doentes poderá levar à instituição de medidas que promovam a recuperação do status prévio com alta precoce dos mesmos.

PD 70

IMPACTO DA ADMINISTRAÇÃO DA PREVENIR 13 EM UTENTES EM ERPI

Adriana Jacinto; Edgar Runa; Luis Ferreira; Sandra Barreto; Sandra Paulos; Tiago Carvalho
Lar Nossa Senhora Do Carmo

Introdução: A infeção por *Streptococcus pneumoniae* é uma causa importante de morbilidade e mortalidade de acordo com o GRESP e a OMS, sendo esta uma causa de morte evitável, através da vacinação. Existem duas vacinas no mercado, a vacina polissacárida conjugada de 13 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* e outra contra 23 valencias; O GRESP propõe que os adultos com mais de 65 anos imunocompetentes e sem vacinação antipneumocócica prévia com VPC13 ou VPP23, sejam vacinados primeiro com a VPC13 e, após pelo menos um ano, com a VPP23. De acordo com o GRESP e a OMS, na Europa e nos EUA, o S. pneumoniae é o agente etiológico de cerca de 30 a 50% dos casos de pneumonia adquirida na comunidade com necessidade de internamento. O GRESP, em concordância

com outros consensos e recomendações internacionais, recomenda que a vacinação antipneumocócica deve ser aconselhada a toda a população imunocompetente com mais de 65 anos.

Objetivos: Demonstra a eficácia da vacina na prevenção da DPI

Compreender qual o impacto da administração da vacina Prevenar nos indicadores de saúde dos utentes em ERPI.

Métodos: Tipo de estudo: descritivo e transversal. Existiram dois momentos de recolha de dados;

Resultados: O total da amostragem e 44 utente do Lar Nossa Senhora Do Carmo. Os utentes do sexo feminino (n = 26 – 59.1%), do sexo masculino (n = 18 – 40.9%) com uma média de idades de 80 anos (mín=52; máx=95). Da observação realizada, verificou-se que em T0 – 23 utentes (52.3%) apresentaram Infeções respiratórias, 3 utentes (6.8%) recorreram aos serviços de urgência por descompensação respiratória, com internamento de 8 dias, e 12 utentes (27.3%) foi necessário uso de antibioterapia. Em comparação com T1 – 3 utentes (6.8%) apresentaram Infeções respiratórias, 1 utente (2.3%) recorreu aos serviços de urgência por descompensação respiratória com internamento de 4 dias, e 3 utentes (6.8%) necessário uso de antibioterapia.

Conclusão: Perante a evidência disponível, não foi possível determinar a efetividade da vacina na prevenção da DPI, por falta de um método de diagnóstico específico limita a capacidade de detetar um efeito protetor da vacina contra a pneumonia pneumocócica. Foi possível demonstrar o impacto positivo diminuição do número de casos de infeções respiratórias contudo a utilização de EPI´s nas instalações durante período T1 em contexto pandemia covid19.

PD 71

VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Sandra Cunha; Tiago Macedo; Sofia Vale Pereira; Sophia Martins; Andreia Pereira; Ana Leon Mota
USF Trevim Sol; USF Serra da Lousã

Introdução: O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios que a Europa enfrenta. A complexidade inerente à população idosa deve-se a uma característica que lhe é muito especifica – a heterogeneidade. As múltiplas patologias que sofrem podem, por vezes, condicionar uma fragmentação do seguimento, com acompanhamento em diversos especialistas e consequentemente dificultar a conciliação da assistência médica, representando um desafio para Medicina Geral e Familiar. A visitação domiciliária surge como uma abordagem centrada no utente, permitindo a prestação de cuidados de saúde dirigida às necessidades do mesmo.

Objetivo: Caracterização de visitação domiciliária de uma Unidade de Saúde Familiar. Identificação de limitações e criação de propostas de melhoria.

Métodos: Avaliação das consultas agendadas para o ficheiro de uma Médica de Família numa Unidade de Saúde Familiar ao longo do ano de 2019.

Resultados: Estamos perante um ficheiro com um total de 1733 utentes, representado por um total de 403 utentes com idade igual ou superior a 65 anos (23,25%). Ao longo do ano de 2019, realizaram-se 52 visitações domiciliárias a utentes pertencentes ao ficheiro, 37 consultas realizadas (71,15%) a um total de 26 utentes com idade igual ou superior a 65 anos. A idade mínima correspondeu a 68 anos, a média 85,89 e máxima 107, tendo-se constatado um predomínio de utentes com

idade igual ou superior a 75 anos (91,89%). Relativamente ao sexo, verificou-se um predomínio significativo de utentes do sexo feminino (80,77%). Um total de 10 consultas foram realizadas em contexto de vigilância de Hipertensão e/ou Diabetes (27,03%).

Conclusão: É fundamental a prestação de cuidados de saúde adaptados às necessidades da população. Sobretudo na população idosa, o acompanhamento no processo de saúde-doença deve procurar ser multidimensional, já que o surgimento crescente de limitações, sobretudo associadas a agravamento de doenças crónicas, implica uma perda de autonomia e independência. A criação de um protocolo uniforme de apoio à visitação domiciliária na Unidade de Saúde Familiar permitirá um acesso mais equitativo para a população com a criação de critérios de inclusão, a organização da agenda, a estruturação de registos, a utilização de ferramentas de apoio e consequentemente, uma orientação clínica dirigida às necessidades do utente e dos cuidadores.

PD 72

PD 73

DOSAGEM DA METFORMINA NO DECLÍNIO DA TFG

Daryna Sergiyivna Lavriv Pina;
Tiago Miguel Ramires Marabujo
USF D.Diniz

Introdução: Uma das principais preocupações relativamente ao uso de metformina nos doentes diabéticos com doença renal crónica é o risco de acidose láctica. No entanto, estudos indicam que, desde que a dose seja ajustada à taxa de filtração glomerular (TFG) a farmacocinética permanece estável. Segundo a *Food and Drug Administration e a European Medicines Agency*, a dose de metformina deve ser no máximo de 2 g/dia se TFG entre 45-60 mL / min / 1.73 m2 (estadio 3a), no máximo de 1 g / dia se TFG entre 30 - 45 mL / min / 1.73 m2 (estadio 3b) e deve ser suspensa se < 30 mL / min / 1.73 m2 (mínimo estadio 4).

Objetivo: Averiguar a dose diária de metformina em doentes diabéticos com doença renal crónica de uma Unidade de Saúde Familiar (USF).

Metodologia: Estudo observacional e transversal com componente analítica. A recolha de dados foi realizada através da consulta da plataforma MIM@UF e do programa SClínico. Foram incluídos todos os utentes da USF D. Diniz com diagnóstico de diabetes insulino-dependente e não insulino-dependente (ICPC-2, T89 e T90) à data de 15/08/2020, medicados com metformina e com TFG calculada ≤ 60 ml / min / 1.73 m2 (Cockroft-Gault). Foram excluídos os utentes sem cálculo da TFG e os utentes falecidos. A análise estatística foi efetuada no programa Microsoft Office Excel®.

Resultados: A amostra resultou num total de 78 indivíduos, 57.7% do sexo feminino. A idade média foi de 77.9 anos e 42.3% tinham mais de 80 anos. A maioria dos indivíduos (69.2%) tinha uma TFG calculada entre 45-60mL/min/1.73m2, sendo que 11.1% estavam medicados com metformina em dose diária superior a 2g. Nos restantes estadios (3b e 4) a maior parte dos doentes estavam medicados com doses superiores ao recomendado (estadio 3b – 60,9%; estadio 4 – total de 1 indivíduo).

Discussão e conclusão: Os resultados mostraram que existe um grande número de doentes diabéticos que carece de otimização terapêutica. Nestes doentes, a TFG diminui progressivamente e por vezes de forma acelerada, não só pela diabetes mas também

pela idade avançada. O médico de família deve por isso estar regularmente atento à TFG de forma a proceder ao ajuste da dose deste fármaco (entre outros). Embora este trabalho não tenha incluído avaliação pós-intervenção junto dos profissionais de saúde da unidade, permitiu sensibilizá-los quanto a esta problemática.

PD 74

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS DO OCTREÓTIDO EM CUIDADOS PALIATIVOS – CASO CLÍNICO

Mariana Anete Cunha dos Santos Rijo Cirne Mira
ACES Estuário do Tejo - UCSP Benvente/Santo Estevão

Introdução: Os cuidados paliativos representam uma área da medicina em constante desenvolvimento, com aplicação de numerosos fármacos aproveitanto as suas ações principais e também as secundárias. O octreótido é um octapeptido que mimetiza a natural somatostatina, mas que tem algumas vantagens sobre esta, nomeadamente efeito mais prolongado e potencial de administração por via subcutânea. Tem várias indicações médicas, incluindo em oncologia, gastrenterologia, mas também em situações de acromegalia e hipoglicemia refratária, entre outras. A sua aplicação em cuidados paliativos prende-se com o seu efeito de inibição da secreção de péptidos do estômago, intestinos e pâncreas (gastrina, motilina e secretina) e de inibição da secreção de serotonina.

Descrição do caso clínico: Trata-se de um homem de 75 anos de idade, residente na área da grande Lisboa. Em junho de 2020 foi feito o diagnóstico de cancro coloretal, que evoluiu rapidamente para estadio terminal. Tem como principais comorbilidades hipertensão arterial, dislipidemia e osteoartrose dos joelhos. No início de 2021 já estava acamado e a receber suporte de cuidados paliativos no domicilio. Iniciou nesta altura um quadro de oclusão com prognóstico reservado. Foi aplicada terapêutica visando o controlo sintomático mais eficaz:

Controlo da dor abdominal – morfina em bólus de 4/4h e butilescopolamina 60 mg/24h, ambos por via subcutânea

Controlo de náuseas e vómitos – octreótido 0,1 mg de 8/8h e dexametasona 16 mg/24h, ambos por via subcutânea

Hidratação – hipodermóclise com soro dextrosado no volume máximo de 1000 mL/dia

Esta estratégia permitiu a remoção precoce da sonda nasogástrica e o controlo dos sintomas até à morte do doente, que ocorreu 4 dias após instituição desta terapêutica.

Conclusão: O octreótido tem grande aplicabilidade no controlo sintomático em cuidados paliativos, ajudando no controlo nomeadamente de hemorragia digestiva, náuseas e vómitos no contexto de oclusão intestinal, diarreia refratária. No caso específico deste caso clínico permitiu a remoção da sonda nasogátrica, causadora de grande sofrimento, por permitir controlo das náuseas e vómitos no contexto de oclusão intestinal. Tal como outros fármacos tem as suas limitações e poderá não ter resultado em alguns casos, mas tem potencialidade e já o provou em muitas situações clínicas complexas.

PD 75

TRATAMENTO DA OBSTIPAÇÃO SEVERA NO DOENTE PALIATIVO – CASO CLÍNICO

Mariana Anete Cunha dos Santos Rijo Cirne Mira
ACES Estuário do Tejo, UCSP Benavente/Santo Estevão

Introdução: A obstipação é um problema muito frequente em cuidados paliativos, citada como um problema por cerca de 50% dos doentes admitidos em unidades de cuidados paliativos. Pode ser uma situação muito complexa, por ser secundária às patologias e aos medicamentos, sem resultado com medidas gerais de dieta e hidratação apenas. Neste trabalho descreve-se um esquema terapêutico que tem resultado nos casos mais severos de obstipação que acompanhei até hoje, nomeadamente aquele que é descrito neste caso clínico.

Principais causas de obstipação: Alimentação pobre em fibras; Desidratação; Hipotiroidismo; Diabetes; Síndrome do cólon irritável; Hemorroidas; Hiperparatiroidismo; Medicamentos (analgésicos opiáceos, antidepressivos tricíclicos, anticolinérgicos, inibidores da monoaminoxidase não seletivos, alguns antibióticos, todos os fármacos com efeito anticolinérgico incluindo alguns parkinsónicos e antipsicóticos, clinidina, bloqueadores dos canais de cálcio, antagonistas dos recetores 5-HT3, brometo de tiotrópio, codeína, ferro, acarbose, sitagliptina, cálcio, bupropion, vareniclina, atropina, tropicamida, antihistaminicos H1, Estatinas, alprazolam, estazolam, entre outros)

Descrição do caso clínico: Mulher de 77 anos, residente em Lisboa. Diagnóstico de neoplasia da mama esquerda em fevereiro de 2018, atualmente com metastização pulmonar e óssea. Tem como principais comorbilidades hipotiroidismo, depressão, dislipidemia e diabetes, dor oncológica severa. De entre as medicações crónicas estão opioides fortes para a dor oncológica. No controlo da severa obstipação, além das medidas gerais, foi incluído o esquema seguinte de laxantes em associação:

Glicósidos de sene (PusennideÒ) 20 mg/comprimido – 2 comprimidos após pequeno almoço e jantar; Macrogol 500 mg/mL – 8 mL após pequeno almoço e jantar; Leite de magnésio 83 mg/mL – 1 colher de sopa após jantar; Docusato de sódio com sorbitol – enema para fazer apenas em SOS.

Conclusão: Há vários tipos de laxantes, lubrificantes, surfatantes, expansores de volume, osmóticos, salinos, de contacto. A associação entre vários tipos de laxantes é mais eficaz que altas doses de apenas um, com menos efeitos adversos. As associações mais eficazes incluem amolecedores de fezes (lubrificantes, surfatantes) com indutores do peristaltismo (osmóticos, salinos, de contacto). Devem deixar-se os enemas para casos extremos e só em SOS.

PD 76

INFECÇÃO GRAVE POR RICKETTSIA NO DOENTE IDOSO

Diana Pinho Santos; Marlene Delgado; Adelino Carragoso
Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Introdução: A febre escaronodular (FEN) é uma doença exantemática causada por Rickettsia conorii, transmitida pela carraça do cão. Caracteriza-se por vasculite generalizada podendo afetar qualquer órgão. Excecionalmente pode cursar com falência de órgão específico ou mesmo falência multiorgânica.

Caso: Homem, 73 anos, agricultor. Quadro

de tosse seca, calafrios e febre com 5 dias de evolução. Medicado com penicilina, tendo desenvolvido exantema que motivou vinda ao SU. Residente em região rural, referindo contato com cães. Ao exame objetivo a destacar estabilidade hemodinâmica, febre e exantema eritemato-violáceo maculopapular não pruriginoso. Análises: leucopenia (2G/L), trombocitopenia (52G/L), lesão renal aguda KDIGO 1, hiponatrémia (127mEq/L), citólise hepática (AST 68UI/L, ALT 56UI/L) e elevação da proteína C reativa (24mg/dl). Gasimetria arterial: hipoxemia, acidemia metabólica e hiperlactacidemia. Radiologicamente infiltrado reticulo-nodular na base pulmonar esquerda. Medicado com levofloxacina e doxiciclina, considerando sépsis sem ponto de partida identificado com disfunção multiorgânica e toxidermia à penicilina. Realizada biópsia cutânea que evidenciou vasculite leucocitoclástica. Evolução favorável com defervescência, resolução das disfunções de órgão e do exantema. Do restante estudo complementar solicitado as hemoculturas e a urocultura foram negativas e a serologia de Rickettsia conorii foi positiva para infeção aguda (título IgM 128, IgG<64) com restantes serologias infeciosas negativas, corroborando o diagnóstico de FEN.

Discussão: Apesar da maioria dos casos ter evolução benigna, tem-se verificado aumento do número de casos graves e de óbitos ocorridos por FEN. Porque endémica em Portugal, é essencial integrá-la no diagnóstico diferencial de exantema, ainda que a apresentação não seja a mais típica (escara de inoculação ausente) e o exantema possa ser explicado por outra causa.

PD 77

3 EM 1 – A MULTIPLICIDADE DIAGNÓSTICA NA PRÁTICA CLÍNICA

Filipa S. Carvalho; Maria Liberal; Fábio Borges; Joana Veloso; Rui Guedes
ACeS Ave-Famalicao - USF S. Miguel o Anjo

O doente idoso apresenta frequentemente múltiplas patologias crónicas e polimedicação, pelo que, as intercorrências de saúde são sempre foco de preocupação.

Doente de 80 anos, sexo masculino, caucasiano, autónomo, com síndrome metabólico (hipertensão arterial, obesidade e dislipidemia), pacemaker, prótese anca, hipotiroidismo, gastrite crónica, metaplasia intestinal e depressão, medicado com candesartan, fluvastatina, levotiroxina, esomeprazol e mirtazapina.

Recorreu a consulta por febre e tosse produtiva purulenta com 5 dias de evolução. Apresentava murmúrio vesicular rude com crepitações, sem outras alterações. Foi medicado empiricamente com amoxicilina/ácido clavulânico.

Dois dias depois, sem melhoria clínica, iniciou astenia, anorexia e desorientação temporo-espacial, tendo sido levado ao SU. Encontrava-se hemodinamicamente estável, sonolento, despertável para estímulos intensos (GCS 11), com abdómen marcadamente distendido e timpanizado. A GSA revelou insuficiência respiratória (IR) tipo 1 e hipocalémia. Foi colocada VNI e sonda de gases com saída abundante de fezes líquidas e gás. Analiticamente com evelaçao dos parâmetros inflamatórios, assim como da LDH, mioglobina, CK e troponina T. Os ECGs seriados foram normais. Teve uma crise convulsiva tónico-clónica generalizada que cedeu à administração de diazepam. Realizou TC cerebral que revelou hipodensidade cortico-subcortical na vertente

anterior e mesial do lobo temporal e na ínsula à direita, sugerindo encefalite, e toraco-abdomino-pélvico que confirmou tromboembolismo pulmonar e excluiu megacólon tóxico mas, evidenciou espessamento do sigmóide. A colonoscopia não revelou lesões estenosantes. A análise do LCR revelou pleocitose e proteinorráquia, e a PCR confirmou a presença do vírus herpes simplex tipo 1, sendo instituído aciclovir. Durante o internamento, o agravamento da IR com acidemia obrigou a escalada antibiótica para piperaciclina/tazobactam, não sendo isolado nenhum agente. Para a colite infeciosa cumpriu ceftriaxone e metronidazol. Teve alta para o domícilio após 15 dias de internamento, sem défices neurológicos focais.

O herpes simplex tipo 1 é o principal patogéneo causador de encefalite no mundo. A imagiologia não era inequívoca encefalite, porém, a RMN era contraindicada pelo pacemaker. Os achados isquemicos e a elevaçao dos MNM levantavam a hipotese de isquemia cerebral conjunta, no entanto os MNM elevam-se noutras patologias.

Este caso reforça o enquadramento multimodal da geriatria clinica.

PD 78

CALCIFICAÇÃO CASEOSA DO ANEL MITRAL NO IDOSO – RELATO DE CASO

Tânia Daniela Gonçalves Ferreira; Ana Margarida Lopes Simões
USF A Ribeirinha

A calcificação caseosa do anel mitral (CCAM) é uma variante de calcificação do anel mitral, correspondendo apenas a 0.5 a 1% destes casos. Apresenta-se um relato de caso de uma paciente de 86 anos, do género feminino, que recorre ao Centro de Saúde no contexto de uma consulta programada e inserida no Programa de Risco Cardiovascular (Consulta de Diabetes e Hipertensão). Como antecedentes apresenta diabetes mellitus insulino tratada, hipertensão arterial, dislipidémia e perturbação do sono. A paciente encontrava-se assintomática, sem qualquer queixa de relevo nomeadamente do foro cardíaco. Apresentava um bom controlo tensional e metabólico com uma Hemoglobina glicada de 6,6. No decorrer da consulta, destacou-se no exame objetivo uma auscultação cardíaca hipofonética, mas aparentemente rítmica e sem sopros audíveis. O restante exame objetivo não apresentava alterações de relevo. Mediante este achado clínico e integrado nos exames de rotina foi pedida a realização de um ecocardiograma transtorácico modo m e bidimensional. O estudo transtorácico revelou: válvula mitral com calcificação marcada do anel com morfologia redonda de grandes dimensões que não compromete o funcionamento da válvula, admitindo-se o diagnóstico de degeneração caseosa do anel mitral. Neste caso clínico é relatado um caso de uma paciente assintomática em que se identificou através de um ecocardiograma uma massa intracardíaca que correspondia a CCMA. A CCMA é uma patologia rara que pode ser confundida com outras massas intracardíacas. É normalmente diagnosticada de forma incidental pela realização de um exame de imagem. A ecografia transtorácica é na maioria dos casos suficiente para esse efeito. No entanto em casos mais duvidosos deverá ser escolhido como método de eleição a ressonância magnética. O tratamento desta patologia é conservador na ausência de disfunção valvular marcada, ausência de sintomas e eventos embólicos. Não apresentando nenhuma destas condições, foi esta a abordagem escolhida para a paciente relatada. Um correto diagnóstico diferencial e abordagem pluridisciplinar com atempada

referenciação, se necessária, torna de fundamental importância o papel da Medicina Geral e Familiar no reconhecimento e seguimento desta patologia, para que sejam evitadas intervenções cirúrgicas desnecessárias, apresentando a calcificação caseosa do anel mitral maioritariamente evolução benigna e bom prognóstico a longo prazo.

PD 79

A IMPORTÂNCIA DO MGF NO *CONTINUUM* DE CUIDADOS APÓS INTERNAMENTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Bruno Pedrosa; Ana Borges; EGA – HBA; Cláudia Silva
USF Ramad - ACES Loures Odivelas; Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O processo normal de envelhecimento determina um défice físico, mental e funcional. O internamento hospitalar pode ser um momento de mudança no nível de dependência do idoso. É papel do MGF apoiar em todas as fases do ciclo de vida, sendo a continuidade de cuidados após internamento um momento chave de intervenção.
Caso Clínico: Utente do sexo feminino, 87 anos, com múltiplos antecedentes pessoais, internada no serviço de Ortopedia do Hospital Beatriz Ângelo por fratura subcapital do fémur direito após queda no domicílio. Do ponto de vista social e funcional trata-se de uma utente com compromisso cognitivo e dependência graves, co-habitante com filho de 69 anos que se assume como principal cuidador. Na alta hospitalar é realizada a ligação com a unidade de saúde familiar da utente (USF Ramada) para garantir a continuidade de cuidados sob a forma de serviço de apoio domiciliário e é alertado o MGF para o eventual desgaste do cuidador.
Discussão: Este caso alerta-nos para a imprescindível ligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares numa perspetiva do continuum de cuidados de qualidade prestados ao utente. Os Cuidados Continuados Integrados são entendidos como as intervenções sequenciais de saúde/apoio social centrados na recuperação global do utente que visem a promoção da autonomia e funcionalidade da pessoa em situação de dependência ou com doença crónica, sendo a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) o pilar destes cuidados. O MGF tem um papel essencial na prestação e continuidade de cuidados a uma utente com fragilidade e incapacidade considerável, e a um utente que se assume como principal cuidador frágil e em risco de desgaste. No acompanhamento e identificação do cuidador é fundamental agilizar o processo de referenciação da utente à RNCCI para ser integrada numa Unidade de Longa Duração e Manutenção com o objetivo de descanso do cuidador.
Conclusão: É fundamental ter presente o tipo de cuidados disponíveis e apropriados a cada utente em situação de vulnerabilidade, fragilidade e dependência, sendo o MGF o gestor da saúde, mas também da doença, proporcionando cuidados de qualidade. Este é um papel do MGF que muitas vezes é esquecido, mas que é central na continuidade de cuidados e na ligação com os cuidados hospitalares.

PD 80

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Andreia Pereira
USF Vale do Vouga - ACES Aveiro Norte

Introdução: Os cuidados paliativos (CP) têm por base quatro pilares fundamentais, sendo a comunicação um deles. A comunicação

nesta área apresenta várias dimensões e intervenientes (comunicação interprofissional, comunicação profissional de saúde - doente/família), tendo o poder de condicionar a apreciação da qualidade de cuidados prestados.
Objetivos: Explorar estratégias de comunicação efetiva no âmbito dos cuidados paliativos.
Material e métodos: Procedeu-se à realização de uma pesquisa bibliográfica no dia 25/02/21, através da plataforma Pubmed, utilizando os termos MESH *Major*: *communication* e *palliative care*. Os filtros de pesquisa utilizados incluíram: *full text*; *review*; *systematic review*; 2019-2020. Obteve-se um total de 20 artigos. Após leitura dos títulos dos artigos, considerou-se como potencialmente relevantes cerca de 9 artigos. Da leitura dos respetivos resumos, foram eleitos 5 artigos de revisão que serviram de base para a realização do presente trabalho.
Resultados: A comunicação é um processo complexo, multidimensional e multisequencial, essencial à prática de CP, verificando-se um elevado risco de adoção de estratégias de comunicação desadequadas, condicionadas por inúmeros fatores, desde o treino reduzido de competências comunicacionais, desconforto emocional decorrente da gestão de patologias que acarretam um elevado sofrimento, entre outros. Existem protocolos de atuação que suportam a gestão de tarefas comunicacionais, nomeadamente o protocolo SPIKES, indicado para a transmissão de más notícias e a estratégia VALUE, que serve de guia para médicos que lidam com casos de fim de vida e conversas difíceis, sendo dirigido à comunicação com as famílias. Algumas estratégias facilitadoras da comunicação englobam: preparação da intervenção comunicacional; utilização de questões predeterminadas; discussão interprofissional; valorização da comunicação não verbal; contexto adequado.
Discussão/Conclusões: A prestação de cuidados paliativos de excelência baseia-se num trabalho em equipa, tendo a comunicação um papel fundamental. Onde, como e quando comunicar são aspetos essenciais a ter em conta na abordagem do doente paliativo, devendo o profissional de saúde intervir atempadamente (precocemente), de forma a permitir uma tomada de decisão ponderada, consciente e partilhada. Uma comunicação transparente, realista e sensível ajudará o doente a manter a sua autonomia e dignidade, aumentando a qualidade de vida e satisfação.

PD 81

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NA VANGUARDA DO DIAGNÓSTICO DO DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

Catarina de Mendonça Machado; Afonso Caetano
USF Delta - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Introdução: A prevalência do Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) aumenta exponencialmente com o aumento da idade, atingindo prevalências de cerca de 25% entre os 80 e os 84 anos. O DCL é uma entidade de risco para conversão a demência, sendo a taxa de conversão dos pacientes idosos com DCL cerca de 10-15% por ano e ao final de cinco anos, mais de metade destes evoluem para demência. A avaliação cognitiva é fundamental na deteção e caracterização do défice cognitivo. O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) é um instrumento de rastreio cognitivo mais sensível e preciso que o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) aos estádios mais ligeiros de declínio, nomeadamente ao Défice Cognitivo Ligeiro (DCL). Há falta de evidência de eficácia de qualquer fármaco no tratamento do DCL. O exercício físico e treino cognitivo são geralmente recomendados.

Descrição do caso: Relata-se o caso de um doente de 73 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial controlada, hipertrofia benigna da próstata e adenoma tubular de baixo grau, que recorreu à consulta com queixas de esquecimentos frequentes, diários e que eram corroboradas pelo filho, não exibindo limitações no desempenho das suas atividades de vida diária e não apresentando qualquer outra queixa. Aplicou-se o teste MoCA, que quantificou um total de 19 pontos, compatível com um DCL. Não foram apuradas outras alterações relevantes ao exame objetivo e foram pedidas as análises laboratoriais necessárias no contexto de investigação de alterações cognitivas, que não mostraram alterações, bem como uma TAC crânio-encefálica que mostrava uma marcada atrofia cortico-subcortical temporal bilateral, assimétrica, com predomínio direito e alargamento dos cornos ventriculares temporais. O doente foi referenciado à Neurologia.

Discussão: No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, são prestados cuidados de continuidade, estando os médicos de família (MF) numa condição privilegiada para monitorizar o estado cognitivo dos seus pacientes, podendo diagnosticar precocemente o DCL e otimizar o acompanhamento destes doentes. Ao conhecer geralmente a família destes doentes, os MF podem otimizar a articulação com a mesma, apoiando-a neste processo e assegurando a oportunidade de acesso dos doentes aos programas de suporte adequados, o que se traduz numa melhoria da qualidade vida destes.

Palavras-chave: Défice Cognitivo Ligeiro; Cuidados de Saúde Primários.

PD 82

COM O PÉ ATRÁS – ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA TALALGIA INFERIOR

Francisco Santos Coelho; Carla Micaela Santos; Catarina Rego Carvalho; Tiago Pinto Neto
USF Valongo

Introdução: A talalgia é uma queixa frequente em MGF, particularmente na população mais idosa e em indivíduos atletas. O seu diagnóstico diferencial é extenso e a etiologia biomecânica a mais comum. A anatomia específica da dor ajuda a orientar o diagnóstico. A talalgia plantar/inferior (TI) é a apresentação mais frequente e, por isso, o foco desta revisão. A talalgia é um diagnóstico clínico, pelo que requer uma anamnese cuidada e um bom exame objetivo do pé. A imagiologia pode ser um bom complemento. Sendo o pé a base de sustentação do corpo em ortostatismo, importa conhecer os fatores de risco, bem como estratégias práticas para abordar esta queixa, otimizando os cuidados prestados e a qualidade de vida dos utentes.

Objetivos: Rever a literatura científica sobre abordagem da TI, para conhecer as principais alterações clínicas associadas e sensibilizar os Médicos de Família (MF) para o diagnóstico desta queixa.

Métodos: Pesquisa de artigos publicados em bases de dados científicas, nas línguas inglesa e portuguesa, entre 2016 e 2021, disponíveis em *free full text*. Utilizaram-se os termos MeSH *plantar heel pain* e *inferior heel pain*. Obtiveram-se 23 artigos: 9 excluídos pelo título e 4 pelo *abstract*; foram incluídos os restantes 10.

Resultados: Perante queixas sugestivas de TI, a anamnese e o exame do pé são o mais importante. Conhecer fatores de risco individuais (idade, peso, profissão, atividades de

lazer), características da dor (início, predomínio ao longo do dia, caráter, fatores desencadeantes e de alívio) e o mecanismo potencialmente causador (trauma, degeneração, inflamação) é fundamental para o diagnóstico correto. Os diagnósticos mais frequentes são: fasciopatia plantar (80%); esporão do calcâneo; atrofia da almofada plantar; fratura de fadiga do calcâneo; compressão nervosa. A TI pode também estar associada a radiculopatia ou a uma doença sistémica (nomeadamente reumatológica). Por vezes, é necessário recorrer a meios complementares de diagnóstico, orientados pela clínica, mas não existe um exame *goldstandard* para avaliação da TI. Os preferenciais são a radiografia e a ecografia.

Discussão: O MF, ponte privilegiada do utente com o Sistema de Saúde, tem um papel essencial na primeira abordagem às queixas osteoarticulares. Com uma população cada vez mais envelhecida e com cada vez mais adeptos de desportos de alto impacto, é fundamental abordar corretamente uma queixa tão relevante como é a TI. Conhecer para diagnosticar e orientar devidamente.

PD 83

SEXUALIDADE E IDADE

Rute Afonso; Cristina Prata; Patricia Santos
USF Arandis - ACeS Oeste Sul; USF Sobreda - ACeS Almada-Seixal

Introdução: Nos últimos anos a população portuguesa sofreu alterações no perfil demográfico, constatando-se um aumento da esperança média de vida e o envelhecimento populacional. A imagem negativa do envelhecimento leva muitas vezes a que a atenção seja desviada dos aspetos essenciais da sua qualidade de vida, dos quais a sexualidade é uma parte integrante. Apesar da sexualidade se manifestar durante todo o ciclo vital, continuamos presos a uma cultura conservadora, que favorece e perpetua mitos e crenças associados ao sexo e à sexualidade. Cabe aos profissionais de saúde ter uma visão holística das pessoas idosas, que possibilite desenvolver estratégias que facilitem o envelhecimento harmonioso, incluindo a vertente sexual.

Objetivos: Compreender e explorar a temática da sexualidade na terceira idade e analisar a importância do cuidador e profissionais de saúde na vivência de uma sexualidade saudável por parte do idoso

Métodos: Revisão clássica da literatura, através da pesquisa de artigos nas bases de dados PubMed, CINAHL, MEDLINE, e SciELO, usando as palavras-chave *sexuality and elderly*, *sexual desire and aging,* sem limite temporal 5 anos, publicados em português ou inglês.

Resultados: Embora sejam poucos os estudos nesta área, constata-se que a capacidade sexual está presente no individuo ao longo de toda a sua vida, inclusivamente até idades muito avançadas; o processo de envelhecimento não conduz a uma fase assexuada do individuo, mas antes a uma nova fase da sexualidade humana. Existem grandes diferenças individuais entre o homem e a mulher no que toca à sexualidade, e são vários os fatores que influenciam diretamente a atividade sexual na terceira idade. Os comportamentos sexuais entre os idosos ainda não são bem aceites, onde o cuidador e profissionais de saúde apresentam uma atitude de infantilização do idoso, interpretando o acontecimento sexual como se não o fosse, negando-o ou considerando-o uma brincadeira.

Discussão: Embora o tema da sexualidade na terceira idade se encontre envolto em diversos mitos, pode hoje afirmar-se que o interesse na atividade sexual é contínuo e existe ao longo de toda a vida. Os cuidadores deverão

ter conhecimento de todas as alterações relativas ao processo de envelhecimento, onde a sexualidade está incluída, facilitando esta necessidade. É essencial desenvolver um processo de educação sexual direcionado para idosos, promovendo uma atitude aberta, e implementar ações de formação sobre este tema.

PD 84

DIABETES MELLITUS NO DOENTE IDOSO

Nádia Mourinho Bala; Nuno Cordeiro Raposo; Sílvia Guerra; Sónia Pratas; José Maria Aragüés; Cristina Valadas
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Cerca de um quarto das pessoas com idade superior a 65 anos apresenta diabetes mellitus (DM). Com o envelhecimento da população, estima-se que a prevalência desta patologia aumente significativamente ao longo das próximas décadas. A abordagem terapêutica da DM no doente idoso deve ter em conta as suas características individuais e suporte social, evitando o sobretratamento e iatrogenia.

Objectivo: caracterização demográfica, clínica e laboratorial e revisão da abordagem terapêutica dos doentes idosos seguidos em consulta de Endocrinologia por DM.

Material e métodos: estudo retrospectivo baseado na consulta do processo clínico dos doentes seguidos por DM, entre 2018 e 2020, com idade igual ou superior a 80 anos.

Resultados: Foram identificados 124 doentes com idades compreendidas entre 80 e os 99 anos, com média de idade de 84 anos. Sessenta e seis doentes (53%) eram do sexo feminino e 50 (47%) do sexo masculino. A maioria dos doentes (92%) residia no domicílio e dez doentes (8%) encontravam-se institucionalizados. Cerca de 57% dos doentes eram autónomos, 27% parcialmente dependentes e 16% totalmente dependentes. O diagnóstico mais frequente foi o de DM tipo 2 (92%), seguido de diabetes secundária a corticoterapia (4,8%), diabetes secundária a cirurgia pancreática por neoplasia (2,4%) e DM tipo 1 (0,8%). Quanto às comorbilidades, 36% dos doentes apresentavam complicações macrovasculares e 65% complicações microvasculares da diabetes. Trinta doentes (24%) apresentavam neoplasia activa e 26 (21%) apresentavam síndrome demencial. Analiticamente, o valor médio de HbA1c foi de 8,3%. Noventa e sete doentes (78,2%) encontravam-se sob terapêutica com insulina e 27 (21,8%) apenas sob antidiabéticos orais. Apenas um dos doentes apresentou internamento por descompensação da diabetes durante este período. Treze doentes recorreram à urgência, mais frequentemente por hiperglicemia (11 doentes) e apenas 2 doentes por hipoglicemia. Quanto ao destino, 31 doentes tiveram alta para o médico de família, 18 doentes faleceram e os restantes mantêm seguimento em consulta.

Discussão: A definição dos objectivos terapêuticos do doente idoso deve basear-se na avaliação médica, funcional e social. Na nossa amostra, a HbA1c média situa-se dentro dos valores recomendados para esta população. A terapêutica deve ser simplificada, ajustada às comorbilidades do doente e à expectativa de vida, minimizando a ocorrência de hipoglicemia e de episódios de hiperglicemia sintomática.

PD 85

DOR CRÓNICA E DEMÊNCIA NO IDOSO: QUAL A LIGAÇÃO?

Catarina Moniz Bizarro; Luís Paulino Ferreira
Unidade de Saúde Familiar CSI-Seixal - ACES Almada-Seixal, ARS Lisboa e Vale do tejo; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de São Bernardo, Setúbal

Introdução: A dor crónica apresenta-se como uma entidade muito prevalente na população geriátrica, afetando mais de um terço dos idosos. A relação entre dor crónica e declínio cognitivo, e o risco de demencia, tem sido alvo de vários estudos transversais nos últimos anos.

Objetivos: Rever o estado da arte atual relativamente à associação entre dor crónica e défice cognitivo/demência.

Métodos: Revisão baseada na evidência, através da pesquisa de artigos no PubMed, publicados nos últimos 5 anos, utilizando as seguintes palavras-chave: dor crónica; défice cognitivo; demência; idoso.

Resultados: A literatura sugere existir uma interação bidirecional entre dor crónica e défice cognitivo, partilhando vias patogénicas comuns. Um dos achados mais relevantes, prende-se com o facto de o processo de dor crónica poder levar a alterações no sistema noradrenergico no locus coeruleus, à ativação da microglia, neuroinflamação e envelhecimento neuronal. Destaca-se ainda que a inflamação periférica e central induzida pela dor crónica pode levar a alterações morfológicas no sistema nervoso central, nomeadamente redução de substância cinzenta no hipocampo, córtex pré-frontal e em outras áreas envolvidas na atenção, memória e funções executivas. A dor persistente compete pelas vias de processamento cognitivo, influenciando assim a capacidade de atenção, o que poderá condicionar, por sua vez, défices na aquisição de memória. A dor crónica associa-se ainda a alterações do sono e do humor, bem como ao uso de fármacos com efeitos anticolinérgicos, que constituem per si fatores de risco para demência. Vários estudos identificaram uma associação positiva entre dor crónica e défice cognitivo/demência. Num estudo de coorte longitudinal recente, foi demonstrado que os doentes idosos com dor crónica exibem um declínio cognitivo com défice de memória mais acelerado, traduzindo-se numa maior incapacidade em termos de gestão financeira e da própria medicação. O mesmo estudo demonstrou ainda que o os doentes com dor crónica apresentam um maior risco (relativo e absoluto) de desenvolver demência em 10 anos.

Conclusão: A dor crónica contribui para o desenvolvimento de défices cognitivos mais célere, aumentando assim o risco de demência. No entanto, a maioria dos estudos neste âmbito apresenta limitações inerentes à metodologia, amostra e fatores de confundimento, pelo que serão necessários mais estudos longitudinais para compreender a real associação entre dor crónica e o risco de demência.

PD 86

A SAÚDE MENTAL DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA E ORIENTAÇÕES PARA O FUTURO

Rita Avelar; Antonio Luengo; Maria João Heitor
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Desde dezembro de 2019 que vivemos uma pandemia devido à propagação do vírus SARS-CoV-2 e à doença que este causa, COVID-19, algo que tem conduzido a inúmeras restrições e alterações do estilo de vida da comunidade. A saúde mental é uma das áreas fortemente afetadas, sendo os ido-

sos um grupo vulnerável, sujeito a sofrer com mais intensidade os efeitos da mesma.
Objetivos: Revisão da temática da saúde mental do idoso desde o início da pandemia, com exposição de um caso clínico exemplificativo, procurando reunir e apresentar a informação relevante sobre medidas preventivas e interventivas para melhorar a mesma.
Materiais e métodos: Apresentamos um caso clínico de um utente do sexo masculino, de 70 anos, que esteve internado no serviço de Psiquiatria com episódio depressivo grave, com sintomas psicóticos, durante o período da pandemia. Procedemos à análise narrativa dos artigos disponíveis sobre o impacto da pandemia na saúde mental do idoso e das estratégias que evidenciam resultados positivos na gestão da saúde mental dos idosos.
Resultados: O isolamento social como forma de prevenção de propagação do vírus tornou-se essencial, todavia é sabido que acarreta riscos elevados para os idosos, nomeadamente agravamento de doenças prévias e o surgimento de depressão e ansiedade, acelerando o envelhecimento. Nas faixas etárias mais avançadas, o convívio surge em atividades da comunidade que foram suspensas. Num estudo com pessoas com demência, foi constatada a diminuição de apoios a nível social na primeira fase de confinamento e o aumento dos casos de depressão. Aumentar o apoio social, procurar aumentar os contactos telefónicos com a família, amigos ou organizações voluntárias e estimular conexões intergeracionais através da tecnologia são estratégias que podem ser mobilizadas no sentido de combater os efeitos deletérios do isolamento. Foram demonstradas melhorias do sentimento de solidão e depressão ao oferecer sessões online com técnicas cognitivo-comportamentais a pequenos grupos de idosos, bem como estratégias de ativação comportamental ou comunicação através da internet. Da mesma forma, a realização de atividade física reduziu o aparecimento de sintomas depressivos.
Conclusões: Torna-se imperioso atuar no restabelecimento da comunicação social e convívio naquela que é a faixa etária com mais experiência de vida e que, devido à sua fragilidade, tem-se visto isolada e privada de vários estímulos essenciais à manutenção da sua saúde física e mental.

PD 87

QUEDAS NOS IDOSOS: O QUE AS PROVOCA?

Sara Margarida Filipe Santos; Claro da Fonseca
Trofa Saúde Hospital Vila Real

Introdução: As quedas são a principal causa de morte acidental entre indivíduos com idade igual e superior a 65 anos, em Portugal. Nos idosos, uma queda é causa de morbilidade significativa: maior declínio funcional nas atividades de vida diárias e atividades físicas e sociais, e maior risco de institucionalização. É, por isso, fundamental identificar os principais fatores de risco e de causalidade associados às quedas de modo a adotar medidas terapêuticas e preventivas eficazes.
Objetivos: Identificação dos principais fatores de risco e de causalidade associados a quedas nos idosos.
Material e métodos: Pesquisa de meta-análises e revisões sistemáticas nas línguas inglesa e portuguesa nas plataformas MedLine/Pubmed e Cochrane, publicados entre 2010 e 2020, utilizando os termos MeSH *elderly, falls, risk factors.*
Resultados: A literatura reconhece uma miríade de fatores associados a quedas nos idosos: idade ≥ 75 anos, uso de bengala ou andarilho, história prévia de quedas, fatores do meio ambiente (tapetes soltos e escorre-

gadios, ausência de barras de apoio na casa-de-banho, banheira excessivamente alta, escadas sem corrimão ou com número elevado de degraus, superfícies molhadas, obstáculos no chão como móveis e fios de eletrodomésticos, piso irregular, má iluminação), patologia aguda (enfarte do miocárdio, pneumonia, infeção do trato urinário), condições crónicas (principalmente distúrbios neuromusculares), polimedicação (4 ou mais fármacos), vertigem, abuso de álcool, distúrbios da marcha, desorientação ou défice cognitivo, hipotensão postural, distúrbios da visão e outros défices sensoriais, síncope, fraqueza muscular e perda gradual da capacidade de equilíbrio e de reação. Relativamente aos fármacos que potenciam o risco de queda destacam-se os seguintes: hipnóticos e ansiolíticos (principalmente benzodiazepinas de longa ação), antidepressivos tricíclicos, anti-hipertensores, corticosteróides, anti-inflamatórios não esteróides, anticolinérgicos, hipoglicemiantes, bem como qualquer fármaco que possa afetar o equilíbrio.

Discussão: Os fatores de risco responsáveis por uma queda podem ser intrínsecos ou extrínsecos. Os pacientes idosos que tiverem sofrido uma queda devem ser submetidos a uma avaliação minuciosa que inclui uma revisão da medicação, exame físico por sistemas e avaliação dos ambientes social e físico. A identificação e tratamento da causa subjacente podem reverter o paciente ao seu estado basal e reduzir o risco de quedas recorrentes.

PD 88

DOUTOR, É SÓ UMA 'IMPINGENZITA': A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Carvalho Pereira[1]; Miguel Pinto Gouveia[2]; Sílvia Sousa Neves[1]; Bárbara C. Barbosa[1]; Ana Cristina Moura[1]; Tânia Caseiro[3]

[1]USF VitaSaurium - ACeS Baixo Mondego; [2]Serviço de Dermatologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPOC); [3]USF Mondego - ACeS Baixo Mondego

O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia angioproliferativa maligna, originando lesões cutâneas, mucosas ou viscerais de diferente extensão e gravidade. Existem 4 variantes de SK: clássico; endémico; relacionado com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e associada a imunossupressão. Todas partilham o mesmo agente etiológico, o vírus herpes humano tipo 8 (VHH-8), mas revelam progressão clínica distinta. A SK clássico afeta sobretudo homens na 6ª década de vida, com ratio H:M de 10-15:1. Apresenta geralmente boa resposta à terapêutica local, embora a doença seja frequentemente multifocal e com tendência a recorrer. Uma vez estabelecido o diagnóstico, impõe-se um estreito acompanhamento dos doentes. Na presença de lesões localizadas, pode recorrer-se a radioterapia (RT), crioterapia, injeção intra-lesional ou excisão cirúrgica. Perante doença disseminada, torna-se necessário terapêutica sistémica. A resposta ao tratamento é variável, dependendo da gravidade das lesões e do perfil imunitário do doente. No entanto, o SK permanece uma doença incurável.

Caso clínico: Mulher, 79 anos, viúva e autónoma, com antecedentes de HTA, Dislipidémia e Doença Venosa Crónica. Doente recorre a consulta com o médico de família (MF) em 2010 por aparecimento recente de lesões papulosas arroxeadas na face anterior da perna

direita, não obstante de acreditar ser uma "impingem". O MF medica com corticóide tópico e referencia para Consulta de Dermatologia no IPOC. Na primeira consulta, é colocada a hipótese diagnóstica de SK e agendada biópsia cutânea, que confirmou SK. Aquando da realização da biópsia, foi notada a disseminação das lesões com extensão para o pé direito. Foi pedida Tomografia por Emissão de Positrões (PET) dado o agravamento observado, que não captou mais lesões. Com estudo serológico negativo, optou-se pela RT, com remissão total da doença. Manteve desde então seguimento em consulta no IPOC, atualmente já com periodicidade anual. Em março de 2021, a doente pede antecipação da consulta por recorrência de novas lesões cutâneas na perna e pé direitos. Nesta observação, verifica-se lesões papulo-vesiculosas vascularizadas e não se palparam adenopatias, quadro compatível com recidiva da doença. Foi proposta a exérese cirúrgica e pedida nova PET para exclusão de doença disseminada.

Este caso clínico é apresentado com o objetivo de elucidar o MF para uma patologia com prevalência acrescida na população idosa, e que embora rara, é de caráter maligno e incurável.

PD 89

HISTÓRIA CLÍNICA UMA "FERRAMENTA" NA PREVENÇÃO DO ERRO MÉDICO

Ricardo Campos[1]; Daniela Alves[1];
Celina Pires Rosa[1,2]
[1]UCSP Belmonte; [2]Faculdade de Ciências da Saude

Utente de 84 anos de idade orientada pelo médico "triador" do serviço de Urgência hospitalar da zona de residência, durante a pandemia causada pela doença COVID-19, para ser observada no centro de saúde (plano de contingência), por queixas de cansaço.

A utente apresentava-se na Consulta de Doença Aguda do centro de saúde com queixas de cansaço para esforços moderados, com 2 semanas de evolução; negava queixas álgicas, febre, queixas respiratórias e alterações do transito intestinal, referindo apenas fezes de tonalidade escura (sic). Referia apetite mantido e negava perda de peso.

Ao exame objetivo apresentava-se normotensa, apirética, hidratada, com pele e mucosas descoradas, sem alteração à auscultação cardíaca e respiratória. Abdómen mole e depressível, doloroso na palpação profunda do epigastro.

Como antecedentes pessoais de relevo, além de hipertensão arterial, a utente era seguida em consulta de Gastroenterologia por angiodisplasia gástrica, que condicionava uma anemia ferropénica crónica, com vários episódios de agudização no passado e necessidade de terapêutica transfusional.

Ao consultar o processo hospitalar e as prescrições médicas anteriores, verificou-se que a utente se encontrava medicada com meloxicam há 12 dias por gonalgia de ritmo mecânico, que motivou recorrência ao mesmo serviço de Urgência hospitalar, previamente ao episódio de cansaço.

Optou-se por suspender de imediato o anti-inflamatório e dado o contexto pandémico e o facto da utente se apresentar hemodinamicamente estável (e já ter sido triada como verde no hospital nesse mesmo dia), foi realizada prescrição de controlo analítico urgente, com estudo da anemia, para realizar em ambulatório. Medicou-se com dose terapêutica de Inibidor da Bomba de Protões, explicando à família os sinais de alarme que motivassem ida imediata ao serviço de Urgência. Nesse mesmo dia o médico assistente foi contactado

pelo laboratório que comunicou um resultado de hemoglobina de 5,7 g/dl. A utente foi de imediato orientada para o serviço de Urgência, e ficou internada para terapêutica transfusional, tendo tido alta dois dias depois melhorada. O presente caso visa retratar a importância da história clínica na abordagem dos utentes observados em contexto de doença aguda. Uma história clínica cuidada e direcionada às queixas do utente pode prevenir potenciais erros médicos como a prescrição de fármacos inadequados ao quadro clínico do nosso utente, além de permitir poupar tempo na orientação dos nossos utentes.

PD 90

"TINEA" OU NÃO TINHA EIS A QUESTÃO!

Ricardo Campos[1]; Daniela Alves[1];
Celina Pires Rosa[1,2]
[1]UCSP Belmonte; [2]Faculdade de Ciências da Saúde

Enquadramento teórico: A tínea corporis é um tipo de dermatofitose, geralmente causada pelo fungo *Trichophyton* ou *Microsporum*, manifestando-se comumente por placas arredondadas e de cor rosa ou vermelha, com bordos descaativos elevados que tendem a permanecer claras na parte central. O tratamento passa por antimicóticos tópicos ou orais e as lesões geralmente demoram a desaparecer cerca de 2 a 3 semanas (variando consoante as caraterísticas da lesão e o tratamento).

Caso clínico: Utente de 64 anos de idade, residente no estrangeiro que recorre à consulta de Agudos da unidade de saúde da sua área de residência portuguesa, para reavaliação de lesão dermatológica circular eritematosa com placas de bordos bem definidos e descamativos com cerca de 5 cm de diâmetro na face externa do braço direito, com cerca de 3 semanas de evolução. O utente tinha recorrido 4 dias antes pelas mesmas queixas, assumindo-se como principal hipótese diagnostica tinea corporis sendo medicado com anti-fúngico com corticoide tópico (econazol + triamcinolona) com indicação para reavaliação passado 4 dias, se ausência de melhoria.

À anamnese o utente negava doenças crónicas ativas, medicação habitual e alergias, mas referia ter tido há cerca de 5 anos um linfoma cutâneo de células T no braço direito, sendo tratado no estrangeiro com radioterapia. Optou-se por adicionar prescrição de antifúngico oral (fluconazol 150 mg) uma toma por semana durante 4 semanas e foi feito pedido de consulta de rastreio teledermatologico (referenciação com imagens da lesão). Foi agendada consulta de Dermatologia uma semana após a referenciação. Na altura da consulta o utente já não tinha lesão no braço, tendo alta com indicação para vigilância de aparecimento de novas lesões.

O caso retrata a importância da abordagem baseada na incidência e prevalência das doenças (sendo uma das caraterísticas de um bom médico de família segundo a Wonca - *The European Society of General Practice/ Family Medicine*). No caso a hipótese diagnostica mais provável requeria de mais tempo de tratamento antes de haver uma reavaliação clinica, por outro lado o antecedente de neoplasia maligna do utente, que não foi descurado, não justificava uma referenciação tão precoce, antes de comprovada uma verdadeira resposta terapêutica da lesão. Neste caso a referenciação precoce resultou na alocação de recursos de saúde secundários sem necessidade.

PD 91

"ESTA DOR TIROU-ME AS FORÇAS DOUTOR!"

Ricardo Campos[1]; Daniela Alves[1]; Solange Moreira[1]; Nádia Batista[1,2]; Celina Pires Rosa[1,2]
[1]UCSP Belmonte; [2]Faculdade de Ciências da Saúde

Enquadramento: A polimialgia reumática é uma síndrome que afeta principalmente adultos com mais de 55 anos, causando tipicamente dor acentuada e rigidez nos músculos proximais dos membros sem sinais de fraqueza ou atrofia. Os parâmetros inflamatórios velocidade e sedimentação (VS) e proteína C recativa (PCR) estão frequentemente aumentados. O diagnóstico é clínico e o tratamento com baixas doses de corticoides geralmente é eficaz. Uma resposta drástica e rápida a doses baixas a moderadas de prednisona ou metilprednisolona corrobora o diagnóstico.
Descrição de caso: Utente do sexo masculino de 80 anos de idade recorre à consulta de patologia aguda do centro de saúde com quadro de dor bilateral nas regiões deltoides, bacia e coxas associada com sensação de perda de força com quatro semanas de evolução, com ritmo inflamatório, mas sem melhoria à toma de ibuprofeno 600mg nem de associação de paracetamol e tramadol prescritas em contactos médicos anteriores. Negava febre e outras queixas álgicas. Como antecedentes pessoais de releve apresentava hipertensão arterial controlada. Ao exame objetivo apresentava dor na palpação dos músculos dos ombros e coxas, sem limitação na amplitude de movimento das articulação glenoumerais e coxofemorais bilateralmente apesar dos movimentos provocarem dor, não apresentando mais alterações no exame objetivo. Colocou-se como principal hipótese a Polimialgia Reumática, optando-se por prova terapêutica com deflazacorte 30mg/dia e estudo analítico para exclusão de outras hipóteses diagnósticas. O utente foi reavaliado passado 9 dias já com os resultados analíticos. Referia melhoria da sintomatologia com a toma do corticoide. Analiticamente apresentava VS e PCR aumentado, sem outras alterações.
Discussão: No presente caso clinico a história clínica e exame objetivo foram a base do diagnóstico e orientação do caso. Por vezes a hipótese diagnóstica de Polimialgia Reumática não aparece em primeiro lugar, facto que motivou a que as queixas álgicas sejam inicialmente tratadas com analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides. No futuro o utente vai requerer avaliações frequentes para descontinuação gradual da corticoterapia.
Conclusão: As queixas álgicas músculo-esqueléticas são um motivo de consulta muito comum em cuidados de saúde primários. Cabe ao Médico de Familiar saber explorar as queixas do utente e tentar orientar o caso da melhor forma, tendo em conta as principais hipóteses de diagnóstico.

PD 92

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NO IDOSO, UM DIAGNÓSTICO DISSIMULADO

Carla Pereira Fontes, Andreia M. Teixeira, Micaela Manuel, José Moura de Meireles
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV)

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) caracteriza-se pela inflamação crónica do trato gastrintestinal (GI) e engloba a doença de Crohn e a colite ulcerosa. Possui uma distribuição bimodal com um segundo pico de incidência após os 60 anos (10 - 15 %), cuja expressão tem aumentado, reflexo do envelhecimento da população e podendo traduzir uma maior suscetibilidade ou expressão tardia da doença.

Caso clínico: Mulher, 76 anos; antecedentes de síndrome metabólica, tromboembolismo pulmonar (anticoagulada) e obstipação crónica. Admitida por prostração e diarreia (5 dejeções líquidas/dia, sem vestígios de sangue, muco ou pus) há 2 dias. Encontrava-se hipotérmica, hipotensa e taquicárdica; polipneica com tiragem intercostal; abdómen depressível, sem sinais de irritação peritoneal. Gasimetria com acidose metabólica compensada e hiperlactacidemia. Analiticamente com elevação dos marcadores inflamatórios e lesão renal aguda (creatinina-3.0 mg/dL); sem alterações do painel hepático ou sedimento urinário. Assumida sépsis com ponto de partida GI e disfunção multiorgânica, tendo iniciado ressuscitação volémica e antibioterapia empírica com cefuroxima e metronidazol. Evolução inicial favorável, mas com diarreia persistente e, após 1 semana, hematoquézias. Realizou tomografia computorizada abdominal que mostrou espessamento parietal cólico até ao reto e infiltração edematosa do sigmóide, e colonoscopia que revelou ulcerações mais exuberantes no sigmóide e reto, intercaladas com áreas de mucosa normal. Admitido quadro de colite isquémica (vs. infeciosa), mantendo fluidoterapia com cessação hemorrágica; completou 10 dias de antibiótico, sem isolamento microbiológico (culturas de urina, sangue e fezes negativas). Por recidiva da febre, agravamento da diarreia e dos marcadores inflamatórios, atingimento extenso da mucosa e histologia sugestiva de colite crónica ativa, considerada a hipótese de DII. Iniciou messalazina com resposta parcial, tendo associado prednisolona com melhoria clínica; teve alta para consulta. Apesar da estabilidade da doença, veio a falecer posteriormente por intercorrência metabólica.

Conclusão: A clínica e abordagem dos doentes idosos com DII são similares às dos mais jovens. Porém, o amplo diagnóstico diferencial e as especificidades inerentes à idade, como as comorbilidades e a polifarmácia, associado ao potencial de efeitos adversos e complicações do tratamento, obrigam à tomada de decisão personalizada.

PD 93

A ZONA ALÉM DO DERMÁTOMO, UM CASO DE MENINGITE POR VÍRUS VARICELA-ZÓSTER

Carla Pereira Fontes; Andreia M. Teixeira; Micaela Manuel; Samuel Fonseca
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV)

Introdução: O Vírus Varicela-Zóster (VVZ) é um agente etiológico importante de infeção do sistema nervoso central (SNC), com uma incidência variável entre 5 e 27%. O envolvimento neurológico pode apresentar-se como mielopatia, vasculopatia, encefalite ou meningite, atingindo tanto indivíduos imunocomprometidos como imunocompetentes.

Caso clínico: Mulher de 80 anos, com síndrome metabólica, cardiopatia hipertensiva, fibrilhação auricular e asma. Admitida por síndrome confusional com 2 dias de evolução, após diagnóstico de infeção por VVZ em território do 1º ramo do trigémio; sob aciclovir tópico há 3 dias. Objetivamente, apresentava-se febril, desorientada e com discurso incoerente, sem rigidez cervical ou défices neurológicos focais; vesículas e crostas herpéticas na região frontoparietal esquerda e pálpebra superior; excluído atingimento ocular. Analiticamente com elevação da PCR (32.4 mg/L). Tomografia computorizada cerebral com alterações antigas. Realizada punção lombar que revelou pleocitose linfocítica (49 leuc/µL, 93.9% mononucleares) e hiperproteinorráquia (76.6 mg/dL). Assumida

disseminação central pelo VVZ, tendo iniciado aciclovir 10 mg/Kg de 8/8h, que cumpriu durante 13 dias. Deteção do vírus no líquor, com pesquisa dos restantes vírus neurotrópicos negativa. Ressonância magnética cerebral excluiu atingimento encefálico. Evolução favorável com apirexia, melhoria progressiva do estado neurológico e descida dos marcadores inflamatórios. Teve alta sem sequelas neuro-oftalmológicas, lesões herpéticas em fase de cicatrização; nevralgia pós-herpética como sequela.

Conclusão: A reativação do VVZ pode causar diversas complicações neurológicas com potencial de gravidade, nas quais se inclui a meningite asséptica. Visto que as manifestações clínicas são inespecíficas e indistinguíveis de outras infeções víricas do SNC, a identificação do vírus no líquor é crucial para o diagnóstico. A idade avançada e a imunossupressão estão associadas à maior incidência e gravidade da infeção por VVZ, relevando a importância da vacinação dirigida.

PD 94

POR DETRÁS DO DELIRIUM – CASO CLÍNICO

Mariana Freitas[1], Mariana Cravo[1], Maria Eduarda Costa[2], Ana Ferreira1
[1]USF CampuSaúde, Golegã - ACES Lezíria; [2]USF São Domingos - ACES Lezíria

Enquadramento: A demência constitui uma patologia de elevada prevalência em Portugal (2.7 % entre os 55 e 79 anos) e traduz a deterioração agravada da capacidade cognitiva em função da idade. Porém, inúmeros fatores de stresse psicológico e fisiológico poderão agudizar a disfunção cognitiva associando-se a estados confusionais agudos, ou delirium. No idoso, o *delirium* é frequentemente a única manifestação de patologia orgânica subjacente, como sendo a infeção. As infeções do trato urinário e pulmonar devem ser sempre consideradas nos quadros de alteração do estado mental nesta faixa etária.

Descrição de caso: Família (esposa) de homem de 77 anos, com antecedentes de demência, contacta Centro de Saúde por agravamento do quadro demencial caraterizada por perda de autonomia para fazer refeições, reconhecimento das pessoas, confusão, dificuldade na mobilização. Ao exame objetivo o doente encontrava-se no leito, sonolento, desorientado no espaço e tempo, com discurso incoerente, pouco colaborante e com dificuldade à mobilização. Apresentava mucosas coradas e hidratadas, anictérico. Auscultação cardiopulmonar e exame abdominal não revelavam alterações. Sem evidência de edemas periféricos, apirético (36,2ºC), tensão arterial de 135/88 mmHg. Foram solicitadas análises que revelaram PCR de 10,26 mg/dL, velocidade de sedimentação de 48 mm/h, urina sem alterações e PSA 12,97 ng/mL. Assumiu-se diagnóstico de prostatite e o doente foi medicado com ciprofloxacina 12/12h durante 30 dias. Após 15 dias do término do tratamento o PSA era de 1,690 ng/mL e o episódio de delirium estava resolvido.

Discussão: O presente caso confirma que o delirium pode ser a única manifestação de infeção no idoso e alerta para a importância de incluir a prostatite nas causas prováveis de delirium no idoso. A pesquisa de PSA foi fundamental para estabelecer o diagnóstico de prostatite após exclusão de infeção do trato urinário e pulmonar. Por outro lado, observa-se que o delirium é potencialmente reversível e depende da eficácia do tratamento da patologia de base.

PD 95

SÍNDROME DO OLHO SECO NO IDOSO – ABORDAGEM DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Bruna Paiva Vieira; Pedro Gaspar
Interna Formação Específica em MGF da USF Alto da Maia, ACeS Grande Porto III Maia-Valongo; Técnico de Óptica no Centro Óptico Gaspar

Introdução: A síndrome do olho seco é uma das doenças oculares mais prevalentes (entre 5 a 50%). Pode causar danos oculares irreparáveis, mas permanece subvalorizada. A idade avançada é dos fatores de risco mais importantes, sendo que também se destacam as doenças sistémicas, fármacos sistémicos e oculares e uso de lentes de contacto. O médico de família (MF) tem assim um papel importante no despiste desta doença, principalmente na população envelhecida.
Objetivo: Pretende-se rever a literatura acerca desta entidade clínica nos idosos, com o objetivo de sensibilizar e sintetizar a abordagem da síndrome do olho seco.
Material e nétodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos de revisão publicados em bases de dados científicas, escritos em língua inglesa ou portuguesa, nos últimos 10 anos, utilizando-se os seguintes termos MeSH *dry eye syndromes* e *elderly*.
Resultados: As causas da síndrome do olho seco podem ser divididas em 2 subgrupos: diminuição da produção lacrimal e por diminuição da lubrificação do olho de origem evaporativa. No idoso, as causas mais frequentes são a obstrução do canal lacrimal, os fármacos catalisadores de xerostomia, a Diabetes Mellitus (prevalência 54% de síndrome do olho seco na população diabética), a menopausa e a Doença de Parkinson. Os doentes podem apresentar secura, ardor ou sensação de corpo estranho, olho vermelho, fotofobia e visão turva. O diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento depende da etiologia. Na abordagem inicial, o MF deve prescrever lubrificação artificial (colírios com e sem conservantes, estes últimos em situações específicas e géis), aconselhar medidas comportamentais e rever terapêutica de modo a evitar fármacos potenciadores de xerostomia. A referenciação para a especialidade está indicada na ausência de alívio adequado com estas medidas e nas situações de neuropatia diabética para realização de testes específicos.
Discussão/Conclusões: Com o envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida, a síndrome do olho seco será cada vez mais frequente nos motivos de consulta. Torna-se importante a sensibilização da equipa familiar de saúde nesta problemática, uma vez que esta síndrome correlaciona-se com agravamento da acuidade visual e tem impacto na qualidade de vida e nas atividades de vida diárias.

PD 96

EFICÁCIA DA MEMANTINA NAS DEMÊNCIAS – QUAL A EVIDÊNCIA?

Maria João Martins de Sousa dos Anjos Lopes; Helena Mafalda Machado Sacramento
USF Leme - ACeS Baixo Vouga

Introdução: A demência afeta a capacidade cognitiva e o comportamento, interferindo com as atividades da vida diária (AVD). Estima-se que atinja 5% dos idosos e a doença de Alzheimer (DA) é a causa mais frequente (60-70%). Constitui uma importante causa de incapacidade e dependência. A memantina parece ter benefício nos sintomas cognitivos e não cognitivos na DA moderada-grave.
Objetivos: Avaliar a evidência sobre a eficácia da terapêutica com memantina na melhoria da função cognitiva e outros sintomas de demência.

Material e métodos: Realizou-se uma pesquisa de meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS), estudos controlados aleatorizados (RCT) e normas de orientação clínica (NOC), nas bases de dados PubMed, Cochrane, Bandolier e *National Guideline Clearinghouse*, utilizando os termos MeSH *Memantine* e *Dementia*, publicados nos últimos 5 anos, nas línguas inglesa, portuguesa, espanhola e francesa. Selecionou-se trabalhos com os critérios PICO: P – doentes com demência; I – terapêutica com memantina; C – terapêutica com placebo ou outra terapêutica; O – melhoria da função cognitiva e outros sintomas de demência. Para atribuição de níveis de evidência e força de recomendação (FR) foi aplicada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy.*

Resultados: Encontrou-se 49 artigos, dos quais 8 foram incluídos: 6 MA, 1 RCT e 1 RS. Destes, apenas 1 MA incluiu todos os tipos de demência, concluindo que a memantina tem pequeno benefício clínico na DA moderada-grave e na demência vascular ligeira-moderada, mas não na DA ligeira. 2 MA referiram pequena eficácia da memantina a nível cognitivo na DA, sem referência a nível de gravidade. A RS indicou eficácia na melhoria cognitiva em todos os níveis de DA e na redução de alterações do comportamento na DA moderada-grave. O RCT e 2 MA verificaram que, na DA moderada-grave, a memantina possui eficácia na melhoria cognitiva e comportamental. 1 MA referiu pequeno efeito na função cognitiva e na avaliação clínica global na DA moderada-grave, sem diferença a nível comportamental e das AVD.

Discussão: A terapêutica com memantina na demência, essencialmente na DA, pode ser eficaz na melhoria da função cognitiva e outros sintomas. Porém, a evidência disponível não permite suportar com robustez esta recomendação (FR B). Dada a natureza progressiva da demência, qualquer atraso no declínio cognitivo pode ser relevante para os doentes e cuidadores. O aumento da prevalência exige mais terapêuticas eficazes e estudos com elevada qualidade.

PD 97

HAVERÁ VANTAGEM NA UTILIZAÇÃO DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES APÓS FRATURA DA ANCA EM DOENTES IDOSOS? – REVISÃO DE TEMA

Xénia Verraest[1]; André Ribeiro[1]; Carolina Lourenço1; Inês Ferro[1]; Filipe Ermida[1]; Adélio Vilaça[2]; Filipe Carvalho[1]; Jorge Laíns[1]
[1]CMRRC - Rovisco Pais; [2]CHUP

As fraturas do fémur proximal são uma causa comum de morbimortalidade no idoso. A recuperação funcional neste grupo etário é frequentemente incompleta, já que o desenvolvimento de um estado catabólico após lesão e cirurgia promove a acentuação da perda de peso, depleção crónica de massa magra, diminuição da força e aumento do risco de queda, com repercussão na qualidade de vida. Os esteroides anabolizantes promovem o armazenamento proteico e hipertrofia muscular. Sugere-se que a sua utilização durante o período de reabilitação após fratura da anca poderá ter benefício no estado geral e funcionalidade do idoso.

Objetivo: Revisão da literatura sobre a utilização de esteroides anabolizantes após tratamento cirúrgico de fratura da anca em idosos. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Medline e Cochrane Library com as palavras chave *hip fracture* AND *anabolic steroids* e respetivos termos MeSH. Foram incluídos exclusivamente ensaios randomizados controlados (RCT) sobre

a utilização de esteroides anabolizantes em doentes idosos após tratamento cirúrgico de fratura da anca, disponíveis em inglês, sem restrição de data.

Da pesquisa inicial surgiram 17 artigos, dos quais 3 cumpriram os critérios de inclusão. O decanoato de nandrolona intramuscular foi o esteroide anabolizante utilizado em todos os estudos, uma vez que através do efeito anabólico, potencia a síntese proteica e o incremento da mineralização óssea, com minimização dos efeitos androgénicos. Um dos estudos avaliou a utilização de 0,25 mg de decanoato de nandrolona a cada 3 semanas em associação com suplementação de vitamina D e cálcio durante 1 ano, revelando benefício funcional e na manutenção do volume muscular e densidade mineral óssea. Os outcomes estudados foram heterogéneos, contudo o benefício funcional foi comum a dois estudos, não revelando o terceiro evidência de efeitos positivos.

A utilização de esteroides anabolizante durante o período de reabilitação, em associação com suplementação nutricional e exercício físico, parece estar associada a ganhos funcionais e melhoria da qualidade de vida após fratura da anca em doentes idosos. Contudo, o número reduzido de ensaios clínicos, uso de amostras pequenas, diferentes intervenções, outcomes e follow-up não permitem recomendar a sua utilização. Seria pertinente estudar a associação entre intervenção não farmacológica (fortalecimento muscular), esteroides anabolizantes e suplementação nutricional, ausente na literatura.

PD 98

SEXUALIDADE SEM PRAZO DE VALIDADE

Graciela Fátima Fernandes; José Carlos Fernandes
Instituto Superior Miguel Torga; UCSP Nazaré

Introdução: Falar de sexualidade, principalmente quando envolve os idosos, ainda provoca sentimentos de estranheza na maior parte da população portuguesa do século XXI, porque, consciente ou inconscientemente, existe ainda a ideia que este grupo social não possui sexualidade, ou seja, é considerado assexuado (Rodrigues, 2019).

Objetivos: Como objetivos específicos enumeram-se os seguintes: Contextualizar a sexualidade no envelhecimento; identificar os fatores psicossociais que afetam a vida sexual; Causas e hábitos que podem diminuir a atividade sexual; referencia a alguns mitos; Sexualidade e os problemas de saúde, Dicas para uma melhor intimidade bem como alguns tipos de tratamentos.

Metodologia: Pesquisa de artigos científicos na base de dados Medline/PubMed utilizando os termos "Sexualidade", "idosos" e "problemas sexuais" publicados nos últimos 10 anos. Pesquisa de literatura em outros sites.

Resultados: Segundo a OMS a sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos, e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, onde ela vai influenciar os nossos pensamentos, sentimentos, ações e também por pensamentos da nossa saúde física e mental. O envelhecimento normal traz mudanças físicas em homens e mulheres. Num estudo recente feito pela Bristish longitudinal Study of Ageing, 2015 verificou que 31 % dos homens em idades compreendidas entre os 80 e 90 anos, relataram que

praticavam masturbação e fazem sexo e 60% entre os 70 e 80 anos que são sexualmente ativos, desconstruindo assim a ideia de que a sexualidade deixa de existir na população mais velha.

Conclusão: Definitivamente os seres humanos são seres sexuais, mesmo que haja impedimentos tais como doenças ou condições de vida que impeçam a expressão sexual sendo que os sentimentos continuam a estar presentes em cada um de nós. Os idosos devem aceitar a sua sexualidade sem vergonhas e preconceitos. Sendo o mais importante envelhecer com qualidade cuidando-se de si mesmos, perceber as mudanças do organismo e da mente, e procurar ajuda junto do parceiro ou então ajuda especializada para uma prazerosa sexualidade na velhice. Enquanto técnicos de saúde devemos priorizar e dar condições de privacidade de aceitação e de abertura a esta população.

PD 99

VACINAÇÃO ANTI-PNEUMOCÓCICA EM IDOSOS DE UMA USF

Joana Fernandes Duarte; Carla Sérgio
USF Buarcos - ACeS Baixo Mondego

Introdução: A vacinação anti-pneumocócica visa a proteção individual, em especial, dos grupos vulneráveis, de forma a diminuir a morbimortalidade por doença invasiva pneumocócica. Em concordância com consensos e recomendações internacionais, o GRESP (Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de MGF) recomenda que a vacinação deva ser aconselhada a toda a população imunocompetente com idade ≥ 65 anos, com VPC13 ou VPP23, vacinada com a VPC13 e, após pelo menos um ano, com a VPP23. Os indivíduos com ≥ 65 anos que já tenham feito a vacinação com a VPP23 deverão fazer a VPC13, desde que tenha passado pelo menos 1 ano após a última vacinação com VPP23. Os indivíduos que já fizeram a vacinação com VPP23 antes dos 65 anos deverão fazer a VPC13 após essa idade, desde que tenha passado pelo menos 1 ano após a vacinação com VPP23. Passado pelo menos 1 ano deverão ser revacinados com VPP23, desde que tenham passado pelo menos 5 anos desde a VPP23 anterior.

Objetivo: Avaliar o estado de vacinação anti-pneumocócica dos utentes com idade superior a 65 anos inscritos numa USF.

Material/Métodos: Estudo observacional, analítico e retrospetivo. População: utentes com idade > 65 anos, com consulta presencial no último ano. Amostra aleatória simples com reposição, estratificada e proporcional por grupo etário (66-69, 70-74, 75-79, 80-85 e ≥ 90 anos). Fonte de dados: processo clínico informático e MIM@uf.

Resultados: Foi obtida uma amostra de 10% da população com idade superior a 65 anos inscritos na USF, obtida de forma aleatória simples, proporcional à distribuição etária da população. Foram excluídos 20 utentes, por não terem consultas presenciais no último ano e 1 utente por ter falecido. Dos 211 utentes da amostra, 152 não tinha nenhuma das vacinas (72,04%) e 59 utentes estavam vacinados (27,96%), sendo que apenas 12 tinha a vacinação completa (5,69%). 29 utentes tinham apenas uma vacina VPC13 (13,74%), 11 utentes tinham apenas uma vacina VPP23 (5,21%) e a 7 utentes faltava a segunda administração da VPP23 para cumprir o esquema (3,32%)

Discussão/Conclusões: Dos utentes em estudo, com indicação para vacinação anti-pneumocócica, apenas 27,96% estão vacinados. Destes, apenas 5,69% cumprem o esquema

de vacinação com as vacinas VPC13 e VPP23 recomendado pelo GRESP. Tendo como objetivo a melhoria da taxa de vacinação nesta população, que será reavaliada em 2022, procederemos a formação visando este tema aos profissionais de saúde da USF em questão.

PD 100

O IDOSO COM FERIDA COMPLEXA: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Melani Morais Noro; Jordana Dias; Cremilda Almeida; João Silva
UCSP da Guarda

Trata-se de um caso clínico sobre feridas complexas no idoso. As feridas têm uma incidência e prevalência significativas nos Cuidados de Saúde Primários, repercutindo na saúde e na qualidade de vida do doente. Este caso clínico pretende demonstrar a importância de um trabalho conjunto na gestão da patologia da ferida do idoso. Para tal foi necessária a intervenção multidisciplinar que resultou na adesão do doente ao tratamento. As feridas no idoso são de difícil cicatrização, acompanhadas de dor no local e geradoras de medo de não conseguir a cicatrização. Por isso é fundamental um controlo correcto da dor e da ansiedade, promotores da adesão terapêutica.
A evolução da cicatrização foi avaliada recorrendo ao Score do S-clinico baseado em Revech 2.0, no qual foi observado uma melhoria célere quando aplicada terapia compressiva. Também foi utilizada a Escala de avaliação da dor e o instrumento de avaliação da qualidade de vida (Esquema de Cardiff). Conclui-se que quando a abordagem é global obtém-se melhores resultados, tendo-se verificado uma melhoria rápida da ferida, a diminuição da dor com um aumento significativo da qualidade de vida do idoso.

PD 101

CONSEQUÊNCIAS DA INTERRUPÇÃO DE ANTICOAGULAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Cristina Fernandes Alves; Ricardo Jorge Saraiva Campos; Celina Pires Rosa
ACeS Cova da Beira - UCSP Belmonte

Enquadramento teórico: A fibrilhação auricular é a arritmia cardíaca sustentada mais comum no adulto, associada a uma morbilidade e mortalidade elevadas. O seu tratamento envolve a prevenção do acidente vascular cerebral (AVC) com anticoagulação, controlo de sintomas através do controlo da frequência cardíaca e ritmo, e controlo de fatores de risco cardiovascular. A anticoagulação tem como principal efeito adverso a hemorragia, que se torna especialmente importante quando o doente necessita de ser submetido a um procedimento diagnóstico ou terapêutico invasivo, que apresenta risco hemorrágico de menor ou maior magnitude.
Descrição do caso: Utente do género feminino, 84 anos de idade, com antecedentes pessoais de fibrilhação auricular sob anticoagulação com rivaroxabano 15 mg. No decorrer da vigilância de bócio multinodular, foi solicitada punção aspirativa por agulha fina de nódulo da tiróide. A utente cessou a toma de rivaroxabano dois dias antes da realização do procedimento. No dia seguinte ao procedimento, é levada ao serviço de Urgência por quadro de desorientação e alteração do comportamento ao acordar. À observação a doente encontrava-se desorientada no tempo, com afasia de expressão e dificuldade em cumprir ordens complexas. Realizou tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica com angio-TC que revelou AVC isquémico do território distal da ACM esquerda, subcortical

de topografia frontal, de provável etiologia cardioembólica. A utente não foi submetida a tratamento de fase aguda, tendo sido internada para vigilância. Teve alta 6 dias depois, clinicamente melhorada, mantendo apenas a desorientação parcial no tempo, com re-introdução de rivarobaxano nesse dia. O resultado citológico da amostra resultante do procedimento revelou-se benigno.

Discussão: Quando surge a necessidade de realizar um procedimento invasivo num doente sob anticoagulação, há que ter em conta a razão risco/benefício entre o risco hemorrágico do procedimento e o risco trombótico do utente. É importante esclarecer o utente acerca da sua medicação habitual. O médico de família representa um papel essencial no esclarecimento de dúvidas dos doentes e na vigilância da compreensão e compliance do utente.

PD 102

QUATRO ANOS DE CONSULTA

Raquel Martins; Joana Câmara; Joana Lima; Dinis Martins

USISM -Sede Centro de Saúde de Ponta Delgada; HDESPD; EPER

Introdução: A população idosa possui várias comorbilidades, entre elas a fibrilhação auricular. Perante dificuldades económicas ou contraindicações os utentes com fibrilhação auricular encontram-se medicados com anticoagulantes orais antagonistas de vitamina K, o que requer o controlo de INR. Em 2016 foi criada a consulta de Controlo de Terapêutica Anticoagulante Oral Antagonistas de Vitamina K na Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel passando assim o controlo de INR a ser realizado na Unidade de Saúde do utente com o seu médico de família. Aquando da implementação desta consulta foi definido um procedimento e protocolo de atuação.

Objetivo: Caracterização dos utentes com seguimento na Consulta de Terapêutica Anticoagulante Oral Antagonistas de Vitamina K na sede do Centro de Saúde de Ponta Delgada de 2017 a 2020.

Material e métodos: Caracterização dos utentes com seguimento nesta consulta de 2017 a 2020 com posterior tratamento de dados em programa Excel.

Resultados: Em 2017 encontravam-se em seguimento 30 utentes, 40% dos quais do sexo masculino e com média de idades de 74 anos. Em 2020 encontravam-se em seguimento 29 utentes, 48% do sexo masculino e com média de idades de 72 anos. Analisando os utentes com segumento desde 2017 verifica-se que ocorreram: 10 óbitos, 17 novas transferências do Hospital de referência para o Centro de Saúde, 7 trocaram para os NOACs e um utente retomou o seguimento no Hospital de referência.

Discussão/Conclusão: Verificou-se que desde 2017 a média de idades dos utentes com seguimento na consulta diminuiu para 72 anos de idade, tendo-se verificado uma distribuição mais equitativa relativamente ao sexo. tratando-se de uma população idosa e com diversas comorbilidades verificou-se 21.7% de óbitos. A ligação entre Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários manteve-se com 37% de novos utentes a serem transferidos do Hospital para a Consulta do Centro de Saúde e 2% no sentido inverso. Durante os quatro anos de consulta 15.2% dos utentes mudaram para os NOACs. Pode-se concluir que o médico de família encontra-se numa posição priviligiada no seguimento dos utentes medicados com anticoagulantes, não só pela sua visão holística e contextualização biopsicossocial do utente, como também pela existência de um protocolo de atuação, o qual é

uma ferramenta de fácil acesso e suporte nas suas decisões clínicas. A articulação entre os Cuidados Hospitalares é fundamental uma vez que ambos trabalham a mesma população.

PD 103

ALCOOLISMO E CUIDADORES: SOLUÇÃO OU PROBLEMA?

Tiago Silva; Pedro Paulo; João Guerra; Liliana Carvalho
USF Marquês de Marialva, Cantanhede

Introdução: Apesar do abuso de álcool poder surgir como um "escape" para situações de sobrecarga e stress, a progressão para um estado de dependência terá impacto negativo a nível pessoal, familiar e social. A exigência de ser cuidador de um idoso dependente pode contribuir para adoção de comportamentos de risco e negligência, com repercussões na saúde do próprio e do dependente.
Objetivos: Explorar a relação entre ser cuidador e o abuso do álcool.
Métodos: Fez-se uma revisão bibliográfica, através da pesquisa dos termos MESH *caregiver* ou *caregiver burden* e *alcoholism*, nas bases de dados MEDLINE e Cochrane Library. Incluiram-se artigos publicados nos últimos 20 anos, em português, inglês e espanhol. Pela leitura dos *abstract*, foram selecionados para leitura integral os mais pertinentes.
Resultados: Foram analisados 12 artigos, 11 dos quais estudos transversais. A prevalência de alcoolismo em cuidadores não é unânime, variando de 1,6% a 9%, mas é mais frequente nestes do que nos próprios dependentes. Os cuidadores de maior risco são jovens, do sexo masculino, caucasianos e casados. Apesar de por vezes relatado como estratégia de coping pelos cuidadores, o consumo de álcool parece ainda assim menos utilizado do que outras como apoio emocional ou religioso ou atividades de lazer. A evidência de associação entre o estatuto de cuidador e consumo excessivo de álcool não é homogénea. Alguns estudos sugerem uma relação entre os níveis de sobrecarga social e emocional do cuidador, e a quantidade de álcool consumida, potencialmente contribuindo para situações de violência face ao idoso dependente e agravando problemas familiares e financeiros. Por outro lado, outros estudos não encontraram diferenças no consumo de álcool pelos cuidadores ou revelaram até um efeito protetor: ser cuidador pode contribuir para um consumo mais responsável e para a abstinência em cuidadores previamente alcoólicos. A perspetiva inversa também é descrita: antecedentes de alcoolismo no doente dependente contribui para a aumentar a sobrecarga do cuidador, existindo uma correlação entre a quantidade de álcool e o grau de sobrecarga.
Conclusões: A evidência disponível não define uma associação clara entre o papel de cuidador e abuso de álcool. Ainda assim, o seguimento de um idoso dependente deve incluir também uma avaliação do cuidador, com destaque para o rastreio e deteção precoce de comportamentos de risco, como o alcoolismo, promovendo a saúde do próprio, do dependente e da comunidade.

PD 104

QUANDO UMA SOLUÇÃO SE TORNA UM NOVO PROBLEMA – CASCATAS DE PRESCRIÇÃO

João Pedro Silva; Melani Noro; Catarina Coelho; Mafalda Carvalho; Luciana Paulo
UCSP da Guarda

Introdução: O avançar da idade está frequentemente associado a multimorbilidade e polimedicação, contudo, o efeito dos medicamentos pode nem sempre ser positivo. A

multimorbilidade, foi considerada relevante no que diz respeito ao risco de hospitalização e a polimedicação passou a ser considerada um fator de risco independente para novos efeitos adversos de medicamentos e hospitalizações na população idosa. Muitas vezes os efeitos adversos da medicação associados às múltiplas interacções medicamentosas podem ser interpretados erradamente como novos sintomas que originam novos diagnósticos e consequentemente adição de novos fármacos. O aumento da prescrição com o objetivo de tratar efeitos colaterais ou sintomas derivados de interacções medicamentosas é conhecido como cascata de prescrição e aumenta os riscos inerentes à polimedicação não controlada. A retirada ou redução da dose de medicamentos inadequados com o objectivo de reduzir reacções adversas melhora a qualidade de vida dos pacientes e promove uma melhor adesão à medicação.

Objetivos: O objectivo deste trabalho prende-se com a sensibilização nos profissionais de saúde para o risco da polimedicação, assim como sensibilizar para a existência de medicamentos que podem ter sido iniciados para resolução de reações adversas de outros medicamentos.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa na base de dados da MEDLINE/Pubmed onde foram usados os MeSH *terms*: *prescribing cascades* e *geriatric*.

Resultados: Existem poucos estudos dirigidos às cascatas de prescrição sendo que muito dos dados disponíveis correspondem a análises secundárias. Para efeitos de sensibilização desta problemática foram revistos dados de cinco artigos recentes tendo sido observado que novos efeitos adversos são posteriormente considerados como novo diagnóstico e consequentemente associados à adição de um novo fármaco.

Conclusão: O ato da revisão da tabela terapêutica continua a ser um desafio, pois na maioria dos casos há vários prescritores envolvidos, devendo por isso haver uma melhor comunicação entre os mesmos para melhor reconhecimento dos efeitos adversos e possíveis cascatas de prescrição. Na maioria dos casos observados não houve reconhecimento de uma possível cascata de prescrição, pelo clínico ou pelo próprio utente, pelo que, ações de formação para sensibilização desta realidade se tornam essenciais. No entanto, os autores acreditam que uma boa história clínica é fulcral para uma melhor e mais dirigida reconciliação terapêutica.

PD 105

EFEITOS DO EXERCÍCIO FÍSICO AERÓBIO NA COGNIÇÃO DE DOENTES COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Joana Palhota Antunes[1]; Ana Margarida Gonçalves[1]; David Tonelo[2]

[1]USF Santiago de Leiria; [2]USF Marmelais

Introdução: As queixas subjectivas de défice cognitivo motivam com frequência o recurso aos Cuidados de Saúde Primários. O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) tornou-se assim uma das entidades clínicas mais frequentemente detetadas na população geriátrica. Medidas não farmacológicas como a prática de exercício físico são muitas vezes recomendadas como 1ª linha para retardar o declínio cognitivo nos doentes com DLC. O exercício físico aeróbio, dada a facilidade de acesso, é muitas vezes a primeira escolha na população geriátrica face a exercícios de força/resistência, flexibilidade ou equilíbrio.

Objectivo: Rever a mais recente evidência científica sobre o papel do exercício físico aeróbio na função cognitiva em doentes com DLC.

Métodos: Efetuou-se uma pesquisa bibliográfica, utilizando os termos MeSH "*aged*", "*cognitive dysfunction*" e "exercise". Pesquisaram-se meta-análises, revisões sistemáticas, normas de orientação clínica e ensaios clínicos aleatorizados e controlados, publicados nos últimos 5 anos, em língua inglesa, portuguesa, espanhola e francesa nas bases de dados PubMed, Cochrane Library, *Canadian Medical Association, Evidence based Medicine* e NICE *Evidence Search*. Foram incluídos artigos que avaliassem ou recomendassem o exercício físico aeróbio como intervenção para a prevenção de declínio cognitivo com diagnóstico de DCL. O resultado avaliado foi a progressão do declínio cognitivo.

Resultados: Da pesquisa bibliográfica resultaram um total de 78 potenciais artigos, dos quais 3 cumpriam os critérios de inclusão: 2 ensaios clínicos aleatorizados controlados e 1 meta-análise. Todos os trabalhos selecionados mediam como resultado primário a função cognitiva global em doentes inseridos na comunidade, sedentários, sem fragilidade e sem comorbilidades graves. Em todos os artigos os autores mostraram melhoria da função cognitiva dos doentes que participaram em programas de exercício aeróbio versus grupo de controlo, sendo esta diferença estatisticamente significativa em dois dos trabalhos analisados. Foi atribuída uma Força de Recomendação B (SOR B) para a prática de exercício aeróbio nos doentes com DCL.

Discussão e conclusão: Apesar dos trabalhos analisados mostrarem um benefício do exercício aeróbio na função cognitiva dos doentes com DCL, acreditamos serem necessários mais estudos envolvendo um maior número de participantes, sendo ainda importante perceber se diferentes programas de exercício aeróbio poderão ter diferentes benefício na função cognitiva.

PD 106

RADIOTERAPIA NO IDOSO: CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS NUM DOENTE PECULIAR

Mónica Rodrigues[1]; João P Fonseca[2]; Kayla Pereira[1]; Rui Vale Marques[1]; Paula Alves[1,3]
1Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.; 2Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A Radioterapia (RT) é das principais modalidades terapêuticas no doente oncológico. No decorrer da sua doença, cerca de 60% dos doentes realizarão tratamentos de RT. No doente geriátrico, pela sua fragilidade e comorbilidades, a RT representa um tratamento local, com toxicidade sistémica limitada e uma alternativa no tratamento sintomático.

Objetivos: Rever a literatura sobre radioterapia no idoso.

Materiais e métodos: Esta revisão não sistemática consiste na pesquisa em bases de dados (PubMed, Scopus) e revistas científicas utilizando os termos "*radiation therapy*" e "*elderly*".

Resultados: Diversas alterações fisiológicas do envelhecimento são atualmente conhecidas. No entanto, não está estabelecida a relação destas alterações com a resposta tumoral à radioterapia. Assim, existe a necessidade de uma avaliação completa da condição clínica do idoso, previamente à instituição de qualquer programa terapêutico. Esta avaliação inclui o despiste de síndrome de fragilidade, alterações nutricionais e até mesmo cognitivas, para antecipar possíveis toxicidades e prevenir sequelas importantes do tratamento que comprometam a funcionalidade. As disfunções cardíacas representam um foco cada vez mais presente no estudo de toxicidades

radioinduzidas. O uso de dispositivos cardíacos tem sido alvo de interesse, não sendo atualmente contraindicação para RT. A neurotoxicidade radioinduzida é mais frequente nos idosos. Estudos recentes demonstram a importância do hipocampo como elemento central na patogénese dos défices cognitivos após RT. A avaliação cognitiva inicial é cada vez mais defendida para todos os doentes que iniciem este tipo de tratamento. Específicos para esta faixa etária, apesar de poucos, existem estudos de diferentes tipos de neoplasias. Esquemas de hipofracionamento no cancro da mama, glioblastoma multiforme e tumores de cabeça e pescoço mostraram resultados semelhantes ao fracionamento convencional. Em doentes idosas e com fatores de bom prognóstico submetidas a cirurgia por neoplasia mamária, a omissão de RT adjuvante não mostrou piores resultados.

Conclusões: Existem poucos estudos a documentar a toxicidade induzida por RT no doente idoso ou o poder preditivo de uma avaliação geriátrica antes da sua realização. Embora o normal envelhecimento possa influenciar o curso do tratamento por RT, a sua correta identificação e gestão adequada, bem como a utilização de novas técnicas, podem beneficiar estes doentes, permitindo menor toxicidade e maior eficácia.

PD 107

DESPRESCRIÇÃO NO IDOSO – A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Guida Maria Moreira Santos;
Filipa Manuela de Andrade;
Tiago Sérgio Sardinha Gouveia;
Ana Carolina Teixeira Chaves;
Catarina Raquel Lopes Costa Marrana
ACeS Madeira - Centro Saúde do Caniço;
ACeS Madeira - Centro Saúde Bom Jesus

Introdução: A desprescrição diz respeito ao processo ativo de avaliar e reduzir a medicação, tendo em conta a relação risco-benefício da mesma, de acordo com o contexto e gravidade da doença e considerando os objetivos de cada doente. Trata-se de uma medida de grande importância, assumindo que 30% dos indivíduos com mais de 65 anos nos países desenvolvidos são polimedicados (5 medicamentos ou mais), que 1 em cada 5 medicamentos usados pela população idosa é dispensável e que cerca de 50% da mesma utiliza 1 ou mais fármacos desnecessariamente.

Objetivo: Revisão das principais orientações, indicações, fases e ferramentas úteis à desprescrição.

Metodologia: Revisão clássica com recurso à pesquisa nas bases de dados científicas (PubMed, UpToDate), livros e revistas em inglês e português, com os termos MeSH: *"elderly", "deprescribing", "Polypharmacy".*

Resultados: A desprescrição tem como objetivo melhorar o prognóstico e reduzir a complexidade do regime terapêutico, a incidência de síndromes geriátricos, de hospitalização e de morte. Deve ser considerada em indivíduos polimedicados, que apresentem eventos adversos a medicamentos, com objetivos terapêuticos alterados, doenças em estado terminal ou tratamentos sem alvo identificado.

O procedimento consiste em: abordagem do assunto com o doente/cuidador; identificação de fármacos possíveis a desprescever (critérios BEER e STOPP/START); priorização dos medicamentos a desprescever; elaboração de um novo plano terapêutico e monitorização do mesmo. Após a desprescrição, o doente poderá não apresentar alterações do seu estado, até melhorar de efeitos secundários ao fármaco ou então exacerbar clinicamente. Neste último caso deverá ser reiniciado o fármaco.

Discussão/Conclusões: A prescrição no doente idoso destaca-se como um desafio na prática clínica diária devido às alterações fisiológicas associadas à idade, nomeadamente: redução da acidez gástrica, alterações na composição corporal, redução da albumina sérica, comprometimento da função renal/hepática e uso de múltiplos fármacos. Estes fatores afetam a absorção, distribuição e eliminação de fármacos no organismo. Desta forma, uma polifarmácia associa-se a maior número de eventos adversos, interações medicamentosas, incapacidade, hospitalização e morte. Esta acentuada variabilidade no processo de envelhecimento obriga a uma individualização do regime terapêutico com revisão anual do mesmo.

PD 108

AFINAL NÃO ERA COVID-19...

Guida Maria Moreira Santos;
Joana Patrícia Gonçalves Meireles;
Ana Sofia Matias Correia de Ferreira Marafona;
Daniela Sofia Abreu Silva;
Catarina Raquel Lopes Costa Marrana
ACeS Madeira - Centro Saúde do Caniço; USF Almedina - ACeS Douro II, Douro Sul; USF Douro Vita - ACeS Douro II, Douro Sul; ACeS Madeira - Centro Saúde Bom Jesus

Introdução: A Organização Mundial de Saúde considerou a infeção por SARS-CoV-2 como pandemia a 11 de março de 2020, o que desencadeou uma restruturação do Serviço Nacional de Saúde e criação de protocolos em virtude da contenção e gestão dos casos existentes. No entanto, os sinais e sintomas da COVID-19 são variáveis e inespecíficos, podendo ocultar outras patologias.

Caso clínico: Homem de 89 anos, reformado, com índice de Katz C, pertencente a uma família nuclear, classe social média, em fase VIII do ciclo de vida de Duvall. Como antecedentes pessoais destacam-se: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e doente portador de pacemaker. Recorreu ao SU periférico por febre, dispneia e vómitos, com um dia de evolução. Objetivamente: eupneico, ligeiramente ictérico, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular rude, porém presente e simétrico, abdómen doloroso à palpação na fossa ilíaca direita, sem outras alterações de relevo. Gasimetricamente apresentava insuficiência respiratória tipo 1. Após a abordagem inicial, foi detetado um contacto com caso confirmado de COVID-19 há mais de 14 dias, pelo que realizou a pesquisa SARS-CoV-2, com resultado positivo. Analiticamente, apresentava leucocitose marcada, com aumento dos marcadores inflamatórios,

de citólise hepática e pancreática (amílase 1246 UI/L e lípase 3719 UI/L). Neste contexto, realizou uma tomografia computorizada abdominal cujas imagens confirmaram o diagnóstico de pancreatite aguda de etiologia litiásica. Teve boa evolução no internamento onde, cumpriu dieta zero e fluidoterapia. Foi efetuado o estudo serológico para a COVID-19 que demonstrou títulos elevados de IgG, sugerindo a existência de uma infeção não recente.

Discussão/Conclusão: Os sinais e sintomas atribuíveis à COVID-19, pela sua inespecificidade, ocultam e dificultam a identificação de outras patologias, o que, adicionalmente às restruturações nos serviços e métodos de trabalho resultantes da pandemia, dificulta a tarefa aos profissionais. Além disso os doentes idosos pela sua fragilidade biológica, apresentarem descaraterização dos quadros clínicos, representando um desafio diagnóstico. Finalizamos salientando que o atraso no diagnóstico correto, numa população frágil como a dos idosos, pode implicar sérias repercussões, não apenas no prognóstico da doença, mas também na qualidade de vida do doente, principalmente no que concerne ao agravamento do estado de dependência após hospitalização prolongada.

PD 109

DÉFICE DE VITAMINA D E RISCO DE DESENVOLVER DIABETES MELLITUS TIPO 2: SUPLEMENTAR PARA PREVENIR?

Nina Lopes; Maria João Gonçalves; Isabel Mina; Mariana Cruz Silva; Rodrigo Costa
USF Garcia de Orta - ACeS Porto Ocidental

Introdução: A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é cada vez mais frequente, estimando-se uma prevalência em 20% dos idosos em todo o mundo. Má absorção, redução da função renal, alterações cutâneas, redução do tempo ao ar livre e alguns medicamentos, são fatores que predispõem os idosos ao défice de vitamina D (VitD). A deficiência de VitD é descrita como fator de risco para o desenvolvimento de DM2, responsável por uma série de eventos importantes para evitar o início da resistência à insulina e diminuição da sua secreção. Vários estudos avaliaram se a suplementação é capaz de prevenir o aparecimento da doença e suas complicações.

Objetivo: Revisão da evidência sobre o benefício da suplementação no défice de VitD e na prevenção da DM2 em doentes com alto risco de desenvolver a doença.

Material e métodos: Revisão clássica através de pesquisa bibliográfica na Pubmed e Index de revistas médicas portuguesas, publicados nas línguas portuguesa e inglesa, nos últimos cinco anos, utilizando os termos MeSH: Vitamin D deficiency e Diabetes melittus. Os critérios de inclusão foram definidos segundo o modelo PICO: População – idade igual ou superior a 18 anos; Intervenção – suplementação no défice de VitD em doentes com risco de desenvolver DM2; Comparação – não suplementação no défice de VitD nos doentes com risco de DM2; *Outcome* – verificar se existe benefício na suplementação de VitD em doentes com risco de desenvolver DM2.

Resultados: Da pesquisa resultaram 71 artigos, tendo 65 sido excluídos após leitura do abstract. Foram selecionados 6 artigos, estudos prospectivos aleatorizados, que cumpriam os critérios de inclusão. De entre os estudos, apenas um suportou a hipótese de que a suplementação no défice de VitD diminui o risco de progressão para DM2.

Discussão/Conclusão: A evidência atual sugere a existência de uma relação inversa

entre os níveis de 25(OH)D e DM2 e complicações associadas. Não existe, contudo, evidência que suporte o benefício da suplementação de VitD em doentes com deficiência da mesma e com elevado risco de desenvolver DM2. Resultados controversos podem estar dependentes da diversidade da duração e posologia utilizada, do escasso número de participantes e reduzido tempo de seguimento. Os ensaios clínicos dedicados à população idosa são escassos, tornando-se imperioso uma investigação focada nesta faixa etária.

PD 110

PRESBIACUSIA E SUAS REPERCUSSÕES – A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO AUDITIVA

João P. Fonseca[1]; Francisco Patrão[2]; Mónica Rodrigues[3]; Kayla Pereira[3]; Pedro Figueiredo[1,4]
[1]Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E.; [2]Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Tondela – Viseu E.P.E.; [3]Serviço de Radioterapia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil E.P.E.; [4]Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O normal envelhecimento cursa com alterações das funções sensoriais, nomeadamente da audição. A presbiacusia é das alterações mais comuns do idoso. Apesar da sua alta prevalência, é muitas vezes colocada em segundo plano. A identificação atempada é importante devido à associação com outras alterações cognitivas e funcionais.
Objetivos: Rever as repercussões da presbiacusia e suas consequências
Materiais e métodos: Pesquisa em bases de dados (Pubmed, Scopus) dos termos "*presbiacusia*", "*presbycusis*" e "*elderly*".
Resultados: A presbiacusia representa um obstáculo à interação social do idoso com consequente isolamento e sentimento de solidão e depressão. A diminuição de estímulos auditivos está também associada a diminuição do volume cerebral. Este facto liga a presbiacusia a declínio cognitivo e risco acrescido de demência. Com o aumento da idade, eventos como quedas tendem a aumentar. Juntando perda auditiva, esta probabilidade duplica. A presbiacusia correlaciona-se com alterações vestibulares, que combinadas com alterações propriocetivas e dificuldade na marcha, atuam de forma sinérgica predispondo o indivíduo idoso a mais quedas. Por outro lado, o medo de queda está fortemente associado a diminuição de atividade física, perda de autonomia, conduzindo a perda de força muscular, síndrome de fragilidade e sarcopenia. Uma correta avaliação por otorrinolaringologia e correção da presbiacusia melhora a qualidade de vida do doente ao reduzir os efeitos psicológicos emocionais e sociais associados. No entanto, ainda não existe evidência que tal se traduza em aumento da função cognitiva ou atrase o seu declínio.
Discussão: A reabilitação auditiva pode aumentar e restaurar as capacidades de perceção essenciais para a linguagem, melhorando a gestão de outros recursos cognitivos associados ao processo de audição e fonação. Para além de um tratamento adequado, uma boa saúde auditiva resulta da interação regular e bom suporte social. A preservação da audição leva à manutenção de uma boa comunicação, podendo reduzir o risco de declínio cognitivo e depressão. Por sua vez, torna o indivíduo mais independente, não só nas suas atividades cognitivas, mas também na componente física.
Conclusão: A identificação e gestão adequada da presbiacusia, pode prevenir ou atrasar

o desenvolvimento de outras patologias. Tem sobretudo implicações benéficas na prevenção de incapacidades funcionais e sua repercussão na participação do idoso nas suas atividades habituais.

PD 111

CARACTERIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIÁRIAS MÉDICAS NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Teresa Raposo; Marta Bernardo; Luísa Rodrigues; Diana Palma
USF ANDREAS

As visitas domiciliárias médicas (VDM)prestam cuidados humanizados e centrados na pessoa, de forma continuada e longitudinal, aos utentes que, por diversos motivos, não podem deslocar-se à unidade de saúde. O objetivo principal é responder ao desafio de uma gestão adequada das patologias crónicas e intercorrências do doente incapacitado no domicílio, priorizando uma melhor qualidade de vida. O contacto com o utente no domicílio proporciona, à equipa de saúde, a possibilidade de inserção no quotidiano do utente, podendo identificar necessidades e potencialidades da família, num clima de cooperação terapêutica. Caracterização das VDM realizadas aos utentes da USF ANDREAS durante o ano de 2019. Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, relativamente às VDM no período de janeiro a dezembro de 2019, analisando os registos no SClinico® e posterior tratamento de dados no Microsoft Excel®.
Foram realizadas 453 VDM em 2019, num total de 243 utentes, com uma média de 1,86 visitas por utente. Dos utentes visitados,79,8% tinham mais de 60 anos, sendo a maioria do sexo feminino. Avaliando o grau de dependência,através da escala de Barthel, verificámos que 2,9% apresentavam dependência ligeira; 37,9% moderada; 52,3% severa e 2,1% total. Apenas 4,9% eram independentes. A iniciativa de realização das VDM foi maioritariamente médica. Categorizando o objetivo das visitas, verificámos que as agudizações motivaram a maioria das visitas, sendo que em 41% destas foi realizada concomitantemente a vigilância das doenças crónicas. Quanto aos cuidadores, estavam presentes em 80,4% das visitas, sendo a maioria familiares dos utentes. Oportunisticamente, foram realizadas VDM a 10,2 % dos cuidadores.
Previsivelmente, os utentes são predominantemente idosos. A maioria tinha dependência severa, sem registo de agravamento no período analisado. Concluimos que as agudizações foram o principal motivo das VDM e que as deslocações às instituições de saúde diminuíram, reduzindo o risco associado.Na maioria das VDM o cuidador estava presente, sendo vantajoso na comunicação com o utente e humanizando a prestação dos cuidados. Torna-se pertinente caracterizar este instrumento da Medicina Geral e Familiar na nossa unidade. Destacamos a necessidade de investimento nas VDM a fim de suprir as necessidades dos utentes e prevenir o burnout dos cuidadores. O médico de família, por proximidade geográfica e por estar contextualizado na dinâmica familiar do utente tem uma posição privilegiada.

PD 112

CONTINUAR OU NÃO OS BIFOSFONATOS? EIS A QUESTÃO.

Ana Rita Rodrigues[1]; Cláudia Nascimento[2]; Leonor Bilreiro[1]; Margarida Martins[1]; Olga Silva[1]
[1]USF Descobrimentos; [2]USF Albufeira

Introdução: Os bifosfonatos (BP) são o tratamento de primeira linha na osteoporose (OP) pela comprovada eficácia antifraturária.

No entanto, existe considerável controvérsia acerca da duração ideal do tratamento, particularmente desde que têm emergido relatos de fraturas subtrocantéricas atípicas (FSA) e de osteonecrose da mandíbula (OM) com o tratamento prolongado. Por não existir perda de eficácia com a paragem temporária, surgiu o conceito de *drug holliday*.

Objetivos: Pretende-se averiguar a melhor prática no que toca à gestão dos BP no tratamento da OP, nomeadamente a duração ideal de tratamento, de pausa, a eventual retoma e os efeitos secundários a longo prazo.

Metodologia: Fez-se uma pesquisa no PUBMED com os termos "osteoporosis treatment", "*bisphosphonates*" e "*optimal duration of treatment*" e foram selecionados artigos publicados nos últimos 10 anos escritos em inglês, português ou espanhol. Da pesquisa, resultaram 49 artigos e foram selecionados 10 depois de se ler o título/abstract. Foram também selecionados 14 artigos de pesquisas no UpToDate, Medscape e Google Scholar. Foram usadas *guidelines*, revisões e opiniões de peritos.

Resultados: Geralmente, considera-se um período inicial de BP de 3 ou 5 anos, embora alguns estudos considerem que este período deve ser decidido de acordo com o risco de fratura. A evidência quanto à continuação ou paragem do tratamento não é muito robusta, mas parece benéfico continuar até 10 anos em doentes de alto risco (com fraturas de fragilidade e/ou com T-*score* do colo do fémur < -2,5). Não há evidência para tratamentos de duração superior a 10 anos. Nos outros doentes, pondera-se a *drug-holliday,* cuja duração deve ser decidida de acordo com o risco de fratura e pode ir até 5 anos. O risco de fratura deve ser avaliado frequentemente e pode incluir a ferramenta FRAX® anualmente e a osteodensitometria bianualmente. Os marcadores de turnover ósseo ainda não têm evidência suficiente que permita a sua recomendação. Há efeitos adversos que, apesar de raros, parecem resultar do uso prolongado de BP. A OM associa-se mais a doentes com neoplasia que recebem doses altas de BP endovenosos. Quanto às FSA, ainda não existe uma relação de causalidade estabelecida. Assim, o risco, apesar de baixo, deve ser tido em conta na decisão de prolongar o tratamento.

Conclusão: Embora existam dúvidas quanto à duração ideal do tratamento, sugere-se que a decisão deve ser individualizada e ter por base a avaliação do risco de fratura.

PD 113

UM DESAFIO NO CONTROLO DA DOR

Inês Santos; Pedro Vasconcelos;
Rita Bernardino Figueiredo
USF Viseu - Cidade UCSP São Pedro do Sul

Introdução: A escolha da terapêutica farmacológica para controlo da dor nos idosos é muitas vezes desafiante, pela presença frequente de multimorbilidade e polifarmácia.

Descrição do caso: Homem de 76 anos, com antecedentes de hemofilia A ligeira, doença renal crónica no estadio 4, hipertensão arterial, dislipidemia, canal lombar estreito degenerativo, radiculopatia L5 e hiperplasia benigna da próstata. Apresentava história de dor crónica de predomínio nos membros inferiores, medicado com opióide há vários anos por refratoriedade da dor e comorbilidades. Desde 2018 sob buprenorfina via transdérmica 35 ug/h, progressivamente escalada. Na sequência de internamento para estudo de quadro constitucional detetou-se dilatação das vias biliares condicionada por um divertículo duodenal. O gastroenterologista considerou a possibilidade de o opióide

poder contribuir para o quadro por espasmo do esfíncter de Oddi. Recorreu a consulta de agudos por coxalgia mecânica à direita, agravada desde há cinco meses, intensa (8/10), a limitar a marcha. Apresentava ainda náuseas e vómitos que o obrigavam a tomar antiemético três vezes ao dia, com frequência diária. Ao exame objetivo apresentava: fácies de dor, diminuição do peso, limitação dolorosa da mobilidade passiva e ativa da articulação coxo-femoral direita. Foi pedida radiografia das ancas, tendo sido referenciado a consulta de Ortopedia por alterações de coxartrose e manutenção das queixas com a terapêutica instituída (analgesia e fisioterapia). Volvidos dois meses, veio a consulta de agudos por manutenção das queixas álgicas, tendo sido medicado com buprenorfina 1 mais 1/4 de penso de 52,5 ug/h e pregabalina 50 mg, escalada até 100 mg/dia. Tendo em conta a dor de difícil controlo e a multimorbilidade, foi referenciado a consulta da Dor. Posteriormente teve como intercorrência fratura femoral esquerda, tendo ainda assim recuperado a mobilidade e o controlo da dor com redução da dose de buprenorfina.

Conclusão: Devemos ter sempre presente a premissa de que o doente é o melhor avaliador da sua dor, atendendo ao seu caráter subjetivo e individual. Neste caso, optou-se pela manutenção da buprenorfina por se tratar de um opióide com reduzida excreção renal, poucas interações medicamentosas e pouca interferência na tonicidade do esfíncter de Oddi. Pelo conhecimento global que o médico de família vai construindo com o doente, torna-se um prestador de cuidados privilegiado também no manuseio da terapêutica da dor.

PD 114

HIPERVITAMINEMIA B12 – É REALMENTE O NOVO MARCADOR E PREDITOR DE DOENÇAS DE MAU PROGNÓSTICO? REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Oksana Halamay[1]; Patrícia Moreira[1]; Ana Eloíse Ribeiro[1]; Sílvia Inês Gomes Almeida[2]; Soledade Lopes[1]

[1]USF Condestavel; [2]USF Vitrius - ACES Pinhal Litoral, ARS Centro

Introdução: Hipervitaminemia B12 – é a síndrome do nível elevado de vitamina B12 no sangue, cujo valor clínico é subestimado atualmente na prática. Os processos patológicos associados à elevação de Cobalamina são: Neoplasias sólidas, Hemoblastoses, preferencialmente mieloproliferativas, doenças do fígado, doenças dos rins graves e também doenças autoimunes.

Objetivos: Esta revisão pretende avaliar o nível de evidência existente de que a elevação do nível sérico desta vitamina realmente é um marcador de doenças cujo prognóstico é desfavorável.

Métodos: Pesquisa efetuada em julho de 2020 das RSs e MAs, artigos originais publicados em português e inglês na PubMed, MEDLINE e outras fontes de MBE com filtro para os últimos 10 anos, utilizando os termos MeSH: Hypervitaminosis B 12, Hypercobalaminemia, *liver diseases, cancer risk*. A Escala SORT foi utilizada para avaliar o nível de evidência.

Resultados: A pesquisa resultou em 30 artigos, mas foram incluidos só 9: 2 MAs e 7 Estudos de Coorte.1ª MA concluiu que o nível de vit. B 12 elevado pode estar associado ao risco de desenvolvimento do cancro de pulmão (NE1) Os resultados da 2ª MA foram controversos em termos da participação de Cobalamina elevada na fisiopatologia de Esclerose Múltipla, mas assumiu o papel importante de

HC (homocisteina) elevada no desenvolvimento de doença (NE2). 7 Estudos de Coorte chegam a conclusão da associação de Hipervitaminemia B12 a incidência elevada de doenças mieloproliferativas do sangue (NE2), neoplasias do fígado (CHC), do pâncreas, do colon e da mama, tal como metastização hepática, e está presente também nos alcoólicos e pessoas com doenças autoimunes e associada geralmente a mortalidade elevada e pior prognostico em curto prazo (NE2).

Discussão: Dos estudos verificamos que um aumento plasmático de vitamina B 12 tem de ser valorizado. Quanto maior for este valor, maior o risco de doença grave. Os médicos devem estar sempre atentos, e encontrando este fenómeno laboratorial iniciar pesquisa mais profunda e insistente de patologia orgânica, uma vez que o diagnostico atrasado destas doenças pode ser fatal. Atualmente há países que já incluiram o nivel de vjtamina B 12 acima do valor 1275 pg/ ml nos algoritmos do diagnóstico de doenças mieloproliferativas, uma vez que as doenças linfoproliferativas raramente causam Hipercobalaminemia. Sem dúvidas, os estudos futuros deste fenómeno são necessários.

PD 115

POLIMEDICAÇÃO NOS IDOSOS COM DEMÊNCIA – COMO, QUANDO E PORQUÊ DEVEMOS DESPRESCREVER? – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Oksana Halamay[1]; Olga Silva[1]; Rita Aguiar Fonseca[2]
USF Condestável; USF Coimbra Sul, ARS Centro

A polifarmâcia nos idosos com Síndrome demencial tornou-se uma prática comum. A Demência associa-se ás múltiplas co-morbilidades que impelem a polimedicação. Há varias barreiras para desprescrição tais como falta de tempo nas consultas, receio de consequências negativas da suspensão de um determinado(s) medicamento(s), falta de formaçâo sobre o tema, dificuldade de comunicação com doentes com demência.

O objetivo principal deste trabalho é artair atenção da comunidade médica para o problema da racionalização criteriósa e cientificamente justificada da polifarmâcia em doentes com Demência.

Foi realizada uma pesquisa de RSs com e sem MAs, *Guidelines*, artigos originais publicados nos últimos 10 anos nas bases de dados principais: PubMed, The Cochrane Library, *Practice Guidelines* InfoBase, utilizando os termos MeSH: *polypharmacy,* Alzheimer *Disease, Health of the Elderly*. A Escala SORT foi utilizada para avaliação do nível de evidência.

A pesquisa resultou em 23 artigos, tendo sido excluidos: 10 após leitura integral, 3 por leitura de resumos e 3 por serem incluidos noutros artigos. Foram incluidos 7 artigos, que cumpriram os critérios de inclusão.

Entre as classes principais que podem ser frequentemente desprescritos são: alguns ADOs, antiespasmódicos, antipsicóticos, relaxantes musculares, estatinas, anti-hipertensivos, antidepressivos, BDZs que além dos outros efeitos indesejáveis têm grande impacto na função cognitiva (RS-NE1A+ECA-NE-1B). Prescrevendo estatinas, devemos sempre lembrar sobre um declínio natural dos valores séricos de Colesterol nos idosos por efeito catabólico de doenças crónicas, elevado tempo de benefício esperável – superior de 2 Anos, efeitos adversos frequentes (MA-NE 1).Fenómeno de desregulação autonómica com subsequente descida de TA, risco de Hipotensão ortostática e TA persistentemente baixa – podem levar ao risco acrescido de quedas acidentais e aumento de incidência da demência

e devem servir como base de racionalização da terapêutica anti-hipertensora (RS-NE1). Entre os inibidores de colinesterase, Donepezilo é o único aprovado na doença avançada e os outros não interferem na progressão(ECA-NE2A). Os antipsicóticos da 2ª geração foram associados ao aumento da mortalidade nos idosos com demência (RS e RBE-NE 1).

Há uma elevada pressão para prescrição e muitas barreiras na desprescrição. Cabe à profissão médica estar alerta para polimedicação, fazendo uso de janelas de oportunidade sempre que possível.

PD 116

BARREIRAS E LIMITAÇÕES DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Salomé Camarinha[1]; Abel García Abejas[2]
[1]Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; [2]Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A primeira proposta de diretiva antecipada de vontade surgiu nos Estados Unidos da América, em 1967. Em Portugal, após largos anos de discussão pública, este instrumento ganhou estatuto legal com a Lei nº 25/2012. Ao abrigo desta lei, é através das diretivas antecipadas de vontade que o indivíduo "manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente". As diretivas antecipadas são, por isso, uma materialização do princípio da autonomia no que respeita aos cuidados de saúde. Numa era em que se advoga pelo primado do respeito pela autonomia, constata-se que apenas 0,4% da população portuguesa tem uma diretiva antecipada de vontade formalizada no Registo Nacional do Testamento Vital.

Objetivos: Esta revisão sistemática de literatura com síntese narrativa tem como objetivo identificar e compreender as principais barreiras e limitações à criação e aplicação das diretivas antecipadas de vontade.

Material e métodos: Foi realizada pesquisa na PubMed, conjugando os termos MeSH e as keywords associados aos dois domínios em estudo – "diretivas antecipadas de vontade" e "barreiras e limitações". Foram incluídos 33 estudos cujos outcomes foram analisados nas perspetivas do indivíduo e dos profissionais.

Resultados: Para o indivíduo as principais barreiras relacionam-se com as suas crenças e atitudes, nomeadamente incerteza sobre as suas preferências, fuga ao pensamento sobre a morte, e incompatibilidade com a sua cultura, religião ou espiritualidade. São também barreiras a iliteracia em saúde, aspetos sociodemográficos e a condição de saúde. Os indivíduos encontram ainda limitações ao nível familiar e na relação médico-doente. Para os profissionais, muitas limitações devem-se à sua falta de conhecimento sobre este instrumento e às suas atitudes e crenças face ao mesmo. Outras barreiras relacionam-se com a incerteza do prognóstico, dúvida sobre a sua responsabilidade neste processo e aspetos da relação com o doente e seus familiares.

Discussão/Conclusões: Pelo impacto que têm sobre o indivíduo e sobre os profissionais que dele cuidam, as barreiras identificadas comprometem o propósito das diretivas antecipadas de vontade, fragilizando o princípio da autonomia que está na sua génese.

PD 117

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Daniela Guimarães; Simone Rodrigues; Virgílio Gomes
USF São João de Braga

Introdução: Cerca de 1/3 dos idosos sofre uma queda todos os anos. Em Portugal, estima-se que as quedas sejam responsáveis por cerca de 70% dos acidentes em pessoas idosas sendo a principal causa de morte acidental nesta população e provocando elevada morbilidade.

Objetivos: Revisão da literatura sobre os fatores de risco (FR) de quedas em idosos, o impacto destas na qualidade de vida e medidas preventivas.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos publicados em bases de dados científicas e linhas de orientação clínica. Incluídos artigos publicados nos últimos 10 anos, em inglês e português.

Resultados: Geralmente a queda resulta da interação entre vários fatores de risco, nomeadamente o sexo feminino, quedas prévias, défice visual, cognitivo e/ou da marcha, comorbilidades como doenças neurológicas e artropatias, fármacos, piso escorregadio e irregular, sedentarismo, entre outros. Quantos mais FR estiverem presentes, maior o risco de queda. As quedas podem causar lesões físicas e traumas psicológicos conduzindo ao declínio funcional do idoso. A prevenção de quedas deve incluir a avaliação dos FR, comunicação e educação sobre o risco e implementação de medidas preventivas no sentido de mitigar esse risco e manter o mais alto nível de independência possível. Nos idosos está recomendada a avaliação anual do risco de queda. O exercício físico é a estratégia mais eficaz na prevenção de quedas. Intervenções multifatoriais que abordam vários FR e que podem incluir exercício físico, revisão da medicação, segurança no domicílio, tratamento e/ou controlo de patologias associadas à queda e correção de outros FR reduzem a incidência de quedas. A suplementação com vitamina D por rotina não está recomendada.

Discussão: A prevalência de quedas e consequentes danos são maiores em idosos, constituindo uma ameaça ao envelhecimento saudável, independência e bem-estar. Muitas vezes os idosos não relatam a ocorrência de quedas, sendo importante que os profissionais de saúde assumam um papel mais ativo, questionando sobre elas. Programas baseados em exercício físico apresentam maior evidência na redução do risco e incidência de quedas mas intervenções multifatoriais também são eficazes e podem ser adotadas. As quedas podem ser evitadas pelo que é fundamental investir em estratégias de prevenção nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente na avaliação e monitorização do risco e programas de intervenção, investindo-se, assim, na melhoria da qualidade de vida dos doentes.

PD 118

OS EFEITOS DA HIPOTERAPIA NA SAÚDE DO IDOSO

Luísa Viana Pinto; Filipa Gouveia; Joana Ramalho; Helena Castro; Jorge Moreira; Catarina Aguiar Branco
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação - Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: O aumento da esperança média de vida, associado à melhoria dos cuidados de saúde, tem levado ao aumento da população idosa a nível mundial. O envelhecimento associa-se a diminuição da força muscular (FM), equilíbrio, flexibilidade, agilidade e coordenação motora. A hipoterapia é um

método terapêutico que utiliza o cavalo como instrumento central cinesioterapeutico. O movimento tridimensional (no plano coronal, transversal e sagital) deste animal é semelhante ao movimento da pelve do homem durante a marcha, estimulando, desta forma, respostas neuromotoras e neurosensitivas com efeitos benéficos no tónus muscular, marcha, FM, coordenação e equilíbrio.

Objetivos: Avaliar os efeitos da hipoterapia na população idosa sem patologia neurológica.

Material e métodos: Revisão de literatura. Foram selecionados artigos da base de dados PUBMED, publicados em inglês nos últimos 10 anos. As palavras que definiram hipoterapia foram: "*equine assisted therapy*" ou "*hippotherapy*". Esses termos foram associados com a palavra "*elderly*" ou "*older*". Dos 30 artigos encontrados foram selecionados 8 para análise, tendo sido excluídos aqueles que avaliaram o efeito da hipoterapia em crianças e em idosos com patologia neurológica.

Resultados: Os artigos incluídos demonstraram efeitos benéfico no equilíbrio e que esta modalidade facilita a ativação dos músculos do core (> músculo obliquo interno) de uma forma simétrica (embora esta ativação tenha sido superior com o uso de simuladores de cavalos). Um dos estudos incluídos demonstrou que a hipoterapia melhora a FM dos membros inferiores; outro estudo constatou aumento da FM isométrica máxima dos extensores do joelho a 90º de flexão. Na marcha foi verificado aumento do comprimento do passo e diminuição do tempo deste, bem como, aumento da velocidade da marcha. Foi também demonstrado que diminui a dor associada a patologia osteodegenerativa e que aumenta a amplitude articular (coluna, ombro e anca). Relativamente ao efeito hormonal, foi constatado aumento da concentração de serotonina e diminuição de cortisol, o que contribui para a sensação de relaxamento.

Discussão/Conclusão: A hipoterapia tem efeito positivo no equilíbrio, controlo postural, marcha, flexibilidade e bem-estar do idoso. Esta parece ser uma modalidade com impacto positivo na qualidade de vida, apresentando vantagens físicas e psicológicas, devendo ser equacionada como objeto terapêutico na população idosa. Contudo, é necessário avaliar os efeitos a longo termo.

PD 119

6 EXERCÍCIOS PARA REALIZAR NO DOMICÍLIO NA ROTURA DA COIFA DOS ROTADORES NO IDOSO– REVISÃO DA LITERATURA

Luísa Viana Pinto; Filipa Gouveia; Joana Ramalho; Helena Castro; Jorge Moreira; Catarina Aguiar Branco
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A rotura da coifa dos rotadores (CR) é uma causa comum de omalgia e de diminuição da qualidade de vida no idoso. A sua prevalência aumenta com a idade, afetando 30% das pessoas com mais de 60 anos. O envelhecimento associa-se a cicatrização precária do tendão ao osso, o que faz dos idosos maus candidatos à cirurgia.

Objetivos: Avaliar o efeito e descrever exercícios passiveis de realizar no domicílio como parte integrante do tratamento conservador (TC) da rotura da CR em idosos

Material e métodos: Revisão da literatura. Foram selecionados artigos da base de dados PUBMED, publicados em inglês nos últimos 10 anos, usando os termos "*Rotator cuff tear*", "*elderly*" e "*exercise therapy*".

Resultados: A literatura é consensual e aconselha TC inicial em pacientes idosos que apresentam rotura crónica total da CR/rotura mas-

siva. Ao fim de 2 anos, após 3 meses de TC, 74% dos pacientes continuaram sem necessitar de cirurgia. Littlewood *et al*, demonstraram que o exercício ofereceu resultados superiores em relação a nenhum tratamento ou placebo, e não diferiu nos resultados quando comparado com a cirurgia. Apesar do exercício não melhorar a cinemática da articulação glenoumeral para níveis semelhantes aos dos indivíduos saudáveis/após reparo cirúrgico, o exercício melhora a satisfação do idoso, a força muscular e o comprimento de superfície de contato glenoumeral pelo aumento compensatório na força muscular da CR e dos estabilizadores da omoplata (EO). Estes resultados sugerem que o exercicio tem um papel importante no tratamento destas roturas, devendo incluir exercícios para: 1) melhorar a amplitude de movimento do ombro (exercícios pendulares); 2) corrigir a cinemática escapular: muitos apresentam encurtamento do peitoral menor e da capsula glenoumeral posterior, sendo importante o alongamento (*cross body stretch*, *door frame stretch*, respetivamente); 3) para controlo neuromuscular dos músculos EO como o exercício *low row*, assegurando a estabilidade da omoplata para a CR poder atuar; 4) fortalecimento do deltoide anterior, dada a importância na flexão do ombro (flexão do ombro em decúbito dorsal); 5) fortalecimento do redondo menor, dada importância como rotador externo (*side-lying external rotation*).

Discussão/Conclusão: O TC tem bons resultados na rotura total cronica da CR no idoso. Esta revisão permite sugerir 5 exercicios passiveis de se realizar no domicilio, que se manifestaram úteis no TC da rotura da CR do idoso.

PD 120

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DAS QUEDAS NOS IDOSOS

Inês Martins de Almeida; Ana Rita Brochado; Daniela Santareno Marques; Filipa Moreira
Unidade de Saúde Familiar Lapiás

Introdução: Os acidentes estão associados a uma elevada taxa de internamentos e de morbimortalidade em pessoas com idade superior a 60 anos, muitos são causados por quedas durante a realização de atividades de vida diária. Na sua etiologia podem estar associadas patologias como alterações da visão, hipotensão postural, problemas cardiovasculares, tonturas/vertigens, neuropatias, alterações da marcha e músculo-esqueléticas; medicação (sedativos, antidepressivos, entre outros); uso de calçado inadequado e a presença de obstáculos na via pública e em casa.

Objetivos: A maioria das quedas são evitáveis. Os médicos de família, pela sua ligação à comunidade e atuação na prevenção, devem promover medidas de redução das quedas nos idosos. Nesse sentido, este trabalho visa relatar um projeto de educação para a saúde desenvolvido na comunidade por um grupo de médicas da USF, com ações de formação em lares da região.

Material e métodos: Com a colaboração dos profissionais dos lares de Pêro Pinheiro, foram organizadas sessões informativas e práticas sobre este tema, onde abordámos a relevância e prevalência do problema, ensinámos medidas gerais para a sua prevenção e entregámos folhetos informativos para consolidação de informação e posterior consulta. Praticámos com os utentes exercícios de Otago, concebidos especificamente para a prevenção de quedas.

Resultados: Os utentes demonstraram um grande interesse na prática de exercício

regular, adaptado às suas limitações individuais, revelando, em sessões posteriores, os conhecimentos adquiridos e progressos na mobilidade. Capacitámos também os colaboradores e cuidadores a aplicar algumas estratégias e medidas gerais preventivas.

Discussão/Conclusões: É essencial capacitar os idosos para a prevenção primária das quedas e suas consequências, dado que tem um impacto longitudinal muito relevante na sua qualidade de vida. Por outro lado, sendo Portugal um país envelhecido e com uma esperança média de vida crescente, o conceito de envelhecimento saudável assume maior relevância e a promoção do exercício físico e da reabilitação física tem de ser um assunto prioritário da nossa prática clínica.

PD 121

IMPACTO DAS SÍNDROMES DEMENCIAIS NA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS DO BRASIL NO SÉCULO 21: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Clara Wilma Fernandes Rosendo;
Pedro Duarte Ferreira Neto Yanka;
Patrícia Ferreira Bezerra;
Ana Elza Oliveira de Mendonça;
Gilson de Vasconcelos Torres;
Thaiza Teixeira Xavier Nobre;
Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes;
Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva;
Mayara Priscilla Dantas Araújo;
Rochelle Rufino Costa; Vilani Mederios de Araújo Nunes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Introdução: O grupo das síndromes demenciais traduz um conjunto de doenças que comprometem o funcionamento cerebral e dos demais sistemas orgânicos, de modo a gerar efeitos na qualidade de vida do indivíduo afetado. Considerando-se a significativa prevalência das demências na população idosa torna-se essencial no manejo da doença.

Objetivo: Compreender o impacto das síndromes demenciais na qualidade de vida da população idosa no Brasil.

Material e método: Trata-se de revisão integrativa da literatura com síntese de estudos publicados sobre a temática nas bases de dados Pubmed e Scielo, com pesquisa dos descritores "idoso", "demência" e "Brasil" entre 2017-2021.

Resultados: Foram identificados 27 estudos considerados relevantes, porém alguns não apresentavam temática coerente com a revisão, sendo selecionados 4 artigos que após leitura, procedeu-se a organização das ideias pertinentes à temática.

Discussão: Os efeitos das diversas síndromes demenciais são bem descritos nos estudos em vários aspectos da vida da pessoa idosa: saúde mental, nutricional, física, bem como dos cuidadores. Estudo realizado em 2017 com idosos avaliou aspectos nutricionais decorrentes da demência progressiva por doença de Alzheimer (DA), sendo verificada relação entre a perda não intencional de massa muscular e de peso e risco de desnutrição no grupo de idosos. Outro, realizado no Estado do Ceará mostrou associação entre as demências e outras comorbidades, como hipertensão arterial e acidente vascular encefálico, o que demonstra maior risco de complicações sistêmicas decorrentes de doenças neurocognitivas e vasculares no idoso. No contexto dos cuidadores verificou-se que, quando submetidos a níveis intensos de demanda e estresse, prejudicam a própria saúde e comprometem o cuidado ao idoso que necessita de atenção integral. Um estudo realizado em São Paulo (2020) mostrou essa relação, em que quase 50% dos cuidadores de pacientes com DA avançada foram identificados com níveis de sobrecarga intensa e 90% com estresse relevante.

Conclusão: Existe uma variedade de síndromes demenciais geradoras de distúrbios neurocognitivos, especialmente em idosos, grupo com maior prevalência de acometimento por essas doenças. Tais patologias acarretam consequências negativas na sua qualidade de vida, de seus cuidadores e familiares. Torna-se essencial uma rede de apoio e cuidado multidisciplinar e integral, de modo a proporcionar o manejo correto e eficaz da condição apresentada pela pessoa idosa.

PD 122

DISPOSITIVOS AUXILIARES DA MARCHA – O QUE SABEMOS?

Félix, Geisa[1]; Godinho, Zélia[2]
[1]Interna Formação Específica de Medicina Geral Familiar – USF Servir Saúde, ACES Almada-Seixal; [2]Assistente Graduada de Medicina Geral Familiar – USF Servir Saúde, ACES Almada-Seixal

Introdução: A mobilidade é um aspeto essencial para a independência nas atividades diárias, sobretudo na população idosa. Esta população apresenta elevada frequência de distúrbios relacionados com a marcha, necessitando de assistência externa para uma deambulação em segurança. Os dispositivos auxiliares da marcha (DAM), como bengalas, muletas e andarilhos, ajudam a reduzir a carga sobre os membros inferiores, diminuição da dor e compensação de limitações ou lesões (fraturas, dor, amputação ou pós-cirúrgico), contribuindo para o aumento da independência funcional e estabilidade postural. Por outro lado, quando os DAM são utilizados de forma incorreta eles podem contribuir para insegurança da marcha e aumentar o risco de quedas.
Objetivo: Sistematizar a informação científica disponível acerca da utilização dos dispositivos auxiliares da marcha.
Metodologia: Revisão bibliográfica através de pesquisa de artigos na PubMed com os termos MesH "*Crutches, canes and walkers*", escritos em inglês, nos últimos 10 anos.
Discussão: A seleção de um DAM vai depender da avaliação da força e resistência muscular, do equilíbrio e marcha, da função cognitiva, visual e vestibular, da lesão/dor e das condições ambientais do paciente em questão. Além disso, cada tipo de DAM tem indicações, vantagens e desvantagens, que também devem ser tidas em consideração. As bengalas e os andarilhos são os dispositivos mais prescritos. As bengalas são indicadas para pacientes com necessidade de descarga parcial do peso e alterações do equilíbrio, devendo ser utilizadas homolateralmente ao membro inferior mais funcional. Quando é necessária uma descarga total de peso dos membros inferiores, os andarilhos ou as muletas são os mais apropriados, pelo que a escolha entre estes vai depender da capacidade de sustentação dos membros superiores. A maioria dos utilizadores de DAM fazem-no sem prescrição, sem avaliação clínica e sem instrução sobre o modo de utilização por um profissional de saúde, sendo muitas vezes inadequados.
Conclusão: Embora os dados acerca da utilização dos auxiliares da marcha sejam escassos, parece que a prescrição, orientação e acompanhamento adequado pelos profissionais de saúde poderá melhorar o desempenho nas atividades diárias e na prevenção de quedas, sobretudo se realizado por fisioterapeuta. São necessários mais estudos que avaliem as consequências do uso incorreto dos auxiliares da marcha.

PD 123

HIPERTENSÃO E DEMÊNCIA – COMO ATUAR EM PREVENÇÃO?

Beatriz Chambel; Catarina Neves dos Santos; Margarida Sousa e Silva
USF Novo Mirante; USF Ramada; USF Cruzeiro

Introdução: Com o envelhecimento da população, a hipertensão arterial e o défice cognitivo e a demência serão das patologias mais frequentes na consulta de Medicina Geral e Familiar, e com grande impacto em saúde pública. Pouco se sabe sobre as estratégias possíveis na prevenção da demência, mas o controlo dos fatores de risco cardiovasculares parece ter alta importância.
Objetivo: Com este trabalho pretendemos rever a ligação entre a hipertensão e a demência, com enfoque nas estratégias preventivas.
Metodologia: Conduzimos uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, de artigos em português e inglês, publicados nos últimos 10 anos, com os termos MeSH: *Hypertension, Cognitive Decline; Dementia; Prevention.*
Resultados: Apesar de fisiopatologicamente sabermos ser justificável, não existem estudos que mostrem a correlação entre os anti-hipertensores e a diminuição do risco de demência, ou que evidenciem o seu benefício quando usados na prevenção. No entanto, sabemos que ao contrário da tendência europeia, a demência vascular é o tipo de demência mais frequente em Portugal, e estudos correlacionam isso com o mau controlo dos fatores de risco, incluindo a hipertensão. Além disso, a hipertensão representa um grande fator de risco para acidentes vasculares cerebrais e tem um papel preponderante na fisiopatologia da demência vascular e da doença de Alzheimer.
Discussão: O controlo da tensão arterial é fundamental para diminuir o risco de múltiplas patologias, onde se inclui o défice cognitivo ligeiro e a demência. Valores tensionais alvo cada vez mais rigorosos, esquemas medicamentosos mais exigentes e doentes mais motivados e informados parecem assumir-se como potenciais estratégias preventivas do dano cognitivo relacionado com a hipertensão.
Conclusão: Enquanto médicos de família, a abordagem holística do doente implica saber correlacionar estas duas patologias, para poder atuar no seu potencial preventivo. O controlo rigoroso dos fatores de risco cardiovascular tem de ser horizontal nos cuidados e devemos investir na educação para a saúde do nosso doente, responsabilizando-o pela sua saúde.

PD 124

RS3PE: SERÁ UMA ENTIDADE (DES) CONHECIDA?

Tiago Moreira da Silva; Pedro Paulo; Joana Batista; Liliana Carvalho
USF Marquês de Marialva, Cantanhede

Introdução: A *Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema* (RS3PE) é uma síndrome reumatológica rara que atinge particularmente indivíduos idosos. Apesar de algumas características sobreponíveis à artrite reumatóide e polimialgia reumática, esta é uma entidade independente. Embora pouco recordada, pode associar-se a quadros subjacentes graves.
Objetivos: Alertar para a relevância desta patologia no idoso e rever as suas principais características.
Métodos: Revisão narrativa da literatura, com pesquisa bibliográfica da palavra-chave "RS-3PE" na Medline, Cochrane Library e Web of Science. Incluíram-se artigos de revisão, em português, inglês ou espanhol, publicados desde 2010.

Resultados: Foram incluídos 5 artigos para análise integral. A RS3PE é uma síndrome inflamatória rara, com uma prevalência inferior a 0,1%, sendo mais frequente no idoso do sexo masculino. Clinicamente tem apresentação heterogénea, habitualmente com sinovite dolorosa, simétrica e distal, de início súbito, sendo as articulações metacarpo e inter falângicas e do punho as mais afetadas. A presença de edema depressível, com sinal de godet, nos locais atingidos é característica, sendo mais relevante no dorso das mãos e pés, embora possa acometer outros locais como tornozelo ou joelho. Perante a heterogeneidade clínica e a ausência de um teste de diagnóstico único, os critérios de Olivé ajudam ao diagnóstico: Idade > 50 anos; Edema doloroso de ambas as mãos; Poliartrite de início súbito; FR negativo com ausência radiológica de destruição articular. A elevação da PCR e VS é muito frequente e, apesar de inespecífica, tem valor prognóstico. A pesquisa de auto-anticorpos é geralmente negativa e existe anemia em metade dos casos. O Eco-Doppler é o meio imagiológico de maior custo-benefício. Associa-se frequentemente a um evento desencadeante e/ou condição subjacente, sendo as neoplasias as mais referidas. A elevação sérica da MMP3 sugere etiologia paraneoplásica. A corticoterapia oral é o tratamento de eleição e < 20 mg/dia de prednisolona é geralmente suficiente. Na presença de neoplasia, esta deve ser tratada e quimioterapia pode ser necessária.

Conclusões: Sendo rara e de apresentação heterogénea, o seu diagnóstico é desafiante e por vezes esquecido. A associação frequente com neoplasia torna fulcral a sua correta e atempada identificação. A complementaridade entre os cuidados de saúde primários e secundários é fundamental para um reconhecimento, referenciação e tratamento precoce.

PD 125

SERÁ A SUPLEMENTAÇÃO COM VITAMINA D BENÉFICA NA POPULAÇÃO IDOSA? UMA REVISÃO ATUAL

Liliana Santa Cruz; Ana Inês Almeida; Liliane Carvalho; Ana Sofia Cerqueira Martins
USF Serra da Lousã; USF Coimbra Sul

Introdução: A deficiência de vitamina D é muito comum na população idosa e tem sido relacionada com patologia músculo-esquelética (fraqueza muscular, osteoporose) e não músculo-esquelética (depressão, alterações imunológicas e/ou endócrinas). Se por um lado a lista de doenças crónicas associadas a baixos níveis séricos de 25-hidroxivitamina D continua a aumentar exponencialmente, por outro a evidência que suporta uma relação causa-efeito continua a estar em falta.

Objetivos: Avaliar a evidência atual disponível sobre o benefício da suplementação de vitamina D na população idosa.

Métodos: De acordo com a pergunta PICO, definiu-se como população em estudo os adultos com idade superior a 65 anos, com défice de vitamina D, com intervenção proposta de terapêutica com vitamina D ou derivados em comparação com o placebo. O outcome avaliado foi a melhoria clínica e/ou laboratorial. Foi efetuada pesquisa na base de dados Cochrane e Pubmed, selecionando-se estudos randomizados e controlados publicados nos últimos 5 anos de acordo com os termos Mesh "elderly" e "vitamin D". Foi usada a escala SORT para atribuição de nível de evidência aos artigos selecionados.

Resultados: A pesquisa resultou em 33 estudos, dos quais se excluíram 8 resultados duplicados, 9 estudos com população diferente da pretendida e 14 estudos com intervenção divergente da definida no PICO. Deste proces-

so foram selecionados 13 estudos para leitura de título e resumo, com exclusão de 8 artigos. Dos 6 artigos selecionados para leitura na íntegra, todos foram incluídos na revisão.
Discussão e conclusão: A suplementação com vitamina D, quando utilizada de forma isolada, não apresentou benefícios significativos nos parâmetros investigados: na saúde muscular, na insulinorresistência, a nível imunológico ou psiquiátrico. Observou-se que doses superiores de vitamina D não se traduziram em melhoria significativa da densidade mineral óssea quando comparadas com doses mais baixas. Tendo em conta que o défice de vitamina D e a sua suplementação nos cuidados de saúde primários é cada vez mais frequente, será pertinente a continuação da realização de estudos para averiguar os seus reais benefícios, as doses adequadas e os efeitos deletérios do seu uso em excesso nesta população específica. Em suma, embora o uso de vitamina D apresente algum benefício potencial, não se recomenda a suplementação indiscriminada e isolada com vitamina D em idosos frágeis.

PD 126
AÇAFRÃO CONTRA A DEPRESSÃO

Daniela Bagnari Castro; João Paulo Duarte; André Rocha; Lukasz Hermann
Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel

Introdução: A perturbação depressiva é um dos diagnósticos mais comuns na prática clínica da Medicina Geral e Familiar acometendo em grande parte, a população idosa, provocando elevada morbilidade e mortalidade. Hoje em dia dispomos de diversas abordagens terapêuticas para o tratamento desta patologia, contudo existem preocupações relativamente à segurança e efeitos secundários. É neste cenário que continuam a surgir alternativas com base em plantas, como por exemplo o Açafrão também conhecido como curcuma ou de nome científico Crocus sativus L. que emergiu como alternativa promissora no tratamento da perturbação depressiva nas suas formas clínicas ligeira a moderada.
Objetivo: Determinar a eficácia do açafrão no alívio da sintomatologia depressiva nos idosos.
Material e métodos: Foi feita uma pesquisa nas seguintes bases de dados MEDLINE, *National Guideline Clearinghouse*, *Guidelines Finder*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines*, Cochrane Library, DARE (Database oh Abstracts of Reviews of Effects) e Bandolier e referências dos artigos selecionados da pesquisa primária (pesquisa em cascata). Foram pesquisadas normas de orientação clínica (NOC), meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS) e ensaios clínicos (EC) publicados nos últimos 10 anos, nas línguas portuguesa e inglesa. Os termos MESH utilizados foram aged, depression, safron e crocus. Para a avaliação dos níveis de evidência e atribuição de força de recomendação foi utilizada a escala *Strength Of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Familiy Physician*, e para a avaliação da qualidade dos EC foi ainda utilizada a escala de Jadad.
Resultados: Da pesquisa efetuada obtiveram-se 25 artigos tendo sido selecionados 2 que cumpriram a totalidade dos critérios de inclusão: uma *guideline* e um EC. As respetivas forças de recomendação são semelhantes.
Discussão/Conclusões: Face à revisão efetuada a utilização de Crocus Sativus L. no alívio da sintomatologia depressiva apresenta uma força de recomendação B, contudo de notar que apenas foi encontrada na literatura um EC realizado em idosos. A extrapolação de conclusões referentes à evidencia do Crocus Sativus L. numa população adulta não deve-

rá ser efetuada uma vez que os estudos, em idosos, são quase inexistentes. Em ensaios clínicos futuros será importante manter a uniformidade dos EC no que concerne à dosagem, duração de terapêutica e escalas de avaliação da depressão por forma a validar e os eventuais resultados encontrados

PD 127

QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO FRÁGIL: ASSIOCIAÇÃO POSSÍVEL? REVISÃO DE TEMA

Marta Nazha
USF São Filipe

Introdução: Cerca de um em cada dez idosos vive numa situação de fragilidade. A fragilidade apresenta uma relação direta com consequências adversas. Existem circunstâncias para a fragilidade aumentar com a idade, como a gravidade de dependência funcional e a diminuição do suporte social. O escasso acesso aos recursos sociais e a qualidade de vida (QV) são fatores de risco significativo para deficiência, morbilidade e mortalidade entre os idosos.

Objetivos: Na presente revisão simples da literatura pretende-se perceber qual a relação entre fragilidade e qualidade de vida (QV) dos idosos frágeis e se existe evidência de aplicabilidade de intervenções que possam modificar esta relação, no sentido de a melhorar.

Metodologia: Pesquisou-se na base dados "Pubmed" os termos em MESH "*Frail Elderly*" e "*Quality of life*". Foram considerados artigos publicados nos últimos 5 anos em Inglês, Italiano, Português, em *Full text and Free full Text*, seleccionando 21 artigos.

Resultados: Foram encontrados estudos estruturalmente heterogéneos. A maioria define a fragilidade de forma abrangente, baseando-se sobre o facto de apresentar características multifatoriais, incluindo componentes físicos, funcionamento psicológico e social dos idosos. Existem várias escalas de medição da fragilidade que apresentam apenas o critério fenotípico. Diferente è o Índice de Fragilidade (FI), que quantifica as deficiências de saúde acumuladas ao longo da vida. A maioria dos estudos aponta para uma correlação negativa entre fragilidade nos idosos e QV, que foi medida com escalas diversas. Entre os fatores que podem modificar a progressão da fragilidade e as suas consequências adversas apoiam-se a importância de fatores psicossociais.

Discussão: As diferenças encontradas em termos de instrumentos de medição utilizados para identificar os idosos frageis e caracterizar a QV resultam em diferenças no âmbito dos resultados sobre as intervenções possíveis. Alguns estudos chegam a conclusão que seria possível prevenir/estabilizar a fragilidade nos idosos residentes na comunidade com impacto nos cuidadores, nos prestadores de serviço de saúde e no sistema de saúde. Existe uma relação indireta entre fragilidade e QV. Os riscos ligados a este conceito têm consequências na comunidade, no sistema local de saúde e nos custos pela saúde.

Conclusão: Em relação às intervenções que possam ter impacto sobre a QV e a fragilidade, foram encontrados resultados discordantes, sendo necessários mais estudos ao fim de planear intervenções eficazes.

PD 128

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS, UMA ENTIDADE ESQUECIDA

Ana Rita Rodrigues[1]; Cláudia Nascimento[2]; Leonor Bilreiro[1]; Margarida Martins[1]; Olga Silva[1]
[1]USF Descobrimentos; [2]USF Albufeira

Introdução: A Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) é um distúrbio neurológico do movimento, que se caracteriza por uma necessidade

imperiosa de mover os membros inferiores (embora possa atingir outras partes do corpo) e que se estima afetar entre 2 a 15% da população mundial, sendo mais comum no sexo feminino. Apesar de poder ter início em qualquer idade, há um aumento comprovado entre os idosos, com prevalência estimada de 10 a 35% nesta população.

Objetivos: Sendo uma entidade comum, de diagnóstico diferencial extenso e terapêutica por vezes difícil, este trabalho tem como objetivos elaborar uma revisão clássica atualizada sobre a doença, apresentando os dados científicos mais recentes no que toca à sua etiologia, diagnóstico e abordagem terapêutica, a fim de facilitar o seu rápido reconhecimento e evitar potenciais complicações.

Material e métodos: Realizou-se uma revisão da literatura através de pesquisa bibliográfica nas bases de dados internacionais PubMed e Medscape, utilizando os termos: "*Restless Leg Syndrome*". Foram admitidos na pesquisa artigos escritos em português ou inglês e com limite temporal de 15 anos, sendo selecionados os artigos mais relevantes.

Resultados: A SPI deve ser considerada como diagnóstico diferencial em qualquer paciente idoso que se apresente com distúrbio do sono e/ou parestesias dos membros. A história clínica e exame físico são essenciais, com vista a descartar doenças potencialmente tratáveis, como défice de ferro, insuficiência renal ou neuropatia periférica. A gravidade dos sintomas deve ser avaliada recorrendo a escalas de gravidade, sendo o gold-standard a Escala Internacional de Gravidade da Síndrome de Pernas Inquietas (*International Restless Legs Syndrome rating scale*). O tratamento deverá ter em conta fatores como a idade, comorbilidades e a medicação crónica do doente. Nas formas leves, a tranquilização quanto à benignidade e alterações do estilo de vida podem ser suficientes, enquanto que em casos moderados a graves, o tratamento farmacológico é necessário.

Discussão/Conclusões: A SPI trata-se de uma patologia crónica e progressiva, nem sempre bem caracterizada, mas com impacto importante na qualidade de vida. O seu reconhecimento é fácil, baseando-se principalmente em elementos recolhidos pela história clínica. Porém, permanece ainda muito sub-diagnosticada e sub-tratada, o que corrobora a ideia da necessidade de uma maior divulgação e conhecimento da doença para inverter esta tendência.

PD 129

ABORDAGEM DAS PERTURBAÇÕES DO SONO NO IDOSO

Raquel Silva Calçada
USF Cruz de Celas

Introdução: A prevalência e implicações associadas às perturbações do sono, constituem um sério problema na população geriátrica. É conhecido que o próprio processo de envelhecimento provoca importantes alterações qualitativas e quantitativas no sono, pelo que há um aumento da incidência da maioria dessas perturbações com o avançar da idade. No idoso, estas perturbações, são causa de diminuição de qualidade de vida; aumentam o risco de acidentes/quedas e também são causa importante de exaustão dos cuidadores com consequente necessidade de institucionalizar os idosos.

Objetivos: Rever a literatura sobre Perturbações do Sono no Idoso. Rever as causas mais frequentes, abordagem diagnóstica e terapêuticas existentes nas Perturbações do Sono. Orientar o médico de família para uma abordagem sistematizada neste tipo de situações.

Material e métodos: Revisão Bibliográfica de artigos publicados nos últimos 10 anos, em sites de Medicina Baseada na Evidência, sociedades médicas e na MedLine, nas línguas portuguesa e inglesa. Os artigos que não cumpriam os objetivos do trabalho foram excluídos.
Resultados: Com a idade ocorre diminuição do tempo total de sono e da sua eficiência; é comum o retorno ao padrão bifásico (sesta após o almoço); Ocorre diminuição do sono lento profundo; aumento da vigília, da latência de sono e das fases 1 e 2 do sono NREM e consequente diminuição do sono REM. No idoso as alterações de sono estão comumente associadas a várias causas: mudanças na própria arquitetura do sono; problemas respiratórios durante o sono; aumento da atividade mioclónica noturna; perturbações neuropsiquiátricas; dor e limitação da mobilidade; má higiene de sono; refluxo gastro-esofágico e iatrogenia medicamentosa. O tratamento quando possível deve ser sempre dirigido à patologia subjacente ao distúrbio do sono. A terapia não farmacológica (medidas psico-educativas, cognitivas, comportamentais e higiénico-dietéticas) está sempre recomendada. O Tratamento farmacológico acaba por muitas vezes também ser opção devido ao insucesso das medidas não farmacológicas e/ou complementarmente a estas.
Discussão/Conclusão: O aumento da esperança média de vida, e consequente envelhecimento da população, assume cada vez mais importância em todo o Mundo pelas suas implicações em termos epidemiológicos, assistenciais e gastos em saúde.

PD 130

ABORDAGEM DO DOENTE COM QUEIXAS COGNITIVAS

Teresa Mendonça
Hospital Garcia de Orta

Introdução: A Alzheimer Europe estima que a prevalência de demência na população portuguesa seja de 200 mil pessoas. A OMS prevê que a prevalência mundial triplique dentro de três décadas. Estes dados não são surpreendentes para os profissionais que na sua prática clínica são diariamente confrontados com o início e com a progressão inexorável de quadros demenciais. É fundamental que os médicos de família saibam investigar os doentes que se apresentem em consulta com queixas cognitivas.
Objetivos: Com este trabalho, a autora pretende fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema e expor o estado de arte relativo à abordagem clínica do doente com queixas cognitivas.
Material e métodos: Revisão narrativa da literatura na base de dados PubMed/MEDLINE com os termos de pesquisa "*dementia*", "*mild cognitive impairment*" e "*decision making*". Incluídos artigos redigidos em inglês e contemplados capítulos de livros e compêndios.
Resultados: Podemos sistematizar a abordagem clínica destes em sete passos. A história clínica assume especial relevo e é importante colher informação junto de acompanhantes, com especial enfoque à história de instalação dos défices. Deve ser apurado se a instalação é aguda ou crónica e se se deu de forma insidiosa, progressiva ou flutuante. É de igual monta apurar os antecedentes pessoais e familiares que possam consistir fatores de risco. O segundo passo consiste numa avaliação tripartida: cognitiva, comportamental e

funcional. Há que estabelecer quais as queixas que se manifestaram inicialmente e explorar possível psicopatologia de síndromes demenciais, como queixas não cognitivas, ou que possa indicar co-morbilidades psiquiátricas. A avaliação funcional é determinante, pois o diagnóstico da demência implica perda de autonomia. Em seguida, é já possível classificar o defeito cognitivo como associado à idade, ligeiro ou síndrome demencial. Com os exames físico, neurológico e complementares de diagnóstico, há que contemplar a pesquisa de causas reversíveis de demência e diferenciar entre tipos de demência. Por fim, dá-se início ao tratamento empírico, que deve obedecer a algumas linhas orientadoras.

Conclusões: Nem todos os doentes com queixas cognitivas apresentam um síndrome demencial incipiente e, entre os que o apresentam, alguns são reversíveis. Assim sendo, é necessário qualquer clínico estar munido de recursos que lhe permitam identificar e diferenciar estas situações e iniciar o tratamento adequado o mais precocemente possível.

PD 131

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Leonor Pinto Serra; Inês Francisco; Virgínia Abreu Marques; Dina Martins
USF Rainha Santa Isabel

Introdução: As quedas são um importante problema de saúde no idoso devido à elevada prevalência e consequências a nível físico, funcional, psicológico e financeiro. Este acontecimento é um fator de risco (FR) major para a perda de independência, passando muitas vezes despercebido por ocultação da ocorrência ao médico, ausência de danos imediatos, ausência de questionamento médico ou crença de que a queda faz parte da história natural do envelhecimento. Muitos dos FR físicos e ambientais que predispõe a quedas são modificáveis, o que gera grande potencial de prevenção.

Objetivo: Rever e estabelecer linhas orientadoras na abordagem de quedas no idoso em cuidados de saúde primários.

Material e métodos: Revisão bibliográfica, em 04/2021, de *guidelines*, metanálises, e artigos de revisão nos últimos 5 anos, utilizando os termos MeSH "*elderly*", "*falls*" e "*prevention*" na base de dados PubMed® e UpToDate®.

Resultados: Uma anamnese dirigida é o ponto chave para identificar e avaliar os idosos para risco acrescido de quedas. Em particular, importa identificar FR: quedas prévias, fraqueza das extremidades, défice cognitivo, problemas de equilíbrio, medicação, psicotrópicos, artrite, hipotensão ortostática, anemia, diminuição da acuidade visual (AV), tipo de calçado, fatores ambientais. No caso de queda prévia, é importante questionar o contexto, pródromos e se houve perda de consciência. O exame objetivo (EO) deve incluir sinais vitais, AV, exame neurológico sumário, avaliação das extremidades, bem como aplicação de testes de *screening* de risco de queda em idosos para avaliação da função musculoesquelética tais como o *Get up and Go test*, *Functional reach test* e *Short physical Performance Battery test*. Os exames auxiliares de diagnóstico são indicados de acordo com o apurado na anamnese e EO, não existindo uma avaliação *standard*. Poderá ser útil avaliar o nível sérico de hemoglobina, creatinina, glucose e vitamina D e/ou realização de holter, ecocardiograma, estudo imagiológico cerebral ou da coluna, se justificado. Perante um risco acrescido para quedas, é importante elaborar um plano de intervenção multifato-

rial que englobe medidas como exercício físico, revisão terapêutica, suplementação com vitamina D e intervenção ambiental.

Discussão/Conclusão: As quedas no idoso devem merecer atenção na nossa prática clínica. É necessária uma abordagem sistematizada e sistémica, focada na prevenção para minorar os outcomes negativos e dependência no idoso.

PD 132

HIPOGONADISMO TARDIO NO IDOSO – O QUE DEVEMOS SABER?

Beatriz Frias Lopes; Manuel Malheiro Lopes; Jéssica Peres; Maria Inês Queiroz Gonçalves; Tânia Caseiro; Miguel Pereira

USF Mondego; Serviço de Urologia e Transplantação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O envelhecimento envolve uma perda de função progressiva e transversal a vários sistemas, sendo a função sexual também afetada. O Hipogonadismo Tardio no Idoso é uma síndrome bioquímica associada à idade avançada, que se caracteriza por défice dos níveis séricos de androgénios e/ou diminuição da sensibilidade aos mesmos, podendo levar a complicações orgânicas e a alterações significativas na qualidade de vida do idoso.

Objetivo: Fazer uma revisão sobre os principais tópicos do diagnóstico e abordagem do Hipogonadismo Tardio no Idoso.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica na PubMed, com termos Mesh "*Hypogonadism*" e "*Elderly*" de artigos publicados nos últimos 10 anos em Português e Inglês.

Resultados: A prevalência do Hipogonadismo Tardio no Idoso é desconhecida, mas sabe-se que se associa a doenças sistémicas, cirurgias, Acidente Vascular Cerebral, trauma, Enfarte Agudo do Miocárdio, doenças respiratórias, SIDA, queimadura, exposição crónica a opióides, doenças oncológicas, Doença Renal Crónica e hemodiálise. Com o avançar da idade, há uma diminuição fisiológica da concentração de testosterona, com tradução clínica ao nível da diminuição da líbido, disfunção eréctil e diminuição do número de ereções matinais, sendo estes os sintomas mais específicos. A diminuição da massa e força muscular, aumento da gordura corporal, diminuição da densidade óssea e a diminuição da vitalidade e humor deprimido podem também ser relatados. O diagnóstico é complexo e envolve doseamento da Testosterona Total e/ou Testosterona livre. O tratamento é feito com recurso a Terapêutica de Substituição da Testosterona, melhorando a função sexual, composição corporal, mineralização óssea e controlo metabólico. A monitorização do tratamento deve ser feita anualmente através de doseamento hormonal, do hematócrito e Antigénio Prostático Específico (PSA), toque retal, avaliação clínica de sintomas obstrutivos do trato urinário e avaliação da densidade mineral óssea. A prevenção da doença requer adoção de um estilo de vida saudável (dieta, atividade física e cessação tabágica).

Discussão/Conclusão: A abordagem adequada da relação entre o declínio androgénico e a constelação de sinais e sintomas desfavoráveis que com este se relacionam pode contribuir para uma melhoria da qualidade de vida do homem idoso. Os profissionais de saúde devem saber reconhecer a condição, intervindo na prevenção e tratamento da mesma, de uma forma integrada no contexto natural do envelhecimento.

PD 133

A DEPRESSÃO NO IDOSO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

José Carlos Fernandes; Graciela Fátima Fernandes
U.C.S.P. Nazaré; Instituto Superior Miguel Torga

Introdução: A depressão no indivíduo idoso é uma patologia prevalentemente encontrada nos Cuidados de Saúde Primários, muitas vezes subdiagnosticada, tendo um impacto significativo na qualidade de vida. É fundamental o médico de família prevenir esta patologia nesta faixa etária, e efectuar seu diagnóstico atempadamente e orientar a abordagem terapêutica adequada.

Objetivo: Orientar a abordagem do idoso com depressão no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos publicados na base de dados da Pubmed® através das palavras-chave: "*elderly depression*", "*review*", "*treatment*" e em revistas médicas de referência.

Resultados: Perante um idoso com suspeita de depressão, uma história clínica cuidadosa é fundamental avaliando a sintomatologia presente e sua severidade, existência de fatores de risco, comorbilidades, medicação habitual, e apoio social e familiar entre outros. O exame físico contempla uma avaliação cardiovascular, pesquisa de outros manifestações de doenças potenciais causadoras de depressão, exame neurológico e avaliação de estado cognitivo e do humor. Para apoiar o diagnóstico existem escalas de entre elas a escala geriátrica de depressão e o PHQ-9. Os exames auxiliares de diagnóstico são úteis para despiste de doenças que contribui ou mimetizam estados depressivos. O tratamento para de depressão geriátrica passa por medidas não farmacológicas e farmacológicas. O tratamento farmacológico baseia-se em fármacos antidepressivos nomeadamente os Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina como primeira escolha, embora outras classes de antidepressivos e outros medicamentos adjuvantes podem ser opção, devendo ter em conta os possíveis efeitos adversos e comorbilidades. Entre outras medidas, as intervenções psicoterapêuticas podem ser úteis isoladamente ou em combinação com a terapia farmacológica.

Conclusões: O impacto da depressão no idoso é significativo. Importa prevenir esta patologia através de um envelhecimento ativo com promoção de atividades, reforço de apoio social e familiar. O médico de família encontra-se numa posição privilegiada para a sua prevenção, bem como a sua detecção e acompanhamento e sua referenciação atempada a uma consulta de psiquiatria e/ou psicologia se necessário.

PD 134

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO – PARTICULARIDADES DA POPULAÇÃO GERIÁTRICA

Teresa Mendonça
Hospital Garcia de Orta

Introdução: Segundo a OMS, a taxa de suicídio global é de 16/100.000 habitantes, o que corresponde a uma morte por suicídio a cada 40 segundos. A avaliação do risco de suicídio deve ser uma competência de todos os médicos, sendo de particular importância na formação dos médicos de família, visto que cerca de 75% dos suicidas contactaram o seu MGF no ano anterior ao suicídio e 50% fizeram-no no mês anterior.

Objetivos: Com este trabalho, a autora pretende fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema e expor uma abordagem para avaliação do risco de suicídio entre a população geriátrica.

Material e métodos: Revisão narrativa da literatura na base de dados PubMed/MEDLINE com os termos de pesquisa "suicide risk" e "geriatrics". Incluídos artigos redigidos em inglês e contemplados capítulos de livros e compêndios.
Resultados: A entrevista clínica de avaliação de risco de suicídio pode ser sistematizada em cinco passos. Em primeiro lugar, devem ser apurados fatores de risco sociodemográficos. A idade define a população geriátrica e é só por si um fator de risco, sendo por isso particularmente importante estar atento a esta população. Outros fatores comumente presentes nestas faixas etárias são a inatividade laboral e ocupacional, viuvez, isolamento social e doenças crónicas, nomeadamente dor crónica. De seguida, há que questionar sobre fatores de stress psicossocial (conflitos interpessoais, diagnóstico recente de doença, perda de rendimentos, aumento de gastos com a saúde, possibilidade de despejo, etc). Os passos seguintes consistem na triagem de depressão, de ansiedade e de abuso de álcool. Finalmente, há que questionar diretamente o doente sobre a presença de ideação suicida, de um plano para a concretizar e o acesso a meios letais. Devem ser exploradas tentativas de suicídio prévias, caracterizando a intencionalidade e a letalidade de cada uma.
Conclusões: Apesar da extensa investigação em Suicidologia, não é possível prever se o suicídio vai ou não ocorrer. Há que lembrar que as circunstâncias podem variar rapidamente e o risco de suicídio pode intensificar-se em poucos segundos. Tendo estas limitações em conta, é contudo possível fazer uma previsão da possibilidade de o suicídio ocorrer numa determinada pessoa e num determinado período temporal. A população geriátrica apresenta fatores de risco particulares, com os quais devemos estar familiarizados, de modo a fazer uma avaliação de risco o mais precisa possível e delinear um projeto terapêutico adequado.

PD 135

ÚLTIMAS RECOMENDAÇÕES SOBRE ATIVIDADE FÍSICA NO IDOSO

Filipe Ermida; Xénia Verraest; Sandra Assunção; Sofia Sousa Moreira; André Ribeiro; Sandra Oliveira; Jorge Laíns
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais

Introdução: Nas últimas décadas, em particular no hemisfério norte, a esperança média de vida tem registado um aumento significativo. A par deste aumento, um maior desafio se coloca, que o mesmo seja acompanhado da preservação de uma qualidade de vida satisfatória, de modo a que o idoso não seja tido como um encargo, mas alguém que contribui positivamente, quer social e quer economicamente, para a sociedade em que se insere. Por múltiplos fatores, o envelhecimento está relacionado a um aumento da fragilidade e diminuição da reserva fisiológica. Não obstante alguns estudos relacionarem determinados fármacos com maior longevidade, apenas uma prescrição surge como consensual, seja na esperança, seja na qualidade de vida: o exercício e atividade física.
Objetivos: Abordagem das últimas recomendações para a prescrição de atividade física na população idosa.
Métodos: Revisão da literatura científica sobre o tema, incluindo, mas não exclusivamente, as recomendações de dezembro de 2020 da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário.
Resultados: A atividade física na população idosa tem um impacto positivo em diversos

sistemas como musculosquelético, cardiovascular, endócrino, neurológico, cognitivo, etc. Os benefícios da atividade física aeróbica regular, são máximos quando realizada durante 150 a 300 minutos semanais. Estudos mostram que qualquer atividade física, mesmo que abaixo do recomendado, apresenta benefícios e deve ser incentivada, não existindo duração mínima para os períodos de atividade. Na população idosa, devemos recomendar vários períodos de atividade física de curta duração ao longo do dia, de modo a minimizar a fadiga e o risco de queda. Na população idosa, treinos de fortalecimento muscular, bem como treinos funcionais de equilíbrio, têm uma importância crucial, dado o impacto na funcionalidade e na prevenção do risco de queda, fragilidade e osteoporose.

Conclusão: Adultos com mais de 65 anos devem ser tão fisicamente ativos, quanto a sua capacidade funcional o permitir e o seu nível de esforço deverá ser ajustado ao nível de capacidade de cada um. O médico desempenha um importante papel na promoção de uma vida ativa e saudável, devendo reforçar que qualquer atividade física, é melhor do que nenhuma atividade. A recomendação de atividade física na população idosa não limita ao exercício de resistência aeróbico, mas também treino de fortalecimento muscular e funcional de equilíbrio.

PD 136

NEUROIMAGEM E A DOENÇA DE ALZHEIMER

Inês Freire; Marta Magriço; Joana Barata Tavares; Luísa Alves

Neurorradiologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal; Neurologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução: A Doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demência, responsável por 60-90% dos casos, afetando principalmente mulheres. Apesar dos fatores de risco estabelecidos, ainda não está esclarecida a sua etiologia. Histopatologicamente caracteriza-se por deposição extracelular de agregados insolúveis de beta-amiloide e por acumulação intra-neuronal de emaranhados neurofibrilares, que resultam em perda neuronal e consequente atrofia cerebral. Dependendo das áreas inicialmente afetadas, a DA manifesta-se por uma variedade de síndromes clínicas. Apesar do diagnóstico ser eminentemente clínico, a neuroimagem ajuda a corroborá-lo, tendo um papel importante na identificação do subtipo de patologia neurodegenerativa.

Objetivos: O objetivo é rever a apresentação clínica da DA, a forma clássica e as variantes atípicas, demonstrando a sua apresentação em neuroimagem através de exames de tomografia computorizada crânio-encefálica.

Material e métodos: Realizou-se uma revisão bibliográfica sobre a DA e as suas síndromes clínicas. Posteriormente, procedeu-se à avaliação e associação de exames TC com as respetivas variantes descritas.

Resultados: Na DA clássica existe uma perda progressiva de memória episódica e posteriormente de outras funções cognitivas. A atrofia cerebral é inicialmente descrita nas regiões temporoparietais, principalmente no lobo

temporal medial, envolvendo o hipocampo. No entanto, nem todos os doentes com DA se apresentam com atrofia hipocampal. A afasia logopénica é a variante mais comum da DA atípica, onde a atrofia cerebral é assimétrica, envolvendo a região temporoparietal esquerda. A atrofia cortical posterior manifesta-se por perda de funções visuoperceptivas, geralmente sem perda de memória, existindo atrofia dos córtices parieto-occipitais. A variante frontal da DA é a menos comum, traduzindo-se por atrofia que envolve sobretudo as regiões temporo-parietais, poupando os lobos frontais.

Discussão e conclusões: Para quantificar os diversos padrões de atrofia cerebral foram criadas escalas. A escala de Scheltens classifica o grau de atrofia temporal medial. A escala de atrofia cortical global e a escala de atrofia cortical posterior são principalmente usadas na DA atípica. A última é essencial na avaliação de doentes mais jovens, onde não há considerável atrofia temporal. A avaliação imagiológica precoce pode auxiliar no reconhecimento atempado da doença, sobretudo nos doentes com idade inferior a 65 anos, onde o atraso diagnóstico é mais comum.

PD 137

PRESCRIÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NA POPULAÇÃO IDOSA – AUXILIAR DE PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO MODELO FITT

Filipe Ermida; Xénia Verraest; Sandra Assunção; Sofia Sousa Moreira; André Ribeiro; Sandra Oliveira; Jorge Laíns

Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais

Introdução: A prática regular de atividade física apresenta benefícios demonstrados, quer na redução do risco, quer como coadjuvante no tratamento de diversas patologias em todas as idades, incluindo na população idosa. O médico desempenha um papel importante na recomendação de atividade física, sendo que esta, segundo as últimas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) deve centrar-se não só em exercícios de resistência aeróbicos, mas também em treinos de força e equilíbrio.

Objetivos: Resumo dos tipos de atividade física a recomendar ao idoso, de modo a melhorar a sua qualidade de vida, bem como reduzir o risco de novas condições de saúde, ou agravamento de condições pré-existentes. Apresentação de um modelo de prescrição de atividade física para a população idosa, de acordo com as recomendações de 2020 da OMS, sobre atividade física e comportamento sedentário.

Material e métodos: Revisão de literatura científica sobre o tema.

Resultados: Tal como uma tabela terapêutica do plano farmacológico de um doente, melhora a adesão e evita enganos na toma de medicação, a prescrição de um plano de atividade física com recomendações objetivas (frequência, intensidade, tempo e tipo de atividade), facilita a adesão terapêutica a um programa de atividade mais completo e de acordo com as recomendações da OMS. O modelo de prescrição FITT (*Frequency, Intensity, Time and Type*) facilita a proposta de um programa de atividade física estruturado de forma simples. Podemos aplicar ao modelo FITT as recomendações da OMS para a prática de atividade física na população idosa e, caso necessário, adaptar qualquer variável de modo a ter em conta quaisquer condições de saúde dos nossos doentes.

Discussão/Conclusão: O modelo FITT organiza e simplifica a prescrição de atividade física, oferecendo confiança ao médico como prescritor e orientando o idoso nos tipos de

atividades que deve fazer, bem como o tempo e esforço que deve aplicar em cada atividade.

PD 138

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO – RECOMENDAÇÕES CLÁSSICAS E NOVAS ESTRATÉGIAS

Filipe Ermida; Xénia Verraest; Sandra Assunção; Sofia Sousa Moreira; André Ribeiro; Sandra Oliveira; Jorge Laíns
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais

Introdução: As quedas na população idosa têm merecido uma atenção crescente, não só pela potencial perda de qualidade de vida, mas pelos custos inerentes. A perda de algumas capacidades funcionais cognitivas e sensoriais, por degenerescência e/ou associada a outras morbilidades, são fatores intrínsecos potenciadores de maior número de quedas, sendo a fratura do fémur proximal uma consequência frequente. Não sendo possível, na maioria das situações contrariar estes fatores, torna-se primordial existir um maior controlo dos fatores extrínsecos, como medidas preventivas e corretivas.
Objetivos e métodos: Resumos de estratégias para a prevenção de quedas no idoso. Revisão de literatura científica sobre o tema.
Resultados: Nos estudos realizados, verifica-se que mais de 90% das fraturas do fémur proximal, no idoso, resultam de quedas na sua residência. Assim, qualquer estratégia de prevenção, para ser eficaz, deve centralizar-se na segurança do idoso no seu próprio domicílio. Da avaliação sobre as capacidades físicas para uma marcha segura, como a força muscular, a proprioceção, a coordenação e a capacidade visual, devem resultar estratégias facilitadoras de uma acessibilidade segura a rotinas do idoso, quer na deslocação, quer no acesso a objetos do seu quotidiano. Além das recomendações clássicas, respeitantes ao espaço livre para se deslocar, pode-se sugerir a instalação de corrimões ou barras de segurança, a substituição de maçanetas por pegas de uso fácil, a instalação de luzes de presença, etc.. De igual modo, os objetos de uso rotineiro devem estar acessíveis e colocados em pontos acima dos joelhos e abaixo do nível do peito, seja no quarto, cozinha ou casa de banho. Aquando da identificação de diminuição da força ou défices de equilíbrio, deve-se ponderar a prescrição de produtos de apoio. Quando pertinente, não se deve recear a prescrição de atividade física como fator de prevenção de quedas. A avaliação da acuidade visual anual é igualmente importante para a necessidade de correções.
Conclusões: Ainda que as quedas nem sempre possam ser prevenidas, o seu risco pode e deve ser diminuído. Deste modo, devemos estar vigilantes quanto ao risco de queda no idoso, sugerindo estratégias ao próprio ou a familiares, com as particularidades de cada situação, e tendo sempre em conta as capacidades socioeconómicas de cada família, bem como a possibilidade de intervenção social.

PD 139

IMPACTO DA COVID19 NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO IDOSA

Fernando Marques; Francisca Gama; Mélanie Magalhães
USF Tapada; USF Arco Iris; USF Rainha Santa Isabel

Introdução: COVID-19 é uma doença respiratória aguda causada pelo SARS-CoV-2. A pandemia COVID-19 desencadeou vários confinamentos governamentais, que trouxeram mudanças drásticas na rotina diária e na saúde mental da população mundial. Os problemas mentais parecem ter aumentado

significativamente em todo o mundo durante a pandemia COVID-19, especialmente na população idosa, que em contexto de confinamento podem vivenciar sentimentos de impotência e incerteza sobre o futuro, dificuldades para manter o foco, ansiedade, stress, isolamento e depressão.

Objetivos: Esta revisão do tema tem como objetivo avaliar o impacto do COVID19 na saúde mental da população idosa e eventuais associações de fatores.

Material e métodos: Foi efetuada revisão sistemática da literatura de vários países, onde a colheita de dados foi principalmente realizada através de questionários durante a pandemia. Os dados analisados foram, entre outros, dados sociodemográficos e económicos, escalas de satisfação com a vida, saúde do paciente, qualidade do sono, estado nutricional e sinais e sintomas de ansiedade e depressão.

Resultados: Na América Latina, os dados revelaram que 30,27% dos idosos apresentam distúrbios emocionais. No México e no Peru, foram observados níveis mais elevados de depressão (38,9% e 38,1%, respetivamente) e na Venezuela os mais baixos (21,35%). Na China, os resultados mostraram que 30,8% dos participantes indicaram pelo menos um sintoma depressivo significativo durante a pandemia. Em Israel, 37,5% dos idosos foram classificados com depressão. Na Turquia, a frequência de sintomas depressivos e ansiosos na população em geral foi de 37,5% e 29,8%, respetivamente. Para esta faixa etária, não foram identificados estudos portugueses. São escassos os estudos que abordam esta temática, direcionados para a população idosa.

Discussão/Conclusões: É importante ressaltar a emergência de alguns preditores consistentes de saúde mental: apoio social, estado civil, nível de educação, situação financeira e acesso aos cuidados de saúde. A depressão foi fortemente relacionada a declínios relatados no nível de atividade, qualidade do sono, bem-estar e funcionamento cognitivo. As conclusões dos vários estudos reforçam a necessidade de tratar a depressão nos idosos neste período. Várias sugestões foram propostas, nomeadamente a utilização de tecnologias de redes sociais, suporte psicológico acompanhado de instruções para um estilo de vida saudável e prevenção de desnutrição.

PD 140

IDENTIFICAR, ABORDAR E PREVENIR AS QUEDAS NOS IDOSOS

Catarina Santeiro[1]; Inês Terra[2]
[1]USF Foral - ACES Alentejo Central; [2]USF Casa dos Pescadores - ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: As quedas representam um problema prevalente em pessoas com mais de 65 anos e podem ter consequências físicas, psicológicas, funcionais e financeiras. Cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% com mais de 80 anos já tiveram, pelo menos uma queda, destas, 1/3 são quedas recorrentes.

Objetivos: Identificar fatores de risco e preventivos para ocorrência de quedas. Atividades preventivas que se podem realizar no âmbito dos cuidados de saúde primários. Usar ferramentas para ajudar a prever o risco de quedas.

Material e métodos: Foi feita uma revisão clássica da literatura nas bases de dados Medline/PubMed, usando os termos "*fall prevention elderly*". Foram selecionados artigos de revisão, revisões sistemáticas e meta-análise, escritos em Inglês ou Espanhol, durante o último ano. Obtiveram-se 33 resultados, ten-

do sido selecionados 15 com base no título e 11 foram considerados relevantes para os objetivos definidos, após leitura do abstract.

Resultados: Os principais fatores de risco dividem-se em causas intrínsecas e extrínsecas. Os fatores preventivos incluem alterações no domicílio, por exemplo, chão apropriado, luz adequada, alteração da disposição da mobília de forma a facilitar a deambulação. Estes fatores podem ser potenciados com avaliação do risco de queda, educação para a saúde, calçado apropriado, podologista e reconciliação terapêutica. A atividade preventiva que demonstra maior evidência é a realização de exercício físico. Devemos incluir a revisão terapêutica, avaliação por um profissional qualificado dos fatores de risco no domicílio, educação do utente, otimização da acuidade visual, *screening* de osteoporose e suplementação de vitamina D nos pacientes com défice. Para rastrear o risco aumentado de queda podemos usar o algoritmo STEADI e alguns testes como o "*Time Up-and-Go Test*", "*30-Second Chair Stand Test*", "*4-Stage Balance Test"* e avaliar a função cognitiva.

Conclusão: Quedas são comuns e podem ter consequências adversas na saúde dos utentes, mas algumas podem ser prevenidas. Uma abordagem multifatorial aos fatores predisponentes pode diminuir o risco de queda em aproximadamente 25%. 3 fatores de risco chave (equilíbrio, medicação e ambiente seguro no domicilio) devem ser abordados em todos os utentes que mostrem alto risco de queda. Os cuidados de saúde primários devem reconhecer os recursos clínicos e comunitários para apoiar os seus utentes na prevenção de quedas.

PD 141

UM SMARTPHONE PARA A AVÓ

Francisco V. Matias; João Aveiro Freitas; Yaneth Gonçalves; Dolores Quintal
SESARAM; EPERAM

A longevidade, a capacidade funcional e condição económica são fatores que contribuem para a incerteza no futuro do idoso.

As doenças cardiovasculares, metabólicas e cognitivas perturbam o estado de saúde da população geriátrica e limitam as suas capacidades individuais.

O advento da pandemia colocou a população mundial num estado de necessidade de apoio a nível de cuidados de saúde, de um modo mais rápido, seguro e confortável. A pessoa idosa é um exemplo perfeito disso.

O uso adequado e detalhado de um smartphone pode ter o potencial para auxiliar na realização de atividades de vida diária (AVD) e na capacitação relativamente a aspetos em que o idoso é, ou se encontra, limitado.

Realizou-se pesquisa bibliográfica sobre utilizações, diretamente focadas em e pela medicina, do smartphone. Efetuou-se, também, uma pesquisa mais liberal, pesquisando em motores de busca vulgares sobre novidades tecnológicas e funcionalidades inovadoras, relativas a este dispositivo.

A suma da pesquisa revelou um número considerável de estudos sobre monitorização da função cardíaca, utilidade em AVD, avaliação e adequação da condição metabólica e estimulação neurocognitiva. A isto, alia-se uma boa recetividade à tecnologia por parte dos idosos.

A disseminação e facilidade de utilização de smartphone, hoje em dia, permitem abranger a população geriátrica que possa ainda não estar habituada a esta tecnologia.

Os desenvolvimentos feitos nas áreas da com-

putação e da programação, assim como dos ramos da medicina e da engenharia bioquímica, permitem juntar dois mundos numa simbiose que beneficia, sobretudo, o utilizador.
Conclui-se que, através de um pequeno dispositivo, fazendo uso da tecnologia atual e emergente, aliada à medicina preventiva, permite-se melhorar consideravelmente as condições para o idoso viver saudável e autónomo.

PD 142

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR EM IDOSOS: UMA AÇÃO PRIORITÁRIA IMPLEMENTADA DE FORMA HOLÍSTICA E MULTIDISCIPLINAR

Bárbara Alexandre[1,2]; Maria Damas[3]; Mónica Dias[4]; João PM Lima[5,6,7]
[1]Fundação Portuguesa de Cardiologia - Delegação Centro; [2]Casa de Beneficência Conselheiro Oliveira Guimarães; [3]Centro Social Padre Bastos; [4]Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração de Aveiro; [5]Politécnico de Coimbra, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; [6]GreenUPorto – Centro de Investigação em Produção Agroalimentar Sustentável; [7]ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde

Introdução: O envelhecimento é um processo complexo, irreversível, progressivo e natural que se caracteriza por mudanças fisiológicas, psicológicas, económicas e sociais que podem afetar o estado nutricional. Desta forma, é crucial a implementação de programas de educação alimentar, de forma a melhorar a saúde, prevenir a doença, reduzir custos em saúde e melhorar a qualidade de vida.
Objetivo: Identificar as estratégias de educação alimentar, direcionadas a idosos, com melhores resultados, analisando-as numa perspetiva nutricional e psicogerontológica.
Material e métodos: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura na base de dados científica "Pubmed" com a seguinte expressão de pesquisa: ((*elderly* [MeSH *Terms*]) AND (*nutrition* [MeSH *Terms*])) AND (*education* [MeSH *Terms*]). Os artigos foram selecionados de acordo com a pertinência da temática, primeiro através da leitura do título, posteriormente do resumo e, por último, pela leitura integral dos mesmos (N = 34).
Resultados: A educação alimentar apresenta benefícios no aumento do conhecimento relacionado com os alimentos e a nutrição, bem como na melhoria dos hábitos alimentares dos idosos, contudo apenas se observam alterações significativas no estado nutricional nos estudos em que ocorreu orientação nutricional personalizada. Na generalidade dos estudos em análise, as estratégias de educação alimentar passaram pela exposição de conteúdos, com ou sem demonstração de confeção de alimentos ou prova dos mesmos, sendo a envolvência dos idosos nas atividades e alteração de hábitos decorrente superior naquelas em que se verificou essa interação. Esta alteração foi mais pronunciada nos idosos que assistiram a um maior número de sessões (≥ 3). Outros métodos como panfletos e canções também foram testados enquanto ferramentas de educação alimentar, verificando-se uma melhor adequação quando utilizados tamanhos de letras superiores, disposição gráfica do conteúdo e com recurso a imagens; e letras simples de fácil aprendizagem, ajustadas a melodias conhecidas.
Discussão/Conclusão: É imprescindível a adaptação das estratégias de educação alimentar à realidade da pessoa idosa, uma vez que a mudança nos comportamentos alimentares requer não apenas conhecimento sobre nutrição ou intervenção do nutricionista, mas também atenção a fatores psicológicos e motivacionais, procurando entender o idoso quanto aos seus interesses pessoais, história

de vida e a sua influência perante o consumo e as atividades de educação alimentar.

PD 143

ABORDAGEM DA DEPRESSÃO NO IDOSO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Tatiana Luís; Joana Franco; Tânia Teixeira; Dúnia Rocha
Centro de Saúde de Machico; SESARAM; epe USIT Centro de Saúde Praia da Vitória

Introdução: A depressão é um dos distúrbios psiquiátricos mais comuns no idoso, sendo frequente em idosos com outras comorbilidades e tem um impacto significativo na qualidade de vida e agravamento de doenças crónicas.
Objetivos: Identificar os principais sinais e sintomas da depressão em idade geriátrica e a sua abordagem inicial no âmbito dos CSP.
Materiais e métodos: Pesquisa realizada no Pubmed com os termos MeSH: "*Geriatric depression in primary care*", selecionando artigos de 2011 a 2021, em português e inglês.
Resultados: A depressão nesta faixa etária aumenta o sofrimento pessoal, a sobrecarga do cuidador e o risco de outras patologias, isolamento social, institucionalização, quedas, hospitalização, suicídios e mortalidade no geral.
Abordagem diagnóstica: Em idosos com outras comorbilidades, deve-se estar atento aos seguintes sinais: Sintomas fora da proporção esperada; Má resposta ao tratamento médico padrão; Má adesão terapêutica; Falta de envolvimento com os prestadores de cuidados. A aplicação de instrumentos de avaliação, como a escala de depressão geriátrica, podem ser uma mais-valia quando aplicadas em conjunto com a entrevista clínica.
Tratamento: O sucesso do tratamento da depressão nesta fase da vida depende de vários fatores como a abordagem das comorbilidades, intervenções farmacológicas adequadas e a monitorização dos efeitos laterais da terapêutica. O tratamento de primeira linha consiste na associação de psicoterapia e terapia farmacológica. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRIs) são considerados de primeira linha, devido à melhor tolerabilidade. Os inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina (IRSNs) são usados como agentes de segunda linha e podem ser úteis em utentes com dor não controlada. Os outros antidepressivos estão reservados para falha terapêutica. A referenciação para a Psiquiatria deve ser considerada para utentes que apresentaram falha terapêutica com múltiplos antidepressivos ou ideação suicida que necessitem internamento.
Discussão/Conclusões: O tratamento da depressão nos CSP é difícil por várias razões como: reconhecimento dos sinais e sintomas, atribuí-los a doenças orgânicas equivocadamente, o estigma em relação à doença mental e a dificuldade no uso de antidepressivos adequados. A educação dos utentes, dos profissionais de saúde e dos familiares e cuidadores contribuem para o combate do estigma associado à doença mental e para o sucesso do tratamento instituído.

PD 144

ACICLOVIR E VALACICLOVIR E AS QUEIXAS ÁLGICAS NA ZONA – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Ana Correia de Azevedo; Rui Correia de Sá
USF Famalicão I

Introdução: A Zona resulta da reativação do vírus Varicela Zoster e carateriza-se por uma erupção vesicular unilateral dolorosa, geralmente na distribuição de um dermátomo. Pode ocorrer em qualquer idade sendo, contudo, mais frequente em adultos com mais de 60

anos de idade. A nevralgia pós-herpética é a complicação mais comum, persistindo durante semanas, meses e, ocasionalmente, anos.

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi rever a evidência sobre a eficácia do valaciclovir versus aciclovir no que concerne às queixas álgicas no âmbito da Zona.

Material e métodos: Pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), ensaios clínicos aleatorizados e controlados, revisões sistemáticas (RS) e meta-análises, publicados entre 01/14/2011 e 01/14/202021, em português, inglês e espanhol, utilizando-se os termos MeSH "herpes zoster", "neuralgia", "acyclovir", "valacyclovir". Para avaliação do nível de evidência (NE) e força de recomendação (FR) foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* da *American Family Physician*.

Resultados: Obtiveram-se 52 artigos, tendo-se incluído dois: uma NOC e uma RS. O valaciclovir, em comparação com o aciclovir, parece encurtar o período de duração de nevralgia pós-herpética (NE 2). Contudo, a NOC (FR C) considera que, pese embora a evidência sugira superioridade do valaciclovir, tal não é consistentemente reprodutível.

Discussão/Conclusões: O valaciclovir parece ser superior ao aciclovir no que concerne ao tempo de duração da nevralgia pós-herpética (FR C). Todavia, os resultados obtidos não são isentos de limitações. Efetivamente, os diversos estudos descreveram a prevalência de dor em diferentes estádios da doença e os dados nem sempre foram colhidos no mesmo momento. Ademais, há a referir que os estudos foram feitos com a dosagem plena de cada fármaco o que pode fragilizar a extensão dos resultados para dosagens ajustadas à função renal.Considerando a epidemiologia da zona e o ónus substancial da nevralgia pós-herpética no que refere à perda de qualidade de vida e consumo de recursos de saúde, torna-se premente a realização de mais estudos isentos de limitações e que sustentem de forma cabal a evidência presente no momento.

Palavras-chave: Zona; zoster; nevralgia, aciclovir, valaciclovir

PD 145

A SAÚDE MENTAL DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA – MUDANÇAS, CONSEQUÊNCIAS E ADAPTAÇÕES

Beatriz Jorge; Catarina Pedro; Mariana Mangas; Sara Carneiro; Juliana Carvalho
Hospital de Braga

Introdução: Devido ao impacto da pandemia por infeção do coronavírus-19 (COVID-19), tem existido investigação importante focada na saúde mental. Mais de 20% da população mundial com mais de 60 anos tem doença mental ou neurológica, destacando-se a demência, perturbação depressiva e perturbações de ansiedade. O distanciamento social é um pilar no mecanismo preventivo, mas transporta a exacerbação dos sentimentos de solidão, com consequente agravamento das condições referidas o aumento da taxa de suicídio.

Objetivos: O presente trabalho pretende reunir evidência acerca da saúde mental dos doentes idosos no ambiente pandémico, um clima de constante mudança, incerteza e necessidade de adaptação. Foi avaliada a exposição a COVID-19 e a relação entre fatores stressores e a doença mental na população idosa, do foro ambiental e psicossocial.

Métodos: Apresenta-se uma revisão não sistemática da literatura. A seleção bibliográfica foi efetuada através de pesquisa de palavras-chave e também por referência cruzada entre artigos.

Resultados: Os fatores envolvidos no ambiente psicossocial e as condições inerentes à infeção despoletam o eixo hipotálamo-hipófise adrenérgico e consequentes processos inflamatórios. A idade avançada predispõe a imunosenescência, que está também relacionada com processos inflamatórios crónicos, aumentando a suscetibilidade para perturbações ansiosas e depressivas. Os estudos descrevem que o isolamento social está ligado a aumento dos sintomas depressivos, do suicídio, de níevise de inflamação aumentada e redução da resposta imunitária a infeções víricas, predispondo os mais velhos para quadros mais graves se contraírem SARS-CoV-2. Especula-se que tem havido aumento dos pedidos de morte medicamente assistida, relacionados com a ansiedade sobre a morte pelo vírus, medo de perda do controlo e inacessibilidade de cuidados se existência de sintomas graves. Com o advento pandémico acelerou-se o desenvolvimento da telemedicina e do uso da tecnologia como forma de suporte social dos doentes mais velhos, verificando-se que idosos que as utilizam frequentemente tendem a ter um melhor perfil de saúde.

Discussão: A investigação mais aprofundada destes tópicos torna-se essencial para compreender e encontrar formas de aliviar o sofrimento e minimizar a doença nestes doentes. Será importante avaliar, no futuro, o impacto das desigualdades socioeconómicas no acesso às tecnologias, dada o seu benefício no cenário atual.

PD 146

DESCULPE, NÃO OUVI! – AS CONSEQUÊNCIAS DA SURDEZ NO IDOSO

Catarina Carvalho, Carla Almeida
USF Novo Norte

Introdução: O envelhecimento envolve alterações na saúde geral do indivíduo, que podem resultar em comprometimento de funções fisiológicas, imunológicas e sensoriais, como é o caso da audição. A presbiacúsia ou perda auditiva relacionada com a idade é a alteração sensorial mais comum nos idosos e contribuindo para o seu isolamento social e diminuição da qualidade de vida.

Objetivo: Rever as causas, os sintomas e o tratamento da surdez nos idosos, com destaque para a orientação ao nível dos CSP.Metodologia: Foram utilizadas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência, com os termos MeSHe "surdez no idoso", "Hearing Loss" e "Aging". Foram revistos artigos originais e de revisão bibliográfica publicados entre 2011 e 2021.

Resultados: A presbiacusia é também chamada de surdez social uma vez que leva a um isolamento progressivo do idoso, pois este não consegue interagir com o mundo que o rodeia, conduzindo a um quadro depressivo. Classifica-se como uma condição multifactorial podendo ser devida a causas ambientais e/ou genéticas. Existem vários fatores que podem acelerar a perda de audição e que podem ser preveniveis tais como a diabetes ou o tabagismo. A principal característica de presbiacusia é a perda progressiva e simétrica da audição de alta frequência ao longo dos anos que pode ser acompanhada de zumbido, vertigem e desequilíbrio. A dificuldade auditiva é exacerbada na presença de ruído de fundo e muitas vezes os idosos

apresentam maior dificuldade em ouvir as mulheres do que homens. Juntamente com a perda de audição existe ainda uma hipersensibilidade paradoxal a sons altos daí, gritar com pacientes com presbiacusia pode muitas vezes ser contraproducente fazendo sentido apenas se o idoso tiver outras causas de surdez. Não existe um tratamento que cure a perda de audição nos idosos, no entanto, existem várias opções que podem atenuar e até compensa-la.

Discussão: A maioria dos pacientes demora vários anos para procurar ajuda médica para sua perda de audição. Este atraso no pedido de ajuda pode levar a um isolamento social progressivo e mesmo depressão, principalmente se o paciente tiver outras limitações funcionais. Como tal, torna-se essencial ter presente as causas e os sintomas, para diagnosticarmos o quanto antes. Por outro lado, é uma patologia com um início insidioso e cujo tratamento ainda apresenta o estigma negativo associado ao uso de aparelho auditivo, o que constitui um desafio na desmistificação deste e uma abordagem individualizada.

PD 147

USO DE PROBIÓTICOS NA DOENÇA DE PARKINSON – HÁ BENEFÍCIOS?

Nádia Sampaio[1];Mélanie Faria[2]
[1]USF S. Domingos; [2]USF Vale do Sorraia

Introdução: Estudos recentes mostram que os indivíduos com Doença de Parkinson (DP) apresentam disbiose da microbiota intestinal (MI). O interesse recente no eixo intestino-cérebro levou ao aumento da pesquisa sobre as alterações da microbiota intestinal nestes doentes e seu impacto na fisiopatologia da doença, assim como o efeito do uso de probióticos na DP.

Objectivos: Rever a evidência acerca do benefício do uso de probióticos na DP .

Métodos: Foram pesquisadas revisões, meta-análises e ensaios clínicos, publicados nos últimos 10 anos na base de dados PubMed, com os termos MeSH: "Parkinson"e "*Probiotics*". Excluímos os artigos cujo texto integral não estava disponível gratuitamente. A revisão dos artigos foi efectuada inicialmente através do título/resumo e depois fez-se revisão do texto integral dos artigos restantes.

Resultados: De um total de 29 artigos encontrados, identificamos 10 que cumpriam os critérios de inclusão. Apenas 7 foram seleccionados após revisão do texto integral: 2 ensaios clínicos e 6 revisões sistemáticas.

Discussão/Conclusões: Existem evidências de uma via bidirecional entre o trato gastrointestinal e o sistema nervoso central. Vários estudos são feitos acerca do uso de probióticos para perceber se podem influenciar o eixo intestino-cérebro, alterando a composição da microbiota intestinal, sistema nervoso entérico e sistema nervoso central. Se a hipótese de que a MI está envolvida na etiologia da DP, podemos estar perante a possibilidade de novos regimes terapêuticos. Em estudos in vitro, verifica-se que a bactéria probiótica *Bacillus sp*. JPJ pode produzir L-DOPA a partir de L-tirosina, sendo convertida em dopamina com a ajuda de DOPA descarboxilase. Estirpes probióticas como lactobacilos e bifidobactérias são capazes de produzir antioxidantes, vitaminas e moléculas bioativas com capacidade de redução de radicais livres, levando à atenuação de várias doenças associadas ao stress oxidativo. Sendo a DP uma dessas doenças, poderá haver benefícios no seu uso. No entanto, apenas a administração de espécies de *Lactobacillus* e *Bifidobacterium* por um período de quatro a doze semanas se provou repetidamente eficaz no tratamento da obstipação na DP. Além disso, não há dados

clínicos disponíveis sobre os possíveis efeitos do tratamento com probióticos nos sintomas motores ou na progressão da DP. A recomendação de uso de probióticos na DP, necessita de pesquisas adicionais para que se possa estimar os seus efeitos clínicos.

PD 148

EXERCÍCIO FÍSICO ENQUANTO ESTRATÉGIA DE MITIGAÇÃO DO DECLÍNIO DAS FUNÇÕES COGNITIVAS EM SUJEITOS COM DECLÍNIO COGNITIVO LIGEIRO (DCL): A EVIDÊNCIA

Nádia Sampaio[1]; Arnaldina Sampaio[2]
[1]USF S. Domingos; [2]Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL) Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

Introdução: O declínio cognitivo ligeiro (DCL) é um estado de risco para o desenvolvimento de demência. Estratégias não farmacológicas que possam atenuar o declínio cognitivo são essenciais no tratamento de sujeitos com DCL e prevenção de casos de demência.
Objetivos: Realizar uma revisão sistemática sobre os efeitos do exercício físico sobre o declínio das funções cognitivas em sujeitos diagnosticados com DCL.
Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa na PubMed de ensaios clínicos randomizados, nos últimos 10 anos. Os termos MeSH utilizados foram: "MCI" ou "*Mild cognitive impairment*" e "*exercise*" ou "*Physical activity*". A pesquisa foi realizada segundo a estratégia "PICO". Foram obtidos 84 artigos, dos quais se selecionaram 17, com base na leitura do resumo e título.
Resultados: Dos 17 ensaios clínicos incluídos, 16 revelam efeitos positivos do exercício físico sobre a função cognitiva global de sujeitos com DCL. Mais especificamente são reportados aumentos no volume do hipocampo, melhoria na memória. Apenas 1 estudo não reporta estas alterações. Os resultados revelam uma grande heterogeneidade no tipo, duração e frequência dos programas de exercícios utilizados nos diversos estudos.
Conclusões: As evidências demonstraram que o exercício físico pode ser considerado uma estratégia na prevenção do declínio cognitivo em sujeitos com DCL. No entanto, mais pesquisas são necessárias para determinar o tipo, duração e frequência de programas de exercício físico que otimizem os efeitos sobre a cognição em sujeitos com DCL.

PD 149

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

Ricardo Pinto; Sofia Rei; Cristina Gonçalves
Centro de Saúde da Nazaré; Centro de Saúde do Caniço; Centro de Saúde do Estreito de Câmara de Lobos

Introdução: O envelhecimento gradual da população e o aumento da esperança média de vida conduzem ao aumento da incidência de doenças crónicas, e ao maior consumo de fármacos por parte da população idosa, fisiologicamente mais suscetível a reações adversas medicamentosas (RAM). A polimedicação é considerada um importante fator de morbilidade e mortalidade na idade geriátrica, e pode ser prevenida.
Objetivos: O objetivo deste trabalho é rever os principais aspetos relativos à polimedicação no idoso e à prescrição de fármacos potencialmente inapropriados.
Métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed e UptoDate com os termos "*polypharmacy*" e "*elderly patients*". Foram selecionados artigos científicos escritos em português e inglês, publicados nos últimos 10 anos.
Resultados: A polimedicação é definida como o uso regular de, pelo menos, 5 fármacos por

um doente. Esta pode ser nociva, por vários motivos, tais como, os custos excessivos associados, risco acrescido de RAM, interações medicamentosas, não adesão à terapêutica, diminuição do estado funcional e síndromes geriátricas. Existem fármacos potencialmente inapropriados para os idosos, tendo em conta as alterações renais e hepáticas associadas ao envelhecimento, que condicionam alterações na farmacocinética e farmacodinâmica, ou situações em que o benefício potencial da utilização de um fármaco é inferior aos riscos associados. Estão disponíveis várias medidas ou estratégias para diminuir os riscos associados à polimedicação, com destaque para os Critérios de Beers, que pretendem auxiliar na identificação de fármacos menos apropriados para esta população.

Discussão/Conclusões: A polimedicação é um problema prevalente na população idosa, que se encontra mais suscetível às RAM, pelo aumento do número de fármacos e patologias existentes, e pelas alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento. Para prevenir as consequências negativas da polimedicação no idoso, será importante identificar precocemente estes casos e realizar uma revisão terapêutica regular, de forma a adequar os riscos e benefícios da mesma, e as expectativas do doente. O médico de família encontra-se em posição privilegiada para o fazer, sendo fundamental dominar competências no ajuste posológico para a correta gestão das comorbilidades. A boa comunicação e a participação de todos os profissionais de saúde destacam-se como uma boa medida preventiva, que pode minimizar os riscos associados à polimedicação.

PD 150

BIFOSFONATOS E FIBRILHAÇÃO AURICULAR: QUAL A EVIDÊNCIA? – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Raquel Pessanha Santos; Carolina Fernandes
USF Santa Maria de Tomar; USF Chamusca

Introdução: Os bifosfonatos (BFs) são fármacos inibidores da atividade osteoclástica, prescritos para o tratamento de várias patologias osteoarticulares, sobretudo da Osteoporose. Esta patologia, frequente nos Cuidados de Saúde Primários, é definida pela diminuição da resistência óssea, tornando os ossos mais vulneráveis a fraturas, acomete sobretudo as mulheres pós-menopausa e os idosos. A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca mais comum, associando-se a um aumento da mortalidade, morbilidade (Insuficiência Cardíaca e Acidente Vascular Cerebral), assim como, de hospitalizações frequentes e redução de qualidade de vida. A relação entre estas duas patologias foi proposta, sendo que foi colocada a hipótese de que o tratamento com BFs possa levar ao aparecimento de FA.

Objetivos: Elaborar uma revisão sistemática sobre o efeito do tratamento com bifosfonatos e o desenvolvimento de fibrilhação auricular.

Material e métodos: Revisão baseada na pesquisa de artigos de revisão, normas de orientação clínica e estudos originais na base de dados PubMed/Medline. A pesquisa foi limitada a publicações dos últimos cinco anos na língua portuguesa e inglesa, utilizando os termos MeSH "*biphosphonates*" e "*atrial fibrillation*". Dos artigos resultantes foram selecionados aqueles que mais se enquadravam no objetivo pretendido. Para avaliar o nível de evidência foi utilizada a escala SORT da *American Family Physician*.

Resultados: Obtiveram-se 7 artigos, após exclusão de 2. Os resultados foram dispares, sendo que alguns artigos defendem existir evidência da associação entre a terapêutica com BFs e o desenvolvimento de FA, e outros não.
Discussão/Conclusões: O tratamento continuado com BFs foi associado a um maior risco de desenvolvimento de FA. Alguns estudos rejeitam esta hipótese, mencionando que esta relação permanece pouco clara, sendo necessárias investigações adicionais. Por outro lado, existem estudos que defendem que doentes com osteoporose medicados com BFs mostraram maior incidência de desenvolvimento de FA, em comparação com placebo. Os estudos corroboram esta hipótese são em maior número, validando esta relação causal, mencionando a necessidade de pesar o risco de desenvolvimento de FA, com a diminuição do risco de fraturas osteoporóticas obtida pela medicação com BFs.

PD 151

PD 152

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS COM IDOSOS

Ana Isabel Delgado; Ana Filipa Nascimento; Maria Tavares de Pina; Rita Lourenço da Rosa; Sara Gomes da Silva
USF São João do Estoril

O processo de envelhecimento acarreta alterações biopsicossociais, tornando imperativas ações no sentido de diminuir a vulnerabilidade a acidentes domésticos (AD). O domicílio é o local onde ocorre o maior número de acidentes e, anualmente, um em cada três idosos sofre um AD, sendo a queda o acidente mais comum.
A presente revisão de tema visa a abordagem de medidas preventivas de AD com idosos, com ênfase nas quedas, intoxicações e incêndios.
Em termos bibliográficos, recorreu-se à leitura do capítulo sete ("Sinta-se seguro") do livro "Manual de envelhecimento ativo", do "Programa nacional para a saúde de pessoas idosas – prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas" e do "Manual do cuidador – prevenção de quedas em idosos no domicílio".
O aumento de incidência de quedas está relacionado com alterações sensoriais e patologias músculo-esqueléticas. Assim, torna-se mandatória a adoção de medidas preventivas, nomeadamente: manter boa iluminação em toda a casa e a luz do corredor acesa durante a noite; prender fios elétricos à parede; evitar tapetes; colocar barras de apoio nas escadas; usar sapatos fechados de base larga e calcanhares reforçados e manter o telefone e contactos de emergência em local acessível.
As intoxicações acidentais estão também entre os AD mais comuns em idosos e são propiciadas por alterações fisiológicas e cognitivas e pela polimedicação. Com o intuito de prevenir a intoxicação medicamentosa, recomenda-se: seguir as instruções médicas; ligar a luz para a toma noturna da medicação e armazenar em organizadores de medicamentos semanais. Relativamente a medidas preventivas de inalação de gás, está recomendado: optar por aparelhos que obedeçam a normas de segurança, com manutenções regulares e acreditadas; guardar garrafas de gás no exterior ou junto a uma janela e não ter instalações a gás na casa de banho.
Quanto à prevenção de incêndios, aconselha-se: não ligar aparelhos elétricos na mesma tomada e desligá-los quando terminada a tarefa; afastar aquecedores de cortinas e mó-

veis e não cozinhar com roupas largas.
Concluindo, as novas tecnologias podem promover conforto e a diminuição de barreiras que dificultam as atividades diárias. O médico de família, devido à proximidade e continuidade de cuidados, assume um papel essencial na avaliação das condições do domicílio e do risco de AD, na sugestão de medidas preventivas e na promoção de estilos de vida saudáveis que permitam um envelhecimento ativo, autónomo e com qualidade de vida.

PD 153

SEXUALIDADE E OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO

André Melícia; Sara João
USF Alcais, Cascais, Lisboa; USF Ajuda, Lisboa

Introdução: A sexualidade é inerente ao ser humano e acompanha-o ao longo de todas as fases da sua vida. É, aliás, um aspeto relevante para a manutenção de uma vida saudável, quer na dimensão sua dimensão física, quer mental. Contudo, o processo de envelhecimento resulta muitas vezes no aparecimento de doenças ou limitações que alteram o estilo de vida, nomeadamente o comportamento sexual. Estes problemas devem ser abordados pelo profissional de saúde, sob pena de perpetuar barreiras a uma vida sexual saudável dos idosos.
Objetivos: Promover a discussão e reflexão sobre a abordagem de potenciais problemas da sexualidade no idoso.
Metodologia: Revisão narrativa da literatura. Pesquisa em bases de dados online, como Google Académico, Pubmed, Uptodate, e capítulos de livros publicados sobre o tema da sexualidade humana. Palavras/expressões-chave usadas: idoso, geriatria, sexualidade, saúde sexual.
Resultados: As alterações fisiológicas do envelhecimento correspondem a apenas um dos aspetos que interferem na sexualidade dos idosos. A par com estas alterações, existem outras condicionantes à vivência da sexualidade: as limitações impostas por doenças, o ambiente onde o indivíduo reside e as conceções socioculturais do próprio e da população-geral. Este último ponto tem especial relevo para o profissional de saúde que preste cuidados geriátricos. De facto, além de procurar tratar as disfunções sexuais com causa patológica subjacente, o conhecimento e a disponibilidade para abordar questões que o indivíduo ou o casal idoso tenha sobre a sua sexualidade é um aspeto fundamental para resolver preconceitos e barreiras com impacto significativo na vida sexual e, consequentemente, na qualidade de vida dos idosos.
Conclusões: O envelhecimento da população expõe problemas que anteriormente eram menos explorados pela sociedade e pelos profissionais de saúde. As barreiras que se impõem a uma vida sexual saudável no idoso não são apenas causadas por doença, mas também fisiológicas e socioculturais. Revela-se fundamental a literacia sobre estes temas e uma atitude proativa dos profissionais de saúde que cuidem de indivíduos mais velhos.

PD 154

PD 155

PRURIDO CRÓNICO NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA – UM DESAFIO EM MGF

Maria João Cristóvão Orfão
USF Pedro e Inês - ACES Oeste Norte

Introdução: O prurido é uma condição comum e debilitante em idade geriátrica. O prurido crónico define-se quando este persiste por mais de 6 semanas em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. São diver-

sas as causas e a qualidade de vida do idoso pode ser seriamente comprometida, sendo muitas vezes motivo de consulta nos Cuidados de Saúde Primários.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é fazer uma breve revisão e atualização sobre a abordagem ao prurido crónico no idoso, uma vez que é uma condição frequente na consulta em Medicina Geral e Familiar.

Material e métodos: Revisão clássica, através da pesquisa em bases de dados científicas (Pubmed, Cochrane e UpTodate), livros e revistas, publicadas entre 2010 e 2021, em Inglês e Português, com os termos MeSH: *Pruritus*, *Skin* e *Aged*.

Resultados: No idoso a causa do prurido pode ser multifatorial, e estar relacionada com a barreira cutânea, sistema imune e sistema nervoso que sofrem alterações associadas à idade. O prurido crónico pode ter um impacto importante a nível da qualidade de vida, da saúde mental e a nível da economia dos cuidados de saúde. Importa um diagnóstico o mais preciso possível, baseado numa anamnese e exame físico detalhados para que possa ser prescrito o tratamento adequado.

Discussão/Conclusão: A gestão do prurido crónico no idoso pode ser realmente desafiante. Muitas vezes a causa do prurido no idoso não é atribuível a um único fator causal, e podem ser necessários tratamentos sistémicos para controlo sintomático. É necessária uma abordagem holística e personalizada do idoso em consulta de Medicina Geral e Familiar, assim como o clínico deve conhecer os tratamentos disponíveis que permitam otimizar o alívio sintomático, minimizando o impacto negativo desta condição na qualidade de vida do idoso.

PD 156

DIABETES TIPO 3 – UMA RELAÇÃO DE CUMPLICIDADE

Dora Ribeiro[1]; Joana Balseiro[1]; Inês Rua[2]
[1]USF BRIOSA, Coimbra; [2]USF Santa Joana, Aveiro

Introdução e objetivos: A relação entre diabetes mellitus (DM) e doença de Alzheimer (DA) está estabelecida, sendo a primeira um fator de risco para a segunda. Verifica-se que ocorre insulinorresistência a nível do sistema nervoso central na DA, pelo que esta é inclusive apelidada de "diabetes mellitus tipo 3". Esta revisão visa sintetizar as mais recentes evidências acerca do papel de antidiabéticos na prevenção e/ou tratamento da DA e outras doenças neurodegenerativas.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica: revisões sistemáticas, ensaios pré-clínicos, ensaios clínicos aleatorizados e controlados. Língua inglesa. Período: 2015-2020. Termos MESH: *alzheimer's disease*, *antidiabetic drugs*, *hipoglycemic agents*, *neuroprotective agents*. Bases de dados: Pubmed; Cochrane Library.

Resultados: A metformina, através da via MAPK, redução da resposta inflamatória e diminuição da atividade da acetilcolinesterase, mostrou-se neuroprotetora. Modelos animais demonstraram que: a insulina e a glibenclamida melhoraram a integridade da barreira hematoencefálica e potenciaram as capacidades cognitivas; os fármacos vildagliptina e dapagliflozina preveniram o declínio cognitivo e a combinação de ambos traduziu-se em maior eficácia na redução do stress oxidativo cerebral do que cada um isoladamente. O liraglutido melhora a plasticidade sináptica no hipocampo e reduz défice de memória, ativa mecanismos de autofagia, protege contra o stress oxidativo, inibe a apoptose neuronal, atenua o declínio cognitivo e parece reduzir

a neurodegeneração especificamente relacionada com a doença de Alzheimer. Athauda D. et al (2017) concluíram, num ensaio clínico aleatorizado e controlado, que o exenatide tem efeitos neurotróficos, inibe mecanismos inflamatórios, promove biogénese mitocondrial e concede neuro-sensibilidade à insulina. **Conclusões:** Os mecanismos neuroprotetores das diferentes classes de antidiabéticos são diversos e resultantes de atuação direta a nível neuronal, ou seja, independentes do benefício do controlo glicémico. Será que, à semelhança da alteração do paradigma de tratamento da insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, os antidiabéticos virão a assumir também um papel no tratamento de doenças neurodegenerativas? Note-se que os trabalhos desenvolvidos até ao momento são maioritariamente pré-clínicos, pelo que a realização adicional de estudos clínicos é necessária para comprovar a eficácia e segurança dos fármacos neste contexto.

PD 157

ABORDAGEM DE AUTONEGLIGÊNCIA NOS IDOSOS, QUAL A EVIDENCIA ATUAL

Tiago C. L. Macedo[1]; Sandra Cunha[1]; Sofia Vale Pereira[1]; Andreia Pereira[2]; Sophia Martins[1]
[1]USF Trevim Sol; [2]USF Serra da Lousã

Introdução: Os idosos são um grupo vulnerável a maus-tratos. A autonegligência no idoso pode-se enquadrar numa tipologia de maus-tratos. A definição não é consensual, segundo a CDC "A autonegligência é a incapacidade de um idoso em cuidar de si mesmo e da sua proteção" apresentando repercussões funcionais numa multiplicidade de variantes. **Objetivos:** Determinar a melhor abordagem, na prática clínica, de casos de autonegligência em idosos não institucionalizados. **Metodologia:** Foi efetuada pesquisa bibliográfica na Medline/PubMed, Uptodate e Cochrane, com os seguintes critérios: data: 2016 a 2021: língua: inglês, português e espanhol; termos MeSH: "*elder self-neglect*", "*self-neglect management*". Utilizou-se a escala SORT para atribuição de níveis de evidência. **Resultados:** Dos 65 artigos obtidos, foram selecionados 9: 1 sumário, 1 meta-análise, 2 revisões baseadas na evidência, 2 ensaios clínicos e 3 revisões de tema. Dependendo dos critérios utilizados a prevalência do problema varia entre 21,7-29,1%. Os ensaios clínicos apresentam como fatores de risco: baixo grau socioeconómico, alterações cognitivas (demência), deficiência física ou cognitiva, depressão e isolamento social. Algumas das consequências clínicas propostas nos artigos selecionados são: não adesão terapêutica, descompensação de patologias crónicas, alimentação desadequada, aumento da necessidade de hospitalização, recorrência a serviço de Urgência e aumento do risco de morbimortalidade. A avaliação domiciliaria é a preferencial. A "Avaliação Geriátrica Global" é útil. Os principais sinais de alarme são úlceras, sinais de malnutrição e desidratação. Devem ser acionados os serviços sociais e legais disponíveis para assegurar a proteção do idoso. **Discussão/Conclusão:** A autonegligência é um importante fator de insucesso terapêutico, de perda de qualidade de vida, de aumento da morbimortalidade e é de difícil gestão. A sua abordagem deve passar por uma avaliação multidisciplinar. É um conceito pouco estudado que levanta questões éticas. Não foram encontrados instrumentos validados e de fácil aplicação prática que nos permitam fazer um rastreio de autonegligência. Há ainda falta de investigações longitudinais rigorosas que permitam apontar claramente os fatores

de risco. Mais estudos devem ser realizados para caracterizar o problema e definir modelos de decisão clínica e social que facilitem a sua melhor abordagem. As leis que definem maus-tratos e proteção de idosos também devem ser revistas.

PD 158

O IMPACTO DO EXERCÍCIO FÍSICO NA FUNÇÃO COGNITIVA EM INDIVÍDUOS COM IDADE AVANÇADA

Filipa Gouveia; Luísa Pinto; João Carvalho; Catarina Aguiar Branco
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: O envelhecimento populacional tem levado a uma maior prevalência de doenças degenerativas, como a demência. O principal fator de risco para a demência é a idade avançada, mas existem fatores de risco modificáveis, como a inatividade física. As funções cognitivas, responsáveis pela realização de atividades de vida diária, têm um declínio progressivo com a idade, levando a dependência funcional em idosos. O envelhecimento e os custos associados, constituem o maior desafio socioeconómico atual. O exercício físico tem sido proposto como estratégia para manutenção de uma função cerebrovascular adequada, podendo prevenir ou atrasar o défice cognitivo. Além disso, mais de 60% dos idosos não pratica exercício regular.
Objetivos: Determinar o efeito do exercício físico na função cognitiva em idosos.
Material e métodos: Foi efetuada uma pesquisa nas bases PUBMED e MEDLINE com as palavras *exercise* e *cognitive function*. Foram incluídos artigos em inglês sobre o papel do exercício físico na função cognitiva, na população idosa, publicados desde 2017 até março de 2021. Foram excluídos casos clínicos e protocolos.
Resultados: O exercício físico tem benefícios comprovados na função cognitiva em idosos com ou sem défice cognitivo, incluindo a doença de Parkinson e a doença de Alzheimer. Com a melhoria da função cognitiva, aumenta a independência funcional dos idosos, reduzindo os custos em saúde. Não existe consenso na superioridade de algum tipo de exercício em relação a outro na função cognitiva global. Foi demonstrado o benefício da abordagem multicomponentes (treino de resistência combinado com treino aeróbio) na função cognitiva, nesta faixa etária. As diretrizes da Organização Mundial de Saúde, do *American College of Sports Medicine* e da *American Heart Association* recomendam que os idosos pratiquem exercício físico regular, englobando treino aeróbio de intensidade moderada a vigorosa, treino de resistência, equilíbrio funcional e flexibilidade. A prescrição exata de exercício para obter benefício máximo é desconhecida, porém, a individualização da prescrição é recomendada.
Conclusões: A promoção de exercício físico para prevenir o declínio cognitivo em idade avançada é fundamental, tendo em consideração o rápido envelhecimento da população a nível mundial. Tendo em conta os efeitos benéficos e o impacto socioeconómico do declínio cognitivo, o exercício físico é uma estratégia segura, económica e sustentável.

PD 159

COMPARAÇÃO ENTRE A FUNCIONALIDADE, MASSA E FORÇA MUSCULAR NA POPULAÇÃO SÉNIOR

Sandra Pais[1,3,4,5]; Marta Botelho[1,2,5]; Carla Guerreiro[1,2,5]
[1]Universidade do Algarve; [2]Centro de Investigação em Biomedicina (CBMR); [3]Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas, Universidade do Algarve; [4]Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Lisboa, Portugal; [5]ABC-RI, Algarve Biomedical Center Research Institute, Faro, Portugal

Aproximadamente 28-35% das pessoas com 65 anos ou mais cai pelo menos uma vez por ano. A prevenção de quedas é imperativa e deve tratar as pessoas em risco e diretamente as causas fisiológicas das mesmas. A redução da força muscular, especialmente dos membros inferiores, tem sido indicada como um dos fatores de risco que mais contribui para a incidência das quedas, o que sugere que a força pode ser um fator limitante na prevenção das quedas.

O objetivo deste estudo é compreender as diferenças de força muscular do membro inferior, massa muscular e funcionalidade em idosos que caem e que não caem e determinar a relação destas variáveis nos idosos que caem.

Foram avaliados 116 idosos da comunidade, dos quais 44 (37.9%) sofreram uma queda no último ano. Este é um estudo observacional com uma amostragem não probabilística e intencional. A força muscular isocinética máxima foi calculada através do pico de torque dos flexores e extensores dos joelhos. Aplicou-se um protocolo de avaliação da força concêntrica a uma velocidade de 60° com 5 repetições num dinamómetro fixo da Humac Norm®. A percentagem de massa muscular foi medida com o equipamento Medical Body Composition Analyzer – SECA® mBCA 514, através do método de bioimpedância. Avaliou-se a funcionalidade dos participantes através do teste de mobilidade funcional *Time Up and Go* e do *Lower Extremity Functional Scale.*

Observou-se que os idosos que sofreram uma ou mais quedas no último ano apresentaram valores de pico de torque dos músculos extensores significativamente mais baixos e pior mobilidade ($p \leq 0.05$) que os idosos que não caíram, apesar do valor de percentagem de massa muscular ser semelhante entre os dois grupos. O pico de torque dos músculos extensores direito e esquerdo está correlacionado com a mobilidade ($r = -0.491$, $p = 0.01$ e $r = -0.384$, $p = 0.05$ respetivamente).

Alguns estudos demonstram que a força de extensão dos membros inferiores está associada à capacidade de prevenir uma queda após uma perturbação da marcha e pode ser usada para identificar idosos em risco de queda. Este estudo vem demonstrar que a força muscular é efetivamente mais reduzida em idosos que caem e que isso se reflete na sua mobilidade. É importante incluir a avaliação da força muscular na identificação do risco de queda em idosos para que as estratégias de prevenção a realizar possam ser o mais direcionadas possível no que diz respeito ao treino de equilíbrio e de força.

PD 160

TROMBOSE ARTERIAL PERIFÉRICA COMO COMPLICAÇÃO DE COVID-19 – RELATO DE CASO

João Cruz; Ana Loureiro; Alexandra Lemos; Estela Cabral; Fábio Abreu; Maria Inês Vasconcelos; Sandra Marques
USF Atlântico Norte

Introdução: As complicações trombóticas têm sido cada vez mais reconhecidas como um componente importante da doença CO-

VID-19. Acredita-se, que estas complicações se devam a uma resposta hiper-inflamatória causada pelo vírus. Diversas complicações estão descritas na literatura, como isquemia aguda de membros, trombose aórtica abdominal e torácica, EAM, AVC, CID, entre outras. A literatura dá conta da existência de vários casos desta entidade. Estes doentes apresentam frequentemente múltiplas tromboses envolvendo diferentes vasos, podendo levar à amputação e morte dos doentes.

Descrição de caso: Sexo masculino, 70 anos, com antecedentes pessoais de EAM, HTA, dislipidemia, obesidade, DM tipo 2, SAOS, osteoartrose generalizada, doença arterial periférica e ex-fumador (105 UMA). A 14/12/2020, por quadro de astenia, mialgias dos membros inferiores, obstrução nasal e anosmia nos 6 dias prévios, fez pesquisa de SARS-CoV-2 com resultado positivo. Por agravamento dos sintomas foi referenciado ao SU, onde ficou internado com pneumonia, tendo alta 3 dias depois. A 19/01/2021, referia agravamento da claudicação dos membros inferiores (MI) e parestesias do pé esquerdo, desde a infeção por COVID-19. Ao exame objetivo, pulsos femorais presentes bilateralmente, mas poplíteos ausentes. ITB direito - 0.7; ITB esquerdo – 0.42. Realizou Doppler Arterial dos MI's que mostrou: "Placas calcificadas no sector femoro-poplíteo direito, a condicionarem estenoses hemodinamicamente significativas em repouso. À esquerda, trombose recente da artéria femoral superficial, artéria tibial anterior e pediosa a condicionar oclusão destes vasos." Estas alterações não estavam presentes em estudo prévio (10/2020), que mostrava ateromatose, sem oclusões. Foi referenciado à consulta de cirurgia vascular, tendo realizado angiografia a 09/03/21 que mostrou oclusão da artéria ilíaca interna direita e oclusão da artéria femoral superficial esquerda na sua origem, com repermeabilização no seu terço distal. Foi proposto para Bypass da artéria femoral esquerda e, à data, encontra-se a aguardar cirurgia, mantendo ainda dor em repouso do MI esquerdo.

Conclusão: Este caso revela a importância do médico de família no reconhecimento de potenciais complicações da COVID-19, que se encontram em estudo, bem como a sua referenciação precoce para cuidados especializados e prevenção de sequelas, especialmente nos doentes mais idosos.

PD 161

NEOPLASIA DO ÚRACO – UMA DESCOBERTA ACIDENTAL

Rita Lourenço da Rosa; Ana Isabel Delgado; Maria Tavares de Pina; Ana Filipa Nascimento; Sara Gomes da Silva
Unidade de Saúde Familiar - São João do Estoril

Introdução: O úraco, também chamado de ligamento umbilical mediano, é uma estrutura tubular na linha média que se estende da porção antero superior da bexiga até à cicatriz umbilical. Patologias do úraco são incomuns, mais observadas em crianças do que em adultos, manifestando-se habitualmente com sintomas e sinais inespecíficos, abdominais ou urinários. Os carcinomas do úraco tendem a ser mais comuns no sexo masculino entre os 40 e 70 anos de idade. Os fatores de risco são ainda pouco definidos e não é claro se os carcinogéneos vesicais podem contribuir para o seu aparecimento, como acontece no carcinoma urotelial. Os sintomas mais comuns são hematúria (mais frequente), disúria, dor abdominal, massa suprapúbica e secreção de sangue, muco ou pus da cicatriz umbilical.

Descrição do caso: Utente de 65 anos, sexo

masculino, ex-fumador, com história médica conhecida de hipertensão arterial, sinusopatia crónica, disfunção da articulação temporo-mandibular, hérnia discal de L3 a S1, hemorróidas internas grau I, asma, pólipos sésseis submetidos a eletrocoagulação em colonoscopia em 2015, gonartrose direita e cirurgia a hérnia inguinal esquerda. Realizou TC abdomino-pélvica a 4/7/2020, após queda, com achado de lesão polipóide vesical, com indicação para referenciação a consulta de Urologia. Quando questionado o doente apresentava apenas queixas de disúria. Foi referenciado a consulta urgente de Urologia, que teve lugar 15 dias após a referenciação, com proposta para Ressecção Transuretral Vesical, realizada a 28/7/2020, com posterior resultado histológico de benignidade. Foi posteriormente submetido a exérese laparoscópica do úraco a 5/1/2021, sem intercorrências.

Conclusão: A neoplasia do úraco é uma forma rara de cancro, de apresentação insidiosa, diagnóstico difícil e habitualmente tardio, apresentando frequentemente mau prognóstico. Com este caso pretende-se demonstrar a importância que o médico de família assume no reconhecimento precoce e valorização de achados acidentais potencialmente negativos, que justificam uma rápida referenciação a consulta hospitalar. Exemplifica a relevância de uma célere e eficaz articulação entre cuidados de saúde primários e secundários que, no presente caso, permitiu um diagnóstico e tratamento adequados e atempados. Pretende-se ainda refletir sobre a dificuldade na gestão de incidentalomas, que poderão conduzir ao sobrediagnóstico, sobretratamento e sobreintervenção.

PD 162

ANTRACOSE PULMONAR – A 'BRONQUITE INDUSTRIAL'

Jorge Bruno Pereira; Gonçalo Salvado; Mariana Mendes; Carolina Cabo; Román Márquez
UCSP S. Miguel; Hospital Amato Lusitano - Serviço de Pneumologia

Introdução: A antracose pulmonar consiste na coloração negra da mucosa brônquica. Habitualmente, manifesta-se como um quadro evolutivo de dispneia e/ou tosse em idosos não fumadores. É factor predisponente para infecções, sendo bastante associado com a tuberculose. Está associado à exposição ao pó e combustão de biomassa.

Descrição do caso: Homem ,69 anos, reformado de manobrador de máquinas de arrasto. Antecedentes Pessoais: Vasculite/paquimeningite autoimune; internamento por parotidite complicada (2018), hiperplasia benigna da próstata. Recorreu a consulta no seu médico de família por quadro de hemoptises em pequena quantidade, com 1 mês de evolução, sendo medicado com ácido aminocapróico. Reavaliado após 1 semana, sem melhoria sintomática, foi encaminhado para o serviço de Urgência (SU) para observação por Pneumologia: Videobroncofibroscopia para avaliação e controlo de perdas hemorrágicas: "(…) Árvore brônquica direita com presença de broncocelos dispersos,evidenciando-se mucosa com pigmento antracósico em B6.Evidencia de secreções hemáticas provenientes do B10 (…).

Diagnóstico citológico: (…) Aspetos citológicos sugestivos de processo inflamatório agudo. Lavado brônquico – Bacteriologia: *S. aureus* multissensível

TC torácico (SU): "Identificam-se algumas bronquiectasias dispersas que, no lobo inferior direito, se associam a imagem cavitada

com 3,0 cm, provável fonte da hemorragia(…) encontra-se preenchida sobretudo com líquido, mas também com gás. (…)"
Medicado com ciprofloxacino 500 mg 2 id durante 8 dias e fluconazol 100 mg id durante 14 dias. Três meses após o tratamento, foi reavaliado em consulta de Pneumologia, encontrando-se o doente assintomático. Realizado TAC de tórax para comparação. TC Tórax" (...) lesão cavitada na base direita, medindo presentemente 8 x 24 mm, parcialmente colapsada quando comparada com o estudo prévio, sem conteúdo líquido e sem significativo espessamento parietal (…)" Melhorada a lesão pseudonodular, admitiu-se infecção fúngica por comparação.
Conclusão: Doentes com história de exposição a poeiras industriais/profissionais apresentam, de acordo com a literatura mais atual, risco aumentado para o aparecimento de infeções fúngicas (por exemplo, sob a forma de lesões cavitadas, massas…). Deve-se suspeitar a existência deste tipo de lesões na existência de imagens de antracose na árvore brônquica, aquando da realização de broncofibroscopia.

PD 163

IMPACTO DO ENVELHECIMENTO NA RELAÇÃO ENTRE MODULAÇÃO AUTONÔMICA CARDÍACA E CAPACIDADE AERÓBIA DE INDIVÍDUOS APARENTEMENTE SAUDÁVEIS

Camila Bianca Falasco Pantoni;
Renata Aparecida Gonçalves;
Patricia Rehder dos Santos;
Juliana Cristina Milan- Mattos; Vinicius Minatel;
Natália Maria Perseguini; Aparecida Maria Catai
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Introdução: Indivíduos idosos podem apresentar alterações da modulação autonômica cardíaca (MAC) frente a condições de estresse cardiovascular, a exemplo da manobra de mudança postural ativa (MPA), bem como redução da capacidade funcional aeróbia, sendo pouco explorada na literatura a existência de uma relação entre a capacidade de adaptação da MAC, frente à MPA, e a aptidão aeróbia.
Objetivos: Avaliar o impacto do envelhecimento na relação entre o comportamento da MAC (avaliada por meio da variabilidade da frequência cardíaca (VFC)) após a MPA e o consumo de oxigênio pico (VO2pico).
Material e métodos: Estudo observacional, transversal e comparativo. Foram estudados 41 indivíduos do gênero masculino e feminino, aparentemente saudáveis, divididos em dois grupos: Grupo Idosos (GI) (n = 19, 61-70 anos, 65 ± 2,8 anos) e Grupo Jovens (GJ) (n = 22, 21-30 anos, 26 ± 2,4 anos). A VFC foi analisada durante repouso supino (sup) e ortostático (orto), após MPA. Foram calculadas as amplitudes de variação [Δ (orto-sup)] da média dos intervalos R-R (iR-R) do eletrocardiograma, dos índices de VFC no domínio da frequência (baixa frequência (BF), representativo da modulação simpática e alta

frequência (AF), representativo da modulação vagal, ambas em unidades normalizadas) e da análise simbólica (0V- representativo da modulação simpática e 2UV-representativo da modulação vagal). O VO2pico foi obtido durante teste de exercício cardiopulmonar sintoma limitado, realizado em esteira rolante. Para distribuição de normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk; para análise intergrupo, teste t Student não pareado ou Mann-Whitney; e para correlação entre as variáveis de VFC e o VO2pico, Pearson ou Spearman, com nível de significância de $p < 0,05$. Foi utilizado o software SigmaPlot versão11.0. Resultados: O GI apresentou respostas mais atenuadas frente à MPA, com valores menores de Δmédia iR-R, bem como menor ativação simpática (ΔBF e Δ0V) e menor resposta da modulação vagal (ΔAF e Δ2UV), comparado ao GJ. Menores valores de VO2pico também foram encontrados. Correlação negativa e significante foi observada, para a amostra total, entre VO2pico e Δmédia iR-R (r=0,34) e VO2pico e Δ2UV (r=0,38).

Discussão/Conclusões: O GI apresentou menor adaptação da MAC após a MPA, bem como menor capacidade aeróbia. O consumo de oxigênio obtido durante o teste de exercício cardiopulmonar esteve associado ao nível de adaptações neurais frente ao estímulo estressor aplicado.

idoso
14º CONGRESSO
NACIONAL

MAJOR SPONSORS

AMGEN®

LABORATÓRIOS VITÓRIA

SERVIER

tecnimede

SPONSORS

A. MENARINI PORTUGAL

ALFASIGMA

Atral

Boehringer Ingelheim Lilly

ferrer

GRÜNENTHAL

medinfar LABORATÓRIO

NORGINE

Pfizer

SANOFI PASTEUR

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

admédic+
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

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

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL

admédic+ Tours

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