



# idoso

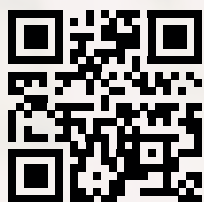
16º CONGRESSO  
NACIONAL

22-23 | junho | 2023

Centro de Congressos  
Sheraton Porto Hotel

Presidente de Honra do Congresso  
Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

Presidente do Congresso  
Dr. José Canas da Silva



Aceda aqui ao PROGRAMA  
com os RESUMOS

## Programa Científico

# Geriatría 2023

A idade & o conhecimento  
aliados no futuro







Caros(as) Colegas e Amigos(as)

Sejam bem-vindos ao Porto e ao 16º Congresso Nacional do Idoso.

A medicina tem evoluído muito, mas a sua efetiva aplicação e o acesso imediato aos seus progressos têm sido bastante mais difíceis e desiguais. Sobretudo no que aos idosos diz respeito, deve ser notada a necessidade de muito maior atenção, investimento, qualificação e preparação de profissionais, especialização, e equipamentos adequados.

Num país tão envelhecido como o nosso, esta é uma prioridade absoluta. Venho insistindo há anos na necessidade da criação de uma Secretaria de Estado para a Terceira Idade que reúna e faça a gestão de todos os cuidados médicos, assistenciais e de apoio aos idosos, bem como das políticas públicas adequadas ao conjunto de necessidades destes nossos cidadãos” para não repetir a palavra idosos. E que ao mesmo tempo lhes fossem dadas as condições para o tal “envelhecimento ativo” de que tanto se fala, tão pouco se leva à prática, não se dando assim conta da perda de capacidades e de trabalho que muitos idosos poderiam ainda dar à sociedade.

Voltando ao 16º Congresso Nacional do Idoso gostaria de destacar a escolha acertada dos temas que seguramente serão do vosso interesse, científico e prático. Porque na verdade o que os profissionais mais precisam é de formação atualizada e cientificamente imparcial para o seu exercício no dia-a-dia.

Para o desenho deste programa agradeço aos membros da comissão organizadora e científica e igualmente a todos oradores que aceitaram colaborar neste congresso.

Uma palavra muito especial para o Professor Manuel Teixeira Veríssimo, presidente de Honra desta edição, pioneiro da Geriatria em Portugal, membro destacado da Academia e atual presidente da secção regional do centro da OM.

É para mim e para todos os que estão neste congresso a oportunidade de lhe dar público testemunho da gratidão e reconhecimento pelo seu trabalho e esforço em prol da assistência especializada aos idosos em Portugal.

A terminar agradeço à Indústria Farmacêutica e ao incansável trabalho da Ad Médic, sem o qual não teria sido possível realizar este congresso.

Um Abraço do Colega e Amigo,

José Canas da Silva  
Presidente do 16º Congresso Nacional do Idoso



## Comissão de Honra

Ministro da Saúde

Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

Bastonário da Ordem dos Médicos

Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

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

Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto

Presidente da Câmara Municipal do Porto



## Presidente de Honra do Congresso

**Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo**, *Especialista de Medicina Interna. Doutorado em Medicina pela Universidade de Coimbra. Professor de Geriatria e coordenador clínico da linha Ageing do “Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR)” da Faculdade de Medicina de Coimbra. Presidente cessante da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos. Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.*



## Presidente do Congresso

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



## Comissão Organizadora

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

**Dra. Anabela Pereira**, *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Física e Reabilitação; Vogal da Direção da SPODOM; Doutoranda em Geriatria da Universidade do Porto e da Universidade de Aveiro* | **Prof. Doutor António Pacheco Palha**, *Professor Catedrático, Faculdade Medicina Universidade do Porto (Jubilado); Diretor Clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus, Braga; Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina, Porto; Presidente da ASMELP (Associação de Saúde Mental da Língua Portuguesa); Membro Honorário da WPA (World Psychiatric Association)* | **Doutora Cristina Galvão**, *Médica paliativista, ECS Cuidados Paliativos Beja+* | **Dra. Cristina Maia e Costa**, *Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sãvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sãvida* | **Dra. Helena Beça**, *Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Gaia, ACES Gaia* | **Dra. Rafaela Veríssimo**, *Internista/Geriatra, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho* | **Dr. Rui Cernadas**, *Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos* | **Dra. Sofia Duque**, *Especialista de Medicina Interna com Competência em Geriatria – Serviço de Medicina Interna, Hospital Cuf Descobertas; Responsável da Consulta de Geriatria - Hospital Cuf Descobertas, Clínica Cuf Belém; Assistente Convidada de Geriatria (Introdução às Doenças do Envelhecimento), Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Membro Executivo da Direção da EuGMS; Presidente da Direção do Colégio Nacional da competência de Geriatria da Ordem dos Médicos; Coordenadora do NEGERMI; Membro da EAMA*



## Comissão Científica

**Dra. Ana Calafate**, Médica de família na USF Garcia de Orta, ARS Norte; Médica no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo | **Dr. Anibal Marinho**, Assistente Hospitalar Graduado Sênior de Cuidados Intensivos; Diretor do Serviço de Cuidados Intensivos do CHUdSA; Presidente da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica; Coordenador do Núcleos de Estudos de Nutrição Clínica da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna | **Prof. Doutor Carlos Vaz**, Reumatologista, Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Universitário São João; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | **Doutora Cristina Galvão**, Médica paliativista, ECS Cuidados Paliativos Beja+ | **Dra. Cristina Maia e Costa**, Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sávica Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sávica | **Dr. João Azevedo**, Especialista em Medicina Geral e Familiar; Master internacional em Medicina Estética (Madrid); Cirurgia transplante capilar (USA); Pós-graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde (Porto Business School); Serviço Clínico Continental Mabor | **Dr. José Canas da Silva**, Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa | **Dr. Miguel Martins da Cunha**, Médico de Família e Coordenador da USF O Basto; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, S.A.; Médico da ECL - RNCCI, Médico do GCL – PPCIRA | **Dra. Rafaela Veríssimo**, Internista/Geriatra, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho | **Dr. Raúl Marques Pereira**, Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar; Assistente Convidado da Escola de Medicina da Universidade do Minho; Diretor Executivo, Centro de Medicina Digital P5 da Escola de Medicina da Universidade do Minho; Coordenador do Grupo de Estudos de Dor da APMGF | **Dr. Rui Cernadas**, Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos | **Dra. Sara China Pereira**, Especialista em medicina geral e familiar na usf o basto- Aces alto ave; especialista em medicina do trabalho e médica da equipa coordenadora local da RNCCI do Aces do alto ave | **Dra. Sara Correia**, Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Ramalde – Porto; Especialista em Medicina do Trabalho | **Dr. Tiago Vilarinho**, Médico de Família e Orientador de Formação, USF S. Félix Perosinho, ACeS Espinho/Gaia



## Presidentes, Moderadores e Palestrantes

**Prof. Doutor Agostinho Marques**, Professor catedrático jubilado da Faculdade de Medicina do Porto; Diretor Clínico da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses | **Dra. Anabela Pereira**, Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Física e Reabilitação; Vogal da Direção da SPODOM; Doutoranda em Geriatria da Universidade do Porto e da Universidade de Aveiro | **Dra. Ana Calafate**, Médica de família na USF Garcia de Orta, ARS Norte; Médica no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo | **Dra. Ana Rita Andrade**, Médica de Medicina Geral e Familiar; Diretora Clínica Kanabclinic.pt; Pós-graduação em Cuidados Paliativos; Formação qualificada e certificada em tratamentos com canabinóides, pela Society of Cannabis Clinicians e The Medical Cannabis Institute – TMCI Global | **Dr. Anibal Marinho**, Assistente Hospitalar Graduado Sênior de Cuidados Intensivos; Diretor do Serviço de Cuidados Intensivos do CHUdSA; Presidente da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica; Coordenador do Núcleos de Estudos de Nutrição Clínica da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna | **Dr. António Diniz**, Pneumologista; Membro da Comissão de Trabalho de Infecçologia Respiratória da SPP; Membro da APECS | **Prof. Doutor António Pacheco Palha**, Professor Catedrático, Faculdade Medicina Universidade do Porto (Jubilado); Diretor Clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus, Braga; Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina, Porto; Presidente da ASMELP (Associação de Saúde Mental da Língua Portuguesa); Membro Honorário da WPA (World Psychiatric Association) | **Prof. Doutor Carlos Mota Cardoso**, Médico Psiquiatra (Ex. Director do Hospital do Conde de Ferreira); Doutor em Psicologia (Universidade do Porto) | **Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro**, Diretor do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Presidente da European Respiratory Society | **Doutora Cristina Galvão**, Médica paliativista, ECS Cuidados

*Paliativos Beja+* | **Dra. Cristina Maia e Costa**, Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sâvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sâvida | **Prof. Doutor Fernando Leal da Costa**, Médico especialista de Hematologia Clínica e de Oncologia Médica; Assistente graduado sénior de Hematologia do IPO de Lisboa; Professor associado convidado da Escola Nacional de Saúde Pública; Ex-Ministro da Saúde do XX Governo Constitucional | **Dr. Filipe Coutinho**, Assistente Hospitalar de Oncologia Médica e Médico da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos - Centro Hospitalar do Médio Ave; Especialização pós-graduada em Intervenção Clínica em Cuidados Paliativos pelo INSPSIC (2019) e em Geriatria Clínica pela FMUP (2022); Fundador e coordenador do Grupo de Trabalho de Oncologia Geriátrica (GTOG) da Sociedade Portuguesa de Oncologia (desde 2020); Representante Nacional da Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica (SIOG) (desde 2021); Membro de vários corpos editoriais de revistas científicas, realçando-se a *Geriatrics-MDPI* (desde 2022) e o *Journal of Geriatric Oncology* (desde 2020); Docente convidado e coordenador do Curso de Oncologia Clínica na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior | **Dr. Hugo Cordeiro**, Especialista em Medicina Geral e Familiar; Especializado em Geriatria Clínica; Pós-Graduação em Dor e Membro do Grupo de Estudos de Dor da APMGF | **Dra. Isabel Galriça Neto**, Especialista em Medicina Geral e Familiar; Mestre em Cuidados Paliativos; Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, Lisboa | **Profa. Doutora Isaura Tavares**, Neurocientista; Professora Catedrática da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa de Neurociências (SPN); Ex-Vice-Presidente da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) | **Dr. João Azevedo**, Especialista em Medicina Geral e Familiar; Master internacional em Medicina Estética (Madrid); Cirurgia transplante capilar (USA); Pós-graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde (Porto Business School); Serviço Clínico Continental Mabor | **Dr. José Canas da Silva**, Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa | **Prof. Doutor José Crespo de Carvalho**, Licenciado em Engenharia (Instituto Superior Técnico), MBA e PhD em Gestão (ISCTE-IUL). Tem formação em gestão, complementar, no INSEAD (França), no MIT (USA), na Stanford University (USA), na Cranfield University (UK), na RSM (HOL), na AIF (HOL) e no IE (SP). É Professor Catedrático do ISCTE-IUL, Presidente e CEO da Comissão Executiva do ISCTE Executive Education, Administrador da NEXPONOR SICAFI, Administrador da Transcom MZ. Foi Diretor e Administrador da formação de executivos da Nova SBE; Professor Catedrático da Nova SBE (Operations Management). Foi Administrador da Caixa Geral de Depósitos onde presidiu à Comissão de Risco (2013-2016). Foi administrador de várias empresas nacionais e multinacionais. Trabalhou extensamente como consultor para várias empresas nacionais e internacionais. Tem vários livros (25) e papers publicados (+50) e vários seminários/conferências realizados (+100) | **Prof. Doutor José Silva Cardoso**, Cardiologista; Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | **Dra. Manuela Mira Coelho**, Especialista em Medicina Física e de Reabilitação; Responsável da Consulta de Reabilitação Urogincológica; Responsável do SMFR pelo Laboratório de Urodinâmica do Hospital de Braga | **Prof. Doutor Manuel Teixeira Verissimo**, Especialista de Medicina Interna. Doutoramento em Medicina pela Universidade de Coimbra. Professor de Geriatria e coordenador clínico da linha Ageing do “Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR)” da Faculdade de Medicina de Coimbra. Presidente cessante da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos. Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos | **Dr. Miguel Martins da Cunha**, Médico de Família e Coordenador da USF O Basto; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, S.A.; Médico da ECL - RNCCI, Médico do GCL – PPCIRA | **Dra. Mónica Alexandre**, Assistente Social no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, na Equipa de Gestão de Altas e Unidade de Hospitalização Domiciliária; Pós-Graduação em Mediação Familiar; Doutoranda no Programa Interuniversitário de Doutoramento em Serviço Social na Universidade de Coimbra e Universidade Católica Portuguesa | **Profa. Doutora Paula Freitas**, Endocrinologista no Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar Universitário São João; Professora Auxiliar na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Editora-chefe da Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo; Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade | **Dra. Rafaela Verissimo**, Internista/Geriatra, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho | **Dr. Raúl Marques Pereira**, Assistente Graduado de Medicina Geral e

Familiar; Assistente Convidado da Escola de Medicina da Universidade do Minho; Diretor Executivo, Centro de Medicina Digital P5 da Escola de Medicina da Universidade do Minho; Coordenador do Grupo de Estudos de Dor da APMGF | **Dr. Ricardo Marinho**, Assistente Hospitalar de Medicina Interna do CHdSA; Secretário do Núcleo de Estudos de Nutrição Clínica da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Coordenador nacional do Nutrition Day | **Prof. Doutor Rodrigo Leão**, Assistente Hospitalar de Medicina Interna; Consulta de Hipertensão e Dislipidemias no Núcleo de Investigação Arterial do Hospital de Santa Marta, CHULC; Professor Auxiliar Convidado da NOVA Medical School; Secretário Geral do Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Vogal da Região Sul da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose | **Dr. Rui Cernadas**, Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos | **Dra. Sara China Pereira**, Especialista em medicina geral e familiar na usf o basto- Aces alto ave; especialista em medicina do trabalho e médica da equipa coordenadora local da RNCCI do Aces do alto ave | **Dra. Sara Correia**, Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Ramalde – Porto; Especialista em Medicina do Trabalho | **Dra. Sofia Duque**, Especialista de Medicina Interna com Competência em Geriatria – Serviço de Medicina Interna, Hospital Cuf Descobertas; Responsável da Consulta de Geriatria - Hospital Cuf Descobertas, Clínica Cuf Belém; Assistente Convidada de Geriatria (Introdução às Doenças do Envelhecimento), Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Membro Executivo da Direcção da EuGMS; Presidente da Direcção do Colégio Nacional da competência de Geriatria da Ordem dos Médicos; Coordenadora do NEGERMI; Membro da EAMA | **Dr. Tiago Vilarinho**, Médico de Família e Orientador de Formação, USF S. Félix Perosinho, ACeS Espinho/Gaia



## Júri de Trabalhos

**Dra. Ana Calafate**, Médica de família na USF Garcia de Orta, ARS Norte; Médica no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo | **Dr. João Azevedo**, Especialista em Medicina Geral e Familiar; Master internacional em Medicina Estética (Madrid); Cirurgia transplante capilar (USA); Pós-graduação em Gestão e Direcção de Serviços de Saúde (Porto Business School); Serviço Clínico Continental Mabor | **Dr. José Canas da Silva**, Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa | **Dr. Miguel Martins da Cunha**, Médico de Família e Coordenador da USF O Basto; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, S.A.; Médico da ECL - RNCCI, Médico do GCL – PPCIRA | **Dra. Rafaela Veríssimo**, Internista/Geriatra, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho | **Dr. Raúl Marques Pereira**, Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar; Assistente Convidado da Escola de Medicina da Universidade do Minho; Diretor Executivo, Centro de Medicina Digital P5 da Escola de Medicina da Universidade do Minho; Coordenador do Grupo de Estudos de Dor da APMGF | **Dr. Rui Cernadas**, Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direcção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos | **Dra. Sara China Pereira**, Especialista em medicina geral e familiar na usf o basto- Aces alto ave; especialista em medicina do trabalho e médica da equipa coordenadora local da RNCCI do Aces do alto ave | **Dra. Sofia Duque**, Especialista de Medicina Interna com Competência em Geriatria – Serviço de Medicina Interna, Hospital Cuf Descobertas; Responsável da Consulta de Geriatria - Hospital Cuf Descobertas, Clínica Cuf Belém; Assistente Convidada de Geriatria (Introdução às Doenças do Envelhecimento), Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Membro Executivo da Direcção da EuGMS; Presidente da Direcção do Colégio Nacional da competência de Geriatria da Ordem dos Médicos; Coordenadora do NEGERMI; Membro da EAMA | **Dr. Tiago Vilarinho**, Médico de Família e Orientador de Formação, USF S. Félix Perosinho, ACeS Espinho/Gaia



## Programa Científico

### Quinta-feira . 22 de junho de 2023

- 08.00h Abertura do Secretariado
- 09.00-09.30h APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS I  
Moderadores: Dra. Sara China Pereira e Dr. João Azevedo
- CO 01** Impacto da aderência e satisfação a uma intervenção nas mudanças do medo de cair em idosos caidores  
Grazielle Pereira
- CO 02** Testamento vital – A sua vontade até ao fim  
Inês Dias
- CO 03** Análise de casos e comparação de fraturas do fémur proximal e fraturas peri-implante  
Rute dos Santos Pereira
- CO 04** Medo de cair e o risco/histórico de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade  
Patrícia Pires
- 09.30-11.00h SESSÃO 1  
**PROTEGER OS NOSSOS IDOSOS!**  
Moderadores: Dr. José Canas da Silva e Dr. Rui Cernadas
- Atualização em imunoterapia** (20 m.)  
Dr. Filipe Coutinho
- Vacina pneumonia pneumocócica** (20 m.)  
Prof. Doutor Robalo Cordeiro
- Vacina herpes zoster** (20 m.)  
Dr. António Diniz
- Discussão** (30 m.)
- 
- 11.00-11.30h Intervalo
- 
- 11.30-11.50h **Cerimónia de Abertura**
- 11.50-12.40h SIMPÓSIO  
**IDPP4 EM 2023: QUANDO E PARA QUEM?**  
Palestrante: Dr. Luís Andrade
-  tecnimedica
- 12.40-13.10h CONFERÊNCIA INAUGURAL  
**“A IDADE NÃO ME DEFINE”**  
Presidente: Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo  
Palestrante: Prof. Doutor José Crespo de Carvalho





---

13.10-14.15h	Almoço
14.15-15.15h	SESSÃO 2 <b>GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS</b> Moderadoras: Dra. Rafaela Veríssimo e Dra. Ana Calafate <b>Sarcopénia e exercício físico</b> (20 m.) Dra. Sofia Duque <b>Quedas: Prevenção, causas e consequências</b> (20 m.) Dra. Anabela Pereira <b>Discussão</b> (20 m.)
15.15-16.00h	SIMPÓSIO  <b>PORTUGAL EM RISCO DE QUEBRA: PREVENIR, DIAGNOSTICAR E TRATAR MAIS A OSTEOPOROSE</b> Moderador: Dr. José Canas da Silva Palestrante: Dr. Tiago Meirinhos
16.00-16.30h	Intervalo
16.30-18.15h	SESSÃO 3 <b>ATUALIZAÇÃO TERAPÉUTICA EM...</b> Moderadores: Dra. Cristina Maia e Costa e Dr. Tiago Vilarinho ... <b>Insuficiência cardíaca</b> (20 m.) Prof. Doutor José Silva Cardoso ... <b>Diabetes</b> (20 m.) Profa. Doutora Paula Freitas ... <b>Dislipidemia e HTA</b> (20 m.) Prof. Doutor Rodrigo Leão ... <b>DPOC</b> (20 m.) Prof. Doutor Agostinho Marques <b>Discussão</b> (25 m.)
18.15h	Fim das Sessões do 1º Dia



## Programa Científico

### Sexta-feira . 23 de junho de 2023

- 08.30h Abertura do Secretariado
- 09.00-09.30h APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II  
Moderadores: Dr. Miguel Martins da Cunha e Dra. Sara Correia
- CO 05** Avaliação da toxicidade da radioterapia na população idosa, a realidade de um centro hospitalar  
Alice Alves
- CO 06** Impacto das determinantes sociais na saúde mental no idoso com perturbação psiquiátrica major  
Laura Costa Silva
- CO 07** Promoção do *aging in place*: A importância de intervenções não-farmacológicas  
Lília Pinto
- CO 08** Riscos vs. benefícios da colocação de gastrostomia percutânea endoscópica na demência avançada  
Natalina Rodrigues
- 09.30-10.10h CONFERÊNCIA 1  
**CUIDADOS PALIATIVOS E MEDIDAS DE CONFORTO NÃO MEDICAMENTOSAS**  
Presidente: Dr. José Canas da Silva  
Palestrante: Dra. Isabel Galriça Neto
- 10.10-10.15h APRESENTAÇÃO DO LIVRO “DA CIÊNCIA, DO AMOR E DO VALOR DA VIDA”  
**MITOS E MEDOS NO FIM DE VIDA, CONHECÊ-LOS PARA VIVER MELHOR!**  
Dra. Isabel Galriça Neto
- 
- 10.15-10.45h Intervalo e sessão de autógrafos Dra. Isabel Galriça Neto
- 
- 10.45-12.15h SESSÃO 5  
**TRATAMENTO DA DOR: REALIDADE OU UTOPIA?**  
Moderadores: Doutora Cristina Galvão e Dr. Raúl Marques Pereira
- Fisiopatologia da dor** (20 m.)  
Profa. Doutora Isaura Tavares
- Canabinoides** (20 m.)  
Dra. Ana Rita Andrade
- Opioides** (20 m.)  
Dr. Hugo Cordeiro
- Discussão** (30 m.)

12.15-13.00h  
**AMGEN**

SIMPÓSIO

**LABIRINTO DA OSTEOPOROSE: COMO NÃO DEIXAR CAIR O DOENTE?  
UM CASO CLÍNICO, DIFERENTES ESPECIALISTAS, UM OBJETIVO ÚNICO**

Palestrantes: Dr. Jorge Dores, Dr. António Miranda, Dr. Tiago Meirinhos  
e Profa. Doutora Sofia Baptista

13.00-14.00h

Almoço

14.00-15.30h

SESSÃO 6

**HOT TOPICS EM GERIATRIA**

Moderadores: Dr. Aníbal Marinho e Dr. Miguel Martins da Cunha

**Malnutrição no idoso** (20 m.)

Dr. Ricardo Marinho

**Reabilitação pélvica** (20 m.)

Dra. Manuela Mira Coelho

**Hospitalização domiciliária** (20 m.)

Dra. Mónica Alexandre

**Discussão** (30 m.)

15.30-16.00h

CONFERÊNCIA 2

**“AS TEIAS QUE A SOLIDÃO TECE”**

Presidente: Prof. Doutor António Pacheco Palha

Palestrante: Prof. Doutor Carlos Mota Cardoso

16.00-16.30h

CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO

**ENVELHECIMENTO E SUSTENTABILIDADE: DESAFIOS E SOLUÇÕES**

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Palestrante: Prof. Doutor Fernando Leal da Costa

16.30h

Encerramento do Congresso e entrega de Prémios



# Resumos Comunicações Orais



Aceda aqui ao PROGRAMA  
com os RESUMOS

**CO 01****IMPACTO DA ADERÊNCIA E SATISFAÇÃO À UMA INTERVENÇÃO NAS MUDANÇAS DO MEDO DE CAIR EM IDOSOS CAIDORES**

Grazielle Pereira<sup>1</sup>; Juliana Hotta Ansai<sup>1</sup>; Karina Gramani Say<sup>1</sup>; Mariana Ignácio Sossai<sup>1</sup>; Ana Beatriz Simões Pereira<sup>1</sup>; Letícia Teodoro Maciel<sup>1</sup>; Mariana Luiz de Melo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>BRASIL

**Introdução:** O fator quedas é responsável pela diminuição na expectativa e qualidade de vida entre as pessoas idosas. Em virtude do aumento da população idosa no cenário mundial, faz-se necessário ações que redobrem a atenção e os cuidados dos fatores de risco de vida a essa população. Para isso, é indubitável que se compreenda o impacto da aderência e da satisfação à intervenção de prevenção de quedas, baseadas na gestão de casos e na mudança dos fatores de risco.

**Objetivos:** Verificar se a aderência à intervenção baseada em gestão de casos e a satisfação às intervenções remotas influenciam nas mudanças do medo de cair em pessoas idosas caidoras.

**Material e métodos:** Trata-se do uso de dados extraídos de um ensaio clínico randomizado controlado e unicêntrico com pessoas idosas brasileiras, com histórico de quedas nos últimos 12 meses, realizado de forma remota. O estudo foi composto por um Grupo Intervenção (GI) e por um Grupo Controle (GC). O GI foi submetido a uma gestão de casos e o GC foi monitorado mensalmente via ligações telefônicas. As avaliações ocorreram em 2 momentos, inicial e após 16 semanas de intervenção. Foram coletados dados clínicos e sociodemográficos, medo de cair (*Falls Efficacy Scale – International [FES-I]*) e dados de aderência e satisfação às intervenções.

**Resultados:** A amostra foi composta de 62 pessoas idosas, sendo 30 do GC (90% do sexo feminino, 20% moram sozinho, média de 73 anos de idade, 10 anos de escolaridade e 2 doenças) e 32 do GI (87,5% do sexo feminino, 25% moram sozinho, média de 72 anos de idade, 9 anos de escolaridade e 2 doenças), sem diferenças entre grupos quanto às características iniciais. O delta do FES-I (avaliação final - inicial) foi de -5,7 para o GC e -2,5 para o GI, indicando uma melhora no medo de cair em ambos grupos ( $p = 0,170$ ). A aderência à intervenção baseada em gestão de casos ( $R^2 = 0,082$ ,  $B = -0,087$ ,  $p = 0,133$ ) e a satisfação às intervenções remotas ( $R^2 = 0,006$ ,  $B = 0,223$ ,  $p = 0,563$ ) não influenciaram de forma significativa nas mudanças do medo de cair.

**Discussão/Conclusões:** Conclui-se que a aderência à intervenção baseada em gestão de casos e a satisfação às intervenções remotas, por mais que fossem imprescindíveis nos fatores de risco de quedas, não interferiram de forma significativa nas mudanças que tangem o medo de cair dos participantes.

**CO 02****TESTAMENTO VITAL – A SUA VONTADE ATÉ AO FIM**

Inês Dias<sup>1</sup>; Carla Rodrigues<sup>2</sup>; Inês Domingues<sup>1</sup>; Rita Gonçalves<sup>1</sup>; Mónica Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>USF do Minho; <sup>2</sup>USF Pro Saúde; <sup>3</sup>USF Pelaez Carones

**Introdução:** O Testamento Vital (TV), é um documento formal, feito por iniciativa do cidadão, onde este pode selecionar a situação clínica em que a DAV produz efeito, definir cuidados de saúde que quer ou não receber, assim como nomear um procurador de cuidados de saúde, atribuindo-lhe poderes representativos. O registo do TV no Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) permite aos profissionais de saúde consultar informação sobre a vontade expressa pelo doente e, num contexto de urgência ou de tratamento específico, possam garantir o cumprimento da mesma.

**Objetivo(s):** Promover a autonomia e literacia em saúde na população idosa, com mais de 65 anos, relativamente ao TV; Promover o desenvolvimento de conhecimentos básicos relacionados com o TV. **Pertinência:** Uma escolha informada e autónoma acerca dos cuidados de saúde que se pretende receber é um direito de cada cidadão, tornando-se imprescindível para a prática de medicina personalizada e orientada para o utente. Assim, este projeto procura fomentar o desenvolvimento de conhecimentos básicos acerca do TV e informar o modo como este pode ser realizado e consultado para que a população idosa possa fazer escolhas informadas acerca dos seus cuidados de saúde.

**Descrição:** Para o desenvolvimento das competências supramencionadas foram promovidas as seguintes atividades: sessões de educação para a saúde com uma duração estimada de 45 minutos, ministrada por uma equipa de 2 formadores; avaliação indireta dos formandos através da aplicação de dois questionários em dois momentos da intervenção: antes e após a realização da sessão de educação para a saúde.

**Discussão:** Foram realizadas 5 sessões de educação para a saúde com um total de 46 participantes. Destes participantes apenas 6,5% tinham conhecimento prévio acerca do TV, sendo que todos os participantes

negaram que o seu médico ou enfermeiro de família tenham falado previamente acerca do TV. Apenas 1 participante tinha à data registo do TV no RENTEV. Relativamente ao questionário aplicado (com pontuação máxima de 12 pontos), a pontuação média no questionário pré-intervenção foi de 3 pontos e a moda de 0 pontos e no questionário pós-intervenção foi de 8 pontos e a moda de 9 pontos.

**Conclusão:** Com esta intervenção na comunidade foi possível observar o desconhecimento da população geral acerca do TV e da sua finalidade, bem como o benefício de prestar os devidos esclarecimentos acerca desta temática.

### CO 03

#### ANÁLISE DE CASOS E COMPARAÇÃO DE FRACTURAS DO FÉMUR PROXIMAL E FRACTURAS PERI-IMPLANTE

Rute Dos Santos Pereira<sup>1</sup>; Sara Antunes<sup>2</sup>; Fernanda Pinheiro<sup>2</sup>; Ricardo Simões<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada; <sup>2</sup>Hospital Garcia de Orta, EPE

**Objetivos:** A incidência de fraturas peri-implante do fémur encontra-se a aumentar, dado o aumento da idade média dos doentes, da artroplastia primária e das fraturas do fémur proximal (FFP). O presente trabalho destinou-se a fazer uma análise descritiva dos casos de fraturas peri-implante e comparar as características destes doentes com os que tiveram FFP, caracterizando o tipo de doente, tratamento, *status* funcional e destino dos mesmos.

**Materiais e métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, relativo aos meses entre Julho a Dezembro de 2019 com base nos casos que foram diagnosticados num hospital da área metropolitana de Lisboa, através de consulta do processo clínico dos doentes. Foram excluídos os casos de fraturas iatrogénica peri-implante intraoperatórias.

**Resultados:** Foram identificados 14 casos de fraturas peri-implante: 71.4% de fraturas em doentes com próteses da anca (6 com PTA por coxartrose, 2 com PTA por FFP, 2 com PPA por FFP) e 28.6% de fraturas peri-cavilha. No mesmo período foram identificados 201 doentes com FFP (colo do fémur, trocântéricas e subtrocântéricas). A idade média dos doentes com fractura peri-implante foi 78.7 anos, *vs* 82.4 anos dos doentes com FFP, mas verificou-se um valor no Índice de Barthel Modificado (IBM) inferior, 77 pontos *vs* 85

pontos, representando uma dependência moderada em ambos. A maioria dos doentes com fractura peri-implante (64.2%) eram do sexo feminino e dos doentes com fractura peri-protética, o diagnóstico mais prevalente foi de fratura a nível da haste da prótese (Vancouver B1 e B2) e em 90% dos casos tratava-se de próteses não cimentadas. Do total, 14.3% foram tratadas conservadoramente e 85.7% de forma cirúrgica (osteossíntese da fratura ou revisão do componente femoral). A duração média de internamento foi de 13.4 dias. Em termos de mortalidade, 7.5% dos doentes com FFP faleceram no primeiro mês e 20.4% aos 3 meses. Nos doentes com fractura peri-implante, 14.3% faleceram no primeiro mês e 29% aos 3 meses. A maioria dos doentes tiveram alta para domicílio ou consulta externa (43%), 28.5% foram encaminhados para lar e 28.5% encaminhados para Rede de Cuidados Continuados. Em doentes com fractura peri-implante, apenas 5.5% dos doentes retornaram ao *status* prévio.

**Conclusões:** Este trabalho pretende evidenciar o papel do tratamento cirúrgico das fraturas peri-implante, a dificuldade na gestão destes doentes em internamento mas também destacar a importância da implementação de estratégias de prevenção de quedas em doentes já submetidos a cirurgia à anca com implantação de material, sobretudo em contexto de FFP prévia.

### CO 04

#### MEDO DE CAIR E O RISCO/HISTÓRICO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NA COMUNIDADE

Patrícia Pires<sup>1</sup>; Telma Pires<sup>2</sup>; Joana Carvalho<sup>3</sup>; Óscar Ribeiro<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Escola Superior de Saúde da UTAD; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro; <sup>3</sup>Universidade do Porto; <sup>4</sup>Universidade de Aveiro

**Introdução:** O medo de cair constitui uma preocupação permanente em relação à queda que leva à restrição de atividades instrumentais e sociais, perda de funcionalidade, menor qualidade de vida e aumento do risco de queda. Trata-se de um fenómeno complexo e de natureza multifatorial.

**Objetivos:** Este estudo tem como objetivo avaliar a percepção do medo de cair numa amostra de pessoas idosas residentes na comunidade e determinar a sua relação com o risco e histórico de quedas.

**Material e métodos:** A amostra inclui 300 pessoas

(55.3% do sexo feminino) entre os 65 e os 94 anos, com média de idade de 74.5 anos (DP 6.3) residentes na região Norte de Portugal, no Concelho de Vila Real. Predominam os casados/união de facto (75.0%), com escolaridade baixa (72.0% com 1º ciclo ou sem escolaridade) e do meio rural (66.7%). Os participantes responderam a um questionário de informação sociodemográfica, à escala de quedas de Morse (EQM) e à escala do medo de cair (FES-I). Calculou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson e o Teste de Independência do Qui-quadrado para as associações estudadas.

**Resultados:** A maioria dos participantes (74.0%) afirmou ter medo de cair (14.9% pouco medo, 46.8% algum medo e 38.3% muito medo). Aproximadamente 1 em cada 4 idosos apresentou risco de queda (24.0% baixo risco e 2.3% alto risco) e tinha tido pelo menos uma queda no último ano (25.1%), sendo este histórico mais elevado nas mulheres (30.1%) do que nos homens (18.8%). A percentagem com risco de queda foi mais elevada nos idosos com 80 ou mais anos (45% vs. 21% no grupo 65-79 anos,  $p < 0.05$ ). Observou-se uma correlação positiva entre o medo de cair (*score* FES I) e o risco de queda ( $R = 0.399$ ,  $p = 0.002$ ) e o número de quedas no ano anterior ( $R = 0.660$ ,  $p = 0.002$ ). O medo de cair nas pessoas idosas sem histórico de quedas é 69.6% em que a correlação entre o risco de queda e *score* FES I é positiva ( $R = 0.263$ ,  $p < 0.001$ ), mas mais fraca do que no total da amostra.

**Discussão/Conclusões:** A idade mais avançada, o sexo feminino, o risco de queda e o histórico de quedas são os fatores mais consistentemente associados ao medo de cair na literatura. A maioria das pessoas mais velhas tem medo de cair (74%), valor que se encontra de acordo com estudos anteriores que revelam valores entre 20 a 85% na comunidade. Pela sua prevalência e por constituir um fator de risco na saúde das pessoas idosas, podendo ser tão incapacitante como a própria queda, assume-se importante a monitorização do medo de cair na avaliação geriátrica global nos Cuidados de Saúde Primários.

## CO 05 AVALIAÇÃO DA TOXICIDADE DA RADIOTERAPIA NA POPULAÇÃO IDOSA, A REALIDADE DE UM CENTRO HOSPITALAR

Alice Alves<sup>1</sup>; Edna Darlene Rodrigues<sup>2</sup>; Fátima Aires<sup>1</sup>; M<sup>ª</sup> José Moura<sup>1</sup>; M<sup>ª</sup> Gabriela Pinto<sup>1</sup>; João Casalta-Lopes<sup>1</sup>; Paulo Almeida<sup>3</sup>; Escarlata López<sup>4</sup>; Laetitia Teixeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Radioterapia, Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E, Porto; <sup>2</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/CINTESIS-AgeingC; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE; <sup>4</sup>Oncologia Radioterápica e Diretora Médica GenesisCare, Madrid, Espanha

**Introdução:** A radioterapia (RT) está indicada em cerca de metade dos casos de cancro, independentemente da idade. A toxicidade da RT localiza-se de acordo com a topografia do tumor, e pode ser aguda e/ou tardia. A presença de comorbilidades prévias pode estar associada a toxicidades mais pronunciadas. A toxicidade aguda pode traduzir-se por alterações da pele, mucosite oral, disúria, disfagia, pneumonite, náuseas, vômitos, entre outras.

A avaliação prévia das comorbilidades, o planeamento ajustado do tratamento e a gestão adequada da toxicidade podem ajudar a melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos submetidos à RT.

**Objetivos:** O principal objetivo deste estudo foi avaliar a toxicidade aguda das pessoas com idade superior ou igual a 70 anos que realizaram RT no ano de 2022.

**Material e métodos:** A colheita de dados foi feita através de consulta do processo clínico. Efetuou-se uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas/saúde e toxicidade aguda ao tratamento de RT. As toxicidades foram avaliadas de acordo com a escala de toxicidade da RTOG/EORTC. A qualidade de vida (QoL) foi avaliada através da escala EORTC QLQ-ELD14.

**Resultados:** Incluíram-se 57 pessoas idosas, com idade superior a 70 anos, 36 homens (63,2%). Do total da amostra, 36 (63,2%) tinham ECOG 1 e 48 (84,2%) não apresentavam necessidade de cuidador. A polifarmácia estava presente em 28 (49,1%). A localização da neoplasia mais frequente foi a próstata ( $n = 25$ , 43,9%). Em 50 pacientes (87,7%) a RT teve intuito curativo e 7 (12,3%) paliativo. Relativamente à toxicidade cutânea, na grande maioria ( $n = 36$ , 68,4%) esteve ausente, 13 casos (22,8%) apresentaram toxicidade de grau 1 e 5 (8,8%) toxicidade de grau 2. Os pacientes com toxicidade cutânea foram tratados a tumores da mama, cabeça e pescoço e ginecológicos. Em relação à toxicidade genitourinária, 43 pacientes (75,4%) não desenvolveram sintomas, 14 (24,6%) apresentaram sintomas de grau

1, nomeadamente, disúria, imperiosidade, polaquiúria e urgência. Estes surgiram em pacientes que realizaram RT a tumores da próstata e ginecológicos. No que diz respeito à QoL, 43 pacientes (75,4%) apresentavam níveis elevados de propósito de vida e 46 (80,7%) elevada percepção de apoio familiar. As queixas articulares estavam presentes em 19 pacientes (33,3%), 6 (10,5%) apresentavam limitações na mobilidade, 29 (50,9%) com níveis elevados de preocupações e 18 (31,6%) com elevado impacto da doença.

**Discussão/Conclusões:** Com este estudo conclui-se que a maioria dos pacientes idosos desta amostra não apresentou toxicidade à RT. Adicionalmente, nenhum doente interrompeu o tratamento evidenciando que a RT foi bem tolerada na população analisada. Cerca de metade dos pacientes estavam polimedicados indicando várias comorbilidades subjacentes, no entanto apresentaram boa tolerância aos tratamentos com RT. A avaliação da QoL neste grupo revelou indicadores globalmente elevados.

## CO 06

### IMPACTO DAS DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL NO IDOSO COM PERTURBAÇÃO PSIQUIÁTRICA MAJOR

Laura Costa Silva<sup>1</sup> Andreia Salgado Gonçalves<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Serviço Social do Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães*

<sup>2</sup>*Serviço de Psiquiatria do Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães*

**Introdução:** Tem havido um interesse crescente nas determinantes sociais da saúde durante as últimas duas décadas e tem sido aceite que as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem têm grande impacto nos *outcomes* de saúde. No que concerne à saúde mental, estão identificadas algumas determinantes sociais de saúde que parecem aumentar o risco de psicopatologia, assim como agravar o seu prognóstico. Este estudo pretende estudar as determinantes sociais da saúde mental do idoso com perturbação psiquiátrica major e história de internamento psiquiátrico.

**Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e analítico, com descrição das características sociodemográficas e clínicas de utentes internados no serviço de psiquiatria do HSOG com mais de 65 anos durante o ano 2021 ou 2022, e análise de correlações significativas entre fatores de risco social, como presença de insuficiência económica, agregado familiar unipessoal, ausência de cônjuge e *outcomes* clínicos, por exemplo,

número de dias de internamento, presença de ideação suicida e a presença de sintomas psicóticos. Foi utilizado o *software* SPSS v.26 para a análise estatística.

**Resultados:** De uma amostra representativa de utentes internados no serviço de psiquiatria no período referido (n = 232), 13,8% preencheram os critérios de inclusão para o estudo (n = 32). Constatou-se que a maioria dos idosos internados no serviço de psiquiatria se encontravam em situação de insuficiência económica (65,6%). Foi possível perceber uma associação significativa entre a existência de sintomas psicóticos e a existência de insuficiência económica. Não se encontrou diferença significativa entre sexos, idade média ou número média de dias de internamento dos idosos internados com e sem insuficiência económica.

**Conclusão:** Considera-se que aumentar o conhecimento sobre o impacto das determinantes sociais e económicas na saúde mental do idoso é de extrema importância, sendo considerado um assunto de interesse à saúde pública que pode e deve ser integrado na formulação de políticas sociais e utilizado numa perspetiva de prevenção primária, secundária e terciária, de forma a evitar o desenvolvimento de psicopatologia no idoso, identificar precocemente a sua presença quando já existe, trata-la eficazmente e evitar a existência de recaídas. Em suma, considera-se que os profissionais de saúde devem continuar a identificar e perceber as determinantes da saúde mental de forma a fornecer cuidados centrados no paciente e melhorar a equidade em saúde.

## CO 07

### PROMOÇÃO DO “AGING IN PLACE”: A IMPORTÂNCIA DE INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS

Lília Pinto<sup>1</sup>; Cristina Santos<sup>2</sup>; Maria Amélia Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses;*

<sup>2</sup>*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

**Introdução:** A criação de programas de intervenção não-farmacológica pretende constituir-se como um desafio do futuro na saúde social no envelhecimento, no domicílio, em meio rural. É através da articulação indissociável da saúde e da área social que se tenciona inovar em cuidados de saúde especializados na população sénior e fragilizada. Na implementação desta estratégia, a Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses (SCMMC) desenvolveu um conjunto de programas para responder às necessidades desta população a viver no domicílio (*Aging in place*), priorizando indicadores de saúde e bem-estar.

**Objetivos:** 1 Prevenir e/ou atenuar os efeitos psico-



lógicos do envelhecimento através de intervenções não-farmacológicas; 2 Diminuir a sintomatologia depressiva; 3 Promover a qualidade de vida e do bem-estar de idosos(as) a residir no domicílio.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo exploratório junto de 45 idosos a viver no domicílio de um concelho rural. Foi aplicado um questionário sociodemográfico para a caracterização da amostra e a *Geriatric Depression Scale* de 15 itens (GDS-15) para identificar o perfil emocional. A análise de dados foi realizada com recurso ao *software Statiscal Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS). A comparação GDS-15 do momento inicial para o momento final, após implementação de um conjunto de intervenções não-farmacológicas, foi realizada através do teste t para amostras emparelhadas. O teste de MacNemar permitiu comparar as percentagens da sintomatologia depressiva, no momento inicial e momento final (pré e pós intervenção).

**Resultados:** Incluídos na amostra 45 idosos(as), com média de idade de 80 anos, maioritariamente do género feminino (76%) e com filhos (91%). Cerca de metade eram viúvos(as) e a maioria tinha frequentado o 1º ciclo do ensino básico, sendo que 20% não sabia ler nem escrever. Pouco mais de um terço dos idosos(as) viviam sozinhos. No momento inicial 60% dos idosos(as) apresentava sintomatologia depressiva. Apesar de não se verificar diferenças significativas da GDS-15 do momento inicial para o final ( $p = 0,632$ ), verificou-se descida dos valores de sintomatologia grave de 13% para 7%.

**Conclusões:** É possível criar intervenções eficazes capazes de atenuar problemas ao nível da saúde física e mental nas sociedades rurais envelhecidas, através de intervenções não-farmacológicas (ao nível dos cuidados de saúde primários).

## CO 08

### RISCOS VS. BENEFÍCIOS DA COLOCAÇÃO DE GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA NA DEMÊNCIA AVANÇADA

Natalina Rodrigues<sup>1</sup>; Márcia Souto<sup>2</sup>; Rita S. Matos<sup>1</sup>; Anabela Morais<sup>2</sup>

*1*Núcleo de Cuidados Paliativos- ACeS Marão Douro Norte;  
*2*Serviço de Medicina Paliativa do Centro Hospital de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Introdução:** A alimentação é um desafio na demência avançada, quer para os profissionais, quer para os cuidadores. Nesta fase da doença, recomenda-se

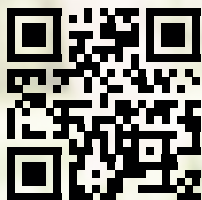
a alimentação por via oral de acordo com a tolerância e vontade do doente, privilegiando o conforto. As intervenções devem ser ponderadas e discutidas em equipa multidisciplinar.

**Descrição do caso:** Mulher de 74 anos, solteira, totalmente dependente, ECOG *Performance Status* de 4, anquilosada. Sem família conhecida, a residir desde há 9 anos ao cuidado de família de acolhimento. Como antecedentes pessoais apresenta síndrome demencial, doença bipolar, etilismo crónico, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Nos últimos meses, por períodos de recusa alimentar e disfagia, a cuidadora recorre várias vezes ao serviço de urgência (SU). Nestes episódios, a doente é submetida a múltiplas colocações de sonda nasogástrica (SNG), que à posteriori é retirada por intolerância. No dia 05/03/2023, recorre ao SU por queixas de prostração, recusa alimentar e episódios de engasgamento, para sólidos e líquidos, tendo sido colocada nova SNG e diagnosticada infeção do trato urinário. Durante o internamento, e após nova exteriorização da SNG, foi decidido em equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, nutricionista, gastroenterologia e cuidadora) a colocação de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG), com o intuito futuro de minimizar as idas ao SU e sucessivas colocações traumáticas de SNG. A PEG foi colocada por radiologia de intervenção a 29/03/2023 e desde a colocação a doente iniciou quadro de gemido, agitação, vômitos e complicações do local de inserção. Após um mês, a PEG encontra-se não funcionante e a doente mantém inviabilidade para uma alimentação eficaz. Desde a sua colocação, mantém necessidade de perfusão de morfina e midazolam, encontrando-se a aguardar avaliação por gastroenterologia.

**Conclusão:** A colocação de dispositivos para alimentação artificial na demência avançada é eticamente controversa. A via oral pode ser otimizada utilizando diferentes abordagens, mas por vezes não são suficientes na manutenção do conforto do doente. Apesar das decisões relativas à alimentação serem ponderadas e discutidas em equipa multidisciplinar, os resultados das intervenções realizadas nem sempre correspondem ao benefício esperado.



# Resumos Poster digitais



Aceda aqui ao PROGRAMA  
com os RESUMOS

**PD 01****SUSPEITA DE NEOPLASIA OCULTA: UM GASTRECTOMIZADO SEM SUPLEMENTAÇÃO DE B12**

Catarina Silva Araújo<sup>1</sup>; Sílvia Raquel Santos<sup>1</sup>;  
Ana Isabel Oliveira<sup>1</sup>; Joana Naia<sup>1</sup>; Cindy Tribuna<sup>1</sup>;  
Paulo Gouveia<sup>1</sup>; Cristina Cruz da Ângela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga

**Introdução:** Níveis adequados de vitamina B12 são essenciais para uma hematopoiese adequada. Na ausência dos mesmos pode ocorrer anemia com ou sem hemólise, com consequências potencialmente graves para o doente.

**Caso Clínico:** Homem de 73 anos, autónomo. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratado, hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, gastrectomia total por carcinoma gástrico há 14 anos. Sem reposição de vitamina B12 há mais de 10 anos. Enviado para consulta de Medicina Interna por suspeita de neoplasia: apresentava perda ponderal progressiva (4kg em 4 meses: < 10% massa corporal), anorexia e fadiga, a limitar as suas atividades diárias. Neste contexto realizou estudo analítico, sendo encaminhado ao serviço de urgência por anemia macrocítica hiperocrômica: Hb 6,9 mg/dL (N 13,5 – 17,0g/dL). Apresentava ainda trombocitopenia (94 000/ $\mu$ L, N 150000 – 400000/ $\mu$ L). Foi internado para estudo, observando-se défice de B12 (111 pg/ml, N 211 – 911), sem défice de ferro ou ácido fólico. Esfregaço de sangue periférico com anisopoiquilocitose acentuada, com presença de alguns ovalócitos, dacriócitos e esquizócitos. Aumento discreto de bilirrubina e LDH, teste de coombs negativo e haptoglobulina consumida. Iniciou suplementação intramuscular inicialmente diária de vitamina B12 com resposta favorável (à data de alta Hb 10,5 g/dL). Realizou estudo imagiológico com tomografia e colangioprofusão, destacando-se IPMN do pâncreas. Reavaliado em consulta de Medicina Interna, sem evidência de recidiva neoplásica ou doença de novo um ano após internamento e com resolução da anemia (Hb 14,9 mg/dL seis meses após alta). Em relação ao IPMN do pâncreas mantém vigilância.

**Conclusão:** Neste caso clínico relata-se um doente com indicação para suplementação crónica de vitamina B12 em que esta foi suspensa por motivo que se desconhece. Neste doente foi suspeitada a presença de patologia neoplásica, com todas implicações associadas (referenciação hospitalar, realização de estudo diagnóstico e grande ansiedade por parte do doente

e familiares), sendo o diagnóstico uma causa simples de identificar e com boa resposta terapêutica. A suplementação parentérica de vitamina B12 em doentes gastrectomizados é essencial não devendo nunca ser descorada.

**PD 03****O PAPEL DA REABILITAÇÃO NAS FRATURAS VERTEBRAIS OSTEOPORÓTICAS**

Diana Rocha Oliveira<sup>1</sup>; David Moura<sup>1</sup>; Sara Ribeiro Silva<sup>1</sup>;  
Joana Ramalho<sup>1</sup>; Flávio Costa<sup>2</sup>; Patrícia Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

**Introdução:** O exercício regular é preconizado nas diretrizes da osteoporose para prevenir fraturas. Contudo, ainda é incerto o seu papel, como parte integrante de um programa de reabilitação, no desempenho funcional, postura, equilíbrio e qualidade de vida (QdV) após fraturas vertebrais osteoporóticas.

**Objetivos:** Avaliar o papel da reabilitação nas fraturas vertebrais osteoporóticas do idoso.

**Material e métodos:** Realizou-se uma pesquisa na PubMed utilizando os termos MeSH "osteoporosis", "spinal fractures" e "rehabilitation". Foram selecionados ensaios clínicos randomizados (RCT) e meta-análises dos últimos 5 anos. Excluíram-se protocolos de RCT, estudos realizados em pessoas com < 65 anos, sem história de fratura vertebral osteoporótica e artigos que não abordavam o exercício ou reabilitação. Obtiveram-se 25 artigos que foram selecionados, incluindo-se um total de 9 estudos.

**Resultados:** Um programa de reabilitação multicomponente com exercícios posturais, de fortalecimento muscular, resistência e equilíbrio, revelou-se eficaz na melhoria da força muscular dos quatro membros e tronco, do equilíbrio, postura e na redução do medo de queda, em doentes do sexo feminino, com  $\geq 65$  anos, diagnosticadas com fraturas vertebrais osteoporóticas. Os estudos mostram que, quer este tipo de programa, quer o uso de ortóteses rígidas podem ter um pequeno benefício para a dor, sem aumentar o risco de danos, não se verificando contudo melhorias significativas na QdV. Os efeitos positivos persistem até 3 meses após a interrupção da reabilitação. Por outro lado, programas semelhantes aplicados no domicílio e dependentes da iniciativa do doente, mostraram apenas uma melhoria significativa no desempenho funcional. Nos estudos incluídos, praticaram-se

5-8 exercícios, cada um com 2-3 séries de 8-12 repetições, com uma frequência de 2-5x/semana, durante 2-12 meses. As intervenções superiores a 6 meses obtiveram taxas de adesão inferiores.

**Discussão/Conclusões:** Um programa de reabilitação multicomponente com exercícios posturais, de fortalecimento muscular, resistência e equilíbrio, parece melhorar a força muscular, o equilíbrio, a postura e o medo de queda em indivíduos com  $\geq 65$  anos e fraturas vertebrais osteoporóticas. Apesar de alguns estudos relatarem melhorias na dor e QdV, estas não se mostraram estatisticamente significativas. É de salientar que a evidência científica no sexo masculino é escassa. Não parece existir consenso sobre quais os parâmetros de exercício que poderão trazer mais benefícios. Contudo, o ideal será realizar ciclos reabilitação mais curtos com repetições periódicas, dada a melhor adesão e benefício sustentado no tempo. São necessários mais RCT para avaliar a segurança e eficácia do exercício nesta população e definir os parâmetro adequados.

#### PD 04

### AVÓS(Z) DO JUDO: UM PROJETO PARA PREVENIR E COMBATER AS QUEDAS DOS IDOSOS

Inês Leal<sup>1</sup>; Roberta Frontini<sup>2</sup>; Sandra Saraiva<sup>1</sup>; Margarida Pedroso<sup>1</sup>; Bárbara Ribeiro<sup>1</sup>; Pedro Folgado<sup>1</sup>; Patrícia Dias<sup>1</sup>; Joana Nunes<sup>1</sup>; Patrícia Ferreira<sup>1</sup>; Andrea Sousa<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Judo Clube da Marinha Grande; <sup>2</sup>Hospital dos Lusíadas Lisboa; <sup>3</sup>Dualtejo

**Introdução:** As quedas são um dos acidentes domésticos mais frequentes na população idosa, sendo um dos mais importantes fatores de risco para hospitalização e de morte acidental em idosos. Assim, é crucial que se criem estratégias preventivas. Os benefícios do exercício físico, nomeadamente do treino de equilíbrio na prevenção de quedas em idosos, têm sido já amplamente demonstrados. O projeto Avós(z) do Judo foi concebido pelo Judo Clube Marinha Grande tendo financiamento no âmbito do Portugal 2020 em cofinanciamento com investidores sociais.

**Objetivos:** O projeto pretende prevenir e minimizar o impacto das quedas nos idosos através de uma intervenção multidisciplinar focada no judo.

**Material e métodos:** Os destinatários do projeto foram idosos com 65 ou mais anos, a residir na zona centro do país, alguns dos quais com mobilidade e flexibilidade reduzida. Após a identificação dos idosos com interesse em participar, foram recolhidos dados

sociodemográficos e avaliadas variáveis de aptidão física (p.e., força e flexibilidade) e variáveis psicossociais, nomeadamente a qualidade de vida e sintomatologia ansiosa e depressiva.

**Resultados:** Neste trabalho o projeto será descrito em detalhe, nomeadamente no que toca ao número e tipo de sessões efetuadas.

**Discussão/Conclusões:** O projeto de 20 sessões pretendeu, através de exercícios da prática de judo e através de uma equipa multidisciplinar, prevenir e minimizar o impacto das quedas nos idosos. O projeto durou de maio 2022 a abril 2023 tendo sido feita uma avaliação multimodal (i.e., quantitativa e qualitativa). Considerando os resultados do estudo, mais investimento deverá ser feito nesta área no futuro.

#### PD 05

### ANTI-PSICÓTICOS E HIPONATRÉMIA NO IDOSO

Alexandre Patrício Mendes<sup>1</sup>; Mariana Jordão<sup>1</sup>; Joaquim Couto<sup>1</sup>; Pedro Aresta<sup>1</sup>; Dmytro Krupka<sup>1</sup>; Francisca Aires<sup>1</sup>; Tiago Gil<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

**Introdução:** O idoso é um grupo etéreo com alta vulnerabilidade hidro-eletrolítica, especialmente  $> 80$  anos. A hiponatrémia representa, por sua vez, um fator de risco independente para o aumento de 55% da taxa de mortalidade, do risco de queda e custos hospitalares. O Síndrome da Secreção Inapropriada de ADH (SIADH) é uma das entidades etiológicas mais frequentes, sendo amplamente reportado em doentes sob anti-psicóticos. O Síndrome Nefrogénico de Anti-diurese Inapropriada (NSAID) promove um quadro semelhante, sem que no entanto dependa de ADH. Uma melhor compreensão deste mecanismo, poderá melhorar a sua abordagem terapêutica.

**Objetivos:** Realiza-se uma breve revisão da literatura sobre a fisiopatológica e apresentação clínica associada. Propõe-se ainda uma abordagem terapêutica, considerando o potencial hiponatrémico dos diversos anti-psicóticos.

**Metodologia:** Procedeu-se a uma pesquisa no Pubmed, utilizando os termos: “*Hiponatremia and Antipsychotics*”, “*SIADH and Antipsychotics*” e “*Elderly and Antipsychotics*”. As publicações foram seleccionadas de acordo com a relevância do seu conteúdo, data e número de citações.

**Resultados:** A hiponatrémia apresenta-se, quando ligeira/moderada (134-125 mEq/L), com um quadro inespecífico de fadiga, miastenia, cefaleia, náusea e

vômitos, podendo evoluir para confusão, irrequietude psico-motora, perturbação da marcha e finalmente, quando severa ( $< 125$  mEq/L), convulsões e coma. O modelo fisiopatológico mais comum para o efeito hiponatrémico dos anti-psicóticos assenta no facto de o seu antagonismo alfa-adrenérgico, serotoninérgico e dopaminérgico promover diretamente o aumento da síntese de ADH e a diminuição do seu limiar de libertação no hipotálamo. Este efeito será mais preponderante nos anti-psicóticos de 1<sup>o</sup> geração. Todavia, propôs-se recentemente que o antagonismo dos recetores 5HT<sub>1A</sub>, 5HT<sub>2A</sub>,  $\alpha_1$  e H<sub>1</sub> tem um efeito de *feedback* negativo no valor sérico de ADH. Constatou-se ainda que o haloperidol terá um efeito agonista no recetor V<sub>2</sub> renal e de *up-regulator* do canal proteico AQP2, independentemente da presença ADH. Postulou-se, por fim, que fármacos com uma afinidade equilibrada ao nível dos recetores D<sub>3</sub> e 5HT<sub>2A</sub> ou somente forte nos 5-HT<sub>2A</sub>, têm menor potencial hiponatrémico. Em casos seletivos a utilização de tolvaptan, um antagonista do recetor V<sub>2</sub>, poderá ser arma terapêutica.

**Discussão/Conclusão:** A presença deste efeito adverso deve ser sempre considerada em doentes com agravamento da irritabilidade e confusão, previamente ao aumento da dose do fármaco. A exclusão de outras etiologias é mandatória e o anti-psicótico poderá ser alterado conforme o seu perfil. A identificação desta entidade de forma precoce terá um impacto considerável na sobrevida do doente.

## PD 06

### A SEXUALIDADE NO IDOSO

Catarina Pinto Desport<sup>1</sup>; Líliliana Correia de Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

**Introdução:** A esperança média de vida em Portugal tem aumentado e a sexualidade na população geriátrica torna-se cada vez mais relevante. A sexualidade compreende parte da identidade do ser humano e está presente no seu estilo de vida, manifestando-se na forma de expressar o afeto e nas atividades eróticas. O envelhecimento, biológico e psíquico, afeta a sexualidade. **Objetivos:** Compreender de que modo o envelhecimento interfere com a sexualidade e abordar brevemente as opções psicoterapêuticas e farmacológicas disponíveis quando há disfunção sexual.

**Material e métodos:** Revisão bibliográfica na base de dados informatizada PubMed, com as palavras-cha-

ve: envelhecimento, sexualidade, disfunção sexual e idoso.

**Resultados:** Seleccionados os artigos mais pertinentes dos últimos 10 anos e efetuada breve revisão sistemática.

**Discussão/Conclusões:** Através desta revisão podemos concluir que o envelhecimento acarreta mudanças físicas e psíquicas que podem levar a disfunção sexual. A sexualidade na população geriátrica é poucas vezes abordada pela comunidade médica e pode ter impacto na qualidade de vida e saúde mental. Como tal, o presente trabalho reforça a necessidade dos clínicos, independentemente da sua área de especialização, abordarem e intervirem, se necessário, na sexualidade do idoso, contribuindo para a melhoria do seu bem-estar global.

## PD 07

### CASO CLÍNICO

Grazielle Norberto Pereira<sup>1</sup>; Juliana Hotta Ansai<sup>1</sup>;

Karina Gramani Say<sup>1</sup>; Mariana Ignácio Sossai<sup>1</sup>;

Arêta Dames Cachapuz Novaes<sup>1</sup>; Letícia Teodoro Maciel<sup>1</sup>;

Mariana Luiz de Melo<sup>1</sup>; Ana Beatriz Simões Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Brasil

**Introdução:** Um voluntário inserido em um ensaio clínico randomizado controlado paralelo e unicego, realizado remotamente para a população idosa brasileira com histórico de pelo menos 2 quedas nos últimos 12 meses, foi selecionado para participar deste estudo de caso. Tal estudo tem como objetivo apresentar a condução da gestão de casos em uma pessoa idosa caidora.

**Descrição do caso:** O Sr. A.R.S., 78 anos, foi submetido a uma avaliação prévia, na qual constatou histórico de quedas, medo de cair e diagnóstico das doenças Diabetes Mellitus e Parkinson. Após o rastreio, a pessoa idosa foi encaminhada para o Programa Multidisciplinar e Assistencial de Gestão de Quedas para Idosos Caidores (MAGIC), a fim de participar de intervenções contendo abordagem de gestão de casos individualizada. Durante 16 semanas, o voluntário foi monitorado e instruído à prevenção de quedas, além de receber ligações semanais para acompanhamento dos fatores de risco identificados na avaliação inicial. Tendo em vista o diagnóstico de doença neurológica do participante, o gestor responsável encaminhou-o para a prática de atividades de estimulação cognitiva de forma remota e retorno da prática de hidroterapia, interrompida pelas medidas restritivas da COVID-19,

de modo a preservar o seu estado cognitivo. Além das atividades sugeridas, o Sr. A.R.S. realizava 2 sessões semanais de exercícios de equilíbrio e força muscular (exercício resistido com carga), com um fisioterapeuta particular. A adesão do participante à gestão de casos foi de 81%. À medida em que os fatores de risco foram trabalhados no período de intervenção, observou-se a diminuição no medo de cair, a preservação do estado cognitivo, a melhora das relações familiares e do ambiente residencial do voluntário. Portanto, a intervenção realizada resultou numa melhora nos fatores de riscos identificados para as quedas. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, São Carlos/SP, Brasil e registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) (RBR-3t85fd).

**Conclusão:** Este estudo de caso permitiu visualizar como a aderência do participante ao programa foi positiva na condução da gestão do caso. Além disso, o interesse do voluntário em continuar recebendo os estímulos cognitivos durante as 16 semanas evidencia que a gestão de casos realizada pelo MAGIC foi satisfatória e contribuiu na melhora dos fatores de risco de quedas.

#### PD 08

##### **PREVENIR QUEDAS NOS IDOSOS: QUAL O PAPEL DA REABILITAÇÃO VESTIBULAR?**

Sara Ribeiro Silva<sup>1</sup>; Joana Ramalho<sup>1</sup>; Diana Oliveira<sup>1</sup>;  
David Moura<sup>1</sup>; João Rodrigues Carvalho<sup>1</sup>; Helena Barroso Castro<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

**Introdução:** A vertigem e as alterações de equilíbrio têm uma prevalência de 29-45% nos idosos e são importantes causas de quedas e de morbilidade, bem como limitação nas atividades de vida diárias (AVD) e participação social.

**Objetivos:** Os autores propõem-se a identificar a evidência na literatura relativamente ao impacto da Reabilitação Vestibular (RV) na redução de quedas nos idosos.

**Material e métodos:** Foram pesquisadas revisões sistemáticas com os termos “*vestibular rehabilitation*”, “*fall*”, “*Elderly*”, e “*prevention*” nas bases de dados PUBMED e COCHRANE, escritas em inglês ou português. Foi feita uma seleção com base em *abstracts*, texto completo e avaliação crítica.

**Resultados:** Existe moderada evidência de que a RV melhora sintomas vertiginosos, equilíbrio e mobilidade nos idosos. Sabe-se que os seus benefícios são

potenciados quando associados a treinos de equilíbrio dinâmico e a reabilitação instrumentalizada, nomeadamente à realidade virtual. Existe ainda evidência de melhoria subjetiva na qualidade de vida, desempenho nas AVD e redução da ansiedade.

**Discussão:** Sabe-se que nos idosos alterações dos sistemas que regulam o nosso equilíbrio (visual, somatossensitivo e vestibular) associadamente a alterações musculares e ósseas contribuem para o aumento do risco de queda. As terapêuticas não farmacológicas são uma importante alternativa nesta faixa etária pela sua ausência de efeitos adversos. A RV baseia-se nos mecanismos de neuroplasticidade tem o objetivo de compensação vestibular e assenta em três pilares: adaptação, substituição e habituação. Engloba várias modalidades desde exercícios de estabilização dos movimentos oculares, controlo postural e equilíbrio dinâmico, habituação e condicionamento geral. O desenvolvimento das novas tecnologias veio trazer uma nova abordagem à tradicional reabilitação instrumentada sendo que a associação da realidade virtual aos programas convencionais tem mostrado um papel promissor na diminuição do risco de quedas. Em suma, várias modalidades integradas na reabilitação vestibular parecem ser eficazes na melhoria do equilíbrio, mobilidade e consequente prevenção de quedas nos idosos. A RV tem demonstrado ser eficaz e apesar da limitada evidência robusta que suporte a sua eficácia existem vários estudos clínicos e descrições narrativas que o demonstram.

#### PD 10

##### **CANCRO DA MAMA NO IDOSO: ATRASO NO DIAGNÓSTICO**

Guida Pires<sup>1</sup>; Bárbara Castro<sup>2</sup>; Joana Esteves<sup>2</sup>;  
Ana Domingues<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE / Hosp. de Mirandela (Hosp. Nossa Senhora do Amparo); <sup>2</sup>CHVNG/E; <sup>3</sup>USF São Tiago

**Introdução:** O cancro da mama é o cancro mais comumente diagnosticado nas mulheres. Nas últimas décadas a sua abordagem tem mudado, evoluindo de um tratamento cirúrgico para uma abordagem multidisciplinar com um conhecimento aprimorado da biologia tumoral e com ênfase nas terapêuticas personalizadas. Tudo isto, juntamente com os programas de rastreio, culminou na diminuição da mortalidade desta neoplasia. No entanto, o atraso no diagnóstico

pode comprometer o *outcome* e, por isso, é essencial o exame físico em doentes em idades não rastreáveis. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de um carcinoma invasor da mama avançado, com 18 meses de evolução à apresentação.

**Caso clínico:** Mulher, 87 anos, autónoma, antecedentes de dislipidemia e depressão, medicada habitualmente com fluoxetina, alprazolam e sinvastatina. A doente foi cuidadora do marido dependente até ao seu falecimento em Março de 2021. Nesse ano, recorreu várias vezes ao seu médico assistente sem nunca referir queixas mamárias. Em Julho é operada às cataratas sendo descoberto, nesse contexto, que a doente ocultava uma tumefação na mama esquerda com 18 meses de evolução. Ao exame objetivo era evidente uma tumefação volumosa na mama esquerda com ulceração e exuberantes sinais inflamatórios com extensão à axila esquerda, região torácica e mama direita. Foi realizada biópsia cujo resultado foi de carcinoma invasor. Foi realizada TC TAP sem evidência de metastização à distância. Perante um carcinoma invasor da mama cT4N1M1 (cutâneo) a doente foi proposta para QT paliativa associada a trastuzumab. Verificou-se redução dimensional do tumor durante o tratamento, mas foi necessária a interrupção da QT pela ocorrência de um TEP bilateral.

**Conclusão:** O diagnóstico precoce do cancro está associado a maiores taxas de sobrevida e mais opções de tratamento. O diagnóstico e o tratamento do cancro em idosos são complicados pela sua fragilidade, que está associada a menores taxas de sobrevida e pior qualidade de vida. Encontra-se descrito na literatura um atraso estatisticamente significativo no tempo de diagnóstico de cancro em doentes com fragilidade leve a moderada, que se deve a vários motivos, como a adoção de estratégias de *watchful waiting* antes da investigação, a existência de co-morbilidades que podem mascarar sintomas de alarme e a perda de meios para recorrer aos serviços de saúde. Adicionalmente, uma vez que os idosos não são incluídos em planos de rastreio a iniciativa depende deles, que podem não estar atentos ou ocultar sintomas relevantes. Muitos tumores avançados da mama são descobertos por autoexame ou exame físico de rotina. Descrevemos este caso para alertar para importância do exame físico de rotina em idosos frágeis, principalmente mulheres fora da idade de rastreio, de forma a obter-se um diagnóstico precoce que possa conduzir a um tratamento curativo.

## PD 11

### RELATO DE CASO – UMA NOVA VISÃO DA PREGABALINA

Clara Inês Ribeiro de Sousa<sup>1</sup>; Andreia Ramôa<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Usf Viatodos

**Introdução:** A polifarmácia é um fenómeno comum na população idosa, sendo que estudos nacionais apontam para uma incidência superior a 50%. Esta população apresenta particularidades fisiológicas e farmacológicas que condicionam diferentes adaptações à doença e ao seu tratamento, tornando-a mais suscetível a efeitos secundários ou adversos da medicação, mesmo com fármacos vulgarmente utilizados. Paralelamente, estes efeitos podem ser difíceis detetar pela maior frequência de apresentações atípicas dos mesmos.

**Descrição do caso clínico:** Utente do género feminino, 79 anos, com antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus tipo 2 com neuropatia sensitiva axonal, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Perturbação Depressiva, Gota, Síndrome da Coluna com Irradiação da Dor e Obesidade. Apresenta como medicação habitual: Pantoprazol, Alopurinol, Atorvastatina, Lercanidipina, Furosemina, Dulaglutido, Quetiapina, Insulina Glargina, Escitalopram e Pregabalina. Trazida a consulta na USF por períodos de desorientação com alucinações visuais, com dois dias de evolução. Segundo a utente, via o “quarto cheio de gatos” *sic*, o que provocava um estado de ansiedade e maior agitação. Segundo a filha, teria tentado levantar-se por várias vezes por alegar ter animais no quintal e que “o cão queria matar o gato” *sic*. Ao exame objetivo, apresentava-se mais agitada do que o habitual e com um discurso desorganizado. Ao exame neurológico sumário, não apresentava alterações. Após excluída patologia orgânica, questionou-se acerca de alterações recentes da terapêutica, tendo-se apurado que, por motivos de agravamento da dor neuropática, lhe teria sido aumentada a dose de Pregabalina de 50 mg para 75 mg, em consulta hospitalar, nos três dias anteriores. Dada a suspeita de efeito adverso da Pregabalina, reduziu dosagem para 25 mg e foi agendada consulta telefónica para reavaliação passados 3 dias. Quando efetuado o contacto telefónico, o filho referiu que a mãe já se encontrava no seu estado cognitivo habitual, negando qualquer atividade heteróloga, desde o ajuste terapêutico.

**Conclusão:** O aumento da esperança média de vida

tem conduzido ao envelhecimento progressivo da população, com conseqüente aumento da proporção de doentes idosos nas listas de utentes, que desafiam a prática da Medicina Geral e Familiar. Apesar das particularidades fisiológicas e farmacológicas desta população constituírem fatores de risco não modificáveis para a ocorrência de efeitos adversos, cabe ao médico de família a revisão sistemática da medicação em curso e a prescrição criteriosa da terapêutica, com escolhas e posologias adaptadas a esta faixa etária, bem com a procura ativa de possíveis apresentações atípicas destes efeitos, por forma a aumentar a segurança e a adesão aos planos terapêuticos.

### PD 13

#### DOENÇA DE PARKINSON E PSICOSE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Salomé Mouta<sup>1</sup>; Margarida Rodrigues<sup>2</sup>; Sofia Marques<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins; <sup>2</sup>Hospital de Braga

**Introdução:** Os episódios psicóticos em doentes com Doença de Parkinson (DP) estão frequentemente associados ao uso de medicamentos antiparkinsonianos. Por outro lado, à exceção da Pimavanserina, Quetiapina e Clozapina, os antipsicóticos não são recomendados nos indivíduos que sofrem de DP devido à falta de eficácia e/ou ao risco de deterioração motora.

**Descrição do caso:** Um doente do sexo masculino, com 80 anos e antecedentes de DP, recorreu à consulta de Neurologia acompanhado pelo filho, com agravamento da sintomatologia motora. Face à doença de movimento mencionada, encontrava-se medicado com Levodopa + Cloridrato de Benserazida. À avaliação apresentava um resultado de 30/30 no Mini *Mental State Examination* e evidência de síndrome parkinsoniana moderada a grave bilateralmente, com marcha muito lenta e passos muito pequenos, denotando-se agravamento marcado relativamente à última consulta. O filho contava que o doente esteve internado (5 meses antes) numa casa de saúde mental por sintomatologia psicótica (atualmente com remissão total da sintomatologia) onde terá iniciado Olanzapina 15mg id. Contudo, reduziu para 10mg porque “já não conseguia andar” (*sic.*). Assim, foi encaminhado à Urgência de Psiquiatria para ajuste terapêutico, onde se optou por reduzir a dosagem de Olanzapina para 7,5mg, com indicação para posterior avaliação e redução para 5mg, se o doente mantivesse a estabilidade. Após 1 mês foi

reavaliado em consulta de Neurologia, observando-se alguma melhoria da sintomatologia motora, sem ressurgimento de sintomatologia psicótica.

**Conclusão:** Já que a DP e a sintomatologia psicótica comórbida afetam negativamente a qualidade de vida do doente, um tratamento adequado torna-se imperativo. Contudo, o equilíbrio da utilização de fármacos antipsicóticos e antiparkinsonianos nesta população particularmente frágil pode constituir um verdadeiro desafio terapêutico, ao procurar a redução da psicose sem piorar os sintomas motores e vice-versa.

### PD 14

#### RISCO DE SUICÍDIO NA DEMÊNCIA

Luísa Santa Marinha<sup>1</sup>; Adriana Horta<sup>1</sup>; Sofia Pinto Rocha<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; <sup>2</sup>Hospital de Braga

**Introdução:** As taxas de suicídio atingem números importantes em idades mais avançadas, uma vez que geralmente são usados métodos mais letais. Embora controverso, encontra-se descrito que pessoas com demência podem apresentar maior risco de comportamentos suicidários. Além disso, a demência está frequentemente associada a sintomatologia depressiva, psicótica e ansiosa, que constituem também fatores de risco para suicídio.

**Objetivos:** As autoras pretendem fazer uma revisão da literatura atual sobre o risco de suicídio em pessoas diagnosticadas com demência, bem como identificar potenciais fatores de vulnerabilidade e protetores.

**Material e métodos:** Revisão não sistemática da literatura sobre o Suicídio e Demência na base de dados Pubmed/Medline.

**Resultados:** Na demência, o risco de eventos suicidários aumenta em idades de diagnóstico mais jovens e em estadios iniciais da doença, dada a crítica para a condição mórbida e perda de funcionalidade cognitiva e física, bem como possível dependência e impacto familiar. Alguns estudos encontraram fatores de risco para comportamentos autolesivos em idosos com demência, como a sensação de perda de controlo, solidão, isolamento, sentimento de ser uma sobrecarga para os familiares, comprometimento da capacidade funcional e outras comorbilidades psiquiátricas, como depressão e tentativas autolesivas prévias. O tipo de demência também parece influenciar o risco autolesivo. Por outro lado, a severidade da demência parece estar inversamente associada a comportamentos sui-



cidários, dado que com o avançar da doença se perde crítica bem como capacidade para executar o plano. No entanto, outras variáveis têm de ser tidas em conta quando avaliado o risco, como é o caso de fatores financeiros, culturais, étnicos e religiosos, o que faz variar as taxas de suicídio em diferentes países.

**Discussão/Conclusões:** A maioria dos estudos apresenta limitações metodológicas importantes, sendo que estudos prospetivos com amostras significativas devem ser conduzidos para a avaliação de fatores de risco de suicídio em doentes com demência, bem como em pessoas com diagnóstico pré-sintomático de demência. Apesar disso, a demência, particularmente em estadios iniciais, parece constituir uma situação de risco para eventos suicidários. Desta forma, na prática clínica, os profissionais de saúde devem estar atentos e proporcionar avaliação do risco e apoio psicológico, principalmente na fase inicial.

## PD 15

### O TRISTE ENVELHECIMENTO

Soraia Gonçalves Rodrigues<sup>1</sup>; Juliana Freixo<sup>1</sup>; Daniela Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

A depressão é uma patologia prevalente nos idosos, sendo muitas vezes desvalorizada pelos profissionais de saúde. Esta pode manifestar-se por perdas cognitivas, o que dificulta o diagnóstico diferencial entre demência e depressão.

De facto, os estados depressivos surgem como a condição mais frequentemente diagnosticada erroneamente como demência. Se, por um lado, a depressão pode ser a primeira manifestação de um quadro demencial, por outro, um quadro clínico de demência pode acompanhar-se de sintomatologia depressiva, sobretudo nos seus estadios iniciais.

Desta forma, torna-se crucial o conhecimento de algumas características distintivas destas duas entidades para que se proceda a um correto diagnóstico diferencial, isto porque além de serem patologias distintas, a abordagem e tratamento associado a cada uma delas também é diferente.

Posto isto, o objetivo deste trabalho consiste na diferenciação entre demência e depressão, através de uma revisão da literatura com o levantamento de artigos pertinentes na Pubmed. Para isso, utilizaram-se os seguintes termos: "Demência", "Depressão", "Pseudodemência".

## PD 16

### DISSECÇÃO AÓRTICA PÓS-TAVI: UMA COMPLICAÇÃO RARA

André Cabrita<sup>1</sup>; Pedro Diogo<sup>1</sup>; Marta Braga<sup>1</sup>;

Mariana Vasconcelos<sup>1</sup>; Filipe Macedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introdução:** O papel da *Transcatheter Aortic Valve Implantation* (TAVI) como alternativa à substituição cirúrgica da válvula aórtica tem ganho relevância, com resultados promissores. Apesar desta evidência, os riscos de complicações de TAVI são ainda consideráveis e estão a decorrer estudos com o objetivo de os minimizar.

**Descrição do caso:** Uma mulher de 53 anos com antecedentes pessoais de múltiplos fatores de risco cardiovasculares (hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia), doença pulmonar restritiva e doença hepática crônica alcoólica (*Child-Pugh B*; *score MELD 14* pontos) com trombocitopenia, apresentou-se no serviço de urgência com sintomas progressivos de insuficiência cardíaca (NYHA classe II) ao longo de alguns meses. O ECG era normal, mas o ecocardiograma revelou estenose aórtica calcificada grave, com fração de ejeção preservada de ambos os ventrículos. A Angiografia Coronária demonstrou artérias coronárias normais, sem obstrução. Apesar do baixo risco *EUROScore II* (0,84%), a doente foi recusada para substituição cirúrgica da válvula aórtica principalmente devido à doença hepática e, assim sendo, TAVI foi o tratamento de escolhido. O procedimento eletivo de implantação de bioprótese aórtica expansível por balão transfemoral (*Sapiens 3*) foi concluído, mas as complicações começaram na admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos. A doente apresentava-se sonolenta, hipotensa, sem resposta a *fluid challenge* e notou-se um diferencial significativo na pressão arterial entre os dois braços. Concomitantemente desenvolveu bradicardia sinusal com bloqueio de ramo direito e fascículo anterior esquerdo. O ecocardiograma confirmou a correta posição e função da válvula protésica, mas revelou um flap da camada íntima da aorta, ao nível do arco aórtico. Uma angiografia torácica computadorizada (*angioTC*) emergente foi realizada e confirmou a dissecção aórtica, revelando um falso lúmen (9mm) com início proximal à artéria subclávia esquerda, mas sem extensão para a aorta ascendente ou descendente (zona de *Ishimaru 2*). Considerando o alto risco do tratamento cirúrgico de uma dissecção aórtica iatrogénica do tipo não-A

não-B, a equipa multidisciplinar optou pelo tratamento conservador, com controlo agressivo da pressão arterial. A angioTC foi repetida 48 horas depois e, assim como os achados do ecocardiograma, não determinou progressão da doença. Durante o internamento, a doente desenvolveu bloqueio auriculoventricular de alto grau e implantou um *pacemaker* transvenoso. A doente evoluiu favoravelmente e teve alta, permanecendo clinicamente estável após 1 ano de seguimento. **Conclusão:** As complicações periprocedimento da TAVI podem estar relacionadas com o acesso vascular, implantação e função da válvula, lesão de órgão e complicações arritmicas. A ocorrência de dissecação aórtica pós-TAVI é extremamente rara e o seu tratamento deve ser individualizado.

### PD 17

#### QUAL O PAPEL DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA EM ESTABELECEER A ETIOLOGIA DO MINOCA?

André Cabrita<sup>1</sup>; Miguel Carvalho<sup>1</sup>; Mariana Vasconcelos<sup>1</sup>; Filipe Macedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introdução:** *Myocardial Infarction in the Absence of Obstructive Coronary Artery Disease* (MINOCA) é uma síndrome caracterizada por enfarte do miocárdio (EM) com evidência de artérias coronárias normais ou quase normais na angiografia coronária, na ausência de outras causas de EM. Existem várias etiologias possíveis para MINOCA, sendo que o prognóstico e o tratamento diferem para cada uma delas.

**Objetivos:** Identificar o potencial da Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) na determinação da etiologia do MINOCA e o seu impacto no tratamento desses doentes.

**Material e métodos:** Desenvolvemos um estudo prospetivo ao longo de 6 anos, consistindo na consulta dos registos médicos de todos os doentes admitidos no Serviço de Cardiologia da nossa instituição com o diagnóstico inicial de MINOCA. Estes doentes foram submetidos a RMC para estabelecer a causa do MINOCA.

**Resultados:** Numa amostra de 76 doentes, a mediana de idades foi de  $48 \pm 18$  anos e 65,8% eram homens. A carga de fatores de risco cardiovasculares (FRCV) foi significativa, pois 36,8% dos doentes eram hipertensos, 28,9% dislipidémicos, 12,5% eram diabéticos tipo 2, 29,6% eram fumadores e 22,4% eram

obesos. A fibrilhação auricular estava diagnosticada em 8,1% dos pacientes. Anomalias da repolarização ventricular foi a alteração mais prevalente no ECG (42,1%) e 31,6% apresentaram ECG normal. Em relação às enzimas cardíacas, os níveis medianos de troponina I de alta sensibilidade foram de  $6893 \pm 1390$  ng/L e do BNP de  $271 \pm 80$  pg/mL. Uma proporção relevante dos doentes (43,4%) demonstrou alterações segmentares no ecocardiograma, principalmente das paredes anterior e inferior (ambas 10,3%). A RMC foi realizada numa mediana de 5 dias após a admissão dos doentes e foi considerada normal em 25,7% dos casos. Alterações como realce tardio de gadolínio e edema miocárdico foram detetadas em 58,6% e 42,9% dos MINOCA, respetivamente. A RMC foi fundamental para estabelecer a causa do MINOCA em 58 pacientes (76,3%). As causas mais prevalentes foram miocardite (38,2%), síndrome de Takotsubo (13,2%) e espasmo das artérias coronárias (6,6%). Por outro lado, 18 pacientes com MINOCA (23,7%) permaneceram sem causa identificada.

**Discussão/Conclusões:** A RMC estabeleceu a etiologia do MINOCA em 76,3% dos casos, com implicações diretas no tratamento desses doentes. Estes achados destacam a necessidade de realizar RMC em todos os pacientes com diagnóstico inicial de MINOCA, sem causa estabelecida, para permitir o tratamento específico de cada etiologia.

### PD 18

#### A HIDROTERAPIA NO TRATAMENTO DA OSTEARTROSE DO JOELHO

Diana Rocha Oliveira<sup>1</sup>; Inácio Menezes<sup>2</sup>; Tiago Beirão<sup>2</sup>; Flávio Campos Costa<sup>2</sup>; Patrícia Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião; <sup>2</sup>CHVNG/E

**Introdução:** O exercício no solo é altamente recomendado para o tratamento da osteoartrose (OA) do joelho, uma vez que melhora a força muscular, a funcionalidade, reduz a dor e a rigidez. A sua dosagem excessiva pode agravar os sintomas da osteoartrose, uma vez que implica carga sobre o membro, condicionando a adesão a longo prazo ao exercício, daí a importância de explorar outras formas de tratamento.

**Objetivos:** Avaliar o papel da hidroterapia no tratamento da osteoartrose do joelho.

**Material e métodos:** Realizou-se uma pesquisa na PubMed utilizando os termos MeSH "hydrotherapy",

“*balneology*” e “*knee osteoarthritis*”. Foram incluídas revisões sistemáticas e meta-análises, realizadas até março de 2023, que avaliassem o impacto da hidroterapia no tratamento dos doentes com OA do joelho. Excluíram-se estudos realizados em doentes submetidos a cirurgia do joelho, a infiltrações do joelho há menos de um ano e estudos realizados no contexto de balneoterapia ou spa. Obtiveram-se 54 artigos que foram selecionados de acordo com os critérios supra-mencionados, incluindo-se um total de 16 estudos.

**Resultados:** Quando comparado com ausência de exercício, a hidroterapia, com combinação de exercícios de resistência, fortalecimento muscular, flexibilidade e exercícios aeróbios, mostrou uma melhoria significativa da dor, funcionalidade e qualidade de vida (QdV) dos doentes com OA do joelho. Quando comparado com o exercício em meio terrestre, a evidência é ambígua. Por um lado, há estudos que mostram efeitos clinicamente relevantes na diminuição da dor e da incapacidade e na melhoria da QdV dos doentes com OA do joelho, quando comparado com exercício em meio terrestre, enquanto que outros mostraram igual eficácia do exercício, quer em meio aquático, quer em meio terrestre, sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois. Contudo, o nível de adesão e satisfação foi superior nos doentes submetidos a exercício aquático. Os efeitos da hidroterapia não parecem manter-se ao fim de 3 meses após o seu término.

**Discussão/Conclusões:** A hidroterapia deve ser usada em programas de reabilitação de doentes com OA do joelho, quando o exercício físico é difícil e doloroso em condições normais de gravidade, dado que a temperatura da água, a diminuição da carga e a pressão hidrostática aliviam as articulações dolorosas, pelo que é a opção ideal para quem vai iniciar o exercício ou para aqueles em estadios mais avançados da doença, onde o exercício em meio terrestre se tornou muito difícil. Por outro lado, tendo em conta a sua eficácia, também pode ser recomendada perante a preferência do doente por exercício em meio aquático, face a exercício em meio terrestre. A hidroterapia deve ser considerada um tratamento adjuvante complementando todos os outros tratamentos.

## PD 19

### SUPLEMENTAÇÃO COM COENZIMA Q10 – PAPEL NA PREVENÇÃO E ANTIAGING?

Brenda Jorge<sup>1</sup>; Fernando Charrão<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF La Salette, ACeS Aveiro Norte

**Introdução:** A Coenzima Q10 (CoQ10) é uma molécula sintetizada em todas as células humanas em pessoas saudáveis. A sua principal função é a proteção celular contra dano oxidativo e ação anti-inflamatória. À medida que envelhecemos, perdemos a capacidade de a sintetizar, sendo que um elevado stress oxidativo, consequente do défice de CoQ10, está associado quer à natureza do envelhecimento quer a várias doenças crónicas degenerativas. Na prática clínica, observamos que muitos idosos mantem uma alimentação nutricionalmente pobre e utilizam suplementos multivitamínicos com perceção de melhoria do bem-estar geral. Urge a importância de aprofundar conhecimento e compreender a relação risco-benefício da suplementação de micronutrientes.

**Objetivo:** O objetivo foi realizar uma revisão da literatura atual sobre o potencial benefício clínico da suplementação com CoQ10 com enfoque no papel antioxidante no envelhecimento e doenças crónicas.

**Material e métodos:** Foram pesquisados artigos originais, revisões, meta-análises e ensaios clínicos, em inglês, publicados nos últimos 10 anos nas bases de dados eletrónicas PubMed/MEDLINE e *Web of Science*. Os termos MESH utilizados foram: “*Coenzyme Q10*” e “*Aging*”.

**Resultados:** Incluíram-se 3 revisões narrativas, 1 meta-análise, 3 ensaios randomizados e 3 artigos originais. Estudos apontam com nível de evidência moderada-forte vários benefícios cardiometabólicos com a suplementação com CoQ10 na redução de fatores de risco cardiovascular, entre os quais: a redução de pressão arterial sistólica, redução de colesterol LDL, triglicérideos e HbA1C e diminuição da mortalidade por todas as causas em indivíduos com insuficiência cardíaca suplementados com CoQ10. Estudos mostraram a sua capacidade de redução dos marcadores PCR, IL-6 e TNF- $\alpha$  em indivíduos com doença neurodegenerativa e cardiometabólica. A dose média recomendada de CoQ10 é de 200mg/dia com duração variável, sendo que a sua ação parece ser otimizada em combinação com selénio. Efeitos adversos não foram identificados com frequência. Interações farmacológica.

**Discussão/Conclusão:** A suplementação com CoQ10 pode ser uma estratégia terapêutica com benefício na saúde cardiometabólica. Esta revisão destaca a importância do papel preventivo da CoQ10 na saúde do idoso e prevenção cardiometabólica. Apesar das limitações inerentes da revisão, é necessário estudos rigorosos para validar a efetividade destes resultados e em subgrupos específicos. Assumindo uma abordagem holística e preventiva, o médico de família deve promover uma alimentação nutritiva e diversificada, rica em vitaminas antioxidantes, fitoquímicos e ácidos gordos polinsaturados, em todos os idosos e, de acordo com o utente, recomendar suplementação específica.

### PD 20

#### AMILOIDOSE HEREDITÁRIA VS AMILOIDOSE AL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Daniela Barroso<sup>1</sup>; Filipa Abelha Pereira<sup>1</sup>; Diana Rocha<sup>1</sup>; Fabienne Gonçalves<sup>1</sup>; João Araújo Correia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

A amiloidose AL é uma doença rara, a sua incidência exata é desconhecida mas aumenta a cada década de vida após os 40 anos. A idade média de diagnóstico é de 64 anos e há uma predominância nos homens.

Mulher de 65 anos de idade, previamente autónoma. Antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Sem história familiar de amiloidose.

Apresentava um quadro com cerca de 5 meses de evolução de astenia, perda ponderal, icterícia, dispneia com ortopneia e edemas periféricos. Neste contexto esteve internada, tendo-se documentado a presença de hepatomegalia com lesão hepática de padrão colestático e cardiopatia com aumento da espessura das paredes e disfunção ventricular esquerda com hipocinésia global. Fez biópsia hepática que revelou extensa infiltração por substância amiloide, não caracterizada. Não tinha sido detetada gamapatia monoclonal, nem evidência de doença inflamatória sistémica. A doente tinha tido alta com medidas sintomáticas (terapia diurética), orientada para consulta.

Recorreu ao serviço de urgência por agravamento das queixas de astenia, icterícia, dispneia e edemas. À admissão com disfunção hepática grave (bilirrubinemia 19mg/dL; INR 3,4), sinais de congestão de predomínio sistémico, derrame pleural bilateral e insuficiência respiratória tipo 1. Sem disfunção renal ou proteinú-

ria; sem dor neuropática e com EMG normal. O estudo inicial revelou excesso de cadeias leves livres de tipo kappa e estudo subsequente de medula revelou infiltração medular por população de linfócitos com características fenotípicas anormais. A biópsia de pele e revisão das lâminas de biópsia hepática com imunocitoquímica confirmaram presença de amiloidose, mas não foram capazes de confirmar a natureza da substância amiloide (testadas cadeias leves kappa e lambda, TTR, substância amiloide A, lisozima, Apo A1 e A2 e lectina 2). Os dados foram suficientes para se considerar a presença de mieloma de cadeias leves com envolvimento hepático e cardíaco.

Infelizmente, houve agravamento clínico progressivo da doente com evolução para falência hepática, tendo-se verificado o óbito nesse contexto sem manifestações de sofrimento físico.

A apresentação clínica da amiloidose AL depende do número e da natureza dos órgãos afetados e há alguns doentes com envolvimento extenso de múltiplos sistemas cujo desfecho pode ser fatal.

### PD 21

#### GESTÃO DOS SINTOMAS PSICOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS NA DEMÊNCIA – UMA REVISÃO NARRATIVA

Rita Lopes da Silva<sup>1</sup>; Cristina Balau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF S J Pragal, ACES Almada Seixal

**Introdução:** Os sintomas psicológicos e comportamentais na demência surgem em 90% dos casos. Este espectro clínico de sintomas está associado a elevada morbidade e mortalidade, sobrecarga de cuidadores informais e transferência de idosos para estruturas residenciais.

**Objetivos:** Descrever uma abordagem de gestão de sintomas psicológicos e comportamentais na demência a aplicar por parte de profissionais de saúde e cuidadores de idosos.

**Material e métodos:** Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados PubMed, google scholar, The Cochrane Library, UptoDate, Dynamed utilizando os termos MeSH “*approach*”, “*dementia*”, “*behavioral symptoms*”, “*psychological symptoms*” e linguagem natural “*pieces*”, “*abc*”. Foram incluídos artigos datados entre 1978 e 2023. Foram ainda consultados sítios na internet oficiais sobre a abordagem *Pieces* e *ABC*.

**Resultados:** Os sintomas psicológicos e comportamentais podem surgir em qualquer fase da demência

e podem ter múltiplas etiologias. Perante um novo sintoma psicológico e comportamental poderá ser implementada a abordagem A.B.C., em que é compreendido o estado anterior do doente ao sintoma (*Antecedents*), bem como descrito o sintoma de uma maneira fiável (*Behaviour*) e o que ocorreu após o mesmo (*Consequences*). É fundamental fazer três questões: “o que mudou?”, “a pessoa corre algum risco?” e “que ação tomar?”. A mnemónica P.I.E.C.E.S. permite entender os motivos pelos quais o sintoma ocorre, incidindo sobre seis possíveis causas. Estas causas poderão ser físicas (*Physical*), intelectuais (*Intellectual*), emocionais (*Emotional*), capacidade funcional (*Capabilities*), ambientais (*Environment*) e sociais (*Social*). O plano de intervenção deve ser personalizado e incluir as estratégias não farmacológicas como primeira linha.

**Discussão/Conclusões:** As ferramentas ABC e *Pieces* são utilizadas a nível internacional, permitindo uma abordagem holística e personalizada com foco na pessoa com demência e no seu contexto, envolvendo o cuidador ou o profissional de saúde. Esta abordagem garante a promoção da prevenção quaternária dado que promove a compreensão da pessoa com demência em vez da sua sobremedicalização.

## PD 22

### HIPERGLICEMIA E DISFONIA – UM CASO DE DIABETES INAUGURAL NO IDOSO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

Rita Lopes da Silva<sup>1</sup>; Tânia Ferreira<sup>1</sup>; Helena Costa Pinto<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF S J Pragal, ACES Almada Seixal

**Introdução:** O diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de novo na pessoa idosa é cada vez mais frequente, sendo o mesmo geralmente atribuído a padrões de estilo de vida inadequados e ao aumento da resistência à ação da insulina. Apesar das causas secundárias de diabetes serem raras, estas constituem uma etiologia a considerar, em particular, nesta população.

**Descrição do caso:** Homem de 85 anos, autónomo nas atividades de vida diárias com antecedentes de hipertensão arterial essencial, dislipidemia, asma, rinite alérgica, doença renal crónica grau 2, hipertrofia benigna da próstata e medicado habitualmente com irbesartan id, formoterol + budesonida id e dutasterida + tansulosina id. O utente apresenta-se em consulta com disfonia, tosse e perda de peso com semanas de evolução. Durante o último ano teria sido seguido em consulta de Pneumologia particular por

pneumonia crónica sem total resolução com antibioterapia múltipla. O exame físico não revelava quaisquer alterações de relevo. Foram pedidas análises e feita referência para consulta de otorrinolaringologia. Analiticamente por apresentar HbA1c de 11% e glicemia em jejum de 118mg/dL foi diagnosticado com diabetes mellitus pela médica de família e iniciou insulina glargina 10 unidades. Em consulta de seguimento de otorrinolaringologia realizou biópsias de ambas as pregas vocais que revelaram múltiplas lesões esbranquiçadas, broncofibroscopia que revelou lesões infiltrativas da mucosa e lavado broncoalveolar cujo resultado foi positivo para bacilos ácido-álcool resistentes. Neste contexto o utente foi internado para investigação, tendo sido diagnosticado com tuberculose disseminada e iniciou terapêutica com isoniazida, pirazinamida, rifampicina e etambutol em ambulatório. Em seguimento em consulta pela equipa de família, verificaram-se valores de glicemia em jejum progressivamente controlados, tendo sido suspensa a insulino-terapia.

**Conclusão:** Segundo a literatura, até 80% dos doentes sem diagnóstico prévio de Diabetes podem desenvolver hiperglicemia de stress no contexto de Tuberculose. Estudos demonstram que o controlo glicémico pode ter impacto no tratamento da Tuberculose e esta última pode influenciar o desenvolvimento de Diabetes. No entanto, a evidência existente ainda não é clara quanto à melhor abordagem a tomar nestes casos, sendo importante promover a segurança e a prevenção quaternária nesta população.

## PD 23

### DESPRESCRIÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA EM DOENTE COM DEMÊNCIA AVANÇADA – RELATO DE CASO

Raquel Fonseca Ferreira<sup>1</sup>; Sena de Barros<sup>1</sup>; Vítor Costa<sup>1</sup>; Célia Querido<sup>1</sup>; Teresa Albuquerque<sup>1</sup>; Sara Carvalho<sup>1</sup>; Isabel Clemente<sup>1</sup>; Mafalda Gonçalves<sup>1</sup>; Célia Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ECSCP.BM - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do Baixo Mondego

**Introdução:** Com o envelhecimento da população a prevalência de demência aumenta. Portugal é o quarto país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), com maior prevalência de demência, cerca de 20 pessoas por 1000 habitantes. A demência é uma doença neurodegenerativa crónica, progressiva e, em última análise fatal. A demên-

cia avançada caracteriza-se por déficit cognitivo, incapacidade de se comunicar verbalmente, disfagia, compromisso na deglutição e dependência funcional completa. Os doentes com demência e uma *Functional Assessment Staging (FAST) 7c*, são elegíveis para admissão em Unidades de Cuidados Paliativos, para controlo de sintomas, promoção de medidas de conforto e apoio psicossocial ao doente e familiares. Na demência avançada alimentação por nasogástrica (SNG) é frequentemente iniciada, a menos que exista uma diretiva antecipada de vontade válida que a recuse. Neste caso clínico os autores pretendem demonstrar que alimentação por SNG em doentes com demência avançada pode ser descontinuada como medida de conforto e humanização de cuidados.

**Descrição do caso:** Doente 73 anos, com demência avançada, referenciado para a equipa comunitária de cuidados paliativos pelo enfermeiro de família. Antecedentes: depressão, demência Alzheimer, dislipidemia, *herpes zoster*, infeção respiratória recorrente. Medicação: memantina 20, trozodona 150, oxazepam 15, sertralina 50, rivastigmina 13,3mg/24h. Casado, vive com a esposa, tem apoio do filho. Reformado, tem complemento por dependência. Avaliação Inicial - Doente acamado, totalmente dependente, Barthel = 0; FAST = 7f, portador de SNG e sonda vesical. A esposa manifestou desejo de alimentar o marido manualmente. A equipa elaborou o Plano Individual de Cuidados (PIC) em que esta hipótese foi considerada. Após acompanhamento por terapia da fala verificou-se que o doente tinha potencial e a esposa estava capacitada para o alimentar manualmente. A equipa de paliativos promoveu uma conferência familiar, conjunta com a equipa de saúde familiar para atualização do PIC, onde foi apresentado a possibilidade de desprescrição da SNG, todos os intervenientes entenderam os riscos *versus* benefícios e concordaram em descontinuar a SNG. O doente mantém com alimentação manual sem intercorrência respiratória.

**Conclusão:** Este caso ilustra que alimentação por SNG tal como qualquer outra terapêutica médica se não se observar benefício pode ser descontinuada. Em Cuidados Paliativos o Plano Individual de Cuidados é dinâmico, sujeito a reavaliação e atualização constante, sempre com o objetivo de aliviar o sofrimento do doente e da família. Salienta-se a controvérsia se a alimentação por SNG em doentes com demência melhora o estado nutricional ou prolonga a sobrevivência.

Embora com fraca evidência alguns estudos correlacionam a alimentação por SNG a um maior risco de pneumonia. (Divulgado com consentimento da família)

#### PD 24

#### UMA CHAMADA AO MELANOMA – UM RELATO DE CASO

Joana Meneses Costa<sup>1</sup>; João Rosa Oliveira<sup>1</sup>; Mariana Branco<sup>1</sup>; Afonso Granja<sup>1</sup>; Luísa Castro Leite<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Valbom, ACeS Gondomar

**Enquadramento:** O melanoma é a neoplasia cutânea associada a maior mortalidade e a uma crescente incidência relacionada com o envelhecimento populacional. A maioria dos doentes apresenta, inicialmente, doença localizada, sendo submetidos a excisão cirúrgica do tumor primário. No entanto, a metastização é frequente e está associada a maior morbimortalidade, razão pela qual a prevenção, o diagnóstico precoce, e um seguimento adequado são imperativos.

**Descrição do caso:** Utente do sexo feminino, com 75 anos de idade e antecedentes de dislipidemia, fibrilação auricular e insuficiência cardíaca, devidamente medicada, apresentou-se em consulta de rotina com queixas de sensação de bloqueio da perna esquerda, dor na anca e coxa esquerdas, perda de peso e anorexia. O exame físico revelou varizes proeminentes da perna esquerda e ligeiro edema no terço inferior de ambas as pernas. Foi pedido Doppler Venoso que evidenciou sinais de insuficiência venosa esquerda. O estudo analítico revelou anemia hipocrômica/normocítica e um agravamento da função renal. Assim, foi pedida ecografia renal que revelou uma dilatação pielocalicial do rim esquerdo, provavelmente devida a processo obstrutivo que, após realização de TC, se revelou tratar-se de uma massa ilíaca com necessidade de biópsia. Após referência para a consulta de Hematologia, foi descoberto um diagnóstico prévio de melanoma nodular invasivo na coxa esquerda, há cerca de 1 ano. Esta informação foi partilhada por consulta telefónica devido às restrições impostas pela COVID-19. A doente expressou dificuldade em compreender a informação, razão pela qual terá recusado cirurgia de aumento de margens, terapêutica adjuvante ou acompanhamento. A biópsia da massa abdominal confirmou metastização ganglionar de melanoma maligno. Devido ao agravamento do estado geral da doente, com aumento do grau de dependência e caquexia (ECOG 4), optou-se por iniciar tratamento pa-

liativo. Infelizmente, a doente morreu 10 meses após a consulta inicial.

**Conclusão:** A comunicação adequada do diagnóstico e do tratamento necessário pode ser prejudicada pela idade avançada ou por fatores externos como a ausência de condições de consulta adequadas. Os médicos têm um papel importante, não só na gestão da doença, mas também na comunicação do plano proposto. Este caso enfatiza a abrangência da ação de um médico de família, alertando ainda para a importância de uma comunicação adequada, de forma a assegurar o cumprimento do tratamento e acompanhamento.

## PD 25

### A IMPORTÂNCIA DO TREINO PROPRIOCEPTIVO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO

Joana Ramalho<sup>1</sup>; Sara Ribeiro Silva<sup>1</sup>; Diana Rocha<sup>1</sup>; David Moura<sup>1</sup>; Isabel Romeiro<sup>1</sup>; Ana Sofia Azevedo<sup>1</sup>; Helena Barroso Castro<sup>1</sup>; Catarina Aguiar Branco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

**Introdução:** O envelhecimento provoca alterações em várias funções corporais nomeadamente na propriocepção. Esta pode ser definida como a capacidade de um indivíduo perceber através de mecanorreceptores qual a posição e o movimento das suas articulações no espaço, bem como qual a força muscular que está a ser exercida num determinado momento. A alteração e o declínio da propriocepção associados ao envelhecimento condicionam significativamente a mobilidade e aumentam o risco de quedas. De facto, na população idosa as quedas são um grave problema de saúde, resultando, em 30% dos casos, em lesões graves que requerem cuidados médicos.

**Objetivos:** Avaliar a importância do treino proprioceptivo na prevenção de quedas no idoso.

**Material e Métodos:** Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE e Cochrane, utilizando os termos *Proprioception, balance training, Elderly, falls, exercise*. Foram selecionados ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises realizados nos últimos 5 anos e escritos em Inglês. Dos 203 artigos obtidos, foram selecionados 9 de acordo com os critérios mencionados.

**Resultados:** A propriocepção desempenha um papel importante no planeamento de movimentos precisos e coordenados, na manutenção do equilíbrio e no

controlo da postura corporal. A deterioração dos mecanismos propioceptivos decorre de mudanças no sistema nervoso periférico e central e conduz a mudanças na biomecânica das articulações e no controlo neuromuscular dos membros, que por sua vez levam a distúrbios do equilíbrio. A este declínio da propriocepção está muito provavelmente associada a diminuição da resposta dinâmica dos fusos musculares e a degeneração axonal, contribuindo para defeitos no processamento e na introdução da informação sensorial. O exercício propioceptivo é importante não só na prevenção de quedas, mas também no campo da reabilitação de outras doenças. A investigação descreve vários programas de exercício propioceptivo englobando exercícios de coordenação, exercícios de resistência, exercícios de equilíbrio através do uso de tábuas, bolas e placas vibratórias, exercícios pliométricos, bem como exercícios que repetem a ativação muscular com a força selecionada. A realização de atividade física adequada pode atrasar o declínio da propriocepção decorrente do envelhecimento.

**Discussão/conclusões:** As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento levam a um declínio das funções propioceptivas. A atividade física regular e apropriada podem ajudar a melhorar as funções propioceptivas e reduzir o risco de quedas, o que se traduz numa redução dos custos associados aos cuidados de saúde. No futuro, serão necessários mais estudos sobre o conteúdo e eficácia de vários programas de exercício propioceptivo.

## PD 27

### “O DOUTOR ESTÁ APAIXONADO POR MIM!”: UM CASO DE SÍNDROME DE DE CLÈRAMBAULT NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Andreia Salgado Gonçalves<sup>1</sup>; Luísa Santa-Marinha<sup>2</sup>; Álvaro Machado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; <sup>3</sup>Hospital de Braga

**Introdução:** A Síndrome de De Clèrambault consiste na convicção delirante de que se é amado por uma pessoa de estatuto superior com quem não se partilha uma relação de proximidade. Geralmente apresenta-se, na sua forma primária, como uma perturbação delirante crónica, ou no contexto de outras perturbações psiquiátricas major como a Esquizofrenia ou a Doença Bipolar. A ocorrência de Síndrome de De Clèrambault no contexto de Doença de Alzheimer parece

ser rara, uma vez que foram apenas encontrados três outros relatos de caso no mundo,

**Descrição do caso:** Utente do sexo feminino, de 74 anos, acompanhada na consulta de Neurologia desde há dois anos, tendo sido referenciada por esquecimentos, noção de desatenção e disfasia com recurso frequente a circunlóquios para se expressar. À data de referenciação sem antecedentes médico-cirúrgicos conhecidos, sem antecedentes psiquiátricos e sem medicação habitual. Do estudo complementar realizado destacava-se um resultado anormal no Mini *Mental State Examination*, de 16 pontos, na ausência de alterações no exame neurológico, alterações analíticas ou imagiológicas cerebrais. Realizou punção lombar com pesquisa de biomarcadores que confirmaram o diagnóstico de Doença de *Alzheimer*. Foi medicada com donepezilo com noção de estabilização dos défices. Cerca de 1 ano após a primeira observação por Neurologia, iniciou quadro de alteração do pensamento com convicção delirante e verbalização de que se tinha apercebido que um médico que colaborava num programa de televisão que costumava ver estava apaixonado por si, que a achava a mulher mais bonita do mundo, que lhe pedia para tirar a camisola, que a seguia e que entrava em sua casa. A doente realizou EEG, sem alterações. Foi realizado um switch de donepezilo para rivastigmina com noção de benefício clínico. A família demonstrou ser colaborante e, adotando medidas ambientais demonstrou ser capaz de gerir as alterações do comportamento decorrentes da atividade delirante no contexto demencial, tendo a equipa clínica optado por não medicar com antipsicótico nesta fase.

**Conclusão:** O aparecimento de uma Síndrome de De Clèrambault de novo no idoso sem antecedentes psiquiátricos deve levar a uma exclusão de causas secundárias orgânicas. É possível que existam doenças neurológicas com apresentações psiquiátricas e deve estar-se atento de forma a realizar o diagnóstico o mais precocemente possível, no entanto, existem casos nos quais apenas o acompanhamento longitudinal esclarece relativamente ao diagnóstico. Nos sintomas psicóticos da demência é possível que exista necessidade de medicar o doente, no entanto, não devem ser esquecidas as medidas ambientais que podem ser contentoras o suficiente em casos de alterações ligeiras do comportamento.

## PD 28

### SIADH AGRAVADO POR CORTICOTERAPIA EM DOENTE PALIATIVO

Natalina Rodrigues<sup>1</sup>; Ana Rita Matos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Núcleo de Cuidados Paliativos- ACeS Marão Douro Norte

**Introdução:** A síndrome da secreção inapropriada da hormona antidiurética (SIADH) é uma alteração da excreção de água condicionada pela incapacidade de suprimir a secreção da hormona antidiurética. Esta condição pode estar associada a várias patologias como neoplasias, doenças com atingimento do sistema nervoso central, entre outras. As intervenções realizadas na doença oncológica terminal, devem ser cautelosas, na medida que para obter o alívio sintomático podem ser instituídas medidas desestabilizadoras.

**Descrição do caso:** Homem de 84 anos, reformado, casado, família nuclear na fase VIII do ciclo de Duvall, classe baixa. Apresenta antecedentes pessoais de neoplasia do pâncreas com metastização hepática difusa e adenocarcinoma prostático, linfoma de Hodgkin em remissão completa há 14 anos, dislipidemia e hipertensão arterial. Inicia seguimento na equipa comunitária a 21/07/2022 por dor abdominal não controlada, anorexia, diminuição do débito urinário, edemas dos membros inferiores e obstipação. Na primeira visita domiciliária foram realizados vários ajustes terapêuticos, incluindo a instituição de analgesia com opióide major. A 25/07/2022 por fraca resposta à analgesia e dor de predomínio no hipocôndrio direito foi instituída corticoterapia, por suspeita de dor em contexto de distensão da cápsula hepática, tendo iniciado prednisolona 20mg/dia. No dia 28/07/2022 deu entrada no SU por prostração e agravamento dos edemas periféricos, tendo-se confirmado hiponatremia, hipocalémia e hiperglicemia tendo sido internado com o diagnóstico de SIADH induzido pela corticoterapia. Apesar das medidas instituídas e melhoria das alterações hidro-electrolíticas o utente acaba por falecer no dia 30/07/2022 por falência multiorgânica em contexto da progressão da doença.

**Conclusão:** A corticoterapia em doses elevadas pode conduzir a retenção hídrica, hiponatremia, hiperglicemia e supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Por sua vez, a SIADH causa hiponatremia e retenção hídrica. O presente caso visa alertar para o subdiagnóstico da SIADH, provavelmente já presente na primeira visita domiciliária, e possíveis riscos da instituição da corticoterapia num doente idoso, com elevada fragilidade e doença oncológica terminal.



## PD 29

**ANSIEDADE E FUNÇÕES EXECUTIVAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS – ESTUDO PILOTO**

Marlene Rosa<sup>1</sup>; Adriana Dias<sup>2</sup>; Dara Pincegher<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>*ciTechCare - Center for Innovative Care and Health Technology, School of Health Sciences, IPL;* <sup>2</sup>*Faculdade de Medicina Algarve;* <sup>3</sup>*Citechare*

**Introdução:** A senescência associa-se a um declínio das funções executivas, bem como à ocorrência de transformações, potencialmente geradoras de estados de ansiedade. **Objetivo:** O presente estudo-piloto quase-experimental visa identificar a relação entre a ansiedade e o desempenho das habilidades de controlo inibitório e flexibilidade cognitiva pela população idosa institucionalizada, por meio da aplicação do Instrumento MATRIZ.

**Material e métodos:** Numa amostra composta por 7 idosos institucionalizados, avaliaram-se os níveis de stress (doseamento de cortisol salivar), antes e após a aplicação do Instrumento MATRIZ, bem como a condição cognitiva (Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens), o desempenho das habilidades executivas [Teste de Percepção de Diferenças (TPD) e *Trail Making Test*] e dados sociodemográficos e clínicos.

**Resultados:** Verificou-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre a concentração de cortisol salivar pré e pós-intervenção dos sujeitos. Não se observaram ainda diferenças significativas de desempenho nas atividades do Instrumento MATRIZ, entre os indivíduos com uma concentração de cortisol salivar pré-intervenção superior à mediana e os restantes elementos da amostra. Não se aferiram diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação média obtida em cada nível de dificuldade, da habilidade de controlo inibitório do Instrumento MATRIZ. No entanto, obteve-se correlação moderada entre a pontuação média obtida nestas tarefas e o índice de controlo de impulsividade do TPD.

**Discussão/Conclusão:** Neste sentido, embora os resultados não evidenciem a relação entre (i) a ansiedade e o desempenho das funções executivas pela população idosa institucionalizada, e entre (ii) a adequação dos níveis de dificuldade do instrumento MATRIZ, importa considerar a dimensão pouco representativa da amostra utilizada. Ressalva-se o potencial de utilização do instrumento MATRIZ, enquanto instrumento de avaliação das funções executivas.

## PD 30

**AValiação DA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS A REALIZAR RADIOTERAPIA**

Edna Darlene Rodrigues<sup>1</sup>; Alice Alves<sup>2</sup>; Fatima Aires<sup>2</sup>; Maria José Moura<sup>2</sup>; Elisabete Soares<sup>3</sup>; Paulo Almeida<sup>4</sup>; Escarlata López<sup>2</sup>; Laetitia Teixeira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/CINTESIS-AgeingC;* <sup>2</sup>*Serviço de Radioterapia, Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E, Porto;* <sup>3</sup>*Serviço de Radioterapia, Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E, Porto;* <sup>4</sup>*Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E, Porto;* <sup>5</sup>*Oncologia Radioterápica e Directora Médica GenesisCare, Madrid*

**Introdução:** O cancro afeta não só a saúde física, mas também a saúde mental, e um diagnóstico de cancro apresenta um impacto inegável na qualidade de vida (QoL). A QoL na situação de doença define-se como uma "percepção do doente sobre o impacto funcional da doença ou dos seus tratamentos", e deve ser considerado um dos resultados mais importantes do tratamento oncológico.

**Objetivos:** O objetivo principal do presente estudo foi avaliar a QoL (questionário EORTC-QLQ-ELD14) das pessoas com 70 ou mais anos de idade a realizar radioterapia.

**Material e métodos:** Excluíram-se os doentes com défice cognitivo identificados através do *Mini-Mental State*. As atividades de vida diária (AVD) foram avaliadas pela escala de Katz e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) através da escala de Lawton e Brody. Efetuou-se uma análise descritiva e avaliação da associação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde e a QoL. O nível de significância considerado foi de 0,05.

**Resultados:** Incluíram-se 202 pessoas idosas com mediana de idades de 74 anos (AIQ = 6), 138 homens (68.3%). A próstata constituiu a localização da neoplasia mais frequente (n = 82, 40.6%). As características que apresentaram maior impacto da doença oncológica na QoL incluíam: necessidade de cuidador (p = 0.010); ECOG 2/3 (p = 0.005); sexo feminino (p = 0.005); com tumores localizados na cabeça e pescoço ou pulmão (p < 0.001); com dependência nas AIVD (p = 0.024). As queixas articulares impactando a QoL associaram-se a: ECOG 2/3 (< 0.001); sexo feminino (< 0.001) ou excesso de peso (0.002). As dificuldades na mobilidade foram mais sentidas pelas pessoas com dependência nas AIVD (< 0.001) ou com idade mais

avançada (0.024). A preocupação com os outros foi mais evidente para as mulheres (0.007). A percepção de apoio familiar era reduzida para as pessoas com ECOG 2/3 (0.039) ou com dependência nas AIVD ( $p = 0.002$ ). Um reduzido propósito de vida associou-se a: ECOG 2/3 (0.003); sexo feminino (0.008) ou dependência nas AVD ( $p = 0.015$ ).

**Discussão/Conclusões:** Neste estudo foi possível avaliar a QoL de forma rápida e fiável. Verificou-se que os participantes com maior dependência funcional apresentam níveis inferiores de QoL. A avaliação da QoL permitiu identificar um padrão de dificuldades sentidas pela pessoa idosa com cancro a realizar tratamento de radioterapia. Esse padrão foi estabelecido com base em características facilmente avaliáveis no contexto dos cuidados oncológicos.

### PD 32

#### OTITE EXTERNA AGUDA COMPLICADA – RELATO DE CASO

Cláudia Álvares<sup>1</sup>; Inês S. Almeida<sup>1</sup>; Inês Vicente Osório<sup>1</sup>;  
Joana Andrade Glória<sup>1</sup>; Andreia Ramalho<sup>1</sup>; Filipe Pereira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Moliceiro

**Introdução:** A otite externa aguda refere-se à inflamação do canal auditivo externo (CAE), com duração inferior a 6 semanas. A causa mais comum é a infeção bacteriana, mais frequentemente por *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*. Os fatores de risco incluem natação, ambientes quentes e húmidos, uso de dispositivos auriculares, diabetes mellitus e imunossupressão. As complicações mais comuns são a celulite peri auricular e a otite externa maligna. A otite externa maligna, mais comum em idosos, é uma condição ameaçadora de vida e deve ser considerada quando há tecido de granulação no CAE, febre ou otite externa severa sem resposta a tratamento em 72h.

**Descrição do caso:** Mulher, 77 anos, reformada, inserida numa família nuclear no estágio VIII do ciclo de Duvall. Antecedentes pessoais relevantes: DM tipo 2 controlada, HTA, dislipidemia e osteoartrose da anca. Sem hábitos tabágicos ou toxicómanos, com consumo esporádico de álcool. Sem alergias conhecidas. Medicada com Metformina 850mg 2id, Azilsartan + Clortalidona 40 mg + 12,5 mg e Atorvastatina 40 mg. Recorreu a consulta aberta com queixas de calor e dor ligeira na hemiface direita, otalgia e diminuição da acuidade auditiva homolateral, com 2 dias de evolução. Negava prurido, otorreia, queixas auriculares à

esquerda, febre, vertigens, cefaleias, náuseas ou vômitos. Ao exame objetivo, placa eritematoedematosa de bordos bem delimitados na aurícula e região peri auricular direitas, associada a calor local, com dor à pressão do tragus, sem dor no processo da mastóide. À otoscopia, CAE direito eritematoso e edemaciado, com otorreia e obstrução do canal, sem tecido de granulação, membrana timpânica de difícil visualização. Foi assumido o diagnóstico de otite externa aguda à direita complicada com celulite peri auricular e instituída terapêutica com ofloxacina 5 gotas 2id e flucloxacilina 500 mg de 6/6 horas durante 7 dias, associada a deflazacorte 30 mg 2id durante 3 dias. Foi ainda recomendada evicção de fatores de risco e explicados os sinais alarme.

**Conclusão:** A otite externa aguda é uma doença comum gerida maioritariamente a nível dos cuidados de saúde primários. Especialmente em doentes idosos, diabéticos ou imunodeprimidos, é imprescindível excluir o diagnóstico de otite externa maligna como complicação, dado que implica avaliação urgente por otorrinolaringologia. Assim, este caso evidencia a relevância de uma cuidadosa anamnese e exame físico na deteção precoce de uma otite externa aguda complicada com celulite peri auricular, de modo a instituir o tratamento e recomendações adequados, alertando-se, também, para a potencial complicação fatal, a otite externa maligna.

### PD 33

#### PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO NA SÍNDROME DEMENCIAL: CASO CLÍNICO

Francisca Macedo Gomes<sup>1</sup>; Mafalda Macedo G.<sup>2</sup>;  
Francesco Monteleone<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ACES Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto - USF Serzedelo; <sup>2</sup>Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora; <sup>3</sup>Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

**Introdução:** Em Portugal, tem-se observado um incremento paulatino na prevalência da síndrome demencial. A literatura atual descreve que, para além do declínio cognitivo, característico do quadro, uma percentagem expressiva de pacientes apresenta alterações comportamentais e sintomas neuropsiquiátricos, designadamente a psicose, ao longo do curso da doença. A psicose tem por base uma explicação fisiopatológica sobre a interação entre os vários fatores biológicos, psicológicos, sociais/culturais e ambientais. Os sintomas neuropsiquiátricos podem

constituir o pródromo de síndrome demencial e podem ser o primeiro sinal de alerta para o contato com os cuidados de saúde. Destarte, propomos a descrição de caso clínico de um primeiro surto psicótico numa idosa sem antecedentes psiquiátricos com posterior diagnóstico de síndrome demencial como mote para a alusão a este tema.

**Descrição do caso:** Uma doente do sexo feminino de 86 anos foi trazida ao serviço de urgência por alteração do comportamento (isolamento, desorganização, delírio persecutório e atividade alucinatória) com um mês e meio de evolução. Não tinha doença mental prévia conhecida. Os exames complementares de diagnóstico foram inconclusivos. Ao longo do internamento, sobressaíram ainda défices mnésicos e deterioração cognitiva em áreas como a linguagem e função executiva, que inicialmente tinham passado despercebidos. A doente evoluiu favoravelmente, com remissão da sintomatologia psicótica. Face ao exposto, a doente foi diagnosticada com provável síndrome demencial como a causa desta deterioração cognitiva e sintomatologia psicótica.

**Conclusão:** Os episódios psicóticos em idosos representam um grande desafio tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, uma vez que podem estar relacionados a diversos fatores fisiopatológicos e entidades nosológicas com manifestações clínicas e abordagens terapêuticas específicas. Nesse contexto, é crucial identificar e tratar possíveis causas secundárias, tendo em vista que a psicose primária é um diagnóstico de exclusão. As intervenções ambientais e psicossociais são especialmente importantes no tratamento dos episódios psicóticos em idosos e devem ser combinadas, quando necessário, com o uso criterioso de psicofármacos. Importante destacar que os episódios psicóticos são raros em pacientes idosos sem história de doença psiquiátrica prévia. No entanto, a sua presença pode acelerar o declínio cognitivo característico da demência e estar associada a um prognóstico mais desfavorável. Tendo em vista a crescente prevalência de demência na população, é fundamental que os profissionais de saúde fiquem atentos ao surgimento de sintomas neuropsiquiátricos em idosos, que podem ser uma manifestação de uma síndrome demencial, mesmo em pacientes que ainda não receberam esse diagnóstico.

## PD 34

### RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA: SEMPRE!

Sónia Moreira<sup>1</sup>; Pedro Alves<sup>1</sup>; João Manuel Silva<sup>1</sup>; Sofia Seródio<sup>1</sup>; Cátia Santos<sup>1</sup>; Sandra Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Tâmega

**Enquadramento:** O prurido é uma queixa frequente na consulta de MGF. As suas causas podem ser classificadas: dermatológica (xerose, dermatite atópica, psoríase, urticária e infeções cutâneas), neurológica, psicogénica (depressão, ansiedade e parasitose delirante), sistémica (doença renal crónica, doença hepática, doenças hematológicas/linfoproliferativas e medicamentosa) e mista.

**Descrição do caso:** Homem de 81 anos, parcialmente dependente nas AVD's, com cuidadora contratada para o efeito. Orientado no tempo e espaço, alimentava-se sozinho, com francas dificuldades na deambulação por antecedentes de artrose da anca. No início de Novembro 2022, inicia quadro de prurido generalizado com feridas de coceira dispersas, sobretudo nos membros inferiores. Cuidadora tem intensificado a hidratação cutânea, mas sem qualquer alívio. Foi medicado com diferentes anti-histamínicos com melhoria parcial das queixas. Pela sua persistência foi solicitado estudo analítico com hemograma, função renal e hepática normais e sem evidência de colestase. No início de dezembro mantinha lesões eritematosas dispersas, escoriadas. Perante a dúvida de se tratar de escabiose, foi medicado com benzoato de benzilo. Não teve qualquer melhoria do quadro, tendo-se assumido, prurido psicogénico. Nesta ocasião medicou-se com quetiapina em doses crescentes, com alívio das queixas, sobretudo durante a noite. Em Janeiro de 2023, face à persistência do quadro foi solicitado à cuidadora que se dirigisse à unidade com as caixas de toda a medicação em curso. Verificamos que tinha os medicamentos separados por sacos de plástico, conforme a hora da toma. O utente estava a fazer a associação anti-HTA enalapril + lercanidipina 20 + 20mg e 20 + 10 mg de laboratórios diferentes ao pequeno-almoço e jantar, respetivamente. Nesta ocasião, suspenso o 20/10. Realizada teleconsulta uma semana depois, com resolução do quadro de prurido generalizado.

**Discussão/Conclusão:** A DGS recomenda que as instituições de saúde devam adotar uma abordagem sistemática para a reconciliação da medicação, acres-

centando ainda que a equipa de saúde deve assegurar que a reconciliação da medicação seja realizada nos pontos vulneráveis/críticos de transição de cuidados, nomeadamente na admissão e alta hospitalar e na transferência intra/inter instituições prestadoras de cuidados de saúde. Mas quando não há transferência entre cuidados, devemos fazê-lo com qual frequência? Este caso prova-nos que SEMPRE, sobretudo no utente polimedcado!

### PD 35

#### “O PODER DA ESTIMULAÇÃO INTERGERACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS”

Ana Ferreira<sup>1</sup>; Emílie Dos Santos<sup>1</sup>; Carolina Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residência Sénior Fátima Spa Club

O envelhecimento não é sinónimo de deterioração cognitiva afectiva e relacional. É preciso considerar a velhice como uma fase da vida privilegiada, repleta de realização pessoal, satisfação e prazer. A troca de conhecimentos entre diferentes gerações pode trazer benefícios tanto pessoais como sociais. No que diz respeito às relações intergeracionais entre idosos e crianças, esta interação pode ter um impacto positivo no bem-estar psicológico, na qualidade de vida, no nível de satisfação com a vida e na saúde percebida pelos idosos. O contato com pessoas mais novas pode proporcionar um sentimento de continuidade e esperança, dando um propósito à própria existência. Além disso, pode ser uma fonte de felicidade indescritível, bem como uma oportunidade para partilhar afeto, conhecimento e experiências. Neste contexto e na procura de estratégias de estimulação cognitiva, social e relacional a Residência Sénior Fátima Spa Club, ERPI pertencente ao sector privado, aliou-se à Casa da Criança, IPSS e criou o projeto intergeracional “Amizade para além da idade”. Os objetivos deste estudo são: 1) Perceber o efeito benefício das atividades intergeracionais na saúde mental dos idosos; 2) Comparar os resultados da escala de depressão geriátrica e a escala de solidão antes do início do projeto intergeracional e 6 meses após a interação frequente. População: 6 idosos + 6 crianças com 4 anos de idade do ensino pré-escolar. Duração do estudo: 7 meses. Foram aplicadas duas escalas no início do projeto e 6 meses depois: escala da solidão UCLA e EDG-15. Foi aplicado o Questionário das Atividades Intergeracionais (QAI) de Dellmann-Jenkins no final do projeto. Ao comparar os resultados das escalas ao final de 6

meses de interação com as crianças, verificou-se que: na EDG-15, todos os idosos apresentaram *scores* inferiores, embora metade deles se tenham mantido no mesmo grau de depressão; na escala de solidão da UCLA, todos mantiveram *score*>30, isto é, apresentaram sinais de solidão e desamparo, embora dois deles tenham reduzido o *score*. Quanto ao QAI, à questão “acha que as crianças lhe trazem mais alegria e satisfação?” todos os utentes responderam “muitas vezes”. Além disso, constatou-se que os idosos assumiram um papel mais ativo e participativo nas atividades propostas. É ainda de referir que dois destes idosos, que são habitualmente apáticos e pouco expressivos, sorriram e mostraram-se afetuosos por diversas vezes e, embora estes sejam resultados que não se traduzem através de escalas, permite verificar o poder da estimulação intergeracional. Após a análise dos resultados obtidos pode-se concluir haver benefício na saúde mental dos idosos com a prática de estimulação intergeracional. Assim, torna-se fundamental promover a partilha de conhecimentos entre idosos e restante comunidade, fomentando desta forma, por via de programas intergeracionais, uma dinâmica que leva ao bem-estar físico e psicológico dos idosos.

### PD 36

#### DESAFIOS DA FALTA DE MÉDICOS DE FAMÍLIA: UM OBSTÁCULO NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS EM ERPI'S

Emílie Dos Santos<sup>1</sup>; Carolina Rodrigues<sup>1</sup>; Ana Ferreira<sup>1</sup>; Renato Pombinho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residência Sénior Fátima Spa Club

No final do ano 2022, os dados da ACSS apresentados no Portal da Transparência do SNS dão conta de que na região de Lisboa e Vale do Tejo, a região mais crítica nesta matéria, o número de utentes inscritos é de 2.646.754, dos quais 138.582 não têm médico de família.

Estima-se que mais de 100.000 idosos vivem nos cerca de 3.500 lares existentes em Portugal. Com o aumento da idade média de vida, a complexidade destes idosos é crescente e a necessidade de seguimento por parte de profissionais de saúde impera. Médicos que prestam apoio a estas instituições, para além de não terem acesso ao histórico clínico completo do utente, não têm à sua disposição a prescrição de MCDT's imediatos, o que leva a uma tomada de decisões limitada. Em contexto de ERPI's, estes profissionais têm

uma função muito mais ampla do que a prescrição de terapêutica; urge a necessidade de ter uma rede de apoio aos clínicos das instituições, que permita a adequada assistência na saúde destes idosos. Com a atual falta de médicos de família, é essencial a permanência de clínicos em ERPI's com acesso aos sistemas de informação do SNS no que toca à partilha de dados, prescrição de MCDT's e encaminhamento dos utentes para consultas de especialidade, para garantir uma vigilância e assistência regular, por forma a evitar muitas vezes o transporte para o serviço de urgência. A Residência Sênior Fátima Spa Club é uma ERPI do concelho de Ourém, onde a falta de médicos de família atinge 13.044 utentes num total de 24.364 inscritos, ou seja, cerca de 54% da população inscrita. A ERPI pertence ao sector privado mas que colabora com vagas alocadas ao sector social, entre os quais, a Segurança Social e a SCML. Do total de 97 utentes institucionalizados, apenas 43 têm médico de família, o que se justifica com diferentes fatores: abandono das consultas periódicas nos centros de saúde; falha na renovação de médicos de família após reformas; ERPI acolhedora afastada da área de residência. Este conjunto de fatores contribui para diferentes constrangimentos socio-económicos e dificulta a continuidade de cuidados de saúde.

Em reflexão multidisciplinar, é redundante a ideia de que os recursos estão disponíveis, apesar de insuficientes, acrescentando-se a constatação de estarem subaproveitados e distribuídos de forma ineficiente.

Para colmatar esta realidade, as medidas que se impõem passam por: facilitar as inscrições provisórias de idosos nos Centros de Saúde locais da área da ERPI; aumentar a contratação de médicos de família; criação de um pólo dentro da UCSP que preste apoio às ERPI's do concelho; alargar a prescrição eletrónica para MCDT's aos idosos pelo médico da ERPI.

Numa altura em que se fala em sobrelotação das Urgências dos Hospitais públicos e na ruptura do SNS é importante que este desafio complexo inclua soluções integradas que abranjam a complexidade demográfica actual, melhorando os fluxos de trabalho que começam precisamente na comunidade.

## PD 37

### O PAPEL DO TREINO DE FORÇA NO TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE

David Moura<sup>1</sup>; Diana Rocha Oliveira<sup>1</sup>; Sara Ribeiro Silva<sup>1</sup>; Joana Ramalho<sup>1</sup>; Ana Isabel Romeiro<sup>1</sup>; Sofia Azevedo<sup>1</sup>; Pedro Cubelo Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

**Introdução:** A osteoporose (OP) é uma doença óssea metabólica que representa um problema de saúde pública major. A OP caracteriza-se pela diminuição progressiva da resistência óssea em consequências das alterações de densidade mineral e da qualidade ósseas. A sua principal complicação é o aumento do risco de fratura, nomeadamente as fraturas de fragilidade. O tratamento consiste em medidas farmacológicas e não farmacológicas.

**Objetivos:** Avaliar o benefício do treino de força nos doentes com osteoporose.

**Material e métodos:** Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados Pubmed e Cochrane, com os termos "Osteoporosis", "Resistance Training", "Elderly". Foram selecionados ensaios clínicos randomizados (ECR), meta-análises e revisões sistemáticas, realizados nos últimos 5 anos em Inglês. Dos 34 artigos obtidos, foram selecionados 11 após leitura dos *abstracts*.

**Resultados:** O ECR LIFTMOR (Watson *et al.*, 2018) demonstrou o aparecimento de alterações posturais benéficas e a ausência de um maior risco de fraturas vertebrais em mulheres, com mais de 60 anos, na pós-menopausa, com baixa densidade mineral óssea (*score T* < 1.0), após a realização de um programa de 8 meses de exercício de força de alta intensidade e de impacto (HiRIT). O ECR MEDEX-OP (Fischbacher *et al.*, 2021) demonstrou um efeito superior do HiRIT face ao treino de baixa intensidade na melhoria da densidade mineral óssea (DMO) da coluna lombar (CL), estatura, força muscular e *Performance* funcional, em mulheres na pós-menopausa com baixa DMO, e um efeito sinérgico da medicação antireabsortiva óssea com o HiRIT na diminuição do risco fraturário. (Stanghelle *et al.*, 2020) demonstrou num ECR evidência estatisticamente significativa, que após 12 semanas de um programa de treino de força e equilíbrio, numa população idosa do sexo feminino com OP e fraturas vertebrais, ocorrem melhorias ao nível do equilíbrio dinâmico, força muscular dos membros superiores e inferiores e diminuição do medo de quedas. (Shooja *et al.*, 2020)

demonstrou, numa revisão sistemática e metanálise evidência estatisticamente significativa de que o exercício de força dinâmico melhora a DMO do fémur, colo do fémur e da CL em mulheres na pós-menopausa, documentando alterações mais significativas na DMO do fémur e CL em treinos com baixa frequência (< 2 sessões/semana) e um efeito superior dos exercícios “free weight” face a exercícios com dispositivos, nas alterações de DMO do fémur. (Huang *et al.*,2019) demonstrou, em doentes de média idade e idosos com OP, uma relação positiva entre o treino dinâmico combinado (treino de força e aeróbico) em meio aquático e o aumento da contração isométrica voluntária máxima (CIVM) e taxa de produção de força no quadríceps.

**Conclusões:** O treino de força é uma intervenção não farmacológica benéfica no tratamento de doentes com osteoporose devido à sua influência na prevenção da perda de massa óssea e na diminuição do risco de quedas e fraturas.

### PD 38

#### ATAXIA NO IDOSO

Ana Margarida Sabino<sup>1</sup>; Filipa Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Santo André de Canidelo

**Introdução:** O doente idoso é um utente complexo, frequentemente com muitas comorbilidades. As alterações da marcha são muitas vezes desvalorizadas, inclusive pelo próprio. No entanto, o papel do Médico de Família é essencial na identificação de alterações do movimento que devem ser valorizadas e investigadas, pelo seu seguimento contínuo longitudinal.

**Descrição do caso:** Mulher de 79 anos, caucasiana. Como antecedentes pessoais apresenta HTA, excesso de peso, dislipidemia, síndrome vertiginosa, perturbação depressiva, gastrite crónica, prótese total do joelho esquerda, e histerectomia. Medicada habitualmente com Indapamida, 1.5 mg id; Beta-histina, 24 mg bid; Arterin id; Agomelatina, 25 mg id; Pantoprazol, 40 mg id; Calcifediol, 0.266 mg 1/mês; Bisoprolol, 2.5 mg ½ cp/dia; Cloxazolam, 2 mg id e Maxnesio cardio id. Como antecedentes familiares de relevo, refere que a sua mãe ficou acamada com uma idade avançada, mas não soube especificar o motivo. Foi observada em consulta programada em outubro de 2019, onde a sua Médica de Família reparou numa marcha com base alargada. Quando questionada, a utente associou a uma síndrome vertiginosa pela qual andava a ser seguida em ORL, de longa data. Posteriormente, desenvolveu uma

lentificação psicomotora, disgrafia e disartria. Associadamente, apresentou uma perda ponderal progressiva, de cerca de 20 kg, ao longo de 3 anos, correspondendo a 27% do seu peso corporal. A utente relacionava esta perda ponderal a uma dieta mais restritiva que estava a adotar desde essa altura. Ao ENS, apresentava uma ataxia com marcha de base alargada, discurso disártrico, dismetria apendicular e movimentos coreicos. Foi solicitada uma TC-cranioencefálica, que não tinha alterações de relevo. Assim, foi encaminhada para a consulta de Neurologia. Efetuou estudo genético, que foi compatível com Doença de Huntington.

**Conclusão:** O Médico de Família é uma peça essencial na avaliação do doente idoso, pela sua visão holística do seu utente, permitindo, neste caso, identificar alterações neurológicas desvalorizadas pela utente e pela sua família. Estamos perante um caso de uma Doença de Huntington de início tardio, uma doença genética familiar, que irá beneficiar da visão global de toda a família que o Médico de Família possui.

### PD 39

#### PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO DELIRIUM EM DOENTES HOSPITALIZADOS

Ana Salomé Pires<sup>1</sup>; Bianca Jesus<sup>1</sup>; Miguel Pires<sup>1</sup>; Salomé Mouta<sup>1</sup>; João Correia<sup>1</sup>; Sílvia Castro<sup>1</sup>; António Pissara<sup>1</sup>; João Mendes<sup>1</sup>; Diana Figueiredo<sup>1</sup>; Diana Cruz e Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

**Introdução:** O *Delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica comum em doentes hospitalizados, caracterizado por uma alteração aguda e flutuante do estado mental, que inclui confusão, desorientação, dificuldade de concentração e alterações comportamentais e que é ainda sub-diagnosticada. A prevalência em doentes hospitalizados varia, rondando 10-35% em enfermarias médicas, mas podendo atingir percentagens superiores sobretudo no período pós-operatório, em cuidados paliativos e no serviço de medicina intensiva especialmente em doentes ventilados. É uma das principais causas de morbidade e mortalidade, está associado a declínio cognitivo a longo prazo, aumento significativo no tempo de internamento hospitalar e dos custos de saúde.

**Objetivo:** Este estudo visa apresentar a informação existente sobre a prevenção de *Delirium* em doentes hospitalizados.

**Métodos:** Revisão não sistemática da literatura existente baseada na pesquisa na PubMed utilizando as seguintes palavras-chave em diferentes combinações: *Delirium*, prevenção primária, fatores de risco durante o mês de abril de 2023. Os resultados foram selecionados tendo em conta o grau de relevância.

**Resultados:** É estimado que o *Delirium* possa ser prevenido em 30-40% dos casos. A prevenção aumenta o bem-estar do doente e alivia o trabalho dos profissionais de saúde. Deve ser iniciada pela identificação de doentes em maior risco, seguida da implementação de medidas preventivas não farmacológicas. Os fatores de risco mais comuns incluem a idade avançada, antecedentes de demência ou depressão, polifarmácia, hospitalização prolongada, entre outros.

Estratégias, não farmacológicas e farmacológicas, têm demonstrado diminuir a incidência de *Delirium*, porém, a evidência científica ainda é insuficiente. As abordagens não farmacológicas como a estimulação cognitiva, física, diminuição da polifarmácia, mobilização precoce, promoção do sono, minimizar algaliação, controlo da dor, entre outros, são a principal estratégia na prevenção do *Delirium*.

Literatura recente demonstrou que a intervenção farmacológica também desempenha um papel significativo na prevenção do *Delirium*. Medicamentos como dexmedetomidina, haloperidol, olanzapina e donepezil, entre outros, foram sugeridos como opções farmacológicas para a prevenção do *Delirium*. Essa abordagem deve ser utilizada com cuidado para minimizar efeitos secundários e o comprometimento em outras áreas da saúde do utente.

**Conclusão:** A prevenção do *Delirium* é um desafio clínico complexo, requerendo uma abordagem multidisciplinar individualizada. A identificação e gestão precoce de fatores de risco, assim como a intervenção farmacológica e não farmacológica, devem ser considerados na prevenção do *Delirium* em pacientes hospitalizados. São necessários mais estudos que avaliem e compararem a eficácia das diferentes estratégias de prevenção em diferentes populações de doentes.

## PD 40

### OSTEOPOROSE EM PACIENTE ANORÉXICA – A IMPORTÂNCIA DOS FATORES DE RISCO OSTEOPORÓTICOS

Gina Gouveia<sup>1</sup>; Pedro Abreu<sup>2</sup>; Joana Leme<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP Proença-a-Nova; <sup>2</sup>Hospital Amato Lusitano

**Enquadramento:** A osteoporose caracteriza-se pela perda progressiva de massa óssea. Este fenómeno favorece a ocorrência de fraturas ósseas, sendo frequentemente consequência de traumatismos de baixa intensidade. Estas fraturas vão condicionar uma significativa morbidade e consequente perda de qualidade de vida. Perante achados imagiológicos de fraturas vertebrais, a avaliação inicial deve integrar o quadro clínico, achados do exame objetivo e realização de exames complementares de diagnóstico. A presença de determinados fatores de risco pode aumentar o grau de suspeição da presença de osteoporose (OP).

**Descrição do caso:** Utente do sexo feminino, 63 anos, reformada. Com antecedentes pessoais de depressão, cólon irritável, espondilite anquilosante e incontinência urinária. Seguida previamente em consulta de Psiquiatria por anorexia e depressão e, anteriormente, acompanhada em Medicina Interna (Doenças Autoimunes) pela doença inflamatória articular. Recorreu ao Serviço de Atendimento Permanente (SAP) por dor óssea generalizada e disfagia mista. Nesse contexto realizou endoscopia digestiva alta e trânsito esofágico com resultado normal tendo sido referenciada à consulta de Reumatologia pelo quadro algico. Ao exame objetivo apresentava um IMC 15Kg/m<sup>2</sup>; sem artrite/sinovite ou dactilite. Face a todos os fatores de risco presentes e após observação de radiografia da coluna vertebral foi estabelecido o diagnóstico de fratura vertebral (em provável contexto de osteoporose).

**Discussão:** Reporta-se um caso clínico de uma utente que contactei durante o estágio opcional de Reumatologia. Este, reflete a falta de estratégia de prevenção da osteoporose (OP), a nível dos Cuidados de Saúde Primários (mesmo quando vários fatores de risco eram presentes) e traduz também as possíveis e reais consequências nefastas que aquela pode acarretar. A colheita de uma história clínica sistematizada, com uma investigação minuciosa da presença de fatores de risco para a osteoporose e a realização de densitometria óssea e cálculo do risco de vir a sofrer fratura óssea (através da aplicação da ferramenta FRAX®)

são a chave para o diagnóstico definitivo. A valorização do quadro clínico global e um elevado índice de suspeição foram os requisitos indispensáveis para a orientação diagnóstica. Salienta-se assim a importância da prevenção da osteoporose a nível dos CSP e a necessidade de saber integrar os dados clínicos colhidos na realização da história clínica para um posterior tratamento adequado.

#### **PD 41**

### **O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA COMO FACILITADOR NA TOMADA DE DECISÕES DO DOENTE IDOSO EM FIM DE VIDA**

Marta Cunha<sup>1</sup>; Márcia Roda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Saúde da Camacha

**Introdução:** A prática de medicina paternalista tem caído em desuso dando lugar à decisão partilhada entre o doente e a equipa médica. No entanto, o modelo de decisão partilhada nem sempre é linear: o diagnóstico de doença oncológica em estadió avançado no idoso pode tornar-se um desafio. A família cuidadora que o acompanha, pode tentar protegê-lo, retirando-lhe autonomia. Por outro lado, a equipa médica multidisciplinar toma decisões tendo por base estudos científicos realizados em populações mais jovens ou menos frágeis. Nem sempre é feita a integração destes factos com as preferências e expectativas do doente.

**Descrição:** Sexo masculino, 73 anos, reformado, Ex-artesão, autónomo, reside com a esposa e a filha, tem como antecedentes pessoais: HTA, Dislipidemia, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Ex-fumador (35 UMA), Ex-alcoólico, para as quais se encontra medicado. Apresentou-se inicialmente no seu MF com queixas de anorexia, epigastralgia, dor no hipocôndrio esquerdo com irradiação dorsal de predomínio noturno, com cerca de 1 mês de evolução. Foi feita marcha diagnóstica, e durante a mesma houve agravamento das queixas álgicas, perda de peso e aparecimento de tosse com expectoração hemoptóica. Foi estabelecido o diagnóstico, em colaboração com a Pneumologia, de adenocarcinoma pulmonar, estadió IV. O doente manteve-se cognitivamente bem, com controlo da dor em ambulatório, mas agravamento da caquexia e menor autonomia. A filha assumiu-se como cuidadora principal, acompanhando-o em todas as consultas e decisões terapêuticas. Foi proposto radioterapia paliativa dirigida a lesões osteolíticas, o que implicava várias

deslocações do domicílio e realização de vários meios complementares de diagnóstico. A filha pediu consulta com o MF para partilhar questões inerentes a esta tomada de decisão. Tirando partido do conhecimento do seu utente e da sua vontade, o MF ao estar disponível para ouvir, acolher e responder dúvidas, possibilitou que este utente fosse novamente chamado à tomada de decisão, fazendo a sua vontade prevalecer sobre as decisões que já haviam sido tomadas. Após esta consulta com a filha, foram cancelados os tratamentos de radioterapia e exames já agendados. Dando primazia ao conforto e vontade deste utente o MF referenciou-o à equipa de cuidados paliativos.

**Conclusão:** O modelo de decisão médica partilhada pressupõe a troca de informação entre o médico e o doente, capacitando-o para uma tomada de decisão consciente, não descurando as suas diferenças e preferências individuais. O doente idoso diagnosticado com cancro tem tendencialmente preferência por tratamentos associados a maior conforto e menor morbidade, em detrimento de tempo de vida. No caso apresentado a intervenção do MF foi fundamental para que a escolha deste doente fosse respeitada.

#### **PD 42**

### **ISOLAMENTO SOCIAL E SOLIDÃO – REVISÃO DE INTERVENÇÕES NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA**

Mariana Braga<sup>1</sup>; Marta Portugal<sup>1</sup>; Mariana Mendes<sup>1</sup>;

Rebeca Hatherly<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Delta, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Os determinantes sociais de saúde têm-se destacado pelo papel importante na qualidade de vida das populações, com grande impacto na população geriátrica. Em Março de 2023 foi publicado um estudo de grande dimensão no J. Am. Coll. Cardiology, que mostra uma relação independente entre o isolamento social e a solidão, ambos associados a um aumento do risco de insuficiência cardíaca (IC), com destaque para o facto da associação entre o isolamento social e a IC ser potencialmente modificada pela solidão, com relevância para a distinção destas entidades. A par destes resultados, é hoje reconhecido o impacto negativo do isolamento social e da solidão noutras áreas, como o risco de doença mental e défice cognitivo.

Tendo em conta a preocupação crescente com esta problemática e a necessidade dos clínicos cada vez mais realizarem uma avaliação social dos seus idosos, realizando prescrições sociais sempre que necessá-



rias, esta revisão tem como objetivo identificar quais as intervenções com maior eficácia no combate ao isolamento social e à solidão.

Foram utilizados os termos MeSH “*Social Isolation*”; “*Loneliness*”; “*Aged*” e realizada pesquisa dos principais tipos de publicações, sem restrição temporal. Foram incluídos artigos dirigidos à população com mais de 65 anos, cujo objetivo fosse avaliar o impacto e/ou a eficácia das intervenções para combater o isolamento social e/ou a solidão. Optou-se pela exclusão de artigos dedicados apenas ao período da pandemia COVID-19 ou a grupos populacionais específicos. Foram encontrados 415 artigos, dos quais 81 foram selecionados para leitura pelo *abstract* e 47 para leitura na íntegra.

Apuraram-se diversas intervenções dirigidas ao combate do isolamento social e solidão, com destaque para o uso das tecnologias de informação e comunicação, nas suas diversas formas. São também comuns as intervenções focadas na prática de exercício físico; em aspetos psicológicos; dirigidas aos serviços sociais e ainda intervenções que pretendem promover o desenvolvimento de competências pessoais. Muitas intervenções, como a integração do idoso em grupos, pretendem promover o estabelecimento de novas relações sociais (*befriending*).

Apesar das várias intervenções descritas mostrarem na generalidade alguma eficácia, os resultados são maioritariamente inconsistentes e de baixo grau de evidência. Verifica-se que a eficácia das intervenções se deve em grande parte ao seu grau de personalização, pelo que se conclui que as intervenções mais eficazes são dirigidas ao indivíduo no seu contexto pessoal e social.

## PD 43

### A IMPORTÂNCIA DO ESTADO NUTRICIONAL NA PESSOA IDOSA

Elisabete Vinhas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Aces Baixo Vouga

**Introdução:** A relação entre envelhecimento e nutrição é indiscutível. Quando uma pessoa mantém hábitos saudáveis constantes ao longo da vida, previne o aparecimento de patologias e envelhece com saúde. O envelhecimento é um processo complexo, caracterizado por modificações morfológicas, psicológicas e funcionais que influenciam a nutrição e alimentação das pessoas. A população idosa é propensa a deficiências nutricionais, especialmente em situações

de stress ou doença. A polimedicação também pode influenciar a ingestão, a digestão e a absorção de nutrientes, aumentando o risco de desnutrição.

**Objetivos:** Demonstrar a importância do estado nutricional no idoso e compreender quais as consequências da malnutrição.

**Método:** Revisão bibliográfica.

**Resultados:** Nos países em desenvolvimento, o envelhecimento da população é uma realidade que traz grandes desafios para a sociedade. Os principais motivos para a malnutrição dos idosos são a perda da autonomia na aquisição, no preparo e no alimentar-se perda de apetite; dificuldade de mastigação, uso de prótese dentária ou problemas digestivos. A malnutrição/desnutrição no idoso, tem consequências, como alterações da função muscular, originando perda progressiva da mobilidade e funcionalidade associadas à diminuição da massa e força muscular; diminuição da massa óssea, fator prevalente para a ocorrência de fraturas, associada a alterações do equilíbrio, problemas de visão que aumentam o risco de queda; disfunção do sistema imunitário; anemia; alterações cognitivas e dificuldades na cicatrização.

**Discussão/Conclusão:** A desnutrição no idoso é muitas vezes subdiagnosticada, por se confundir com sinais de envelhecimento, pelo que o seu reconhecimento precoce é fundamental, com benefícios na saúde e na economia. No idoso, um estado nutricional inadequado contribui para o aumento da incapacidade física, da morbidade e mortalidade, condicionando a qualidade de vida. O risco de patologias associadas ao envelhecimento pode ser minimizado com uma intervenção adequada ao nível dos estilos de vida, alimentação e atividade física. Só assim se conseguirá um envelhecimento ativo. A intervenção nesta área deve realizar-se por uma equipa multiprofissional, com os cuidadores. O despiste atempado da desnutrição no idoso constitui a medida mais eficaz na prevenção de complicações.

**Referências bibliográficas:**

Associação Portuguesa dos Nutricionistas, (2013). Alimentação no Ciclo de Vida- Alimentação na pessoa idosa. Coleção E-books APN | N.º 31. [www.apn.org.pt](http://www.apn.org.pt).

CAMPOS, M. *et al.* (dezembro, 2020). Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev. Nutr.* 13 3. <https://www.scielo.br/j/rn/a/QJmdTgcwFkDt74cxPH5BNwc/?lang=pt>.

DUARTE, I. (março, 2017). DESNUTRIÇÃO NO IDOSO. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/82496/1/Tese%20de%20Mestrado%20Desnutricao%20no%20Idoso%20Idenia%20Duarte...pdf>.

#### PD 44

### REVISÃO DE TEMA "PRESBIFAGIA: UM PROCESSO NATURAL SUBVALORIZADO" ?

Andreia Oliveira<sup>1</sup>; Nuno Estradas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

**Introdução:** A população idosa está a aumentar rapidamente pelo que é importante conhecer as alterações fisiológicas próprias dessa idade. Dentro destas temos alterações de deglutição como a presbifagia que está associada ao processo de envelhecimento e é caracterizada pelo enfraquecimento dos músculos orofaríngeos e pela disfunção sensorial que afeta a deglutição e a habilidade de diferenciar os sabores. Esta alteração leva a que os idosos fiquem mais propensos a quadros de disfagia, sendo a mais frequente a orofaríngea. A disfagia orofaríngea consiste na dificuldade em transferir o bolo alimentar da boca para o esófago com graves consequências como Pneumonia de aspiração, desidratação, malnutrição e redução da qualidade vida. É normalmente causada por Acidentes Vasculares Cerebrais e por doenças neurológicas progressivas como o Parkinson ou Demência. O estudo da deglutição pode realizar-se por Videofluoroscopia ou por Videoendoscopia.

**Objetivos:** Realizar uma revisão da literatura sobre Presbifagia.

**Material e métodos:** Pesquisa de artigos na base de dados Pubmed e ClinalKey entre 2018 e 2023 em Inglês.

**Resultados:** A presbifagia é caracterizada por perda de massa e função muscular, redução da elasticidade dos tecidos, alterações da coluna cervical, redução da produção de saliva, mau estado dentário, redução da sensibilidade faríngea, função olfativa e gustativa reduzida e capacidade cerebral compensatória diminuída que aumentam a suscetibilidade de alterações na deglutição. A maioria das características que estão relacionadas com a disfagia orofaríngea não são causadas apenas pela idade, mas sim pela junção da idade e doença. Alguns autores consideram que na presbifagia ocorrem compensações espontâneas na deglutição de forma a preservar a função da deglutição. A presbifagia pode ser considerada um fenómeno distinto das alterações patológicas da deglutição observadas em indivíduos com disfagia.

**Discussão/Conclusão:** Apesar da prevalência das alterações da deglutição ser maior na população idosa,

a idade não pode ser considerada por si só causa de disfagia, uma vez que o impacto da idade na deglutição ainda não é bem conhecido, pelo que será necessária a realização de mais estudos. Apesar disso, quando se identificam alterações na deglutição, a abordagem deve ser multidisciplinar entre médico, enfermeiro e terapeuta da fala de forma a orientar o doente relativamente a ajustes posturais, ensinamentos de manobras de deglutição e modificações na dieta de forma a manter uma deglutição segura e eficaz nos nossos idosos de forma a prevenir infeções e desnutrição.

#### PD 45

### O LÍLIO NO TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR EM IDOSOS – O BOM OU O VILÃO?

Bianca Jesus<sup>1</sup>; Carlos Pestana<sup>2</sup>; Isabel Soares<sup>1</sup>; Ana Pires<sup>1</sup>; Miguel Pires<sup>1</sup>; Salomé Mouta<sup>1</sup>; Sílvia Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.; <sup>2</sup>Unidade de Saúde da Ilha Terceira

**Introdução:** Com o aumento da esperança média de vida, a perturbação afetiva bipolar (PAB) já não é uma doença rara no idoso. No entanto, há poucos estudos sobre a PAB na população idosa, o que conduz a lacunas no conhecimento clínico e no tratamento.

**Objetivos:** Realização de uma revisão bibliográfica sobre os efeitos colaterais associados à utilização do lítio no tratamento da PAB em pessoas mais velhas e quais as comorbilidades orgânicas associadas a este tratamento.

**Material e métodos:** Pesquisa nas bases de dados da PubMed e B-on, com os termos MESH “*Bipolar Disorder*”, “*Elderly*”, “*Geriatric*”, “*Lithium*”, “*Treatment*”, “*Dementia*”, sem limitação temporal e no tipo de estudo.

**Resultados:** Os efeitos secundários negativos do lítio podem ser divididos de acordo com órgãos e sistemas afetados como: renal, gastrointestinal, neurológico, tireoideu, metabólico, cognitivo, dermatológico, cardíaco e sexual. Alguns destes efeitos podem surgir no período inicial do tratamento e outros podem reduzir durante o tratamento prolongado. O seu mecanismo de neurotoxicidade ainda é pouco compreendido e por vezes pode ocorrer com concentrações de lítio em níveis terapêuticos. A relação entre a dose e os efeitos adversos permanece indefinida. A toxicidade do lítio divide-se em aguda, aguda a crónica e crónica. Evidências recentes sugerem a existência de efeitos

benéficos associados ao tratamento de longo prazo com lítio, nomeadamente um efeito anti-suicida, anti-demencial e anti-viral. As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento condicionam alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, que tornam os doentes idosos mais vulneráveis aos efeitos colaterais dos fármacos, com maior potencial de exacerbação das suas condições médicas e maior risco de desenvolverem *Delirium* devido ao tratamento com lítio. Além disso, é necessário ter em conta as interações medicamentosas do lítio. Em caso de delírium ou de suspeita de intoxicação por lítio, são essenciais uma anamnese cuidada, uma revisão da medicação crónica e a investigação detalhada das possíveis etiologias, a fim de evitar danos neurológicos irreversíveis, reduzir o risco de fatalidades, melhorar o prognóstico e proporcionar uma reabilitação adequada do doente idoso. **Discussão/Conclusões:** A PAB consiste numa patologia complexa que afeta o humor, a cognição e várias áreas do funcionamento cerebral. É essencial a educação dos doentes e das suas famílias sobre os sinais e sintomas prodromáticos de intoxicação por lítio e a importância da sua identificação e intervenção precoces, para um melhor prognóstico clínico.

#### PD 46

### 3 EM 1 – UM CASO DE HERPES ZOSTER, HELICOBACTER PYLORI E LINFOMA DE MALT

Teresa Pipa<sup>1</sup>; Carla Moreira<sup>1</sup>; Carolina Varela Rodrigues<sup>1</sup>; Filipe Guerra Fernandes<sup>1</sup>; Fernando Albuquerque<sup>1</sup>; Teresa Melanda<sup>1</sup>; Daniela Novais de Azevedo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Lusitana, ACES Dão Lafões

**Introdução:** A incidência do *herpes zoster* é influenciada pelo estado imunitário do hospedeiro, pela imunossenescência relacionada com a idade, pelo imunocomprometimento relacionado com a doença ou pela imunossupressão iatrogénica. A idade é o principal fator de risco para 90% dos casos de *herpes zoster* em adultos. O linfoma de tecido linfóide associado à mucosa (MALT) é categorizado como linfoma indolente ou linfoma de células B de baixo grau; porém, pode ocorrer transformação histológica de alto grau. A idade média de apresentação é aos 61 anos. O estômago é o órgão mais frequentemente envolvido, e na maioria dos casos (90%), há uma forte associação entre o linfoma de Malt e a infecção crónica por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

**Descrição do caso:** Homem de 71 anos, reformado,

com antecedentes pessoais de Hipertensão arterial, Hiperplasia Benigna da Próstata e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Medicação crónica: Ramipril + Amlodipina 5mg/5mg + Solifenacina 5mg, Finasterida 5mg, Tansulosina 0,4mg, Budesonida+Formoterol 160/4,5mg em SOS. Em fevereiro de 2022, procurou o Serviço de Urgência por apresentar dor abdominal e obstipação, sendo realizado enema de limpeza. Na mesma altura, desenvolveu vesículas vermelhas na região dorsal direita, associadas a sensação de calor e formigueiro, sendo diagnosticado com *herpes zoster* e medicado com Valaciclovir 100mg, 7 dias e Gabapentina 100mg. Veio a consulta de Saúde de Adultos nesse mesmo mês com manutenção de queixas de dor abdominal e obstipação com emissão de gases e de fezes escassas com muco. Foi solicitada endoscopia digestiva alta (EDA), colonoscopia e TAC abdominal. No mês seguinte volta à consulta com queixas de sensação de queimadura no local onde teve as lesões de zona e trouxe os resultados dos exames solicitados. A EDA revelou mucosa erosionada e edemaciada no estômago, e foi feita biópsia. A análise da biópsia mostrou que o paciente estava infectado com *H. pylori* e o estudo imuno-histoquímico revelou alterações morfológicas sugestivas de Linfoma Malt. Foi prescrito o esquema de erradicação de *H. pylori* com Pylera<sup>®</sup> + Omeprazol e enviado AlertP1 urgente ao serviço de Hemato-Oncologia do hospital de referência.

**Conclusão:** A reativação do vírus da varicela zoster poderá ser um sinal de alarme para outra patologia subjacente, neste caso o linfoma de Malt gástrico, *H. pylori* positivo. O tratamento dirigido à erradicação de *H. pylori* é a terapêutica de eleição para a maioria dos pacientes com linfoma de Malt, que muitas vezes resulta na regressão da doença. É importante lembrar que a idade avançada é um importante fator de risco para o *herpes zoster* e também para o desenvolvimento de linfoma de Malt e que os médicos devem estar atentos a possíveis complicações em pacientes com estas condições.

**PD 47****QUANDO A DOENÇA ENVELHECE: ESTUDO DE CASO DE UMA PACIENTE COM PSICOSE E IRREVERÊNCIA CULTURAL**

Débora Silves Ferreira<sup>1</sup>; Vanessa Manjate<sup>1</sup>;  
Antônio Pacheco Palha<sup>1</sup>; Nelson Almeida<sup>1</sup>; Sonia Ramos<sup>2</sup>;  
Sara Oliveira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira; <sup>3</sup>Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

**Resumo:** A Esquizofrenia é uma doença mental grave e crônica que geralmente surge no final da adolescência ou início da idade adulta, apresentando sintomas como delírios, alucinações, desorganização do pensamento e comportamento. Por outro lado, a Perturbação da Personalidade Esquizoide é caracterizada por uma falta de interesse em relacionamentos sociais e limitações na expressão emocional em situações sociais, levando a dificuldades interpessoais devido à apatia. Ao contrário da Esquizofrenia, a Perturbação da Personalidade Esquizoide não está associada à psicose. Ambas as patologias exigem cuidados de saúde especializados, incluindo medicamentos antipsicóticos, psicoterapia e assistência psicossocial. É inegável o impacto destas patologias no processo do envelhecimento. Este trabalho apresenta como objetivo um estudo de caso de uma utente idosa, originária de uma aldeia portuguesa altamente tradicional, com notável ausência de ressonância emocional, que entretanto envelheceu com padrões interculturais excêntricos.

**PD 48****DEMÊNCIA FRONTOTEMPORAL VERSUS SÍNDROME DE KLÜVER-BUCY: COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS**

Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa<sup>1</sup>; Vitor Santos<sup>1</sup>;  
Zoé Correia de Sá<sup>1</sup>; Teresa Carvalhão<sup>1</sup>; Silvina Fontes<sup>1</sup>;  
Joana Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

**Introdução:** A demência frontotemporal (DFT) e a síndrome de Klüver-Bucy (SKB) são doenças neurológicas raras que afetam as funções cognitivas, comportamentais e emocionais dos pacientes. Ambas as condições apresentam sintomas neuropsiquiátricos significativos, como alterações de humor, desinibição social, comportamentos compulsivos e dificuldades de comunicação. No entanto, a DFT e a SKB possuem

características distintas e podem ser diferenciadas através de avaliações clínicas e de imagem cerebral. Assim, compreender as diferenças nos sintomas neuropsiquiátricos apresentados é fundamental para um diagnóstico preciso, orientação e tratamento eficaz. Os autores pretendem, através da exposição de um caso clínico, explorar as diferenças nos sintomas neuropsiquiátricos e destacar a importância de um diagnóstico diferencial preciso entre a DFT e a SKB.

**Descrição do caso:** Homem de 67 anos é internado para avaliação neurológica devido a mudanças de comportamento. Apura-se um comportamento impróprio em público, roubando os vizinhos, nomeadamente roupa do estendal e objetos, e consumo excessivo de álcool. Já observado e medicado por psiquiatria mas com manutenção dos comportamentos. Na avaliação, observa-se que o doente apresenta dificuldades em compreender questões abstratas, bem como alterações na sua capacidade de planeamento e tomada de decisões. Associadamente é notória uma incapacidade no controlo de impulsos, com comportamentos inapropriados em situações sociais. Perante o quadro clínico, foi levantada a suspeita de uma DFT. No entanto, durante o internamento foi possível observar outros sintomas como: hiperoralidade, com aumento do apetite, tendo inclusive bebido shampo; bem como se confirmou o roubo de objetos, tanto itens de valor, como itens inúteis como, papel, roupa e calçado. A perda de memória foi também um sintoma presente. Os exames neurológicos revelaram uma atrofia bilateral do lobo temporal, consistente com a síndrome de Klüver-Bucy e o tratamento envolveu o uso de medicação para controlo comportamental.

**Conclusão:** A DFT e o SKB podem ser confundidos devido à sobreposição dos sintomas neuropsiquiátricos apresentados pelos doentes. No entanto, e embora os sintomas sejam semelhantes, a causa subjacente é diferente, o que pode influenciar o tratamento e a gestão da condição. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde estejam devidamente informados sobre as diferenças entre estas duas condições de forma a garantir uma orientação adequada. Além disso, é importante que haja um esforço contínuo de consciencialização da sociedade pois o estigma social pode ser um obstáculo para os doentes e suas famílias, dificultando o acesso a tratamentos adequados e ao suporte emocional necessário.

**PD 49****TRATAMENTO DA DOR NEUROPÁTICA DO IDOSO COM CAPSAÍCINA 8%: A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE DOR**Joana Veiga Torres<sup>1</sup>; Elsa Oliveira<sup>1</sup>; Raquel Maia<sup>1</sup>;Maria Soares<sup>1</sup>; Luís Agualusa<sup>1</sup><sup>1</sup>Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

**Introdução:** A dor neuropática surge como resultado direto de uma lesão ou doença que afeta o sistema nervoso somatossensorial, podendo levar à perda de função sensorial, bem como ao aumento da sensibilidade à dor. Pelo aumento de comorbilidades associadas ao envelhecimento, a dor neuropática torna-se mais prevalente no idoso e encontra-se frequentemente subdiagnosticada e subtratada. É muitas vezes persistente e difícil de tratar, com elevado impacto na qualidade de vida. A capsaicina é um agonista altamente seletivo do recetor TRPV1. Quando expostos à capsaicina, os nociceptores cutâneos tornam-se menos sensíveis a diversos estímulos, ocorrendo dessensibilização, com o objetivo de reduzir a intensidade da dor. O tratamento com capsaicina tópica a 8% em contexto de Unidades de Dor está aprovada para o tratamento da dor neuropática periférica em adultos, isoladamente ou em associação com outros fármacos. **Objetivos:** Avaliar a experiência da nossa Unidade de Dor no tratamento com Capsaicina 8% na dor neuropática periférica do idoso,

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de todos os doentes com idade igual ou superior a 65 anos tratados com Capsaicina 8% entre 2020 e 2022.

**Resultados:** Ao longo de 3 anos foram tratados 16 idosos, com várias causas de dor neuropática periférica, nomeadamente: neuropatia por quimioterapia 5, nevralgia pós-herpética 4, pós-cirurgia 3, pós-trauma 1, neuropatia diabética 1, pós-Covid19 1 e sarcoideose 1. A idade média foi 74 anos [65-86] e 60% dos doentes eram do sexo feminino. Após o tratamento, 75% tiveram uma melhoria significativa da intensidade da dor (redução de > 3 pontos na Escala Numérica) e 69% autoavaliou o seu tratamento como satisfatório. Foram descritos 3 casos de ligeiro rubor cutâneo no local de aplicação e 1 caso de subida da tensão arterial auto-limitado.

**Discussão/Conclusões:** O tratamento da dor neuropática é particularmente desafiante nos idosos, devendo idealmente ser multidisciplinar. As comorbilidades e

polifarmácia limitam muitas vezes a escalada de terapêuticas sistémicas. A aplicação tópica de Capsaicina 8% demonstrou ser eficaz na redução significativa da dor na maioria dos nossos doentes idosos, com elevada satisfação. Por ser de uso tópico, não tem interações com outros fármacos e os principais efeitos secundários são localizados e auto-limitados, o que a torna uma alternativa segura e eficaz na abordagem destes doentes.

**Referências:**

- 1) Giovannini S. *et al.* Neuropathic Pain in the *Elderly*. *Diagnostics* (Basel). 2021 Apr; 114: 613.2500.
- 2) Wagner T. *et al.* The capsaicin 8% patch for neuropathic pain in clinical practice: a retrospective analysis. *Pain Med.* 2013 Aug;14(8):1202-11.

**PD 51****PREVENÇÃO DE QUEDAS**Susana Margarida Meneses Couto<sup>1</sup>; Rui Barbosa<sup>1</sup><sup>1</sup>USF Freamunde

**Introdução:** As quedas, provocam lesões, falta de confiança, perda de independência e aumento da mortalidade. Afetam família e cuidadores. Tem-se debatido a importância da participação de idosos em programas de prevenção de quedas. Em Portugal a norma 016/2012 aborda a prevenção de quedas e destina-se a todos os profissionais de saúde. Já a norma 008/2019 utilizada para a prevenção de quedas destina-se a nível hospitalar.

Torna-se importante saber como prevenir as quedas junto da população frequentadora dos cuidados de saúde primários, que ainda não tiveram nenhuma queda, ou que por sua vez tiveram uma queda no domicílio, sem lesão associada e muitas das vezes encoberta pelo próprio idoso.

**Objetivo:** Compilar a informação existente, em *Guidelines* internacionais e nacionais, sobre o assunto, de modo a inferirmos o que podemos aplicar na nossa prática clínica e qual o nível de evidência das diferentes abordagens.

**Métodos:** Pesquisa de *Guidelines* nacionais e internacionais. Adicionalmente, foi realizada uma pesquisa na PUBMED entre 2019 e 2023 com as seguintes palavras MESH “Accidental Falls” and “Primary Prevention”.

**Discussão:** As *Guidelines* demonstram que a história de quedas é um forte preditor de queda. As histórias de quedas em conjunto com os testes funcionaisaju-

dam-nos a estratificar o risco de queda. O Timed Up and Go e o GAIT Speed são os testes com maior evidência. A intervenção preconizada varia consoante o risco. Existem muitos pareceres relativos a exercícios recomendados. Os exercícios com maior evidência são praticados com o TAI-CHI. Contudo, este não é acessível a grande parte da população. A intervenção multifatorial tem evidência díspar. Os consensos internacionais são unânimes na recomendação de medidas relacionadas com prescrição, avaliação cardiovascular e avaliação do domicílio, com consequente modificação. Todas estas medidas são o alvo da intervenção da Medicina Geral e Familiar.

**Conclusão:** São várias as medidas que podem ser levadas a cabo pela Medicina Geral e Familiar, na prevenção de quedas. Os idosos podem nunca ter tido uma admissão hospitalar por queda, pelo que o único contacto com os profissionais de saúde, pode ser com o seu médico e/ou enfermeiro de família. As medidas que se têm tornado mais eficazes nos doentes com risco de queda, são o foco da intervenção da Medicina Geral e Familiar, pelo que estes profissionais devem estar sensibilizados para esta problemática.

## PD 52

### DOR CRÓNICA, DEPRESSÃO E IDEACÃO SUICIDA NO IDOSO: UMA REVISÃO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Luísa Cardoso<sup>1</sup>; Ana Lúcia Ramos<sup>1</sup>; Márcia Mota<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introdução:** A par do crescimento exponencial da população idosa a nível global, estima-se que o índice de envelhecimento em Portugal duplique até 2080. A taxa de suicídio é particularmente elevada nesta faixa etária, em especial no sexo masculino. Independentemente da ideação suicida, a perturbação depressiva major é um fator de risco, sendo a perturbação mental mais prevalente no idoso, bem como a dor crónica, que por sua vez aumenta significativamente o risco de depressão. Com a apresentação deste caso clínico, pretende-se ilustrar o impacto da associação entre estas duas entidades e do risco suicidário a elas inerente, elaborando uma breve revisão sobre o tema.

**Descrição do caso:** Doente do sexo masculino, de 82 anos, casado, autónomo e cognitivamente preservado, sem antecedentes psiquiátricos, foi admitido no Serviço de Urgência após tentativa de suicídio com arma branca, da qual resultaram feridas sangrantes

no pescoço e no tórax. O doente tinha iniciado, nos últimos dois anos, queixas álgicas localizadas na região inguinal esquerda, de elevada intensidade e frequência diária, o que motivou diagnóstico de hérnia inguinal, à qual foi intervenção. No entanto, manteve dor persistente, sem identificação de causa estrutural. Neste contexto, desenvolveu quadro de evolução progressiva pautado por tristeza profunda, abulia, tendência ao isolamento e anedonia, em associação com sentimentos de desesperança. Descrevia agravamento acentuado do quadro álgico desde o início da sintomatologia depressiva, o que terá levado à instalação gradual de ideação suicida, que culminou no episódio supracitado. Estaria medicado desde há um mês com sertralina e já tinha sido medicado com vários esquemas de analgesia, sem melhoria sintomática. Durante o internamento em Psiquiatria, implementou-se uma abordagem terapêutica combinada de medidas farmacológicas e psicoterapêuticas. Em associação com o switch de sertralina para duloxetine, foi pedida colaboração de Anestesiologia, para otimização da terapêutica analgésica. Simultaneamente, realizaram-se intervenções psicoeducativas, reforçando-se a importância da estruturação de rotinas e do envolvimento do doente em atividades ocupacionais com vista a uma atenção desviada das queixas álgicas. Verificou-se um eficaz controlo da dor, gradual eutimização do humor e esbatimento da ideação suicida, com projeção no futuro.

**Conclusão:** A gestão e o tratamento da dor crónica em idosos com perturbação depressiva constituem um desafio. Este caso clínico permite-nos alertar para a importância de uma abordagem multidisciplinar, com vista a uma intervenção precoce, segura e eficaz, que pode ser lifesaving.

## PD 54

### PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO – O FOCO NAS VISITAS DOMICILIARES

Gabriela Lopez<sup>1</sup>; Claudia Silva<sup>1</sup>; Catarina Monteiro<sup>1</sup>; Cremilda Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Usf Carolina Beatriz Angelo

**Introdução:** A *World Health Organization* (WHO) define queda como “um apoio não intencional no solo, chão ou outro nível inferior”. Globalmente, as quedas são um importante problema de saúde pública e estima-se que 684.000 quedas fatais ocorram por ano. As estratégias de prevenção devem enfatizar a educação, a

criação de ambientes mais seguros (WHO-*Falls* 2021)  
**Objetivo:** Identificar os fatores de risco sociodemográficos, clínicos e ambientais para quedas do idoso no domicílio, através das visitas domiciliares da equipa médica da Unidade de Saúde Familiar (USF)

**Metodologia:** Estudo descritivo, com uma amostra de 25 utentes idosos com agendamento de visita domiciliar. Os dados sociodemográficos foram obtidos do SCLinico®, no domicílio foi preenchido o questionário adaptado da Avaliação da Segurança em Casa de Jefferson Area *Board for Aging*, a escala de Barthel para avaliar o grau de dependência e a Escala de Morse para avaliar o risco de queda. A análise dos dados foi efetuada no Microsoft Excel 2022.

**Resultados:** Participaram 25 idosos, com idades compreendidas entre 64 e 86 anos, 32% do sexo masculino e 68% do sexo feminino. Relativamente à medicação, 44% estão polimedicados com mais de 5 fármacos e 56% usam menos de 4 fármacos. As patologias mais frequentemente apresentadas foram: DM 45%, HTA 35%, perturbações do sono 8%, Alzheimer 4%, alterações da visão 85%, alterações da audição 15%. Na medicação habitual destaca-se o uso de anti hipertensores 35%, diuréticos 15%, ADO 45%, hipnóticos e sedativos 8%. Encontrou-se que 44% apresentavam dificuldade ou limitação para a deambulação, dos quais 63% usam bengala, 9% andarião e 18% cadeira de rodas. 16% tinham apresentado 1 episódio de quedas, dos quais 75% foi na cozinha e 25% no quintal, 1 deles com fratura exposta no Membro inferior. Relativamente à Escala de Barthel 29% apresentavam algum grau de dependência e quanto à Escala de Morse 36% apresentaram risco baixo e 32% risco alto para quedas. Relativamente à habitação, nenhuma conta com luz de presença ou luz de emergência nos quartos, sala ou cozinha. Encontrou-se tapetes ao pé da cama em 91% dos quartos. Quanto as casas de banho: 16% dispõem de barras de segurança no chuveiro, 48% conta com assento dentro do chuveiro, e só 12% têm piso antiderrapante. Relativamente à sala, só 2 casas dispõem de apoios laterais nas cadeiras, e 2 tem fios elétricos soltos. No que se refere à cozinha, em 60% os armários são muito altos, só 12% têm piso antiderrapante e 50% têm tapetes no chão. Por fim 30% os idosos apresentam dificuldade em subir ou descer escadas, só 48% das habitações possuem corrimão.

**Conclusão:** As visitas domiciliárias do idoso por parte da equipa médica, representam uma oportunidade

importante de intervenção para a sensibilização do idoso e do cuidador na minimização do risco de quedas. A avaliação e determinação dos fatores de risco, permitirão desenvolver estratégias a nível individual, familiar e comunitário.

## PD 55

### ISGLT2 E O SEU EFEITO NA DESIDRATAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA – REVISÃO DE TEMA

Jeni Vicente<sup>1</sup>; Pedro Vasconcelos<sup>1</sup>; Inês Santos<sup>1</sup>;  
Renata Costa<sup>1</sup>; Mónica Mota<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP S. Pedro do Sul

**Introdução:** Os inibidores do co-transportador de sódio-glucose 2 (iSGLT2) têm mudado o panorama no tratamento da Diabetes tipo 2 e não só. Além da eficácia na redução da glicemia e das complicações da Diabetes, têm demonstrado benefícios cardiovasculares e renais, independentemente do diagnóstico da Diabetes. Tanto o efeito osmótico da glicosúria como a natriurese contribuem para o efeito diurético dos iSGLT2 e consequente diminuição do volume plasmático. A utilização de iSGLT2 tem aumentado também na população idosa. Tendo em conta as alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento e não só, poderão associar-se a um risco acrescido de iatrogenia.

**Objetivos:** Pretendemos esclarecer se a utilização de iSGLT2 na população idosa pode levar ao aparecimento ou agravamento da desidratação.

**Material e métodos:** Revisão narrativa baseada em pesquisa bibliográfica na base de dados Medline com interface Pubmed e Google Scholar. Janela temporal de 2013 a 2023, restrita a artigos em português e inglês. Os termos MeSH foram “*sodium-glucose transporter 2 inhibitors*” e “*dehydration*”, filtro em humanos e idade  $\geq 65$  anos.

**Resultados:** Obtivemos 43 artigos. Após leitura do título e do resumo selecionamos 9 artigos e excluímos 34 artigos por não se enquadrarem no objetivo do tema. Os estudos, de uma forma geral, referem que os iSGLT2 podem aumentar o risco de desidratação devido ao seu efeito diurético osmótico, particularmente nos idosos que apresentam determinado tipo de características que os colocam em risco. As principais características apresentadas que colocam em maior risco a população idosa são a fragilidade, uso concomitante de diuréticos e anti-hipertensores, diminuição da percepção de sede, défices cognitivos, incontinência

urinária e dificuldades na deglutição. Alguns estudos não referem a desidratação como efeito adverso mas recomendam sempre uma monitorização mais apertada quando se trata de uma população idosa com baixa ingestão de líquidos.

**Discussão/Conclusões:** Assim, ao prescrever estes fármacos devemos ter o cuidado de fazer uma monitorização apertada, recomendar parar a sua toma em situações de doença aguda que curse com vômitos, diarreia, febre, etc e aconselhar a ingestão de líquidos. A *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) recomenda ingestão de 1,6L a 2L de água por dia, nos idosos. Apesar das vantagens em usar os iSGLT2 é importante notar que há riscos gerais e também individuais nesta população que devem ser tidos em conta evitando assim efeitos adversos, como a desidratação, de forma a proporcionar um tratamento seguro e eficaz.

#### PD 56

### QUESTÕES ÉTICAS NOVAS E ANTIGAS NA DETEÇÃO PRECOZE DE DEMÊNCIA

Francesco Monteleone<sup>1</sup>; Andreia Gonçalves<sup>1</sup>; Beatriz Couto<sup>1</sup>; Rita Ortiga<sup>1</sup>; Francisca Gomes<sup>1</sup>; Luís Fonseca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

**Introdução:** Nos últimos anos objetivos como o diagnóstico e intervenção precoce nas demências impôs-se como uma prioridade de saúde pública, inspirando políticas, planos ou estratégias focadas no impacto económico global, o estigma, a promoção do diagnóstico e intervenção precoces ou as necessidades das famílias e cuidadores informais e os cuidados a longo prazo. O diagnóstico de demência pode constituir uma experiência aterradora, podendo implicar mudanças que alteram profundamente o presente e o futuro de um indivíduo com demência e de seus cuidadores. A comunicação desse diagnóstico também é uma árdua tarefa que vê o clínico no fio da navalha entre a comunicação de más notícias e a necessidade de manter elementos de esperança. Atualmente a progressiva generalização de meios de deteção precoce põe o acento sobre novos problemas éticos, relacionados entre outros, com o facto de não existir tratamentos modificadores do curso da doença.

**Objetivos:** Objetivo deste trabalho será de explorar as questões éticas relacionadas com a deteção e comunicação de um diagnóstico preditivo de demência em

fases precoces e/ou assintomáticas. Serão abordadas as indicações existentes nas diretrizes clínicas de vários países. Finalmente analisaremos as questões éticas relacionadas com as emergentes tecnologias digitais como meio de rastreamento populacional incluindo sistemas de inteligência artificial.

**Material e métodos:** Será efetuada uma revisão narrativa da literatura mais recente sobre o tema com recurso à vários motores (Scopus, Pubmed, Scielo etc.)

**Resultados:** Embora a demência represente um problema de saúde inquestionável, sendo necessária pesquisa de tratamentos eficazes, permanecem atualmente irresolvidas numerosas questões éticas, sobretudo no que respeita a deteção precoce. Não existe tratamento que melhore o prognóstico, e a progressão da doença em estágio inicial não é previsível. As tecnologias disponíveis para deteção não são nem pouco invasivas nem acuradas e o surgimento de meios tecnológico de rastreamento e deteção precoce podem exacerbar as desigualdades em saúde devido a bias na colheita de dados assim como a desigualdades no acesso digital.

**Discussão/Conclusões:** As diretrizes atuais não abordam adequadamente os temas da comunicação do diagnóstico preditivo. As técnicas atuais de comunicação respondem apenas parcialmente as perspetivas e exigências dos pacientes. Numerosos autores abordam também que, de uma perspetiva puramente social, a sociedade atual poderia não estar preparada para um diagnóstico preditivo devido a fenómenos de discriminação e estigma.

Finalmente, a admissibilidade do ponto de vista moral da deteção precoce na demência continua por estabelecer, trazendo numerosas questões éticas atualmente sem resposta.

#### PD 57

### O USO DE BENZODIAZEPINAS NOS IDOSOS: PERIGOS E ALTERNATIVAS.

Sónia Pereira<sup>1</sup>; Clotilde Pinto Osório<sup>1</sup>; João Pais<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

**Introdução:** As benzodiazepinas e fármacos análogos (“Compostos Z”) continuam a ser largamente prescritos nos idosos, apesar das recomendações internacionais defenderem que o seu uso deve ser evitado nesta população.

**Objetivos:** Analisar os riscos associados ao uso de



benzodiazepinas nos idosos e as alternativas atualmente disponíveis.

**Material e métodos:** Revisão não-sistemática da literatura através da Pubmed/Medline, utilizando as palavras-chave: “Benzodiazepines”, “Z-drugs”, “Older adults” e “Deprescribing”.

**Resultados:** As Benzodiazepinas são fármacos tipicamente recomendados para o tratamento agudo das Perturbações de Ansiedade e Insônia, mas o seu uso na prática médica tem abarcado muitas outras condições clínicas. Apesar de comumente eficazes e bem tolerados, estes fármacos têm a particularidade de poderem causar dependência e associam-se a vários efeitos adversos, tais como, sedação excessiva com risco de quedas, fraturas ou acidentes, défices cognitivos, entre outros, aumentando o risco de mortalidade geral. O risco de efeitos adversos é proporcional à duração do tratamento, pelo a sua prescrição, quando necessária, deve ser restrita a períodos limitados, nomeadamente 3 meses no caso do tratamento da ansiedade e 1 mês no tratamento da insônia, incluindo o período de descontinuação, de acordo com a diretrizes nacionais. Além disso, os idosos, devido às alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas decorrentes do processo de envelhecimento, maior prevalência de comorbidades médicas e polimedicação, têm um risco aumentado de efeitos adversos. Neste contexto, nos últimos anos a evidência científica tem defendido a desprescrição destes fármacos, particularmente nos grupos mais vulneráveis, como os idosos. Além das benzodiazepinas, existem fármacos de classes distintas que podem ser usados no tratamento da ansiedade e insônia, como os antidepressivos, anti-histamínicos e antipsicóticos, mas também intervenções não-farmacológicas, como a psicoterapia, atividade física regular, medidas de relaxamento e higiene do sono, que podem ser muito úteis, isoladamente ou em complementaridade com a abordagem farmacológica.

**Discussão/Conclusões:** O uso de benzodiazepinas nos idosos associa-se a riscos potencialmente sérios, pelo que o seu uso nesta população deve ser evitado. Quando necessária, a prescrição deve ser limitada, e idealmente acompanhada de um plano de descontinuação.

## PD 58

### DOENÇA MENTAL EM VETERANOS DE LUTA ARMADA: UM CASO DE ALZHEIMER

Vanessa Manjate<sup>1,2</sup>; Débora Ferreira<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga; <sup>2</sup>Universidade do Minho Escola de Medicina, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS)

**Resumo:** A Doença de Alzheimer é a forma mais comum de Demência, constituindo cerca de 50% a 70% de todos os casos.

A Doença de Alzheimer é um tipo de demência que provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento, entre outras).

Esta deterioração tem como consequências alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional da pessoa, dificultando a realização das suas atividades de vida diária. Paciente A.M.G, tem 85 anos, homem caucasiano, militar (radiografista) na reserva em seguimento nas consultas de Neurologia por Alzheimer, atualmente com episódios de agressividade verbal e esquecimento dos acontecimentos mais recentes especialmente no final do dia, com choro fácil ao falar dos tempos em que foi militar no ativo, pelo qual mantém a memória intacta, no entanto tem períodos em que não reconhece as filhas, com episódios de consumo excessivo de doces durante a madrugada.

Tem antecedentes de AVC há 6 anos, hipoacusia desde o tempo do Exército por manejo de canhões. Reportamos este caso clínico, para sublinhar a necessidade de uma boa história clínica no idoso, visto que na presente história clínica o paciente apresenta hipoacusia mostra muita dificuldade na comunicação. Também para que os Veteranos de Luta Armada tenham o devido seguimento pois muitos passaram por stress pós traumático, que com um melhor acompanhamento teremos melhor diagnóstico diferencial.

## PD 59

### SOFRIMENTO NO ENVELHECIMENTO: TENTATIVA DE SUICÍDIO EM PACIENTE COM DEPRESSÃO MAJOR RECORRENTE

Vanessa Manjate<sup>1,2</sup>; Débora Ferreira<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga; <sup>2</sup>Universidade do Minho Escola de Medicina, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS)

**Resumo:** A perturbação depressiva major (PDM), frequentemente denominada depressão, é uma perturbação unipolar do humor. Caracteriza-se por depressão do humor persistente e perda de interesse, em associação com sintomas somáticos, por  $\geq 2$  semanas. A perturbação depressiva major tem a maior prevalência, ao longo da vida, de entre todas as perturbações psiquiátricas. Fatores biológicos, psicossociais e genéticos contribuem para a depressão. Os métodos de tratamento incluem farmacoterapia, psicoterapia e terapias de neuromodulação, como a eletroconvulsoterapia (ECT). A principal causa de morte associada à PDM é o suicídio, mais comum na população idosa.

Paciente J.A.J., 79 anos, feminino, caucasiano, em seguimento nas consultas de psiquiatria com diagnóstico de depressão major recorrente transferida do Hospital de Braga para seguimento, após episódio recente de intoxicação medicamentosa voluntária com intenção suicida, foi observada no Serviço de Urgência onde foi realizada lavagem gástrica e internada, apresentava humor depressivo, com marcadas queixas de ansiedade e angústia vivencial, com ideação suicida manifesta, com planos de concretização.

Tem antecedentes de vários internamentos na psiquiatria e uma tentativa de suicídio prévia. Reportamos este caso clínico, para sublinhar a necessidade de acompanhamento dos idosos, que acabam tendo um sofrimento no seu envelhecimento por vivenciarem as mudanças e limitações que a idade apresenta, e que não são dadas a devida atenção, que podem levar junto de vários fatores a depressão e até ao suicídio.

## PD 60

### O USO DOS ANTIPSICÓTICOS NOS IDOSOS: UM ALIADO OU UMA INQUIETAÇÃO?

Bianca Jesus<sup>1</sup>; Carlos Pestana<sup>2</sup>; Ana Pires<sup>1</sup>; Miguel Pires<sup>1</sup>; Isabel Soares<sup>1</sup>; Salomé Mouta<sup>1</sup>; Sílvia Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ULS-Guarda; <sup>2</sup>Unidade de Saúde da Ilha Terceira

**Introdução:** A demência é uma síndrome crónica, progressiva e incurável, caracterizada por um declínio cognitivo e funcional superior ao processo de envelhecimento natural. A abordagem dos sintomas neuropsiquiátricos constitui um dos principais desafios no tratamento dos idosos com demência. Embora seja recomendado recorrer inicialmente às intervenções não farmacológicas para o controle deste tipo de sintomas (que incluem a agitação, agressividade, impulsividade e irritabilidade), estes são comumente tratados com recurso a antipsicóticos.

**Objetivos:** Realização de revisão bibliográfica sobre os efeitos adversos do uso de antipsicóticos nos idosos com demência e quais as implicações clínicas do seu uso.

**Material e métodos:** Pesquisa na base de dados da PubMed e da B-on com os termos MESH, “*ATypical Antipsychotic*”, “*Typical Antipsychotic*”, “*Elderly*”, “*Dementia*”, “*Mortality*”, sem limitação no tempo e no tipo de estudo.

**Resultados:** O tratamento de primeira linha dos sintomas neuropsiquiátricos da demência é o não farmacológico. No entanto, quando é necessário recorrer à terapia farmacológica, os antipsicóticos são frequentemente utilizados, sendo os de segunda geração (olanzapina, quetiapina, risperidona, entre outros) os mais comumente escolhidos. Evidências recentes apuraram que o uso destes fármacos pode aumentar a mortalidade e estar associado a eventos adversos significativos como a sedação, eventos cerebrovasculares, sintomas parkinsonianos ou tromboembolismo venoso. Os antipsicóticos estão associados a um risco elevado de hospitalização, de dependência de cuidados e de institucionalização. A maioria destes riscos pode ser mitigada através da monitorização rigorosa do tratamento com estes fármacos, bem como pela sua suspensão, quando clinicamente possível. De acordo com as evidências recentes, embora a demência esteja associada a um aumento significativo da mortalidade, a associação de antipsicóticos resultou num maior risco de mortalidade em todos os doentes idosos.

**Discussão/Conclusões:** De acordo com as evidências mais recentes, os antipsicóticos podem ser úteis na redução dos sintomas neuropsiquiátricos associados à demência. Porém, não parece existir um antipsicótico que seja considerado uma opção segura para os doentes idosos. Os antipsicóticos deverão ser utilizados cautelosamente, não só nos indivíduos idosos com demência, mas também nos idosos sem demência. Os antipsicóticos de primeira geração deverão ser preteridos em relação aos de segunda geração e devem ficar reservados para situações de emergência.

## PD 61

### A COMPLEXIDADE DE SER IDOSO ANTES DO TEMPO

Serenela Ventura da Luz<sup>1</sup>; Teresa Pascoal<sup>1</sup>;  
Helena Nogueira Martins<sup>1</sup>; Vanessa Costa<sup>1</sup>; Sara Pinheiro<sup>1</sup>;  
Pedro Azevedo<sup>1</sup>; João Marcelino<sup>2</sup>; Sara Vila Maior<sup>3</sup>;  
Salomé Silva<sup>1</sup>; Ana Sofia Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Pulsar; <sup>2</sup>USF Cruz de Celas; <sup>3</sup>USF Conde Saúde

**Introdução:** Segundo a Organização Mundial de Saúde, idoso é todo o doente com 60 anos ou mais. Não obstante, sabemos que o envelhecimento é um fenómeno multifatorial que não se esgota nesta definição. O Médico de Família (MF) tem um papel decisivo no acompanhamento do doente que, não sendo idoso, necessita de uma abordagem tão ou mais exigente que a dirigida ao doente que cumpra o critério da idade.

**Descrição do caso:** Mulher, 59 anos, professora. Barthel 100. Vive com a mãe de 84 anos, também independente. Antecedentes de Hipotireoidismo, Dislipidemia, Obesidade, Tabagismo. Utente pouco utilizadora dos cuidados de saúde primários (CSP) previamente. Em janeiro de 2022, informa ser acompanhada em Neurologia, em regime particular, por alterações da memória. Nesta fase, manifestava dificuldades na escrita, leitura e pequenos lapsos de memória, que considerava terem sido despoletados após o período pandémico, mas que assumia existirem desde 2018 com menor expressão (54 anos) e sem impacto no seu dia a dia. Realizada avaliação: *Mini Mental State Examination* 19/30 e *Montreal Cognitive Assessment* 10/30. Neste contexto, foi referenciada a consulta hospitalar de Neurologia pelo MF. Em novembro de 2022, envia informação clínica de diagnóstico de Doença de Alzheimer. Perante este diagnóstico, impôs-se a necessidade de rever a estrutura e funcionalidade familiares, por possível inversão de papéis entre os membros da família. Em contexto de consulta

programada da mãe da utente verificou-se que esta também já apresentaria possível défice cognitivo ligeiro. Constatou-se compromisso da reconciliação terapêutica, na marcação de meios complementares de diagnóstico e na gestão de consultas agendadas, bem como outros lapsos de memória consideráveis. Novamente se impôs a necessidade de revisão da estrutura familiar para averiguar existência de apoio para ambas e eventual contacto do serviço social para melhor encaminhar esta situação complexa. Solicitou-se então o contacto da irmã e sobrinha da utente. Em abril de 2023, a utente recorreu a consulta aberta acompanhada pela irmã que estava já a prestar apoio e que informou que estavam a gerir atividades de entretenimento para ocupar o dia-a-dia da utente, enquanto aguardava aprovação de reforma antecipada. **Conclusão:** A demência é um diagnóstico de difícil gestão pelo MF, quer pela perspectiva do utente, quer pela conciliação necessária da dinâmica familiar. Em concreto neste caso: uma utente não idosa, que auxiliava utente idosa, mas sem capacidade cognitiva para tal, e que chegou aos CSP de uma forma inesperada. Perante esta conjuntura e diagnóstico, afirma-se o valor incontornável da avaliação familiar e possível avaliação geriátrica global em doentes geriátricos e não geriátricos, independentemente da sua idade. Para tal, podemos recorrer a ferramentas úteis como as escalas geriátricas validadas em Portugal.

## PD 62

### O IMUNOMETABOLISMO DO SISTEMA NERVOSO ASSOCIADO AO ENVELHECIMENTO: O PAPEL DA MICROGLIA

Débora Silves Ferreira<sup>1</sup>; Beatriz Fonseca<sup>2</sup>; Ricardo Silvestre<sup>2</sup>;  
António Pacheco Palha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga; <sup>2</sup>Universidade do Minho - Escola de Medicina

O envelhecimento é um processo complexo afetado por fatores genéticos e ambientais, como o estado nutricional e o sistema imunológico. O imunometabolismo é uma área de pesquisa que estuda as interações entre o sistema imunológico e o metabolismo, e tem sido cada vez mais associado ao envelhecimento. As comorbidades relacionadas à obesidade estão associadas ao envelhecimento, ativação do sistema imunológico e inflamação crónica com alto risco de disfunções metabólicas sistémicas, como resistência à insulina e diabetes. A obesidade e o sobrepeso levam

a patologias metabólicas, como diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares, principalmente induzidas pelo acúmulo de ácidos graxos (AG), forçando um perfil pró-inflamatório nos tecidos metabólicos. A meta-inflamação significa inflamação crônica de baixo grau em níveis sistêmicos e locais, originando modificações no metabolismo da glicose e dos AG. O efeito da inflamação relacionada à obesidade na funcionalidade do sistema nervoso central. A neuroinflamação relacionada à obesidade ocorre em outras áreas cerebrais além do hipotálamo em modelos in vivo. A sobrealimentação induz inflamação e dano neuronal no hipotálamo, o que se correlaciona com alterações no cérebro. As microglias, dantes consideradas células quiescentes, agora são consideradas como células de vigilância e estão envolvidas na apoptose neuronal e neurogênese, por conseguinte, desempenham um papel importante na patogênese. Mais pesquisas e ensaios clínicos são necessários para determinar se a meta-inflamação desempenha um papel no desenvolvimento de doenças metabólicas na terceira idade e se poderia ser um alvo promissor de tratamento para essas doenças. Estudos in vitro fornecem a maioria dos dados, o que pode ser um fator de viés. Em geral, ainda caminhamos na participação da microglia em problemas metabólicos relacionados à obesidade e no impacto das vias metabólicas intracelulares nas funções da microglia, e ainda há muitas questões em aberto. Este trabalho faz a revisão da literatura no que concerne os principais aspectos da imunometabolismo microglial e tenta desvendar possíveis alvos para modular sua ativação e funções.

### PD 63

#### ÚLCERAS DE PRESSÃO: O IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Carolina Rodrigues<sup>1</sup>; Emilie Santos<sup>1</sup>; Renato Pombinho<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Residência Sênior Fátima Spa Club

**Introdução:** Nos idosos institucionalizados verificam-se variados graus de dependência no que respeita à realização de atividades de vida diária. Associado a elevados níveis de dependência está o risco de lesar a integridade cutânea pela formação de úlceras de pressão (UP). Estas ocorrem por diversos motivos: diminuição da mobilidade e da atividade física; alterações sensoriais, cognitivas ou demência; exposição à humidade, como resultado da incontinência ou sudorese; desnutrição;

infecções; doenças como a diabetes e alterações circulatórias que impedem a normal perfusão dos tecidos. A prevenção é a chave para evitar o desenvolvimento de UP que se podem tornar complexas, dolorosas e acarretar custos elevados no seu tratamento.

**Objetivos do estudo:** a) perceber a relação entre o grau de dependência dos idosos e o risco de formação de UP; b) compreender o impacto da implementação de medidas preventivas para a redução da formação de UP nos idosos.

**Material e métodos:** População em estudo: 97 idosos utentes da Residência Sênior - Fátima Spa Club. Escalas aplicadas: Índice de Barthel e Escala de Braden.

**Resultados:** Relacionando o grau de dependência e o risco de UP, dos 97 idosos: dos 9 idosos totalmente dependentes todos têm elevado risco de UP; dos 31 com dependência elevada: 26 têm elevado risco e 5 têm baixo risco; dos 40 com dependência moderada: 37 têm baixo risco e apenas 3 têm elevado risco, uma vez que estes idosos têm maior dependência na mobilidade e transferências sendo mais autônomos nas restantes atividades, pois pela sua condição atual não deambulam, movendo-se de cadeira de rodas, onde passam grande parte do tempo; os restantes utentes classificados com dependência ligeira ou independentes não apresentam risco de UP. Atualmente na instituição em estudo, existem 2 idosos com UP classificadas em Grau I e II, um deles é totalmente dependente e outro apresenta um grau de dependência elevado. Aos idosos com elevado risco de UP concomitantemente classificados como totalmente dependentes e com dependência elevada foram implementadas as seguintes medidas: períodos de levante para cadeirão inferior a 3 horas alternado com repouso no leito com alternância frequente de decúbitos, uso de dispositivos anti-escaras em todas as superfícies e a suplementação hiperprotéica e hipercalórica em idosos com baixo IMC.

**Conclusão:** Pela análise dos resultados percebemos que os idosos com maior dependência na mobilidade têm maior risco de formação de UP. Por isso, acreditamos que a presença de uma equipa multidisciplinar que reconhece situações de risco, estimula a atividade e a mobilidade e atua preventivamente, resulta nesta baixa incidência de UP na instituição. Isto permite-nos concluir que a prática de medidas preventivas de proteção da integridade cutânea evita complicações associadas à elevada dependência nos idosos institucionalizados.

**PD 64****(DES)CONTROLO GLICÉMICO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO IDOSO**

Cláudia Silva<sup>1</sup>; Gabriela Villagomez<sup>1</sup>; Catarina Monteiro<sup>1</sup>; Cremilda Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Carolina Beatriz Angelo

**Introdução:** A diabetes é uma patologia que continua a condicionar elevada morbimortalidade e com um peso inquestionável na prática clínica diária de um médico de família. A redução do seu impacto implica a implementação de medidas de “educação terapêutica” e de capacitação do doente e da família para a autogestão da patologia. Na população idosa, esta estratégia pode ter algumas limitações pelo que a comunicação efetiva e um suporte multidisciplinar pró-ativo são fundamentais para o atingimento dos objetivos.

**Descrição do caso:** Mulher de 77 anos, viúva, a residir sozinha em casa própria. Autónoma para as atividades da vida diária, mas com apoio dos filhos que a visitam frequentemente. Antecedentes pessoais de relevo: hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus com 20 anos de evolução. Medicada atualmente com amlodipina 5mg + telmisartan 80 mg, rosuvastatina 5mg + ezetimibe 10mg, insulina glargina 12U/dia, metformina 850mg + empagliflozina 12,5mg. Utenente com história de incumprimento terapêutico e mau controlo metabólico, pelo que quando iniciou insulina foram feitos ensinamentos e controlos diários no centro de saúde com o apoio da enfermeira de família, para assegurar uma boa adesão terapêutica. No entanto, a utente apresentou persistentemente durante os meses subsequentes, valores de HbA1c entre 7,9-9,0. Posto isto, foi explicado aos filhos a necessidade de acompanhamento às consultas para que pudessem ajudar na gestão terapêutica no domicílio. Foi ainda fornecido um esquema escrito de ajuste de insulina consoante valores de glicémia. Foi também sugerido pela equipa de família a inscrição em centro de dia, que ajudasse na gestão de refeições. Ainda assim, a utente continuava a comparecer sozinha às consultas na unidade, muitas vezes sem realizar análises pedidas. Foi então, contactada assistente social para agendamento de visita domiciliária conjunta com a equipa médica e de enfermagem. Nessa visita foi apurado que a utente não estava a fazer controlo de glicemias, já que último registo de medição era de há 4 meses atrás. Para além disso, ao rever a técnica de

administração de insulina, percebemos que a utente desmarcava as unidades em vez de as injetar.

**Conclusão:** A autogestão da diabetes é um objetivo universalmente considerado como fundamental nas estratégias educacionais para o controlo da doença. No entanto em populações vulneráveis, tal como a população idosa, existem múltiplos fatores que devem ser tidos em conta, tal como o grau de autonomia do utente, o nível de literacia e a capacidade para seguir instruções. É ainda de salientar, a importância da visita domiciliária multidisciplinar, no acompanhamento do doente idoso.

**PD 65****1000 SORRISOS – HOJE EU VOU SER...**

Susana Alves<sup>1</sup>; Cristina Araújo<sup>1</sup>; João Duro<sup>1</sup>; Vânia Lima<sup>1</sup>; Fátima Tavares<sup>1</sup>; Paula Arantes<sup>1</sup>; Fernanda Fernandes<sup>1</sup>; Marlene Costa<sup>1</sup>; Conceição Seivas<sup>1</sup>; Guadalupe Floriano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residência Flavicórdia

**Introdução:** São vários os grupos profissionais que fazem parte de uma Residência de Idosos, mas todos trabalham para um objetivo comum principal: proporcionar um serviço de qualidade aos residentes. Para proporcionar um bom serviço, é fundamental um trabalho de equipa, e um bom trabalho de equipa requer um ambiente de trabalho agradável e espírito de cooperação entre os elementos que a compõem. Desta forma, na Residência Flavicórdia, decidimos desenvolver um projeto que permitisse trabalhar e fortalecer o espírito de equipa.

**Palavras-chave:** Espírito de equipa, interajuda, inteligência emocional, valorização do outro.

**Objetivo:** Fortalecer o espírito de equipa, trabalhar a inteligência emocional, aumentar a capacidade de trabalhar como indivíduo e como equipa na prestação de cuidados aos idosos.

**Material e métodos:** Utilizando uma ficha de inscrição, cada profissional inscreve-se para a categoria profissional que gostaria de conhecer melhor e desempenha as funções inerentes, por um dia: a diretora, como técnica de manutenção, a chef de cozinha como auxiliar, a animadora como cozinheira, a enfermeira como governanta, etc. A experiência é depois debatida em grupo, destacando-se as dificuldades experienciadas assim como a perceção sobre a importância de colaboração/interação com as outras categorias profissionais.

**Resultados:** A realização da atividade foi muito enri-

quecedora para os participantes, pois permitiu conhecer a complexidade das outras funções e possibilitou o incremento da empatia entre as diferentes categorias. Registaram-se igualmente, momentos de humor e descontração, com as dificuldades sentidas na execução de algumas tarefas. Os residentes reagiram positivamente à mudança de funções, manifestando apoio e incentivando os participantes.

**Conclusões:** O projeto 1000 Sorrisos “Hoje eu vou ser:” foi uma atividade de *Team Building*, dinâmica que permitiu reforçar o espírito de cooperação e de equipa, desenvolvendo competências de grupo, bem como a melhoria dos canais de comunicação e relações interpessoais, permitindo que todos trabalhem e se foquem no que caracteriza a equipa, pressupondo níveis de unidade que transcendem as pessoas que o compõem, para um projeto/objetivo comum: qualidade de vida e de cuidados para os residentes.

#### PD 66

##### O IMPACTO DA HIPOALBUMINEMIA NUMA UNIDADE DO DOENTE FRÁGIL.

João Loja<sup>1</sup>; Fabiana Gouveia<sup>1</sup>; Diogo Marques<sup>1</sup>; Diogo André<sup>1</sup>; Rafael Nascimento<sup>1</sup>; João Miguel Freitas<sup>1</sup>; Ana Isabel<sup>1</sup>; Adalgisa Galvão<sup>1</sup>; Miguel Homem Costa<sup>1</sup>; Teresa Faria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Nélio Mendonça

**Introdução:** A síndrome de fragilidade é uma entidade cada vez mais reconhecida na literatura, sendo um estado de pré-incapacidade com risco de desenvolver uma nova incapacidade devido a uma situação de limitação funcional incipiente. Estudos revelam que a hipoalbuminemia está relacionada com altos índices de fragilidade sendo considerada um biomarcador na síndrome de fragilidade

**Objetivo:** Determinar o impacto da hipoalbuminemia numa Unidade do Doente Frágil.

**Material e métodos:** Foram consultados 177 processos de doentes internados numa Unidade de Fragilidade, sendo retirados vários dados nomeadamente género, idade, dias de internamento, índice de Barthel à admissão e à alta, força de prensão palmar à admissão e à alta, *score* frail, taxa de mortalidade e reinternamento. Os doentes foram divididos em 2 grupos conforme apresentavam hipoalbuminemia ou não e foram avaliadas as diferenças entre os mesmos.

**Resultados:** A amostra conta com 85 doentes com hipoalbuminemia e 92 doentes com albumina normal. No grupo da hipoalbuminemia registou-se em média

maior tempo de internamento (21,1 dias *versus* 18,7 dias), índice de Barthel mais baixos à admissão e à data de alta (22,8 para 62,4 respetivamente, *versus* 28,4 para 71) e menor evolução da força de prensão palmar ao longo do internamento. Recorrendo ao teste exacto de Fischer evidenciou-se uma relação de dependência entre a hipoalbuminemia e a mortalidade, bem como entre a hipoalbuminemia e o reinternamento. O nível de significância estatística definido foi 0.05.

**Conclusão:** Nos doentes frágeis, a hipoalbuminemia está relacionada com maior duração de internamento, menor progressão na reabilitação definida pela escala de Barthel e está associado a maiores taxas de mortalidade e reinternamento podendo deste modo ser encarada como um indicador de mau prognóstico nesta população. Conhecer o efeito da hipoalbuminemia nos doentes frágeis e na sua sobrevivência permitirá no futuro implementar programas de prevenção e providenciar os tratamentos precoces focados nesta população.

#### PD 67

##### UNIDADE DO DOENTE FRÁGIL EM NÚMEROS – UMA CASUÍSTICA

João Loja<sup>1</sup>; Fabiana Gouveia<sup>1</sup>; Diogo Marques<sup>1</sup>; Diogo André<sup>1</sup>; Rafael Nascimento<sup>1</sup>; João Miguel Freitas<sup>1</sup>; Ana Isabel<sup>1</sup>; Adalgisa Galvão<sup>1</sup>; Miguel Homem Costa<sup>1</sup>; Teresa Faria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Nélio Mendonça

**Introdução:** Apresenta-se um projeto que constitui a interface entre a alta clínica e o regresso ao domicílio dos doentes frágeis, internados num Serviço de Medicina Interna. Trata-se de uma Unidade do Doente Frágil que foi criada com um dos objetivos de manter ou melhorar a funcionalidade dos doentes durante o tratamento da patologia aguda que motivou o internamento hospitalar.

**Objetivo:** Divulgar o trabalho realizado numa Unidade do Doente Frágil durante os anos 2021 e 2022.

**Material e métodos:** Foram consultados os processos de doentes internados numa Unidade do Doente Frágil (UDF) desde o início da sua admissão em 2021 até dezembro de 2022. A partir da nossa base de dados, avaliamos os seguintes parâmetros: género, idade, dias de internamento, motivos de admissão à enfermaria, índice de Barthel à admissão e à alta, força de prensão palmar à admissão e à alta, *score* Frail e taxa de mortalidade e reinternamento.

**Resultados:** A nossa população conta com 177 doentes no total, sendo 88 doentes do género masculino e 89 do género feminino, com uma média de idade de 78 anos e de internamento de 19,9 dias. Os principais motivos de admissão à enfermaria foram a insuficiência cardíaca (18,1%), pneumonia (14,7%) e acidente vascular cerebral (10%). No que concerne à escala Frail a moda foi 3. Relativamente às atividades de vida diárias e à força muscular, o índice de Barthel médio à admissão foi 25,8 e à saída foi 67,4. No que diz respeito ao “Grip Strenght”, houve progressão de 12.6 para 15.9 na mão dominante e de 12.2 para 14.1 na mão não dominante. A taxa de mortalidade na UDF era de 4,5% e a taxa de reinternamento ao fim de 1 mês pós alta da UDF foi de 6,2%.

**Conclusão:** Pretendeu-se demonstrar o trabalho realizado numa UDF. Os doentes admitidos à Unidade apresentaram menor risco de declínio funcional aquando da alta e maior probabilidade de sobrevivência, com diferenças na taxa de mortalidade. Salienta-se que o cuidado dos doentes com doenças agudas do foro médico na UDF produz um benefício funcional, em comparação com os cuidados hospitalares convencionais.

## PD 68

### RESTRIÇÃO FÍSICA DA MOBILIDADE EM IDOSOS – É POSSÍVEL CUIDAR SEM RECURSO À CONTENÇÃO FÍSICA?

André Rodrigues<sup>1</sup>; Hugo Lucas<sup>1</sup>; Luís da Silva<sup>1</sup>; Frederico Vidal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residências Orpea

**Introdução:** A restrição física da mobilidade é uma realidade frequente em Portugal, ainda que pouco falada. A sua aplicação por profissionais de saúde tem como objetivo uma falsa tentativa de gerir o risco e promover a segurança dos utentes. De acordo com estudos realizados sobre a restrição mobilidade, a prevalência situa entre 7,4% e 17% nos internamentos, e 3,4% a 21% dos doentes em fase aguda da doença. Em lares, a prevalência varia entre 17%-64% (dados de outros países), não existindo dados concretos em Portugal. A localização anatómica da restrição física da mobilidade pode ser a nível do tronco, cintura pélvica, das extremidades ou dos membros, punho/tornozelos e das mãos com luvas. Entre as consequências mais frequentes encontram-se perda de massa muscular, úlceras de pressão, agitação, agressividade, incontinência, entre

outros do foro físico, psíquico, não esquecendo também questões éticas e de direitos básicos.

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo retratar a realidade de várias residências de idoso na qual existe uma política de zero cuidados em força.

**Material e métodos:** Neste programa, são usados algoritmos sempre que é ponderada uma contenção física, sendo estudadas as causas e medidas alternativas. De acordo com a causa evocada (risco de queda, agitação, deambulação), são personalizadas as intervenções.

Mensalmente são avaliadas as contenções físicas como KPI (*Key Performance Indicators*), entre outros indicadores de cuidados geriátricos. Todas as contenções são incluídas num plano de ação de forma a eliminar o seu uso.

**Resultados:** Com a aplicação deste programa, verificámos uma redução na utilização de contenção de 47% para 3% em 3 anos. Apesar disso, não verificámos um aumento significativo na registo de quedas, tendo estas inclusivamente reduzido (de 27% para 10% em 3 anos).

**Discussão/Conclusões:** O uso de contenções físicas confronta com o direito de liberdade e com alguns valores básicos como a dignidade, a autoestima e o bem-estar. A utilização de contenção física deve ser sempre a exceção, deve ser precedida de ponderação multidisciplinar e prescrição médica. A redução verificado ao longo dos últimos 4 anos traduz-se em múltiplos benefícios, sem se verificarem maior número de quedas. Pretendemos ser um exemplo de cuidados humanizados e sem recurso a medidas de contenção.

## PD 69

### A RELAÇÃO ENTRE DEMÊNCIA, DELIRIUM E INFEÇÕES EM IDOSOS – CASO CLÍNICO

Mariana Guerreiro Cravo<sup>1</sup>; Mariana Freitas<sup>1</sup>; Ana Maria Ferreira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF CampusSaúde

**Enquadramento:** Em Portugal, a demência é uma condição de alta prevalência, afetando 2,7% das pessoas entre 55 e 79 anos. Caracteriza-se pela deterioração acentuada da capacidade cognitiva relacionada à idade, que pode ser agravada por diversos fatores de stress psicológico e fisiológico. O resultado pode ser uma disfunção cognitiva aguda, conhecida como *Delirium*. No caso dos idosos, o *Delirium* pode ser a única manifestação de uma patologia orgânica subjacente, como uma infecção. Por isso, é importante considerar

infecções do trato urinário e pulmonar em casos de alteração do estado mental nesta faixa etária.

**Descrição de caso:** Homem de 84 anos, antecedentes de relevo: ?Glaucoma, Obesidade, Cardiopatia isquêmica, Hipertensão arterial, Hiperplasia benigna da próstata. De destacar infecção COVID 19 a 17 de fevereiro 2023. Após este quadro tornou-se mais dependente para as atividades da vida diária, mas deambulava e alimentava-se sem apoio. A filha entra em contacto com o seu médico de família que realiza uma consulta ao domicílio. Esta é realizada dia 24-04-2023 confirmando que o doente em questão não realiza levantar desde 04-04. Desde dia 20-04 recusa alimentar-se tornando-se agressivo para com os familiares. Ao exame objetivo o doente não se encontrava orientado no espaço nem no tempo. Ligeiramente desidratado. TA de 82/55. Apirético. Ligeiro edema dos membros inferiores e hipofonese dos tons cardíacos. Sem outras alterações de relevo ao exame objetivo. Dado o quadro agudo o médico de família referencia ao serviço de urgência. Realizou estudo analítico e TAC CE. De destacar urina II com leucócitos 500, nitritos positivos. Restante estudo sem alterações de relevo. Foi medicado com flucloxacilina para o ambulatório. Cerca de 4 dias depois o doente encontra-se estável, a alimentar-se de forma autónoma e já a realizar levantar.

**Discussão:** Este caso em particular confirma que o *Delirium* pode-se apresentar como a única manifestação de uma infecção em idosos, o que ressalta a importância de considerar a infecção urinária uma possível causa de *Delirium* nesta faixa etária. De destacar a importância do médico de família estar alerta para estas situações e orientar de forma oportuna.

## PD 70

### NEM SEMPRE NEM NUNCA – NAVEGAR AS COMPLEXIDADES DA PERTURBAÇÃO DELIRANTE CRÓNICA E DO *DELIRIUM*

Zoé Correia de Sá<sup>1</sup>; Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa<sup>1</sup>; Vítor Hugo Jesus Santos<sup>1</sup>; Teresa Carvalho<sup>1</sup>; Joana Ramos<sup>1</sup>; Silvína Fontes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

**Introdução:** A gestão de patologias psiquiátricas crónicas são um desafio, especialmente em utentes com história de incumprimento terapêutico e várias comorbilidades não-psiquiátricas, cuja descompensação se manifestam com sintomatologia psiquiátrica – *Delirium*.

**Descrição do caso:** Trata-se de um caso de um utente, sexo masculino, 71 anos, divorciado, sem retaguarda social, a residir atualmente numa região rural longe dos cuidados de saúde trazido ao SU pelos agentes de autoridade com mandato de condução por quadro de alteração do comportamento e heteroagressividade para com os vizinhos da sua localidade com início há cerca de um mês. À observação, o doente demonstrava agitação grave e deitava ideação delirante persecutória e de teor político, compatível com a história pregressa do utente. Durante a permanência no SU, foi detetada lesão renal aguda AKIN 1 e hipertensão arterial estágio 2. De antecedentes prévios do utente, de relevar hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus II não-insulino tratada. Foi possível apurar que há 2 meses o utente não cumpriria qualquer medicação habitual. Após colaboração com Medicina Interna, procedeu-se à correção das alterações encontradas e concordou-se que estariam reunidas as condições de aplicação do regime de internamento compulsivo contempladas na Lei de Saúde Mental.

À admissão, não foi possível excluir categoricamente que se tratasse de uma alteração de comportamento motivada exclusivamente por descompensação da patologia psiquiátrica ou por descompensação de patologia não-psiquiátrica – dado incumprimento terapêutico do utente. Durante o internamento, foi re-iniciada a terapêutica habitual do utente, nomeadamente terapêutica antipsicótica (quetiapina) e terapêutica dirigida às comorbilidades não-psiquiátricas (antihipertensivos, antidiabéticos orais e estatinas). O utente mostrou melhoria paulatina da sintomatologia psicótica, com esbatimento da intensidade da sintomatologia, tendo o delírio ficado maioritariamente encapsulado, permitindo ao utente re-ganhar funcionalidade no seu dia-a-dia. Relativamente às alterações não-psiquiátricas detetadas à admissão, também se observou a sua resolução. Aquando da alta, o utente, juntamente com o apoio dos serviços sociais, aceitou ingressar no regime de visita domiciliária, no qual é visitado mensalmente e apoiado na gestão terapêutica.

**Conclusão:** Este caso elucida-nos para a necessidade de atenção redobrada que devemos prestar aos utentes com patologia psiquiátrica crónica, no sentido de des-trinçar bem os seus motivos de descompensação. Para além disso, o quão vital é a colaboração multidisciplinar entre as diversas especialidades hospitalares, bem como a colaboração essencial dos serviços sociais.



**PD 71****CANSAÇO EM DOENTE ONCOLÓGICO:  
NEM TUDO O QUE PARECE É**

Helena Nogueira Martins<sup>1</sup>; Sara Ramalho Pinheiro<sup>1</sup>;  
Serenela Ventura da Luz<sup>1</sup>; Rita Reis Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Pulsar

**Introdução:** A doença oncológica, apesar de transversal a várias faixas etárias, mantém-se como um problema prevalente no doente idoso. O cansaço é um sintoma inespecífico que pode acompanhar o doente oncológico, mesmo após uma remissão completa. Apesar do seu impacto negativo na qualidade de vida, é muitas vezes subvalorizado, havendo assim uma gestão limitada do mesmo. Apresentamos um caso clínico que pretende reforçar a necessidade de uma abordagem holística do cansaço, enquanto sintoma major, num doente oncológico.

**Descrição do Caso:** Homem de 87 anos, reformado, independente para as atividades de vida diárias. Como antecedentes neoplásicos, já em remissão, adenocarcinoma da próstata em 2007, basalioma em 2009, carcinoma da bexiga em 2010, adenocarcinoma do reto em 2019 e carcinoma da laringe em 2020. Como outros antecedentes, perturbação de ansiedade generalizada, dislipidemia e hipertensão arterial. Submetido a faringo-laringectomia total com tiroidectomia parcial em 2021 seguida de radioterapia, encontrando-se traqueostomizado, o que dificulta a sua capacidade de comunicação. Por progressivo isolamento social, doente abandonou várias consultas de vigilância hospitalares e, dado pertencer a um ficheiro que ficou sem médico de família (MF), perdeu seguimento na Unidade de Saúde Familiar desde 2020 a 2022. Após ter-lhe sido atribuído novo MF, foi convocado a consulta em abril de 2022, onde referiu um cansaço persistente. Detetou-se bradicardia (35 bpm), tendo sido encaminhado para o serviço de urgência, onde foi diagnosticado bloqueio aurículo-ventricular completo com implantação de *pacemaker* definitivo. Após um ano, referiu novamente cansaço, que desvalorizou, atribuindo-o aos seus antecedentes neoplásicos. Decidiu-se realizar um estudo mais completo, após nova referenciação às várias consultas de seguimento hospitalares, com exclusão de recidiva/recorrência das diversas neoplasias. Após verificar-se que o doente não retornou à consulta de otorrinolaringologia previamente proposta, pediu-se avaliação da função hormonal tiroideia, pelos antecede-

ntes cirúrgicos e de radioterapia, constatando-se hipotireoidismo com TSH 61 mU/L.

**Conclusão:** O isolamento social em doentes com múltiplas comorbilidades, em particular neoplásicas no idoso, pode levar ao abandono de consultas de *follow-up* e à desvalorização de problemas, sendo o cansaço um dos mais frequentes. Neste caso, o abandono de consultas e falta de articulação entre os diferentes níveis de cuidados levou ao diagnóstico tardio de hipotireoidismo iatrogénico, etiologia potencialmente reversível com levotiroxina. Cada vez mais, é notória a necessidade de cooperação entre cuidados de saúde primários e secundários, particularmente no doente idoso complexo, seguido em diferentes tipos de consulta, de maneira a proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida.

**PD 72****FATORES DE RISCO DE DEPRESSÃO NOS IDOSOS**

Ana Pires<sup>1</sup>; Miguel Pires<sup>1</sup>; Bianca Jesus<sup>1</sup>; Salomé Mouta<sup>1</sup>;  
Isabel Fonseca Vaz<sup>1</sup>; João Correia<sup>1</sup>; Sílvia Castro<sup>1</sup>;  
João Mendes<sup>1</sup>; Diana Figueiredo<sup>1</sup>; Diana Cruz e Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

**Introdução:** A depressão é uma das doenças mentais mais prevalentes do mundo, em todas as idades. Está associada a elevados custos em saúde e elevado grau de incapacidade, diminuição da qualidade de vida e está associada a maior risco de suicídio. Com o envelhecimento da população mundial, a depressão em idosos é uma área particularmente importante.

**Objetivo:** Abordar os fatores de risco para depressão nos idosos.

**Métodos:** Revisão não sistemática da literatura baseada na pesquisa na PubMed e Google Académico utilizando as seguintes palavras-chave em diferentes combinações: Depressão, fatores de risco, idosos, prevenção, durante o mês de abril de 2023. Os resultados foram selecionados tendo em conta o grau de relevância.

**Resultados:** As comorbilidades orgânicas são um dos principais fatores de risco para a depressão em idosos especialmente se causadoras de dor crónica, incapacidade e perda de independência, como diabetes, doenças cardiovasculares, doença de Parkinson e artrite, hipoacusia diminuição da acuidade visual. Um estudo demonstrou que autoavaliação do nível de saúde global está significativamente associado à pre-

valência de depressão. As alterações hormonais que ocorrem durante o processo de envelhecimento, como a diminuição da produção de hormonas sexuais, podem contribuir para o desenvolvimento da depressão. O isolamento social e a diminuição das atividades sociais podem levar à solidão e sensação de inutilidade. Adicionalmente, a deterioração cognitiva, alterações do sono-vigília e antecedentes familiares de depressão podem aumentar o risco de depressão em idosos. **Conclusão:** A identificação precoce e o tratamento adequado dos fatores de risco para a depressão em idosos são fundamentais para a prevenção e o tratamento dessa importante doença que afeta uma grande parcela da população idosa. A adoção de medidas preventivas, como a prática de atividades físicas e sociais, e o tratamento adequado da depressão são essenciais para garantir a saúde e o bem-estar dos idosos.

#### PD 73

### SÍNDROME DE CHARLES BONNET, A MIRAGEM DA VELHICE

Vítor Hugo Santos<sup>1</sup>; Zoé Correia de Sá<sup>1</sup>; Bárbara Sousa<sup>1</sup>; Teresa Carvalhão<sup>1</sup>; Joana Ramos<sup>1</sup>; Silvina Fontes<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

**Introdução:** A síndrome de Charles Bonnet (SCB) é uma condição caracterizada por alucinações visuais em pacientes com deficiência visual, muitas vezes causadas por condições como cataratas ou degeneração macular. A SCB não é amplamente reconhecida e os pacientes podem ser diagnosticados incorretamente com perturbações psiquiátricas ou doenças neurodegenerativas. Apresentamos um caso de SCB num homem de 79 anos com deficiência visual induzida por cirurgia de cataratas.

**Apresentação do caso:** Homem de 79 anos com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, submetido a cirurgia de catarata bilateral há seis meses. Recusa usar os novos óculos prescritos pelo seu oftalmologista e começou a ter alucinações visuais complexas. Relata ter visto crianças enquanto dirigia e frequentemente via pessoas que não estavam presentes. Também descreve objetos que sabia não serem reais, mas insistia que estavam presentes. Processos orgânicos agudos foram descartados e o diagnóstico de SCB foi feito. O paciente queria continuar a dirigir apesar de ter tido um acidente anterior devido à sua deficiência visual e não tinha histórico de problemas psiquiátricos.

**Conclusão:** A SCB é uma condição rara, mas significativa, que pode ocorrer em pacientes com deficiência visual, principalmente naqueles com cataratas ou degeneração macular. O reconhecimento e o diagnóstico precoces são essenciais para evitar avaliações ou tratamentos psiquiátricos desnecessários. Nesse caso, a relutância do paciente em usar os óculos prescritos levou aos sintomas da SCB, destacando a importância da educação do paciente e adesão às recomendações médicas. Médicos e cuidadores devem estar cientes do potencial de SCB em doentes com deficiência visual e fornecer suporte e tratamento adequados.

#### PD 74

### ATRÁS DE PORTAS FECHADAS: DESCOBRINDO A REALIDADE DA SÍNDROME DE DIÓGENES

Vítor Hugo Santos<sup>1</sup>; Zoé Correia de Sá<sup>1</sup>; Bárbara Sousa<sup>1</sup>; Teresa Carvalhão<sup>1</sup>; Joana Ramos<sup>1</sup>; Silvina Fontes<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

**Introdução:** A síndrome de Diógenes, também conhecida como “síndrome da miséria senil” ou “*senile squalor syndrome*”, é uma condição de saúde comportamental caracterizada por má higiene pessoal, acumulação e condições de vida descuidadas. É mais comumente visto em homens e mulheres mais velhos. No entanto, existem relatos limitados de casos de síndrome de Diógenes em pacientes do sexo feminino, particularmente aquelas com mais de 80 anos de idade. Neste relato, apresentamos o caso de uma paciente de 83 anos com síndrome de Diógenes.

**Descrição do caso:** Mulher de 83 anos que apresentava um histórico de negligência de autocuidados e comportamento de acumulação. Tinha um histórico de várias quedas devido às condições de vida desordenadas, mas recusava-se a permitir que alguém limpasse a sua casa. Tinha uma higiene pessoal precária, com cabelos emaranhados, unhas compridas e sujas e odor corporal. A família da doente relatou que o seu comportamento se deteriorou gradualmente nos últimos anos e cada vez era mais evidente o seu isolamento social.

**Conclusão:** A paciente foi diagnosticada com síndrome de Diógenes com base na sua história, exame físico e investigações laboratoriais. Foi realizada uma abordagem multidisciplinar, incluindo avaliação psiquiátrica, intervenção do serviço social e terapia ocupacional. A paciente inicialmente resistiu ao tratamento, mas com o tempo e esforço persistente, começou a aceitar ajuda.

As suas condições de vida melhoraram e ela começou a praticar uma melhor higiene pessoal. Após 2 meses de tratamento, a paciente apresentou melhora significativa em suas condições de vida e higiene pessoal. Ela passou a interagir mais com os familiares e se tornou mais aberta à socialização. No entanto, ela continuou a exibir algum comportamento de acumulação, o que exigia um gerenciamento contínuo. A síndrome de Diógenes é uma condição desafiadora de lidar, principalmente em pacientes idosos que podem ser resistentes a mudanças. No entanto, com abordagem multidisciplinar e esforço persistente, melhorias significativas nas condições de vida e higiene pessoal podem ser alcançadas. Os profissionais de saúde devem estar cientes dessa condição e devem fornecer cuidados e apoio adequados aos pacientes e suas famílias.

#### PD 75

### DORMIR PARA NÃO DEPRIMIR: PREVENÇÃO DA PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR EM IDOSOS COM INSÓNIA

Clotilde Pinto Osório<sup>1</sup>; Sofia Neves Martins<sup>1</sup>; Pedro Macedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

**Introdução:** As perturbações do sono e a perturbação depressiva são duas entidades frequentemente presentes na população idosa, ocorrendo frequentemente como comorbilidades. O idoso com insónia tem um risco aumentado de incidência e recorrência de Perturbações Depressivas, sendo que a prevenção desta patologia nesta faixa etária foi durante muito tempo negligenciada, com um impacto significativo na vida do doente. A evidência científica atual sugere que o tratamento da insónia por si só pode ter um papel na prevenção de Perturbação Depressiva Major nesta população.

**Objetivos:** Este trabalho pretende abordar o tratamento da insónia com recurso a Terapia Cognitivo-comportamental para a insónia (TCC-I) comparada com apenas medidas de higiene do sono, farmacoterapia, terapia de exposição à luz, exercício e suporte social e o impacto na prevenção e recorrência de Perturbação Depressiva Major na população idosa.

**Material e métodos:** Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura recorrendo à base de dados PubMed, utilizando a palavra-chave: “*Insomnia*” AND “*Older adults*” and “*Major Depressive Disorder prevention*”.

**Resultados:** É comum na prática clínica o uso de psicofármacos para tratamento da insónia na popu-

lação geriátrica. No entanto, são também conhecidos os riscos do uso de alguns fármacos nesta faixa etária, como as benzodizepinas que devem ser evitadas sempre que possível. A Terapia Cognitivo-comportamental para a insónia (TCC-I) inclui técnicas como o controlo de estímulos e a restrição de sono, além de se focar nos pensamentos e comportamentos prejudiciais ao sono. Os resultados encontrados demonstram uma redução na prevalência de Perturbação Depressiva Major nos doentes tratados para a insónia com TCC-I, sendo a remissão da insónia nestes grupos mais sustentada comparada com os grupos de controlo.

**Discussão:** A evidência atual indica que o tratamento da insónia com TCC-I tem benefício na prevenção da incidência e recorrência da Perturbação Depressiva Major em doentes idosos. O rastreio de queixas de insónia ao nível comunitário e o aumento da disponibilização desta psicoterapia poderão trazer no futuro avanços significativos nos indicadores de saúde e prognóstico destes doentes e deste modo a prevenir o surgimento de depressão nesta população vulnerável.

#### PD 76

### O IMPACTO NA SAÚDE MENTAL DO CUIDADOR INFORMAL DE PESSOAS COM DEMÊNCIA

Clotilde Pinto Osório<sup>1</sup>; Sónia Patrícia Pereira<sup>1</sup>; Pedro Macedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

**Introdução:** O papel do cuidador informal do doente com demência tem sido cada vez mais abordado na comunidade científica como fator preponderante para o prognóstico da demência no idoso. No entanto, a natureza crónica e progressiva da doença, a carga física e demanda mental exigida aos cuidadores, associado ao processo de luto precoce que pode estar associado aos mesmos, pode levar a que se sintam muitas vezes sobrecarregados e isolados, culminando num risco aumentado de perturbações depressivas e ansiosas. Neste contexto, algumas medidas para prevenir estas patologias tem surgido, como é o caso dos programas psicoeducacionais.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é sintetizar e avaliar a evidência atual acerca da doença mental no cuidador informal de pessoas com demência, partindo de uma exposição dos fatores de risco, sintomas, e abordagens terapêuticas específicas para este contexto.

**Material e métodos:** Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura recorrendo à base de dados

PubMed, utilizando a palavra-chave: "people with dementia" and "caregiver" and "depression" OR "mental disorders".

**Resultados:** Os preditores para a prevalência de depressão nos cuidadores informais da pessoa com demência incluem fatores como ser o cuidador principal, baixa escolaridade ou cuidadores do cônjuge. O impacto dos cuidados no cuidador informal depende da exigência física dos cuidados da pessoa com demência e os seus problemas comportamentais, as competências do cuidador e sentimentos de tristeza, isolamento social, alterações do sono e sinais de luto precoce. As intervenções para minorar o surgimento de Perturbações Depressivas e ansiedade podem incluir treinos de competências educacionais, comportamentais e psicológicas relacionadas com os cuidados de pessoa com demência. No entanto, estes programas não mostraram efeitos estatisticamente significativos nos indicadores de qualidade de vida dos cuidadores, visto que muitas vezes se verifica uma negligência das necessidades próprias, como exercício físico, nutrição e socialização. A inexistência de redes de suporte ou recursos adicionais de cuidados têm também um impacto negativo na saúde mental dos cuidadores informais.

**Discussão/conclusões:** A sensibilização para a importância da saúde mental do cuidador informal da pessoa com demência e a criação de novos programas psicoeducacionais e serviços para apoio ao cuidador poderão ser fatores importantes na redução da prevalência e risco aumentado de Perturbações Depressivas e ansiosas nesta população. Mais estudos são necessários de modo a avaliar o impacto na qualidade de vida dos cuidadores informais nestes contextos.

## PD 77

### SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO APÓS AVC E UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Grilo Gonçalves<sup>1</sup>; Manuel Teixeira Veríssimo<sup>2</sup>; Daniela Figueiredo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Aveiro; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>CINTESIS@RISE, Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro

**Introdução:** A depressão e ansiedade persistem num grande número de doentes após o AVC. Atualmente, este fenómeno recebe significativamente menos atenção, comparativamente com outros problemas

psicológicos. Alguns pacientes têm acesso a unidades de reabilitação especializadas (UCCI) que podem melhorar estes sintomas com melhores resultados na sua qualidade de vida (QV), promovendo a melhoria da sua capacidade funcional.

**Objetivos:** Analisar as associações entre sintomas de ansiedade/depressão e QV em pacientes com AVC crónico, durante e após a alta da UCCI.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo observacional, longitudinal, descritivo em pacientes com história clínica de AVC, que tiveram alta das Unidades de AVC dos hospitais da zona centro do país, todos com idade >65 anos e com internamento posterior numa UCCI. Nenhum dos doentes apresentava sinais de demência, dos quais havia diagnóstico prévio de depressão (n = 20) e ansiedade (n = 9). Foram observados na admissão na UCCI, à data da alta, e 6 (6M) e 12 (12M) meses após a alta da Unidade; os dados foram recolhidos através de um protocolo composto por vários instrumentos para autopreenchimento, nomeadamente a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a de QV Específica para AVC(SS-QoL). Os dados das variáveis clínicas e demográficas foram analisados utilizando o SPSS® V.27, para descrever as associações com os *scores* da HADS. A recolha dados decorreu entre agosto/21 e julho/22.

**Resultados:** Uma coorte de 154 pacientes com AVC foi avaliada (relação M/F = 1,8; idade 75 ± 9 anos). O *score* total de ansiedade foi 6,8(4,8) (6M) e 5,8(4,1) (12M). Na depressão os valores foram 8,7(5,3) (6M) e 8,1(4,7) (12M). A pontuação total para ansiedade aos 6M estava relacionada com 3 domínios do SS-QoL (Personalidade, Papel Social e Trabalho/Produtividade), (p < 0,05), no entanto, nenhuma diferença foi encontrada aos 12M. A depressão teve relação significativa com todos os domínios da SS-QoL, exceto para a Visão (p < 0,05) aos 6M e 12M. Analisados os valores do teste MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*), conclui-se que os valores são mais baixos quanto mais elevado o *score* de depressão (cor. Pearson -0.182 e -0.237 aos 6M e 12M, p < 0.05). O *score* de independência funcional (I. Barthel), demonstrou diminuir quando o *score* da depressão aumenta aos 6M e 12M (cor. Pearson -0.262 e -0.259, p < 0.05). A gravidade do AVC, avaliada na escala NIHSS, não apresentou correlação com os valores de ansiedade/depressão nos dois momentos.

**Discussão/Conclusões:** O *score* HADS para ansiedade foi normal (0-7) aos 6M e 12M; no entanto, a depres-

são permanece com classificação anormal (8-10) após o AVC, o que parece ter um impacto negativo em quase todos os domínios da QV nos pacientes com AVC crônico. Este estudo destaca a necessidade de prevenir os sintomas de depressão após AVC, pois tal pode afetar negativamente a recuperação funcional dos doentes ao longo de todo o processo de reabilitação.

## PD 78

### **MENINGOENCEFALITE POR HERPES ZOSTER – UM CASO QUE NOS FAZ PENSAR**

Vanessa Duarte Costa<sup>1</sup>; Salomé Costa e Silva<sup>1</sup>;  
Inês Sá Couto<sup>2</sup>; Joana Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Pulsar; <sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /  
Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** *Herpes zoster* (HZ) é uma doença provocada pela reativação do Vírus *Varicella-Zoster* (VZV) e é um diagnóstico frequente em consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF). A sua prevalência aumenta com a idade, sendo afetadas sobretudo pessoas com idade superior a 50 anos e doentes imunodeprimidos.

**Descrição do caso:** Mulher, 80 anos, viúva, autónoma, a residir sozinha. Antecedentes pessoais de acidente vascular cerebral cardioembólico e fibrilhação auricular. Recorre à consulta aberta na Unidade de Saúde Familiar (USF) por cefaleia hemicraniana direita com intensidade 10/10 com 3 dias de evolução, sem resposta a paracetamol. Queixa-se de dor retroauricular direita, olho direito fechado e visão turva. Ao exame objetivo observa-se ptose palpebral e reflexo pupilar aparentemente diminuído à direita. É feito o diagnóstico de cefaleia com sinais de alarme e orientação para o serviço de urgência (SU) de Neurologia. No SU foi realizada tomografia axial computadorizada, que não mostrou alterações de relevo, e foi prescrita analgesia. Utente recorre após 2 dias à USF por dificuldade em dormir. No dia seguinte dá entrada no SU por redução da acuidade visual com dor na região frontal e periorbitária direita. É observado eritema periocular e vesículas, sendo diagnosticado HZ oftálmico e prescrito gel oftálmico com ganciclovir. São estabelecidos novos contactos com a USF e, 8 dias após a última ida ao SU, a utente recorre novamente por agravamento da cefaleia e manutenção do défice de acuidade visual. Neste dia, é internada no serviço de Infeciologia com um quadro progressivo de prostração. Durante o internamento é diagnosticada meningoencefalite por VZV e hemorragia cerebral aguda na região talâmica direita.

Atualmente encontra-se internada, com melhoria do estado clínico mas com sequelas neurológicas graves. **Conclusão:** A ausência inicial de sintomas cutâneos poderá contribuir para o atraso do diagnóstico e da terapêutica do HZ. O tratamento adequado deve ser instituído precocemente para evitar complicações graves, com possível impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. Ter conhecimento sobre prevenção desta doença é essencial. Atualmente existe vacinação disponível, eficaz e segura, tendo o Médico de Família um papel fulcral na transmissão desta informação. Os custos em saúde inerentes à não prevenção do HZ e às suas possíveis complicações merecem reflexão. Tendo em conta o elevado índice de envelhecimento em Portugal, esta problemática tem uma grande relevância nas consultas de MGF.

## PD 79

### **“JÁ ANDEI TUDO O QUE TINHA PARA ANDAR...” – ATIVIDADE FÍSICA COMO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO**

Pedro Azevedo<sup>1</sup>; Sara Ramalho Pinheiro<sup>1</sup>;  
Salomé Costa e Silva<sup>1</sup>; Sofia Cardoso de Oliveira<sup>1</sup>;  
Helena Martins<sup>1</sup>; Vanessa Costa<sup>1</sup>; Serenela Luz<sup>1</sup>;  
João António Capelo Quadrado<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF PULSAR

**Introdução:** A depressão é uma condição médica comum, com efeitos graves a nível da saúde mental e física, com prejuízo da qualidade de vida. Os idosos são uma população propensa à patologia depressiva, fruto de diversos fatores como perda de entes queridos, isolamento social, comorbilidades associadas e mudanças na estrutura familiar. Com o envelhecimento da população, estamos perante um problema de saúde cada vez mais relevante. Existem várias opções terapêuticas que variam desde medidas não farmacológicas, farmacológicas ou psicoterapia, sendo essencial compreender os seus benefícios e riscos associados.

**Objetivos:** Rever e sistematizar informação sobre o efeito da atividade física no tratamento da depressão do doente idoso.

**Material e métodos:** Pesquisa de artigos na PubMed e ScienceDirect, com recurso a palavras-chave *Elderly, exercise, depression*. Seleção de artigos em língua inglesa e portuguesa. Consulta de bibliografia considerada pertinente dos artigos selecionados.

**Resultados:** De acordo com a literatura, os idosos são

a população mais vulnerável à depressão major. Os estudos apontam a atividade física como uma opção terapêutica para esta faixa etária, seja de forma isolada ou como tratamento adjuvante. A evidência mostra que a prática de atividade física diminui os sintomas depressivos e tem impacto não só na saúde mental, mas também noutras áreas, nomeadamente na área cardiovascular e músculo-esquelética. Estudos demonstram, ainda, que melhora a qualidade de vida dos idosos e o próprio curso do envelhecimento. Outra vantagem identificada é a ausência de efeitos adversos nesta terapêutica em particular, sendo uma forma de combate à polimedicação.

**Discussão/Conclusões:** A depressão nos idosos é uma condição séria com grande impacto na saúde e bem-estar individual e coletivo. Existem várias estratégias terapêuticas válidas, sendo a atividade física uma delas. O exercício físico, seja isoladamente ou em combinação com outras medidas terapêuticas, farmacológicas ou não, permite diminuir e prevenir os sintomas de depressão. Sendo a polifarmácia um problema cada vez mais relevante no idoso, o exercício físico pode ser usado como uma arma terapêutica eficaz e segura, melhorando a qualidade de vida e o próprio envelhecimento. A atividade física mostrou ser um fator protetor para depressão, prevenindo o isolamento social e o sedentarismo, com benefícios marcados em vários sistemas do organismo. Tendo em conta as conclusões retiradas da literatura, devemos procurar rentabilizar a prática de exercício na preservação da saúde mental dos nossos idosos. Cabe ao Médico de Família, pela relação de proximidade estabelecida com os seu utentes, incentivar a adoção de medidas preventivas de estilo de vida e auxiliar na criação de um plano de atividade física ajustado às particularidades de cada indivíduo, rentabilizando as propriedades terapêuticas do exercício na saúde mental.

## PD 80

### OSTEOPOROSE NUM FICHEIRO CLÍNICO

Márcio Serra Rodrigues<sup>1</sup>; Carolina Inês<sup>1</sup>; Filomena Xavier<sup>1</sup>; Luciana Paulo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Cereja - ACeS Cova da Beira; <sup>2</sup>UCSP Tortosendo, ACeS Cova da Beira

**Introdução:** A osteoporose define-se como uma doença esquelética sistémica caracterizada pela diminuição da massa óssea mineral e pela deterioração da microarquitetura do tecido ósseo. Estas alterações

conduzem a um aumento do risco de fratura. Em Portugal, a prevalência estimada foi superior a 10%, sendo as mulheres pós-menopáusicas e os indivíduos idosos os mais afetados.

**Objetivo:** Avaliar adequação do diagnóstico e início de terapêutica de osteoporose, de um ficheiro de utentes, à luz de um novo protocolo estabelecido com o serviço de reumatologia do hospital de referência, baseado nas "Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade".

**Metodologia:** Tipo de estudo: observacional, descritivo e retrospectivo. Período: desde 2006, até março de 2023. População: utentes do ficheiro, com a codificação, do ICPC-2, L95 – Osteoporose, à data de março de 2023. Tipos e fontes de dados: processo clínico (programa informático SClínico® e MIM@UF®) e aplicativo PEM®. Tratamento de dados: Microsoft Excel.

**Resultados:** Dos 1662 utentes pertencentes ao ficheiro em estudo, 106, 6.38%, estavam codificados com L95 – Osteoporose, 84 dos quais com  $\geq 65$  anos (17.36% dos utentes desta faixa etária). Dos 106: 6 apresentavam registo do cálculo da probabilidade de fratura de dez anos, baseados na ferramenta FRAX®, sendo que 2 tinham indicação para iniciar terapêutica antiosteoporótica, o que se sucedeu, 2 tinham indicação para realizar osteodensitometria (DXA) e 2 não tinham indicação para terapêutica; 62 apresentavam registo de DXA, 35 dos quais com valores compatíveis com osteoporose e, desses 29 iniciaram terapêutica; 74 doentes realizam ou já realizaram terapêutica; quanto à adequação da terapêutica, 10 doentes encontram-se bem medicados para a osteoporose, 5 encontram-se a realizar corretamente uma pausa terapêutica, 9 devem realizar uma avaliação para instituir ou não a pausa terapêutica e 82 não se encontram a realizar nenhuma terapêutica, devendo ser reavaliados, perante as recomendações atuais.

**Conclusões:** A prevalência de osteoporose neste ficheiro clínico foi inferior à estimada para a população em geral. As recomendações atuais para início e gestão da terapêutica, obrigam a uma nova avaliação da maioria dos utentes, sendo esta fulcral para prevenir fraturas de fragilidade. Esta análise do ficheiro serve de ponto de partida para uma intervenção e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

**PD 85****A DOR DA SOLIDÃO: O SUICÍDIO NO IDOSO**

Juliana Lima Freixo<sup>1</sup>; Soraia Gonçalves Rodrigues<sup>1</sup>; Teresa Novo<sup>1</sup>; Daniela Brandão<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde do Alto Minho

**Introdução:** O suicídio é talvez o mais intrigante e perturbador ato do ser humano, pela dificuldade em compreender as razões que levam um indivíduo a violar o instinto primário de sobrevivência. As taxas de suicídio mais elevadas encontram-se nos idosos, sobretudo no sexo masculino. Nesta faixa etária, assistimos a um aumento marcado dos suicídios consumados, apesar de diminuírem as tentativas de suicídio e os comportamentos parasuicidários. Mais de dois terços das pessoas que cometem o suicídio procuraram um médico no mês anterior à sua morte e alguns utilizam como método a sobredosagem dos fármacos prescritos. Neste sentido, a avaliação da ideação suicida constitui um verdadeiro desafio para todos os clínicos e não apenas para os profissionais de saúde mental.

**Descrição do caso:** Apresenta-se o caso de um homem de 80 anos, independente para as AVDs, sem antecedentes psiquiátricos conhecidos. Observado no SU na sequência de uma tentativa de suicídio com queda de escada com TCE, seguida de autolesão no punho esquerdo com machado, condicionando défice motor sequelar. Da história clínica, apurou-se doença prolongada da esposa (Parkinson), com quem residia sozinho e da qual seria o principal cuidador, e o falecimento da mesma na semana anterior. Na entrevista com familiares, identificou-se sintomatologia depressiva com cerca de um mês de evolução, marcada por sentimentos de desesperança e perceção de fracasso na prestação de cuidados à esposa. No decorrer do internamento, observou-se marcada ambivalência em relação ao ato, alternando entre períodos com ideação suicida manifesta, sem qualquer projeção no futuro e períodos de arrependimento, com predomínio de sentimentos de vergonha, culpa e responsabilização pelo sofrimento causado aos familiares. À data de alta, após cerca de um mês de internamento, o doente encontrava-se estabilizado psicopatologicamente, com humor subdepressivo e sem ideação suicida. Foi para casa do filho, mantendo seguimento em consulta externa de Psiquiatria.

**Conclusão:** Estamos perante o caso de um idoso, cuidador da esposa, com um acontecimento de vida

identificado como precipitante da tentativa de suicídio, mas também vários fatores sociodemográficos associados a um risco acrescido: sexo masculino, idade superior a 45 anos, viuvez e situação profissional de aposentado. Este caso evidencia algumas particularidades das tentativas de suicídio nos idosos, muitas vezes associadas a situações vivenciais marcadas pela solidão e pelo isolamento. A ambivalência entre o arrependimento e o desejo de morrer é frequente neste grupo da população, tendo muito impacto as crenças religiosas católicas, que constituem um fator protetor. Assim, pretende-se sensibilizar para o risco acrescido deste grupo da população, alertando os clínicos para a importância da identificação de fatores de risco e da adoção de estratégias preventivas.

**PD 86****EFEITO DA SUPLEMENTAÇÃO COM VITAMINA D NA PATOLOGIA DEPRESSIVA EM IDADE AVANÇADA: REVISÃO CLÁSSICA**

Álvaro Duarte<sup>1</sup>; Cíntia Pereira<sup>1</sup>; Joana Mendes<sup>1</sup>; Rui Costa<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF São Félix - Perosinho

A depressão, enquanto perturbação psiquiátrica, apresenta um importante impacto físico, emocional e comportamental no indivíduo. Pela fragilidade associada ao processo de envelhecimento, é fulcral diagnosticar esta perturbação celeremente na população mais idosa. Sendo que esta faixa-etária apresenta também maior risco de défice de vitamina D, procurou-se perceber de que modo a suplementação com esta vitamina fará sentido na perspetiva de melhoria da sintomatologia depressiva.

O objetivo desta revisão é perceber se a suplementação com vitamina D tem um impacto significativo na sintomatologia depressiva, em indivíduos de idade avançada.

A 28/04/2023 foi realizada uma pesquisa na PubMed e Cochrane Library usando a *query*: ((*Elderly*) OR (*older*)) and ((vitamin D) OR (supplement)) and (*depression*), tendo a mesma resultado na obtenção de 15 artigos. Os critérios de inclusão foram: artigos escritos em língua portuguesa ou inglesa, idade dos indivíduos da amostra ser igual ou superior a 60 anos, suplementação com vitamina D nos grupos de intervenção e avaliação do perfil depressivo durante e/ou após a referida suplementação. Após a leitura dos *abstracts* e aplicados os respetivos critérios de inclusão, foram selecionados 5 artigos para revisão.

Num dos artigos revistos objetivou-se uma melhoria do *score* na *Geriatric Depression Scale-15* em idosos suplementados com 50,000 UI de vitamina D3 semanais durante um total de 8 semanas. Num estudo randomizado e controlado realizado em indivíduos com pré-diabetes, verificou-se uma melhoria nos sintomas depressivos e também ansiosos, com uma suplementação semanal de 25,000 UI de vitamina D3 ao longo de 12 meses. Num outro artigo verificou-se benefício na suplementação com 60,000 UI mensais em indivíduos sob terapêutica antidepressiva e em indivíduos que apresentavam déficit de vitamina D *ad initium*. Por outro lado, os restantes dois estudos revistos não concluíram que exista uma relação estabelecida entre estas duas variáveis.

Não é inequívoco que o aumento dos níveis sanguíneos de vitamina D, associados à suplementação, se relacionem com a melhoria da sintomatologia depressiva. É, assim, necessário realizarem-se mais estudos, principalmente randomizados e controlados, de forma a melhor compreender qual o papel da suplementação com vitamina D na síndrome depressiva em idosos, bem como qual será a dose com um impacto mais significativo.

### PD 87

#### SITUAÇÃO DE ÚLTIMOS DIAS DE VIDA – CASO CLÍNICO

Ana Matos<sup>1</sup>; Natalina Rodrigues<sup>1</sup>; Lília Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Núcleo de Cuidados Paliativos do ACES Marão e Douro Norte

**Introdução:** Aplicados precocemente, os Cuidados Paliativos (CP) trazem benefícios para os doentes e famílias. A prestação de cuidados em Situação de Últimos Dias de vida (SUD) promove o conforto, incrementa a comunicação com o doente, a família e com a equipa de saúde e catalisa lutos saudáveis. Na avaliação da complexidade do doente paliativo é importante ter em conta a possibilidade de flutuações ao longo da trajetória de doença, bem como a capacidade de resposta dos serviços de saúde, que deve ser concreta, efetiva e atempada.

**Descrição do caso:** Homem de 78 anos, reformado, casado, inserido numa família nuclear na fase VIII do ciclo de Duvall, classe baixa. Apresenta antecedentes de Adenocarcinoma do pulmão estadio IV diagnosticado em outubro de 2019, Hepatocarcinoma desde há 12 anos, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, cirrose hepática alcoólica, trombose

da veia cava inferior e carcinoma vesical submetido a RTU em 2009. Era acompanhado periodicamente pela Médica de Família e nas Consultas Externas de CP, Hepatologia e Pneumologia. Foi referenciado a 13/04/2023 por SUD e visitado pela Equipa Comunitária de Suporte em CP a 14/04/2023. O doente referiu diminuição do apetite com recusa alimentar e disfagia. Apresentava quadro de agitação psicomotora, discurso lentificado e incoerente. Referiu xerostomia. Não foram avaliados sinais vitais. O abdómen era ascítico e tinha edemas dos membros inferiores. Foi abordada a sedação paliativa, que aceitou. Apresentava *insight* para quadro confusional atual. Foi colocado DIB 72h com morfina + midazolam + butilescopolamina e resgates de morfina SC e midazolam SC. A família foi informada para não forçar a alimentação. Dada a sobrecarga de volume, não iniciou hipodermóclise.

**Conclusão:** O doente foi encaminhado para a Equipa Comunitária em SUD. Apesar de ser acompanhado por vários profissionais, não foi referenciado precocemente, tendo em conta a vontade do próprio em falecer no domicílio. Esta situação representou um desafio para os profissionais que, não conhecendo o doente e a família, prestaram cuidados individualizados, num primeiro contacto. O utente faleceu a 16/04/2023. Que este caso permita uma reflexão para uma melhoria nos cuidados em fim de vida.

### PD 88

#### ENVELHECIMENTO E SONO: COMPREENDENDO AS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS NOS IDOSOS

Bárbara Castro Sousa<sup>1</sup>; Vítor Santos<sup>1</sup>; Zoe Correia de Sá<sup>1</sup>; Teresa Carvalhão<sup>1</sup>; Silvína Fontes<sup>1</sup>; Joana Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

**Introdução:** A qualidade do sono é um fator crítico para a saúde e bem-estar em todas as fases da vida. No entanto, à medida que envelhecemos, é comum que ocorram alterações no padrão de sono, o que pode afetar significativamente a qualidade de vida dos idosos. Essas alterações podem ser causadas por vários fatores, incluindo mudanças biológicas, condições médicas, medicamentos e mudanças no estilo de vida. Assim, torna-se importante compreendê-las de forma a tratá-las e desta forma melhorar a qualidade de vida e prevenir problemas de saúde relacionados com o sono.



**Objetivos:** Os autores pretendem realizar através de uma revisão de literatura, analisar o estado da arte sobre as principais alterações do sono em idosos, as suas causas, diagnóstico e tratamento, e explorar as abordagens preventivas para as alterações do sono em idosos, incluindo estratégias de promoção de um estilo de vida saudável.

**Material e métodos:** Foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa: artigos científicos, revisões sistemáticas de literatura e meta-análises, análise de estudo de casos e relatos de caso relevantes, utilizando como motor de pesquisa PubMed, ScienceDirect e Cochrane Library, e palavras-chave relevantes, como "alterações do sono em idosos", "insônia em idosos" e "saúde mental e sono em idosos". E consulta de diretrizes clínicas sobre o tratamento das alterações do sono em idosos, como as diretrizes da *American Academy of Sleep Medicine*. Os artigos selecionados foram avaliados quanto à sua qualidade metodológica e relevância para o tema.

**Resultados:** A insônia é um problema comum em idosos, afetando cerca de 30% dos indivíduos com mais de 65 anos. Está, pode ser causada por diversos fatores, sendo a terapia cognitivo-comportamental uma opção de tratamento eficaz, com taxas de sucesso de até 80%. É também comprovado a eficácia da atividade física regular na melhoria da qualidade do sono nos idosos, reduzindo a sonolência diurna excessiva e aumentando a duração do sono profundo. Além disso, o exercício físico pode ajudar a reduzir o risco de insônia. Também a alimentação pode afetar a qualidade do sono em idosos. Alimentos que contêm triptofano, como leite e ovos, podem ajudar a promover o sono. Por outro lado, alimentos pesados e gordurosos podem interferir no sono, tornando-o mais fragmentado. Também evitar cafeína e álcool antes de dormir, manter um ambiente de sono tranquilo e escuro, podem ajudar a melhorar a qualidade do sono em idosos.

**Conclusão:** A educação é fundamental para melhorar a qualidade do sono em idosos. Os idosos devem ser informados sobre a importância do sono adequado para a saúde e bem-estar, bem como estratégias eficazes para melhorar a qualidade do sono. Além disso, os cuidadores e profissionais de saúde devem ser treinados para reconhecer e tratar distúrbios do sono em idosos.

## PD 89

### ANGINA INSTÁVEL NO IDOSO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marina Conceição Mendes Magno<sup>1</sup>; Cátia Alves Fernandes<sup>2</sup>; Tracey-Ann Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ACES Tâmega II - USF Salvador Lordelo; <sup>2</sup>ACES Tâmega II - USF Lordelo

**Introdução:** A angina instável integra os síndromes coronárias agudas sem supradesnivelamento de ST, na ausência de dano miocárdico. A apresentação típica é angina de peito, caracterizada por dor/pressão retroesternal, com irradiação para os braços, pescoço ou mandíbula. Pode associar-se a sudorese, náuseas, epigastralgia, dispneia e síncope. Contudo, nos idosos, apresentações atípicas, tais como epigastralgia, dispneia, indigestão ou fadiga são muito comuns. Os idosos, para além de apresentarem maior risco cardiovascular pela idade, apresentam maior risco de complicações associadas a intervenções, bem como mais efeitos secundários à polifarmácia.

**Descrição do caso:** Homem de 71 anos, com antecedentes de excesso de peso. Ex-fumador. Sem medicação habitual. Recorre a consulta aberta (CA) no dia 30/08/22 por edema do tornozelo direito, desde há 2 meses. Refere ainda, desde há 1 mês, episódios esporádicos de toracalgia, tipo opressão, sem irradiação, com duração inferior a 1 minuto, quando realiza determinados esforços, associado a sudorese, que melhorava com repouso e eructação. Ao exame objetivo, apresentava à auscultação cardíaca, sopro sistólico grau II/IV e ligeiro edema do tornozelo direito. Pedido ecocardiograma + prova de esforço, agenda a reavaliação com Médico de Família (MF). No dia 08/09/22, recorre a CA, por indicação da clínica, com o resultado de prova de esforço: "Teste positivo para isquemia do miocárdio por critérios clínicos e eletrocardiográficos". Utente refere aumento da frequência dos episódios de toracalgia e para menores esforços. Referenciado ao serviço de urgência (SU), foi acionada a Via Verde Coronária, realizou ECG, sem sinais de isquemia aguda, e marcadores de necrose miocárdica negativos. Foi observado por Cardiologia que assumiu diagnóstico provável de angina instável e propôs internamento para estratificação. Realizou coronariografia e foi submetido a angioplastia com stents. Realizou ecocardiograma: "Estenose aórtica moderada, aparentemente bicúspide". Teve alta medicado, com indicação de controlo dos fatores de risco cardiovas-

culares (FRCV) e rastreio de bicuspidia da válvula aórtica aos familiares de 1º grau pelo MF.

**Conclusão:** Este caso trata-se de uma angina instável no idoso detectada a nível dos cuidados de saúde primários. Este caso alerta-nos para a complexidade e especificidades da população idosa. A apresentação síndrome coronário agudo em idosos pode oscilar entre sintomas típicos e atípicos, todos devem ser tidos em conta de modo a obter um diagnóstico atempado, reduzindo possíveis complicações e mortalidade. De referir, ainda, o papel do MF no controlo de FRCV após o evento. Este caso mostrou também a importância da comunicação entre os cuidados de saúde secundários e primários, quer na gestão da doença aguda, no seguimento pós evento e no rastreio de patologias com associação genética.

## PD 90

### SAOS E RISCO DE QUEDA NO IDOSO: QUAL A RELAÇÃO?

Patrícia Vasconcelos Costa<sup>1</sup>; Sandra Igreja Cunha<sup>1</sup>; Joana Torres<sup>1</sup>; Pedro Paulo<sup>1</sup>; Beatriz Paupério<sup>1</sup>; Teresa de Santis<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Aces Baixo Vouga*

**Introdução:** As quedas na população idosa são uma das principais causas de acidentes e continuam a ser uma causa importante de morbi-mortalidade, sendo por isso mesmo um desafio para os profissionais de saúde e cuidadores. São vários os fatores de risco de queda no idoso, desde fatores relacionados com a idade, assim como fatores comportamentais ou ambientais. A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), está associada a fragmentação do sono que leva a sonolência diurna, alterações na marcha, na postura e alterações cognitivas, entre outras. Sabe-se que apesar de ser uma condição prevalente na nossa sociedade, está sub-diagnosticada.

**Objetivos:** Avaliar se o diagnóstico de SAOS ou a má adesão ao tratamento está associado com o aumento do risco de quedas no idoso.

**Métodos:** Revisão da literatura baseada na pesquisa de artigos publicados nos últimos 10 anos nas bases de dados PubMed e Cochrane, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando os termos “*Sleep apnea*”, “*accidental fall*”, “*Elderly*”. nas línguas inglesa e portuguesas, utilizando os termos “*Sleep apnea*”, “*accidental fall*”, “*Elderly*”.

**Resultados:** A pesquisa resultou em 34 artigos. Foram excluídos 23 após leitura do título e 4 após leitura do

resumo. Foram incluídos 5 artigos na nossa revisão. Dos artigos analisados, duas revisões e um estudo de intervenção revelaram que a SAOS contribui para alterações na marcha e postura, aumentando assim o risco de quedas, sendo que a adesão ao tratamento parece ter impacto na marcha e consequentemente na diminuição do risco de quedas. Um estudo transversal determinou que quanto maior o índice de apneia/hipopneia, maior é o impacto na postura estática e dinâmica dos indivíduos aumentando o risco de queda. Um estudo de coorte de base populacional concluiu que doentes com SAOS têm risco aumentado de lesões no geral, principalmente se mais de 65 anos, sendo que de todas as lesões observadas, as quedas acidentais foram as que apresentaram maior incidência.

**Conclusões:** Podemos concluir que há poucos estudos que investiguem o impacto da SAOS no risco de queda acidental em indivíduos com mais de 65 anos. Entre as limitações dos artigos encontrados, podemos incluir o facto de serem muito heterogéneos, com populações com características distintas e tendo usadas métricas diferentes e o facto de incluírem amostras pequenas. Apesar de tudo a pesquisa demonstra que parece haver uma relação entre o diagnóstico de SAOS e o aumento do risco de queda, sendo que o risco será tanto maior quanto maior for a severidade da SAOS. O tratamento da SAOS e a adesão ao tratamento demonstram reduzir o risco de queda em pessoas com mais de 65 anos. Isto demonstra a importância do diagnóstico atempado desta doença e da sensibilização dos profissionais de saúde, dos doentes e dos cuidadores, de forma a diminuir o impacto no risco de quedas e as suas consequências.

## PD 91

### TERAPIA DE REMINISCÊNCIA NA RECONSTRUÇÃO DA NARRATIVA DE MEMÓRIAS EM SÍNDROMES DEMENCIAIS.

Maria do Rosário Basto<sup>1</sup>; Odete Nombora<sup>1</sup>; Vitória Silva Melo<sup>2</sup>; Luís Paulino Ferreira<sup>3</sup>; Liliana Carmo Gomes<sup>4</sup>

*<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas;*

*<sup>3</sup>Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo;*

*<sup>4</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António*

**Introdução:** As síndromes demenciais (SD) apresentam uma elevada e previsível crescente prevalência, representando um relevante problema de saúde pú-

blica com grande impacto na sociedade e nos convi-ventes. Quadros neuropsiquiátricos, como apatia, de-pressão, heteroagressividade, agitação psicomotora, sintomatologia psicótica, diminuição da qualidade do sono e desinibição sexual estão entre as maiores di-ficuldades experienciadas pelos cuidadores, associa-dos a piores *outcomes* e aceleração da deterioração cognitiva. Da limitada eficácia e elevada frequência de efeitos secundários das intervenções farmacológicas, emerge a necessidade de serem estudadas outras estratégias para o controlo de alterações comporta-mentais nas SD. Estudos apontam que estes sintomas neuropsiquiátricos possam ser a tradução de um mal-estar interno, quer pela existência de conflitos pas-sados, quer pela incapacidade de acesso a memórias e eventos de vida.

**Objetivos:** Através de uma revisão narrativa, preten-de-se investigar a pertinência do uso de Terapia de Reminiscência (TR) na gestão de quadros neuropsi-quiátricos em contexto de SD.

**Material e métodos:** Revisão não sistemática da li-teratura sobre o tópico, através de pesquisa na base de dados PubMed, usando os termos “*reminiscence therapy*” and “*neuropsychiatric symptoms*” and “*de-mentia*”.

**Resultados:** A TR baseia-se na recuperação das memórias que o doente tem sobre o seu passado, consistindo num processo onde estas memórias são significativamente acedidas para serem revistas, re-petidas, interpretadas e partilhadas com outros, com o objectivo de promover a adaptação ao momento da vida actual. A TR tem base psicoterapêutica com vertente psicodinâmica, que é caracterizada pelo regresso progressivo à consciência de conflitos do passado e ao ressurgimento de conflitos por resolver, com a finalidade de reduzir o mal-estar actual. Assim, tem sido aplicada em doentes com perturbação de-pressiva ou SD, onde é procurada reabilitação para funcionamentos deficitários em diferentes domínios. Evidências sugerem que a TR pode diminuir a seve-ridade de sintomas neuropsiquiátricos em SD, com impacto na preservação de capacidades intelectuais e de acesso a memórias. Parece existir uma facilita-ção da expressão emocional e reorganização de con-teúdos internos que proporciona um estado de maior fluidez do pensamento, associado a uma sensação de bem-estar, quantificada através de questionários que avaliam a qualidade de vida.

**Discussão/Conclusões:** A exiguidade de estudos so-bre o tema dificulta a análise de resultados, consis-tindo num viés para a inferência de conclusões. São necessários estudos sistemáticos para esclarecer o impacto da TR como intervenção modificadora de prognóstico. Contudo, o acesso a memórias parece ter um impacto positivo na redução da angústia, muitas vezes expressada de forma amorfa através de sinto-mas neuropsiquiátricos em doentes com SD.

## PD 92

### EFICÁCIA E SEGURANÇA DA VACINA RECOMBINANTE CONTRA *HERPES ZOSTER* NO IDOSO

Sara Ramalho Pinheiro<sup>1</sup>; Pedro Azevedo<sup>1</sup>; Sofia Oliveira<sup>1</sup>; Salomé Silva<sup>1</sup>; Rosa Costa<sup>1</sup>; Serenela Luz<sup>1</sup>; Helena Martins<sup>1</sup>; Vanessa Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Pulsar

**Introdução:** A infeção por *Herpes zoster* (HZ), causada pela reativação do vírus *Varicella-Zoster*, pode causar uma doença extremamente dolorosa e debilitante. O risco de desenvolver HZ aumenta com a idade, e a doença pode levar a complicações graves em indiví-duos idosos. Atualmente, em Portugal, estão disponí-veis no mercado duas vacinas: uma vacina de vírus vivo atenuado e, mais recentemente, surgiu uma va-cina recombinante.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia da vacina recombinante na prevenção de *Herpes zoster* e nevralgia pós-her-pética na população idosa e avaliar seu perfil de se-gurança.

**Metodologia:** Revisão clássica da literatura, através da pesquisa de artigos publicados na PubMed, nos últimos 5 anos. Pesquisa dos termos MESH “*recombi-nant vaccines*” e “*herpes zoster*”, ou palavras-chave equivalentes. Foi feita uma seleção prévia pelo título e *abstract*, e consultada bibliografia considerada perti-nente dos artigos selecionados.

**Resultados:** A literatura sugere que a vacina recom-binante tem demonstrado ser eficaz e segura na prevenção de HZ e nevralgia pós-herpética. A vacina mostrou ser mais eficaz na redução da infeção por HZ, sobretudo a partir dos 50 anos de idade. A principais reações adversas reportadas são sobretudo reações ligeiras e auto-limitadas, como dor no local da injeção, mialgias, cefaleias. Ao contrário da vacina viva, pode ser administrada em indivíduos imunocomprometidos.

**Discussão/Conclusões:** A vacina recombinante para

HZ demonstrou ser uma estratégia promissora na prevenção desta doença na população idosa. A evidência tem demonstrado um bom perfil de eficácia e segurança. São ainda necessários estudos a longo prazo, que permitam avaliar o custo-efetividade e durabilidade da imunização. Os resultados promissores podem levar à generalização da recomendação da vacinação dos indivíduos idosos, como já acontece em alguns países, com importante impacto na saúde pública e na qualidade de vida.

### PD 93

#### UM RETIRO POUCO TRANQUILIZADOR...

Rita Ortega<sup>1</sup>; Maria Beatriz Couto<sup>1</sup>; Andreia Salgado Gonçalves<sup>1</sup>; Francesco Monteleone<sup>1</sup>; Eduarda Machado<sup>1</sup>; João Fonseca<sup>1</sup>; Elisa Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães

**Introdução:** Os sintomas psiquiátricos podem ser a primeira manifestação de patologias não psiquiátricas, como as demências. Apresentamos um caso clínico acerca de um episódio maníaco inaugural numa idosa. **Caso clínico:** Mulher de 68 anos, viúva, com dois filhos. Vive sozinha. Reformada, previamente era professora do ensino básico. Medicada com escitalopram 10mg 1 id, desde 2017, por quadro depressivo/ansioso, sem outros antecedentes psiquiátricos. Em março de 2023, esteve no serviço de urgência (SU) com quadro de hipomania. Por apresentar bom suporte familiar e ter aceitado o plano terapêutico proposto, teve alta com agendamento de consulta de apoio ao SU. Três dias depois, regressou ao SU. Referiu que, desde fevereiro, se sentia mais ansiosa. Na semana anterior, tinha participado num retiro, promovido por um centro dedicado à promoção de hábitos de vida saudável. Segundo a mesma, “as coisas estavam diferentes...as pessoas pareciam tristes” (sic), contrastando com ela que tinha imensas ideias. Segundo familiares, cumpria a medicação prescrita sob vigilância, ainda que com alguma oposição, mantendo aumento da energia, com insónia quase total. Há 10 anos, integrou uma comunidade religiosa, que também promove hábitos de vida “mais naturalistas” (sic), motivo pelo qual se tornou vegetariana. Segundo familiares, previamente, não era muito ligada à religião e têm notado um envolvimento progressivo nesta comunidade, além de que, atualmente, começou a agir em função de crenças místicas de forma imprudente. Ao exame do estado mental, apresentava contacto hiperfamiliar, humor

elacionado, discurso circunstanciado, de débito elevado, dificilmente interrompível, centrado em temáticas místicas, sem contornos inequivocamente delirantes, e *insight* prejudicado. A doente foi internada, voluntariamente, no serviço de Psiquiatria, por episódio maníaco. Analiticamente, apurou-se défice de vitamina B12 e a tomografia computadorizada crânio-encefálica revelou “leucoencefalopatia microcirculatória crónica”. Apresentou progressiva estabilização do humor e adequação comportamental. Inicialmente, com ideias fixadas em temáticas místicas/religiosas, que se foram esbatendo e que pareceram também mescladas em pressupostos ideológicos relacionados à igreja que frequenta. Desenvolveu crítica mórbida e reconheceu o benefício do tratamento. Teve alta medicada com olanzapina 10mg 1 id, lorazepam 2,5mg 1 id, vitaminas do complexo B 2 id e foi orientada para consulta de Psicogeriatria.

**Conclusão:** Este caso promove a discussão de diversos diagnósticos diferenciais. Embora se trate de um episódio maníaco, é raro um início tão tardio de uma perturbação afetiva bipolar. O défice vitamínico que se apurou não justifica a exuberância do quadro, bem como o antidepressivo que fazia há anos. A hipótese de uma demência frontotemporal em evolução merece uma investigação mais detalhada em consulta.

### PD 94

#### ISOLAMENTO E SUICÍDIO NA POPULAÇÃO IDOSA

Luis Paulino Ferreira<sup>1</sup>; Margarida Magalhães<sup>1</sup>; Maria do Rosário Basto<sup>2</sup>; Odete Nombora<sup>2</sup>; Vitória Silva de Melo<sup>3</sup>; Líliliana Castro Gomes<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; <sup>3</sup>Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas;

<sup>4</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

**Introdução:** A pandemia COVID-19 fez com que muitos idosos experimentassem um grau de isolamento social e de solidão nunca vistos. É reconhecido que o isolamento é um importante fator de risco para o suicídio, particularmente em pessoas idosas, e constitui um importante problema em vários países.

**Objetivos:** A presente revisão pretende analisar o impacto do isolamento na saúde do idoso, bem como a sua relação com o suicídio.

**Métodos:** Revisão não-sistemática da literatura através de pesquisa bibliográfica no Medscape e PubMed

utilizando as palavras-chave: *Social Isolation; suicide; Elderly; mental health.*

**Resultados:** Nos idosos, o isolamento social pode ser um factor determinante para ansiedade, depressão, abuso de álcool e sentimentos de solidão e abandono, com percepção de serem um fardo para a sociedade. A depressão é a causa mais relevante encontrada na base da crise suicidária na população geriátrica, aliada a sofrimento físico crónico, luto, sentimentos de perda, conflitos familiares e exclusão social. Desta forma, verifica-se um maior risco para a exacerbação de perturbações psiquiátricas sem tratamento e acompanhamento adequados, aumentando ainda mais o risco de suicídio. Além disso, o isolamento contribui para acelerar a deterioração cognitiva com maior risco de demência, aumentar o aumento do risco de quedas, de má alimentação e falta de atividade física. Condiciona também o acesso a medicamentos e aos cuidados de saúde. Todos estes factores contribuem para o enfraquecimento do sistema imunológico dos idosos levando a um maior risco de desenvolver infeções, eventos cardiovasculares e cancro, aumentando o risco de hospitalização e a morbimortalidade. Acresce-se ainda ao maior risco de suicídio nesta idade, as doenças crónicas degenerativas e/ou incuráveis, doença oncológica, dor crónica não controlada, dependência de terceiros e incapacidade física.

**Discussão/Conclusões:** O isolamento social nos idosos tem impacto significativo na saúde física e mental, apresentando-se como um importante fator de risco para o suicídio. Os efeitos negativos nas famílias, amigos e comunidade após um suicídio reforçam a urgência de uma melhor compreensão do isolamento e do suicídio nos idosos. Mais estudos, e sobretudo nesta era pós-pandemia, serão necessários para compreender, avaliar e aprimorar as estratégias de prevenção destes fenómenos na população idosa.

## PD 95

### EFICÁCIA DOS PSICOESTIMULANTES NA GESTÃO DOS SINTOMAS COGNITIVOS E COMPORTAMENTAIS NA DEMÊNCIA

Vitória Silva de Melo<sup>1</sup>; Maria do Rosário Basto<sup>2</sup>; Odete Nombora<sup>2</sup>; Luís Paulino Ferreira<sup>3</sup>; Lilliana Carmo Gomes<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo; <sup>4</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

**Introdução e objetivos:** A prevalência de demências, como a doença de Alzheimer (DA), tem, sem surpresa, aumentado nas últimas décadas, acalorando um crescente interesse na investigação de tratamentos alternativos que se mostrem eficazes e seguros. Os sintomas cognitivos, por um lado, e os psicológicos e comportamentais, por outro, são alvos terapêuticos relevantes. Este estudo contempla revisão da literatura atual sobre as condições do uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato, modafinil, atomoxetina e outras substâncias estimulantes do sistema nervoso central, no tratamento dos sintomas cognitivos e comportamentais associados a estas patologias.

**Material e métodos:** Realizou-se uma revisão não sistemática da literatura através das bases de dados PubMed, Embase e *Web of Science*. Foram incluídos artigos publicados entre 2018 e 2023, partindo, sobretudo, de ensaios clínicos randomizados, controlados por placebo. Nesta pesquisa, priorizaram-se os seguintes termos MeSH: “*recombinant vaccines dementia*”; “*alternative Treatments in Alzheimer’s Disease*”; “*Behavioural and psychological symptoms in dementia*”.

**Resultados:** A evidência desvenda que os psicoestimulantes, particularmente o metilfenidato, podem ter um impacto positivo nos sintomas cognitivos em doentes com demência, especialmente no que concerne à atenção e velocidade de processamento. Contudo, parece mais consensual o benefício desta molécula no tratamento de sintomas comportamentais e psicológicos, como agitação, agressividade, sintomatologia ansiosa, mas sobretudo apatia em doentes com DA e impulsividade/desinibição na variante frontal da Demência Frontotemporal (DFT). O modafinil, embora pareça ser de algum interesse na gestão da sonolência diurna excessiva, está associado a alguns casos de agravamento da agitação psicomotora em doentes com Doença de Corpos de Lewy (DCL). De resto, os

efeitos adversos relatados revelam-se globalmente leves e transitórios, embora o perfil de risco deva ser cuidadosamente avaliado em cada caso clínico.

**Discussão e conclusões:** A heterogeneidade dos estudos, assim como a escassez de dados de longo prazo exigem previdência na interpretação dos resultados. Além disso, é fundamental ressaltar a importância desta medida terapêutica como forma de paliar os sintomas neuropsiquiátricos complexos dos síndromes demenciais e não como ferramenta modificadora de prognóstico. Esta revisão atualizada da literatura sugere que os psicoestimulantes podem ser uma opção válida e promissora, principalmente para o tratamento dos sintomas psicológicos e comportamentais em doentes com demência, como DA e DFT. Todavia, e atendendo à natureza vulnerável da população a quem se dirige, a prescrição destes fármacos deve ser personalizada e orientada por protocolos específicos cujo desenvolvimento parece merecer achados mais robustos.

#### PD 96

### LUTO PATOLÓGICO E DEPRESSÃO PSICÓTICA: UM CAMINHO INSIDIOSO

Zoé Correia de Sá<sup>1</sup>; Vítor Hugo Jesus Santos<sup>1</sup>; Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa<sup>1</sup>; Teresa Carvalhão<sup>1</sup>; Joana Ramos<sup>1</sup>; Silvína Fontes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

**Introdução:** A perda de um ente querido pode ter um impacto profundo na saúde mental, nomeadamente no desenvolvimento de patologias do humor. Neste caso apresentamos a história de uma utente, sexo feminino 75 anos, que desenvolveu um quadro de depressão grave com sintomatologia psicótica na sequência da morte de uma filha e de um neto num acidente de viação 10 anos antes, nunca tendo do tratamento dirigido.

**Descrição do caso:** Utente do sexo feminino, viúva, 75 anos, sem antecedentes pessoais prévios relevantes, foi trazida ao serviço de Urgência (SU) da nossa instituição por quadro de alteração do comportamento com 2 semanas de evolução, no qual a utente deixou de reconhecer os seus familiares e amigos, e referindo que estes teriam sido substituídos por outras pessoas e outras entidades – delírio de Capgras. Associadamente apresentava sintomatologia depressiva, com início há 10 anos, após acidente de viação mortal da

filha e do neto. Nesse período a utente foi progressivamente perdendo autonomia nas atividades de vida diária, criou um “altar” no quarto com as fotografias e pertences dos familiares e recusou sempre apoio médico dirigido. Durante a permanência no SU, foram excluídas causas não-psiquiátricas que motivassem alteração do comportamento. A utente foi internada e iniciou terapêutica antipsicótica e antidepressiva. Passadas 3 semanas, toda a sintomatologia psicótica remitiu, tendo permanecido apenas sintomatologia depressiva ligeira residual, com recuperação funcional acompanhante.

**Conclusão:** Este caso permite evidenciar a necessidade de tratamento da depressão na população idosa em tempo útil, bem como a necessidade de combater continuamente o estigma associado ao acesso a cuidados de saúde mentais. O facto de esta utente ter respondido bem a terapêutica antipsicótica mostra-nos claramente a eficácia destes fármacos no tratamento do delírio de Capgras. Por outro lado, também nos revela que dada a duração da evolução da sintomatologia depressiva (para além do tempo esperado no luto), a utente necessitará de acompanhamento regular e terapêutica antidepressiva para abordar a patologia de base – a depressão.

#### PD 97

### A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO – UM ESTUDO QUALITATIVO

Joesa<sup>1</sup>; Flávia Martão Flório<sup>2</sup>; Arlete Maria Gomes Oliveira<sup>2</sup>; Luciana V Campos<sup>2</sup>; Josely Ferraz<sup>2</sup>; Tatyana Cristina Cardoso Xavier<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sao leopoldo Mandic; <sup>2</sup>Sao leopoldo mandic

Compreender a importância da espiritualidade na vida de pessoas em processo de envelhecimento. Estudo qualitativo com 10 participantes, escolhidos de forma intencional, ambos os sexos, com mais de 60 anos, independentes, com ou sem religião declarada. Método de abordagem da História Oral fundamentada em narrativas e observação participante. Entrevistas gravadas e posteriormente transcritas e textualizadas. Os diálogos foram norteados por três questões e análise dos textos se deu pelo processo de imersão e cristalização. A maioria demonstrou aceitar bem o envelhecimento e tem na espiritualidade sua força vital. Houve referência a negação e não aceitação ao envelhecimento decorrente das dificuldades físicas. Foi unânime que a

Espiritualidade atua como ferramenta de suporte e superação de obstáculos auxiliando na qualidade de vida. Independente de religião a espiritualidade foi considerada mola propulsora para as adversidades e deve ser valorizada nessa etapa da vida em que a velhice é uma realidade nem sempre positiva.

## PD 98

### SATISFAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE DO IDOSO EM FIM DE VIDA: UM PERCURSO NECESSÁRIO

Ângela Alves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** O aumento considerável da esperança de vida, o prolongamento de algumas doenças crônicas e incapacitantes levaram ao aumento de pessoas com doença em fase terminal de vida. Assim, cabe aos Enfermeiros darem resposta às mudanças e tendências da população envelhecida que cuidam, mantendo a sua excelência de cuidados (Watson, 2002). Torna-se essencial perceber em que medida as situações criadas na interação entre o Enfermeiro e o Idoso, num contexto paliativo, constituem uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal e/ou uma vivência ameaçadora.

**Objetivos:** analisar as características/perfil socioprofissionais(al) da Pessoa em fim de vida; compreender os factores preditores para a satisfação dos Cuidados de Saúde e de Enfermagem.

**Metodologia:** Questão de investigação: “Que fatores sociopsicológicos e profissionais interferem na Qualidade dos Cuidados de Saúde e de Enfermagem, na Pessoa em fim de vida?”. É um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional. Hipóteses 1: Existe relação significativa entre a Satisfação dos Cuidados de Enfermagem das pessoas em fim de vida, com a percepção da Qualidade dos Cuidados de Saúde; 2: A Satisfação dos Cuidados de Enfermagem e a percepção da Qualidade de Cuidados de Saúde são diferentes, em função do sexo da Pessoa em Fim de Vida; 3: A Satisfação dos Cuidados de Enfermagem e a percepção da Qualidade de Cuidados de Saúde relaciona-se com a idade da Pessoa em fim de vida; 4: A satisfação dos Cuidados de Enfermagem e a percepção da Qualidade de Cuidados de Saúde relaciona-se com o estado civil da Pessoa em fim de vida; 5: A Satisfação dos Cuidados de Enfermagem e a percepção da Qualidade de Cuidados de Saúde relaciona-se com a

escolaridade da Pessoa em fim de vida; 6: A satisfação dos Cuidados de Enfermagem e a percepção da Qualidade de Cuidados de Saúde é diferente consoante a presença visita referência

**Resultados e discussão:** - 47 inquiridos com idade entre 43-85 anos - metade dos elementos da amostra tinham pelo menos 65 anos; - 53% sexo masculino; - 49% casados; - 36.2% sem habilitações literárias; - dois em cada três inquiridos (66%) tinha Visita de Referência; - A Pessoa em Fim de Vida é maioritariamente idosa; - Os idosos em Fim de Vida tendem a avaliar pior a Qualidade Hospitalar ao nível do Pessoal de Enfermagem; - A Pessoa em Fim de Vida revela menor satisfação com a Comunicação; - A disponibilidade e prontidão da equipa de Enfermagem bem como, a manutenção do Ambiente Terapêutico são factores de satisfação; - A alta e a continuidade de cuidados são salientadas como as dimensões de menor satisfação; - A Pessoa em Fim de Vida satisfeita com os Cuidados de Enfermagem tende a fazer uma melhor Avaliação da Qualidade Hospitalar

**Conclusão:** O estudo permite uma abordagem integrada e holística, que sustenta uma tomada de decisão clínica, na qual o Idoso em Fim de Vida e a sua família fazem parte.

## PD 99

### O SONO DOS IDOSOS

Ana Sofia Oliveira<sup>1</sup>; António Vidinha Pereira<sup>1</sup>;

Salomé Costa e Silva<sup>1</sup>; Sara Pinheiro<sup>1</sup>; Pedro Azevedo<sup>1</sup>;

Serenela Luz<sup>1</sup>; Helena Martins<sup>1</sup>; Vanessa Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Pulsar

**Introdução:** O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população acarretam grande preocupação com os doentes mais velhos que naturalmente apresentam mais comorbilidades e encargos em saúde. Nesta faixa etária, são frequentes as queixas relacionadas com o sono, memória e capacidade cognitiva, muitas vezes associadas ao processo normal de envelhecimento.

**Objetivos:** Explorar os distúrbios do sono mais frequentes nos doentes mais velhos e seu impacto na cognição.

**Material e métodos:** Foram pesquisados os termos MeSH *Aged, Elderly, sleep, dementia*, na plataforma PubMed, tendo sido selecionado artigos relevantes para o tema.

**Discussão:** As perturbações de sono não fazem parte

do processo normal do envelhecimento. Não obstante, são frequentes na população idosa, assumindo tal importância que podem constituir um síndrome geriátrica, na medida em que têm grande prevalência, podem ter várias causas e resultam num declínio do bem-estar e saúde dos indivíduos. Falamos de distúrbios do sono como insónia, apneia obstrutiva do sono, apneia central do sono, síndrome das pernas inquietas e perturbação do sono REM. Mais ainda, o sono dos idosos pode ser prejudicado por situações frequentes como por exemplo a dor crónica, noctúria, hospitalizações e patologias psicológicas despoletadas por situações de crise como a viuvez. No entanto, existem alterações normais da arquitetura do sono associadas ao envelhecimento: latência do início do sono, despertares após início do sono, diminuição do sono N3 (de ondas lentas) e do sono REM (*rapid eye movement*) e perturbações do ritmo circadiano (com avanço de fase). Em idade ativa, há uma associação bem estabelecida entre distúrbios do sono (duração do sono, fragmentação e apneia do sono) e a função cognitiva, pela função importante que o sono assume na aprendizagem, memória e plasticidade sináptica, mantendo-se intenso debate acerca da associação de alterações no padrão de sono e incidência de demência em idade avançada.

**Conclusão:** Envelhecer não deve ser sinónimo de dormir pior. O sono é essencial à vida, uma vez que nele ocorrem diversos processos de auto-regulação, o que melhora a saúde em geral. É, portanto, dever dos médicos de todas as especialidades, valorizar as queixas de sono dos idosos e tentar ajudá-los neste sentido. Nesta faixa etária, são necessários mais estudos que estejam atentos a eventuais relações entre perturbações do sono e maior incidência de patologias nos doentes mais velhos (como a demência). Isto permitirá, aos médicos que os seguem, ter maior atenção a factores de risco não modificáveis (como a idade de início) e modificáveis (como a restrição de horas de sono), de forma a melhorar o acompanhamento e qualidade de vida destes indivíduos.

## PD 100

### O LUTO ANTECIPADO NOS CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Odete Nombora<sup>1</sup>; Maria do Rosário Basto<sup>1</sup>; Vitória Silva de Melo<sup>2</sup>; Luís Paulino Ferreira<sup>3</sup>; Liliana Carmo Gomes<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas;

<sup>3</sup>Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo;

<sup>4</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

**Introdução:** O luto antecipado (LA) compreende uma resposta emocional a uma perda esperada e inevitável, que se inicia antes que ela ocorra, e permite os reajustes necessários até que ela ocorra. O LA vivenciado pelos cuidadores de pessoas com demência (PCD) associa-se a perdas sucessivas ao longo da progressão do processo demencial, desenvolvimento de problemas mentais e emocionais, e luto pós-morte prolongado. Sendo assim, é importante compreender e detetar precocemente o LA em cuidadores informais de PCD para que o mesmo possa ser abordado de forma adequada e eficaz.

**Objetivos:** Pretende-se abordar o LA em cuidadores informais de PCD, enfatizando a fenomenologia, avaliação e intervenções terapêuticas.

**Material e métodos:** Revisão não sistemática da literatura através de pesquisa na base de dados PubMed.

**Resultados:** Estudos mostram que o tempo dedicado ao cuidado se correlaciona positivamente com sintomas de sobrecarga, tristeza e isolamento, o que torna os cuidadores de PCD mais vulneráveis ao LA. O declínio físico e cognitivo gradual e prolongado da PCD complica a relação diádica, diminuindo o nível de recompensa emocional experimentado pelos cuidadores familiares, as relações cuidador-PCD tornam-se intensamente ambivalentes entre a dor relacionada com o declínio da PCD e a raiva pelas perdas na vida do cuidador. A ambiguidade e a ambivalência vivenciadas podem interferir na tarefa de cuidar. Vários estudos destacam que quanto mais um cuidador percebe seu familiar como psicologicamente ausente, menos competente ele se sente, maior é o sentimento de sobrecarga e mais sofrimento emocional ele experimenta, e a presença de sentimentos ambivalentes contribui significativamente para a explicação de sintomas depressivos e ansiosos nos cuidadores. Consti-



tuem fatores de risco de LA a dependência relacional com o cuidado; estilo de vinculação inseguro evitativo; apoio social insuficiente; níveis altos de neuroticismo; níveis baixos de construção de significado e menor nível educacional. Para a detecção de LA podem também ser usados instrumentos psicométricos, tais como a Escala de Sofrimento do Cuidador (CGS). As intervenções incluem grupos de suporte, programas de psicoeducação e abordagens psicoterapêuticas.

**Conclusões:** O LA vivenciado pelos cuidadores no contexto da demência é complexo e impacta negativamente a saúde global dos cuidadores e as relações sociais dos mesmos. As abordagens devem ter em consideração a natureza dos relacionamentos e os estágios da demência, priorizando-se intervenções individualizadas e culturalmente apropriadas. É essencial capacitar os profissionais de saúde para identificar os cuidadores em risco e fornecer intervenções oportunas e adequadas para prevenir complicações. Faz-se necessária a realização de estudos rigorosos para avaliar a eficácia dos programas de intervenção, auxiliar na criação de diretrizes e abordagens terapêuticas adequadas.

## PD 101

### TRATAMENTO DA XEROSTOMIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: QUAL A EVIDÊNCIA?

Mafalda Sá Moreira<sup>1</sup>; Joana Noémia<sup>2</sup>; Raquel Lima<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Usf Corino de Andrade; <sup>2</sup>Usf Casa dos Pescadores; <sup>3</sup>Usf Cuidar

**Introdução:** A xerostomia é uma condição comum em doentes em cuidados paliativos, originada por múltiplas causas e que pode levar a uma série de complicações, incluindo infecções, desconforto e dor, dificuldades na alimentação e articulação da fala, e consequente diminuição da qualidade de vida. O tratamento da xerostomia em cuidados paliativos torna-se, desta forma, extremamente importante, desafiador e merecedor de uma abordagem individualizada.

**Objetivos:** Avaliar a evidência disponível acerca das principais opções de tratamento para a xerostomia em cuidados paliativos.

**Métodos:** Foi realizada uma pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), *guidelines*, meta-análises, revisões baseadas na evidência e ensaios clínicos controlados e aleatorizados realizados nos últimos 10 anos (2013-2023) na PubMed e Cochrane Library, utilizando os termos MeSH xerostomia, *Treatment and palliative care*. Foram contabilizados os estudos rea-

lizados em doentes com adultos (>18 anos) e artigos redigidos em Português, Inglês e Espanhol.

**Resultados:** Foram encontrados 42 artigos, dos quais foram selecionados 6 (3 ensaios clínicos, 1 ensaio piloto, 1 estudo transversal e 1 estudo de coorte prospectivo) após exclusão dos restantes por duplicação, título, resumo e texto integral. Os artigos selecionados apresentam múltiplos métodos utilizados em Cuidados Paliativos para aliviar a xerostomia, tais como a ingestão de líquidos e uma boa higiene bucal, o uso de colutórios e hidratantes bucais, acupuntura e pilocarpina. A destacar nesta revisão os três ensaios clínicos: o primeiro comparou o uso de hidratante bucal de solução salina em relação à solução de sálvia, onde ambos demonstraram diminuir a sensação de xerostomia; um outro ensaio clínico comparou o uso de hidratante bucal de glicerol a 17% e outros dois hidratantes (*Aequasyl* e *Salient*), com o Glicerol a apresentar resultados mais imediatos (2h) e preferência do doente, apesar da duração de ação inferior, podendo estar relacionado com a ação mais rápida desta solução e sabor desagradável das restantes; por fim, no terceiro ensaio foi comparado o uso de diferentes doses de nitrato de pilocarpina (3×2 mg/dia e 3×5 mg/dia), ambas eficazes, e sem efeitos colaterais ou custos importantes para o doente.

**Discussão/Conclusões:** A evidência atual é robusta, pelo que esta revisão apresenta uma força de recomendação A. No entanto, o tratamento da xerostomia em cuidados paliativos é desafiador e requer uma abordagem individualizada, sendo que a escolha do tratamento deve ter em consideração a causa subjacente da xerostomia, a gravidade dos sintomas e as preferências do doente, havendo, desta forma, a necessidade de mais estudos. Por fim, é importante salientar que medidas simples, como manter uma boa higiene e hidratação oral, evitar alimentos e bebidas que possam piorar a xerostomia também podem ajudar a aliviar os sintomas.

## PD 103

### O RISCO DE UM EXAME FECHADO

Cláudia Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Novo Mirante

**Introdução:** Com a evolução na prática da Medicina, passamos do modelo centrado no médico para o modelo centrado no doente. No entanto, certos hábitos permaneceram enraizados na população, sobretudo

na mais idosa. Alguns destes hábitos podem ser potencialmente danosos para os utentes, sendo nosso dever alertar para esse perigo.

**Descrição do caso:** Sexo masculino, 70 anos, natural de Bragança, reformado, família nuclear, vive com a esposa. Realizou prostatectomia radical há 4 anos por adenocarcinoma da próstata, da qual resultaram disfunção sexual e incontinência urinária. Apresenta obesidade e dislipidemia, medicado com simvastatina 20mg. Refere consumo de bebidas alcoólicas (252 g/ semana). Nega outros consumos. Em consulta de vigi-lância, fevereiro de 2022, após longo período na terra natal devido à pandemia covid19, encontra-se bem e sem queixas. Pedem-se análises gerais. Volta após 3 semanas para mostrar os resultados, destacando-se: fosfatase alcalina e gama-GT aumentadas e PSOF positivo em 1 das amostras. Pedem-se colonoscopia e ecografia abdominal. O utente mantinha-se assintomático. No fim de novembro, é observado em consulta do dia por outro colega da unidade, por dor abdominal com 2 semanas de evolução, sendo medicado com pantoprazol 20mg. Por persistências das queixas, após 2 semanas, recorre a consulta do dia, desta vez com a médica de família. Assim, aproveita para trazer os exames já realizados em maio - vinham em envelope fechado. Questiona-se o utente se já sabia dos resultados por outro meio e este nega, dizendo ainda que nunca abre os exames pedidos pelo médico, por respeito a este. Dos resultados, destaca-se, na ecografia abdominal: “lobo esquerdo do fígado parcialmente ocupado por lesão nodular sólida heterogênea com 7,5 cm, a caracterizar por TC ou RM”. Pede-se TC toraco-abdomino-pélvica urgente e análises e realiza-se uma referenciação urgente para Gastroenterologia. Volta após 2 semanas, objetivando-se agrava-mento clínico e analítico. Na TC observam-se lesões compatíveis com metástases hepáticas, de provável origem gástrica. Pede-se endoscopia digestiva alta (EDA) urgente e redige-se uma nota clínica. Indica-se ao utente que se dirija ao serviço de Gastroenterologia do hospital com essa nota. Assim fez, e realiza EDA no próprio dia, confirmando-se o diagnóstico de neoplasia gástrica. O utente ainda inicia tratamentos de quimioterapia, mas viria a falecer em fevereiro de 2023.

**Conclusão:** Este caso é um exemplo de um utente, entre muitos que chegam à consulta diariamente, com os exames fechados por respeito ao médico. Este utente teve conhecimento dos resultados com 7

meses de atraso. Não sabemos se o desfecho seria diferente, mas o caso poderia ter sido orientado mais precocemente. É nossa função informar os utentes que os exames são propriedade deles e não nossa, para evitar que casos destes se repitam.

#### PD 104

#### A DESPRESCRIÇÃO NO FIM DE VIDA, QUANDO SUSPENDER A QUIMIOTERAPIA PALIATIVA?

Natalina Rodrigues<sup>1</sup>; Rita S. Matos<sup>1</sup>; Fabiana Chyczij<sup>1</sup>; Lília Fernandes<sup>1</sup>; Maria Fraga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Núcleo de Cuidados Paliativos- ACeS Marão Douro Norte

**Introdução:** Com a criação de novos fármacos, existe um incremento dos doentes com indicação para quimioterapia paliativa. O tratamento é oferecido para melhoria da qualidade de vida dos doentes, mesmo que não melhore a sua sobrevida. A decisão de interromper a quimioterapia paliativa pode reduzir os custos médicos e melhorar os cuidados individualizados ao doente.

**Descrição do caso:** Mulher, 76 anos, reformada, professora, acamada, cognitivamente íntegra, reside no seu no domicílio com os dois filhos, uma cuidadora e apoio domiciliário. Antecedentes pessoais de tabagismo, HTA, dislipidemia, doença cardíaca isquémica, EAM há 3 anos, hipotireoidismo, síndrome depressivo e adenocarcinoma do pulmão estadio IVB (metastização óssea e cerebral) com diagnóstico em junho/2022. Desde dezembro de 2022 por agravamento clínico tem várias idas ao serviço de urgência e inclusive foi proposta para radioterapia estereotáxica de lesões cerebrais, que não realizou por estar internada. No internamento prolongado de fevereiro a março foi apresentada em reunião de grupo, tendo-se decidido manter Osimertinib e observação por radioncologia. Uma semana após a alta foi avaliada no domicílio pela equipa comunitária, que constata uma revolta da doente em relação à própria doença. Segundo os filhos era defensora do suicídio assistido. Não realizou as diretivas antecipadas de vontade. Clinicamente encontrava-se acamada há um mês, com úlceras de pressão, respondia por monossílabos, mas se questionada com assuntos sensíveis permanecia em mutismo. Apresentava-se calma, emagrecida, sem dificuldade respiratória, mas com saturações de oxigénio de 90% e disfagia progressiva e dificuldade na toma da medicação. A família apresenta expectativas desajustadas com a doença, uma revolta com a perda

da autonomia e muitas questões relacionadas com os tratamentos nos últimos meses. Perante o estado clínico frágil, foram ajustadas as expectativas da família, abordada a alimentação e iniciada a desprescrição. Após discussão com a pneumologista assistente, foi mantido o osimertinib até à consulta presencial em 2 semanas. A doente faleceu no domicílio após 5 dias.

**Conclusão:** Os doentes sob tratamentos de quimioterapia paliativa podem, por diversas razões, estar sujeitos a cuidados de fim de vida mais invasivos. O presente caso clínico incide sobre a desprescrição no fim de vida e na importância da integração de cuidados entre a comunidade e o hospital.

### PD 105

#### O DESAFIO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA COMUNIDADE – CASO CLÍNICO

Natalina Rodrigues<sup>1</sup>; Rita S. Matos<sup>1</sup>; Lília Fernandes<sup>1</sup>; Maria Fraga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Núcleo de Cuidados Paliativos- ACeS Marão Douro Norte

**Introdução:** A vivência da doença oncológica terminal condiciona uma alteração da dinâmica familiar e social. O suporte nesta fase passa pela abordagem multidisciplinar baseada nas boas práticas.

**Descrição do caso:** Homem de 72 anos, reformado, casado, família nuclear na fase VI do ciclo de Duvall, classe média. Antecedentes pessoais de neoplasia da próstata metastizada, dor crónica e diabetes. Nas consultas com o Médico de Família (MF) recusou qualquer intervenção por preferir o seguimento hospitalar. Em dezembro de 2022 por progressão da doença agravou do seu estado geral e grau de dependência. A esposa solicita visita domiciliar, e no dia anterior à visita, o MF recebe um email da socióloga da Câmara Municipal a solicitar avaliação imediata da Equipa de Saúde Familiar para assegurar a alimentação e medicação. No domicílio constatou-se que o doente se alimentava, com um aporte menor ao habitual, e conseguia tomar a medicação. Nessa visita o doente solicitou permanecer em casa até ao fim. Foi negociado com o doente o descanso do cuidador e encaminhamento a consulta de paliativos comunitária ou hospitalar, sendo que aceitou encaminhamento para o hospital. Dado o desgaste da esposa, foi solicitada à Câmara Municipal agilização de apoios ao domicílio. As intervenções propostas não foram aceites pela esposa, numa semana o doente recorreu duas vezes ao serviço de urgência, culminando na colocação de sonda

nasogástrica e num internamento de curta duração, tendo tido alta para o domicílio. Após uma semana no domicílio foi internado no serviço de medicina paliativa por infeção respiratória em provável contexto de aspiração. A intervenção da câmara constituiu um elo estabilizador.

**Conclusão:** O presente caso clínico incide no papel de vários intervenientes na promoção da dignidade e qualidade de vida do doente paliativo. O desconhecimento de alguns intervenientes na atuação nesta fase da doença constituiu uma barreira na articulação entre as várias equipas.

### PD 107

#### MISTÉRIOS DA VIA SUBCUTÂNEA – CASO CLÍNICO

Rita S. Matos<sup>1</sup>; Natalina Rodrigues<sup>1</sup>; Fabiana Chyczij<sup>1</sup>; Lília Fernandes<sup>1</sup>; Fátima Fraga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Núcleo de Cuidados Paliativos do ACES Marão e Douro Norte

**Introdução:** Nos Cuidados Paliativos existe uma vasta tradição de recurso à via subcutânea (SC) para a administração de fármacos (em bólus ou perfusão contínua) e para a administração de fluidos (hipodermóclise). É a via preferencial quando a via oral não está disponível. Quando existe previsão do seu uso frequente, coloca-se um cateter tipo *butterfly*, que evita o desconforto de múltiplas punções. Após uma injeção subcutânea, a velocidade de absorção depende da vascularização do tecido, da solubilidade do fármaco, do estado do tecido celular subcutâneo que se relaciona com o grau de caquexia, e, ainda, da perícia do técnico que procede à administração.

**Descrição do caso:** Mulher de 91 anos, viúva, reside com o filho, tem apoio da neta (que é enfermeira). Apresenta como antecedentes pessoais hipertensão arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, fibrilhação auricular hipocoagulada, insuficiência cardíaca, hipotiroidismo e hipergamaglobulinemia policlonal. Foi referenciada para a equipa comunitária por progressão de neoplasia oculta com carcinomatose peritoneal. Apresenta fácies de dor, gemido recorrente que dificilmente acalma com o afeto da neta, desidratada, com mucosas descoradas e xerostomia. À palpação abdominal não tem globo vesical. Sem edemas periféricos. Foi assumida Agitação Terminal. Iniciou hipodermóclise e perfusão subcutânea de midazolam e morfina, tendo ficado com doses de resgate de ambos por via SC em catéter. Suspendeu a restante medicação. A Neta contactou a equipa 24h depois a relatar que a

administração de medicação em bólus por catéter não era tão eficaz no alívio da inquietude, em oposição à administração direta por injeção SC. Foi trocado o catéter e, mesmo assim, houve necessidade de vários SOS. Perante esta inquietude refratária, foi adicionado levomepromazina SC (em administração direta em vez de utilização do catéter) tendo-se atingido o controlo sintomático.

**Conclusão:** A administração SC de fármacos viabiliza a terapêutica parentérica de forma cómoda no domicílio. Este caso clínico permite refletir acerca dos vários fatores que contribuem para a eficácia da via SC por catéter: qualidade da técnica, necessidade de injetar soro fisiológico (após cada administração para evitar que fique medicação no obturador e/ou catéter), número de fármacos usados na mesma administração (para não acumular volume considerável de líquido), e ainda, a necessidade de troca regular de catéter e adequação da técnica. Apesar da revisão exaustiva destes fatores, não se encontrou no presente caso clínico o motivo para o sucedido, ou seja, a injeção SC direta do fármaco permitir um melhor controlo sintomático do que a utilização de catéter.

**Key-words:** Via Subcutânea, Cuidados Paliativos, Agitação Terminal.

## PD 108

### ATUALIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA ANTICONVULSIVANTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Natalina Rodrigues<sup>1</sup>; Rita S. Matos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Núcleo de Cuidados Paliativos- ACeS Marão Douro Norte

**Introdução:** Em Cuidados Paliativos (CP) as convulsões podem ocorrer no contexto de várias patologias. Os doentes com tumores cerebrais primários apresentam convulsões como manifestação primária da neoplasia em 15-30% dos casos, sendo que no curso da doença estes episódios poderão ascender aos 70%. Não obstante o facto de muitos anticonvulsivantes e vias de administração estarem bem documentados, com o surgimento de novos fármacos e formulações gera-se a necessidade de uma contínua atualização.

**Objetivos:** Rever a literatura mais recente sobre a terapêutica farmacológica das crises convulsivas recorrentes, contribuindo para uma melhor abordagem da doença a nível dos Cuidados Paliativos.

**Material e métodos:** Revisão narrativa com recurso a pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed, efetuada em maio de 2023, de artigos publicados nos úl-

timos 5 anos, com as palavras-chave “*palliative care*”, “*anticonvulsivants*” e “*seizure*”, foi também incluída literatura cinzenta com recurso a livro e *guidelines* das sociedades científicas.

**Resultados:** Os anticonvulsivantes de primeira geração, apresentam maior evidência em relação à sua administração e segurança, dos quais são exemplo a carbamazepina, fenobarbital, fenitoína e ácido valpróico. Com o decorrer do tempo, tem surgido novos dados em relação aos novos anticonvulsivantes. Em CP, o midazolam ou diazepam, são os fármacos utilizados como primeira linha de tratamento na fase aguda. No caso de crises convulsivas recorrentes ou refratárias descreve-se mais frequentemente o uso de levetiracetam, ácido valpróico ou fenobarbital. Estes fármacos apresentam várias vias de administração como subcutânea, endovenosa e oral, facilitando assim o tratamento nos doentes sem via oral disponível. Recentemente, a evidência sobre o uso dos novos anticonvulsivantes em CP, sugere que estes apresentam um perfil minimamente invasivo, como são o caso do topiramato, brivaracetam, perampamil, lacosamida, estiripentol, oxcarbazepina, zonisamida. A maioria destes fármacos apresenta apenas a formulação oral. Destes a lacosamida e brivaracetam são os que apresentam formulações endovenosas. No caso das crises epiléticas refratárias estão indicadas várias medidas que contemplam a combinação de vários anticonvulsivantes e em último caso a sedação paliativa.

**Discussão/Conclusões:** Existe uma maior evidência da segurança dos novos anticonvulsivantes em CP, como é o caso do livarecetam, lacosamida e brivaracetam. Neste tipo de população a administração de fármacos por via subcutânea ou endovenosa, assim como o perfil de efeitos adversos/interações são de crucial importância na gestão das crises epiléticas recorrentes ou crónicas. No entanto, são necessários mais estudos que avaliem a segurança dos fármacos e suas vias de administração no doente paliativo.

**PD 109****DOENÇA DE ALZHEIMER:  
A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE**

Beatriz Fernández<sup>1</sup>; Jose Maria Justo<sup>1</sup>; Raquel Moreira<sup>1</sup>; Helena Gomes<sup>1</sup>; João Barros<sup>1</sup>; Emanuela Maldonado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ULSNE

**Introdução:** A doença de Alzheimer é a demência mais prevalente, representando cerca de 60-70% dos casos de demência. Segundo a Organização Mundial de Saúde afeta aproximadamente a 47,5 milhões de pessoas no mundo e prevê-se que este número triplique a meados deste século. Caracteriza-se por perda de memória, agnosia, anomia, apraxia, alterações de comportamento e do sono e perda da autonomia total. É uma doença que indubitavelmente tem um enorme impacto na vida da pessoa e da sua família.

**Objetivos:** Realizar uma revisão da literatura sobre os atuais métodos de diagnóstico e tratamentos aprovados, refletindo sobre a importância da atuação precoce e no seu prognóstico.

**Material e métodos:** Revisão não sistemática da literatura e das bases de dados Pubmed, Medline e Uptodate.

**Resultados:** O diagnóstico da Doença de Alzheimer é clínico, sendo necessário excluir outras causas de natureza orgânica, através de estudo analítico, provas imagiológicas (TC-CE, RNM, PET) e análise de biomarcadores no líquido cefalorraquideo. Quanto ao tratamento, nas fases mais precoces, demência leve e moderada, o tratamento de primeira linha são os inibidores de acetilcolinesterase (Rivastigmina, Donepezilo e galantamina) e nos casos mais avançados, demência moderada a grave, a Memantina, um antagonista do receptor NMDA. Existem vários anticorpos monoclonais aprovados para o tratamento da doença de Alzheimer, sendo que o mais recentemente aprovado foi o Lecanemab, em janeiro de 2023. Consiste num anticorpo monoclonal IgG1, que atua ao nível do péptido beta-amiloide. Num ensaio clínico duplo cego em fase III, demonstrou reduzir os marcadores amiloides e o deterioro cognitivo em 18 meses. No entanto só está demonstrada a sua eficácia em fases precoces da doença e apenas consegue atrasar a evolução da mesma. Foram realizados diversos estudos sobre o uso de antioxidantes, anti-inflamatórios, estatinas e estrogénios com o objetivo de controlar os défices cognitivos, não havendo evidência sustentada

que justificasse o uso destas terapêuticas. Ainda assim o controlo dos factores de risco cardiovasculares é fundamental, tendo um papel importante na morbimortalidade dos idosos. Outros fármacos com ação no sistema nervoso central, como a melatonina e vasodilatadores também não têm eficácia demonstrada e não devem ser utilizados para este fim.

**Discussão/Conclusões:** Atualmente existem vários fármacos aprovados pela FDA que funcionam como modificadores de doença, com evidência científica de diminuição dos défices cognitivos e atraso na evolução da doença, mas apenas em estadios precoces da mesma, sendo fundamental uma deteção precoce e intervenção terapêutica o mais breve possível, com melhoria no prognóstico e na qualidade de vida da pessoa.

**PD 110****A DESVALORIZAÇÃO DA DOENÇA NO IDOSO  
– UM CASO DE MASSA MEDIASTINICA**

Filipe Guerra Fernandes<sup>1</sup>; Daniela Azevedo<sup>1</sup>; Ana Marques<sup>1</sup>; Carolina Varela Rodrigues<sup>1</sup>; Fernando Albuquerque<sup>1</sup>; Teresa Melanda<sup>1</sup>; Teresa Pipa<sup>1</sup>; Deolinda Cunha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Lusitana, ACES Dão Lafões; <sup>2</sup>UCSP Sátão

**Introdução:** Segundo a DGS, cancro constitui um vasto conjunto de doenças caracterizadas por um crescimento anormal e descontrolado de células. As primeiras manifestações da doença podem ser heterogêneas. Na população idosa a pluripatologia, bem como a desvalorização de sinais e sintomas, pode levar ao atraso diagnóstico, com implicação no prognóstico da doença.

**Descrição do caso:** Homem, 89 anos, autónomo nas AVDs, reside com esposa. Antecedentes Pessoais: Hipertensão Arterial (HTA), Dislipidemia, Hipotireoidismo, Hipertrofia Prostática Benigna. Medicação Habitual: Irbesartan 150mg id; Atorvastatina 10mg id e Levotiroxina 175mcg id. Consulta de HTA a 10.01.23, acompanhado do filho, nega queixas. Traz análises sem alterações. Inquirido novamente sobre queixas no encerramento da consulta, refere massa na região cervical anterior, indolor, com anos de evolução e crescimento progressivo que nunca referiu antes por “não incomodar” (sic). Exame objetivo: massa, de consistência duro-elástica com 10cm de maior diâmetro e protraindo-se 3.5cm da região cervical. Solicitada ecografia partes moles, cujo resultado é recebido a 23.01 revelando “volumosa massa sólida e heterogé-

nea, comunicando aparentemente com a massa visível e palpável na face anterior e superior do hemitórax esquerdo (...) Dadas as dimensões das massas, não é possível originar a sua origem, recomendando-se TC cervico-torácico...” Em contacto telefónico, referida dor localizada na região da massa. É pedida TC toraco-cervical urgente, para posterior referenciação a consulta hospitalar e explicados sinais e sintomas de alarme. A 25.01, recorre ao SU por queixas de toracalgia anterior e dispneia súbita. Realiza Angio-TC torácica que revela “(...) volumosa lesão heterogénea e de aspeto neofornativo primário no mediastino anterior (...) Falha de enchimento segmentar e de contornos bem definidos junto a veia cava superior podendo traduzir invasão tumoral (...) Densificação nodular na periferia do lobo inferior direito...”. É orientado para consulta de Medicina Interna, que teve a 28.02: caso discutido com a família e decidido não continuar marcha diagnóstica, realizando tratamento sintomático. Médica de família agenda consulta, à qual vem a esposa. Discutido o estado geral do doente e necessidade de apoio nos cuidados. Agendada Visita Domiciliária a curto prazo, na qual se constata deterioração do estado geral, com necessidade de apoio nas AVDs. Opta-se, em conjunto com a família, por referenciação à equipa comunitária de Cuidados Paliativos (CP).

**Conclusão:** A procura ativa de sinais e sintomas de doença adquire uma particular relevância no doente idoso, pela frequente desvalorização das próprias queixas e tentativa de tomar o papel de “bom doente”. O caso destaca, também, a importância da referenciação atempada à equipa de CP, quando pode atuar no controlo sintomático; e apoiar a família, no acompanhamento ao longo da doença e luto.

#### PD 111

### ABORDAGEM DA INSÓNIA NO IDOSO: UM DESAFIO CONSTANTE NA PRÁTICA CLÍNICA

Carlos Pestana<sup>1</sup>; Bianca Jesus<sup>2</sup>; Diogo Calapez Costa<sup>3</sup>; Dalila Azevedo Martins<sup>1</sup>; Cláudia Soares<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Saúde da ilha Terceira; <sup>2</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins; <sup>3</sup>USF Cruz de Malta

**Introdução:** A insónia é um problema frequente na população idosa e tem impacto significativo na sua qualidade de vida. Pode estar associada a várias causas, incluindo défice de melatonina e existência de doenças crónicas. Quando as alterações comportamentais (medidas de higiene do sono, exercício físico, terapia

cognitivo-comportamental) são ineficazes, restam as opções farmacológicas.

**Objetivos:** Realização de uma revisão bibliográfica sobre as terapias farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento da insónia no idoso e qual a segurança e eficácia dos fármacos utilizados.

**Material e métodos:** Pesquisa na base de dados da PubMed e da B-on, com os termos MESH: “*Elderly*”, “*Insomnia*”, “*Pharmacological Treatment*”, “*Non-Pharmacological Treatment*”, sem limitação no tempo e no tipo de estudo.

**Resultados:** Um estudo epidemiológico estimou que 23 a 34% dos indivíduos com mais de 65 anos se queixavam de sintomas consistentes com insónia e mais de 50% relatou dificuldade em adormecer (Ebben, 2021). Pensa-se que dois grandes responsáveis para um sono precário nos idosos são a elevada prevalência de comorbilidades médicas e psiquiátricas e a polifarmácia. Na terapêutica não farmacológica, a terapia cognitivo-comportamental para a insónia (TCCi) é considerada a abordagem de primeira linha, por ter menos efeitos adversos e, segundo alguns autores, maior duração dos efeitos terapêuticos comparativamente aos tratamentos farmacológicos. Relativamente à terapia farmacológica, considerada como segunda linha no tratamento da insónia, de acordo com evidências recentes, as benzodiazpinas (BZDs), as *Z-drugs* e os antidepressivos tricíclicos em baixas doses têm efeitos positivos modestos nas queixas de sono. No entanto, os seus efeitos colaterais, que incluem risco aumentado de quedas, fraturas e comprometimento cognitivo, são uma preocupação em idosos. O Ramelteon (agonista dos recetores da melatonina) poderá ser uma alternativa de tratamento com poucos efeitos colaterais, mas os dados relativos ao seu benefício para a insónia são mais fracos do que as outras classes farmacológicas usadas. Os antagonistas dos recetores da orexina, nomeadamente o Suvorexant<sup>®</sup>, são bem tolerados e têm menos efeitos adversos, comparativamente às BZDs e *Z-drugs* e preservam a arquitetura do sono.

**Discussão/Conclusões:** É importante conhecer as alterações do padrão de sono no envelhecimento e reconhecer os distúrbios primários do sono nos idosos. De acordo com as evidências mais recentes, não existem recomendações claras quanto ao tratamento farmacológico da insónia nos idosos. São necessários estudos comparativos adicionais que avaliem, a longo

prazo, a eficácia, segurança e efeitos adversos das diversas opções terapêuticas atualmente disponíveis.

## PD 112

### USO DE CLOZAPINA NO IDOSO

Beatriz Fernández<sup>1</sup>; José Maria Justo<sup>1</sup>; Raquel Moreira<sup>1</sup>; Helena Gomes<sup>1</sup>; João Barros<sup>1</sup>; Joana Correia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ULSNE

**Introdução:** A clozapina foi o primeiro antipsicótico atípico a ser comercializado no mundo. O seu mecanismo de ação é a inibição do receptor de dopamina D4 no cérebro, tendo pouca afinidade pelos receptores D1, D2, D3 e D5 e por isso causar poucos efeitos extrapiramidais. Também tem atividade anticolinérgica, anti-histamínica e anti-alfa-adrenérgica. É um fármaco eficaz no tratamento de psicose, alterações de comportamento e agressividade. Pode provocar múltiplos efeitos secundários, nomeadamente efeitos anticolinérgicos (retenção urinária e obstipação), cardíacos, hipotensão ortostática, efeitos metabólicos, miocardite, agranulocitose, entre outros.

**Objetivos:** Realizar uma revisão da literatura, acerca das indicações e contraindicação da clozapina e riscos associados da sua utilização na população idosa.

**Material e métodos:** Revisão não sistemática da literatura.

**Resultados:** A clozapina utiliza-se como tratamento de terceira linha da Esquizofrenia e da Perturbação Esquizoafetiva refratárias. É o único antipsicótico que reduz, de forma comprovada, a ideação suicida, estando indicada em doentes com risco suicidário e esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva. A clozapina pode ser usada também, como tratamento de segunda linha, para controlar os episódios psicóticos e as alterações de comportamento nas pessoas com Doença de Parkinson. Nos doentes com demência o seu uso não é tão aconselhado, uma vez que estudos comprovam que está associada a aumento da mortalidade. Nestes casos deve optar-se por haloperidol ou risperidona para controlar a agressividade, alterações de comportamento ou episódios psicóticos. O tratamento com clozapina está contraindicado nos casos de psicose tóxica e doentes com transtornos hematopoiéticos, disfunção hepática, cardíaca (como miocardite) ou renal. É recomendado que o tratamento, em pessoas acima de 60 anos, seja iniciado com uma dose particularmente baixa, com 12,5 mg no primeiro dia e aumentar a dose com 25 mg/dia.

**Discussão/Conclusões:** A clozapina pode ser usada na população idosa, ainda que com bastante precaução, uma vez que são mais susceptíveis aos seus efeitos secundários. Para além disso são uma população que apresenta frequentemente múltiplas comorbilidades e polifarmacologia, pelo que o seu uso fica limitado pelas várias interações farmacológicas conhecidas. Assim, a sua utilização deve ser restrita aos idosos com esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva refratária ou com ideação suicida e doentes com Parkinson e sintomas psicóticos. Por sua vez, não é aconselhada a sua utilização em idosos com demência, uma vez que há um aumento da taxa de mortalidade.

## PD 115

### INTOXICAÇÃO DIGITÁLICA “MASCARADA”

Joana Drumond Lima<sup>1</sup>; Inês Amarante<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel; <sup>2</sup>Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

**Introdução:** A digoxina, inotrópico positivo utilizado no tratamento da insuficiência cardíaca e de algumas arritmias, afeta também as células do músculo liso vascular e o sistema nervoso simpático. Apresenta estreita faixa terapêutica e os níveis séricos variam com o peso, função renal e hepática, interação com fármacos, entre outros. A intoxicação digitálica inclui manifestações cardíacas e extracardíacas e pode ser causada por ingestão aguda ou desregulação metabólica que torna a dose regular em tóxica. As manifestações gastrointestinais são comuns, sendo a diarreia um sintoma precoce de toxicidade, que pode englobar uma multiplicidade de diagnósticos diferenciais.

**Descrição do caso:** Idoso de 83 anos, parcialmente dependente, com hipertensão arterial, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca de FEVE reduzida e diabetes mellitus. Medicado com amlodipina/perindopril, bisoprolol, apixabano, metformina/dapagliflozina e furosemida. Recorre à urgência, pela segunda vez, por dejeções líquidas há 2 semanas - previamente interpretado como gastroenterite refratária à terapêutica probiótica e medidas dietéticas - associadas a dispneia de agravamento progressivo desde há 3 dias. Sem febre, dor abdominal, náuseas/vómitos ou queixas urinárias. Havia sido introduzida digoxina 0.25mg/dia há 3 semanas. À observação, discreta polipneia, a saturar a 96% em ar ambiente, normotenso e normocárdico. Murmúrio vesicular mantido com discretas crepitações bibasais. Edema bilateral das pernas go-

det ++. Fibrilhação auricular com frequência cardíaca controlada em eletrocardiograma, radiologicamente com reforço hilar bilateral, sem derrame ou consolidação. Analiticamente com agravamento da função renal, digoxinemia 20 ng/mL, NT pro-BNP 11000 pg/mL. Cumpriu fluidoterapia e terapêutica diurética na urgência, foi internado para monitorização e terapêutica de suporte. Verificou-se resolução da intoxicação digitalica e da diarreia.

**Conclusão:** Pelos seus estreitos valores terapêuticos e concentrações séricas altamente variáveis na presença de comorbidades e polifarmacologia, a digoxina deve implicar uma monitorização periódica dos doentes. A possibilidade de intoxicação por digitálicos deve ser sempre considerada, pelo espectro variado de sintomatologia potencialmente confundido com outras entidades clínicas, de modo a garantir a segurança e eficácia dessa terapêutica. Reforça-se, então, a importância da integração de todos os dados clínicos, tanto em contexto de cuidados de saúde primários como em serviço de urgência.

#### PD 116

### O CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS E O RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE PERTURBAÇÃO NEUROCOGNITIVA MAJOR

Miguel Pires<sup>1</sup>; Bianca Jesus<sup>1</sup>; Ana Salomé Pires<sup>1</sup>; Salomé Mouta<sup>1</sup>; Isabel Fonseca Vaz<sup>1</sup>; Juliana Nunes<sup>1</sup>; Sílvia Castro<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ULS-Guarda

**Introdução:** Portugal é, segundo o relatório de 2021 das Nações Unidas, o terceiro país do mundo com maior taxa de consumo de benzodiazepinas, sendo apenas ultrapassado por Espanha e Bélgica. Entre os múltiplos efeitos adversos conhecidos, este grupo de fármacos é também associado ao risco de afetação cognitiva, no entanto o risco de desenvolvimento de Perturbação Neurocognitiva Major (PNM) ainda é alvo de debate, em particular numa população especialmente vulnerável aos efeitos psicotrópicos dos psicofármacos.

**Objetivos:** Revisão não-sistemática sobre a possível associação entre o uso de benzodiazepinas e o risco de desenvolvimento de Perturbação Neurocognitiva Major.

**Material e métodos:** Pesquisa nas bases de dados da PubMed e B-on com os termos MESH “*dementia*”, “*benzodiazepines*”, “*cognitive impairment*”, “*Geriatric*”, sem limitação no tempo e no tipo de estudo.

**Resultados:** Um número crescente de fármacos tem sido associado, ao longo da história, a um risco acrescido de desenvolvimento de PNM, especialmente aqueles com propriedades anticolinérgicas. Para além desses, as benzodiazepinas, fármacos depressores do sistema nervoso central, usados para o tratamento de ansiedade, agitação, insónia e outras alterações, também têm sido associados ao risco de desenvolvimento de PNM. A população idosa (adultos com idade igual ou superior a 65 anos) que se encontra a fazer benzodiazepinas corre maior risco de queda, fratura de anca e afetação cognitiva, no entanto, o risco de desenvolvimento de PNM tem apresentado resultados contraditórios. Joyce *et. al* (2022) encontraram pequena evidência de uma relação causal entre o consumo cumulativo de benzodiazepinas e o risco de PNM, apesar de realçarem os efeitos cognitivos deletérios. Gerlach *et. al* (2022) demonstraram ainda que a exposição cumulativa é minimamente associada ao risco de PNM, quando comparada com não utilizados, mas tal relação não será dose-dependente. Efetivamente, o uso a longo prazo está associado a défices cognitivos marcados, nomeadamente com prejuízo da memória, manutenção da atenção e velocidade do processamento, sendo que estes efeitos poderão persistir mesmo após a retirada.

**Discussão/Conclusões:** Apesar de não inteiramente estabelecido o risco entre o uso de benzodiazepinas e o risco de desenvolvimento de PNM, este grupo de fármacos é altamente eficaz para o tratamento de determinadas patologias, sendo necessária uma avaliação do risco-benefício anteriormente à sua prescrição, e o respeito pela duração recomendada de 4 semanas, de maneira a minimizar também o risco de dependência. Note-se que, apesar de serem necessários mais estudos, os efeitos cognitivos estão estabelecidos e poderão impactar negativamente a vida do idoso.





# idoso

16º CONGRESSO  
NACIONAL

## PATROCÍNIO CIENTÍFICO



## MAJOR SPONSORS



## SPONSORS



## ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

+351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)  
clara.malta@admedic.pt  
paulo.jorge@admedic.pt  
[www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)

## AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL



+351 21 841 89 50 (chamada para a rede fixa nacional)  
paula.cordeiro@admedictours.pt  
[www.admedictours.pt](http://www.admedictours.pt)  
RNAVT 2526