



# idoso

15º CONGRESSO  
NACIONAL

02-03 | junho | 2022

Hotel Vila Galé  
Coimbra



Aceda aqui ao PROGRAMA  
com os RESUMOS

Programa  
Científico

## *Geriatrics 2022*

A idade & o conhecimento  
aliados no futuro





## Comissão de Honra

**Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos**

**Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro**

**Presidente da Câmara Municipal de Coimbra**



## Comissão Organizadora

**Presidente Dr. José Canas da Silva**, *Chefe de Serviço e Reumatologia, Diretor Clínico da CONSULREUMA. Consultores em Reumatologia e Osteoporose, Lisboa*

**Dr. Álvaro Ferreira da Silva**, *Medicina Geral e Familiar; Competência em Geriatria; Conselho Nacional de Cuidados Continuados da Ordem dos Médicos* | **Dra. Cristina Galvão**, *Médica Paliativista, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+, ULSBA* | **Dra. Cristina Maia e Costa**, *Medicina Geral e Familiar na Sãvida Porto e Coordenadora da região Norte da Sãvida* | **Dra. Helena Beça**, *Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Gaia* | **Dr. Rui Cernadas**, *Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos e Coordenador Nacional dos Serviços Clínicos CONTINENTAL*



## Comissão Científica

**Presidente Prof. Doutor A. Pacheco Palha**, *Membro Honorário das sociedades, Espanhola de Psiquiatria, de Psiquiatria e Saúde Mental de Moçambique e Brasileira de Psiquiatria. É Presidente da Associação de Saúde Mental de Língua Portuguesa (ASMELP) e tem colaborado ativamente na formação na área Psiquiatria e Saúde Mental de médicos internos e psicólogos das Repúblicas de Moçambique, Angola, Cabo verde e São Tomé*

**Dr. Álvaro Ferreira da Silva**, *Medicina Geral e Familiar; Competência em Geriatria; Conselho Nacional de Cuidados Continuados da Ordem dos Médicos* | **Dr. António Castro Correia** | **Enfa. Catarina Pazes**, *Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Especialista em EMC - Vertente Enfermagem a 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**, *Médica Paliativista, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+, ULSBA* | **Dra. Cristina Maia e Costa**, *Medicina Geral e Familiar na Sãvida Porto e Coordenadora da região Norte da Sãvida* | **Dra. Helena Beça**, *Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Gaia* | **Dr. José Canas da Silva**, *Chefe de Serviço e Reumatologia, Diretor Clínico da CONSULREUMA. Consultores em Reumatologia e Osteoporose, Lisboa* | **Prof. Doutor Luiz Santiago**, *Professor Associado, com Agregação, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Clínica Universitária de MGF da FMUC; USF Topázio* | **Prof. Doutor Paulo Santos**, *Faculdade de Medicina da Universidade do Porto* | **Dr. Rui Cernadas**, *Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos e Coordenador Nacional dos Serviços Clínicos CONTINENTAL* | **Dra. Sónia Bastos** *Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF Boa Nova*



Caros(as) Colegas e Amigos(as),

A realização da 15ª edição do Congresso Nacional do Idoso, é uma excelente notícia depois do que todos estamos a passar (pandemia, guerra, crise económica e social), e uma oportunidade para refletirmos sobre aspetos essenciais da vida dos séniores do nosso país.

A questão da assistência social e médica aos mais idosos deveria estar na agenda política.

Temos muito mais idosos do que jovens e, no entanto, temos uma Secretaria de Estado da Juventude e não temos uma Secretaria de Estado para a 3ª idade...

O interesse por uma melhor assistência aos mais séniores deverá ser uma preocupação constante dos Portugueses e muito em especial dos profissionais de saúde.

Atualmente, somos um dos países mais envelhecidos do Mundo, e temos uma gravíssima crise demográfica – em média perdemos cerca de 25 000 pessoas por ano.

Em Portugal atualmente morrem 110 a 120 000 pessoas por ano e só nascem 80 000 crianças.

A crise pandémica, e os seus sucedâneos puseram ainda mais a descoberto a maior vulnerabilidade dos idosos quer do ponto de vista da saúde, quer social e económica, mas também de desamparo e solidão, e a fragilidade das instituições que os deveriam apoiar.

Em Portugal existem hoje cerca de 2,5 milhões de séniores o que fala por si sobre a dimensão do esforço e das necessidades por cumprir para integrar e tomar conta destes portugueses, de uma forma digna.

A prática médica hoje é – ou deveria ser – multidisciplinar, capaz de acolher o conhecimento científico e a melhor prática para adequadamente tratar os nossos idosos.

Os médicos, os enfermeiros, os assistentes sociais, os psicólogos e outros profissionais de saúde têm o dever de alertar e pôr a descoberto as situações de incúria, falta de cuidados e até de profunda negligência com que por vezes os mais idosos são tratados no país.

Aguardo pois, que os Colegas e outros agentes de saúde presentes neste congresso, abracem estas ideias, enriqueçam os seus conhecimentos e possam vir a refleti-las na sua prática.

É um longo percurso que precisa de muita gente, de diferentes origens e formações com o objetivo final de melhorar a assistência médica e social aos nossos Maiores.

É com esperança e confiança no futuro, que vos dou as Boas Vindas a este Congresso!

O Colega,

José Canas da Silva  
Presidente do 15º Congresso Nacional do Idoso



## Presidentes, Moderadores e Palestrantes

**Prof. Doutor A. Pacheco Palha**, Membro Honorário das sociedades, Espanhola de Psiquiatria, de Psiquiatria e Saúde Mental de Moçambique e Brasileira de Psiquiatria. É Presidente da Associação de Saúde Mental de Língua Portuguesa (ASMELP) e tem colaborado ativamente na formação na área Psiquiatria e Saúde Mental de médicos internos e psicólogos das Repúblicas de Moçambique, Angola, Cabo verde e São Tomé | **Dr. Alberto Costa**, Médico de MGF USF S Bento, ACES Gondomar; Mestre em Saúde Ocupacional UC; Presidente Conselho Nacional dos Cuidados Continuados; Presidente Colégio Competência em Peritagem Médica Segurança Social; Competência Gestão Serviços de Saúde | **Dr. Álvaro Ferreira da Silva**, Medicina Geral e Familiar; Competência em Geriatria; Conselho Nacional de Cuidados Continuados da Ordem dos Médicos | **Dra. Ana Correia de Oliveira**, Medicina Geral e Familiar USF Cedofeita | **Dra. Anabela Pereira**, Assistente Hospitalar Graduada de Fisioterapia; Doutoranda em Geriatria, Universidade de Aveiro (CINTESIS@RISE) e Universidade do Porto | **Dra. Ângela Valença**, Neurologista no IPO e no Hospital Força Aérea/ Hospital Forças Armadas (reformada). Professora de Neurologia em Escolas Superiores de Enfermagem. Colaboração docente em várias cadeiras na FML Investigadora no Instituto Gulbenkian de Ciência. Colaboração com várias organizações de doentes e IPSS's, nomeadamente através da divulgação de assuntos científicos ao grande público | **Dr. António Castro Correia**, Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral de Familiar (Consultor);- Médico Especialista em Medicina do Trabalho (Centro Reabilitação Profissional de Gaia, Empresa Indaqua); Diretor Clínico do Hospital do Terço | **Dra. Brenda Moura**, Serviço de Cardiologia, Hospital das Forças Armadas-Pólo do Porto; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | **Enfa. Catarina Pazes**, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Especialista em EMC - Vertente Enfermagem a 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 | **Enfa. Conceição Braga**, Unidade cuidados de saúde primários há 25 anos, no ACeS Espinho/Gaia na USF de Canelas; Enfa. Especialista em Saúde comunitária; Mestre em Gestão e Economia da Saúde | **Dra. Cristina Galvão**, Médica Paliativista, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+, ULSBA | **Dra. Cristina Maia e Costa**, Medicina Geral e Familiar na Sávda Porto e Coordenadora da região Norte da Sávda | **Dr. Eduardo Ribeiro**, Diretor Médico Angelini Pharma Portugal. Presidente da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos | **Prof. Doutor Filipe Froes**, Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pulido Valente, CHULN; Doutoramento em Saúde Pública e Consultor da Direção-Geral da Saúde; Membro do Conselho Nacional de Saúde Pública | **Dra. Helena Beça**, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Gaia | **Prof. Doutor João Carlos Winck**, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Centro de Reabilitação do Norte, Centro Hospitalar de VN Gaia/Espinho; Trofa Saúde Hospital Alfena e Braga Centro | **Prof. Enfermeiro João Luís Apóstolo**, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem | **Dr. José Canas da Silva**, Chefe de Serviço e Reumatologia, Diretor Clínico da CONSULREUMA. Consultores em Reumatologia e Osteoporose, Lisboa | **Dra. Lilian Campos**, Responsável do Departamento de Urologia do Hospital Distrital da Figueira da Foz | **Prof. Doutor Luiz Santiago**, Professor Associado, com Agregação, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Clínica Universitária de MGF da FMUC; USF Topázio | **Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo**, Faculdade de Medicina de Coimbra | **Dra. Mónica Alexandre**, Assistente Social no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho desde 2009, onde integra a Equipa de Gestão de Altas (desde 2014), Unidade de Hospitalização Domiciliária (desde 2019). Presentemente, é mestranda no Mestrado em Serviço Social no ISSSP, a desenvolver a tese com o tema de Hospitalização Domiciliária | **Prof. Doutor Paulo Santos**, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | **Dr. Pedro Seabra**, USF Pedras Rubras - ACES Maia Valongo | **Dra. Rafaela Veríssimo**, Medicina Interna Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho | **Dr. Rui Cernadas**, Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos e Coordenador Nacional dos Serviços Clínicos CONTINENTAL | **Dra. Sofia Barreira**, Reumatologista Hospital Santa Maria | **Dra. Sofia Duque**, Hospital Cuf Descobertas, Coordenadora do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa, Executive Board Member European Geriatric Medicine Society-Communications Director | **Dra. Sónia Bastos**, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF Boa Nova | **Dr. Tiago Meirinhos**, Diretor do Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; Secretário-geral da Sociedade Portuguesa de Reumatologia | **Dr. Tiago Vilarinho**, Médico de Família, ACeS Espinho-Gaia, USF S. Félix I Perosinho | **Prof. Doutor Vítor Tedim Cruz**, Serviço de Neurologia, ULS Matosinhos (Director); Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (Investigador Doutoramento)



- 08.00h Abertura do Secretariado
- 09.00-10.30h **SESSÃO 1 A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS**  
*Moderadoras:* Dra. Cristina Galvão e Enfa. Catarina Pazes
- Do Médico**  
Dr. Tiago Vilarinho
- Do Enfermeiro**  
Enfa. Conceição Braga
- Da Assistente Social**  
Dra. Mónica Alexandre
- Discussão**



Aceda aqui ao PROGRAMA com os RESUMOS

---

10.30-11.00h Intervalo

---

- 11.00-11.20h **Cerimónia de Abertura**
- 11.20-11.45h **CONFERÊNCIA INAUGURAL SOZINHO EM CASA**  
*Presidente:* Dr. José Canas da Silva  
*Palestrante:* Dra. Ângela Valença
- 11.45-12.30h **SIMPÓSIO CALCIFEDIOL NA PRÁTICA CLÍNICA**  
*Palestrante:* Dra. Sofia Barreira
-  12.30-13.00h **CONFERÊNCIA VACINAS NA 3ª IDADE**  
*Presidente:* Dr. Rui Cernadas  
*Palestrante:* Prof. Doutor Filipe Froes

---

13.00-14.00h Almoço

---

- 14.00-15.00h **SESSÃO 2 SERÁ DEMÊNCIA?**  
*Moderadores:* Prof. Doutor A. Pacheco Palha e Prof. Doutor Luiz Santiago
- Estímulo cognitivo dos idosos: O que e como fazer?**  
Prof. Enfermeiro João Luís Apóstolo
- Tratamento farmacológico**  
Prof. Doutor Vítor Tedim Cruz
- 15.00-15.45h **SIMPÓSIO OSTEOPOROSE – UMA NOVA PANDEMIA?**  
*Presidente:* Dr. José Canas da Silva  
*Palestrante:* Dr. Tiago Meirinhos
- 

15.45-16.15h	Intervalo
16.15-17.15h	<p><b>SESSÃO 3 REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS</b>  <i>Presidentes:</i> Dr. Álvaro Ferreira da Silva e Dr. José Canas da Silva</p> <p><b>O Conselho Nacional de Cuidados Continuados da Ordem dos Médicos</b>  Dr. Alberto Costa</p> <p><b>Referenciação e dificuldades sentidas pelos médicos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</b>  Dr. Pedro Seabra</p> <p><b>Benefícios sociais</b>  Dra. Helena Beça</p>
17.15-18.30h	<p><b>Apresentação de Posters Selecionados</b>  <i>Moderadores:</i> Dra. Helena Beça e Dr. José Canas da Silva</p> <p><b>PA 01 Polimedicação no idoso – Perceção dos médicos de família – Projeto de investigação</b>  Dra. Bárbara Martins</p> <p><b>PA 02 Discursos e memórias sobre o papel social do sujeito idoso: Dizeres jurídicos, midiáticos e de mulheres idosas</b>  Dra. Luciana Araújo dos Reis</p> <p><b>PA 03 Internações por fraturas de fêmur em pessoas idosas no Brasil</b>  Dra. Thaiza Teixeira Xavier Nobre</p> <p><b>PA 04 Prevalência e consequências de quedas nos idosos internados no serviço de Medicina Interna num hospital periférico: Estudo retrospectivo</b>  Dra. Diana Rocha Oliveira</p> <p><b>PA 05 Alteração da massa muscular e presença de limitação física em pessoas idosas institucionalizadas</b>  Dra. Thaiza Teixeira Xavier Nobre</p> <p><b>PA 06 Garantia e melhoria da qualidade do processo de avaliação de risco de fratura osteoporótica na população acima dos 50 anos de idade</b>  Dr. André Mesquita</p> <p><b>PA 07 Doença psiquiátrica e delirium em idosos internados num serviço de Medicina Interna – Estudo observacional num centro hospitalar</b>  Dr. Francisco Martins Costa</p>
18.30h	<b>Fim das Sessões do 1º Dia</b>



- 08.30h Abertura do Secretariado
- 09.00-10.00h **SESSÃO 4 O IDOSO FRÁGIL**  
*Moderadores:* Prof. Doutor Paulo Santos e Enfa. Catarina Pazes  
**Introdução às grandes síndromes geriátricas**  
Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo  
**Síndrome de fragilidade**  
Dra. Cristina Galvão
- 10.00-10.45h **CONFERÊNCIA RISCO CARDIOVASCULAR – UM DESAFIO À MGF**  
*Palestrantes:* Dra. Cristina Maia e Costa e Dr. Rui Cernadas
- 
- 10.45-11.10h Intervalo
- 
- 11.10-12.15h **SESSÃO 5 OUTRAS FRAGILIDADES NO IDOSO**  
*Moderadores:* Dr. José Canas da Silva e Dra. Sónia Bastos  
**Quedas: Prevenir e reabilitar**  
Dra. Anabela Pereira  
**Incontinência urinária**  
Dra. Lilian Campos
- 12.15-13.15h **SIMPÓSIO IDADE: PRINCIPAL FATOR DE RISCO PARA AS FRATURAS DE FRAGILIDADE**  
**AMGEN**  
*Moderador:* Dr. José Canas da Silva  
*Palestrantes:* Dra. Rafaela Veríssimo e Dra. Ana Correia de Oliveira
- 
- 13.15-14.30h Almoço
- 
- 14.30-15.00h **CONFERÊNCIA QUE ESTUDO ANALÍTICO DE VITAMINAS PEDIR AOS IDOSOS?**  
*Presidente:* Dr. António Castro Correia  
*Palestrante:* Dra. Sofia Duque
- 15.00-16.30h **SESSÃO 6 OS MAIS IDOSOS**  
*Moderadores:* Dr. Rui Cernadas e Dr. António Castro Correia  
**Suporte respiratório no idoso**  
Prof. Doutor João Carlos Winck  
**Insuficiência cardíaca**  
Dra. Brenda Moura  
**Iatrogenia**  
Dr. Eduardo Ribeiro
- 16.30h **Encerramento do Congresso e entrega de Prémios**



Aceda aqui ao PROGRAMA com os RESUMOS



# Resumos dos Posters



Acceda aqui ao PROGRAMA  
com os RESUMOS

## Posters com apresentação

### PA 01

#### **POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO – PERCEÇÃO DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

Bárbara Martins<sup>1</sup>; Ângela Mendes<sup>1</sup>; Joana Luís<sup>1</sup>; Rosa Araújo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF São Lourenço

**Introdução:** A polimedicação é definida como a utilização simultânea de, pelo menos, 5 fármacos, assumindo-se como uma realidade proeminente na população idosa. Os médicos de família (MF) devem estar preparados para identificar e tentar combater, quando clinicamente apropriado, a polifarmácia no doente idoso.

**Objetivos:** Identificar a prevalência de polimedicação e caracterizar as principais classes farmacológicas potencialmente inapropriadas (CFPI) utilizadas nos utentes muito idosos inscritos na Unidade de Saúde Familiar participante e comparar a perceção dos MF sobre esta realidade na sua lista de utentes.

**Metodologia:** Estudo descritivo observacional, analítico e transversal, que incluiu todos os utentes inscritos com idade igual ou superior a 80 anos, excluindo aqueles sem registos no processo clínico nos últimos três anos. Foi entregue um questionário aos MF que pretendeu avaliar a perceção destes profissionais sobre a realidade da polimedicação no seu ficheiro. Os dados foram obtidos através do SClínico<sup>®</sup> e PEM<sup>®</sup> e analisados com recurso ao Excel<sup>®</sup>. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Norte.

**Resultados:** Foram incluídos no estudo 386 utentes com idade média de 85,6 anos, dos quais 62% do sexo feminino. A frequência de polimedicação na amostra estudada foi de 79,5%, com uma média de  $7,1 \pm 3,1$  fár-

macos por utente. As estatinas corresponderam ao grupo farmacológico mais prescrito (64.2%) entre os pesquisados, com as benzodiazepinas e os IBP a constituírem as CFPI mais utilizadas em igual proporção (35%). 5 MF aceitaram participar no estudo, sendo que 60% definiram corretamente polimedicação e evidenciaram uma perceção aproximada da realidade quanto à frequência de polimedicação na sua lista. A percentagem de utilização de benzodiazepinas foi sobrestimada por 80% dos clínicos; Entre os principais obstáculos à desprescrição terapêutica, destacam-se as comorbilidades dos utentes, pressão dos utentes/famílias para a prescrição, falta de tempo na consulta e interação com os cuidados de saúde secundários.

**Discussão/Conclusão:** Este estudo permitiu caracterizar o problema da polimedicação na unidade investigada, potenciando a consciencialização individual e da equipa para esta problemática. A prevalência de polifarmácia identificada revelou-se superior à relatada noutros estudos. As investigadoras concluem que é imperativo desenvolver estratégias de combate à polimedicação, nomeadamente com formação contínua nesta área.

## PA 02

### DISCURSOS E MEMÓRIAS SOBRE O PAPEL SOCIAL DO SUJEITO IDOSO: DIZERES JURÍDICOS, MIDIÁTICOS E DE MULHERES IDOSAS

Luciana Araújo dos Reis<sup>1</sup>; Margarida Neves de Abreu<sup>2</sup>; Nádia Cristina Moraes Sampaio Gobira<sup>1</sup>; Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>3</sup>; Gilson de Vasconcelos Torres<sup>3</sup>; Luana Araújo dos Reis<sup>4</sup>; Felismina Rosa Parreira Mendes<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; <sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto; <sup>3</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte; <sup>4</sup>Faculdade Independente do Nordeste; <sup>5</sup>Escola Superior de Enfermagem de Évora

**Introdução:** As memórias sociais tendem a definir padrões de comportamento para todas as fases etárias da vida humana. À vista disso, é preciso ressaltar que as memórias em torno do envelhecimento revelam uma negação da velhice, por meio da eternização da juventude, posto que ela é uma construção social e reflete como a sociedade identifica as pessoas idosas e o processo de envelhecimento, sobremodo, feminino. Em função disso, as leis e as redes sociais refletem os dizeres sobre a velhice e a mulher idosa.

**Objetivo:** Analisar como se apresenta o sujeito idoso e a velhice nos enunciados do Estatuto do Idoso, nos dizeres midiáticos e das Professoras aposentadas.

**Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo e de abordagem qualitativa, fundamentado nos pressupostos teóricos e metodológicos da Escola Francesa da Análise do Discurso e da Análise de Conteúdo. Para a análise do Estatuto do idoso, Lei n. 10.741/03, dos memes, das capas de revistas, previamente selecionadas, e os perfis do Instagram foi utilizado o método de Análise dos Discurso. Posteriormente,

para averiguação das entrevistas semiestruturadas das 24 (vinte e quatro) Professoras aposentadas aplicou-se o método de Análise de Conteúdo. Esse instrumento de coleta de dados foi constituído, inicialmente, de um perfil sociodemográfico e, em seguida, de questões abertas quanto a condição do envelhecimento feminino, a rotina cotidiana e sobre a função social desenvolvida nesse período da existência, bem como compreender os elementos de sustentação do seu modo de vida na contemporaneidade. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética pela Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, sob o número 3.566.580.

**Resultados:** Constatou-se que existe um perfil a respeito da pessoa idosa construído socialmente na narrativa jurídica e nos memes, que circularam durante a pandemia da COVID-19, que considera a pessoa idosa como dependente, incapaz e improdutivo e, desse modo, reafirma a velhice como o abeiramento da morte. São discursos atravessados pela formação ideológica de rejeição a velhice e enaltecimento da juventude. Quanto aos perfis visitados no Instagram, há uma aproximação com a exposição da velhice por meio da aceitação do uso dos cabelos grisalhos pelas mulheres idosas. Nesses, nota-se que a velhice não deve ser invisibilizada.

### PA 03

#### INTERNAÇÕES POR FRATURAS DE FÊMUR EM PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>1</sup>; Jose Felipe Costa da Silva<sup>2</sup>; Luciana Araújo dos Reis<sup>3</sup>; Felismina Rosa Parreira Mendes<sup>4</sup>; Hannely Beatriz Menezes Cosme<sup>1</sup>; Thálfia Natasha Silva Barbalho<sup>1</sup>; Sarah Gabriele Dias da Silva<sup>1</sup>; Bárbara Cristianny da Silva<sup>1</sup>; Gilson de Vasconcelos Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UFRN FACISA; <sup>2</sup>UFRN; <sup>3</sup>UESB; <sup>4</sup>Universidade de Évora

**Introdução:** A fratura de fêmur na pessoa idosa é considerada uma urgência a principal causa é queda associado a uma maior prevalência de osteoporose, quando ocorre, a fratura de fêmur em idades avançadas somado com um tempo de internação maior que 2 dias são fatores negativos que contribuem com o aumento da morbidade e mortalidade. **Objetivo:** Investigar as internações por fraturas de fêmur na pessoa idosa no Brasil.

**Material e métodos:** Estudo de caráter ecológico, com abordagem quantitativa, utilizando dados de domínio público extraídos da base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Foram incluídas as notificações de pessoas idosas acima de 60 anos que foram internadas por fratura de fêmur em todo o Brasil no período de 2011 a 2021. As variáveis usadas nesse estudo foram faixa etária 1, região geográfica, sexo e taxa de mortalidade.

**Resultados:** Um total de 567.703 casos de internações por fratura de fêmur na pessoa idosa foi notificado ao sistema, desses, 295.610 (52,07%) foram na região Sudeste, a idade de 80 anos ou mais foi a mais afetada com 47,79% dos casos. Em todas as regiões foi observado que o sexo feminino foi mais afetado, a taxa de mortalidade média no Brasil foi 5,15, os homens apresentaram a maior taxa, merecendo atenção a região sudeste com 6,3, a menor foi encontrada nas mulhe-

res idosas no Norte com 3,52.

**Considerações finais:** Os principais resultados desse estudo demonstram que no Brasil ocorre uma prevalência de internações por fraturas em pessoas idosas na região Sudeste, principalmente nas pessoas idosas com 80 anos ou mais, as mulheres idosas são as mais afetadas, entretanto, a taxa de mortalidade é superior nos homens idosos.

### PA 04

#### PREVALÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS NOS IDOSOS INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA NUM HOSPITAL PERIFÉRICO: ESTUDO RETROSPECTIVO

Diana Rocha Oliveira<sup>1</sup>; Joana Sequeira<sup>1</sup>; Mário Esteves Leal<sup>1</sup>; David Moura<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

**Introdução:** As quedas nos idosos são uma preocupação global uma vez que acarretam consequências físicas, psicológicas e sociais, aumentam a morbimortalidade e diminuem a qualidade de vida. O impacto económico das quedas é substancial, respondendo por quase 50 bilhões de dólares em custos médicos em cada ano, nos EUA.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de quedas, as suas características e consequências, em idosos internados no serviço de Medicina Interna (SMI) de um hospital periférico.

**Material e métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo descritivo e retrospectivo. Foram recolhidos todos os episódios de quedas registados que ocorreram em idosos internados no SMI entre 2017 e 2021. Procedeu-se à análise estatística dos resultados obtidos, através do SPSS.

**Resultados:** Entre 2017 e 2021, ocorreram 431 episódios de quedas em idosos inter-

dados, dos quais 125 no SMI, com uma prevalência de 0,5% neste serviço. A média de idades foi de  $78,6 \pm 8.6$  anos, com uma prevalência superior no sexo masculino. Registrou-se recorrência de quedas em 4.8% dos doentes. O maior número de eventos ocorreu durante o período da manhã. Quanto às causas de queda, 79.2% foi devido a fatores intrínsecos ao doente, 17.6% a fatores ambientais e 3.2% por outras causas. Foram reportadas lesões em 48% dos eventos, sendo a mais prevalente o traumatismo crânio-encefálico (73.7%). Não foi registado nenhum óbito por queda. Em 32.8% dos episódios foi necessário a realização de um exame complementar de diagnóstico, sendo que destes, 90.2% realizaram TAC Crânio-Encefálica. Em 60% dos doentes não houve necessidade de medidas de imobilização, 16% já se encontrava imobilizado previamente à queda e 24% foi imobilizado após a queda.

**Discussão/Conclusões:** As quedas resultam da interação de múltiplos fatores de risco, que podem ser intrínsecos ou extrínsecos. Observou-se que a idade é um exemplo de fator intrínseco que influencia a prevalência de quedas, devido ao declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas. Quanto aos fatores extrínsecos, destacam-se os fatores ambientais. Conclui-se assim que as quedas podem ser evitadas, pelo que, mais do que a avaliação e intervenção, é crucial atuar a nível da prevenção.

## PA 05

### ALTERAÇÃO DA MASSA MUSCULAR E PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FÍSICA EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>1</sup>; Mayara Priscila Dantas Araújo<sup>2</sup>; Vilani Medeiros de Araújo Nunes<sup>2</sup>; José Felipe Costa da Silva<sup>2</sup>; Felismina Rosa Parreira Mendes<sup>3</sup>; Silvana Loana de Oliveira Sousa<sup>4</sup>; Bárbara Cristianny da Silva<sup>1</sup>; Ana Elza Oliveira de Mendonça<sup>2</sup>; Luciana Araújo dos Reis<sup>5</sup>; Gilson de Vasconcelos Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UFRN FACISA, <sup>2</sup>UFRN, <sup>3</sup>Universidade de Évora,

<sup>4</sup>Universidade de Múrcia, <sup>5</sup>UESB

**Introdução:** A redução da massa muscular é inerente ao processo de envelhecimento, que está associada a incapacidade física-funcional.

**Objetivos:** Avaliar a associação entre perda de massa muscular e presença de limitação física em pessoas idosas institucionalizadas.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo transversal, de abordagem quantitativa, em oito instituições de longa permanência para idosos (ILPI) da região metropolitana de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. A população do estudo foi composta pelos idosos residentes destas instituições e foram incluídos apenas os idosos presentes nas ILPI no momento da coleta dos dados. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e dezembro de 2018. Para avaliação da massa muscular, foi utilizado o perímetro da panturrilha categorizado em: perda de massa muscular (< 31 cm) e sem perda de massa muscular (>32 cm). A limitação física foi avaliada pelo VES-13 (*Vulnerable Elders Survey*-13). Para análises estatísticas, foi utilizado o software SPSS versão 21.0 e realizado o teste qui-quadrado de Pearson, considerando significância quando  $p < 0,05$ .

**Resultados:** A amostra foi composta por 250 idosos. 89,4% dos idosos com perda de massa muscular eram vulneráveis. Foi encontrada a associação entre não vulnerabilidade e ausência de perda de massa muscular ( $p = 0,006$ ). Entre os idosos com limitação física, predominaram aqueles com perda de massa muscular (53,1%), sendo encontrada associação entre a ausência de limitação física e manutenção da massa muscular ( $p = 0,006$ ). Quanto aos subitens da limitação física, observou-se predominância de incapacidade nos idosos com perda de massa muscular e foram encontradas associações significativas entre perda de massa muscular e incapacidade para curvar-se, agachar ou ajoelhar-se ( $p < 0,001$ ), levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 Kg ( $p < 0,001$ ), elevar ou estender os braços acima do nível do ombro ( $p < 0,001$ ), escrever ou manusear e segurar pequenos objetos ( $p < 0,001$ ), andar 400 metros ( $p < 0,001$ ) e fazer serviço doméstico pesado ( $p = 0,002$ ).

**Discussão/Conclusões:** A perda de massa muscular está associada a presença de limitações físicas em idosos institucionalizados. Os resultados deste estudo reforçam o impacto negativo da perda de massa muscular na capacidade físico-funcional desses idosos e a necessidade de estratégias para manutenção da massa muscular nas ILPI.

## **PA 06**

### **GARANTIA E MELHORIA DA QUALIDADE DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE FRATURA OSTEOPORÓTICA NA POPULAÇÃO ACIMA DOS 50 ANOS DE IDADE**

André Mesquita<sup>1</sup>; Manuel Alberto Silva<sup>1</sup>;  
Luísa Marques Gomes<sup>1</sup>; Vanessa Dias da Mota<sup>1</sup>;  
Ana Rita Rodrigues Oliveira<sup>1</sup>; Catarina Cunha<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Sanus Carandá, ACeS Cávado I

**Introdução:** A osteoporose (OP) caracteriza-se por uma diminuição e alteração da densidade e qualidade óssea, com um risco elevado de fratura. Previamente, o diagnóstico e tratamento baseava-se exclusivamente na densitometria óssea (DEXA). Em 2019, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), emitiu orientações que defendem a utilização de uma ferramenta online que permite o cálculo do risco de fratura de fragilidade para a população portuguesa (FRAX), através de fatores clínicos, com ou sem DEXA.

**Objetivos:** Implementar as orientações da SPR na prática clínica dos médicos da USF. Aumentar o cálculo de risco de fratura osteoporótica, com base no FRAX, nos utentes com idade superior a 50 anos de idade para uma prevalência de 20% e diminuir os pedidos de DEXA sem avaliação prévia com FRAX.

**Intervenção (INT):** Revisão da literatura e das orientações da SPR, sobre o diagnóstico e tratamento da OP e posterior formação dos médicos de família (MF). Elaboração e distribuição de um fluxograma de apoio à consulta. **Avaliação:** recolha de 2 amostras representativas de utentes antes e após INT constituídas por utentes com 50 ou mais anos de idade e pelo menos 1 consulta presencial com o próprio MF no tempo de estudo. Foi utilizado um limite máximo de idade para inclusão que correspondeu à esperança média de vida subtraindo 5 anos de idade, visto que o tratamen-

to com bifosfonatos ou semelhantes não tem claro benefício na diminuição de fraturas nesta idade. Foram excluídos utentes com diagnóstico OP prévio, com certidão de óbito ou com cálculo de FRAX nos 5 anos anteriores.

**Resultados:** A amostra de utentes antes da INT tinha 369 indivíduos, observados em 2019 e 2020, uma média de 61,3 anos e 62,3% eram mulheres. Nesta avaliação não foram encontrados cálculos por FRAX. A amostra pós INT tinha 361 utentes observados nos 6 meses seguintes, com idade média de 62,8 anos e 58,7% de mulheres. O risco de fratura foi calculado em 26 utentes (7,2%), a maioria nos primeiros 35 dias após INT (73,1%), mas em 4 o cálculo não seguiu corretamente o fluxograma recomendado. Em 7 utentes (1,9%) foi encontrado um pedido de DEXA sem avaliação FRAX anterior.

**Discussão/Conclusões:** A intervenção levou a um aumento do cálculo do risco de fratura de fragilidade. Contudo, serão necessárias novas intervenções de modo a atingir uma prevalência de cálculo mais satisfatória e a melhorar a aplicação do fluxograma, propondo-se a inclusão desta ferramenta validada no sistema de registo médico SClinico®.

## PA 07

### DOENÇA PSIQUIÁTRICA E DELIRIUM EM IDOSOS INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – ESTUDO OBSERVACIONAL NUM CENTRO HOSPITALAR

Francisco Martins Costa<sup>1</sup>; Carolina Almeida Rodrigues<sup>1</sup>; André Ferreira Silva<sup>1</sup>; Rita Lopes<sup>1</sup>; Regina Massano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar do Médio Tejo

**Introdução:** O *Delirium*, ou Estado Confusional Agudo, é uma das perturbações mentais mais frequentes nos doentes com patologia médica, em particular nos mais idosos. O

*Delirium* é definido como uma perturbação da atenção, consciência, e cognição, que se desenvolve em pouco tempo e tem curso fluutuante, com quebra em relação ao nível de funcionamento prévio. Este quadro é consequência de efeito fisiológico direto de outra doença médica, intoxicação ou abstinência de substâncias ou exposição a toxinas, e pode ter etiologia múltipla.

**Objetivo:** Determinar a prevalência de doença psiquiátrica numa amostra de doentes internados num serviço de medicina interna, e o seu impacto no desenvolvimento de *Delirium*.

**Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo, tendo por base os registos clínicos eletrónicos dos doentes idosos (idade igual ou superior a 65 anos) internados nas enfermarias de medicina interna do nosso Centro Hospitalar a 7 de março de 2022. Foram recolhidos dados relativos a sexo, idade, presença de diagnósticos psiquiátricos prévios e ocorrência de *Delirium*. Análise estatística descritiva e inferencial dos dados obtidos.

**Resultados:** Num total de 183 doentes internados, foram selecionados 156 idosos para a amostra estudada. A idade mediana era 84 [77-89] anos, e 53,8%(n = 84) dos indivíduos eram do sexo feminino. Foi identificado *Delirium* em 25%(n = 39) dos doentes, dos quais 53,8% (n = 21) já apresentavam este diagnóstico à admissão. Foi identificada doença psiquiátrica prévia (excluindo demência) em 15,4%(n = 24) dos doentes. A prevalência de *Delirium* foi superior nos doentes com doença psiquiátrica prévia (45,8% vs 21,2%, p = 0,01). Na análise multivariada, ajustando para a idade e sexo, a história prévia de doença psiquiátrica demonstrou ser um fator preditor independente para *Delirium* na população idosa internada (OR 4,09, IC95%:1,55-10,8; p = 0,004).

**Discussão/Conclusões:** O desenvolvimento de *Delirium* tem sido reconhecido como fator independente de mau prognóstico. Foi identificada uma elevada prevalência de *Delirium* em toda a amostra, pelo que é importante reforçar medidas preventivas. Este estudo demonstra que os idosos com antecedentes de doença psiquiátrica têm risco acrescido para desenvolver esta condição, quando comparados com idosos sem estes antecedentes. Deverá ser feito um esforço acrescido para reconhecer e tratar precocemente o *Delirium*, em particular neste grupo de doentes, visto que tal poderá mitigar algum do seu efeito nocivo no prognóstico.

# Posters Digitais

## PD 01

### SERÁ QUE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 REPRESENTA MESMO UM FENÓTIPO DIFERENTE NO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO?

André Cabrita<sup>1</sup>; Vanda Melo<sup>2</sup>; Catarina Marques<sup>1</sup>; Paulo Maia Araújo<sup>1</sup>; Mariana Vasconcelos<sup>1</sup>; Filipe Macedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário São João; <sup>2</sup>USF Novos Rumos

**Introdução:** Doentes com diabetes mellitus (DM) tipo 2 e enfarte agudo do miocárdio (EAM) apresentam mais frequentemente sintomas atípicos, têm maior prevalência de doença arterial coronária (DAC) multifocal e piores desfechos clínicos do que doentes não-diabéticos.

**Objetivo:** Determinar se os diabéticos apresentam características diferentes na apresentação, sintomas, tratamento e desfecho do EAM.

**Material e métodos:** Desenvolvemos um estudo prospetivo de 7 meses, incluindo todos os doentes admitidos no departamento de Cardiologia de nossa instituição por EAM tipo 1. O trabalho consistiu numa entrevista a todos os doentes nas primeiras 48h de admissão e consulta dos seus registos médicos. Dividimos os doentes em 2 grupos para comparação: DM e não-DM.

**Resultados:** 193 doentes foram incluídos na nossa coorte e 67 (34,7%) apresentavam DM. Os pacientes diabéticos eram mais velhos ( $66 \pm 12$  anos,  $p = 0,002$ ), mais comumente do sexo masculino (68,7%) e apresentavam prevalência significativamente maior de fatores de risco cardiovasculares (FRCV), como hipertensão arterial ( $p < 0,001$ ), dislipidemia ( $p < 0,001$ ) e obesidade ( $p < 0,001$ ). A DM foi

associada a uma maior carga de DAC prévia significativa ( $p = 0,002$ ) e eventos como EAM ( $p = 0,003$ ) e intervenção coronária percutânea (ICP) ( $p = 0,004$ ). A DM foi associada a outras comorbidades importantes, como doença renal crónica (DRC) ( $p < 0,001$ ) e doença arterial periférica (DAP) ( $p = 0,003$ ).

A dor torácica típica e atípica, assim como sua intensidade, foi semelhante entre os grupos, exceto a dor torácica direita, que foi mais relatada no grupo DM ( $p = 0,023$ ). A DM não foi associada a mais sintomas acompanhantes.

A coronariografia e a ICP foram igualmente realizadas, mas a DM foi associada a uma proporção significativamente maior de doença do tronco comum ou multivaso ( $p = 0,019$ ) e cirurgia de revascularização do miocárdio (CABG) ( $p = 0,029$ ).

A DM foi associada a maiores complicações globais de EAM ( $p = 0,0018$ ), principalmente classificação Killip  $\geq 2$  ( $p = 0,047$ ) e mortalidade (DM: 6%,  $p = 0,005$ ).

**Discussão/Conclusão:** Na nossa coorte, doentes diabéticos relataram sintomas semelhantes de EAM, em comparação com pacientes não-diabéticos, porém a DM foi associada a maior revascularização por CABG e piores desfechos, principalmente mortalidade.

## PD 02

### SERÁ QUE DEVEMOS ALTERAR AS GUIDELINES DE TRATAMENTO DE EAM EM IDOSOS?

André Cabrita<sup>1</sup>; Vanda Melo<sup>2</sup>; Catarina Marques<sup>1</sup>; Paulo Maia Araújo<sup>1</sup>; Mariana Vasconcelos<sup>1</sup>; Filipe Macedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário São João; <sup>2</sup>USF Novos Rumos

**Introdução:** Embora a idade seja um preditor de mortalidade intra-hospitalar e aos 6 meses no EAM, recomenda-se aplicar as mesmas estratégias de intervenção em idosos e a doentes mais jovens.

**Objetivos:** Determinar se os idosos têm características diferentes na apresentação, sintomas, tratamento e desfechos de EAM.

**Material e métodos:** Desenvolvemos um estudo prospetivo de 7 meses, incluindo todos os doentes admitidos no departamento de Cardiologia de nossa instituição por EAM tipo 1. O trabalho consistiu numa entrevista a todos os doentes nas primeiras 48 horas de admissão e consulta dos seus registos médicos. Dividimos os doentes em 2 grupos para comparação: pacientes mais velhos ( $\geq 65$  anos) e pacientes mais jovens.

**Resultados:** 194 doentes foram incluídos na nossa coorte e 89 (45,9%) eram idosos, mais comumente do sexo masculino (68,5%). Os idosos demonstraram uma prevalência significativamente maior de fatores de risco cardiovasculares (FRCV), como hipertensão arterial ( $p < 0,001$ ), tabagismo ( $p < 0,001$ ) e diabetes mellitus tipo 2 ( $p < 0,001$ ). A idade avançada esteve associada à história de doença arterial coronária significativa ( $p = 0,001$ ) e EAM ( $p = 0,006$ ). A dor torácica típica e atípica, assim como sua intensidade, foi semelhante entre os dois grupos. A idade avançada não se associou a mais sintomas

acompanhantes, exceto dispneia (28,1%,  $p = 0,031$ ). A idade mais jovem foi associada à elevação eletrocardiográfica do segmento ST (jovens: 58,7% vs idosos: 41,6%,  $p = 0,0018$ ). A coronariografia foi igualmente realizada e a idade avançada associou-se a uma proporção significativamente maior de doença do tronco comum ou multivaso ( $p = 0,003$ ) e mais procedimentos de revascularização ( $p < 0,001$ ), particularmente intervenção coronária percutânea (ICP) ( $p < 0,001$ ). Os idosos desenvolveram mais complicações globais de EAM (37,1%,  $p = 0,003$ ), particularmente classificação Killip  $\geq 2$  (30,3%,  $p = 0,008$ ), internamentos hospitalares mais longos (idosos:  $9 \pm 1$  vs jovens:  $7 \pm 1$  dias) e mortalidade (5,6%,  $p = 0,005$ ). Não houve registo de óbitos no grupo mais jovem.

**Discussão/Conclusão:** Na nossa coorte, os idosos relataram sintomas semelhantes de EAM em comparação com os mais jovens. A idade avançada foi associada a mais procedimentos de revascularização, principalmente ICP, e piores desfechos, principalmente maior tempo de internamento e mortalidade. Acreditamos que o tratamento do EAM em idosos deve ser revisto nas *guidelines* e adaptado às características inerentes a esta população.

## PD 03

### SERÁ QUE OS DOENTES COM EAM SABEM PEDIR AJUDA MÉDICA?

André Cabrita<sup>1</sup>; Vanda Melo<sup>2</sup>; Catarina Marques<sup>1</sup>; Paulo Maia Araújo<sup>1</sup>; Mariana Vasconcelos<sup>1</sup>; Filipe Macedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário São João; <sup>2</sup>USF Novos Rumos

**Introdução:** Uma proporção significativa de doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM) não aciona o Sistema de Emergência Médica (SEM) apesar das recomendações

gerais, privando-se de cuidados médicos de emergência adequados e representando um grave perigo para si e para os outros.

**Objetivos:** Determinar se os doentes com EAM procuram atendimento médico de emergência adequadamente e de que forma são transportados para o hospital.

**Material e métodos:** Desenvolvemos um estudo prospectivo de 7 meses, incluindo todos os doentes admitidos no departamento de Cardiologia da nossa instituição por EAM tipo 1. O trabalho consistiu numa entrevista a todos os doentes nas primeiras 48h de admissão.

**Resultados:** Foram avaliados inicialmente 194 doentes, sendo 78,4% do sexo masculino, com média de idades de 62 anos (IC 95%: 61-64). Todos os doentes, exceto apenas um, consideraram que na presença de sintomas sugestivos de EAM, o SEM deveria ser acionado. No entanto, 46,4% (n = 90) não acionaram o SEM e constituíram a população deste estudo. O tempo desde o início dos sintomas até ao primeiro contato médico (PCM) foi superior a 12 horas em 44,4% dos doentes e naqueles que levaram menos de 24 horas, o atraso médio foi de 183 minutos (IQR 380). A localização do PCM foi predominantemente no serviço de urgência dos hospitais públicos (80%) e privados (11,1%), mas também na consulta do médico de família (5,6%) ou outros. 23,5% da nossa coorte procurou o PCM sozinho. O transporte mais utilizado para o hospital foi o carro pessoal (93,3%), enquanto 33,8% conduziram para o hospital. Embora a grande maioria destes doentes (94,4%) apresentasse dor torácica típica, apenas 17,8% perceberam que poderiam estar a sofrer um EAM. A principal razão para não ligar para o SEM foi pensar que a condição não era grave o suficiente (43,8%), que chamar o SME

levaria mais tempo (27%) ou outros motivos.

**Discussão/Conclusão:** No nosso estudo, quase metade dos doentes com sintomas iniciais de EAM não ativou o SEM, e uma proporção significativa destes adotou comportamentos erráticos e perigosos na procura do PCM. Além disso, uma alta percentagem de doentes não reconheceu os sintomas iniciais de EAM e, conseqüentemente, não procurou ajuda médica em tempo útil. A implementação de programas educacionais é mandatória para garantir que os doentes com EAM ativem o SEM adequadamente e garantam cuidados médicos de emergência adequados.

#### PD 04

### CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ/BA

Luciana Araújo dos Reis<sup>1</sup>; Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>2</sup>; Luana Araújo dos Reis<sup>3</sup>; Gilson de Vasconcelos Torres<sup>2</sup>; Margarida Neves de Abreu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia;

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte;

<sup>3</sup>Faculdade Independente do Nordeste; <sup>4</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto

**Introdução:** À medida que o envelhecimento da população avança e o número de óbitos precoces diminui, aumenta a prevalência das DCNT. As DCNTs, são enfermidades multifatoriais, por terem etiologia múltipla, sendo estas patologias as responsáveis por uma grande parcela e carga da morbimortalidade do Brasil.

**Objetivo:** Identificar as condições de saúde das pessoas idosas dependentes, no município de Jequié/BA.

**Materiais e métodos:** Pesquisa do tipo exploratório, descritivo e analítico, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, constituída por 59 pessoas idosas dependen-

tes. O instrumento constituído de dados sociodemográficos: sexo, escolaridade, estado civil e renda familiar. E condições de saúde: presença de problema de saúde, realização de tratamento e avaliação da capacidade funcional: atividades básicas de vida diária (Índice de Barthel) e as atividades instrumentais de vida diária (Escala de Lawton e Brody). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes/ Universidade Federal da Bahia (Protocolo nº 086878/2020). Os dados foram analisados por meio da análise estatística descritiva e aplicação do teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), com  $p$ -valor  $< 0,005$ .

**Resultados:** Constatou-se uma maior distribuição de pessoas idosas dependentes do sexo feminino (83,1%), com ensino fundamental incompleto (39%), casados (42,4%) e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (45,8%). Nas condições de saúde verificou-se uma maior distribuição de pessoas idosas dependentes com problemas de saúde (98,3%), sendo as doenças mais frequentes a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (71,4%), osteoartrose (53,4%), classificadas como independente nas ABVD (71,1%) e dependente (64,4%) nas AIVD. Com aplicação do teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) entre as variáveis do estudo e a presença de doenças crônicas verificou-se que houve apenas diferença estatística significativa entre a presença de doenças crônicas e o sexo feminino ( $p = 0,000$ )

**Discussão/Conclusão:** Conhecer os problemas de saúde e os fatores associados propicia promoção de condições favoráveis para a construção de estratégias pelos profissionais de saúde, prevenindo os agravos dessas doenças e garantindo a promoção de saúde e proporcionando a autonomia dos idosos, afinal para essa população, ter certo grau de

independência é o que faz a diferença em relação ao convívio social, autonomia e qualidade de vida, nessa fase da vida.

## PD 05

### FATORES RELACIONADOS A CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ/BA

Luciana Araújo dos Reis<sup>1</sup>; Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>2</sup>; Luana Araújo dos Reis<sup>3</sup>; Margarida Neves de Abreu<sup>4</sup>; Gilson de Vasconcelos Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia;

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte;

<sup>3</sup>Faculdade Independente do Nordeste; <sup>4</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto

**Introdução:** A capacidade funcional refere-se à habilidade de realizar as atividades de vida diárias sem auxílio de outro indivíduo, preconizando a autonomia e independência do idoso.

**Objetivo:** analisar a relação entre a capacidade funcional e fatores associados de pessoas idosas no município de Jequié/BA.

**Material e método:** Estudo do tipo analítico com delineamento transversal e abordagem quantitativa, com amostra de 66 pessoas idosas cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família no município de Jequié/BA. A coleta de dados foi realizada por meio de formulário próprio, subdividido em avaliação cognitiva através do Miniexame de Estado Mental, informações sócio-demográficas, condições de saúde, Índice de Barthel e Escala de Lawton. A técnica de análise dos dados foi descritiva e inferencial.

**Resultados:** Houve maior distribuição de idosos do sexo feminino (74,2%), sem companheiro (a) (81,8%) e não alfabetizados (as) (51,5%). A média de idade dos idosos foi de  $74,4 \pm 9,3$  anos. Quanto às condições de saúde constatou-se uma maior frequência de

idosos com presença de doenças (78,8%), autopercepção de saúde positiva (63,6%) e com presença de dor (66,7%). As doenças mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica (39,4%) e hipertensão arterial sistêmica associada a Diabetes Mellitus (12,1%). Na avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), observou-se que 75,7% dos idosos foram classificados como independentes e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) averiguou-se que 53,0% foram classificados como dependentes. Com a aplicação do Teste de Kruskal-Wallis entre as ABVD e AIVD com as variáveis do estudo verificou-se diferença estatística significativa entre dependência nas AIVD e escolaridade referente a não alfabetizado ( $p$ -valor=0,001). Com a aplicação do Teste do Qui-quadrado entre as ABVD e AIVD com as variáveis do estudo constatou-se diferença estatística significativa entre dependência nas AIVD e sexo feminino ( $p$ -valor=0,004), e entre dependência nas AIVD e presença de dor ( $p$ -valor=0,049).

**Conclusão:** Constatou-se comprometimento funcional quanto às atividades instrumentais de vida diária dos idosos, evidenciando que indivíduos do sexo feminino, com baixa escolaridade e com presença de algum tipo de dor apresentam dependência para realização de AIVDs.

## PD 06

### PNEUMOMEDIASTINO E ENFISEMA SUBCUTÂNEO DIFUSO ESPONTÂNEOS EM DOENTE PÓS-COVID

Ricardo Silva Veiga<sup>1</sup>; Ana Gomes<sup>1</sup>; Inês Mesquita<sup>1</sup>; Lenea Porto<sup>1</sup>; Francisco Gonçalves<sup>1</sup>; Gabriel Atanásio<sup>1</sup>; Joana Correia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de São Teotónio- Viseu

**Introdução:** A associação entre pneumomediastino e COVID-19 é já conhecida e descrita na literatura médica, e é observada frequentemente nas enfermarias onde os doentes estão sujeitos a oxigenoterapia em altos débitos/pressões, nomeadamente em contexto de uso de oxigenoterapia de alto fluxo (OAF) ou ventilação não-invasiva (VNI).

**Caso clínico:** Homem, 68 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, hipercalcemia, com internamento previo recente por pneumonia covid bilateral. Fazia habitualmente lisinopril e lepicortinolo 20 por pneumonia orgaziativa pós-covid. O doente é reinternado por insuficiência respiratória neste contexto. Durante o internamento apresenta quadro de PACI direito, com área de enfarte subcortical parietal e frontal direito, com enfarte da área da artéria cerebral média direita. O doente foi transferido para a unidade de AVC, na qual desenvolveu em dia 9 de internamento enfiseima subcutâneo na região anterior e lateral do torax e braço direito.

Como diagnósticos diferenciais foram ponderados: enfiseima subcutâneo, pneumomediastino, Síndrome de Boerhaave, pericardite, ruptura de árvore traqueobrônquica e pneumotórax hipertensivo

O doente realizou TC torax onde se identificou marcado enfiseima subcutâneo direito com extensão para o braço e para a região cervical, com voluoso pneumomediastino associado. Apresentava também opacidades em

vidro despolido periféricas de ambos os pulmões com sinais compatíveis com pneumonia orgazinativa. O doente acabou por apresentar má evolução durante o internamento, sem critérios para internamento em unidade de cuidados intensivos, tendo vindo a falecer após 13 dias de internamento.

**Conclusão:** O particular interesse deste caso clínico é o facto de o doente não ter realizado previamente nem ventilação não-invasiva, nem oxigenoterapia de alto fluxo, mantendo-se apenas com oxigenoterapia de baixo débito. As imagens são muito ilustrativas da dimensão das lesões, sendo este achado muito raramente descrito em doentes que não se sujeitam a VNI ou OAF

## PD 07

### ASTENIA E MIXOMA – CAMINHAM LADO A LADO

Ricardo Silva Veiga<sup>1</sup>; Vanda Neto<sup>1</sup>; Ines Mesquita<sup>1</sup>; Edite Nascimento<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de São Teotónio- Viseu

**Introdução:** A astenia é sintoma de apresentação de múltipla patologia médica, desde aquela com maior frequência, nomeadamente infecções bacterianas/ víricas, insuficiência cardíaca, e até no contexto de síndrome constitucional. Esta elevada prevalência em patologias mais comuns, leva a que muitas vezes o trajeto diagnóstico seja encaminhado para essas mesmas patologias, descurando outras tantas nas quais esta é também a forma mais frequente de apresentação.

**Caso clínico:** Mulher, 67 anos de idade, autónoma, com antecedentes pessoais de doença diverticular, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e infecção passada por COVID-19, recorre aos serviços de urgência por astenia mantida após a infecção COVID. A doente negava queixas de dispneia, perda de peso,

sudorese, febre ou outras além da descrita. Como diagnósticos diferenciais iniciais mais prováveis ponderaram-se covid longo e insuficiência cardíaca

A doente realizou holter onde se objetivaram 13698 extrasístoles supraventriculares, com 403 pares, e 852 extrasístoles ventriculares isoladas. Sem perturbações da condução aurículo-ventricular. O ventrículo esquerdo apresentava-se com dimensões aumentadas, e paredes de espessura normal, com boa função sistólica global (fracção de ejeção 65%). Na aurícula esquerda observou-se uma massa móvel, com inserção a nível da fossa ovalis, com maior diâmetro de cerca de 4.55 cm, compatível com mixoma da aurícula esquerda e que condicionada abertura da válvula mitral. A doente foi referenciada para cirurgia de exérese, que decorreu sem intercorrências, com remissão quase total das queixas iniciais, e melhoria franca do estado geral da doente.

**Conclusão:** O mixoma é o tumor cardíaco mais frequentemente diagnosticado, sendo que é identificado maioritariamente na aurícula esquerda. A obstrução intra-cardíaca, os sintomas constitucionais ou as embolias sistémicas fazem parte da tríada típica de apresentação desta patologia. As imagens do ecocardiograma impressionam não só pela dimensão do mixoma, mas também pela inserção na mesma no trajeto da válvula mitral com o compromisso hemodinâmico que dali advinha.

## PD 08

### APRESENTAÇÃO INVULGAR DE QUISTO RENAL COMPLICADO, OU QUANDO EVITAR O HOSPITAL É UM PROBLEMA

Ricardo Silva Veiga<sup>1</sup>; Ines Mesquita<sup>1</sup>; Ines Santos<sup>1</sup>; Nídia Oliveira<sup>1</sup>; André Martins<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Hospital de São Teotónio- Viseu*

**Introdução:** A fuga aos serviços de saúde por preconceitos relacionados com vários fatores, quer a qualidade dos serviços prestados, quer o medo do próprio diagnóstico, é um problema grave que a medicina, nomeadamente a medicina preventiva, tem tentado desmistificar. Ainda assim, é difícil fazer chegar esta mensagem a doentes em contextos de menor literacia, ou mais frequente ainda, de isolamento social. As consequências que daí advêm tomaram ainda maiores proporções com o aparecimento da pandemia COVID-19.

**Caso clínico:** Doente de 69 anos, independente, com discreto grau de debilidade cognitiva, recorre por primeira vez ao serviço de urgência por queixas de astenia, dor lombar, vômitos e melenas. Refere que o quadro já se arrastava há vários meses, mas que sempre evitou recorrer aos serviços de saúde, o que foi possível corroborar posteriormente pela falta de seguimento tanto em medicina primária como hospitalar. Como antecedentes de relevo referido apenas episódios de binge drinking bisemanalmente. Negava toma de medicação habitual

Do estudo analítico destacava anemia (Hb 7.8 g/dL N/N), elevação dos parâmetros inflamatórios e estado hiperglicémico hiperosmolar. Identificada em endoscopia esofágica grau D e gastroduodenopatia ulcero-erosiva. Em ecografia renal identificada formação tumoral sólida suspeita de neoplasia renal, que posteriormente, e após esclarecimento com TC-TAP, se identificou como quisto renal ma-

croloculado com contiguidade com trajeto colico, na extensão da gota parietocólica, e com 8 cm de extensão. Foram identificados ainda, dois abscessos prostáticos de 2cm. Realizou drenagem do quisto guiado por imagem, com cultura da amostra positiva para *Staphylococcus aureus* multissensível. Ainda durante o internamento, e por hematoquezias mantidas, o doente realizou colonoscopia que identificou colite pseudomembranosa. Iniciou antibioterapia com vancomicina o que motivou que se protelasse a introdução de antibioterapia dirigida a abscesso renal, bem como a sua abordagem. Foi posteriormente abordado interdisciplinarmente, com colaboração de colegas de cirurgia, gastroenterologia e urologia, e drenado o quisto renal sem intercorrências.

**Conclusões:** O caso demonstra a importância da desmistificação das crenças, ideias e receios pré-concebidos associadas aos cuidados de saúde. O tema ganha ainda maior importância no atual contexto de pandemia, com o acentuado decréscimo da utilização dos serviços de saúde para patologias não-covid.

## PD 09

### SÍNDROME MOYAMOYA- LIKE (A PROPÓSITO DE UM CASO)

Ricardo Silva Veiga<sup>1</sup>; Ana Gomes<sup>2</sup>; Edite Nascimento<sup>2</sup>; Francisco Gonçalves<sup>2</sup>; Lenea Porto<sup>2</sup>; Ines Mesquita<sup>2</sup>  
*<sup>1</sup>Hospital de São Teotónio (Viseu); <sup>2</sup>Hospital de São Teotónio- Viseu*

**Introdução:** O síndrome de MoyaMoya é uma patologia cerebrovascular associada a predisposição a eventos cerebrovasculares por múltiplas estenoses das artérias intracerebrais, e consequente circulação colateral arterial que se distribui pelas várias zonas cerebrais, tais como superfície cortical e leptomeninges

**Caso clínico:** Mulher, 73 anos, com antecedentes de hipertensão, síndrome ansiosa, hipotireoidismo, dislipidemia medicada com amitriptilina, amlodipina, losartan, alprazolam, apntoprazol, rosuvastatina, escitalopram, levotiroxina, recorre aos serviços de urgência por quadro de síncope e palidez associada, com incontinência de esfíncteres. Nos dias prévios a doente tinha vindo a apresentar diminuição dos débitos urinários. Ao exame objetivo apresentava-se pouco colaborante, sem aparentes déficits ao exame objetivo

A doente realizou TAC craneoencefálica, sem evidência de lesão vascular aguda, isquémica ou hemorrágica, apenas sequela de enfarte corticosubcortical temporo-occipital esquerdo. Na Angio-TC a doente apresentava o padrão da imagem apresentado, Moya-Moya like, com preenchimento filiforme do topo das artérias cerebrais internas e artérias cerebrais médias, com hiperplasia das artérias lenticuloestriadas. Além destes achados, apresenta também múltiplas estruturas vasculares a justacorticais dispersas pelos hemisférios cerebrais, sugestivas de circulação compensatória

**Conclusão:** O reconhecimento da doença de Moya-Moya é importante, dada o maior risco de stroke nestes doentes, sendo o controlo dos fatores de risco nestes doentes especialmente relevante

## PD 10

### CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM 90 ANOS OU MAIS NO INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Inês Salvado de Carvalho<sup>1</sup>; João Barros Rodrigues<sup>1</sup>; Jéssica Fidalgo<sup>1</sup>; Joana Caires<sup>1</sup>; Maria João Baldo<sup>1</sup>; João Correia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ULS Guarda

**Introdução:** O envelhecimento da população é um fenómeno universal. Acompanhando este fenómeno, a proporção de idosos internados em Medicina Interna tem vindo a aumentar.

**Objetivo:** Caracterização da população com 90 anos ou mais internada no serviço de Medicina Interna.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, objetivo e descritivo. No presente estudo os critérios de inclusão foram: idade superior ou igual a 90 anos, internados no dia 22 de fevereiro de 2022 no Serviço de Medicina Interna de um Hospital Distrital. Não houve critérios de exclusão. Os dados foram colhidos através da consulta do processo clínico em suporte informático (S-Clinico<sup>®</sup>) e posteriormente executou-se uma análise estatística descritiva com recurso ao SPSS<sup>®</sup>.

**Resultados:** Dos 60 utentes internados na enfermaria de Medicina Interna no dia 22 de fevereiro de 2022, 19 doentes cumpriam os critérios de inclusão. Da amostra, 68.4% eram do sexo feminino, registando-se uma média de idades de 92.4 anos. A residência dos utentes foi em 78.9% o Lar, 21.1% domicílio próprio ou familiar. Em relação à autonomia dos utentes previamente ao internamento: 52.6% apresentavam dependência total, 5.3% dependência grave, 15.8% dependência moderada, 10.5% dependência ligeira e 15.8% independência. No internamento, relativamente à autonomia 78.9% apresen-

tavam dependência total, 5.3% dependência moderada e 15.8% dependência ligeira. A referência dos utentes para internamento foi em 100% dos casos do Serviço de Urgência. O tempo de internamento no momento de recolha dos dados foi em média 10.9 dias. Os diagnósticos principais: 21.1% Pneumonia, 21.1% Insuficiência Cardíaca descompensada, 10.5% Pneumonia aspirativa e 10.5% Doença Renal Crónica agudizada. A média de diagnósticos secundários foi de 8.4. Em relação ao score de polifarmácia, 10.5% score leve, 42.1% moderado, 26.3% grave e 21.1% mórbido. O número de fármaco que os doentes realizavam em ambulatório foi média de 8.5 fármacos. No dia do estudo, o número de fármacos que os doentes realizavam em internamento foi em média de 9.9 fármacos. No internamento apenas 15.7% necessitaram de avaliação do serviço social, 5,3% foram referenciados a Unidade de Cuidados Continuados. Dos utentes avaliados 68.4% não apresentavam critérios para manobras invasivas.

**Conclusões:** O aumento da esperança média de vida é uma realidade a que os cuidados de saúde se devem adaptar. Atualmente assiste-se aumento do número de doentes internados com multimorbilidades e polimedicados.

## **PD 11**

### **TENDINITE DO TENDÃO DE AQUILES BILATERAL SECUNDÁRIA A LEVOFLOXACINA EM PACIENTE IDOSO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

Maria Beatriz Barroca Bartilotti Matos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP Sines

**Introdução:** As quinolonas são antibióticos populares, considerados seguros e bem tolerados mesmo em pacientes idosos. A tendinopatia causada por quinolonas é um efeito

secundário raro e que pode ser desconhecido por muitos médicos. Assim, tendo em conta a frequente utilização destes fármacos e o risco de tendinopatia com eventual rutura de tendão, consideramos importante a apresentação do seguinte caso.

**Descrição de caso:** Homem de 77 anos, com doença renal crónica, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica e dislipidemia. Recorreu à consulta com sintomas de infeção do trato urinário, tendo sido medicado com levofloxacina. No fim do curso de antibiótico iniciou dor intensa bilateral, ao nível do tendão de Aquiles, associada a edema local, rubor e calor e limitação da marcha. O sintoma foi inicialmente negligenciado, não se tendo iniciado investigação ou terapia dirigidas. Cerca de um mês depois o doente regressou à consulta com queixas semelhantes e foi feito diagnóstico clínico de tendinite bilateral do tendão de Aquiles confirmando-se com ecografia. Iniciou-se tratamento dirigido, no entanto o doente mantém sintomas atualmente.

**Conclusão:** A tendinopatia induzida por quinolonas é uma complicação rara que pode ter uma evolução grave. O tendão de Aquiles é o local mais vezes afetado, sendo que 44% das vezes é afetado bilateralmente. O quadro clínico manifesta-se com dor súbita e severa e edema local. Os sintomas normalmente aparecem nos primeiros 6 dias e o diagnóstico é clínico.

Pessoas com mais de 60 anos, a fazer corticoides (orais ou inalados), com insuficiência renal, hemodialisados ou submetidos a transplante de órgão têm maior risco de desenvolver este efeito secundário.

O tratamento consiste em parar a quinolona e iniciar anti-inflamatórios, gelo e repouso. Em casos mais graves de rutura do tendão, pode

ser necessária cirurgia. No caso descrito, apesar de apresentar um quadro clínico típico de tendinopatia causada por levofloxacina num doente idoso e com doença renal crônica, a queixa foi inicialmente negligenciada, possivelmente por se tratar de um efeito secundário raro, por vezes desconhecido.

Assim, é importante o conhecimento deste efeito secundário, de forma a cessar a administração da quinolona e iniciar o tratamento o mais precocemente possível, devendo ser ponderada uma antibioterapia alternativa, especialmente em doentes com fatores de risco, incluindo idosos com doença renal crônica.

## PD 12

### CUIDADOS PARA A MANUTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>1</sup>;  
Vilani Medeiros de Araújo Nunes<sup>2</sup>;  
Lorraine Machado de Araújo<sup>2</sup>; Francisco Lindomar de Souza<sup>2</sup>; Isabel Pires Barra<sup>3</sup>; Luciana Araújo dos Reis<sup>4</sup>; Bárbara Cristianny da Silva<sup>5</sup>; Ana Elza Oliveira de Mendonça<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN FACISA; <sup>2</sup>Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; <sup>3</sup>UFRN; <sup>4</sup>UESB; <sup>5</sup>UFRN FACISA

**Introdução:** Em pacientes idosos hospitalizados a necessidade de obtenção e manutenção de um acesso venoso periférico é imperiosa, tanto para a administração de medicamentos, quanto para reposição de líquidos. Após a realização da punção venosa em pessoas idosas, o maior desafio aos profissionais de saúde é manter o adequado funcionamento do acesso e reduzir eventos adversos como a infecção de corrente sanguínea.

**Objetivo:** Identificar os cuidados necessários a manutenção do acesso venoso periférico em idosos hospitalizados.

**Material e métodos:** Estudo descritivo, realizado nas unidades de internação de um hospital de ensino no Nordeste do Brasil. Participaram do estudo profissionais de Enfermagem que realizaram a primeira punção venosa periférica em idosos admitidos no setor. Os dados foram coletados por meio da observação não participante do procedimento de punção, fixação do acesso e esclarecimentos de dúvidas e cuidados ao paciente e acompanhante. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa, parecer número 3.393.412.

**Resultados:** Foram observadas trinta punções venosas em idosos e seis cuidados necessários para a manutenção do acesso venoso periférico: escolher a cobertura adequada (confeccionada com material transparente e estéril) para fixar o cateter periférico; Identificar a data da punção na cobertura; Orientar o paciente e acompanhante quanto aos cuidados com o cateter e os sinais de infecção; Realizar o *flushing* antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis; Proteger o sítio de inserção e conexões com plástico impermeável durante o banho; Renovar a cobertura/fixação com técnica asséptica na presença de sujidade, umidade ou quando houver perda da integridade da mesma.

**Considerações finais:** a identificação de cuidados necessários a manutenção do acesso venoso, foi importante para aprimorar os cuidados de Enfermagem e favoreceu o compartilhamento de informações, estimulando a adoção de práticas seguras para os pacientes idosos que necessitam de acesso venoso periférico no período de hospitalização.

## PD 13

### REVISÃO DE TEMA – QUANDO A ZONA ATACA!

Rita Paraíso<sup>1</sup>; Vera Cardoso<sup>2</sup>; Pilar Sancho<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Ria Formosa, ARS Algarve; <sup>2</sup>USF Farol, ARS Algarve

**Introdução:** O *Herpes zoster* (HZ) conhecido como Zona é causado pela reativação do vírus *Varicella Zoster*. A idade avançada correlaciona-se com o aumento da vulnerabilidade do sistema imunológico, tornando o indivíduo suscetível a doenças infecciosas e consequente risco aumentado de HZ e da sua principal complicação, a nevralgia pós-herpética (NPH). O risco de desenvolver HZ é estimado de 25% a 30%, com 50% em pessoas com 80 anos ou mais. A incidência tem aumentado devido ao envelhecimento populacional, ao número crescente de imunocomprometidos e eventualmente a fatores desconhecidos. Em idosos o HZ pode gerar incapacidade de recuperar o estilo de vida e o nível de atividade anteriores ao seu desenvolvimento. A gravidade na apresentação e a depressão são os principais correlatos da carga de dor em doentes com HZ e NPH. Os idosos em situação de fragilidade beneficiam de uma avaliação cuidadosa no início do tratamento. A adoção de uma estratégia preventiva é promissora, particularmente a vacinação em grupos de idade e risco apropriados.

**Objetivos:** A presente revisão visa cobrir o tema do HZ e as suas complicações em populações idosas, incluindo tratamentos disponíveis e prevenção.

**Material e métodos:** Foi realizada pesquisa de literatura através do PubMed e Google Scholar de artigos sobre HZ na população idosa. As palavras-chave utilizadas foram “*Varicella-zoster virus*”, “*Herpes zoster*” e “*Elderly*”.

**Resultados:** A idade avançada constitui um fator de risco, sendo que os idosos constituem uma percentagem significativa da população afetada. Para subpopulações específicas, as maiores taxas de incidência foram associadas a imunocomprometidos, seguidos por indivíduos com comorbilidades. Entre as complicações, a NPH, de carácter crónico e doloroso, é uma das mais frequentes. Vasculites, complicações renais e gastrointestinais também foram relatadas. O cerne do tratamento é a precoce intervenção com aciclovir ou brivudina. Pelas queixas algicas e impacto na qualidade de vida, a gestão da dor é essencial. Para profilaxia secundária encontram-se a vacina viva atenuada contra o VZV e a vacina recombinante de superioridade custo-efetiva.

**Discussão/Conclusão:** Os estudos mais recentes documentam a carga clínica e económica de HZ e NPH em idosos. É concordante o aumento da incidência de HZ e NPH nos grupos mais idosos com superiores custos médicos, indicando que a carga do HZ aumentará no futuro próximo, a menos que estratégias preventivas sejam implementadas em populações de risco.

## PD 14

### A FRAGILIDADE DE UMA MÚSICA CHAMADA TINNITUS – UMA REVISÃO DE TEMA

Vera Cardoso<sup>1</sup>; Rita Paraíso<sup>2</sup>; Ana Luísa Vicente<sup>1</sup>; Arménio Ramos<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Farol, Centro Saúde Faro, ARS Algarve; <sup>2</sup>USF Ria Formosa, ARS Algarve

**Introdução:** Tinnitus, acufenos, ou zumbidos são sinónimos usados para descrever uma condição muito comum e incapacitante, podendo ou não estar associado à perda auditiva, e com efeitos significativos na qualidade de vida, cognição, atenção, humor e memó-

ria. É definido como sendo uma percepção do som na ausência de estímulo externo e é descrito como sendo um zumbido, clique ou assobio, podendo ou não ser pulsátil. A prevalência aumenta com a idade e a sua etiologia pode ser idiopática ou estar associada a comorbilidades como hipertensão, dislipidemia, doença cerebrovascular, diabetes mellitus, doença renal crónica, ototoxicidade, doença de Ménière ou enxaqueca.

**Objetivos:** Rever a mais recente literatura sobre a associação entre os tinnitus, a fragilidade e a qualidade de vida.

**Material e métodos:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nos motores de busca PubMed e Google Scholar com as palavras-chave “*tinnitus and frailty*” e “*tinnitus and quality of life*”, com selecção de alguns artigos datados até 2022.

**Resultados:** Embora seja uma área pouco explorada, está demonstrado que os tinnitus podem causar fragilidade psicológica, mental e cognitiva, e está directamente relacionado com sintomas de ansiedade, depressivos e insónia, podendo induzir um agravamento do estado do tinnitus em pacientes que antes o toleravam. Embora estudos mostrem não haver associação clara entre tinnitus e depressão major, a verdade é que sintomas psiquiátricos, mesmo leves, levam a um declínio da qualidade de vida, sofrimento psicológico e ideação suicida.

**Discussão/Conclusões:** Independentemente de haver ou não défice auditivo, pacientes com tinnitus relatam disfunção cognitiva como lapsos de atenção e de memória, reflectindo a diminuta capacidade de desviar a atenção dos tinnitus para outros assuntos quotidianos. A hipoacusia/presbiacusia enfraquece os controlos cognitivos e executivos, fazendo com que a memória, linguagem,

atenção e outras funções mentais sejam afectadas. Sabe-se que estes indivíduos reagem de forma mais intensa aos tinnitus. Por outro lado, é expectável que indivíduos idosos com tinnitus desenvolvam sintomas psiquiátricos com maior facilidade que os jovens.

A terapia cognitiva comportamental tem demonstrado bons resultados na melhoria na gravidade do tinnitus, das comorbilidades e dos distúrbios cognitivos, assim como um ganho importante na qualidade de vida. Um aumento da actividade física nestes indivíduos está relacionada com a diminuição da sua gravidade.

## PD 15

### “DOUTOR, NÃO CONSIGO DORMIR!”

#### A INSÓNIA NO IDOSO.

Rita Paraíso<sup>1</sup>; Vera Cardoso<sup>2</sup>; Pilar Sancho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Ria Formosa, ARS Algarve; <sup>2</sup>USF Farol, ARS Algarve

**Introdução:** A insónia continua sendo um dos distúrbios do sono mais comuns encontrados na população geriátrica, caracterizada por queixas de dificuldade em adormecer, dificuldade na manutenção do sono ou sono não reparador, produzindo sintomas diurnos significativos, incluindo dificuldade de concentração e distúrbios do humor.

**Objetivos:** Objetiva-se revisar a epidemiologia, definição e alterações relacionadas à idade na insónia, bem como fatores contributivos e estratégias não farmacológicas e farmacológicas.

**Materiais e métodos:** Uma revisão de literatura foi realizada utilizando o Google Scholar e o PubMed. Foram selecionadas as palavras-chave “*Elderly*”, “*Insomnia*” e “*Sleep disorders*”, selecionando artigos publicados entre 2015 e 2022.

**Resultados:** A prevalência da insónia é maior

nos idosos. Aproximadamente 50% apresentam queixas de dificuldade em iniciar ou manter o sono. Os sintomas de manutenção do sono são prevalentes (50% a 70%), seguidos por dificuldade em iniciar o sono (35% a 60%) e sono não reparador (20% a 25%). Múltiplas etiologias contribuem para a insônia, acrescido de que os idosos são propensos a comorbidades e polimedicação. É importante avaliar as condições médicas tratáveis e o uso de medicamentos eventualmente responsáveis pela insônia antes de iniciar farmacologia. Além disso, a triagem de distúrbios primários do sono, como síndrome da apneia do sono ou síndrome das pernas inquietas é essencial.

Existem abordagens não farmacológicas e farmacológicas. A educação em higiene do sono deve ser a primeira abordagem. Outros tratamentos não farmacológicos incluem o controle de estímulos, restrição do sono e terapia cognitivo-comportamental, que demonstrou ser útil na população idosa. Quando estas não funcionam, os tratamentos farmacológicos devem ser considerados. Os medicamentos hipnóticos devem ser usados na menor dose eficaz e com uso a curto prazo. Embora a associação entre o uso de hipnóticos e o risco subsequente de demência seja inconclusiva, vários estudos demonstraram uma associação entre o uso de benzodiazepínicos e demência subsequente.

**Conclusão:** A insônia é muito prevalente em adultos mais velhos. É perentório o uso da história clínica, exame físico e revisão terapêutica durante a avaliação. As terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais oferecem tratamento de longa duração eficaz e são recomendadas como opções de tratamento de primeira linha em comparação com medicamentos hipnóticos em adultos mais velhos.

## PD 16

### DOENÇA DE VOGT-KOYANAGI-HARADA E TUBERCULOSE – QUAL A RELAÇÃO?

Ana Rita Moreira Coutinho Gonçalves<sup>1</sup>;  
José Rui Caetano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF do Minho

A perda súbita de visão é muito alarmante e o descolamento de retina é uma das causas. A doença de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH), uma panuveíte ranulomatosa bilateral crônica e difusa, é a etiologia inflamatória mais comum de descolamento da retina serosa. É uma condição autoimune que induz a perda de melanócitos. Associa-se a alterações neurológicas (meningismo e cefaleia), alterações auditivas (zumbido e perda auditiva sensorial) e alterações dermatológicas (poliose e vitiligo). Indivíduos acima de 60 anos parecem ser mais acometidos e com mais complicações. O diagnóstico diferencial é muito amplo, devendo ser excluída história de trauma, quadro infeccioso, neoplasias ou outras doenças inflamatórias. O tratamento assenta em corticoterapia associada a fármacos imunomoduladores. O prognóstico é favorável quando prontamente tratada. Homem de 73 anos com antecedentes de DM tipo 2, HTA, dislipidemia e hipertrofia benigna da próstata. Fez a 3ª toma da vacina contra a Covid-19 em 12/2021. A 17/01/2022 iniciou quadro de miodesópsias e perda de visão súbita, associado a hipoacusia bilateral e acufeno pulsátil 4 dias depois. A 22/01 foram objetivados descolamentos neurosensoriais da retina no fundo do olho, confirmados pela OCT, tendo sido iniciada dexametasona colírio e deflazacorte 30mg. Foi ainda objetivada perda auditiva no audiograma. O estudo analítico complementar, incluindo estudo imunológico, foi negativo, assim como o rastreio de HIV, sífilis e toxoplasmose. Em consulta

com o seu Médico de Família (MF) a 28/01 foi solicitada RMN cerebral por suspeita de causa central, que não mostrou alterações de relevo. Perante o estudo realizado até então, o diagnóstico mais provável considerado foi de doença de VKH, pelo que foi iniciada prednisolona 1mg/kg/dia e azatioprina 25mg. Foi também realizado rastreio de sarcoidose e tuberculose para diagnóstico diferencial. A 8/02 o teste IGRA veio positivo, tendo sido assumido tuberculose latente em consulta no Centro de Diagnóstico Pneumológico a 15/03, pelo que foi iniciada isoniazida 300mg. Em consulta de reavaliação com o MF a 16/03 referia recuperação praticamente completa das queixas auditivas e visuais.

O diagnóstico da doença de VKH é clínico, mas há diagnósticos diferenciais necessários de excluir, nomeadamente tuberculose. Apesar do teste IGRA positivo, o quadro clínico e a resposta à corticoterapia fortalecem o diagnóstico de doença de VKH. Questiona-se o papel da vacina contra a Covid-19 no despoletar da doença.

## PD 17

### PERDA DE MASSA MUSCULAR E OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>1</sup>; Mayara Priscilla Dantas Araújo<sup>2</sup>; Vilani Medeiros de Araújo Nunes<sup>2</sup>; Luciana Araújo dos Reis<sup>3</sup>; Ana Elza Oliveira de Mendonça<sup>2</sup>; Maria Eduarda Silva Dias<sup>1</sup>; Mahyara de Melo Santiago<sup>1</sup>; Gilson de Vasconcelos Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UFRN FACISA, <sup>2</sup> UFRN, <sup>3</sup> UESB

**Introdução:** A senescência é acompanhada por mudanças na composição corporal, como a perda de massa muscular. Essa perda compromete a força muscular do idoso, aumentando o risco de quedas, sobretudo em idosos que residem em instituições de longa

permanência (ILPI), tornando este evento um grave problema de saúde pública devido levar a eventos como fraturas, hospitalização e declínio funcional.

**Objetivo:** Este estudo buscou analisar a associação entre a perda de massa muscular e ocorrência de quedas em pessoas idosas institucionalizadas.

**Material e métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em oito ILPI da região metropolitana de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. A população do estudo foi composta pelos idosos residentes destas instituições. Os dados foram coletados da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), entre os meses de fevereiro e dezembro de 2018. A variável dependente deste estudo foi o perímetro da panturrilha, classificado em: perda de massa muscular (< 31 cm) e sem perda de massa muscular (>32 cm) e as independentes o histórico de quedas e de fratura decorrente da queda. Foram realizados o teste qui-quadrado de Pearson e regressão logística para obter o odds ratio (OR), considerando o intervalo de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ), utilizando-se o software SPSS versão 21.0.

**Resultados:** Dos 250 avaliados, 49,2% apresentaram perda de massa muscular, sendo a maioria do sexo feminino (74,0%) e com idade superior a 80 anos (63,4%). Foi observada predominância de idosos que sofreram quedas (74,2%), destes, 43,9% apresentaram perda de massa muscular. Foi encontrada associação significativa entre a manutenção da massa muscular e a não ocorrência de quedas ( $p = 0,016$ ). A queda levou a fraturas em 58,8% dos idosos que apresentaram perda de massa muscular. Foi identificado risco aumentado para fraturas em idosos com perda de massa muscular (OR = 1,7, IC95% 1,1-

2,5,  $p = 0,017$ ).

**Discussão/Conclusões:** Não foi identificada associação entre a ocorrência de queda e a perda de massa muscular em idosos institucionalizados. Porém, foi observado que os idosos com perda de massa muscular apresentam maior risco para fraturas em decorrência da queda. Ações voltadas para manutenção da massa muscular torna-se imprescindível nas ILPI, a fim de evitar a ocorrência de quedas e seus eventos adversos, que podem acarretar numa maior dependência da pessoa idosa.

#### **PD 18**

### **“DOUTOR, NÃO CONSIGO ERGUER OS BRAÇOS!”**

Mariana S. Oliveira<sup>1</sup>; André Fonseca<sup>1</sup>; Daniela Alves<sup>1</sup>; Solange Moreira<sup>1</sup>; Ana Margarida Duarte<sup>1</sup>;

Celina Pires Rosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP Belmonte

**Introdução:** A polimialgia reumática é uma doença inflamatória que afeta principalmente adultos com mais de 50 anos. É caracterizada por rigidez matinal e dor na região cervical e cinturas escapular e pélvica, bilateralmente. Analiticamente, associa-se frequentemente ao aumento dos parâmetros inflamatórios, nomeadamente velocidade de sedimentação (vs) e proteína C reativa (PCR). A polimialgia reumática é um diagnóstico desafiante, uma vez que os sintomas se enquadram em diversas patologias osteoarticulares, exigindo um elevado grau de suspeição clínica.

**Descrição do caso:** Utente do sexo feminino, de 78 anos de idade, recorreu à consulta aberta do seu centro de saúde, por quadro de cervicalgia, omalgia bilateral e dor a nível das articulações coxofemorais com cerca de um mês de evolução. As queixas surgiram de uma forma súbita, caracterizando-se por

rigidez matinal com duração de cerca de 30 minutos e agravamento com a mudança de posição durante a noite. Apresentava dificuldade em tarefas que implicassem a elevação dos membros superiores (como vestir e despir), a realização de atividades de vida diária e cansaço para pequenos esforços. Por iniciativa própria, a utente iniciou aplicação de anti-inflamatório tópico durante 2 semanas, sem alívio. De seguida, iniciou diclofenac 50mg, 3 vezes por dia durante 7 dias, com melhoria ligeira. Nessa altura, tentou reduzir a dose de anti-inflamatório, o que a levou a recorrer à consulta por novo agravamento. Como antecedentes pessoais de relevo, apresentava osteoporose e tireoidectomia total. Dado o quadro clínico, assumiu-se a hipótese diagnóstica de polimialgia reumática. Nesse sentido, solicitou-se avaliação analítica e posteriormente iniciou prova terapêutica com deflazacorte 30 mg. Foi reavaliada telefonicamente 5 dias depois, com melhoria da sintomatologia. Analiticamente apresentava leucocitose e aumento da PCR e vs. Referenciou-se a consulta de Reumatologia, na qual mantém seguimento, onde foi confirmada a hipótese diagnóstica.

**Conclusão:** A patologia osteoarticular é umas das causas mais frequentes de procura dos Cuidados de Saúde Primários, tendo o médico de família um papel primordial no seu diagnóstico diferencial, para uma orientação precoce e adequada, com melhoria da qualidade de vida e do prognóstico do doente. Dado o antecedente de osteoporose nesta doente, é importante avaliar e tratar os efeitos da corticoterapia nesta patologia.

## PD 19

### O PARADIGMA DO USO DE ANTIPSICÓTICOS NAS DEMÊNCIAS

Cassilda Pinto<sup>1</sup>; Inês Candeias<sup>1</sup>; Carlos Rebelo<sup>1</sup>; Mónica Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Raia Maior

**Introdução:** O uso dos antipsicóticos constitui um desafio constante, em particular, no idoso polimedicado e com múltiplas comorbilidades. O envelhecimento populacional tende a aumentar, assim como a prevalência de transtornos neuro-psiquiátricos na terceira idade – quadros confusionais e demências. Neste sentido, o uso destes psicofármacos tornou-se uma prática corrente nesta faixa etária.

**Objetivos:** Rever os critérios e cuidados na utilização de antipsicóticos nas demências

**Material e métodos:** Revisão não sistemática da literatura. A pesquisa foi realizada na PUBMED e NCBI com os termos “idosos”, “demências” e “antipsicóticos”. Foram utilizados os livros “Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas” e “Geriatría Fundamental”, bem como dados do INFARMED sobre o uso de antipsicóticos em Portugal. Os critérios de *Beers*, *STOP (Screening Tool of Older Person’s Prescriptions)*/ *START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment)* e a norma da DGS “Utilização clínica de antipsicóticos 024/2011” também foram incluídos na revisão.

**Resultados:** São apresentadas recomendações relativamente ao uso adequado de antipsicóticos nas demências e os potenciais efeitos secundários, decorridos do seu uso. Atendendo ao mecanismo de ação destes psicofármacos e ao potencial de interação medicamentosa, a escolha dos antipsicóticos deve ser criteriosa, variar, de acordo, com

as comorbilidades do doente e ter a menor duração possível até controlo das alterações neuropsiquiátricas.

**Discussão/Conclusão:** Nos idosos, além da pluripatologia e da plurimedicação, o incumprimento terapêutico e automedicação constituem desafios constantes na prática clínica. Na administração de antipsicóticos, o cuidado deve ser redobrado, pelo maior risco de reações adversas nesta faixa etária. Uma avaliação holística e individualizada, prévia à instituição terapêutica destes psicofármacos, nomeadamente, a nível cardiovascular, metabólica, renal e hepática torna-se crucial. De uma maneira geral, salvo algumas exceções, o uso de antipsicóticos atípicos deverá ser privilegiado e a sua escolha dependerá da demência estabelecida.

## PD 20

### QUEM SÃO OS DOENTES REFERENCIADOS PARA UMA EQUIPA INTRAHOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS?

André Filipe Ribeiro<sup>1</sup>; Eunice Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHEDV

Com o envelhecimento da população, observa-se a crescente incidência de doenças crónicas e de outras comorbilidades. Este fenómeno influencia a demanda e o tipo de cuidados de saúde procurados, refletindo-se na necessidade de os sistemas de saúde reajustarem a sua oferta. As Equipas IntraHospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças incuráveis e progressivas. A referenciação precoce para Cuidados Paliativos (CP) tem um impacto positivo no potencial do seu acompanhamento, diminuindo a hospitalização e a procura de serviços de saúde. Pretende-se analisar a referenciação de doentes para uma EIHSCP

com um estudo de incidência retrospectivo, consultando o registo clínico nos 60 dias anteriores à data da colheita de dados.

Com um total de 97 referências, 48 surgiram durante episódios de internamento, 41 em consulta externa e 8 no serviço de urgência. A responsabilidade da referência foi das especialidades de Medicina interna (n = 29), Oncologia (n = 18) e Cirurgia geral (n = 17). Com mediana de idades de 77, 81% dos doentes têm como diagnóstico patológico oncológica, síndrome de idoso frágil (n = 5) ou outras doenças. Na colheita de dados, 30 doentes tinham falecido, tendo a maioria sido referenciada do internamento (n = 22), com uma mediana de 5 dias entre a data de referência e o óbito. Referenciados em internamento e ainda vivos, 17 tiveram alta para o domicílio, 6 continuam internados e os restantes foram transferidos.

A referência para a EIHSOP é predominantemente relativa a doentes idosos com diagnóstico de doença oncológica em estado avançado. No período em estudo, 31% dos doentes sinalizados faleceram num curto intervalo de tempo, sugerindo que a sua referência poderá ter sido tardia. Sensibilizar para a referência precoce poderá significar uma melhoria dos cuidados prestados e consequentemente nos resultados. A síndrome do idoso frágil é diagnóstico para referência, evidenciando valorização das necessidades da pessoa idosa com doenças associadas. É uma oportunidade para intervenção individualizada e personalizada dos CP, promovendo a qualidade de vida destes doentes, com o objetivo de um impacto positivo também nos seus cuidadores. O domicílio é o principal destino após o momento da alta, pelo que o acompanhamento em ambulatório, designadamente pelas equipas de CP, é

determinante na manutenção da qualidade de vida das pessoas com este tipo de doenças incuráveis.

## PD 21

### MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO DE PROXIMIDADE: ANÁLISE CASUÍSTICA DA COMUNIDADE

Linda Costa<sup>1</sup>; Teresa Vaio<sup>2</sup>; Margarida Araújo<sup>3</sup>; Artur Carvalhinho<sup>2</sup>; Raquel Marques<sup>2</sup>; Ana Rosas<sup>2</sup>; Ana Henriques<sup>2</sup>; Luís Claro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UCSP Cantanhede; <sup>2</sup>Hospital Arcebispo João Crisóstomo; <sup>3</sup>USF Salusvida

**Introdução:** Numa população como a portuguesa, em que o envelhecimento e a elevada prevalência de doenças crónicas determinam o aumento da necessidade de recurso aos cuidados de saúde, impõe-se ao SNS dar a resposta necessária face às necessidades dos utentes idosos, nomeadamente relativamente à acessibilidade. Numa abordagem multidisciplinar centrada na pessoa idosa, inserida na comunidade, realizou-se um projeto em que, mensalmente, foram mobilizados 2 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e 1 médico de um hospital para a realização de meios complementares de saúde em utentes de unidades de cuidados de saúde primários (CSP), cujos pólos se situam na periferia do concelho. Pretende-se, com este trabalho, caracterizar a população utilizadora dos Meios Complementares de Diagnóstico (MCD) de proximidade.

**Métodos:** Estudo observacional casuístico. População-alvo: utentes que realizaram MCD de proximidade (análises clínicas, eletrocardiograma e/ou ecografia de tecidos moles) inscritos nas unidades de saúde dos autores, entre 1 de abril e 31 de dezembro de 2021. Amostra: 243 utentes Variáveis: dados socio-demográficos e clínicos Fonte: processo clí-

nico electrónico (SClínico e RSE) Tratamento estatístico: Microsoft Excel.

**Resultados:** Idade média: 65 anos; 60% amostra com idade igual ou superior a 65 anos. Residência: 98 % residem em freguesias do Concelho. As análises clínicas revelam-se o MCD mais solicitado (71%). As patologias mais prevalentes nos utentes acima dos 65 anos são: hipertensão arterial (80%), dislipidemia (71%), patologia osteoarticular (46%), obesidade (38%), doença neurocognitiva (32%). Constatou-se mobilidade reduzida em 26% dos utentes.

**Discussão/Conclusão:** Os utentes maiores de 65 anos evidenciam uma maior percentagem de co-morbilidades que podem condicionar a mobilidade e comprometer o acesso aos serviços de saúde para acompanhamento e realização de MCD. No futuro, demonstra-se pertinente aprofundar o estudo sobre as diferentes condições de acessibilidade e grau de adesão e satisfação dos utentes com a contínua implementação e disseminação desta prática, que visa uma maior equidade, conforto e menor tempo de espera no acesso aos cuidados de saúde dos utentes que vivem à periferia. Esta articulação entre os CSP e hospitalares pretende dar resposta às necessidades centradas no utente idoso, numa atitude de melhoria da qualidade do SNS, bem como de rigor e responsabilidade na gestão do bem público.

## PD 22

### AS ESTATINAS CAUSAM DIABETES: QUAL A EVIDÊNCIA?

Carolina Esteves Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Almonda, ACES Médio Tejo

**Introdução:** As estatinas constituem a primeira linha no tratamento da dislipidemia na redução do risco cardiovascular (CV). No entanto, evi-

dências recentes sugerem que o seu uso esteja associado a um risco acrescido de diabetes. **Objetivos:** Determinar o potencial diabetogénico das estatinas.

**Material e métodos:** Revisão baseada na evidência com critérios de inclusão segundo a metodologia PECO: População – adultos com dislipidemia, Exposição–estatinas; Controlo–placebo; *Outcome*–diabetes de novo. Pesquisar-se- *guidelines*, revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos controlados e aleatorizados (ECAs), em língua inglesa, publicados nos últimos 5 anos, nas bases de dados: *National Guideline Clearinghouse*, NICE, MEDLINE, Trip Database e PubMed. Utilizaram-se os termos não MeSH: “*statins*”, “*new-onset diabetes*”. Para atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR) usou-se a escala SORT.

**Resultados:** Obtiveram-se 194 artigos na pesquisa. Após remoção de duplicados, exclusão pelo título/resumo e pelo cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos foram selecionadas 5 publicações. A evidência sugere que as estatinas aumentam o risco de DM de novo em ensaios clínicos com duração até 5 anos, sobretudo em indivíduos com fatores de risco para DM (IMC  $\geq 30\text{Kg/m}^2$ , GJ  $\geq 100\text{ mg/dL}$ ; síndrome metabólica ou HbA1c  $\geq 6\%$ ) e uso de estatinas de maior intensidade (FR 1, NE B). O risco está maioritariamente limitado a doentes com múltiplos fatores de risco para DM. A *guideline* recomenda antes do início do tratamento com estatinas identificar potenciais fatores de risco individuais que predisponham a efeitos adversos, nomeadamente DM; naqueles com maior risco, recomenda-se manter o tratamento com ênfase na adesão, benefício clínico e medidas de estilo de vida (FR 1, NE B). **Discussão:** As estatinas parecem aumentar o

risco de diabetes (FR 1, NE B) por mecanismos ainda pouco conhecidos. Parece haver uma forte associação com indivíduos mais suscetíveis para DM que cruzam o limiar após iniciar a terapêutica. Apesar de tudo, os benefícios na redução de eventos CV das estatinas ultrapassam os potenciais riscos de efeitos adversos. Devemos avaliar sempre individualmente a relação risco/benefício e promover medidas de estilo de vida (FR 1, NE B). O risco acrescido de DM não deve limitar o seu uso ou suspensão, embora seja prudente tanto aumentar os esforços na prevenção da DM, como vigiar de forma apertada os que se encontram em maior risco de desenvolvimento desta patologia.

## PD 23

### E DEPOIS DO CANCRO DA MAMA?

#### – ABORDAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Carolina Esteves Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Almonda, ACES Médio Tejo

**Introdução:** O cancro da mama é a neoplasia mais comum nas mulheres (1% nos homens) em todo o mundo. Anualmente em Portugal são detetados cerca de 7.000 novos casos. Com o aumento da esperança média de vida a tendência destes números é crescente. O cancro da mama precoce ou operável é considerado potencialmente curável, com uma sobrevida aos 5 anos de praticamente 90%. A grande maioria acabará por ter alta para o seu médico de família após completar tratamento ativo primário local/regional.

**Objetivos:** Abordar e orientar o MF no seguimento a longo prazo de adultos recuperados de neoplasia da mama; aumentar a qualidade da avaliação e acompanhamento nos CSP, identificando complicações tardias decorrentes do tratamento e doença.

**Material e métodos:** Pesquisados artigos de revisão e *guidelines* em National *Guideline* Clearinghouse, NICE, Trip Database e Pubmed, publicadas desde 2016, em língua inglesa, de acesso livre, com os termos não MeSH “*breast cancer survivor follow up late complications*”.

**Resultados:** Obteve-se um total de 225 artigos, dos quais foram selecionadas, após leitura integral, 2 *guidelines* clínicas da *German Cancer Society/German Cancer Aid* (2021) e *American Cancer Society (ACS)/American Society of Clinical Oncology (ASCO)* (2016). Baseado nos artigos considerados foram agrupadas as recomendações no que concerne à avaliação e gestão dos efeitos físicos e psicossociais a longo prazo e tardios do cancro da mama e tratamento, nomeadamente:

1. Imagem corporal;
2. Linfedema;
3. Cardiotoxicidade;
4. Disfunção cognitiva;
5. Depressão e ansiedade;
6. Cansaço;
7. Osteoporose;
8. Dor;
9. Neuropatia;
10. Infertilidade e sexualidade;
11. Menopausa prematura/afrontamentos.

**Discussão:** Os sobreviventes de cancro da mama merecem seguimento adequado e dirigido a longo prazo no que respeita ao surgimento de complicações tardias decorrentes da própria doença e seu tratamento, risco esse que permanece indefinidamente.

Os médicos de família devem conhecer e identificar estas situações o mais precocemente para que sejam adequadamente orientadas e atenuadas.

## PD 24

### FRAGILIDADE DE IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>1</sup>; Cláudia Mendes da Silva<sup>2</sup>; Felismina Rosa Parreira Mendes<sup>3</sup>; Luciana Araújo dos Reis<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UFRN FACISA; <sup>2</sup>PPG Scol UFRN; <sup>3</sup>Universidade de Évora; <sup>4</sup>UESB

**Introdução:** Embora o envelhecimento não seja sinônimo de adoecimento, a idade avançada ocasiona alterações físicas e mentais que, na sua maioria, geram consequente diminuição gradual da capacidade funcional. Essas mudanças estão estreitamente relacionadas à fragilidade, o que torna os indivíduos mais vulneráveis a danos, acarretando maiores demandas sociais, físicas e psicológicas. **Objetivos:** Avaliar a fragilidade de idosos e fatores associados no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

**Material e métodos:** Trata-se de um estudo de revisão, que foram selecionados artigos disponíveis nas bases de dados *Library of Medicine* (PUBMED) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), tendo como descritores os termos “*Elderly*”, “*functional status*” e “*fragility*”.

**Resultados:** A fragilidade física constitui uma síndrome geriátrica que pode contribuir para quedas e limitações funcionais. Destaca-se a idade avançada, situação socioeconômica desfavorável, estado nutricional, depressão e autoavaliação ruim da saúde como fatores associados à fragilidade, enquanto a sarcopenia e o declínio cognitivo constituem as apresentações mais comuns. Faz-se necessário a ampliação do cuidado ao idoso multidimensionalmente e de forma interdisciplinar, atuando de maneira preventiva e com vistas

a uma melhor qualidade de vida, sobrepondo-se às incapacidades e aos limites alusivos à idade. A identificação de idosos frágeis no âmbito da APS é fundamental para o planejamento das ações, subsidiando a prática assistencial dos profissionais da equipe que considerem as necessidades da pessoa idosa por meio da identificação precoce dos determinantes de fragilidade.

**Discussão/conclusões:** Considerando a rotina dos serviços de saúde, é possível observar que a avaliação global do idoso ainda é uma prática pouco realizada, talvez pela falta de difusão dos instrumentos que norteiam essa avaliação ou pelo foco da atenção estar sempre voltado à doença. Dessa forma, reconhecer antecipadamente os possíveis problemas que afetam a capacidade funcional do idoso, auxilia no planejamento de estratégias para prevenir ou retardar limitações, proporcionando um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

## PD 25

### BLUMBERG DUVIDOSO – À TERCEIRA FOI DE VEZ

Mariana Cruz e Castro<sup>1</sup>; Pedro Gomes<sup>1</sup>;

Cláudia Vicente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Araceti

A dor abdominal é a queixa mais comum na população geriátrica e pode ter várias causas, pelo que o seu diagnóstico é um grande desafio.

Senhora de 80 anos, reformada, com família alargada e classe III de Graffar. Antecedentes pessoais: HTA, dislipidemia, DRC estágio 2. Medicação habitual: losartan 100 mg id, sinvastatina 40mg id e pregabalina 75mg id e tramadol 37,5mg/paracetamol 325mg em SOS.

Em 09/2021 foi à consulta de intersubstitui-

ção da USF por dor abdominal com uma semana de evolução (D7), inicialmente difusa e que agora se localizava na fossa ilíaca direita (FID), com agravamento desde o dia anterior e ligeiro alívio com a prece maometana, associada a obstipação, anorexia e disúria. Apresentava abdómen difusamente doloroso e blumberg aparentemente positivo. Fez tira teste de urina com sangue +, leucócitos e nitritos negativos. Foi encaminhada para o serviço de urgência (SU), para exclusão de causas de ventre agudo, como apendicite. No SU fez análises: leucócitos  $12.98 \times 10^9/L$  e PCR  $129.75 \text{ mg/dl}$  e sumária de urina com 250 eritrócitos/ml, 25 leucócitos/ml e sem nitritos. Pensaram numa infeção urinária e foi medicada com ácido clavulânico  $125 \text{ mg/ amoxicilina } 500 \text{ mg } 3 \text{ id } 8 \text{ dias}$ . Após uma semana (D15), volta ao SU por manter dor. Repetiu estudo analítico: leucócitos  $15.8 \times 10^9/L$ , neutrófilos  $12.3 \times 10^9/L$ , PCR  $69.88 \text{ mg/dl}$  e sumária de urina com  $>20$  eritrócitos/campo. Foi medicada com laxante, metronidazol  $500 \text{ mg } 3 \text{ id}$  e probiótico e foi sugerida colonoscopia em ambulatório. Passados 5 dias (D20), recorreu ao SU por manter dor abdominal associada a um vômito. Apresentava desconforto à palpação de todo o abdómen e dor na FID, onde se palpava uma zona de empastamento, com esboço de defesa. Nas análises tinha leucócitos  $22 \times 10^9/L$  e PCR  $8.48 \text{ mg/dl}$ . Fez ecografia e TC abdominal que revelaram uma coleção heterogénea em relação com abscesso, por apendicite perfurada ou por quisto/abscesso anaxial. Ficou internada e iniciou piperacilina/tazobactam e metronidazol. Teve alta ao 5º dia com metronidazol  $500 \text{ mg } 3 \text{ id}$  e ciprofloxacina  $500 \text{ mg } 2 \text{ id } 8 \text{ dias}$ , com posterior resolução do quadro.

O doente geriátrico nem sempre apresenta sintomas típicos, podendo apresentar clínica

frustre em casos de doença abdominal grave. Além disso, alguns fármacos usados pelos idosos, como corticosteroides, AINEs e opiáceos, podem diminuir/alterar a sua resposta à doença, dificultando o diagnóstico. Assim, é essencial estar atento à variabilidade clínica dos idosos, de modo a aperfeiçoar o seu atendimento e posterior orientação.

## PD 26

### DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO RISCO E INCIDÊNCIAS DE QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA PORTUGUESA, BEM COMO VALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO ATUAIS

André Ribeiro<sup>1</sup>; Daniela Alves<sup>1</sup>;

José Eduardo Albuquerque e Sousa<sup>1</sup>;

Jorge Nuno Madureira<sup>1</sup>; Raquel Cruz Nunes<sup>1</sup>;

Jorge Lains<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Medicina de Reabilitação da Região

Centro - Rovisco Pais

**Introdução:** O envelhecimento, no seu processo natural, desencadeia inúmeras alterações degenerativas que tornam a pessoa idosa mais frágil e vulnerável aquando dos desafios quotidianos, resultando no aumento de riscos, nomeadamente quedas.

No período entre 2010-2018, segundo dados epidemiológicos da base de dados de morbilidade dos hospitais portugueses ocorreram 383.016 entradas no serviço de urgência devido a quedas, correspondendo a 344.728 doentes. Deste total, 66% corresponderam a indivíduos  $> 65$  anos. Perante tal cenário, medidas de identificação e prevenção de quedas deverão constituir uma aposta fundamental nas estratégias dos cuidados de saúde primários.

**Objetivos:** Esta revisão tem como objetivo a identificação do impacto do número de admissões por quedas, nos cuidados hospitalares portugueses, bem como a identifica-

ção da evidência de potenciais medidas de prevenção, passíveis de ser aplicadas a nível comunitário.

**Material e métodos:** Revisão constituída por artigos com relevância na aquisição de dados referentes, datados entre 2005 e 2021, presentes na base de dados científica Pubmed.

**Resultados:** Após revisão é possível destacar com grau de recomendação 1 e nível de evidência A, a eficácia de um programa de abordagem multifatorial, incluindo. Estratificação de risco, programas de reconciliação terapêutica em indivíduos detentores de medicação psicotrópica ou cardiovascular, educação para a prevenção de quedas, criação de programas com enfoque em exercícios de flexibilidade, resistência e equilíbrio, intervenção a nível do calçado e visão, adaptação do ambiente e abordagem da osteoporose e risco de fratura.

A aposta na formação em estratégias de prevenção de quedas obteve resultados benéficos aquando implementação aos profissionais de saúde, expandindo a sua confiança e aplicabilidade destes conhecimentos.

Por fim a recomendação no uso de suplementação com vitamina D e cintos anti-quedas, demonstraram resultados controversos ao longo de vários estudos, não sendo de momento globalmente recomendado nas principais *guide-lines*.

**Discussão/Conclusões:** Á luz do impacto social e económico que a queda no idoso representa e com o progressivo envelhecimento demográfico, a relevância na criação de mecanismos próprios de avaliação e modificação de fatores de risco, através de estratégias evidenciadas, detém uma importância crescente no panorama de saúde nacional, refletindo a importância da disciplina de geriatria na mitigação desta evolução.

## PD 27

### UM PANORAMA DA INFLUÊNCIA DA PANDEMIA NO ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS

Rian Vilar Lima<sup>1</sup>; Luana Lima Barroso<sup>1</sup>;  
Maria Clara Apolônio Pinheiro<sup>1</sup>;  
Márcia Gomes Marinheiro Coelho<sup>1</sup>;  
Afonso Henrique Costa de Oliveira<sup>1</sup>;  
Alexandre Saboia Augusto Borges Filho<sup>1</sup>;  
Ana Lara Vieira Soares<sup>1</sup>; Ana Vitória Costa de Oliveira<sup>1</sup>;  
Antônio Valterno Nogueira Pinheiro Filho<sup>1</sup>;  
Tayenne Nelly de Lucena Viana<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza

**Introdução:** A pandemia de Covid-19 teve importante impacto no descontrolo de doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, principalmente entre os idosos.

**Objetivos:** Conhecer as causas que levaram ao descontrolo de doenças crônicas durante a pandemia entre os idosos e propor intervenções para as consequências da COVID-19, para além da virose em si.

**Material e métodos:** Realizado estudo transversal, por meio de análise de relatórios selecionados segundo a temática abordada, a partir de visitas domiciliares, realizadas por académicos de Medicina do segundo semestre, sob supervisão docente, em comunidades de baixa renda na capital do Ceará. Ao todo, foram realizadas visitas a sete famílias distintas, nas quais eram coletados os dados e posteriormente, realizado o planeamento de intervenções a fim de melhorar a saúde dos idosos.

**Resultados:** Foram encontrados três motivos principais, que favoreceram o descontrolo de condições crônicas nesse contexto. O primeiro, relatado por 71% dos entrevistados, foi a perda da longitudinalidade nos serviços de

Atenção Primária, contribuindo para o retardo na procura por atendimento e pela fragilidade do vínculo médico-paciente, levando à dificuldade na manutenção do tratamento. O segundo motivo, presente em 57% dos lares, mas provavelmente subestimado devido à resistência dos entrevistados em falar do tema, foi a dificuldade na manutenção de hábitos saudáveis em decorrência da situação socioeconômica, limitando a aquisição de alimentos saudáveis. Além disso, foi relatado ainda, o medo de se exercitar na rua devido a piora da violência. Como terceiro motivo, prevalente em 57% dos relatos, o impacto psicológico derivado do isolamento, desencadeando compulsão alimentar, tabagismo e o excesso de trabalho, como válvula de escape. As intervenções se concentraram em: dieta DASH, tentativa de recuperação da longitudinalidade e recomendação de exercício em áreas seguras.

**Discussão/Conclusões:** A pandemia tornou ainda mais complexo o manejo de condições crônicas em idosos, tornando necessária uma abordagem mais empática, integral, individual e coletiva. Ademais, as intervenções executadas pelos estudantes pareceram ter bons resultados, porém faltam estudos sobre orientações dietéticas voltados a idosos de baixa renda para tornar essa alternativa, comprovadamente eficaz, mais viável para um maior número de sexagenários na atual conjuntura.

## PD 28

### OS EFEITOS DA PANDEMIA NA SAÚDE MENTAL DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA

Luana Lima Barroso<sup>1</sup>; Rian Vilar Lima<sup>1</sup>;  
Maria Clara Apolônio Pinheiro<sup>1</sup>;  
Márcia Gomes Marinheiro Coelho<sup>1</sup>;  
Maria Rita Sousa Soares<sup>1</sup>; Pedro Arnaud Galdino<sup>1</sup>;  
Pedro Roa Appio<sup>1</sup>; Sarah Almeida Sales de Oliveira<sup>1</sup>;  
Sarah Cruz de Santana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza

**Introdução:** Os idosos, especialmente aqueles pertencentes a territórios de maior vulnerabilidade socioeconômica, constituem o maior grupo de risco para COVID-19 e, nesse aspecto, é de suma importância que essa parcela da população tenha cuidados redobrados, como o distanciamento social, o que por outro lado, compromete a sua saúde mental. **Objetivos:** Conhecer os motivos que levaram a um agravamento na saúde mental de idosos durante a pandemia e propor intervenções a fim de diminuir esses impactos no grupo em questão.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo transversal, a partir da coleta e análise de 07 relatos de visitas domiciliares em famílias com idosos, residentes em uma área de vulnerabilidade socioeconômica em Fortaleza-CE, no período de outubro de 2021. As visitas foram realizadas por acadêmicos de Medicina, sob supervisão docente.

**Resultados:** Após as análises, observou-se a predominância de três fatores principais durante a COVID-19, que influenciaram de forma direta no bem-estar biopsicossocial dos idosos. Primeiro: a influência, negativamente, da família no psicológico dos pacientes, correspondendo a 57,14%, desencadeando um gatilho estressante para os senis que, por conviverem intensamente com os familiares

durante o cenário pandêmico, muitas vezes enfrentaram conflitos intradomiciliares. Segundo: o isolamento social diminuiu o contato com amigos e vizinhos, para 42,85% dos entrevistados, levando a quadros de depressão e ansiedade, por parte dos idosos que, embora tenham a convivência familiar, necessitam de mais vivências e de momentos de lazer. Terceiro: para 42,85% dos idosos, a diminuição da prática de exercícios físicos, que beneficiam a sua saúde mental, foi também afetada devido às restrições do funcionamento de serviços não essenciais e também, ao aumento da violência nas comunidades, cerceando a prática de atividades em ambientes abertos.

**Discussão/Conclusões:** Durante a COVID-19 observou-se a influência negativa na qualidade de vida dos idosos em vulnerabilidade socioeconômica, necessitando de uma abordagem mais engajada para a reversão dos problemas. A intervenção dos alunos foi eficaz para a diminuição dos entraves encontrados no cotidiano dos idosos durante o isolamento social, fortalecendo a pactuação e autonomia deles. Entretanto, atesta-se a importância de mais estudos voltados para um atendimento interprofissional para os senis a fim de proporcionar um maior bem-estar após os desafios enfrentados nesse contexto adverso.

## PD 29

### ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Daniela R Alves<sup>1</sup>; Rosa Jorge<sup>1</sup>; João Fonseca<sup>1</sup>; André Ribeiro<sup>2</sup>; Paula Mesquita<sup>1</sup>; Marta Riquito<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga; <sup>2</sup>Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro

**Introdução:** As benzodiazepinas são dos ansiolíticos mais utilizados na população geriátrica, grupo vulnerável a estes fármacos devido a alterações na farmacodinâmica e

farmacocinética relacionadas com a senescência habitual do corpo humano. Muitos efeitos adversos incluem quedas, alterações cognitivas ou sedação.

Apresento um caso clínico que demonstra os efeitos negativos que as benzodiazepinas podem ter no idoso, bem como a dificuldade em avaliar estes doentes no serviço de urgência.

**Descrição do caso:** Homem, 91 anos, admitido inconsciente no Serviço de Urgência (escala de coma de Glasgow 3). Trata-se de um doente com risco vascular elevado, nomeadamente com Diabetes Mellitus tipo2, Dislipidemia e Obesidade, portador de Pacemaker e Fibrilhação Auricular. Medicado com anticoagulante oral, antidiabético e antiarritmico.

Objetivamente, apresentava-se bradipneico, com padrão ventilatório abdominal e superficial, com saturações periféricas de Oxigénio de 80% com uso de Máscara de Alto Débito; sinais de disfunção neurológica com pupilas isométrica, não reativas e hipotonia generalizada. Na gasometria inicial destacava-se acidemia respiratória e hipercapnia (pH 6,87; pCO<sub>2</sub> 111; pO<sub>2</sub> 61; HCO<sub>3</sub>- 20; Lactatos 5,6). Abordou-se como sendo inicialmente um quadro irreversível, em doente não candidato a medidas de suporte invasivas, tendo sido privilegiado o conforto do doente.

Foi posteriormente recolhida história clínica: tratava-se de um doente que, apesar da idade, ainda vivia sozinho, autónomo nas Atividades de Vida Diária Básicas e Instrumentais. Teria recorrido ao Médico Assistente uns dias antes com queixas de toracalgia, assumida como ansiedade pelo que foi prescrito Loflazepato de etilo para fazer em SOS. No dia anterior à admissão, o doente terá feito mais esforços que o habitual, com agravamento da dor e administração do fármaco.

Foi então assumida intoxicação por benzodia-

zepinas com recuperação parcial do estado de consciência após administração do anti-doto.

**Conclusão:** Os psicofármacos são potencialmente prejudiciais para a população geriátrica, no entanto continua a ser muito utilizada. É importante ponderar as vantagens e desvantagens da sua utilização e monitorizar de perto os seus efeitos.

A alteração medicamentosa recente deve ser considerada em idosos que se apresentem com alterações do estado de consciência no Serviço de Urgência.

### PD 30

#### AFINAL NÃO É DEMÊNCIA... É DEPRESSÃO!

Margarida Navio Reis Araújo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF *Salusvida*

**Introdução:** A depressão no idoso é subdiagnosticada, uma vez que, se apresenta muitas vezes de forma atípica. Isto é, não sobressai o humor depressivo mas antes sintomas somáticos, tais como, alterações do sono e apetite, queixas algícas e deterioração funcional e cognitiva. Uma vez diagnosticada deve ser sempre tratada.

**Descrição do caso:** Mulher de 84 anos, casada, fase VIII do ciclo familiar de Duvall. Vive com o marido e tem bom suporte familiar (filhas). Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, osteoporose e glaucoma. Medicação habitual: ramipril 5 mg, atorvastatina 40 mg, ácido alendrónico 70mg e timolol 5/dorzolamida 20mg/ml e travoprost 0,04mg/ml. Sem hábitos alcoólicos ou tabágicos. Recorre à consulta, acompanhada pela filha, por noção familiar (marido e filhas) de deterioração cognitiva e funcional. Esquecia-se de colocar o sal na comida ou colocava duas vezes, diminuição apetite, insónia intermédia, irritabilidade e cansaço geral com

impacto nas atividades de vida diária. À observação, apresentava-se de aspeto cuidado, discurso coerente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Sinais vitais sem alterações. Pontou 27 pontos no *Mini-Mental State Examination* (sem défice cognitivo), 5 pontos na escala de Katz (independente) e 5 pontos na escala de Lawton e Brody (dependência moderada). No fim da consulta, a doente admite que ainda não conseguiu recuperar do luto da irmã, desde há 1 ano. Foram pedidas análises com despiste de causas de demência reversível e medicada com sertralina 50 mg. Na consulta de reavaliação, 5 semanas depois, apresentava melhorias da funcionalidade. Após 2 meses, referia melhoria completa da insónia e melhoria do apetite e irritabilidade. Mantinha as queixas de alterações da memória e das tarefas executivas. As análises não mostraram alterações relevantes.

**Conclusão:** A depressão no idoso é subdiagnosticada, por se não apresentar na sua forma clássica e poder simular/co-existir com uma demência na fase inicial. Este caso clínico veio mostrar a importância de pesquisar a depressão durante a avaliação geriátrica global.

### PD 31

#### DA ITU À FIBROSE INTERSTICIAL PULMONAR: UM LONGO “TRATAMENTO” PERCORRIDO

Dídia Miranda Cruz<sup>1</sup>; Teresa Tomás Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF *São Julião da Figueira*

**Introdução:** Estima-se que metade da população feminina desenvolva pelo menos uma infeção do trato urinário (ITU) e que 20 a 30% apresentem uma ITU recorrente, definida pela ocorrência de 3 episódios nos últimos 12 meses ou 2 nos últimos 6. Uma das estratégias de prevenção é a antibioterapia profilática. A nitrofurantoina representa uma opção, mas

os seus potenciais danos colaterais devem fazer repensar a sua seleção. Este relato de caso pretende evidenciar o efeito iatrogênico desse fármaco, utilizado durante 3 anos pela utente em foco, relembando a pertinência da otimização do regime terapêutico, através da cessação de fármacos potencialmente inapropriados.

**Caso clínico:** Mulher de 76 anos, caucasiana, ex-emigrante (África do Sul). Divorciada, com 2 filhos a residir em Londres, onde passava longas temporadas, e por isso, pouco frequentadora da USF. Antecedentes pessoais de incontinência urinária e ITU recorrentes, acompanhada em consultas de ginecologia urológica. Medicada desde 2019 com nitrofurantoína 100 mg id.

No mês de janeiro de 2021, no momento mais crítico da pandemia Covid-19, foi observada em ADR-Comunidade, por quadro de cansaço e dispneia com 1 mês de evolução e tosse agravada recentemente. Nessa observação, verificou-se cansaço extremo, alterações auscultatórias pulmonares, com diminuição global do murmúrio vesicular e saturações periféricas na ordem dos 94%, que motivaram referenciação ao SU. Nesse episódio, excluiu-se infeção por SARS CoV-2, mas as alterações, primeiramente radiográficas e posteriormente em TC torácica, deram início a uma marcha diagnóstica, que veio a culminar na hipótese mais provável de patologia intersticial por toxicidade a nitrofurantoína. Iniciou ciclo de corticoterapia em alta dose, no domicílio, onde decorridos 2 meses apresentou queda acidental com fratura consequente de T12 (em provável relação com osteoporose secundária a corticoterapia). A deterioração clínica, física e cognitiva, com múltiplas intercorrências graves, levou à morte da doente.

**Discussão:** A nitrofurantoína pode causar alterações pulmonares irreversíveis. Como se verificou neste caso, a fibrose pulmonar representou “apenas” o efeito direto da sua toxicidade, cujo tratamento gerou ainda mais iatrogenia, levando a uma série de complicações que culminaram na morte da utente alvo. Reforça-se, assim, a importância da revisão e gestão ativa da medicação do doente, principalmente do idoso, evitando prescrições com relação risco-benefício desfavorável.

### PD 32

#### NEUROSSÍFILIS: UMA CAUSA DE DEMÊNCIA ESQUECIDA NO DOENTE IDOSO

Carlos Braga<sup>1</sup>; Carolina Moura Pereira<sup>1</sup>;  
Marta Matos<sup>1</sup>; Paulo Almeida<sup>1</sup>; Joana C. Duarte<sup>1</sup>;  
Iva Pimentel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Norton de Matos

**Introdução:** O conceito de "neurossífilis" remete para uma infeção do Sistema Nervoso Central provocada pelo *Treponema Pallidum*, podendo surgir a qualquer momento depois da infeção inicial. A neurossífilis pode assumir 4 formas: assintomática, meningovascular, parenquimatosa e a *tabes dorsalis*.

A neurossífilis parenquimatosa no seu quadro inicial está associada a défices de memória e alteração da personalidade provocado pela destruição do parênquima cerebral cortical. Assim, na abordagem de um doente que esteja em estudo de demências é necessário excluir esta patologia infecciosa.

**Descrição:** Homem de 85 anos, construtor civil reformado, 3º ano de escolaridade, Ciclo Duvall VIII, Classe Graffar IV.

Recorre a uma consulta de vigilância de Diabetes Mellitus a 6/12/2021 acompanhado pelo filho que refere que o pai nos últimos 6 meses tem tido períodos de défice da me-

mória anterógrada com esquecimentos mais frequentes associados a instabilidade emocional, irritabilidade e alteração da personalidade. Ao exame objetivo, apresentava-se com bom estado geral, colaborante e orientado. Realizou-se um *Mini-Mental State Examination* (MMSE) com pontuação de 19/30 e um *Montreal Cognitive Assessment* de 9/30. Desta forma, requisitou-se análises sanguíneas com serologias, TAC CE e Eco-Doppler Carotídeo.

No dia 4/01/2022 regressa a uma consulta de Saúde do Idoso com o resultado das análises e exames dos quais se destacam VDRL Positivo com 1/32 e TPHA Positivo 1/640.

O doente nega história de sífilis secundária ou primária conhecida ou tratada e contacto sexual desprotegido extraconjugal.

Referenciado à consulta de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), realizou uma punção lombar com RPR negativo, FTA-ABS negativo, VIH negativo, multiteste de meningite/encefalite negativo, Leucócitos > 5 µl.

Assumindo o quadro de neurosífilis, o utente foi tratado com Penicilina G durante 14 dias. Após 2 meses, realizaram-se novas análises com redução do valor de TPHA para 1:80 e VDRL negativo. A pontuação no MMSE subiu para 23/30.

**Conclusão:** Quando se faz a investigação etiológica de uma demência deve-se excluir doenças que podem alterar as funções cognitivas e que podem levar a uma síndrome demencial que pode ser tratado. Dentro das causas infecciosas, surge a neurosífilis que muitas vezes é negligenciada na população idosa pela sua transmissão sexual.

Assim, perante sintomas neurológicos é fundamental excluir neurosífilis independentemente da idade do utente.

### PD 33

## ADEQUAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE FÁRMACOS NA QUARTA IDADE – A REALIDADE NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Dora Ribeiro<sup>1</sup>; Ana Laura Ferreira<sup>1</sup>; Carolina Nobre<sup>1</sup>; Cecília Cerveira<sup>1</sup>; Conceição Maia<sup>1</sup>; Francisca Mendes<sup>1</sup>; Joana Balseiro<sup>1</sup>; Natália Guerreiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF BRIOSA

**Introdução:** A prescrição de fármacos no idoso deve ter em conta as suas particularidades, nomeadamente a alteração da distribuição corporal do fármaco, farmacocinética, capacidade de metabolização e excreção, interações medicamentosas e comorbilidades. Os Critérios de Beers, atualizados em 2019 pela *American Geriatric Society*, são uma relevante ferramenta de apoio à prescrição, pois listam os fármacos potencialmente inapropriados para indivíduos idosos (FPI).

**Objetivos:** Caracterizar a prescrição de FPI na população de idosos com 80 ou mais anos de idade, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), e verificar a atualização das listagens de medicação crónica.

**Métodos:** Estudo observacional e descritivo com componente analítico. Foram consultados os processos clínicos dos utentes com 80 ou mais anos de idade de uma USF e incluídos no estudo os que tiveram consulta entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2021.

**Resultados:** Foram analisados 777 processos clínicos de utentes, dos quais 561 cumpriam critérios de inclusão. A média de idades é 86 anos, com uma frequência superior de utentes do sexo feminino (68%). Constatam, em média, 7 fármacos da medicação crónica dos utentes e apurou-se que 45.5% das listagens de medicação crónica não estão atualizadas. Para a caracterização da prescrição, foram considerados os Critérios de Beers e verifi-

cou-se que 44.7% (n = 348) dos utentes estão medicados com antidepressivos (AD), dos quais 5.2% (n = 18) com AD potencialmente inapropriados para idosos. Em 40.3% (n = 226) dos utentes há prescrição crónica de benzodiazepinas (BZD) ou drogas Z e 2.9% (n = 33) estão medicados com antipsicóticos. Os antiarrítmicos constam da medicação crónica em 25.1% (n = 141) dos registos analisados, dos quais 9.9% (n = 14) são inapropriados para idosos. Os anti-inflamatórios não esteroides constam da medicação crónica de 4.8% (n = 27) dos doentes e, destes, 48.1% (n = 13) estão medicados concomitantemente com inibidor da bomba de prótons.

**Discussão/Conclusões:** A polimedicação é evidente e a atualização da listagem de medicação crónica é inferior a 50%, o que pode dificultar a sua revisão periódica. Verifica-se que, entre os FPI, predominam os psicofármacos, com destaque para as BZD ou drogas Z. As BZD devem ser reservadas apenas para casos de ansiedade generalizada severa, dado que os idosos são mais sensíveis ao seu efeito. A realização deste estudo vai incentivar à implementação de medidas de melhoria da qualidade da prescrição em idosos na USF.

### PD 34

#### **IMPACTO DO DELIRIUM NA DURAÇÃO DO INTERNAMENTO EM IDOSOS – ESTUDO OBSERVACIONAL NUM CENTRO HOSPITALAR**

Francisco Martins Costa<sup>1</sup>; Carolina Almeida Rodrigues<sup>1</sup>; André Ferreira Silva<sup>1</sup>; Rita Lopes<sup>1</sup>; Regina Massano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar do Médio Tejo

**Introdução:** O *Delirium*, ou Estado Confusional Agudo, é uma das perturbações mentais mais frequentes nos doentes com patologia médica, em particular nos mais idosos. O

*Delirium* é definido como uma perturbação da atenção, consciência, e cognição, que se desenvolve em pouco tempo e tem curso flutuante, com quebra em relação ao nível de funcionamento prévio. Este quadro é consequência de efeito fisiológico direto de outra doença médica, intoxicação ou abstinência de substâncias ou exposição a toxinas, e pode ter etiologia múltipla.

**Objetivo:** Determinar se a presença de *Delirium* tem impacto na duração do internamento em idosos internados em enfermaria de Medicina Interna.

**Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo, tendo por base os registos clínicos eletrónicos dos doentes idosos (idade igual ou superior a 65 anos) internados nas enfermarias de medicina interna do nosso Centro Hospitalar a 7 de março de 2022. Foram recolhidos dados relativos a sexo, idade e duração do internamento. Análise do processo para determinar a presença de *Delirium* em algum momento durante o internamento, o dia de instalação e a sua duração. Análise estatística descritiva e inferencial através de testes não-paramétricos para determinar se o diagnóstico de *Delirium* está associado a maior tempo de internamento.

**Resultados:** Foram identificados 156 doentes com idade igual ou superior a 65 anos, internados em enfermaria de Medicina Interna. A idade mediana era 84 [77-89] anos, sendo 53,8% (n = 84) indivíduos do sexo feminino. Foi identificado *Delirium* em 25% (n = 39) dos doentes, e dentro destes cerca de 53,8% (n = 21) já apresentavam este diagnóstico à admissão. A duração mediana do *Delirium* foi de 9 [5-17] dias. Os doentes com *Delirium* tinham internamentos mais prolongados (17 [10-25] vs 11 [5-17], p < 0,001).

**Discussão/Conclusões:** O desenvolvimento

de *Delirium* tem sido reconhecido como fator independente de mau prognóstico, estando associado a estadias hospitalares mais prolongadas, maior morbidade e mortalidade. Este estudo demonstra a elevada prevalência de *Delirium* numa amostra de doentes idosos, e mostra que o diagnóstico de *Delirium* está associado a internamentos mais prolongados nesta população. Deve ser feito um esforço para aplicar de forma generalizada medidas que previnam o aparecimento de *Delirium*, e a sua identificação e tratamento precoces, visto que tal terá o provável efeito de diminuir a duração dos internamentos, bem como a elevada morbimortalidade associada a esta condição.

### PD 35

#### FIBRATOS E TRIGLICÉRIDOS... SERÃO PARA O RIM ANJOS OU DEMONIOS?

Rafaela A. Sousa<sup>1</sup>; Inês Pinheiro da Silva<sup>2</sup>; Raquel I. Rosa<sup>2</sup>; Marta Cardoso<sup>2</sup>; Clarisse Aguiar<sup>2</sup>; Diana I. Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>USF S. Domingos; <sup>2</sup>USF São Domingos; <sup>3</sup>USF Almeida Garret

A hipertrigliceridemia constitui uma entidade que confere maior risco cardiovascular. Segundo *guidelines* europeias, se o valor de triglicéridos for superior ou igual a 880mg/dl, deve ser considerado tratamento com fibratos. Se inferior, deve ser considerado diminuição adicional do colesterol *Low Density Lipoprotein* (LDL) e, eventualmente, considerar fenofibrato. A Agência Europeia do Medicamento emitiu uma recomendação relativamente aos medicamentos contendo fenofibrato nos doentes com insuficiência renal. Nos doentes com depuração de filtração glomerular (TFG) entre 30 e 59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, a dose diária de fenofibrato não deve exceder os 100 mg ou 67 mg na forma micronizada. Se inferior a 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>,

é contraindicado.

Tem como objetivo avaliar, nos utentes com prescrição de fenofibrato em 2021 numa unidade de saúde familiar (USF), a existência de doença renal crónica, baseado na TFG, de forma a determinar a adequação da terapêutica com fibratos.

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo. População-alvo: utentes inscritos na USF. Fonte de dados: SClínico® e MIM@UF®. Tratamento de dados: Microsoft Excel 2010®. Variáveis em estudo: sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), valor de colesterol LDL e triglicéridos, Risco Cardiovascular, TFG, comorbilidades, prescrição de estatina, dose de fenofibrato.

Apurou-se que 266 utentes tinham prescrição de fenofibrato durante o ano de 2021. Após aplicação dos critérios de exclusão, dos 255 utentes, constata-se que o sexo masculino é o mais prevalente (61,57%). 48,6% dos utentes têm idade igual ou superior a 65 anos. 50 utentes (19,6%) com prescrição de fibrato têm TFG < 60ml/min/1,73m<sup>2</sup>, ou seja, grau de lesão renal crónica ≥ 3. 46,27% tem excesso de peso e 39,6% obesidade (IMC ≥ 30kg/m<sup>2</sup>). 197 utentes têm ainda como comorbilidade a hipertensão arterial (77,25%). Sabe-se que a TFG diminui cerca de 10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> por década, após os 40 anos. Dos doentes com prescrição de fibratos, cerca de 20% tem já um grau de lesão renal que motiva a diminuição da dose (grau 3 na classificação de KDIGO) ou que contraindica (grau 4) a administração deste fármaco. Visto que, em Portugal, não existem disponíveis no mercado doses de fenofibrato inferiores a 145mg, no presente estudo conclui-se que esta terapêutica deveria ser suspensa a 50 utentes da USF. Esta investigação contribuiu para estar mais alerta para a polimedicação nas idades

mais avançadas, e evitar eventuais complicações da sua administração.

### PD 36

#### **AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NOS IDOSOS NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Sofia Pinto da Costa<sup>1</sup>; Ana Rita Fernandes Barros<sup>2</sup>; João Carlos Silveira<sup>2</sup>; Virgílio Caria<sup>2</sup>; Hélder Aguiar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF São João; <sup>2</sup>USF São João

**Introdução:** Portugal é um país envelhecido, com desafios sociais e na saúde. A desnutrição (ingestão inadequada de nutrientes necessários às necessidades energéticas) pode ser identificada pelo questionário *Mini Nutritional Assessment*, MNA. Considera-se importante avaliar o estado nutricional dos idosos para prevenir, identificar e orientar a desnutrição. Vários estudos debruçaram-se no estado nutricional dos idosos em ambiente hospitalar, mas não na comunidade.

**Objetivo:** Determinar o estado nutricional dos idosos de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e variáveis relacionadas com o mesmo.

**Métodos:** Estudo observacional transversal com avaliação única, em consulta ou domicílio, de uma amostra de conveniência de idosos utentes numa USF. Aplicou-se um questionário sócio-demográfico e o MNA com consentimento escrito. Armazenaram-se e trataram-se os dados no SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 26, com acesso exclusivo dos investigadores. Aplicaram-se métodos de estatística descritiva e inferencial ( $p$ -value < 0.05 estatisticamente significativo).

**Resultados:** Os 119 indivíduos da amostra têm idades entre 65 e 95 anos, média de 75,9. A média do Índice de Massa Corporal é 26,9 Kg/m<sup>2</sup>. A maioria é do sexo feminino (56,3%), casada (72,0%) e independente (85,7%).

14,3% moram sós e um idoso está institucionalizado. A média de comorbilidades é 8,4. O contacto com os idosos realizou-se na USF em 91,6% e 8,4% em domicílio. De acordo com a triagem do MNA, 21,0% dos idosos não tinha um estado nutricional normal (19,3% em risco, 1,7% desnutridos), pelo que foram submetidos a uma avaliação mais extensa. Da mesma, 8,0% estão desnutridos, 52,0% em risco e 40,0% normal. Da análise inferencial, percebe-se que ser mulher, viver só, menor ingesta nos últimos 3 meses e menor mobilidade aumentará o risco de desnutrição. A deterioração na escala de Barthel, avaliação em domicílio, peso perdido ou evento psicológico/doença aguda nos últimos 3 meses e progressão da demência também parecem conferir maior degradação do estado nutricional.

**Discussão:** A maioria não tem alterações do estado nutricional. A equipa da USF deverá intervir na prevenção da desnutrição, nomeadamente nos idosos do sexo feminino, que vivem sós, com menor ingesta, perda de peso ou evento psicológico/doença aguda nos últimos 3 meses, menor mobilidade, deterioração na escala de Barthel e progressão demencial. As visitas domiciliárias constituem uma excelente oportunidade para prevenir a desnutrição.

### PD 37

#### **AVALIAÇÃO OBJETIVA DA IDEAÇÃO SUICIDA NO IDOSO – UM DESAFIO ATUAL**

Catarina Alves Gonçalves; Catarina Falcão Alves<sup>1</sup>; Pedro Seabra<sup>1</sup>; Maria Lúcia Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Pedras Rubras - ACES Maia/Valongo

**Introdução:** O suicídio após os 65 anos de idade é considerado um problema grave de saúde pública em Portugal, com uma taxa de mortalidade padronizada por esta causa de 18,2 por 100.000 habitantes.

Em 2013, elaborou-se o Plano Nacional de Prevenção de Suicídio, sendo um dos seus objetivos para a população idosa uma maior vigilância e supervisão do estado de saúde. A importância desta monitorização é reforçada pelo facto de a maioria dos doentes recorrer aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou ao médico assistente no período que antecede os atos suicidas.

Contudo, não existe nenhuma estratégia de avaliação standardizada para este risco, recaindo na apreciação subjetiva do profissional de saúde.

**Objetivo:** Identificar uma escala que auxilie a avaliação de ideação suicida no idoso e verificar a viabilidade da sua aplicação.

**Material e métodos:** As pesquisas foram realizadas com recurso às plataformas PubMed e *Web of Science*, tendo-se dividido em 2 momentos.

Inicialmente pesquisaram-se as escalas mais utilizadas na avaliação da ideação suicida no idoso, nos últimos 5 anos, através das seguintes combinações de palavras-chave: *Suicide*, *Geriatric*, *Risk Assessment* e *Scale* ou sinónimos. Obtiveram-se 18 artigos, sendo a escala mais utilizada a *Geriatric Suicide Ideation Scale* (GSIS).

Numa segunda fase, reviram-se os artigos que avaliassem a qualidade e aplicabilidade desta escala na nossa população-alvo, tendo sido obtidos 3 artigos.

**Resultados:** Os 3 estudos de avaliação diagnóstica demonstraram que tanto a escala total como as suas subescalas apresentam boa fiabilidade, tendo-se encontrado para a escala total um alfa de Cronbach entre o intervalo [0,91-0,94] e um valor *test-retest* entre o intervalo [0,7-0,86], com significado estatístico ( $p$  value < 0,01).

Todos os artigos demonstraram validade ele-

vada, com avaliação de parâmetros de convergência, divergência e discriminantes.

**Discussão/Conclusão:** A GSIS trata-se de uma ferramenta de fácil e rápida aplicabilidade, validada e específica para a população idosa, que demonstrou bons resultados como meio de avaliação complementar da ideação suicida nesta faixa etária.

Assim, a integração desta escala em contexto de consulta pode ser uma mais-valia na avaliação global do idoso.

Contudo, ainda não se realizaram estudos para validar esta escala na população portuguesa, pelo que mais investigação é recomendada neste contexto.

### PD 38

#### TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO DE NEOPLASIA ABDOMINAL

Tânia Daniela Gonçalves Ferreira<sup>1</sup>; Marina Ribeiro<sup>1</sup>;  
Ana Margarida Simões<sup>1</sup>; Bárbara Oliveira<sup>1</sup>;  
Carolina Carlos<sup>1</sup>; Juliana Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USFA Ribeirinha

**Introdução:** Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal perfazendo, no entanto, aproximadamente 1 a 3% de todos os tumores gastrointestinais. Estas neoplasias podem ocorrer em qualquer parte do trato, sendo que cerca de 40 a 60% destes ocorre no estômago. A sua incidência é semelhante em ambos os sexos e ocorre maioritariamente na 5ª e 6ª décadas de vida. A apresentação clínica pode ser variada, desde descoberta incidental em exames de imagem a dor abdominal, entre outros. Neste relato apresentamos um caso de GIST diagnosticado num doente do sexo masculino de 77 anos de idade.

**Descrição do caso:** Utente de 77 anos de ida-

de, sexo masculino, que apresentava episódios de dor epigástrica e dispepsia há cerca de 11 anos, com períodos de melhora e agravamento esporádico. Em consulta, num dos primeiros episódios de agravamento, foi proposta a realização de endoscopia digestiva alta (EDA), tendo sido recusada pelo próprio que foi medicado sintomaticamente. Manteve quadro apresentado ocasionalmente e persistente recusa na realização de EDA. Recorre posteriormente a consulta (em 2020) por novo agravamento de dor epigástrica. Foi proposta nova EDA cujo doente aceitou realizar. Este exame revelava gastropatia atrófica e lesão subepitelial na segunda porção duodenal. Sugeriu-se estudo adicional com tomografia computadorizada abdominal (TC), no entanto não aceita realizar o exame. Cerca de um ano depois, em nova consulta, aceita realizar TC que demonstrou “massa de tecidos relativamente homogênea de 73 mm, que sofre moderado realce após contraste. Parece relacionar-se com o duodeno mas pode também corresponder a patologia pancreática”. Foi executada referenciação urgente para Cirurgia Geral no hospital de referência, no entanto, decide ser tratado a nível privado. Realizou nova EDA com biópsia: diagnóstico de tumor estromal gastrointestinal. A ressonância magnética abdominal demonstrou difícil plano de ressecabilidade da lesão neoplásica e foi decidido iniciar tratamento com imatinib.

**Conclusão:** Este caso salienta a necessidade de distinção de GIST como uma lesão distinta das restantes neoplasias gastrointestinais, sendo necessária uma abordagem compreensiva para estes tumores raros e potencialmente agressivos. O sucesso na sua abordagem implica uma abordagem multidisciplinar e terapêutica dirigida com posterior vigilância continuada.

## PD 39

### DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA NO IDOSO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Fani Veiga<sup>1</sup>; Márcia Gonçalves<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Pelaez Carones, <sup>2</sup>USF d'as Terras de Lanhoso

Esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa, progressiva e incurável, sendo a forma mais frequente de doença do neurónio motor. A idade média de incidência é por volta dos 60 anos apesar de recentemente se verificar um aumento da mesma. Devido à subvalorização dos sintomas na população idosa frequentemente ocorre atraso no diagnóstico.

Doente do sexo feminino, 91 anos com dependência moderada e cognitivamente preservada. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, nefropatia diabética e cardiopatia valvular.

Foi levada ao serviço de urgência (SU) devido a astenia marcada, anorexia e disфонia com evolução para prostração e oligúria. Diagnosticada com infeção do trato urinário (ITU) e consequente lesão renal aguda (LRA), teve alta medicada com antibiótico. Após 2 semanas, é transportada novamente para o SU por dispneia, prostração, anorexia e disfagia para líquidos de novo. Cerca de 2 horas após entrada no SU, teve paragem cardiorrespiratória, revertida após ventilação assistida com AMBU e iniciada ventilação não-invasiva por narcose respiratória grave. É internada com diagnóstico de ITU complicada com Insuficiência Respiratória tipo 2 e LRA. Cumpre 5 dias de antibioterapia empírica com correção das complicações apresentadas, no entanto mantém tetraparésia assimétrica evidente. Ao exame neurológico apresenta disфонia, tosse não eficaz, tetraparésia assimétrica de pre-

domínio proximal e fasciculações da língua e gêmeos à direita. Realiza RM CE e cervical que não revela lesões cerebrais ou cervicais que justifiquem o quadro. Realiza eletromiografia com estudo de condução nervosa que apresenta sinais de lesão do 2º neurónio motor nos segmentos cervical, lombossagrado e trapézio. É estabelecido o diagnóstico de ELA e referenciada para seguimento por neurologia a nível hospitalar.

Este caso ilustra a dificuldade do diagnóstico de ELA nos idosos e desvalorização dos sintomas iniciais por se sobrepor a sintomas comuns nesta idade. A incidência em idade avançada tem aumentado e com predominante atingimento bulbar, o que se relaciona com uma rápida progressão da doença e menor tempo de sobrevida. Desta forma, torna-se pertinente o reconhecimento precoce dos sintomas e inclusão desta patologia nos diagnósticos diferenciais, permitindo assim uma rápida intervenção médica, maior tempo de sobrevida para o doente e preservação da melhor qualidade de vida possível.

#### **PD 40**

### **O IMPACTO DA FRATURA VERTEBRAL NUM IDOSO**

Tatiana Bento<sup>1</sup>; Mariana Santos Miranda<sup>1</sup>;  
Wilsa Cardoso<sup>1</sup>; Raquel Landeiro<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Vale do Sorraia

A fratura vertebral é uma lesão grave, mais frequente na coluna torácica ou lombar. Geralmente causada por traumatismo de alto impacto, mas no idoso com osteoporose pode ocorrer fratura durante as atividades de vida diárias (AVD). Clinicamente manifesta-se por dor de ritmo mecânico e limitação funcional. O diagnóstico faz-se por radiografia ou tomografia computadorizada (TC), que auxiliam na decisão terapêutica.

Doente do sexo feminino, 69 anos, autónoma, antecedentes de hipertensão arterial, hipotireoidismo, depressão e hérnia discal L5-S1, medicada com lisinopril 20 mg, levotiroxina 0,05 mg, venlafaxina 75 mg, pregabalina 50 mg. Recorreu a consulta aberta a 10/09 por lombalgia com 2 dias de evolução, com limitação da marcha. À observação apresentava contratura muscular na região lombar à direita. Foi medicada com paracetamol + tiocolicosido e naproxeno. A 20/09 voltou a consulta aberta por manter o quadro, sem alívio com a medicação, encontrava-se dependente na maioria das AVDs. Pediu-se TC lombar e medicou-se com tramadol + paracetamol e ciclobenzaprina. A 29/09 teve consulta telefónica com o médico de família, já não caminhava e estava totalmente dependente, tinha suspenso toda a medicação habitual. Alterou-se analgesia para tramadol 100 mg e tramadol 50 mg orodispersível em sos e reintroduziu-se levotiroxina. Passados 2 dias enviou resultado da TC que mostrou “osteopenia difusa” “fratura possivelmente recente de L1, com afundamento das plataformas vertebrais superior e inferior”. Foi enviada ao serviço de urgência de ortopedia e optou-se por tratamento conservador com repouso no leito, analgesia e colete de Jewett no levante. Agendou-se consulta de ortopedia para reavaliação para 3/11, na qual referia melhoria. A 15/12 voltou a consulta, a radiografia mostrou fratura com sinais de consolidação, já tinha iniciado períodos de levante sem colete, recomendou-se cinta lombar e desmame do colete. A 9/02 já bastante melhorada, sem colete, mobilização sem restrições, mas não fazia esforços, radiografia com fratura com sinais de consolidação.

Com este caso clínico, reforça-se a importância de valorizar as queixas do utente. Perante

lombalgia e limitação funcional num idoso devemos considerada a hipótese de fratura vertebral e pedir exame imagiológico. Salieta-se também que é essencial o acompanhamento do doente pelo médico de família, para controlo da dor, verificar se mantém a medicação crónica e promover retorno ao nível de autonomia inicial.

#### **PD 41**

##### **REFORMA: CRISE OU OPORTUNIDADE?**

Sara Ramalho Pinheiro<sup>1</sup>; Rita Gaspar Marques<sup>1</sup>; Pedro Castro de Azevedo<sup>1</sup>; Sofia Cardoso Oliveira<sup>1</sup>; Salomé Costa e Silva<sup>1</sup>; Rosa Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Pulsar, ACES Baixo Mondego

**Introdução:** Com a crescente agitação do mundo atual, ter um emprego e uma carreira é uma das principais motivações do dia-a-dia. Não só trabalhamos para viver, como vivemos para trabalhar. A reforma representa um processo de transição importante no fim da vida adulta. Para muitos, a altura da reforma pode significar a perda de um propósito de vida, podendo conduzir a dificuldades de adaptação. Para outros, a reforma é uma nova oportunidade para usufruir do tempo livre. Preparar e planear a reforma é uma etapa fundamental promotora do envelhecimento ativo e saudável.

**Objetivos:** Rever e sistematizar a informação sobre o impacto da reforma na saúde do idoso. Apresentar estratégias para a vivência da reforma ser mais saudável.

**Material e métodos:** Elaboração de uma revisão narrativa através da pesquisa de artigos na PubMed e ScienceDirect, usando os termos MESH “*retirement*”, “*health*”, “*adjustment*” ou palavras-chave equivalentes. Foram selecionados artigos publicados em inglês ou português, nos últimos 10 anos. Foi feita uma seleção prévia pelo título e abstract.

Foi também consultada bibliografia considerada pertinente dos artigos selecionados.

**Resultados:** Os indivíduos idosos reformados estão particularmente suscetíveis ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão. A falta de um objetivo de vida e a solidão são alguns dos fatores relacionados. Para além disso, estudos apontam para um aumento do sedentarismo nesta população.

Por outro lado, alguns estudos demonstraram um impacto positivo da reforma na saúde do idoso, através da redução do stress, mais tempo livre e melhor qualidade do sono.

O estabelecimento de um plano de preparação para a reforma conduziu a modificações comportamentais que permitiram uma melhor adaptação à fase da reforma.

**Discussão/Conclusões:** O aumento da esperança média de vida e da longevidade conduziu a um aumento de população a atingir a idade da reforma, que é cada vez mais tardia. Para além disso, o tempo de vida durante a reforma é também cada vez maior. Portanto, torna-se de extrema importância o papel dos médicos na promoção de um envelhecimento ativo e saudável e conhecer estratégias que possam contribuir para melhorar o impacto da reforma na saúde.

#### **PD 42**

##### **MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO NO IDOSO – RETRATO DE UMA UNIDADE**

Pedro Pereira<sup>1</sup>; Mélanie Freitas<sup>1</sup>; Inês Francisco<sup>1</sup>; Virgínia Marques<sup>1</sup>; Lídia Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Rainha Santa Isabel

**Introdução:** A Medicina Física e Reabilitação (MFR) é uma especialidade médica cujo o objetivo consiste em ajudar o doente a atingir um mais elevado nível de funcional, independência e qualidade de vida. O seu papel

na reabilitação dos doentes torna esta especialidade um importante aliado dos Cuidados de Saúde Primários, sendo responsável por muitas das estratégias não farmacológicas eficazes na otimização da funcionalidade.

**Objetivo:** Calcular a prevalência da utilização de tratamentos de MFR, durante o período de um ano de uma USF, bem como caracterizar o subgrupo de utentes que necessitaram desta abordagem e quantos realizaram mais que uma serie de tratamentos.

**Metodologia:** Estudo observacional, retrospectivo, descritivo e transversal referente ao intervalo de tempo entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2021. Local: USF População: Todos os utentes de uma USF com idade  $\geq$  65 anos. Subpopulação: Utesntes com idade  $\geq$  65 anos que necessitaram de intervenção de MFR no referido período, inscritos numa USF. Recorrendo ao MIMUF<sup>®</sup> gerou-se a lista de utentes aos quais foram emitidas credenciais para MFR. Desse grupo de utentes retiraram-se os que apenas tinham consultas subsequentes de MFR, não realizando nenhuma primeira consulta em 2021. Avaliaram-se, através de registos do Sclínico<sup>®</sup>, as variáveis: sexo, idade, número de consultas (primeiras e subsequentes), sistema afetado e localização. Os dados foram analisados através do programa SPSS<sup>®</sup>.

**Resultados:** A população é constituída por 3024 utentes. Identificaram-se 248 indivíduos que realizaram consulta de MFR em 2021, sendo que destes apenas 218 efetuaram uma primeira consulta, destes, 81 efetuaram, pelo menos, uma consulta subsequente, correspondendo a 37,2% dos utentes que usufruíram de MFR. Na subpopulação examinada (n = 218) a média de idades foi 75,0 anos. A maioria dos utentes é do sexo feminino (n = 137; 62,8%). Das patologias

que motivaram o recurso a MFR, 74,4% eram musculoesqueléticas e 25,6% neurológicas. De acordo com os dados, 18,6% dos doentes apresentavam como queixa principal patologia localizada nos membros superiores, 32,6% nos inferiores, 41,9% na coluna vertebral e 7,0% noutras regiões.

**Discussão:** A MFR é benéfica em todos os grupos etários, servindo como resposta a uma panóplia de situações e morbilidades. Verifica-se que a população mais idosa necessita de mais cuidados, normalmente dirigidos a queixas musculoesqueléticas. A maioria das pessoas que recorre à MFR acaba por não realizar consultas subsequentes.

#### PD 43

### GINKGO BILOBA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Catarina Ramos<sup>1</sup>; Inês Robles Ventura<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Alphamouro; <sup>2</sup>USF Monte da Lua

**Introdução:** A doença de Alzheimer, enquanto doença degenerativa, é uma das causas mais comuns de demência no doente idoso. Esta patologia retira a identidade e a qualidade de vida do doente. A ginkgo biloba é um dos suplementos mais consumidos do mundo e tem sido amplamente usada na doença de alzheimer, mas será que tem evidência científica comprovada? Esta revisão tem como objetivo aferir qual o impacto na doença de alzheimer. **Métodos:** Considerou-se uma população de doentes com doença de alzheimer, como intervenção a utilização de ginkgo biloba, em comparação com o placebo e como *Outcome* o impacto na doença de alzheimer. Trata-se de uma revisão baseada na evidência feita através da pesquisa dos termos “MeSH” “ginkgo biloba” e “alzheimer”. Estes termos foram procurados em artigos escritos em lín-

gua inglesa, publicados no último ano e que fazem parte das bases de dados científicas PubMed e Cochrane Library.

**Resultados:** Da pesquisa resultaram 23 artigos. Destes, 8 foram excluídos após avaliação do título, resumo e tipo de estudo, 4 por estarem em plataformas restritas e 4 após leitura integral. Assim, foram incluídos 7 artigos na presente revisão. Em três estudos não houve benefício na administração de ginkgo biloba, em quatro estudos descrevem a ginkgo biloba como tendo um papel consistente na melhoria dos sintomas da doença de alzheimer, atuando diretamente no processo patológico. **Discussão/Conclusão:** O consumo de ginkgo biloba tem impacto positivo na melhoria da sintomatologia na doença de alzheimer, incluindo doença ligeira e severa. No entanto, não é possível atribuir uma força de recomendação devido ao número reduzido de ensaios. Como limitações verifica-se a presença de grande variabilidade metodológica entre os estudos incluídos e diferentes tempos de seguimento em cada estudo.

#### **PD 44**

### **OTITE EXTERNA NECROTIZANTE – UMA PATOLOGIA DO IDOSO DIABÉTICO**

Catarina Sofia Arrulo Perna<sup>1</sup>;  
Francisca Figueiredo Lopes Gomes de Melo<sup>1</sup>;  
Alexandra Gomes<sup>2</sup>; Ana Paula Branco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Rainha D. Leonor; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Oeste

**Introdução:** A Otite Externa Necrotizante (OEN), é uma infecção severa e progressiva do canal auditivo externo (CAE) e que se estende à base do crânio. Pelo seu padrão invasivo pode desencadear o aparecimento de complicações intracranianas e neuropatias dos pares cranianos. Na sua maioria afeta doentes diabéticos, principalmente idosos. Esta patologia apresenta-se frequentemente

te com otalgia muito intensa e persistente, não responsiva ao tratamento convencional. Pode ainda co-existir otorreia purulenta, perda auditiva e paralisia de nervos cranianos. O agente etiológico mais comum é a *Pseudomonas aeruginosa*.

O diagnóstico da OEN geralmente é estabelecido a partir de achados clínicos, laboratoriais e imagiológicos.

O tratamento deve ser dirigido com base no antibiograma, sendo a duração média entre seis e oito semanas.

**Descrição do caso:** Doente do sexo feminino, de 77 anos, seguida em consulta de Otorrinolaringologia (ORL) privada por pólipos aurais direito, recidivante, com otorreia associada. Por persistência da lesão foi referenciada ao Serviço de ORL do Centro Hospitalar do Oeste. A doente referia otalgia direita de agravamento progressivo, e aparecimento recente de dificuldade na articulação de palavras e limitação na mobilidade da língua.

Perante o enquadramento clínico e resultado de exames complementares, foi internada com o diagnóstico de OEN direita, com osteomielite da base do crânio e atingimento do nervo hipoglosso.

Durante o internamento apresentou melhoria clínica significativa. Cumpriu seis semanas de antibioterapia dirigida ao microorganismo isolado na otorreia.

À data de alta encontrava-se assintomática, sem queixas otológicas ou défices neurológicos. Teve alta medicada com ciprofloxacina 750mg, 12/12h, durante 2 semanas, e analgesia em SOS. Foi pedida consulta externa para seguimento.

**Conclusão:** A Otite Externa Necrotizante é uma infecção progressiva do CAE e da base do crânio, tendo frequentemente mau prognóstico. Pacientes idosos com diabetes mellitus,

constituem um fator de risco importante. O tratamento da OEN deve incluir, se possível, a correção da imunossupressão e o controle da glicemia nos doentes diabéticos.

No caso clínico apresentado foi notável a gravidade do quadro. É notória a importância da vigilância e valorização dos sintomas otológicos nos diabéticos idosos, sendo urgente a criação de protocolos de vigilância em Medicina Geral e Familiar, bem como programas de educação em saúde e consciencialização desta população.

#### PD 45

### PRESBIFAGIA: O PAPEL DA REABILITAÇÃO

Sandra Assunção<sup>1</sup>; Sofia Sousa Moreira<sup>1</sup>;  
André Ribeiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Medicina de Reabilitação da Região do Centro - Rovisco Pais

**Introdução:** A presbifagia refere-se às alterações da deglutição relacionadas com a degeneração, em idade avançadas, mas que não constituem patologia. Alguns autores consideram que esta constitui um fator importante no desenvolvimento de disfagia. Com o aumento da idade média de vida, é de esperar que o número de idosos que apresentam alterações da deglutição cresça, constituindo um desafio clínico, em que a reabilitação poderá ter um papel fundamental.

**Objetivos:** Os objetivos deste trabalho são reconhecer a presbifagia como parte do normal envelhecimento, quais as alterações e o contributo da reabilitação no processo de envelhecimento saudável promoção de qualidade de vida.

**Métodos:** Foi realizada pesquisa nas bases de dados MEDLINE (PubMed), Cochrane e Google Scholar utilizando os termos "presbyphagia" e "rehabilitation", "exercise" ou "training". Foram incluídos todos os tipos de

estudo a partir de 2017, em inglês. Obteve-se 20 resultados e excluiu-se 8. Foi feita análise narrativa dos resultados obtidos.

**Resultados:** Embora não mudando o curso das alterações degenerativas, mas produzindo benefício imediato, podem ser adotadas medidas compensatórias, como ajustes posturais, manobras de deglutição e modificações na dieta. Recomenda-se a manutenção da saúde oral. O estado nutricional deve ser avaliado e monitorizado regularmente. Os achados mais frequentes foram o maior tempo de reação da deglutição, de duração da abertura do esfíncter esofágico superior e de duração do encerramento do vestibulo laríngeo, maior área faríngea em repouso e contração máxima e maior diâmetro do esfíncter esofágico superior. Exercícios isométricos resistidos da musculatura da língua podem melhorar a força da língua e a função de deglutição em idosos, mas também exercícios de deglutição reais. Em idosos saudáveis, exercícios de reclinação a cabeça mostraram ganhos na biomecânica da deglutição e manutenção ao longo do tempo, sendo de fácil execução.

**Discussão:** Os exercícios de resistência isométricos parecem melhorar a força da língua e deglutição, embora pouco se sabe quanto à frequência e intensidade destes. Existem ensaios clínicos a decorrer sobre o tipo de exercício ideal na presbifagia. As estratégias compensatórias poderão ser utilizadas. A reabilitação assume um papel singular na gestão da presbifagia pela sua abordagem multidimensional e manutenção da reserva funcional, apostando na prevenção, evitando o aparecimento de disfagia e das suas complicações.

## PD 46

### TROMBOCITOPENIA IMUNE NO IDOSO

Tatiana Bento<sup>1</sup>; Mariana Santos Miranda<sup>1</sup>;  
Wilsa Cardoso<sup>1</sup>; Margarida Barroso<sup>1</sup>; Raquel Landeiro<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Vale do Sorraia

A púrpura trombocitopénica idiopática/imune (PTI) é uma doença autoimune (AI) que causa distúrbio hemorrágico. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais prevalente > 60 anos. Em adultos, geralmente é crónica, e pode ter vários triggers, como infeções crónicas (*Helicobacter pylori*), doenças AI, fármacos. Pode ser assintomática ou causar petéquias e hemorragia das mucosas. No adulto, a remissão espontânea ocorre em 30% dos casos no 1º ano e até 75% melhoram em 5 anos. O tratamento engloba corticoterapia, imunoglobulina (Ig), rituximab e outros imunossuppressores.

Doente do sexo masculino, 87 anos, parcialmente dependente. Antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, úlcera gástrica. Medicado com metformina 850 mg + vildagliptina 50 mg, lansoprazol 15 mg, nebivolol 5 mg + hidroclorotiazida 12,5 mg. Recorreu a consulta aberta a 10/07/2021 por queda há 1 semana e aparecimento de petéquias dispersas. Internamento em fevereiro 2021 por PTI, seguido em consulta de hematologia, fez prednisolona e azatioprina até maio, suspendeu por normalização das plaquetas. À observação, apresentava várias equimoses nos braços e petéquias nas pernas. Foi enviado ao serviço de urgência e analiticamente apresentava plaquetas 1x10<sup>9</sup>, sem outras alterações. Ficou internado na Medicina Interna por PTI e iniciou medicação com prednisolona 60 mg, Ig 60 g/dia e acrescentou-se azatioprina após observação por hematologia. Inicialmente com evolução pouco favorável, fraca resposta à terapêutica e desenvolveu delírium hiperativo que se assumiu secundário a

corticoterapia, pelo que se reduziu progressivamente a prednisolona até 5mg. A azatioprina foi suspensa após 1 mês por toxicidade e fez toma única de Ig, sem resposta. Realizada transfusão de eritrócitos e pool de plaquetas por hematúria, hematomas e agravamento da anemia (hemoglobina 6,7 g/L). Uma vez que não apresentava resposta iniciou rituximab em agosto com aumento progressivo do valor de plaquetas. À data da alta apresentava plaquetas 136x10<sup>9</sup> e Hb 9,7 g/dL, e manteve administração de rituximab em hospital de dia. Com este caso clínico alerta-se para a importância de considerar o diagnóstico de PTI, para iniciar terapêutica precocemente, pois pode ser necessário tentar várias opções terapêuticas até se obter boa resposta. Este utente tinha história de úlcera gástrica, frequentemente associada a infeção por Hp, pelo que se coloca a hipótese de ter sido o trigger da PTI deste doente, e da importância de tratar esta infeção.

## PD 47

### HEMATOMA ESPONTÂNEO NA COXA DIREITA EM UTENTE SOB STATUS PÓS-COVID

Ana Clara Alves<sup>1</sup>; Carla Martins<sup>1</sup>; Seco Fati<sup>1</sup>;  
Maria João Sias<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Sol

A infeção por SARS-Cov2 é responsável por diversos sintomas extra-pulmonares e parece haver evidência de um papel relevante da doença vascular no COVID-19, havendo uma combinação de eventos nomeadamente: disfunção endotelial, trombose e “cascata inflamatória” desregulada.

JMMA, 70 anos, homem com as seguintes patologias: Diabetes Mellitus tipoll, Dislipidémia, Hipertensão Arterial, Hipertrofia Benigna da Próstata, Presbiacusia, Refluxo Gastro-Esofá-

gico, Excesso de peso, Cardiopatia Isquêmica. Foi diagnosticado com COVID-19 em dezembro de 2020. Teve sintomas ligeiros e apresentou uma boa evolução clínica. Obteve alta, assintomático, sem aparentes sequelas 9 dias após o início da infecção. Foram prescritos exames cardíacos e análises gerais para reavaliação do *Status* pós-covid e não mostraram alterações. Após 5 meses da infecção, foi trazido à urgência por quadro de síncope despoletado pela dor intensa na coxa direita (dta), tipo “caimbra” ao final da manhã. Durante essa manhã, refere vários episódios semelhantes de dor na mesma região, sem traumatismo associado. À observação: Normotenso, normocárdico, satO<sub>2</sub>AA 95%. AC e AP sem alterações. Coxa dta com edema, equimose e empastamento. Dímeros e troponinas negativos. Apresentava alta probabilidade de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e fez Angio-TC que excluiu TEP e outras patologias. Assumindo provável trombose venosa profunda (TVP) foi medicado com enoxaparina 80mg. Teve alta com anticoagulação (ACO), indicação da realização de Ecodoppler urgente dos membros inferiores. Recorre ao médico de família no dia seguinte para estudo do caso e permaneceu com ACO. Após 1 semana, dirige-se a um hospital privado por manutenção da dor na coxa apesar da analgesia. O Ecodoppler excluiu TVP e parou a ACO. Fez Ecografia e surge volumoso hematoma na coxa dta sem síndrome compartimental. É encaminhado para consulta de cirurgia plástica para drenagem do hematoma que decorreu sem intercorrências e com franca melhoria. Fez-se estudo da coagulação, detectou-se alterações no fator de von Willebrand e fibrinogénio e referenciou-se para Consulta de Hematologia. A hematologista não valorizou as alterações dos factores

em causa. Iniciou magnésio, tratamentos termais e fisioterapia com alívio progressivo da dor e bem-estar geral.

Há várias complicações associadas à COVID-19 do ponto de vista vascular, quer por hipercoagulabilidade, quer por hemorragia. Assim, devemos estar alerta e manter a vigilância ativa de utentes em *Status* Pós-Covid.

## PD 48

### HIPONATRÊMIA TRAUMÁTICA? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Pedro Soares<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Conde Saúde

**Caso clínico:** Quando o traumatismo revela hiponatrémia, coincidência ou causalidade.

Trata-se do caso de um idoso com 88 anos que na sequência de queda ao tropeçar da própria altura, com traumatismo cranioencefálico consequente. 12h após o acidente, inicia quadro de náuseas e vômitos. Nesta sequência, é enviado ao SU, onde tem episódio de ausência que reverte rapidamente, com amnésia para o sucedido. Queixa-se de dores a nível da fossa ilíaca direita. À observação, encontra-se consciente, orientado e colaborante, apresenta-se hipotenso, normocárdico, apirético, eupneico ligeiramente pálido com equimose da região frontotemporal direito. Auscultação cardiopulmonar sem alterações. Abdómen sem alterações relevantes. Exame neurológico sumário normal. Realizou TC-CE que não mostrou lesões agudas. Analiticamente, destaca-se anemia (Hb 11g/dl), elevação ligeira de PCR (1,7) e hiponatrémia (124 mmol/l). Fez RX de abdómen em carga que não revelou alterações patológicas. Foi dada alta ao doente no próprio dia, com explicação de sinais de alarme e indicação hipersalina durante os dias seguintes e reavaliação junto do médico assistente.

Ao 10º dia, o utente recorre ao seu centro de saúde por hematoma súbito do escroto. Continua a queixar-se de dor na fossa ilíaca direita. Mantinha dor à palpação da FID/zona inguinal, sem sinais de irritação peritoneal, não se encontrando outras alterações no exame objetivo. Por possível hiponatrémia iatrogénica, é substituído o perindopril por telmisartan. Para esclarecimento do quadro escrotal é pedida TC pélvica com contraste. Reavaliação analítica duas semanas depois.

Realizada ao 14º dia do trauma, a TC revelou um hematoma retroperitoneal, perirrenal, em fase de resolução.

Analiticamente, o doente apresentava melhoria significativa de todos os parâmetros alterados, com natrémia de 134 mmol/l, hemoglobina de 12,2 g/l.

Este caso demonstra a importância da valorização das queixas do idoso, tendo em conta as vulnerabilidades específicas desta faixa etária, consequência de uma maior fragilidade e, frequentemente comorbilidades concomitantes.

## PD 49

### RECONHECENDO A SÍNDROME DE DIOGENES: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Vieira<sup>1</sup>; Henrique Santos<sup>1</sup>; Inês Valada<sup>1</sup>; Filipa Ramalheira<sup>1</sup>; Inês Caldas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

**Introdução:** A síndrome de Diogenes (SD) é uma síndrome neurocomportamental, caracterizada por acumulação patológica, desarrumação e sujidade severas (squalor), e ausência de crítica, geralmente acompanhado por isolamento social e recusa de ajudas externas. Embora possa ocorrer como uma entidade única, é mais comumente secundário a outras patologias neuropsiquiátricas,

sobretudo demência nos idosos. Apesar de incomum, tem uma alta morbidade e mortalidade. Este trabalho tem como objetivo contribuir para a sistematização das evidências científicas sobre esta condição, apresentando um quadro clínico ilustrativo da patologia.

**Objetivos:** Revisão da bibliografia sobre SD e apresentação de caso clínico ilustrativo desta patologia.

**Métodos:** Pesquisa na base de dados PubMed de artigos científicos originais e de revisão, em Inglês e Português, utilizando as palavra-chave: *diogenes syndrome, squalor, dementia*.

**Resultados:** Apresenta-se o caso de uma doente de 76 anos, internada no serviço de psiquiatria com a hipótese de diagnóstico de perturbação delirante partilhada. Encontrava-se sinalizada pelo serviço social desde 2013 por condições de habitabilidade insalubres (ausência de electricidade, mau estado de higiene da habitação, negligência dos autocuidados e acumulação extrema de objectos e animais a condicionar a mobilidade dentro de casa). A doente não apresentava crítica para a necessidade de intervenção domiciliária de limpeza, recusando-se a desocupar a mesma para que se procedesse à desinfectação. Vivía em situação de isolamento social, sem qualquer apoio externo ou registo de contactos médicos prévios. Foi solicitado o apoio da neurologia por alterações na TC-CE compatíveis com o diagnóstico de hidrocefalia de pressão normal, apresentando clínica compatível (apraxia da marcha, incontinência urinária, demência).

**Discussão:** A SD é uma entidade complexa, para a qual uma abordagem multidisciplinar é fundamental. Um maior conhecimento sobre esta condição pode auxiliar num diagnóstico precoce e numa intervenção terapêutica bem-sucedida.

## PD 50

### PENFIGÓIDE BOLHOSO COMO REAÇÃO ADVERSA AOS IDPP4 – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Fernandes Duarte<sup>1</sup>; Helena Melanda<sup>1</sup>;

Patrícia Cardoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Buarcos, ACeS Baixo Mondego

**Introdução:** Os inibidores da dipeptidil peptidase-4 (iDPP-4) têm um lugar de destaque no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 (DM2), já que a inibição da atividade enzimática DPP-4 prolonga a secreção de insulina dependente de GLP-1/GIP pelas células beta pancreáticas. A enzima DPP-4 possui múltiplos substratos, através dos quais regula funções imunológicas como a ativação de células T, macrófagos e secreção de citocinas. Estudos relataram um aumento de doenças autoimunes como o penfigóide bolhoso (PB) com o uso de iDPP-4.

**Descrição do caso:** Mulher de 87 anos, com antecedentes pessoais de DM tipo 2, hipertensão arterial, FA, insuficiência cardíaca NYHA II, dislipidemia, DRC estadio 3B, adenocarcinoma do reto (submetida a amputação abdominoperineal e portadora de colostomia). Medicada com furosemida 40mg, pantoprazol 40mg, apixabano 2,5mg (2id), bisoprolol 2,5mg (2id), amiodarona 200mg, alopurinol 300mg, candesartan 16mg, hidroclorotiazida 12,5mg, lercanidipina 20mg, metformina 850mg e sitagliptina 50g. Recorre à consulta aberta por surgimento de lesões bolhosas nos membros inferiores, há 2 dias. Negava aplicação de fármacos ou cosméticos topicamente. À nossa observação, apresentava edema com godet + até ao nível dos joelhos, bilateralmente, com drenagem de transudado e lesões bolhosas eritematosas dispersas por ambas as pernas. Optámos por suspender a

sitagliptina, pela probabilidade de se tratar de uma reação adversa a este fármaco (PB). Manteve vigilância em consultas de enfermaria, para cuidados de penso. Regressou à consulta aberta 14 dias depois da suspensão do iDPP4, por manter as lesões bolhosas nos membros inferiores. Nessa altura, optámos por encaminhar ao SU Dermatologia, que a utente recusou. As lesões acabaram por resolver uma semana depois, sem tratamento adicional, não tendo ainda retomado o iDPP4. **Conclusão:** Quase todos os iDPP-4 estão associados ao PB, mas a vildagliptina é a mais comumente implicado no desenvolvimento desta dermatose. A idade avançada é um dos fatores de risco importantes e o tempo de latência entre o início da toma de iDPP4 e surgimento do PB pode variar, segundo a literatura, entre 1 a 37 meses. O Médico de Família, tendo um papel incontornável no tratamento da DM2 dos seus utentes, deve estar alerta para o desenvolvimento do PB em doentes medicados com iDPP4, especialmente em utentes idosos, sendo que nestes últimos a introdução deste fármaco deve ser ponderada.

## PD 51

### EVOLUÇÃO DA TAXA DE VACINAÇÃO ANTIGRIPEAL EM IDOSOS DE UMA USF

Joana Fernandes Duarte<sup>1</sup>; Helena Melanda<sup>2</sup>;

Patrícia Cardoso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Buarcos, ACeS Baixo Mondego; <sup>2</sup>USF Buarcos, ACeS Baixo Mondego

**Introdução:** A gripe é uma doença respiratória aguda causada pelos vírus influenza A ou B, que ocorre em surtos, principalmente durante o inverno. É uma doença frequentemente autolimitada, podendo ter complicações em populações mais frágeis. Segundo a Norma 016/2021 da DGS, a vacinação contra a gri-

pe não só é fortemente recomendada como também é gratuita para pessoas com idade  $\geq 65$  anos, por constituírem grupo de risco para complicações pós-infeção. A vacinação antigripal anual é uma das atividades preventivas primordiais, a fim de reduzir a incidência desta doença e suas complicações.

**Objetivo:** verificar a evolução da taxa de vacinação anti-gripal na população idosa de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) nos últimos 3 anos.

**Materiais e métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e descritivo referente ao período de 2019 a 2022. Dimensão estudada - adequação técnico-científica. Unidade de estudo - utentes inscritos numa USF, com idade  $\geq 65$  anos, com pelo menos uma consulta (presencial/não presencial) em cada um dos anos em análise. Fonte de dados - SClínico® e Mimuf. O primeiro momento de avaliação foi realizado em abril de 2020, a primeira reavaliação em abril 2021 e a segunda reavaliação foi realizada em abril 2022. Critério de Avaliação - % de utentes da amostra com vacinação anti-gripal cumprido, de acordo com a NOC 016/2021 da DGS.

**Resultados:** Dos 2470 utentes com idade  $\geq 65$  anos, foi obtida uma amostra de 10%, obtida de forma aleatória simples, proporcional à distribuição etária da população. No ano de 2019, 40,49% da amostra tinha sido vacinada contra a gripe. No ano de 2020, a percentagem de utentes vacinados subiu para 60,32%. No ano de 2021, a percentagem aumentou ainda mais, atingindo os 69,64%.

**Discussão/Conclusões:** Dos utentes em estudo, 69,64% foram vacinados na última época gripal, o que representa um aumento de 72% na taxa de vacinação em relação ao primeiro ano em análise (40,49%). A importância da vacinação, tão abordada nos últi-

mos meses em relação ao SARS-CoV2, pode ter tido algum impacto na adesão à vacina antigripal na última época, 2021/2022, assim como o esfoço acrescido das equipas de saúde em cumpri-lo. É fundamental que se mantenha presente a importância da vacinação antigripal desta população vulnerável, e que se retire vantagem do facto de esta estar mais alerta para a importância da vacinação.

## PD 52

### ABORDAGEM À PATOLOGIA NODULAR DA TIROIDE EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Cristiana Soares<sup>1</sup>; Marta Duarte Gomes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Calâmbrega; <sup>2</sup>USF Terras de Santa Maria

**Introdução:** A doença nodular da tiroide é uma das patologias mais comuns do sistema endócrino, tendo uma maior prevalência no sexo feminino. A importância clínica dos nódulos tiroideus passa por excluir a sua malignidade. Os nódulos não palpáveis que são identificados em exames diagnósticos realizados no estudo de outras situações, chamados de incidentalomas e cuja prevalência varia entre 20% e 76%, têm o mesmo risco de malignidade do que os palpáveis, assim como daqueles presentes no bócio multinodular. A ecografia tiroideia é o exame mais indicado para avaliação e seguimento dos nódulos tiroideus, sendo da maior importância ter conhecimento acerca dos critérios sugestivos de malignidade, de forma a poder orientar e/ou referenciar de forma adequada e atempada essas situações.

**Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo principal abordar a patologia nodular da tiroide, nomeadamente no que diz respeito ao reconhecimento de características benignas vs. malignas dos nódulos, ao seguimento que deve ser efetuado a nível dos cuidados de saúde primários após a sua identificação

e ainda relativamente aos critérios para realização de citologia aspirativa bem como de referenciação a consulta especializada.

**Material e métodos:** Foi feita uma revisão da literatura de *guidelines* nacionais e internacionais e artigos científicos publicados nos últimos 10 anos em língua inglesa e portuguesa, disponíveis na Direção-Geral da Saúde, *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guidelines*, *The Cochrane Library* e MEDLINE, usando os termos MeSH "Thyroid Nodule", "Diagnosis" e "Disease Management".

**Resultados:** Foram encontradas 42 publicações, das quais foram excluídas 36 após leitura integral, do resumo ou do título. Foram incluídas 6 publicações para realização do presente trabalho.

**Discussão/Conclusões:** A uniformização da gestão e vigilância de doentes com patologia nodular da tiroide é de primordial importância em Medicina Geral e Familiar, uma vez que compete ao médico de família saber identificar quais os nódulos que merecem uma vigilância mais apertada e aqueles que devem ser submetidos a biópsia. A classificação EU-TIRADS é, atualmente, a mais utilizada e divide os nódulos em 5 categorias de acordo com o risco de malignidade. Os nódulos de categoria 1 e 2 apresentam um risco de cerca de 0% de malignidade e não necessitam de biópsia. Os nódulos das categorias 3 a 5 devem ser submetidos a biópsia consoante a sua dimensão e devem ser vigiados de forma regular.

## PD 53

### "TROPONINITE" NO IDOSO – TROPONINAS ALÉM DO SCA

Sónia Reis Santos<sup>1</sup>; Ana Vera Marinho<sup>2</sup>;  
Francisco Gonçalves<sup>2</sup>; Nelson Domingues<sup>1</sup>;  
Edite Nascimento<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Tondela Viseu, <sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** As troponinas cardíacas são biomarcadores sensíveis e específicos de dano miocárdico. Apesar de a sua elevação ser característica do EAM na presença de um quadro clínico típico e evidência de isquémia no ECG, existem outros quadros clínicos a ter em conta no diagnóstico diferencial, tais como a miocardite aguda, cardiomiopatia de Takotsubo, TEP, trauma.

**Caso Clínico:** Mulher de 86 anos com antecedentes de HTA e Dislipidemia. Trazida ao SU por quadro de epistaxis refratária. Aquando da admissão hospital, iniciou quadro de toracalgia anterior esquerda, do tipo opressivo, contínua, sem fatores de agravamento ou alívio, nem irradiação. Os ECG seriados revelaram alterações dinâmicas do segmento ST o que, em associação à subida da troponina, levantou a suspeita de SCA. Fez cateterismo sem evidência de lesão coronária. Admitida em internamento para vigilância e estudo com suspeita de MINOCA. Sem recorrência da dor desde D1 de Internamento com descrição de hipocinesia apical e média das paredes anterior, inferior, SIV e FEVE45% no ecocardiograma da admissão e NT-próBNP>55000. Admitido o diagnóstico de Cardiomiopatia de Takotsubo após observação da evolução da doente e ECD em internamento, nomeadamente pela apresentação clínica e as alterações típicas nos ECG de internamento: inversão das ondas T nas derivações inferiores e aumento do intervalo QT.

**Conclusão:** A cardiomiopatia de Takotsubo,

ou de stress, representa um dos “mimics” do EAM, caracterizada por disfunção sistólica ventricular transitória sem evidência de doença coronária. Com maior incidência na mulher idosa, representa a cauda de 1 a 2% das suspeitas de Síndrome Coronário Agudo. Apresenta uma correlação importante com quadros de stress físico ou emocional como resultado da toxicidade miocárdica ou vasoespasmo microvascular induzidos pelas catecolaminas circulantes.

#### **PD 54**

### **"UMA ESTRANHA PICADA DE INSETO" – A PROPÓSITO DE UM CASO DE EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA NO IDOSO**

Sónia Reis Santos<sup>1</sup>; Andreia Ferreira Moreira Lopes<sup>1</sup>; Nelson Domingues<sup>1</sup>; Edite Nascimento<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Tondela Viseu

**Introdução:** As picadas das espécies *Hymenoptera* representam um diagnóstico prevalente nas avaliações em serviço de urgência, na maioria dos casos ocasionando manifestações locorregionais mínimas. Ainda assim, não dispensam a avaliação médica cuidada na medida em que podem vir a ser o trigger de infeções cutâneas mais complexas.

**Caso clínico:** Homem de 78 anos referenciado ao SU perante suspeita de celulite facial após terapêutica inicial com corticóide endovenoso e Ceftriaxone na SUB. À avaliação em SU, em D8 de doença, constatado quadro de dor, rubor, edema e prurido localizado no quadrante superior direito da face e região ocular ipsilateral após picada de abelhas. Ao exame objetivo, comprovado exuberante Zoster Oftálmico, com múltiplas vesículas em diferentes estadios de evolução com extensão à pirâmide nasal, algumas das quais com sinais de sobreinfeção bacteriana, associadas a edema periorbitário e rubor. A avaliação por Oftalmologia revelou a existência de ulceração corneana dendrítica

e descemetite. Iniciou terapêutica sistémica com Valaciclovir e tópica com antivirico e corticóide com resposta favorável nas avaliações oftalmológicas subsequentes.

**Conclusão:** O *Herpes zoster* Oftálmico representa uma infeção potencialmente ameaçadora da visão como consequência do envolvimento do ramo oftálmico do nervo trigémio. Em 50% dos doentes ocorre envolvimento ocular, sendo este mais comum aquando da presença do Sinal de Hutchinson, pelo envolvimento do nervo nasociliar, responsável pela enervação da córnea. É fundamental o diagnóstico precoce e iniciação da terapêutica com vista a interromper a progressão da lesão corneana e potencial perda de visão.

#### **PD 55**

### **A DESAFIANTE ABORDAGEM DA ADENOPATIA INGUINAL**

Sónia Reis Santos<sup>1</sup>; Luís Costa Matos<sup>1</sup>; Nelson Domingues<sup>1</sup>; Edite Nascimento<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Tondela Viseu

**Introdução:** A abordagem do doente com adenopatia poderá representar um dilema diagnóstico quando não estão presentes sintomas ou alterações no exame objetivo característicos. Poderão estar associadas a diversas patologias e iatrogenia medicamentosa, sendo as adenopatias inguinais frequentemente associadas a infeções dos membros inferiores, infeções sexualmente transmissíveis e neoplasias.

**Caso clínico:** Mulher de 78 anos com antecedentes de neoplasia mamaria submetida a quimioterapia. Internamento para estudo de adenopatia inguinal, com cerca de 8cm de maior eixo, indolor, móvel e com consistência duro-elástica. Associadamente reportados sintomas de fadiga, sudorese noturna e perda ponderal não quantificada. Sem outra sintomatologia focalizadora de órgão. Dentro dos

exames solicitados, comprovada a existência de adenopatias mediastínicas e inguinais esquerdas. Realizada biópsia excisional da adenopatia inguinal com estudo histológico a revelar a presença de um Linfoma Difuso de Grandes Células B. Teve alta orientada para a Consulta de Hematologia Clínica com início de quimioterapia.

**Conclusão:** O Linfoma Difuso de Grandes Células B representa o subtipo histológico mais comum dentro dos Linfomas Não Hodgkin sendo responsável por 25% dos casos. Aquando do diagnóstico e tratamento atempados, 50% dos doentes atinge a cura da neoplasia, sendo o prognóstico influenciado por diversos fatores com destaque para a idade, comorbidades, reserva funcional e condição socioeconómica dos doentes.

## PD 56

### FUNCIONALIDADE E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS DE UMA CIDADE DO INTERIOR DA BAHIA

Rodrigo Rangel<sup>1</sup>; Elaine Santana<sup>2</sup>; Rosa Silva<sup>2</sup>; Renato Chaves<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Augusta Medrado Mattos; <sup>2</sup>Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem;

<sup>3</sup>Centro Universitário UNIFTC

**Introdução:** O envelhecimento populacional, vem acompanhado de uma série de mudanças de ordem biopsicossociais e da propensão delas ao desenvolvimento dos problemas de saúde. O declínio da capacidade física, cognitiva e a perda da autonomia, estão associadas às diversas situações do cotidiano e do estilo de vida adotado pelo indivíduo.

**Objetivo:** Avaliar a funcionalidade de idosos a partir do *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0).

**Material e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, de corte transversal e levantamento de campo. Realizada nas Estratégias de Saúde da Família

da cidade de Mucugê, interior da Bahia, Brasil, tendo uma amostra de 129 idosos, selecionados a partir dos critérios de elegibilidade. Para a recolha dos dados foram utilizados um questionário com avaliação sociodemográfica e de condições de saúde, o Mini Exame do Estado Mental e o WHODAS 2.0. Os dados foram analisados a partir do software *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0.

**Resultados:** Identificou-se a prevalência do sexo feminino (75,2%), com idade até 79 anos (80,6%), solteiras e/ou divorciadas (57,4%). Em relação a escolaridade 52,7% dos idosos participantes possuem o 2º grau. Quanto às condições de saúde, o estado geral de saúde foi considerado bom em 44,2% dos idosos. Identificou-se a predominância de doenças crônicas, sendo a Hipertensão Arterial a de maior frequência (37,2%). Relativamente à funcionalidade, as maiores médias de incapacidade foram encontradas na participação na sociedade (12,66%), cognição (8,41%) e mobilidade (8,24%). Já na classificação geral, 69% dos participantes apresentavam dificuldade moderada. Revela-se ainda que houve correlação de Pearson significativa entre os domínios “Cognição” e “Autocuidado” tanto para os homens ( $r\ 0,644$ ) quanto para as mulheres ( $r\ 0,684$ ). Verificou-se ainda correlação de Pearson perfeita e positiva ( $r\ 1,000$ ) para o gênero masculino nos domínios “Mobilidade” e “Participação”. Nesse sentido, quanto maior foi a pontuação na “Mobilidade”, maior também foi a “Participação” ( $p\ 0,000$ ).

**Discussão/Conclusões:** Diante do exposto, fica evidenciado que os idosos participantes do estudo apresentam um nível de incapacidade funcional moderado, sendo os domínios “Participação na sociedade”, “Cognição” e “Mobilidade” os mais afetados, o que demonstra um déficit em sua rede de relacionamento, assistência familiar e estilo de vida.

## PD 57

### EPIDEMIOLOGIA DA COVID-19: COMPARAÇÃO ENTRE INFORMES EPIDEMIOLÓGICOS

Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>1</sup>;  
Aurimar Gonçalves Sousa<sup>2</sup>;  
Felismina Rosa Parreira Mendes<sup>3</sup>;  
Luciana Araújo dos Reis<sup>4</sup>; Mahyara de Melo Santiago<sup>5</sup>;  
Margareth Santos de Amorim<sup>6</sup>

<sup>1</sup>UFRN FACISA/PPgScol; <sup>2</sup>Distrito Sanitário de Saúde Indígena do Tocantins; <sup>3</sup>Universidade de Évora; <sup>4</sup>UESB; <sup>5</sup>UFRN FACISA; <sup>6</sup>Centro Universitário Luterano de Palmas/PPScol-UFRN

**Introdução:** Para o combate à pandemia da causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) recomenda-se o isolamento social e quarentena.

**Objetivo:** Analisar as taxas de incidência, mortalidade, letalidade e sua distribuição epidemiológica por Região Federativa, idade, sexo sobre o episódio pandêmico no país registrado nos Informes Epidemiológicos (IE) da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) Ministério da Saúde.

**Método:** Pesquisa descritiva com base em dados secundários extraídos da última Semana Epidemiológica (SE) e seus respectivos períodos por mês dos IE da covid-19 do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SAISUS), a seguir: SE: 03(17/01/2021 a 23/01/2021); 07 (14/03/2021 a 20/03/2021); 11 (14/02/2021 a 20/02/2021); 16 (18/04/2021 a 24/04/2021); 20 (16/05/2021 a 22/05/2021); 24 (16/05/2021 a 22/05/2021); 29 (13/06/2021 a 19/06/2021); 33 (15/08/2021 a 21/08/2021); 37 (12/09/2021 a 18/09/2021); 41 (10/10/2021 a 16/10/2021); 46 (14/11/2021 a 20/11/2021) e 51 (12/12/2021 a 25/12/2021).

**Resultados:** As regiões analisadas exibiram redução da Taxa de Incidência (TI) entre as SE 03 e 51, sobressaindo a região Centro-Oeste (de 6.613,6) para (2.064,6) por 100.000 ha-

bitantes. Em relação à Taxa de Mortalidade (TM), a região Centro-Oeste retratou a maior TM no primeiro IE avaliado (de 141,5), e expressiva redução nos 12 períodos avaliados, exprimindo na SE 51 (39,3), no entanto, a região Sul e Sudeste apresentou a maior TM na SE 51 (de 75,1). Assim como nas taxas de mortalidade, as Taxas de Letalidade (TL), também foram registradas em maior quantidade na SE 03 na região Centro-Oeste (de 2,1%), no entanto, na SE 51 a região que apresentou a maior taxa (de 2,2 %), foi a região Norte. Dentre as taxas de incidência, mortalidade e letalidades, as maiores taxas foram nos indígenas de 60 anos ou mais, com predominância do sexo masculino.

**Conclusão:** São necessários mais estudos clínicos e epidemiológicos para elucidar as formas de prevenção e intervenção mais aconselhável às vítimas acometidas pela COVID-19 para reduzir a ocorrência de novos casos e óbitos relacionados a esse vírus na população idosa indígena. Infere-se que a falta de saneamento básico, nutrição inadequada, as barreiras de acesso a serviços de saúde e a discriminação a que estão sujeitos, são fatores que contribuíram para o acréscimo de casos e óbitos por COVID-19 entres os povos.

## PD 58

### PERFIL DOS USUÁRIOS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE UMA UNIDADE DO DISTRITO NORTE DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>1</sup>;  
Nathália Priscilla Medeiros Costa<sup>2</sup>;  
Ana Tânia Lopes Sampaio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UFRN FACISA/PPgScol; <sup>2</sup>PPg Scol UFRN; <sup>3</sup>UFRN

**Introdução:** A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares enquadra-se como uma das muitas conquistas dos usuários e profissionais de saúde. Toda essa

conjuntura política das Práticas Integrativas e Complementares tem sua essência institucional marcada por muitos interesses, como resgate do conhecimento e identidade de grupos populares, alguns historicamente marginalizados e por outro, interesse do Estado por uma nova cultura de cuidado pautado pela promoção da saúde.

**Objetivo:** Diante desse contexto, o presente estudo objetiva traçar um perfil dos usuários das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde desenvolvidas no contexto do Sistema Único de Saúde em uma unidade do distrito norte I do município do Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Metodologia:** Trata-se de um recorte de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, sendo uma pesquisa de campo com delineamento de levantamento. O instrumento utilizado para coleta dos dados foi o prontuário eletrônico (e-SUS) das pessoas adscritas e assistidas por meio das PICS na unidade e a análise dos dados encontrados deu-se através da bioestatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (HUOL/UFRN-53201921.1.0000.5292. Da mesma forma, a pesquisa atendeu a Lei 18.853/2019 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), no que diz respeito ao tratamento dos dados gerados. **Resultados:** o período do levantamento dos dados na plataforma do e-SUS da unidade foi de março de 2020 a março de 2022, sendo encontrados 27 prontuários de pessoas assistidas a partir de Agosto de 2021 até Março de 2022. Foi observado que 91,3% são do sexo feminino e 8,7% do sexo masculino, a faixa etária encontrada foi dos 18 aos 68 anos. Foram realizados 52 em auriculoterapia (MTC), 1 em homeopatia, 1 em imposição de mãos e 1 em prática corporal da medicina tradicional chine-

sa (MTC). E ainda: 40,7% das pessoas recebeu tratamento para doença relacionada aos dentes/gengivas; 33,3% para ansiedade/tensão/nervosismo; 25,9% para controle do abuso ao tabaco e 18,5% para reação ao estresse.

**Conclusão:** Reafirmar a posição das PICS como inovações tecnológicas no cuidado a saúde no SUS é fundamental, bem como traçar o perfil das pessoas que são assistidas na unidade quanto a aplicabilidade destas práticas contribuem para a continuidade da implementação da Política Nacional e Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, assegurando que a mesma seja realmente praticada.

## PD 59

### O PAPEL DA FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM FIM DE VIDA NO DOMICÍLIO – UM ALIADO OU UM Opositor?

Ana Clara Alves<sup>1</sup>; Maria João Sias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Sol

**Introdução:** A família tem um papel fundamental na prestação de cuidados ao doente que permanece no domicílio nas últimas horas de vida. Importa compreender os fatores envolvidos na assistência ao doente e as suas consequências a diferentes níveis, no próprio e na família.

**Descrição do caso:** Sr. JJNVL, 89A, sexo masculino, pertencente a uma família nuclear com fortes relações entre os diferentes membros, cujos filhos e esposa não tiveram experiência prévia de morte de familiares no domicílio nem acompanharam outras situações semelhantes. É referenciado para a Equipe Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) com o diagnóstico principal de Insuficiência Cardíaca. Houve um agravamento progressivo do seu estado clínico com queixas de cansaço, dispneia em

repouso e agitação psicomotora. Perante a sua dependência progressiva e necessidade de cuidados por parte de outrem, a esposa cessou temporariamente as funções laborais e 2 filhos permaneceram em teletrabalho. A equipa de saúde familiar (médica e enfermeira de família) juntamente com a ECSCP prestaram cuidados, efetuaram o ajuste terapêutico e controlo sintomático, sempre com a recetividade da família. Os membros da família garantiram os recursos humanos, materiais e afetivos e confiaram nas equipas. O Sr. JJNVL faleceu tranquilo no domicílio e rodeado pela família que se mantém em luto não patológico. Por outro lado, o Sr JJJR, 79A, sexo masculino, teve o diagnóstico de Neoplasia do Pulmão inoperável. Este utente pertence a uma família nuclear, casado com JR, aposentada que sofre de Depressão Crónica, ex-cuidadora dos progenitores. Nesta família, há antecedentes de maus tratos físicos infligidos por parte do utente à sua esposa. Têm uma filha que dá apoio a ambos. A equipa de saúde familiar e ECSCP asseguraram cuidados e apoio no domicílio, contudo notou-se rapidamente uma incapacidade/exaustão por parte da cuidadora (JR) que referia querer prestar cuidados mas “não o consigo” sic. O doente foi referenciado para uma unidade de internamento em cuidados paliativos mas não obteve vaga. Acabou por ser internado em meio hospitalar e faleceu nesse contexto. **Conclusão:** A doença terminal altera a dinâmica familiar, exigindo a sua adaptação a uma nova realidade. Muitas vezes, expõe fragilidades e a inexistência de capacitação por parte dos familiares/cuidadores para prestar cuidados. É premente estar alerta e identificar as causas subjacentes a essa problemática com tantas repercussões associadas.

## PD 60

### HOSPITALIZAÇÃO DE RESIDENTES EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS

Helena Bários<sup>1</sup>; Rita Barroso<sup>2</sup>; Pedro Nunes<sup>3</sup>; Guilhermina Rego<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital do Mar, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Hospital do Mar; <sup>3</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A integração em Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), é uma das opções de cuidados para idosos frágeis, dependentes. Numa ERPI as necessidades sociais e de cuidados, são asseguradas no entanto a multimorbilidade e complexidade clínica são cada vez mais frequentes e a sua abordagem potencialmente mais desigual. É assim expectável, que em caso de doença, sobretudo doença aguda, ou crónica agudizada, possa ocorrer a referenciação a serviços de urgência hospitalar. A hospitalização, particularmente próximo do final de vida é no entanto potencialmente penosa para o doente e sua família, e onerosas para o Serviço Nacional de Saúde. **Objetivo:** Caracterizar o fenómeno da hospitalização de idosos residentes em ERPI em Portugal.

**Material e métodos:** Revisão sistemática de literatura com síntese narrativa. Foi realizada pesquisa em base de dados internacional, Pubmed, e RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, a mais abrangente base de dados científica portuguesa. Foi utilizada a *query* (Portugal AND (*Elderly* OR *aged*) AND ("*care home*" OR "*nursing home*" or "*Long term care*") AND hospital) adaptada para RCAAP, tendo em conta as especificidades do motor de busca desta base de dados. Foram incluídos trabalhos originais, revistos por pares, com população alvo idosos residentes em ERPI em Portugal, e que estudassem a hospitalização neste grupo.

Foram seguidas as recomendações PRISMA para revisão sistemática e realizada síntese narrativa dos resultados.

**Resultados:** Foram identificados 158 documentos, e analisados 149, após exclusão de duplicados. Após avaliação do resumo, foram incluídos 6 documentos. Destes 3 abordaram questões relacionadas com hospitalização de residentes de ERPI por microorganismos multiresistentes (infecção por *C. difficile* e Pneumonia por bactérias multiresistentes), 1 complicações de procedimentos invasivos com necessidade de avaliação hospitalar, 1 continuidade de cuidados após fratura do colo do fêmur, e 1 estudo qualitativo sobre as percepções do residente idoso em relação ao local de morte.

**Discussão:** A hospitalização em doentes residentes em ERPI em Portugal está pouco estudada. Os resultados enfatizam a fragilidade e complexidade clínica desta população. Não foi no entanto encontrado nenhum estudo que aborde a frequência, critérios de referenciação e os seus resultados. São recomendados estudos adicionais que permitam caracterizar este fenómeno, contribuindo para uma melhor prestação de cuidados a esta população.

## PD 61

### UM MAL NUNCA VEM SÓ. DOENTE IDOSO E SUAS COMORBILIDADES. RELATO DE UM CASO

Andrea Bevin Rodriguez<sup>1</sup>; Luana Lima<sup>1</sup>;

Isabel Dias Antunes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP São Tiago Saúde

**Introdução:** A artrite reumatóide (AR) é uma doença crônica, inflamatória, auto-imune com impacto na qualidade de vida. Se caracteriza pela inflamação das articulações e que pode conduzir a destruição do tecido articular e periarticular, com repercussão extra-articu-

lar. Além disso, o tratamento instituído muitas vezes leva a complicações e outras comorbilidades.

**Descrição do caso:** Trata-se de um caso de uma utente de 69 anos com: AR (diagnosticada aos 22 anos), Corticoterapia crônica, DM2, HTA, Dislipidemia, EAMSST com angioplastia, Catarata, Osteoporose com múltiplas fraturas vertebrais patológicas, Necrose da mandíbula por toma de bifosfonatos, Hérnia discal, Artrose anca e joelhos, Dor crônica, Anemia crônica multifactorial, Nódulos de tiróide.

MH: Leflunomide 10mg id, Naproxeno 500mg bid, Prednisona 10mg id, Vitamina D 15/15dias, Teriparatida (durante 2 anos), Transtec 52.5ug 3/3dias, Gabapentina 300mg, ADT 10mg id, Paracetamol 1gr SOS, Forxiga 10mg, Lansoprazol 30mg, Atozet 10/10, Triatec 1.25mg id, Bisoprolol 5mg, Aspirina 100mg, Zolpidem, Lercanidipina 10mg e Folicil.

Foi internada em 15/10/2021 por úlcera infectada em pé esquerdo. Durante o internamento apresentou queda de própria altura com fratura do colo do fêmur esquerdo sendo submetida a colocação de prótese total anca. Em consequência, foi referenciada aos Cuidados Continuados para recuperação. Retornou ao serviço de urgência em 26/12/2021 por quadro de isquemia crítica aguda do MI esquerdo tendo sido submetida a amputação do mesmo. Durante o internamento apresentou cultura positiva para MRSA tratada com Linezolid, contudo apresentou reação adversa ao antibiótico apresentou drenagem purulenta por fistula intraoral tratada com Ceftazidima, deverá manter acompanhamento com Cirurgia Maxilo-facial. Avaliada pela Ortopedia por fratura do olécrano com sinovite, também consequente da queda, optado por não realizar intervenção cirúrgica dado o estado da

doente, que concorda. Tem alta a 15/02/2022 com acompanhamento multidisciplinar.

**Conclusões:** A presença de doença em pessoas idosas poderá ser submanifesta ou ter manifestação paradoxal, devido a falta de mecanismos fisiopatológicos de reação e adaptação a diversas doenças. Este caso clínico pretende alertar para a necessidade de acompanhamento multidisciplinar, de intervenções atempadas, identificar fatores de risco e reconhecer o estado de fragilidade do idoso que podem influenciar no bem-estar e autosuficiência.

## PD 62

### A EXAUSTÃO DOS CUIDADORES – UMA REALIDADE ESCONDIDA?

Filipa Paraíso<sup>1</sup>; Maria João Coelho<sup>2</sup>; Ana Figueiredo<sup>1</sup>; Ana Rua<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Santa Luzia, ACES Vale do Sousa Norte, ARS Norte; <sup>2</sup>USF Freamunde, ACES Vale do Sousa Norte, ARS Norte

**Introdução:** O envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas e da incapacidade exigem medidas de prestação de cuidados não só dirigidas aos indivíduos dependentes mas também aos seus cuidadores. Na cidade de Freamunde, as Unidades de Saúde Familiar (USF) Freamunde e Santa Luzia, de um total de 28546 utentes, 15,2% tem mais de 65 anos de idade. A tendência de aumento do número de idosos, leva a uma maior prevalência de indivíduos dependentes, auxiliados por cuidadores e, consequentemente, a uma maior necessidade de cuidados domiciliários por parte das equipas.

**Objetivos:** Caracterizar a sobrecarga dos cuidadores de indivíduos dependentes e o grau de dependência funcional dos dependentes; Correlacionar o grau sobrecarga dos cuidadores, o grau de dependência funcional dos indivíduos alvo de cuidados, e a duração de

prestação dos cuidados.

**Material e métodos:** Estudo observacional transversal analítico. População: cuidadores de indivíduos dependentes em programa de cuidados domiciliários médicos ou de enfermagem das USF entre março e abril de 2022. O estudo teve início após aprovação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (CEARSN). A recolha dos dados foi realizada durante visita domiciliária. Foram aplicados três questionários: um para a caracterização sociodemográfica do cuidador, a escala de Barthel ao indivíduo dependente e a escala de Zarit ao cuidador. Foram utilizados o coeficiente de Spearman e o teste de Kruskal-Wallis para a análise dos dados.

**Resultados:** Foram realizadas 113 visitas domiciliárias, sendo que 93 dependentes cumpriam os critérios de inclusão. O tempo médio de duração de prestação de cuidados foi de 7,5 anos. Relativamente ao grau de sobrecarga da população de cuidadores (escala de Zarit), 48,4% (n = 45) apresentou sobrecarga intensa, 24,7% (n = 23) sobrecarga ligeira e 26,9% (n = 25) não apresentou sobrecarga. A média do valor da escala de Barthel foi de 19 pontos. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o grau de sobrecarga do cuidador e o número de horas de cuidados prestados (p = 0,038).

**Conclusões:** A maioria dos cuidadores apresentou sobrecarga. Os resultados obtidos corroboraram os dados apresentados noutros estudos nacionais. A avaliação sistemática da sobrecarga do cuidador e mobilização dos recursos constituem intervenções a incluir nos planos realizados pelos profissionais de saúde.

## Citação no programa

### **CP 01 TERAPIA ANTI-AMILÓIDE NA DOENÇA DE ALZHEIMER**

I. Reis Ferreira<sup>1</sup>; R. Cagigal<sup>2</sup>; F. Alvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal; <sup>2</sup>Departamento de Neurologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

### **CP 02 MATADOR SILENCIOSO – RELATO DE CASO**

Joana Patrícia Gonçalves Coelho<sup>1</sup>; Ana Margarida Coelho<sup>2</sup>; Cláudia Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP Santa Maria<sup>1</sup>; <sup>2</sup>Unidade Hospitalar de Bragança

### **CP 03 SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO: CONSULTA DE ENFERMAGEM VOLTADA AO IDOSO**

Patrícia Peres de Oliveira<sup>1</sup>; Juliana Gimenez Amaral<sup>2</sup>; Edilene Aparecida Araújo da Silveira<sup>1</sup>; Deborah Franscielle da Fonseca<sup>1</sup>; Luciana Helena da Silva Nicoli<sup>1</sup>; Thalyta Mansano Schlosser<sup>3</sup>; Gilson de Vasconcelos Torres<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UFSJ - Universidade Federal de São João del-Rei. Minas Gerais, Brasil; <sup>2</sup>UNIP - Universidade Paulista. São Paulo, SP, Brasil; <sup>3</sup>UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil; <sup>4</sup>UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil

### **CP 04 CUIDADOS FAMILIARES DE IDOSOS COM ALZHEIMER: SCOPING REVIEW**

Edilene Aparecida Araujo da Silveira<sup>1</sup>; Pedro Victor de Carvalho Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de São João del Rei

### **CP 05 O DESAFIO DE SER ELA**

Maria Santos<sup>1</sup>; Cristiana Soares<sup>1</sup>; Gorete Marques<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Calâmbrega - ACES Aveiro Norte

### **CP 06 ENVELHECER COM A PERDA: VIVÊNCIAS DE UM LUTO PROLONGADO**

Sara Carlos<sup>1</sup>; Diana Malhão<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UCSP Sé - ULSNE; <sup>2</sup>UCSP Mirandela I - ULSNE

### **CP 07 MORBILIDADE MÚLTIPLA? – CASO CLÍNICO**

Ana Carolina Aranda, Sandra Quitério<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF São Domingos

### **CP 08 COMPARAÇÃO DO IMPACTO COGNITIVO E CUSTO-EFETIVIDADE ENTRE A UTILIZAÇÃO DE MIRABEGRON E DE AGENTES ANTIMUSCARÍNICOS EM DOENTES COM BEXIGA NEUROGÉ**

André Ribeiro<sup>1</sup>; Sandra Assunção<sup>1</sup>; Sofia Moreira<sup>1</sup>; Daniela Alves<sup>2</sup>; Filipe Ermida<sup>1</sup>; Jorge Lains<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Baixo Vouga

**CP 10 DOUTORA, NÃO CONSIGO DORMIR COM DOR NAS COSTAS!**

Raquel Rosa<sup>1</sup>; Inês Pinheiro<sup>1</sup>; Clarisse Aguiar<sup>1</sup>; Rafaela Sousa<sup>1</sup>; Diana Silva<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF São Domingos; <sup>2</sup>USF Almeida Garrett

**CP 11 O IDOSO INSTITUCIONALIZADO. QUE SENTIMENTOS EM TEMPOS DE PANDEMIA?**

Sandra Marília Gonçalves Martins<sup>1</sup>; Liliana Cunha Figueira Antunes<sup>1</sup>; Abílio Madeira de Figueiredo<sup>1</sup>; Ermelinda Bernardo Gonçalves Marques<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Instituto Politécnico da Guarda

**CP 12 IMPLEMENTAÇÃO DE UMA SALA SNOEZELEN NUMA ERPI**

Telma Bengalinha<sup>1</sup>; André Rodrigues<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Residência Senior Club Orpea

**CP 13 MONOPOLIO SÉNIOR – WII BALANCE BOARD**

Paula Arantes<sup>1</sup>; André Rodrigues<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Residência Flavicórdia Orpea; <sup>2</sup>Orpea Ibérica

**CP 14 ENVELHECIMENTO ATIVO, QUALIDADE DE VIDA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Joana Bernardo<sup>1</sup>; Ricardo Loureiro<sup>1</sup>; Elaine Santana<sup>1</sup>; Rosa Silva<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Health Sciences Research Unit: Nursing UICISA:E, Nursing School of Coimbra ESEnfC

**CP 15 POLIMÉDICOS = POLIFARMÁCIA? A ARTE DE DESPRESCREVER – CASO CLÍNICO**

Joana Atabão<sup>1</sup>; Raquel Cabrita<sup>1</sup>; Rita Paraíso<sup>1</sup>; Tomás Correia<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF Ria Formosa; <sup>2</sup>Ever.Act

**CP 16 PERTURBAÇÕES PRIMÁRIAS DO SONO NO IDOSO – REVISÃO CLÁSSICA DA LITERATURA**

Joana Atabão<sup>1</sup>; Raquel Cabrita<sup>1</sup>; Rita Paraíso<sup>1</sup>; Filipa Lourenço<sup>1</sup>; Tomás Correia<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF Ria Formosa; <sup>2</sup>Ever.Act

**CP 17 COMUNICAÇÃO DE CIÊNCIA PARA A PESSOA IDOSA: REFLEXÕES, DESAFIOS E NOVAS PERSPETIVAS**

Elaine Santana<sup>1</sup>; Rosa Silva<sup>1</sup>; Joana Bernardo<sup>1</sup>; Ricardo Loureiro<sup>1</sup>; João Apóstolo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**CP 18 EXPOSIÇÃO SOLAR NA CORREÇÃO DO DÉFICE DA VITAMINA D: SERÁ SUFICIENTE DE FORMA ISOLADA?**

Raquel Rosa<sup>1</sup>; Inês Pinheiro<sup>1</sup>; Clarisse Aguiar<sup>1</sup>; Rafaela Sousa<sup>1</sup>; Diana Silva<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF São Domingos; <sup>2</sup>USF Almeida Garrett

### **CP 19 A INFLUÊNCIA DA PANDEMIA NA MUDANÇA DE HÁBITOS E ESTILO DE VIDA EM IDOSOS DO NORDESTE DO BRASIL**

Maria Clara Apolônio Pinheiro<sup>1</sup>; Luana Lima Barroso<sup>1</sup>; Rian Vilar Lima<sup>1</sup>;  
Márcia Gomes Marinheiro Coelho<sup>1</sup>; Dara Maria de Sá Bonfim<sup>1</sup>; Júlia Silva Pinheiro Firmino<sup>1</sup>;  
Leticia Pinheiro Pontes<sup>1</sup>; Lia Camurça Costa<sup>1</sup>; Mariana Souza de Assis<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza

### **CP 20 DESCOBRINDO A DEPRESSÃO**

Juliana Gomes<sup>1</sup>; Carolina Carlos<sup>2</sup>; Rui Gonçalves<sup>2</sup>; Bárbara Oliveira<sup>2</sup>; Tânia Ferreira<sup>2</sup>;  
Ana Margarida Simões<sup>2</sup>; Joana Sequeira Mendes<sup>2</sup>; Diogo Carriço<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF A Ribeirinha, Guarda; <sup>2</sup>USF A Ribeirinha

### **CP 21 PARKINSONISMO DE RÁPIDA EVOLUÇÃO EM IDOSA PREVIAMENTE AUTÓNOMA**

Bárbara Oliveira<sup>1</sup>; Tânia Ferreira<sup>2</sup>; Juliana Gomes<sup>2</sup>; Carolina Carlos<sup>2</sup>; Ana Simões<sup>2</sup>; Joana Mendes<sup>2</sup>;  
Diogo Carriço<sup>2</sup>; Cláudia Pimpão<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Unidade de Saúde Familiar "A Ribeirinha", Unidade Local de Saúde da Guarda; <sup>2</sup>Unidade de Saúde Familiar "A Ribeirinha", Unidade Local de Saúde da Guard

### **CP 23 CRB-65: SERÁ SUFICIENTE?**

Sofia Cardoso de Oliveira<sup>1</sup>; Rita Gaspar Marques<sup>1</sup>; Salomé Costa e Silva<sup>1</sup>; Pedro Castro de Azevedo<sup>1</sup>;  
Sara Ramalho Pinheiro<sup>1</sup>; António Vidinha Pereira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Pulsar

### **CP 24 AS VANTAGENS DO "WALKING FOOTBAL" NA POPULAÇÃO IDOSA – REVISÃO DE TEMA**

Pedro Pereira<sup>1</sup>; Mélanie Freitas<sup>1</sup>; Inês Francisco<sup>1</sup>; Virgínia Marques<sup>1</sup>; Lídia Gomes<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Rainha Santa Isabel

### **CP 26 IMPLEMENTAÇÃO DE UMA UPAD – UNIDADE PROTEGIDA PARA ALZHEIMER E OUTRAS DEMÊNCIAS**

Joana Sampaio<sup>1</sup>; Melissa Amaral<sup>1</sup>; Lúcia Carvalho<sup>1</sup>; João Figueiredo<sup>1</sup>; Raquel Moitinha<sup>1</sup>;  
Luís da Silva<sup>2</sup>; André Rodrigues<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Residência Orpea Viseu; <sup>2</sup>Orpea Ibérica

### **CP 27 NA SAÚDE E NA DOENÇA: DIAGNÓSTICO DE CANCRO NUM CASAL IDOSO**

Diana Malhão<sup>1</sup>; Sara Carlos<sup>2</sup>; Joana Mata<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UCSP Mirandela I - ULSNE; <sup>2</sup>UCSP Sé - ULSNE

**CP 28 HEMANGIOMA CERVICAL: UMA CAUSA RARA DE CERVICALGIA**

Tânia Daniela Gonçalves Ferreira<sup>1</sup>; Marina Ribeiro<sup>1</sup>; Ana Margarida Simões<sup>1</sup>; Bárbara Oliveira<sup>1</sup>; Carolina Carlos<sup>1</sup>; Juliana Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF A Ribeirinha

**CP 29 A RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE ENQUANTO ÚNICA ARMA TERAPÊUTICA**

Cristiana Soares<sup>1</sup>; Maria Santos<sup>1</sup>; Gorete Marques<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Calâmbrega

**CP 30 “O DOM DA TEIMOSIA”**

Pedro Castro de Azevedo<sup>1</sup>; Rita Gaspar Marques<sup>1</sup>; Sara Ramalho Pereira<sup>2</sup>; Sofia Cardoso de Oliveira<sup>2</sup>; Salomé Costa e Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF PULSAR; <sup>2</sup>USF Pulsar

**CP 31 APOIO SOCIAL – EM CERTOS CASOS, O QUE PODE SER FUNDAMENTAL**

Leonor Ferreira da Silva<sup>1</sup>; Madalena Braga<sup>1</sup>; Nuno Mendanha Pereira<sup>1</sup>; Miguel Simões Magalhães<sup>1</sup>; Gustavo Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Arca d'Água

**CP 32 "INTERGERACIONALIDADE E NOVAS TECNOLOGIAS NA ATIVIDADE FÍSICA, NO DIA MUNDIAL DA DIABETES" RELATO DE PRÁTICA"**

Gabriela Lopez<sup>1</sup>; Melani Noro<sup>1</sup>; Daniel Freitas<sup>1</sup>; Jordana Dias<sup>1</sup>; Cremilda Almeida<sup>1</sup>; Paula Palos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP Guarda



## MAJOR SPONSORS



## SPONSORS



## ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

+351 21 842 97 10  
paula.cordeiro@admedic.pt  
paulo.jorge@admedic.pt  
[www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)

## AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL



+351 21 841 89 50  
paula.cordeiro@admedictours.pt  
[www.admedictours.pt](http://www.admedictours.pt)  
RNAVT 2526