

25 ANOS JNPC



Jornadas Nacionais Patient Care
A melhor prática clínica para o médico atual

HOMENAGEM NACIONAL Dr. José Canas da Silva

07 outubro
08 2021

**Centro de Congressos
de Lisboa & Online**

PRESIDENTE DAS JORNADAS
Dr. José Canas da Silva

SECRETÁRIO GERAL
Dr. Rui Cernadas



Programa
Científico

Comissão de Honra



Ministra da Saúde

Bastonário da Ordem dos Médicos

Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

Presidente do Colégio da Especialidade de Reumatologia

Presidente da Câmara Municipal de Lisboa

Presidente do Conselho Diretivo da ARS Lisboa e Vale do Tejo

Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

Comissão Organizadora

DR. JOSÉ CANAS DA SILVA

Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa

DR. RUI CERNADAS

Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho;

Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos

Júri de trabalhos

PRESIDENTE: DR. RUI CERNADAS Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos

DR. EDUARDO CARNEIRO Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em 2007; especialista em Medicina Geral e Familiar e Medicina do Trabalho; Médico de Família na USF de Ramalde - ACeS Porto Ocidental; Médico do Trabalho nos serviços Clínicos da Continental Mabor e nos Serviços Clínicos da Interprev; Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos > **DR. JOÃO AZEVEDO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Master Internacional em Medicina Estética (Madrid); Pós-graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde (Porto Business School), Serviço Clínico Continental Mabor e Centro Hospitalar Médio Ave > **DR. MIGUEL MARTINS CUNHA** Médico especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Avaliação do Dano Corporal; Pós-graduação em Medicina de Viagens e Populações Móveis; Pós-graduação em Antimicrobianos; Médico da Equipa Coordenadora Local da RNCCI, Grupo Coordenador Local do PPCIRA; Responsável pela Consulta Intensiva de Cessação Tabágica; Relator do Grupo de Trabalho Reumatologia-MGF da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DR. TIAGO CASTRO LOPES** Médico de Família, USF Serzedelo do ACeS Alto Ave; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, SA > **DR. TIAGO VILARINHO** Médico de Família e Orientador de Formação, USF S. Félix Perosinho, ACeS Espinho/Gaia

Presidentes, Moderadores e Palestrantes

DRA. ANA JORGE Pediatra, Lisboa > **DRA. ANA ROQUE** Completou Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde, na Universidade da Beira Interior (UBI) em 2016; Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Fernando Namora, em Condeixa; Master em Medicina Estética, Regenerativa e Antienvhecimento na Universidade Complutense de Madrid (UCM) em 2020; Tem publicados 4 artigos em revistas científicas > **DRA. ANDREIA LASCA** Mestrado Integrado em Medicina na FCS-UBI (2013/2019); Interna Formação Geral, CHTV (2020); Interna Formação Específica de MGF, USF Viriato (desde 2021) > **DRA. ANDREIA SEIXAS** Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, realizou o seu internato de especialidade no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, onde permaneceu e exerce atualmente atividade como Assistente Hospitalar na Clínica do VIH, antiga Unidade de Doenças Infeciosas, efetuando consultas de doenças infecciosas, VIH e imunomodulação; exerce ainda consultas de Doenças Autoimunes e Esclerose Sistémica, bem como é co-responsável pela realização de capilaroscopias no mesmo Hospital > **DRA. CATARINA ESPARTEIRO** Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; Especialista de Medicina Geral e Familiar; 2015-2019 - Especialista de Medicina Geral e Familiar ACES Lezíria (Santarém, Portugal) - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Rio Maior, ARSLVT; junho/2019 - atualidade - Médica Paliativista na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, atualmente coordenadora desta equipa > **DRA. CATARINA OLIVEIRA CARVALHO** Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Novo Norte, Aces Entre Douro e Vouga I > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Médica Paliativista, Coordenadora Médica da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ (ULSBA) > **DRA. CRISTINA MAIA E COSTA** Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sávica EDP, Porto > **DRA. DIANA RAMOS ROCHA** Médica Interna em Formação Específica em Medicina do Trabalho > **DR. EDUARDO CORUJO CARNEIRO** Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em 2007; especialista em Medicina Geral e Familiar e Medicina do Trabalho; Médico de Família na USF de Ramalde - ACeS Porto Ocidental; Médico do Trabalho nos serviços Clínicos da Continental Mabor e nos Serviços Clínicos da Interprev; Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos > **DR. ESTÊVÃO DE PAPE** Internista, Hospital Garcia de Orta; Coordenador NEDM > **DRA. FÁTIMA PALMA** Ginecologista; Presidente da Sociedade Portuguesa da Contraceção > **DRA. FILIPA VALE** > **PROF. DOUTOR FILIPE FROES** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e especialista em Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pulido Valente – CHULN; Doutorado em Saúde Pública pela ENSP - Universidade NOVA de Lisboa; Consultor da Direção Geral da Saúde; Coordenador do Gabinete de Crise da Ordem dos Médicos para a Covid-19; Membro do Conselho Nacional de Saúde Pública > **DR. FRANCISCO ARAÚJO** Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna; Coordenador Departamento Medicina Interna, Hospital Lusíadas, Lisboa; Presidente eleito Sociedade Portuguesa de Aterosclerose > **DR. GONÇALO PROENÇA** Assistente Graduado de Cardiologia desde 2008; Coordenador da Unidade de Cardiologia, Hospital de Cascais; Cardiologista, Hospital dos Lusíadas Lisboa; Presidente da Comissão de Ética do Hospital de Cascais > **PROF. DOUTOR HÉLDER DORES** Cardiologista, Hospital da Luz, Lisboa; Secretário Geral da Sociedade Portuguesa de Cardiologia > **DRA. HELENA BEÇA** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Mestre em Cuidados Paliativos; Elemento da Comissão de Ética da ARS Norte >

PROF. DOUTOR HÉLDER DORES Cardiologista, Hospital da Luz, Lisboa; Secretário Geral da Sociedade Portuguesa de Cardiologia > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Diretora do Departamento de CC e CP, Hospital da Luz-Lisboa; Presidente da Competência de Medicina Paliativa da Ordem dos Médicos; Assistente convidada da Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade Católica > **PROF. DOUTOR JAIME BRANCO** Assistente Graduado Sênior de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE – Hospital de Egas Moniz; Professor Catedrático; Diretor NOVA Medical School | Universidade Nova de Lisboa > **DRA. JOANA M. R. SOUSA** Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF BRIOSA - ACeS Baixo Mondego; Internato do Ano Comum, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra > **DR. JOÃO AZEVEDO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Master Internacional em Medicina Estética (Madrid); Pós-graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde (Porto Business School), Serviço Clínico Continental Mabor e Centro Hospitalar Médio Ave > **PROF. DOUTOR JOÃO EURICO CABRAL DA FONSECA** Assistente Graduado Sênior; Diretor Serviço Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Adjunto Diretor Clínico, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte > **DR. JOÃO PEDRO AMORIM** Mestrado Integrado em Medicina pela Universidade da Beira Interior; Interno de Medicina Geral e Familiar no ACES Cascais, USF Emergir; Pós-Graduação em Gestão pela Católica Lisbon School of Business and Economics > **PROF. DOUTOR JOSÉ ANTÓNIO PEREIRA DA SILVA** Consultor em Medicina Interna e em Reumatologia, Doutorado pela Universidade de Londres em 1993; Presidente do Board Europeu de Reumatologia de 2006 a 2010; Autor ou co-autor de mais de 250 publicações em revistas médicas indexadas, Índice Hoeschst: 38; Professor Catedrático de Reumatologia, Universidade de Coimbra; Diretor do Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa > **DR. JOSÉ CARLOS MARINHO** Assistente Graduado Sênior de Medicina Geral e Familiar; Coordenador da USF Santa Joana > **DR. JOSÉ PEDRO L. VIEIRA** > **DRA. LEONOR SILVA JORGE** Formada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em 2021; Médica Interna do 4º Ano em Medicina Geral e Familiar, USF Parque, ACeS Lisboa Norte; Médica da Residência Sênior das Físgas, Santa Casa da Misericórdia de Cascais; Pós-graduada em Medicina Estética pela Sociedade Portuguesa de Medicina Estética e Cirurgia Cosmética. Tenho interesse em Medicina Preventiva, Geriatria e Medicina Estética > **DR. LUÍS MORAIS** Cardiologista, Lisboa > **PROF. DOUTORA MARIA JOSÉ SANTOS** Assistente Graduada Sênior de Reumatologia; Diretora do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta em Almada; Professora Auxiliar convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Editora-associada da Acta Reumatológica Portuguesa; Membro da Comissão de Ética para a Investigação Clínica; Membro da Comissão Coordenadora do Registo Nacional de Doentes Reumáticos – Reuma.pt ORCID ID 0000-0002-7946-1365 > **DRA. MARGARIDA SANTOS** Medicina Geral e Familiar, Lisboa > **DR. MIGUEL MARTINS DA CUNHA** Médico especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Avaliação do Dano Corporal; Pós-graduação em Medicina de Viagens e Populações Móveis; Pós-graduação em Antimicrobianos; Médico da Equipa Coordenadora Local da RNCCI, Grupo Coordenador Local do PPCIRA; Responsável pela Consulta Intensiva de Cessação Tabágica; Relator do Grupo de Trabalho Reumatologia-MGF da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DRA. MÓNICA REIS** Internista, Hospital de Vila Franca de Xira > **DR. NUNO JACINTO** Licenciatura em Medicina - Faculdade Medicina de Lisboa, 2006; Pós-

graduação em Administração de Unidades de Saúde - Universidade de Évora, 2018; Especialista em Medicina Geral e Familiar, desde 2011 - Médico de Família na USF Salus desde então; Coordenador da USF Salus de 2017 a 2020; Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Alentejo Central de setembro de 2020 a julho de 2021; Membro da Direção Nacional da APMGF desde 2012, à qual preside desde janeiro de 2021 > **DRA. PAULA VILARIÇA** Psiquiatra, Lisboa > **DR. PEDRO SILVA CARVALHO**: Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria desde 2005; Psicoterapeuta. No presente consultor de Psiquiatria/ Psicogeriatria de várias IPSS, ICUF e C.S.B. Porto e Hospital da Luz, Lisboa; Professor convidado em pós-graduação no ICBAS; Diretor da Clínica Século XXI, Porto e do Centro Neurológico de Guimarães > **DRA. PETRA CHAVES** Aluna de mestrado em Cuidados Paliativos na Universidade Católica Portuguesa; Médica na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Sintra; Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF Monte da Luz - ACES Sintra > **DR. RICARDO PEIXOTO LIMA** Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF Alto da Vila - ACeS Ave/Famalicão; Médico do Trabalho > **DRA. RITA NORTADAS** Assistente Hospitalar Medicina Interna; Coordenadora Médica Unidade Hospitalização Domiciliar; Coordenadora Consulta Medicina I Diabetes > **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 DINIZ** Mestrado Integrado em Medicina em 2016, pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Interna da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Vitrius (Marinha Grande), ACeS Pinhal Litoral, sob orientação do Dr. Leonel Santos > **DRA. SARA GONÇALVES** Cardiologia, Centro Hospitalar de Setúbal > **PROF. DOUTORA SARA LEITE** Médica interna de MGF, USF Anta, ACeS Espinho/Gaia; Mestre em Fisiopatologia Cardiovascular e doutorada em Ciências Cardiovasculares pela FMUP. Atualmente, a exercer também funções como Professora Auxiliar Convidada e Investigadora no Departamento de Cirurgia e Fisiologia da FMUP > **DRA. SÍLVIA PIMENTA** Concluiu o Mestrado Integrado em Medicina em 2017, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, recebendo o 2º Prémio GAPIC - David Ferreira com a tese de mestrado "Trypanosoma brucei distribution in the male reproductive system"; Em 2019 iniciou a formação específica em Medicina do Trabalho, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental > **DRA. SOFIA MATEUS** Medicina Interna, Hospital CUF Tejo > **DRA. SUSANA CORTE-REAL** Medicina Geral e Familiar – USF São Julião, Oeiras > **DRA. SUSANA MARTINS** Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Internato de Ano Comum no CHTS; Interna de Formação Específica da USF Penela - 4º ano > **DR. TIAGO CASTRO LOPES** Médico de Família, USF Serzedelo do ACeS Alto Ave; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, SA > **DR. TIAGO VILARINHO** Médico de Família e Orientador de Formação, USF S. Félix Perosinho, ACeS Espinho/Gaia > **DRA. VERA LÚCIA TEIXEIRA** Mestrado Integrado em Medicina - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Médica interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar; Pós-Graduação de Gestão na Saúde - Católica Porto Business School; Mestrado em Cuidados de Saúde Primários - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto > **DRA. VERA PIRES DA SILVA** Médica de Medicina Geral e Familiar; Membro da APMGF > **DRA. VITÓRIA CUNHA** Internista, Hospital Garcia da Orta, Almada; Secretária Geral da Sociedade Portuguesa de Hipertensão > **DRA. VIVIANA TAVARES**, Reumatologista, Hospital Garcia da Orta



13:30h Abertura do Secretariado

14:30-18:00h **Curso Pré-Jornadas 1**
ARTRITE REUMATOIDE E ESPONDILARTRITES

APOIO: 

Introdução

Dr. José Canas da Silva

Clínica e terapêutica da AR

Dra. Sandra Sousa

Caso clínico

Dra. Ana Cordeiro

Clínica e terapêutica da espondilartrites

Prof. Doutor Fernando Pimentel

Caso clínico

Dra. Ana Cordeiro

14:00-18:00h **Curso Pré-Jornadas 2**
TRATAMENTO MÉDICO DA OBESIDADE

APOIO: 

Introdução (5 m.)

Profa. Doutora Paula Freitas

Avaliação Clínica (45 m.)

Dra. Selma Souto

Discussão Caso Clínico (10 m.)

Terapêutica Nutricional e Alimentar (45 m.)

Prof. Carla Pedrosa

Discussão Caso Clínico (15 m.)

Intervalo (15 m.)

Tratamento Farmacológico (60m.)

Dra. Selma Souto

Discussão de Casos Clínicos (45 m.)

Encerramento

Profa. Doutora Paula Freitas



08:00h Abertura do Secretariado

09:15-09:45h **Sessão 1**
COMUNICAÇÕES ORAIS
Moderadores: Dr. João Azevedo e Dr. Eduardo Corujo Carneiro

09:45-11:00h **Sessão 2**
REUMATOLOGIA
Presidente: Dr. José Canas da Silva
Moderadores: Dra. Viviana Tavares e Prof. Doutor Jaime Branco
Tratamento da Artrite Reumatoide: O que mudou e o que vai mudar? (20 m.)
Prof. Doutor João Eurico Cabral da Fonseca
Osteoporose (20 m.)
Prof. Doutor J. António Pereira da Silva
Lúpus Sistémico: O que o MGF deve saber? (20 m.)
Profa. Doutora Maria José Santos
Discussão (15 m.)

11:00-11:30h Intervalo

11:30-12:20h **Simpósio**
DIABETES – A CASA DE PAPEL
Moderador: Dr. Estêvão de Pape
Palestrantes: Dra. Mónica Reis e Dra. Rita Nortadas



12:20-13:20h **Sessão de Abertura e Homenagem Nacional ao Dr. José Canas da Silva**

13:20-14:30h Almoço

14:30-15:00h

Conferência 1

CUIDADOS PALIATIVOS

Presidente: Dra. Ana Jorge

Palestrante: Dra. Isabel Galriça Neto

15:00-15:50h



Simpósio

DOENTE COM HIPERTENSÃO E DISLIPIDEMIA: 'AGIR HOJE PARA PROTEGER AMANHÃ'

Moderador: Dr. Rui Cernadas

Palestrantes: Prof. Doutor Hélder Dores e Dra. Vitória Cunha

15:50-16:20h

Intervalo

16:20-17:30h

Sessão 3

O IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL

Moderadora: Dra. Helena Beça

Adultos e Idosos (20 m.)

Dr. Pedro Silva Carvalho

Crianças e Adolescentes (20 m.)

Dra. Paula Vilariça

Discussão (30 m.)

17:30-18:00h

Dor generalizada: Abordagem pragmática

Prof. Doutor J. António Pereira da Silva

18:00h

Fim das Sessões do 1º Dia

Participe na elaboração do próximo programa preenchendo o questionário.

**CONTAMOS CONSIGO,
CONTE CONNOSCO!**

PRÓXIMAS JORNADAS
14 E 15 DE FEVEREIRO 2022
CENTRO DE CONGRESSOS
DE LISBOA



08:00h Abertura do Secretariado

09:00-09:30h **Sessão 4**
COMUNICAÇÕES ORAIS
Moderadores: Dr. Miguel Martins da Cunha e Dr. Tiago Vilarinho

09:30-10:00h **Conferência 2**
COVID-19 EM 2021
Presidente: Dr. Rui Cernadas
Palestrante: Prof. Doutor Filipe Froes

10:00-10:50h **Simpósio**
 **CONVERSA A TRÊS – A IMPORTÂNCIA DE PREVENIR PARA NÃO COMPLICAR**
Moderadora: Dra. Susana Corte-Real
Palestrantes: Dra. Sara Gonçalves e Dra. Sofia Mateus

10:50-11:20h Intervalo

11:20-12:10h **Simpósio**
 **NOVO PARADIGMA NA ATEROTROMBOSE EM PORTUGAL**
Palestrantes: Dra. Margarida Santos e Dr. Luís Morais

12:10-12:40h **Conferência 3**
INOVAÇÃO NA CONTRACEÇÃO ORAL
Moderadora: Dra. Vera Pires da Silva
Palestrante: Dra. Fátima Palma

12:40-13:10h **Conferência 4**
ATOPIC DERMATITIS CARE – PRACTICAL DIAGNOSTIC AND TREATMENT
Palestrante: Dr. Bruno Duarte

13:10-14:15h Almoço

- 14:15-15:30h **Sessão 5**
MANTER OS NOSSOS DOENTES CONTROLADOS COM...
Moderadoras: Dra. Cristina Galvão e Dra. Cristina Maia e Costa
Diabetes (15 m.)
Dra. Rita Nortadas
Hipertensão (15 m.)
Dr. Francisco Araújo
Insuficiência cardíaca (15 m.)
Dr. Gonçalo Proença
Imunodeprimidos (15 m.)
Dra. Andreia Seixas
Discussão (15 m.)
- 15:30-16:00h **Conferência 5**
A HISTÓRIA DE 40 ANOS DE MGF
Presidente: Dr. Nuno Jacinto
Palestrantes: Dr. Rui Cernadas e Dr. José Carlos Marinho
- 16:00-17:00h **Sessão 6**
COMUNICAÇÕES ORAIS
Moderadores: Dr. Tiago Castro Lopes e Dr. Ricardo Peixoto Lima
- 17:00h **Sessão de Encerramento**
Entrega dos Prémios Melhor Caso Clínico, Comunicação Oral e E-Poster



COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

IMPACTO DA PANDEMIA PELA COVID-19 NO CONTROLO GLICÉMICO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Andreia Lasca; Pedro Lopes Vaz; Ana Luísa Pinto; Inês Laia; Inês Santos Cruz; António Assunção; Daniela Moreira
USF - Viriato

Introdução: A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crónica, de elevada prevalência, morbilidade e mortalidade. A pandemia pela COVID-19 exigiu que os cuidados de saúde primários (CSP) se adaptassem às múltiplas limitações impostas, sobretudo durante o confinamento, conduzindo à redução significativa dos contactos presenciais. A consulta via telefone e o aumento dos contactos não presenciais foram algumas das soluções encontradas para manter a vigilância destes utentes.

Objetivos: Objetivo primário foi avaliar o impacto da pandemia pela COVID-19 no controlo glicémico de utentes com DM2. Objetivo secundário: comparar o seguimento durante o período pré-COVID-19 e COVID-19.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e retrospectivo. Critérios de inclusão: Uteses diabéticos tipo 2 (T90 – ICP2) inscritos na USF Viriato e integrados no Programa de Diabetes desde janeiro de 2019. Critérios de exclusão: Ausência de pelo menos um doseamento da hemoglobina glicada (HbA1c) por semestre em cada um dos períodos em análise: Pré-COVID-19 (ano civil de 2019) e período COVID-19 (1 abril de 2020 a 31 de março de 2021). Variáveis dependentes: Doseamento de HbA1c semestral em cada período; número de consultas presenciais e contactos não presenciais. Colheita de

dados em agosto de 2021. Fonte de dados: SCLínico® e MIM@UF®. Tratamento de dados: Microsoft Excel® e SPSS®.

Resultados e conclusões: Foi obtida uma amostra de 476 utentes diabéticos, com idades compreendidas entre os 36 e 91 anos, 46,4% do sexo feminino e 53,6% do sexo masculino. A média do doseamento das HbA1c em período pré-COVID19 foi $6,70 \pm 1,09$ g/dL e em período COVID-19 de $6,83 \pm 1,13$ g/dL, verificando-se um agravamento médio de 0,13 g/dL. Regista-se um aumento médio de $0,51 \pm 0,54$ g/dL no grupo que apresentou agravamento do controlo glicémico (59,25% da amostra). Por sua vez, o grupo que registou um controlo glicémico mais adequado (35,23% da amostra) apresenta uma melhoria média $0,49 \pm 0,52$ g/dL.

Observou-se que 69,20% e 67,51% da amostra alcançou um alvo glicémico inferior ao definido pela American Diabetes Association (7g/dL) em período pré COVID-19 e COVID-19, respetivamente.

No período pré-COVID19 realizaram-se em média de 2,93 consultas presenciais e 1,43 contactos não presenciais por diabético. No período COVID-19, observa-se uma média de 2,10 consultas presenciais e uma subida para 2,73 contactos não presenciais. Em período pré-COVID-19, 92,83% dos diabéticos usufruiu de 3 ou mais consultas presenciais, enquanto em período COVID-19, apenas 45,15% usufruiu de 3 ou mais consultas presenciais. Em suma, observou-se uma elevação ligeira da HbA1c da maioria dos diabéticos em seguimento, contudo esse agravamento não é expressivo, na medida em que os doentes apresentaram um controlo glicémico adequa-

do, sobreponível ao período COVID-19, apesar das limitações na prestação de cuidados. De destacar que apesar de menos de metade da amostra ter tido menos de 3 ou mais consultas presenciais, a média de consultas é superior a 2.

Estes resultados poderão sugerir que um seguimento não presencial pode ser uma opção a ponderar, uma vez que se evidenciou um controlo sem prejuízo marcado da HbA1c. Contudo, é preciso ter em consideração que o número de utentes excluídos por não cumprirem critérios de inclusão é considerável, sendo importante esclarecer quais as motivações desse incumprimento. No que diz respeito aos contactos não presenciais, considerar que estes podem ter múltiplas origens, justificando-se estudar a tipologia dos contactos com intervenção no controlo glicémico.

CO 02

TELECONSULTA – A CONSULTA SEM EXAME FÍSICO

Susana Martins¹; Andreia Pereira²; Elizabeth Silva¹

¹USF Penela; ²USF Serra da Lousã

Introdução: A pandemia COVID-19 obrigou a uma mudança profunda no exercício da medicina. Impôs ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) adoção de estratégias para possibilitar prestação de cuidados de saúde a uma distância social segura. Grande parte das consultas e exames foram cancelados para minimizar as viagens dos pacientes e evitar contato com o ambiente hospitalar. O exposto, somado ao medo da população de ir aos centros de saúde ou hospitais, fez com que muitos pacientes não solicitassem avaliação clínica.

A teleconsulta ofereceu um veículo para a prestação de cuidados médicos a uma distância social segura. A nível dos cuidados de saúde primários ou secundários, o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças assumiu maioritariamente a forma de consultas

telefónicas, não presenciais.

Embora a promessa da telemedicina seja uma expansão do acesso dos utentes ao SNS, nem sempre é a melhor estratégia para avaliar a condição de um paciente, como nos casos em que um exame físico é necessário para confirmar o diagnóstico.

Discussão do caso: Homem caucasiano 62 anos, nacionalidade inglesa, não fala português, casado, classe média da escala Graffar, fase 8 do ciclo Duvall. Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Antecedentes médicos: DM, HTA. Sem antecedentes cirúrgicos. Contacta a médica de família por email referindo apresentar uma tumefação na região da crista ilíaca antero superior direita. Face às medidas de contingência, estabelecido contacto telefónico com utente. Descreveu uma tumefação com início há 5 meses, durante o primeiro período de confinamento no estado de emergência em março de 2020. Inicialmente com dimensões infracentimétricas mas evolução crescente. Sem variação nas dimensões com esforço físico ou tosse. Não recorreu aos serviços de saúde. Após este contacto telefónico, os diagnósticos diferenciais mais prováveis seriam uma adenopatia ou uma tumefação herniária. Encaminhado para consulta presencial. Refere noção de mudança na coloração (eritema) em 3 meses. Nega febre, sudorese noturna. Nega outros sintomas acompanhantes. Perda ponderal, mas com mudanças de estilo de vida. Sem queixas gastrointestinais. Sem queixas urinárias. Sem antecedentes familiares relevantes. Ao exame objetivo - tumefação oval localizada junto à crista ilíaca antero-superior direita, coloração avermelhada (heterogénea), não dolorosa, com 4 cm de maior diâmetro, contornos regulares, móvel sobre os planos profundos, consistência duro-elástica, discreta infiltração cutânea.

Ecografia revelou a “formação nodular ovalada hipocogénica e heterogénea com vascularização periférica e nalguns septos internos,

medindo 30 x 24 x 19 mm, podendo corresponder a uma lesão tumoral sólida, pelo que se sugere a sua exérese para estudo histológico. Algumas estruturas ganglionares na região inguinal, de pequenas dimensões, hipocogénicas, a maior com 10mm, podendo corresponder a adenopatias”.

Referenciado para consulta de Cirurgia Geral onde foi efetuada excisão tumoral. A biopsia revelou tratar-se de um pilomatrixoma.

Conclusão: A introdução urgente e de amplo alcance da teleconsulta na era COVID-19 veio mudar a prática clínica.

A telemedicina desempenhará um papel fundamental no futuro da medicina, no entanto, deve ser aplicada em ambientes e situações adequadas. O treino e aprendizagem de competências para realizar consultas remotas são essenciais para o atendimento seguro e eficaz do paciente. Proporcionarão a comunicação apropriada, a triagem, a eficiência e a satisfação do paciente. É necessário assegurar que serão evitadas armadilhas associadas às consultas remotas.

Porém, nos cuidados de saúde primários, a quebra na relação médico de família e doente e a impossibilidade de realizar um exame objetivo completo, são os motivos principais pelos quais a teleconsulta dificilmente substituirá as consultas presenciais.

CO 03

CORTICOTERAPIA PROLONGADA E ESTRATÉGIAS TERAPÉUTICAS ANTI-OSTEOPORÓTICAS – UM ESTUDO MULTICÊNTRICO

Ana Roque¹; Mariana Pinto²; Lílíana Saraiva³; Francisca Santos⁴; Soraia Ribeiro⁵; Maria Teresa Reis⁶; Tiago Pereira Marques⁷; Filipa Rigueira¹; Ana Paula Cordeiro¹; Luís Miguel Santiago⁸

¹USF Fernando Namora; ²USF Penacova; ³Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC); ⁴USF Buarcos; ⁵USF Condeixa; ⁶USF Topázio; ⁷USF Coimbra Centro; ⁸Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A corticoterapia (Ct) tem um papel importante no controlo de doenças crónicas inflamatórias e autoimunes, apesar de riscos iatrogénicos como a osteoporose secundária e o risco fraturário (RF). As mais recentes orientações recomendam a utilização da ferramenta FRAX (*Fracture Risk Assessment Tool*) para avaliação do RF nos doentes sob Ct oral há mais de 3 meses. A suplementação é recomendada com cálcio (1.000-1.200 mg/dia) e vitamina D (600-800 UI/dia), quando Ct com dose equivalente de prednisolona ≥ 2,5mg/dia, mesmo quando o RF é baixo.

Objetivos: avaliar o risco fraturário (RF) em doentes sob corticoterapia (ct) prolongada e verificar a prescrição anti-osteoporótica recomendada, segundo FRAX.

Material e métodos: Estudo observacional e transversal, multicêntrico em 6 Unidades de Saúde Familiar (USF) da região Centro de Portugal. Critérios de inclusão: idade ≥ 18 anos, sob Ct oral há, pelo menos, 3 meses; vigilância regular pelo seu médico de família sob prednisolona, metilprednisolona, hidrocortisona, dexametasona, deflazorte, de marca ou genérico. Critérios de exclusão: ausência de dados registados.

A população estudo foi determinada pelo Gabinete de Sistemas de Informação e Comuni-

cações (GSIC) da ARS Centro, em função da prescrição eletrónica analisada na aplicação PEM (Prescrição eletrónica de medicamentos) para cada uma das Unidades e apenas com conhecimento de médico autor e com capacidade para aceder aos registos de cada pessoa de cada USF. O Conselho Técnico de cada USF deu parecer favorável ao trabalho. For realizada análise estatística descritiva e inferencial adaptada.

Resultados e conclusões: Numa população de 92 pessoas sob Ct oral prolongada, com uma média de idades de 68.4 anos, verificou-se maior prevalência do género feminino (71.8 %).

Para além de Ct e como fatores constantes de FRAX e potenciadores do RF verificou-se que 8.7% eram fumadores, 15.2% consumiam pelo menos 3 Unidades de álcool/dia, 17,4% apresentavam história de fratura prévia; 28,3% tinham antecedentes pessoais de artrite reumatoide, 17,4% sofriam de osteoporose secundária e 5,4% tinham familiares de primeiro grau com antecedentes de fratura da anca.

Da população estudada, 19 (20,7%) doentes realizaram densitometria mineral óssea (DMO), conhecendo-se o índice T de $n = 14$ (73,7%): média de -1.44 ± 1.30 [- 4.1 a -1.0].

Para 45 das pessoas sem DMO e com FRAX major $\geq 11\%$ ou anca $\geq 3\%$, apenas 10 (22,2%) faz terapêutica com bifosfonatos. Para 15 (78,9%) pessoas com resultados de FRAX e resultado de DMO verificou-se FRAX major $\geq 9\%$ ou anca $\geq 2.5\%$, apenas 5 faziam terapêutica antireabsortiva com bifosfonatos. De acordo com FRAX, verificava-se oportunidade de melhoria na prescrição de bifosfonatos.

Para 78% da população e com uma dose equivalente prednisolona $\geq 2,5$ mg/dia, não se verificou haver prescrição de suplementação com cálcio e para 64,8% não havia prescrição de vitamina D. Mais uma vez, verificou-se existir uma oportunidade de intervenção.

Os homens apresentavam um significativamente mais elevado peso ($p = 0,000$), consumo de álcool ($p = 0,000$) e de tabaco ($p = 0,038$). A mulher tinha prevalência significativamente maior de artrite reumatoide ($p = 0,020$) e de osteoporose secundária ($p = 0,025$). Embora o RF major fosse significativamente maior nas mulheres ($p = 0,002$), já o risco de fratura do colo do fémur não era diferente entre géneros ($p = 0.155$).

A osteoporose induzida por Ct é um problema terapêutico importante em Medicina Geral e Familiar, significando incremento iatrogénico de multimorbilidade e elevados custos em saúde. Assim, a tática de intervenção precoce para a osteoporose induzida pela Ct é crítica para a prevenção de eventuais fraturas futuras sempre com a inclusão da pessoa na sua evicção pelo cumprimento de terapêuticas não-farmacológicas e farmacológica.

CO 04

DOR TOTAL: ABORDAGEM COMPLEXA E MULTIDISCIPLINAR

Catarina Esparteiro; Catarina Brilhante;
Ana Teresa Fernandes; Isabel Santana;
Pedro Carvalho; Ana Calado
*Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados
Paliativos do ACES Lezíria*

O conceito de dor total, definido pela Cicely Saunders, como uma abordagem holística da dor que envolve os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, constitui um dos princípios dos Cuidados Paliativos (CP). Estes visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e família que lidam com uma doença terminal. A abordagem *goldstandard* do controlo da dor, através da escala da dor da Organização Mundial de Saúde (OMS), foca-se apenas no componente físico da dor, tornando-se difícil a compreensão global do sofrimento do doente. Este caso refere-se à história clínica de um adulto jovem, que se encontrava com dor total e sofrimento existencial marcado, e à forma

como a equipa comunitária de suporte em CP, juntamente com a articulação com outros serviços de saúde, tentou ajudar a aliviar a sua dor.

Jovem de 29 anos com diagnóstico de colangiocarcinoma das vias biliares (VB) com carcinomatose peritoneal em 2016, submetido a cirurgia de ressecção dos órgãos afetados. Em 2019, teve recidiva peritoneal com necessidade de colocação de stent num ureter, e em 2020 teve quadro de colangite com obstrução biliar da anastomose cirúrgica, que motivou colocação de prótese definitiva das VB. Fez 9 ciclos de quimioterapia, com boa tolerância, mas sem efeito na progressão da doença.

Foi admitido na equipa para controlo de sintomas como dor, náuseas e vômitos, obstipação, insónia e astenia após a colocação da prótese, por dificuldade nas deslocações estando em prisão domiciliária, com uma *Palliative Performance Scale* (PPS) de 50%. A abordagem holística da equipa permitiu identificar vários aspetos de uma dor total. A dor física encontrava-se localizada na região dorsolombar, de carácter contínuo, intensidade basal 3/10, com picos de dor irruptiva de 9/10, e no abdómen, associada à obstipação e a episódios de suboclusão intestinal. Na abordagem desta dor foi efetuada rotação de opióides, rotação de via oral para subcutânea, titulação de dose com Patient-controlled analgesia (PCA), colocação de infusor elastomérico (DIB), associação de fármacos analgésicos coadjuvantes, ketamina e radioterapia. Por refratariedade destas medidas foi proposto internamento para controlo sintomático em Unidade de Cuidados Paliativos, onde o controlo algico também não foi alcançado, motivando regresso ao domicílio.

Para a abordagem do componente psicológico, o doente teve acompanhamento psicológico ao domicílio que ajudou a realizar o ajustamento da ansiedade-depressão relacionada com o facto da sua qualidade de vida estar

afetada, pela doença terminal e pela privação da sua liberdade. Encontrava-se farmacologicamente medicado com antidepressivos e ansiolíticos.

Socialmente, o doente provinha de uma família disfuncional, tendo estado institucionalizado na infância. Abandonou o ensino ao 9º ano de escolaridade e trabalhou de forma precária alguns anos. Tinha hábitos canabinoides e encontrava-se há 10 anos privado de liberdade. Residia com a sua mãe, com a qual tinha relação conflituosa, contando com o apoio pontual dos irmãos.

Foram realizadas conferências familiares para otimização da gestão e adesão terapêutica e em situação de agravamento clínico, para abordagem dos cuidados terminais. Espiritualmente, o doente não tinha uma religião específica, mas era crente em Deus. A relação terapêutica estabelecida com a equipa foi fundamental para identificar o seu propósito de vida e para a concretização de alguns dos seus desejos finais de vida em liberdade.

Este caso enfatiza a importância de uma abordagem global da dor total no alívio de um adulto jovem, em que foram identificados os seguintes fatores de complexidade na gestão da dor: doente jovem, com vulnerabilidade familiar e social, dificuldade na aceitação do diagnóstico e prognóstico, perfil aditivo e má adesão terapêutica. Em CP, esta abordagem holística e o compromisso de “não abandono” assumido com o doente/família são características fundamentais da sua intervenção.

CO 05

IMPACTO DA PANDEMIA NOS RASTREIOS ONCOLÓGICOS

Joana Sousa¹; Anabela Balazeiro²;

Francisca Mendes¹; Joana Balseiro¹; Lara Cabral¹

¹USF BRIOSA; ²USF Norton de Matos

Introdução: As doenças oncológicas são atualmente uma causa significativa de morbilidade e mortalidade, com um grande impacto na sociedade. Os programas de rastreio de doenças oncológicas de base populacional permitem a identificação de lesões precursoras de situações malignas ou estádios iniciais da doença, através do diagnóstico precoce, permitindo deste modo a utilização de técnicas terapêuticas menos agressivas. Atualmente em Portugal estão instituídos o rastreio do cancro colo-retal (RCCR), o rastreio do cancro da mama (RCM) e o rastreio do cancro do colo do útero (RCCU). Devido à pandemia de Covid-19, no primeiro semestre de 2020 foram suspensos os rastreios de base populacional por um período de aproximadamente dois meses, tendo sido depois retomados progressivamente.

Objetivos: Avaliar a evolução da taxa de cobertura nacional dos rastreios do cancro colo-retal, do cancro da mama e do cancro do colo do útero nos meses de junho de 2018 a 2021.

Material e métodos: Estudo observacional transversal. Os dados foram obtidos através da consulta da matriz de indicadores do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primário (BI-CSP), tendo sido selecionados os indicadores 2013.044.01 FL, 2013.045.01 FL e 2013.046.01 FL. Para cada um destes indicadores avaliaram-se os anos de 2018 a 2021, no mês de junho. Foram selecionados os dados correspondentes ao total nacional.

Resultados: Os valores da taxa de cobertura do RCCR no mês de junho de 2018 a 2021 foram de 47.909, 51.367, 51.218 e 48.748,

respetivamente. A nível do RCCU, os valores da taxa de cobertura no mês de junho de 2018 a 2021 foram de 44.740, 45.087, 45.123 e 39.948, respetivamente. No RCM, os valores foram de 50.379, 50.801, 50.150 e 41.182.

Conclusão: Através dos dados consultados no BI-CSP, pode constatar-se que existiu uma redução da taxa de cobertura dos rastreios em 2020 e 2021. No rastreio do cancro colo-retal e do cancro da mama essa redução verificou-se logo em 2020, enquanto que no rastreio do cancro do colo do útero esta apenas se verificou em 2021. Esta discrepância poderá ser justificada pela frequência dos rastreios, dado o RCCR e RCM serem maioritariamente realizados por testes que implicam repetição bianuais e o RCCU na altura ser a cada 3 anos. Outro fator que terá tido impacto nas diferentes taxas de redução em cada um dos rastreios é o tempo de suspensão de cada rastreio, dado que após a sua interrupção não foram retomados simultaneamente. É fundamental a recuperação dos valores de taxa de cobertura dos rastreios, bem como a sua melhoria, permitindo assim a identificação precoce de lesões malignas e pré-malignas.

CO 06

NUM DOENTE COM OSTEOPOROSE PRIMÁRIA, DEVEMOS REINICIAR/ CONTINUAR TERAPÊUTICA COM BISFOSFONATOS ALÉM DOS 5 ANOS?

Leonor Silva Jorge; Margarida A. Magalhães;

Luís Oliveira Soares

USF do Parque, ACeS Lisboa Norte

Introdução: Encontra-se bem estabelecido o benefício da terapêutica com bisfosfonatos em doentes com osteoporose primária documentada pela densidade mineral óssea (DMO) ou por presença de fratura osteoporótica, com redução significativa de fraturas de fragilidade vertebrais e não vertebrais (colo do fémur, punho e úmero). Os bisfosfonatos são considerados seguros e eficazes nos pe-

ríodos mais frequentemente estudados, até 3-5 anos, mas com indicação para suspensão após este período nas principais "guidelines" internacionais.

Objetivos: Avaliar a segurança e eficácia dos bisfosfonatos administrados durante mais de 5 anos na prevenção primária e secundária de fraturas osteoporóticas.

Material e métodos: Revisão da literatura na base de dados Pubmed/Medline em julho de 2021, utilizando os termos MeSH: *osteoporosis, long-term, fracture and bisphosphonate*. Seleccionaram-se publicações em língua inglesa dos últimos dez anos, incluindo meta-análises e revisões sistemáticas, tendo sido incluídos 5 de 22 artigos. Foram rejeitados artigos com base na leitura dos *abstracts* que abordassem populações específicas, de não idosos, como por exemplo doentes oncológicos ou doentes sob corticoterapia, e artigos não relacionados com eficácia e efeitos adversos dos bisfosfonatos além dos 3 anos ou com seguimento de doentes inferior a 3 anos.

Resultados e conclusões: A maioria dos ensaios clínicos de segurança e eficácia na terapêutica com bisfosfonatos têm uma duração de até 3 anos, geralmente até 12 meses. Isto deve-se ao facto de não ser ético manter um ensaio clínico com um grupo de controlo de doentes de alto risco osteoporótico sem tratamento por longos períodos, quando a eficácia dos bisfosfonatos está bem estabelecida.

Assim, os artigos escolhidos para a avaliação da eficácia e segurança para além dos 5 anos de tratamento com bisfosfonatos basearam-se em estudos cuja população completou esta terapêutica, tendo-se posteriormente dividido em 2 grupos: num deles continuaram terapêutica com bisfosfonatos para além dos 3-5 anos e no outro grupo suspenderam o fármaco, fazendo-se então uma análise comparativa do risco de incidência de fraturas osteoporóticas e da DMO entre os grupos.

Estas revisões reforçam a necessidade de se

avaliar regularmente a DMO e o risco de fratura para determinar se o tratamento com bisfosfonatos deve ser mantido ou suspenso após um período de 3-5 anos. Considera-se que em doentes com DMO $T\text{-score} < -2.5$ ou após fratura de fragilidade há benefício na continuação da terapêutica com bisfosfonatos além dos 5 anos. Este benefício está comprovado para redução de fraturas vertebrais, mas é menos claro na redução de risco de fraturas não vertebrais tanto para o alendronato como para o ácido zoledrónico. No caso de doentes com DMO $T\text{-score} > -2.5$ após tratamento de 3-5 anos com bisfosfonatos sem fratura de fragilidade prévia, deverá ser ponderada a descontinuação do tratamento, mantendo-se, porém, a necessidade de avaliação regular da DMO.

Os autores das revisões consideraram que, na maioria dos casos, o benefício na redução de fraturas de fragilidade vertebrais ultrapassa o risco de fraturas atípicas, subtrocantéricas ou diafisárias do fémur e o risco de osteonecrose da mandíbula, sendo estes considerados eventos adversos graves mas raros.

Concluindo, a duração do tratamento e possível descontinuação deverá ter em conta fraturas osteoporóticas e a DMO, mas igualmente a resposta individual ao tratamento, efeitos adversos, eventos adversos, risco de quedas e de fratura e outras comorbilidades, reavaliando-se regularmente o risco-benefício para cada doente.

Poderá ser útil investigar o benefício de mudar a terapêutica anti-reabsortiva para as novas terapêuticas como os inibidores do RANKL (denosumab), para moduladores seletivos dos recetores de estrogénio (como o raloxifeno) ou para formas recombinadas de hormona paratiroideia (como o teriparatide) numa futura revisão baseada na evidência.

CO 07

PRESENCIAL OU TELECONSULTA? – EFICÁCIA DA CONSULTA DE DOENÇA AGUDA PRESENCIAL VS VIA TELEFÔNICA

João Pedro Amorim¹; Cláudia Penedo¹;
Florinda Ribeiro²

¹USF Emergir; ²USF Costa do Estoril

Introdução: A pandemia COVID19 obrigou os serviços de saúde a repensar a forma de manter os cuidados de urgência prestados à comunidade, tendo sido privilegiado o acesso à consulta de doença aguda por via telefónica. Esta mudança originou reflexões acerca da eficácia destas alterações, colocando em questão a manutenção deste modelo após a situação da pandemia estar resolvida.

Objetivos: Compreender se os utentes recorriam mais frequentemente e mais precocemente dependendo do formato da consulta de doença aguda (presencial ou via telefónica).

Material e métodos: Verificamos nas consultas de doença aguda, realizadas em dois períodos de 14 semanas, um período por via telefónica e outro período por via presencial, a partir do qual registamos os utentes que recorreram mais que uma vez à consulta. Estes foram classificados segundo o número de dias entre as consultas (1 – Menos de 5 dias, 2 – Entre 6 e 10 dias, 3 – Entre 11 e 15 dias, 4 – Mais de 16 dias).

A partir da consulta dos processos dos utentes, registamos o motivo da consulta segundo a classificação de ICPC-2.

Resultados e conclusões: Obtivemos um total de 1146 consultas por via presencial e 1490 consultas por via telefónica.

Nas consultas realizadas por via presencial, tivemos 291 recorrências (25,3%), com 6 dias de média de recorrência. O padrão de recorrência foi: 1 – 101 consultas (35%), 2 – 50 consultas (17%), 3 – 18 consultas (6%), 4 – 122 consultas (42%). O capítulo “Geral e inespecífico” foi o motivo mais frequente de vinda à consulta.

Nas consultas realizadas por via telefónica, tivemos 475 recorrências (31,9%), com 6 dias de média de recorrência. O padrão de recorrência foi: 1 – 148 consultas (31%), 2 – 85 consultas (18%), 3 – 54 consultas (11%), 4 – 188 consultas (40%). O capítulo “Sistema músculo-esquelético” foi o motivo mais frequente de vinda à consulta.

Podemos inferir que a via presencial levou a uma menor recorrência dos utentes. No tempo médio de recorrência não houve diferenças entre as variáveis. A distribuição dos tempos de recorrência, observamos que apesar de a via telefónica levar a uma maior recorrência, a distribuição é semelhante à via presencial. Como limitação, não conseguimos verificar se houve utentes a recorrer ao hospital ou a um prestador de cuidados de saúde privado. Deveremos assim, equacionar o benefício de providenciar um modelo misto (via telefónica e via presencial).

CO 08

MIOCARDITE EM PROFISSIONAL DE SAÚDE APÓS VACINAÇÃO PARA COVID-19

Sílvia Pimenta; Alexandra Roque; Rita Ribeiro;
Elvira Perea; Teresa Martinho
Centro Hospital de Lisboa Ocidental

Introdução: A miocardite corresponde a uma inflamação do músculo cardíaco na ausência de isquémia, apresentando etiologias diversas. Historicamente, alguns casos de miocardites foram associados com diferentes vacinas, especialmente com a da varíola. Recentemente foram descritos múltiplos casos de miocardite após vacinação para COVID-19, maioritariamente em indivíduos do sexo masculino após a segunda dose de vacina.

Descrição: Os autores descrevem o caso de um enfermeiro de 32 anos, previamente saudável, com antecedentes pessoais de miopericardite em 2008 de etiologia idiopática/viral. Três dias após receber a segunda dose da vacina cominarty para COVID-19 em janeiro

de 2021, recorreu ao serviço de Urgência por dor torácica opressiva, sem fatores de alívio, acompanhada de mialgias e febre de 39°C. Realizou eletrocardiograma que apresentava supra de ST de concavidade superior em todas as derivações precordiais, apresentando nas análises de admissão cTNT-us 834 ng/L, AST 53 U/L, ALT 63 U/L, CK 446 U/L, NTpro-BNP 433 pg/mL, PCR 4,6 mg/dL, leucocitose 13200/uL sem neutrofilia e teste para COVID-19 negativo. Foi internado no serviço de Cardiologia perante a hipótese diagnóstica de miocardite, encontrando-se já sem dor torácica e hemodinamicamente estável. Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou fração de ejeção do ventrículo esquerdo ligeiramente diminuída por hipocinésia que envolvia sobretudo os segmentos apicais e segmento médio da parede ântero-lateral. A ressonância magnética confirmou o diagnóstico revelando miocardite aguda posta em evidência pela presença de sinais sugestivos de edema miocárdico ativo e de realce tardio subepicárdico nos segmentos médio-apicais anteriores e laterais. Teve alta ao quarto dia medicado com bisoprolol 5 mg 1 id. O caso foi reportado ao Infarmed como possível reação adversa medicamentosa. No regresso ao trabalho foi observado em consulta de Medicina do Trabalho, encontrando-se apto para a sua atividade profissional.

Conclusão: Apesar da associação temporal não provar a causalidade, o curto espaço de tempo entre a vacina e o início da miocardite no caso apresentado sugere uma provável relação com uma resposta inflamatória à vacinação. Atualmente encontram-se reportados no VAERS mais de 4 mil casos de miocardite desde o início da vacinação para COVID-19. O reconhecimento da miocardite associada à vacinação é clinicamente importante, uma vez que o diagnóstico vai influenciar o seguimento do doente, as recomendações para exercício físico e monitorização de miocardiopa-

tias. É essencial reportar as reações adversas associadas às vacinas para COVID-19, sendo necessário mais estudos de forma a elucidar o mecanismo fisiopatológico subjacente, para identificar e prevenir ocorrências futuras.

CO 09

A REALIDADE DOS UTENTES COM O VÍRUS SARCOV2 NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR EM PORTUGAL

Filipa Vale; Fábio Borges; Filipa Carvalho;
Joana Veloso Maria Liberal; Rui Oliveira; Rui Guedes;
João Matos
USF São Miguel o Anjo

Introdução: A pandemia devida ao vírus SARS-CoV-2 trouxe inúmeros desafios a Portugal, à Europa e ao Mundo. Num muito curto espaço de tempo, foi necessário adaptar e reorganizar todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este enfrentou uma enorme sobrecarga não só a nível dos cuidados de saúde secundários (CSS), com os doentes internados, mas também a nível dos cuidados de saúde primários (CSP). O trabalho de todos os Médicos de Família reinventou-se e, uma das novas tarefas prendeu-se com a necessidade de seguimento dos doentes suspeitos ou infetados com o vírus SARS-CoV-2, que se encontravam no domicílio.

Objetivos: Criação de uma base de dados interativa e dinâmica com extração diária dos registos da USF da plataforma Trace COVID-19®, facilitadora de vigilância e comparativa com a atualidade em tempo real.

Material e Métodos: Foram analisados todos os casos dos utentes infetados por SARS-CoV2 observados pelos profissionais de saúde da USF São Miguel o Anjo de abril de 2020 a Abril de 2021. Criou-se uma base de dados partilhada online através da ferramenta disponível do Microsoft Office® — Excel online™ acessível através conta de e-mail profissional de cada médico ou enfermeiro da USF, a mesma utilizada para ter acesso à

plataforma Trace Covid®, protegida por palavra-passe.

Resultados e Conclusões: Numa população de 12442 utentes abrangidos pelos cuidados de saúde desta USF, 45,2% (n = 5621) foram observados por suspeita de infeção SARS-CoV-2. Do total da população da USF, 10,7% (n = 1334) obtiveram um teste positivo à SARS-CoV-2, sendo que destes, 98,4% (n = 1334) foram definidos como curados, 1,4% (n = 19) faleceram e os restantes encontram-se em vigilância. O período mais crítico no que concerne ao acompanhamento dos utentes em “vigilância sobreativa” foi entre os meses de novembro de 2020 e janeiro de 2021, coincidente com a subida dos casos positivos a nível nacional e regional.

Empiricamente, poderia pensar-se que as listas de utentes dos MF mais envelhecidas seriam aquelas em que se iria verificar um maior número de internamentos e/ou de óbitos. No entanto, neste estudo, um índice de envelhecimento superior não se correlacionou com um maior número de internamento e/ou de óbitos. Esta base de dados interativa facilitou também a comunicação dentro de cada Equipa de Família, com a partilha de notas clínicas acerca de cada caso em vigilância (como as datas de diagnóstico e de alta previsível), e mesmo entre colegas, no caso de ausências dos profissionais envolvidos. Permitiu também associar famílias, registar a história clínica alocada a cada doente e registar notas de alerta.

CO 10

NÃO É SÓ UMA GRIPEZINHA! COVID-19 LONGO: RELATO DE UM CASO

Sara Diniz¹;
Carmo Coelho Gonçalves¹; Mara Galo²; Leonel Santos¹

¹USF Vitrius; ²USF Novos Horizontes

Introdução: Cada vez mais está a ser reportada a persistência de sintomas entre sobreviventes de COVID -19, mesmo naqueles que apresentaram doença aguda ligeira. Estas

situações têm sido designadas por síndrome pós-COVID-19 aguda ou COVID-19 longo.

Ainda é desconhecido o significado, a fisiopatologia e as consequências desta Síndrome. No entanto, a perspectiva holística destes doentes será fundamental na sua gestão clínica futura.

Descrição: Mulher, 39 anos, previamente saudável, infeção por SARS-CoV-2 detectada em rastreio realizado em contexto laboral. Inicialmente assintomática, começa a apresentar sintomas minor ao 5º dia de isolamento, com agravamento progressivo da sintomatologia. Decorridas 6 semanas do início da doença a doente mantém queixas de cansaço extremo, palpitações e mialgias que motivaram realização de meios complementares de diagnóstico que apresentaram alterações cardíacas não diagnosticadas previamente.

Discussão: A maioria dos doentes com covid-19 recuperam após o período de doença aguda. No entanto, alguns pacientes podem demorar meses a regressar ao seu estado prévio de saúde.

Ainda está por definir o período de tempo que se deverá considerar para diferenciar entre a fase pós-aguda da doença e as sequelas de longo prazo da infeção por SARS-CoV-2.

Provavelmente, as sequelas persistentes de COVID-19 resultam de processos fisiopatológicos distintos ao longo do espectro da doença.

A actividade viral devido a uma resposta imunológica mais fraca ou ausente, re-infeção, estados inflamatórios persistentes e factores mentais, tais como stress pós-traumático, têm sido apontados como possíveis causas para a recuperação mais lenta de alguns doentes.

Apesar dos sintomas mais frequentes serem fadiga, dispneia, dor torácica, tosse e artralgias, outros sintomas como mialgias, cefaleias e palpitações também têm sido relatados. A apresentação de pacientes com lesões miocárdicas, mesmo naqueles sem doença cardiovascular prévia, indicam que a

infecção também possa ser responsável por danos cardíacos pela destruição directa de miócitos, pela resposta inflamatória gerada mas também pela activação do sistema nervoso simpático.

A síndrome pós-COVID-19 agudo (ou COVID-19 longo) parece ser uma doença multisistémica cujo significado, fisiopatologia e consequências ainda não são totalmente conhecidas e permanecem em investigação. Este contexto representa e irá representar um novo desafio para os Médicos de Família que, pela sua proximidade e especificidades da especialidade, irão lidar com estas sequelas, muitas ainda desconhecidas, incluindo em pacientes jovens e previamente saudáveis.

CO 11

REPEATED FILLING OF ELASTOMERIC INFUSER PUMPS FOR PALLIATIVE HOME-BASED CONTINUOUS SUBCUTANEOUS INFUSIONS: A LARGE CASE SERIES

Petra Chaves; Maria Ana Sobral; Ana Raposo; Paula Calçada; Daniela Runa; Miguel Julião
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados
Paliativos de Sintra- ACES Sintra - ARSLVT

Introduction: The majority of terminally ill patients will present with decreased oral intake and will require hydration, opioids, and other parenteral drugs before death, using continuous subcutaneous infusions as an alternative to intermittent parenteral injections. Several medical devices have been developed for continuous subcutaneous drug infusion for home palliative care (HPC), such as elastomeric infuser pumps (EIP). Clinical evidence on the repeated filling of EIP for continuous subcutaneous delivery for HPC is scarce.

Aims: We aimed to analyze a large clinical case series of terminally ill patients cared for in our HPC, with repeated filling of EIP for home-based subcutaneous medications.

Methods: A retrospective analysis of each patient's EIP-related registries regarding: 1) EIP

general functioning aspects (number of EIP refillings and drugs used, total usage time); 2) clinical aspects: symptom control and local skin complications.

Results: A total of 34 cases (14 patients) were analyzed (eight 50-hour EIP and twenty-six 30-hour EIP), from February 2020 to June 2021. All EIP had a mean number of refillings (standard deviation (SD), mode) of 1.9 ((0.4), 2); with 2.6 drugs on average used in each EIP ((0.98), 2). The approximate total mean (SD) usage time for both types of EIP was 91 (31) hours; and all EIP were used, on average (SD), 55 (26) hours more than its labelled duration. Except for two EIP, all the remaining showed a complete reservoir deflation between refillings. Regarding symptom control, 88% had no symptom aggravation, except for two cases with mild agitation and two cases with dyspnea. Only four patients had a minor skin complication, three with local erythema at the infusion site and one with seroma.

Conclusions: Our large case series report reinforces our previously published preliminary study, suggesting that EIP refilling is safe and clinically effective. Clinical research about this procedure in the HPC setting is warranted.

CO 12

O ESTADO NUTRICIONAL E DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO IDOSA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Catarina Carvalho¹; Diana Soares²; Flávia Cardoso Soares³

¹USF Novo Norte; ²USF Entre Margens;

³USF Terras de Santa Maria

Introdução: Os idosos são uma população que, pelas alterações fisiológicas, têm grande propensão para adquirir patologias do foro físico e psicológico. A malnutrição e a desnutrição são bastante comuns nesta faixa etária que, apesar de pouco reconhecimento, têm graves consequências: maior fragilidade

de, agravamento de outras comorbidades e aumento da mortalidade. A desnutrição é um fator indutor de depressão, da mesma forma que a própria depressão pode ser fator de risco para desnutrição e malnutrição.

Objetivo: Com este trabalho pretende-se perceber a relação entre o estado nutricional e a depressão nos idosos em Cuidados de Saúde Primários.

Materiais e métodos: Estudo observacional analítico cross-sectional, recorrendo a uma amostra de conveniência de utentes idosos (≥ 65 anos) que surgem em consulta programada entre abril e junho de 2021, de três listas de utentes pertencentes a três Unidades de Saúde Familiar. Os utentes foram convidados a incluir o estudo tendo preenchido consentimento informado, após garantia de confidencialidade e esclarecimento dos objetivos do projeto. Foi aplicado um questionário sócio-demográfico e avaliado o estado nutricional através do preenchimento do questionário *Mini Assessment Nutritional* (MAN) – versão portuguesa. As variáveis de estudo (Idade, sexo, peso, IMC, diagnóstico de perturbação depressiva (P76), MAN, grau de dependência (índice de Barthel), coabitação), foram registados numa base de dados em Excel®, protegida por palavra-passe e analisados recorrendo a estatística descritiva.

Resultados e conclusões: Foram estudados 188 utentes com uma média de idades de 74.6 anos, 52.7% do sexo feminino. Do total de utentes: 78.19% apresentavam um estado nutricional normal, 14.89% encontravam-se sob risco de desnutrição e 6,91% encontravam-se desnutridos e 50.53% tinham codificado o P76. Dos utentes sob risco de desnutrição ou desnutridos: 73,17% apresentavam codificado o P76 e encontravam-se sob terapêutica antidepressiva; no entanto, os utentes codificados com P76, apenas 31.57% apresentavam problemas de nutrição. Do total dos utentes 26.60% apresentavam algum

grau de dependência sendo esta percentagem 60.98% nos utentes com problemas de nutrição.

Com este trabalho, percebe-se a importância da avaliação do estado nutricional na população idosa e de, no caso de risco de desnutrição/desnutrição, avaliar o estado psicológico. É ainda mais relevante avaliar o estado nutricional na população dependente, uma vez que parece ser um fator de risco para desnutrição.

CO 13 Retirado

CO 14

ADESÃO DOS TRABALHADORES DO IPO DO PORTO À VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE SAZONAL – O QUE MUDOU?

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

Introdução: A gripe é uma doença respiratória contagiosa causada pelo vírus influenza. Os profissionais de saúde (PS), pela sua exposição acrescida a risco biológico constituem um dos principais grupos de risco, sendo a sua vacinação considerada prioritária e desejável. Segundo os dados do “vacinómetro” (projeto que monitoriza a taxa de cobertura da vacinação contra a gripe em grupos prioritários) 59% dos PS portugueses vacinaram-se contra a gripe na época gripal de 2019/2020.

Objetivo: Avaliar as características e adesão à vacinação contra a gripe sazonal nos últimos 5 anos dos PS do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOP).

Material/Métodos: Estudo transversal descritivo avaliando as características demográficas e adesão dos PS do IPOP à vacinação contra a gripe sazonal no período de 2016 a 2020.

Resultados: Relativamente ao número de vacinas contra a gripe administradas verificamos um aumento desde 2016 (N = 609)

até 2020 (N = 874). Durante este período, em média, vacinamos 707 PS por ano. O género mais vacinado foi o feminino (79%), o grupo profissional o de enfermagem (30%), e a faixa etária a dos 35-54 anos (60%).

Relativamente à adesão à vacinação (n.º de PS vacinados/ n.º de PS existentes), esta manteve-se estável entre 2016-2019, com 31% dos PS vacinados por ano (32% nas mulheres vs 31% nos homens). Durante este período, em média, o grupo profissional que mais aderiu foi o dos assistentes operacionais (34%), seguido dos assistentes técnicos (31%), enfermeiros (29,2%) e médicos (28,7%). A nível de serviço hospitalar, os PS do bloco operatório foram os que mais aderiram (43%), seguido de radioterapia (35%), serviço de transplantação de medula óssea (STMO) (33%) e onco-hematologia (32%).

Já em 2020, um ano atípico, tivemos a maior adesão de sempre por parte dos PS à vacinação contra a gripe, com 38% dos PS da instituição vacinados (39% das mulheres vs 37% dos homens). Os médicos foram a categoria profissional que mais aderiu à vacinação (44%), seguida dos assistentes operacionais (38%), assistentes técnicos (38%) e enfermeiros (32%). O serviço com maior cobertura vacinal foi o STMO, com 58% dos PS desse serviço vacinados, seguido do de onco-hematologia (53%), bloco operatório (51%) e radioterapia (45%).

Discussão e conclusao: Verificamos uma maior adesão no último ano (2020) relativamente aos transatos, o que atribuímos à pandemia por COVID-19, que sensibilizou os trabalhadores para importância do usufruo da imunização disponível contra infeções transmissíveis por gotícula. A inversão da adesão à imunização na categoria profissional em 2020, com os médicos a serem o grupo profissional mais vacinado contra a gripe no ano de 202, justificamos pela maior literacia deste grupo sobre a imminente necessidade de evitar

sintomas que se pudessem confundir com os da infeção por SARS-CoV-2.

O STMO e o serviço de onco-hematologia, serviços maioritariamente dirigidos a doentes imunodeprimidos, com adesão de mais de metade dos seus PS no último ano, o que revela sensibilidade dos mesmos para a necessidade da proteção do doente oncológico.

CO 15

A CLÍNICA COMO ALICERCE DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR. COVID-19: O QUE AINDA FALTA SABER

Vera Lúcia Teixeira; Madalena Cubal
USF Calâmbrega, ACeS Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte

Enquadramento: A pandemia provocada pela doença COVID-19 teve um impacto devastador em todo o mundo e, de forma particular, na dinâmica da organização dos cuidados de saúde primários, em Portugal. A deteção oportuna e o isolamento de doentes infetados são essenciais para prevenir a disseminação da doença. A pesquisa por RT-PCR do SARS-CoV-2 é o *gold standard* para o diagnóstico da doença.

Descrição de caso: Doente do sexo feminino, 53 anos, cabeleireira; Casada; Vive com o marido; Fase VII do ciclo de Duvall; Antecedentes pessoais: depressão, dislipidemia e osteoartrite do joelho. Medicação habitual: Escitalopram 20 mg; Rosuvastatina 10 mg. Em abril de 2020 desenvolve quadro de mialgias, cefaleias, tosse seca, odinofagia e cansaço generalizado. Fez teste de pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR com resultado negativo. Melhoria da sintomatologia ao fim de 15 dias. Sem necessidade de tratamento especializado, para além do controlo sintomático. Em janeiro de 2021 refere novo episódio que descreve como semelhante ao do ano anterior: mialgias, cefaleias, tosse seca, cansaço generalizado, ageusia, diarreia, náuseas, dor abdominal e perda de apetite, com agrava-

mento diário da sintomatologia. Marido com diagnóstico de COVID-19 nas duas semanas anteriores ao aparecimento dos sintomas da doente, a cumprir isolamento obrigatório. Fez cinco testes de pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR em dias diferentes (realizados em diferentes laboratórios e na ADR-C): negativos. Ao quinto dia, após o início dos sintomas, recorre à ADR-SU, onde repetiu o teste, com resultado negativo. Fez TC-Tórax: "(...) em ambos os pulmões, predominando nos lobos inferiores, identificam-se opacificações irregulares em vidro despolido, predominando na periferia e com tendência a confluência, suspeitas para SARS-CoV-2 (CO-RADS 4), devendo ser correlacionado com dados laboratoriais. (...) Sem outras alterações tomodensitométricas relevantes ao atual quadro clínico do paciente." Teve alta hospitalar com encaminhamento "para o médico assistente por pesquisa de SARS-CoV-2 não detetado em doente com TC sugestivo", sem indicação para isolamento. Em ambulatório, fez-se pesquisa serológica de anticorpos IgM, IgA e IgG: positivos para a proteína S1 do SARS-CoV-2. A doente cumpriu o isolamento obrigatório, com melhoria sintomática ao fim de 25 dias.

Discussão: O médico de família cuida de pessoas diferentes cuja sintomatologia clínica nem sempre se correlaciona com os achados laboratoriais. Seguir de forma estrita normas/protocolos de atuação pode não ser suficiente para satisfazer as necessidades de saúde individual e/ou pública. De acordo com as normas de orientação clínica lançadas pela DGS um caso só é considerado confirmado quando o doente preenche critérios laboratoriais. Doentes com critérios clínicos associados a achados imagiológicos são considerados casos prováveis (NOC 020/2020), devendo cessar o seu seguimento na plataforma COVID-19 após realização de um teste molecular com resultado negativo (NOC 004/2020). Ainda pouco se sabe em relação aos testes

serológicos de pesquisa de anticorpos específicos para a proteína spike do SARS-CoV-2. Perante o resultado serológico da doente em estudo, pode-se suspeitar de infeção passada (provável em abril de 2020)? Pode-se assumir infeção recente (a janeiro de 2021)?

O que têm de diferente os doentes cujas moléculas de SARS-CoV-2 por RT-PCR não são detetadas? Quantos casos semelhantes a este poderão ter ficado por detetar? (vídeo)

Temos mais perguntas do que respostas.

Porém, uma certeza inabalável: na Medicina Geral e Familiar a clínica daqueles que, diariamente, se sentam diante de nós é o alicerce para a tomada de decisões.

CO 16

NEM TUDO O QUE PARECE, É: PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NO DIAGNÓSTICO DA PARALISIA SUPRANUCLEAR PROGRESSIVA

Sara Leite¹; Antonieta Barbosa¹; Carla Cardoso¹; Catarina Santos²; Helena Milheiro¹

¹USF Anta, ACeS Espinho/Gaia; ²Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: A paralisia supranuclear progressiva (PSP) é uma doença neurodegenerativa, cuja prevalência é de 2-7 casos/100.000 indivíduos. No entanto, dado o desafio diagnóstico, prevê-se que estes dados estejam subestimados e que muitos doentes não cheguem sequer a ser diagnosticados.

Descrição: Mulher de 69 anos, com hipertensão arterial e hipotireoidismo controlados, recorreu em dezembro de 2018 a consulta aberta na sua USF por se sentir triste e com choro fácil, sem vontade de iniciar qualquer atividade e com episódios de ansiedade. Pela presunção do diagnóstico de depressão iniciou sertralina. Em janeiro de 2019, em consulta programada, o seu médico de família (MF) detetou um discurso pouco fluente e lentificação psicomotora, facto que a doente não reconhecia como um problema. Após exclusão de causas identificáveis e reversíveis

que justificassem o quadro clínico decidiu-se fazer uma referenciação aos cuidados de saúde hospitalares de neurologia. Em março, na consulta de neurologia, foi identificada a presença de disartria e de reflexos osteotendinosos ligeiramente vivos, interpretados em provável contexto de uma doença neuromuscular, que foi posteriormente descartada pela eletromiografia, ressonância magnética cerebral e estudo analítico normais. Em junho, a doente acrescentava dificuldades executivas e da escrita e destacava-se a presença de apraxia e disfunção frontal pelo que se colocou em hipótese a presença de uma doença neurodegenerativa, identificada como possível afasia progressiva primária por uma avaliação neuropsicológica. No entanto, em janeiro de 2020, verificou-se um agravamento dos sintomas prévios, foi descrita a presença de quedas ocasionais não provocadas e identificou-se uma discreta limitação do olhar vertical superior que se associou finalmente ao diagnóstico definitivo de PSP. Foi enviada carta para o MF a explicar o quadro clínico, pelo que se decidiu, conjuntamente, pedir terapia ocupacional e terapia da fala. Atualmente, além das terapias e do treino de marcha que executa diariamente com o apoio do marido, a doente mantém seguimento em consulta hospitalar de neurologia e acompanhamento na sua USF. Nas consultas de acompanhamento com o MF foi determinada uma classificação de 65 pela escala de Barthel, estando dependente do marido para o banho, para se vestir e para deambular. Pela instabilidade postural foram reforçadas as medidas de prevenção de quedas e aconselhada a utilizar espessante na água para prevenção de aspiração. Apesar da doença grave num elemento da família, segundo o APGAR familiar de Smilkstein, trata-se de uma família altamente funcional. De acordo com a escala de Zarit, o marido, que é o cuidador e o representante legal, não se apresenta sobrecarregado, no entanto, é feita

uma avaliação regular da família e do cuidador por parte da equipa de saúde (médico e enfermeiro de família) de forma a identificar e intervir precocemente em qualquer elemento/ evento desestabilizador desta harmonia.

Conclusão: Destacando o papel do MF, este é responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente ao doente, assim como pela gestão da doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, características que colocam o MF numa posição privilegiada para sinalizar, acompanhar, intervir e referenciar nas situações como a que é apresentada no presente caso clínico. Atualmente o tratamento da PSP é meramente sintomático e paliativo e o seu prognóstico é pobre, com uma sobrevivência média após o diagnóstico de apenas 3-4 anos. No entanto, dado o carácter debilitante e multissistémico da doença, o seguimento destes doentes deve ser feito por uma equipa multidisciplinar, no qual se inclui o MF como elo de ligação entre os diferentes profissionais de saúde e permitindo o envolvimento e apoio da família que se vê obrigada a uma reestruturação física e emocional, garantindo uma melhor qualidade de vida dos doentes com PSP.

PD 01

SILENCIOSA, IMPREVISÍVEL E DIFÍCIL – UM ALERTA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO!

Bárbara Santos; Cristina Nunes Raposo;

Joana Moreira; Sandra Cró

Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel

Introdução: A angiopatia amilóide cerebral (AAC) é uma doença caracterizada pela deposição de substância amilóide, nomeadamente péptido A, na média e íntima da microvasculatura cerebral e leptomeninges. Afeta maioritariamente idosos, independentemente do sexo, com uma prevalência de até 40%, elevando-se até 80% em portadores de doença de Alzheimer. Ocorre de forma insidiosa e tem uma evolução lenta e imprevisível. A manifestação clínica mais comum é a hemorragia intracraniana (HIC), que pode ser assintomática ou constituir um quadro emergente, dependendo do seu tamanho e localização. Pode ainda apresentar-se sob a forma de episódios isquémicos ou por um quadro clínico, com uma duração de minutos a horas, de cefaleias, défice cognitivo ou sintomas neurológicos transitórios. De notar que, na presença de HIC, está recomendado o controlo de tensão arterial (TA), apesar de não existir relação causal comprovada. O seu prognóstico é incerto, podendo culminar em demência.

Descrição: Homem, 72 anos e caucasiano. Autónomo para as atividades de vida diárias. Reformado, tendo sido bancário. De antecedentes pessoais apresentava dislipidemia (medicado com sinvastatina 10 mg), hiperplasia benigna prostática (medicado com tansulosina 0.4 mg) e prótese total da anca esquerda. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Sem hábitos tabágicos, etílicos ou consumo de drogas. Recorreu aos serviços de saúde por cefaleia parietal direita associada a visão turva no olho direito, de início súbito, e

tonturas. Fez analgesia no domicílio, com alívio sintomático parcial da cefaleia, mantendo a restante sintomatologia, sem outras queixas. Apresentava exame objetivo, incluindo neurológico, sem alterações, à exceção de TA de 159/74 mmHg. Dos meios complementares de diagnóstico realizados inicialmente (estudo analítico e eletrocardiograma) não se objetivaram alterações. Posto isto, foi observado pela Neurologia e pedida tomografia computadorizada que revelou: uma hemorragia intra-parenquimatosa aguda, cortical, de conformação grosseiramente ovalada, com cerca de 26x27mm de maiores eixos axiais, sem captação de contraste endovenoso provavelmente associada a angiopatia amilóide, na região occipital direita; fina lâmina de edema adjacente que condicionava efeito de massa sobre a ponta posterior do ventrículo lateral direito; sem outras alterações. Neste contexto, ficou internado no serviço de Neurologia para estudo, tendo tido alta 6 dias depois, com melhoria do défice visual e sem alterações clínicas ou analíticas, e com pedido de consulta de doenças cerebrovasculares para seguimento de possível AAC.

Conclusão: Uma vez que a AAC é uma condição patológica de difícil diagnóstico e as suas manifestações clínicas são, apesar de específicas, atribuíveis a um grande número de etiologias, foram elaborados os critérios de Boston. Segundo estes critérios de diagnóstico, classifica-se a AAC do paciente deste caso clínico como possível (hemorragia única, de localização cortical; idade superior a 55 anos e ausência de outra causa de hemorragia). Tratando-se de uma doença que comumente escapa ao olho clínico até ao aparecimento de HIC ou de isquemia cerebral, é essencial que, na avaliação médica, seja ponderada a possibilidade de se tratar de AAC, devendo ser feito o diagnóstico diferencial de possíveis etiologias de HIC, de forma a ser efetuado um plano de prevenção e controlo relativamente

a esta patologia. É de salientar que a AAC tem vertentes familiares que se apresentam em idades mais jovens e com acidente vascular cerebral hemorrágico. Posto isto, a importância do médico de família, perante esta doença, reside em estar apto e atento para atuar em 3 frentes: história clínica, nomeadamente, antecedentes familiares e manifestações clínicas; diagnóstico diferencial e controlo dos fatores de risco antes e após o diagnóstico.

PD 02 Retirado

PD 03

QUANDO O CANSAÇO NÃO VEM SÓ

Ana Rita Pereira; Miguel Albergaria; José Brás
USF Cândido Figueiredo

Introdução: Frequentemente recorrem à consulta aberta utentes com sintomas gerais e inespecíficos e é função do médico de família explorar o quadro clínico procurando descartar patologias com potencial fatal. O linfoma não-Hodgkin (LNH) pode surgir em qualquer idade, raça ou estatuto socioeconómico. Na avaliação de uma suspeita de linfoma é fundamental avaliar presença de adenopatias periféricas que usualmente são firmes e indolores e estão presentes em mais de 2/3 dos doentes com linfoma. Porém, as adenopatias podem surgir em caso de infeção e, por isso, é importante excluir inicialmente a presença das mesmas. Para além disso, é necessário procurar a existência de sintomas B, tais como, febre, perda ponderal (> 10% do peso) ou suores noturnos sem explicação. Os sintomas B são mais frequentes em doentes com LNH agressivo. Na suspeita de LNH deverá ser investigada a existência de alterações laboratoriais presentes em alguns doentes com LNH: anemia, trombocitopenia, leucopenia e/ou linfocitose, hipercalcemia, hiperuricemia, elevação da desidrogenase láctica (LDH), proteinograma anormal (pico de imunoglobulina monoclonal). O diagnóstico e classificação de LNH necessita

de biópsia e avaliação patológica sendo necessária a referência para consulta hospitalar.

Descrição: Doente de 74 anos, sexo feminino, recorre à consulta aberta por cansaço e noção de nódulos no pescoço com duas semanas de evolução. Refere ainda disfagia progressiva para sólidos com tolerância parcial para líquidos, sudorese noturna, anorexia e perda ponderal de 8kg em 3 meses. Nega febre, dispneia, dor ou outro sintoma. Ao exame objetivo são identificadas múltiplas adenopatias de consistência firme, bem delimitada, móveis e indolores na região submandibular, cervical anterior, supraclavicular e axilar. Restante exame objetivo sem alterações. Apresenta como antecedentes pessoais hipertensão arterial, dislipidemia e osteoporose. A sua medicação habitual inclui perindopril + indapamida 4 mg + 1.25 mg id, atorvastatina 20 mg id, raloxifeno 60 mg id e ácido alendróico + colecalciferol 70 mg + 5600UI 1/semana. Em ambulatório foram solicitadas análises onde apresentava hemoglobina de 12,1 g/dl, VGM-86,9 fL, 6 x 10³/mm³ leucócitos com linfopenia, plaquetas 245 x 10⁹/mm³, LDH-433 S/U/L, VS-84 mm/h, PCR-2,9, sem outras alterações. Foi ainda solicitado Rx tórax “Moderado aumento da área cardíaca predominantemente à custa do diâmetro transversal” e ecografia abdominal “esplenomegalia com varizes esplênicas”. Por suspeita de neoplasia hematológica foi referenciada com carácter urgente para consulta de Hematologia. Em contexto hospitalar realiza novas análises onde se verifica a presença de Anemia normocítica e normocrômica e leucopenia. Foi submetida a ecografia mamária “identificam-se múltiplas adenopatias axilares bilaterais, as maiores com 25 mm à direita e 28mm à esquerda e laterocervicais bilaterais, as maiores com 18 mm à esquerda.” Após medulograma, biópsia medular e biópsia excisional de adenopatia a doente é diagnosticada com linfoma não-Hodgkin de Célula T e irá realizar esquema de quimioterapia em contexto hospitalar.

Conclusão: Este caso demonstra a importância do médico de família como primeiro contacto do doente com o sistema nacional de saúde e do seu dever de estar atento aos sintomas do doente, mesmo os mais inespecíficos e procurando não se esquecer de patologias menos frequentes, mas que podem trazer repercussões graves na ausência de um diagnóstico e tratamento precoce como o linfoma no idoso.

PD 04

HIPEROSTOSE FRONTAL INTERNA – UM CASO DE CEFALIAS FREQUENTES

Ana Rita Costa; Ana Nicolau Gomes;
Carolina Caetano; Pedro Frazão Vaz
USF Tornada

Introdução: A hiperostose frontal interna é uma condição reportada em cerca de 5 a 12% da população em geral, verificando-se um espessamento irregular da tábua interna do osso frontal, poupando frequentemente a linha média. O seu diagnóstico é habitualmente um achado imagiológico. A sua etiologia permanece desconhecida, no entanto parece ser nove vezes mais frequente no sexo feminino, estando associada a cefaleias crónicas, mais raramente a crises convulsivas e ao síndrome de Morgagni-Stewart-Morel (virilização, obesidade, perturbações neuropsiquiátricas).

Descrição: MRS, sexo feminino, 58 anos, solteira, autónoma nas atividades de vida diária, desempregada. Antecedentes pessoais de dor crónica e síndrome depressivo. Medicação habitual: fluoxetina 20 mg 1x/dia; ADT 25 mg 1x/dia; tramadol + paracetamol 37,5+325 mg SOS. Apresentava quadro de episódios frequentes e de agravamento progressivo em três anos de cefaleia localizada no hemicrânio esquerdo, dor não pulsátil, com cada episódio durando entre duas a três semanas e com fraco alívio com terapêutica analgésica. A dor ocasionalmente acordava a doente durante a noite, tendo estado por vezes associada a náuseas e a um episódio de amaurose ao

acordar. Foi pedida tomografia computadorizada crânio-encefálica que revelou significativo espessamento da tábua interna do frontal por hiperostose frontal interna, com acentuação dos sulcos cerebrais corticais, principalmente a nível bifrontal e na convexidade alta, sem outras alterações. A doente foi observada em consulta de neurologia, tendo ficado apenas com indicação para cumprir terapêutica analgésica em SOS e vigilância de sintomas e sinais de alarme. Mantém atualmente episódios ocasionais de cefaleia, sem outros sinais de alarme associados, cumprindo terapêutica analgésica em SOS.

Conclusão: A hiperostose frontal interna, apesar de habitualmente ser apenas um achado imagiológico e de não ter grande significado clínico, não deve ser esquecida como potencial fator de agravamento de episódios de cefaleias, como observado no caso descrito, podendo mesmo estar relacionado com casos de crises convulsivas, algo que já está descrito na literatura.

PD 05

ADENOPATIAS: O MENOS FREQUENTE ACONTECE

Márcia Ferreira
USF Gama

Enquadramento: As adenopatias são um achado comum nas consultas dos cuidados de saúde primários e que preocupam o utente. Contudo, sabe-se que a maioria é de etiologia infecciosa, benigna e autolimitada. Na maioria dos casos anamnese e exame físico esclarecem o diagnóstico.

O principal desafio do médico consiste em diferenciar as etiologias mais comuns e benignas das situações de doença grave. O diagnóstico diferencial depende essencialmente da idade do utente, duração do quadro, características e localização dos gânglios. Outro grande desafio do médico passa por garantir que são utilizados os recursos de

saúde necessários e no tempo ideal para tratar a situação.

Descrição do caso: Homem, 31 anos, caucasiano, motorista. Antecedentes pessoais: tabagismo, uso de cannabis e asma, sem terapêutica. Recorre à consulta de doença aguda por quadro com 3 meses de evolução de adenopatias cervicais à esquerda, de crescimento progressivo, dolorosas nos últimos dias. Referia anorexia e sudorese noturna. Negava perda ponderal e febre. Medicado com naproxeno 2 vezes dia e azitromicina que completou 6 dias.

Do estudo complementar realizou TC cervical, que revelou múltiplas formações nodulares no lado esquerdo, a maior de 3 cm, que captavam contraste de forma difusa e TC Tórax sem alterações. Realizou estudo serológico com HIV, HCV, HBV, EBV, CMV, toxoplasma, rickettsia e VDRL negativos. Referenciou-se à consulta de Hematologia (agendada para 2 meses depois). Como não houve melhoria com a terapêutica instituída, mas sim agravamento sintomático, optou-se por contactar o serviço de Hematologia, tendo sido aconselhada referência ao serviço de Urgência para biópsia. Deste modo completou-se o estudo com o diagnóstico de “Linfoma de Hodgkin clássico” e o utente iniciou tratamento dirigido passadas quatro semanas.

Discussão: Este caso clínico ilustra várias das competências que o médico de família deve ser detentor, nomeadamente a abordagem abrangente para um diagnóstico diferencial correto e num estadio precoce; a gestão de cuidados, permitindo um acesso fácil ao utente no contacto com os serviços de saúde, bem como a referência do utente para os cuidados de saúde adequados e de forma atempada; e a cooperação com os colegas de outras especialidades.

PD 06

TUBERCULOSE PERITONEAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Rafaela Miranda; Sandra Dias dos Santos; Susana Regadas; Rui Teixeira; Hans Dabó; Maria Adelina Guedes

Médicas Internas de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Torrão, Lousada; Enfermeiro(a) especialista, Centro de Diagnóstico Pneumológico – ACeS Tâmega III- Vale do Sousa Norte; Médico especialista em Pneumologia, CDP VSN e CHSQG; Assistente graduada em Medicina Geral e Familiar na USF Torrão, Lousada

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis complex*. As manifestações clínicas são sistémicas e inespecíficas e relacionam-se com o sistema de órgãos afetado. A TB abdominal representa cerca de 5% dos casos de TB extrapulmonar a nível mundial. Pode ocorrer por meio de reativação de uma infeção latente, ou pela ingestão de micobactérias tuberculosas. Se houver, concomitantemente, TB pulmonar ativa ou miliar, o envolvimento abdominal pode ocorrer via disseminação hematogénica ou linfática. O seu diagnóstico é difícil devido à natureza insidiosa, variabilidade de manifestações clínicas possíveis e limitações dos testes de diagnóstico disponíveis.

Descrição do caso: Mulher, 37 anos, Assistente Social, união de facto, autónoma nas AVDs, fumadora, vive em habitação com condições higieno-sanitárias, consome água engarrafada e não tem animais de estimação. PNV actualizado (com 2 doses de BCG), com antecedentes de infertilidade conjugal (ovulação medicamente induzida e fertilização, com 2 episódios ineficazes e uma gravidez com sucesso há 3 anos) e com IMC: 19,71 kg/m². Recorre ao MF por um quadro, com cerca de 2 meses de evolução, de dor localizada no hipocôndrio direito, adjacente à grade costal e característica, e astenia em novembro de 2020. Ao exame objetivo constatou-se dor à palpação

do hipocôndrio direito e ascite de pequeno volume, confirmada por ecografia abdominal. Foi referenciada à consulta de Cirurgia Geral em Janeiro de 2021, onde realizou TAC abdomino-pélvica que revelou ascite de moderado volume, adenomegalias subfrênicas e da raiz mesentérica, e quisto ovárico funcional à direita. Na EDA apresentou gastrite crônica moderada a intensa e *Helicobacter pylori*+ e a colonoscopia sem alterações valorizáveis. Do estudo analítico, a salientar uma elevação do Ca-125 578U/mL, sem outras alterações. As serologias para VIH e VHC eram negativas, VHB compatível com vacinação. Foi submetida a laparoscopia exploradora com biópsias de peritônio e do ligamento redondo do fígado e realizada colheita de líquido ascítico para análise citológica, microbiológica e micobacteriológica. O exame direto foi negativo, no entanto, o exame cultural do líquido ascítico e a PCR da biópsia peritoneal foram positivos para *Mycobacterium tuberculosis*. Baciloscopias negativas para exames diretos e culturais e RX Tórax normal. Iniciou em abril de 2021, tratamento com HRZE e Piridoxina, sob TOD.

Conclusão: A TB constitui um desafio clínico pela multiplicidade de manifestações clínicas que apresenta. A TB abdominal pode envolver qualquer um dos seguintes locais: peritônio, esôfago, estômago, trato intestinal, árvore hepatobiliar, pâncreas e área perianal. As formas mais prevalentes da doença incluem o envolvimento do peritônio, intestino e/ou fígado. As manifestações clínicas da TB abdominal podem incluir sintomas constitucionais, distensão abdominal, ascite, hepatomegalia, diarreia, massa abdominal e perfil analítico hepático alterado. O diagnóstico de TB abdominal deverá ser sempre considerado como diagnóstico diferencial em doentes com ascite linfocítica de causa desconhecida, bem como daqueles com GASA inferior a 1,1 g/dl. O isolamento do *M. tuberculosis* através da cultura do líquido ascítico, colhido por para-

centese, ou o exame histológico de biópsia peritoneal, realizada por laparoscopia, mantêm-se os exames de eleição. Um teste cutâneo de sensibilidade à tuberculina (TST) ou teste de libertação de interferão-gama (IGRA) positivos, podem ser observados, no entanto, não permitem um diagnóstico diferencial ou confirmação sustentada de doença/infeção. É importante que o MF esteja sensibilizado para a patologia e apresente um alto grau de suspeição clínica perante um quadro de sintomas constitucionais, com meses de evolução, especialmente em áreas com alta taxa de incidência da doença, contribuindo, assim, para o diagnóstico precoce, de modo a minimizar a transmissão da doença e a reduzir a morbimortalidade associada.

PD 07

DOENÇA DE CROHN: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Rafaela Miranda¹; Sandra Dias dos Santos¹; Maria Adelina Guedes²

¹Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Torrão, Lousada; ²Assistente graduada em Medicina Geral e Familiar na USF Torrão, Lousada

Introdução: A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal com um curso clínico variável e caracteriza-se por uma inflamação transmural que acomete qualquer segmento do trato gastrointestinal. Os sintomas cardinais da doença incluem diarreia crônica, perda ponderal inexplicada e dor abdominal, frequentemente localizada ao quadrante inferior direito do abdômen. Para além destes, a doença pode associar-se a manifestações extraintestinais. O tratamento é adequado à severidade da doença, podendo ser necessária intervenção cirúrgica.

Descrição do caso: Homem, 54 anos com antecedentes familiares de doença de Crohn numa irmã e doença diverticular da mãe, e antecedentes pessoais de doença ulcerosa

péptica, 2 episódios de diverticulite e 1 episódio de colite pseudomembranosa em 2019, desenvolve quadro com vários meses de evolução de dor abdominal difusa inespecífica, que alivia com as dejeções, eructações e flatulência moderadas. Associadamente, refere trânsito intestinal instável com alternância entre períodos de obstipação e diarreia (sendo o primeiro padrão mais frequente) e alternância entre 3 dejeções por dia a nenhuma. Nega perda ponderal ou febre. Consultado pela médica assistente, faz colonoscopia que, para além da doença diverticular, já conhecida, e hemorróides grau I, não revela outras alterações. Por persistência das queixas, é referenciado a consulta de gastroenterologia, repetindo colonoscopia e endoscopia digestiva alta, que não revelaram alterações justificativas dos sintomas, e medicado com ciclo de 12 semanas de messalazina. Perante a ausência de benefício sintomático, é pedida vídeo-cápsula que revela múltiplas úlceras duodenais com atividade inflamatória moderada. É pedido estudo pré-imunossupressão, enterotc e ileocolonoscopia com biópsias que confirmaram a suspeita diagnóstica de doença de Crohn.

Discussão: Os sintomas apresentados pelos doentes com doença de Crohn são muito variados e os diagnósticos diferenciais são muito vastos. As queixas gastrointestinais são motivo frequente de consulta no contexto dos cuidados de saúde primários. É importante que o médico de família seja capaz de valorizar os sintomas gastrointestinais e álgicos inespecíficos, colocando como hipótese diagnóstica a doença inflamatória intestinal e contribuindo para o seu correto diagnóstico e tratamento, evitando-se níveis importantes de incapacidade funcional.

PD 08

NEUROFIBROMATOSE TIPO 1 – DA SUSPEITA AO DIAGNÓSTICO

Vitor Nogueira Rego; Isabel L. Ribeiro
USF Nova Via, ACeS Grande Porto VIII Espinho/Gaia

Introdução: A neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma doença autossómica dominante. Metade dos casos são herdados e os restantes surgem por mutação de novo.

Afeta múltiplos órgãos e tem grande variabilidade de manifestações clínicas, a maioria delas relacionadas com a idade. As alterações cutâneas são as mais frequentes, destacando-se as manchas café-au-lait (MCAL), os neurofibromas e as efélides em áreas flexurais.

Descrição: Utente do sexo feminino, atualmente com 25 meses de idade. Caucasiana, pertence a família nuclear de classe socioeconómica média-baixa. Vive com os pais e 2 irmãos (13 e 16 anos).

Antecedentes familiares de relevo: Irmã de 13 anos seguida em consulta de Neuropediatria por suspeita de hamartoma na região talâmica. Pais desconhecem história familiar de consanguinidade, doença metabólica nem neurológica.

Aos 5 meses de idade objetivaram-se 3 MCAL na utente. O número de lesões cutâneas aumentou para 6 aos 12 meses. Foi referenciada para consulta de Pediatria por suspeita de NF1. No momento de referência da utente, quando questionado, o pai menciona ter MCAL desde a infância, que nunca foram investigadas.

Requeru-se estudo genético à utente. Detetou-se variante patogénica em heterozigotia no gene NF1, descrita em doentes com NF1. Pediu-se estudo genético à irmã. Pais foram referenciados pelo médico de família para consulta de Genética, para se determinar se a variante detetada é de novo ou herdada.

Utente apresenta atualmente 16 MCAL. Destaca-se uma no abdómen com 10 mm, na

coxa esquerda com 25 mm e na região torácica com 25 mm.

Conclusão: As alterações cutâneas são geralmente o primeiro sinal de NF1. As MCAL são frequentemente evidentes no nascimento ou pouco tempo depois. Contudo, não são específicas de NF1, podendo surgir em outras condições genéticas, como síndrome de Noonan ou Legius. A suspeita é maior quando existem pelo menos 6 MCAL com diâmetro ≥ 5 mm antes da puberdade.

Para o diagnóstico de NF1, a suspeita inicial geralmente baseia-se na presença de MCAL. O diagnóstico é dificultado em crianças com menos de 6 anos ou sem história familiar de doença, em que as múltiplas MCAL sejam a única manifestação. Estes casos requerem a realização de teste genético, que pode confirmar a suspeita antes de ser possível o diagnóstico clínico.

Não existe um tratamento definitivo. A abordagem limita-se ao aconselhamento genético, vigilância e intervenção precoce perante as possíveis complicações da doença, como dificuldades de aprendizagem e neoplasias. A abordagem multidisciplinar é essencial, podendo incluir a coordenação com os serviços da comunidade (ex: escola).

Com este caso pretende-se enfatizar a importância da suspeição e diagnóstico precoce da NF1. A história clínica e o exame objetivo são cruciais. Após obtenção de consentimento informado, registaram-se em fotografia as lesões cutâneas presentes na utente.

PD 09

UM CASO PÓS-COVID19

– UMA APRESENTAÇÃO POUCO HABITUAL DE HERPES ZOSTER

Laís Catizani Lopes; Ricardo José Brás
USF Artemisa - ACES Cascais; USF Dona Amélia de Portugal - ACES Lisboa Norte

Desde o início da pandemia a comunidade científica tem vindo a ser confrontada com uma doença nova e com consequências ainda desconhecidas. A infeção por SARS-CoV2 afeta múltiplos órgãos e sistemas, havendo já alguma evidência do seu impacto a nível da pele.

Este trabalho tem como objetivo demonstrar a associação de uma patologia conhecida por todos, mas com um novo desencadeante.

Sexo feminino, 29 anos, saudável, infeção recente por SARS-CoV2, sem sintomatologia e sem necessidade de terapêutica sintomática. Por teleconsulta refere dor pré-auricular esquerda com 1 dia de evolução, com dificuldade à mobilidade da mandíbula, que associa a possível erupção dentária (ciso). Nesse mesmo dia consulta o seu dentista que nega que seja esse o motivo das queixas.

Ao 3º dia dos sintomas recorre ao CS onde é realizado exame objetivo com os seguintes achados: tumefação eritemaceada na região frontal esquerda (que a doente não valorizava) sem lesões ulcerativas. Dor à palpação de pequeno nódulo pré-auricular, de consistência elástica, móvel, com < 1 cm de diâmetro. Orofaringe sem alterações.

Negava febre ou sintomas respiratórios.

Ao 5º dia volta a contactar pois a tumefação que apresentava na testa tem agora pequenas úlceras de umas eventuais vesículas. Refere que agora apresenta muito prurido, principalmente a nível do couro cabeludo, e na região frontal e parietal ipsilateral à tumefação. Sem outras queixas.

Não havendo outras alterações assumiu-se o diagnóstico mais provável de herpes Zoster

(HZ), dados antecedentes de varicela na infância. Por terem se passado mais de 72h após início dos sintomas não foi prescrito antivírico. O HZ é uma infecção que resulta da reativação do vírus da varicela zoster em seu estado latente no gânglio da raiz dorsal posterior. A reativação deve-se a uma diminuição da resposta do sistema imune causado pela idade, stress ou imunossupressão.

A idade é comprovadamente um fator de risco para a reativação do vírus HZ, isto porque com o passar do tempo a imunidade mediada pelas células T diminuem, resultando numa diminuição da proteção contra o vírus.

Por norma apresenta-se com uma dor do tipo queimadura e disestesia na região do dermatomo afetado, seguido por exantema em 2-3 dias, com formação de vesículas em base eritematosa. As lesões são tipicamente unilaterais, e com frequência o local é hiperestésico, podendo a dor ser intensa.

Uma percentagem muito pequena apresenta recorrência, porém os idosos podem apresentar dor persistente ou recorrente no dermatomo afetado.

O diagnóstico é clínico, feito pela presença de exantema característico e de dor típica com distribuição pelo dermatomo afetado mesmo antes das lesões serem visíveis.

O tratamento é sintomático, podendo por vezes ser administrada terapêutica antivírica se sintomas com início há < 72h, sendo obrigatória em doentes imunocomprometidos.

Este tratamento diminui a gravidade e a duração das erupções cutâneas, podendo reduzir a incidência de neuralgia pós-herpética.

Foram publicados artigos que evidenciam o potencial para consequências dermatológicas de uma infecção por SARS-CoV2, afetando a pele, unhas e mucosas. Apesar de poucos os relatos, existe indícios de que a reativação do HZ possa acontecer na fase aguda ou subaguda da doença, como consequência da infecção por SARS-CoV2, sendo mais rara a sua

ocorrência após recuperação da doença.

Foi colocada assim a hipótese de que a reativação do vírus da varicela zoster ocorra como consequência de uma disfunção das células T (linfopenia e exaustão dos linfócitos) em pacientes com COVID19.

Os dados existentes ainda são parcos, não sendo possível determinar com exatidão se a COVID19 aumenta o risco de reativação do HZ. A evidência existente é limitada aos relatos de caso, sendo assim importante estarmos atentos ao possível aumento de casos de HZ durante a pandemia.

PD 10

SERÁ ERISIPELA OU TVP: A IMPORTÂNCIA DO ERITEMA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

José Filipe Morim de Sá Moreira;
José Pedro Lacerda da Costa Vieira
UCSP Mira

Enquadramento: A erisipela é uma infecção dermo-hipodérmica aguda, não necrosante, geralmente causada pelo *Streptococcus* β-hemolítico grupo A, através de ferida traumática, úlcera ou tinea pedis, sendo mais frequente no membro inferior (MI). O diagnóstico é clínico e caracteriza-se por início súbito de febre e calafrios, seguido em 12 a 24 horas por aparecimento de placa eritematosa, edematosa, dolorosa e de bordos bem definidos, com linfangite, adenopatia e leucocitose. Nos casos atípicos é essencial o diagnóstico diferencial com a fascíte necrotizante e a trombose venosa profunda (TVP). A terapêutica de primeira linha é penicilina G 1 MU de 6/6h endovenoso (ev) durante 7 a 10 dias.

Descrição do caso: Mulher, 72 anos, antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e excesso de peso, sem alergias medicamentosas conhecidas. Recorreu à consulta aberta por eritema na perna direita com dois dias de evolução, com início na região gemelar e progressão para a fossa po-

plíteia, com história de picada por inseto na face lateral da perna 4 dias antes, sem febre ou outra sintomatologia. Ao exame objetivo encontrava-se apirética, hemodinamicamente estável, com uma lesão de picada no terço inferior do MID com edema, rubor e calor na face posterior da perna até à região poplíteia, assimetria dos MIs e palpação de adenomegalia inguinal. Pela hipótese de TVP, referenciou-se ao serviço de Urgência, onde colocaram as hipóteses de vasculite e erisipela. Analiticamente sem alterações, assumiu-se o diagnóstico de erisipela. Fez uma dose de flucloxacilina 500 mg ev e teve alta com flucloxacilina po 500 mg de 8/8h por 8 dias, repouso com elevação do MI e mobilização do pé. Após alta, o médico de família agendou consulta de reavaliação 3 dias depois, onde a doente apresentava melhoria dos sinais inflamatórios e sem queixas algicas.

Discussão: Com este caso clínico, pretende-se relembrar o diagnóstico diferencial entre Erisipela e TVP e alertar para a possibilidade de ocorrência de TVP como complicação de uma erisipela. Com a instituição de terapêutica adequada, a erisipela evolui favoravelmente, com apirexia nas 48-72h após início de antibioterapia, com melhoria progressiva dos sinais locais e resolução completa em duas semanas. A TVP não se acompanha geralmente de adenopatia nem linfangite. Embora, a TVP seja uma complicação rara da erisipela, devemos considerar quando a resposta à antibioterapia fracassa.

PD 11

CARCINOMA MAMÁRIO NO SEXO MASCULINO: RELATO DE CASO E A SUA ABORDAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria Beatriz Alves de Sousa; Miguel Teixeira Cerqueira

Aces Porto Ocidental - USF Porto Douro

Introdução: O cancro de mama define-se por um tumor maligno com origem nas células da glândula mamária. Apesar de ser muito típico do sexo feminino, em Portugal cerca de 1% dos casos verificam-se em homens, segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Sendo uma realidade no nosso país e não estando inserido no rastreio nacional, torna-se imprescindível o diagnóstico precoce no contacto com os Cuidados de Saúde Primários, de forma a melhorarmos o prognóstico da doença.

Descrição: Homem de 46 anos, raça negra, casado, 9º ano de escolaridade, cozinheiro de profissão. Sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Graffar classe IV, fase V do ciclo de Duvall.

Recorre ao seu médico de família por ginecomastia unilateral com cerca de dois meses de evolução. Nega outra sintomatologia.

Ao exame objetivo apresenta uma tumefação na região mamária direita, de aproximadamente 4cm de diâmetro, endurecida, não dolorosa e imóvel. Não se palpa adenopatias nas regiões cervical, supraclavicular ou axilar. Solicita-se ecografia mamária e estudo analítico.

Uma semana mais tarde, o resultado da ecografia demonstra uma glândula mamária direita marcadamente hipertrofiada, observando-se tecido fibroglandular ecogénico exuberante, com uma área grosseiramente marcada (38 x 20 mm). Estudo analítico inóceno. Após estes achados, solicitou-se uma mamografia e uma ecografia escrotal, para despiste de lesão neoplásica germinativa.

A ecografia escrotal não apresentava qualquer alteração de relevo e a mamografia confirma a presença de uma massa de 45 x 25 mm (BI-Rads 4). Referência urgente para Cirurgia Geral.

Um mês após a primeira consulta na USF, o doente realiza uma mastectomia por abordagem infra areolar, complementada por lipoaspiração tumescente.

O resultado da anatomia patológica revelou um carcinoma ductal *in situ* de alto grau nuclear, com 5 cm de maior diâmetro, arquitetura predominantemente plana, com necrose e microcalcificações. Observa-se expressão difusa e intensa de recetores de estrogénio.

Após leitura deste resultado, solicita-se consulta urgente de Oncologia no IPO. Nesta instituição, a abordagem escolhida foi submeter o doente a uma biópsia de gânglio sentinela axilar direito. Cirurgia e pós-operatório sem intercorrências. O estudo anatomo-patológico dos três gânglios sentinela avaliados demonstrava que estes não se encontravam metastizados.

O doente foi avaliado em consulta de Grupo no IPO, que decidiu manutenção de vigilância na instituição e realização de estudo genético, nomeadamente das mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, cujo resultado ainda aguarda.

Conclusão: O diagnóstico precoce é a chave para o aumento de sobrevivência dos doentes com cancro de mama. No sexo masculino, o diagnóstico da neoplasia mamária é desafiante, pois a maioria dos sinais tendem a ser ignorados e os homens sentem-se constrangidos em abordar este tema na consulta.

O papel do médico de família é essencial, pois teve a oportunidade de acompanhar este utente ao longo das várias fases da sua vida, valorizando assim as suas queixas quando recorreu à consulta por ginecomastia unilateral. Devemos estar atentos a sinais e sintomas que possam surgir, assim como aos antecedentes familiares dos nossos doentes. O nos-

so papel é vital para diminuir a mortalidade do cancro da mama no sexo masculino, diagnosticando os quadros numa fase tumoral *in situ*, recorrendo ao tratamento curativo e evitando terapêuticas mais invasivas.

PD 12

NEM TUDO É LIPOMA – UM CASO DE MALIGNIDADE

Teresa Pipa; Carla Moreira

USF Lusitana, ACeS Dão Lafões

Enquadramento teórico: O Carcinoma de Células de Merkel é uma neoplasia cutânea primária neuroendócrina agressiva, rara, que ocorre principalmente na pele exposta ao sol nas regiões da cabeça, pescoço, mas pode ocorrer em qualquer parte do corpo. A média de idade de diagnóstico é entre os 75-80 anos e é mais frequente em imunodeprimidos. Geralmente, apresenta-se como uma elevação firme e indolor que pode ser vermelha-arroxada ou da cor da pele. É um tumor com alta taxa de letalidade, em virtude da rápida progressão local e à distância.

Descrição de caso: Homem de 57 anos, trabalhador na construção civil, sem doenças conhecidas e sem medicação habitual. Família de classe média segundo a escala de Graffar adaptada e família nuclear na fase VII do ciclo de vida de Duvall. Em maio de 2019, vem a primeira consulta com queixas de uma formação nodular no flanco esquerdo, com cerca de dois meses de evolução e com aumento progressivo de tamanho. Negava dor e exsudados. Ao exame objetivo a formação nodular tinha cerca de 3 cm de diâmetro, móvel, consistência elástica e não dolorosa ao toque. Colocou-se como principal hipótese de diagnóstico um lipoma, tendo sido pedida uma ecografia das partes moles. Dois meses depois regressa à consulta com o MCDT pedido que revelava: formação nodular sólida subcutânea, ovalada e bem delimitada, hipocogénica, vascularizada, com 27 mm su-

gerindo-se exérese. Foi enviado Alert P1 para a consulta de Cirurgia Geral. Após observação por cirurgia foi pedida TC toraco-abdomino-pélvica onde foi identificada uma massa tumoral sólida única com 4 x 3,5 cm de natureza inespecífica e sem metástases regionais. Foi sujeito a intervenção cirurgia com excisão do nódulo, cujo exame histológico revelou tratar-se de um carcinoma de células de Merkel. No mês seguinte, realizou biópsia de gânglios sentinela axilar e inguinal que não revelaram sinais de malignidade. Em exames de seguimento fez PET na qual se identificou metástase pleural tendo sido excisada cirurgicamente. Atualmente, mantém seguimento hospitalar e faz tratamentos de imunoterapia. **Discussão e conclusão:** Em medicina todos os diagnósticos mais prováveis necessitam de uma abordagem cuidadosa e rápida. Como neste caso, um presumível diagnóstico de lipoma, benigno e de fácil resolução, revelou-se um tumor extremamente raro e agressivo. Graças aos cuidados de saúde primários, e à célere articulação com os cuidados hospitalares, houve um diagnóstico com intervenção precoce permitindo atuar para tentar travar a rápida progressão da doença.

PD 13

QUANDO A VERTIGEM EMASCARA O DIAGNÓSTICO

Ana Margarida Lopes Simões; Ana Isabel Santos
USF A Ribeirinha - ULS Guarda

Enquadramento: A síndrome do alargamento do aqueduto vestibular é um distúrbio congénito raro resultante de uma anomalia genética.

Descrição de caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 35 anos, que durante a pandemia, recorreu à nossa teleconsulta onde referia que “via tudo à roda”, acompanhada de náuseas e vômitos e que mal se conseguia levantar da cama. Como eram já conhecidos os seus antecedentes pessoais de síndrome

vertiginoso, e as queixas eram semelhantes às crises anteriores, medicámos sintomaticamente com beta-histina. Passados 15 dias, contactou-nos novamente: mantinha as mesmas queixas, mas agora referia ter acufenos principalmente à direita e que não tinha sentido melhora nenhuma com a medicação. Decidimos enviá-la ao serviço de Urgência para despiste de patologia aguda urgente. Realizou TC-CE que foi normal e o exame neurológico também não apresentava alterações. Referenciámos a doente para a consulta de ORL que a observou: otoscopia e timpanograma normais, no entanto o audiograma revelou surdez neurossensorial profunda à esquerda e de grau medio à direita que já eram conhecidas. No entanto, e perante a persistência quadro clínico, foi solicitada a realização de RMN-CE que revelou uma imagem sugestiva de síndrome do alargamento do aqueduto vestibular.

Conclusão: A utente referia que “sempre ouviu mal” desde a sua infância, mas que notou que a surdez tinha vindo a progredir, apesar de a causa nunca se ter investigado. De notar que a sua filha nasceu com a membrana timpânica perfurada, pelo que se coloca agora a hipótese de ambas se enquadrarem numa síndrome resultante de malformações durante a embriogénese.

PD 14

A IMPORTÂNCIA DA PALPAÇÃO ABDOMINAL

Ana Margarida Lopes Simões; Ana Isabel Santos
USF A Ribeirinha - ULS Guarda

Enquadramento: Atualmente, nesta época de COVID que todos vivemos, e com indicação para privilegiar a teleconsulta, por vezes, surgem situações clínicas importantes que é necessária uma correta avaliação presencial.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de um jovem de 22 anos com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Sem toma de medicação habitual. Nega hábitos tabágicos

ou etílicos. Jovem saudável que pratica exercício físico de forma regular.

Recorre à consulta de intersubstituição por tumefação abdominal dolorosa com cerca de 3 meses de evolução.

Do exame objetivo destaca-se abdómen doloroso à palpação do hipocôndrio direito, onde se verifica hepatomegalia dura e com bordos regulares a cerca de 5cm abaixo da grelha costal, sem defesa. Foram pedidos exames complementares de diagnóstico: estudo analítico e ecografia abdominal.

Na ecografia abdominal apresenta formação nodular sólida com 113 x 94 mm a envolver o lobo esquerdo e parte do lobo direito hepático, a traduzir potencial neoformação hepática de novo.

Pedimos, de imediato, TAC TAP onde se identificou uma massa volumosa, heterogénea, de contornos lobulados e bem delimitada, com 13 x 10 cm de maiores eixos na aparente dependência do segmento IV B, do segmento V e de parte do segmento VI hepáticos, sem claro plano de clivagem com a cabeça pancreática, com a vesícula biliar. Apresenta vascularização interna arterial, sofrendo realce nodular periférico na vertente mais externa em fase arterial. Colocam-se como hipóteses diagnósticas carcinoma hepatocelular fibrolamelar, não se podendo excluir diagnóstico de hemangioma atípico cavernoso ou sarcoma hepático.

Conclusão: O doente foi encaminhado para o IPO, onde se encontra a ser seguido neste momento. A lesão hepática já foi biopsiada, estando pendente o resultado. Vai ser realizada a reunião de decisão terapêutica em breve e prevê-se que no final deste mês seja submetido a cirurgia.

Este caso demonstra que há muito mais além da doença COVID e que doentes jovens e aparentemente saudáveis podem desenvolver patologias graves para as quais temos que estar despertos para os pequenos sintomas.

PD 15 Retirado

PD 16

INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÓNICA – A IMPORTÂNCIA DE UMA AVALIAÇÃO AOS PRIMEIROS SINAIS

Raquel M. Lopes; Rita Crisóstomo
UCSP S. Miguel

Introdução: A insuficiência venosa crónica (IVC) corresponde a uma alteração do normal funcionamento do sistema venoso por incompetência das válvulas existentes nestes vasos, podendo existir obstrução do mesmo pela formação de um trombo. Esta entidade clínica apresenta uma cascata de sinais desde a presença de telangiectasias a veias varicosas, edema, alterações da pele (hiperpigmentação, lipodermatosclerose) e úlceras (a forma mais grave).

Descrição: Homem, 56 anos, inserido numa família nuclear, no estágio I do ciclo de vida de Duvall. É chefe de cozinha e trabalha cerca de 12 h/dia, praticamente sempre em ortostatismo. É um utente pouco frequentador dos Cuidados de Saúde Primários, mas tem consultas pontuais no contexto da Medicina do Trabalho. É fumador e apresenta excesso de peso (IMC 28.9 kg/m²). Sem outros antecedentes pessoais de relevo, nomeadamente diabetes Mellitus, sem medicação habitual e sem alergias conhecidas.

Recorre a consulta programada em dezembro de 2019 por lesão no tornozelo esquerdo, com um ano de evolução e com agravamento desde o verão do mesmo ano, estando a aplicar compressas com bepanthene® e Iodopovidona desde então. O doente afirmava ter edema associado que piorava ao longo do dia, mas que melhorava significativamente com o decúbito e não apresentava dor. Ao exame objetivo observou-se edema, com godet positivo, e calor exuberantes nos dois terços inferiores da perna esquerda, com hiperpigmentação e endu-

recimento da pele. Apresentava duas lesões a nível do maléolo interno (cerca de 0.5 cm de profundidade e 6cm de maior diâmetro, sem exsudados) e do maléolo externo (1 cm de maior diâmetro, sem profundidade valorizável), com tecido de granulação, sinais compatíveis com úlceras varicosas num membro com insuficiência venosa. Os pulsos da perna e pé esquerdos não eram palpáveis. O doente foi alertado para a necessidade urgente de tratamento especializado por enfermagem, além de cumprir um esquema de antibioterapia e venotrópico, até observação em consulta de Cirurgia Vascular no hospital da área de residência para onde foi imediatamente referenciado. Após um mês de realização de pensos pela enfermeira de família, as melhorias da cicatrização eram notórias.

Conclusão: A presença de úlceras venosas ativas associadas às alterações cutâneas é a manifestação mais grave da IVC. Esta patologia é mais frequente no sexo feminino e a sua incidência tende a aumentar com a idade. Este relato de caso, contudo, mostra o desenvolvimento de IVC num homem que apresenta alguns fatores de risco para o aparecimento desta alteração vascular, concretamente o excesso de peso e o ortostatismo durante longos períodos de tempo sem recurso a terapia compressiva como as meias de compressão elástica.

Pelo facto de se tratar de um utente pouco frequentador dos cuidados de saúde primários, não foi possível detetar esta situação clínica numa fase inicial. Além disso, o doente não valorizou as alterações cutâneas que foram agravando ao longo do tempo e, com uma certa ingenuidade ao acreditar que conseguia a cura sem tratamento mais especializado, foi protelando a visita médica. Desta forma, o processo de cura será mais prolongado no tempo, o que implica idas frequentes aos serviços de saúde para a prestação de cuidados, interferindo com a qualidade de vida e com a

atividade profissional do doente. Assim, serve este caso clínico para alertar os médicos de família para os sinais mais precoces de IVC de forma a evitar situações como a apresentada.

PD 17

UM CASO RARO DE ENDOCARDITE INFECIOSA: *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EM PUÉRPERA

Margarida Araújo; Inês Gonçalves;
Ana Isabel Machado; Sara Freixo; Marina Alves;
Luísa Pinto; Francisco Gonçalves;
António Oliveira e Silva

O *Streptococcus pyogenes* é um agente frequentemente associado a faringite, podendo causar doenças cutâneas e sistémicas. A porta de entrada é a faringe, pele ou vagina, podendo causar infeções no puerpério. A endocardite infecciosa por *Streptococcus pyogenes* é rara, e na gravidez ainda mais rara, associando-se a grande morbi-mortalidade materno-fetal.

Apresenta-se o caso de uma mulher, 42 anos, admitida por queda na via pública. Clinicamente com dores generalizadas, cansaço e arrepios de frio há 1 semana. Encontrava-se taquicárdica, febril, com sopro sistólico. Por consulta dos registos, verificou-se tratar-se de consumidora de heroína e cocaína inaladas, com antecedentes de sífilis, puerpera com parto eutócico há 9 dias. Analiticamente, apresentava anemia, trombocitopenia, elevação dos marcadores inflamatórios. Urina sem leucocitúria. Tomografia computadorizada abdomino-pélvica com focos de hiporrealce esplênicos e renais sugestivos de enfartes, útero com vestígios de gestação recente, sem outros sinais de complicações. Após higiene, documentadas lesões cutâneas nodulares puntiformes eritematosas não dolorosas nas palmas das mãos e dos pés sugestivas de lesões de janeway. Hemoculturas (HC) com isolamento de *Streptococcus pyogenes* multissensível. Ecocardiograma com documen-

tação de endocardite infecciosa mitroaórtica a condicionar insuficiência mitroaórtica. Iniciou empiricamente ceftriaxone e vancomicina, descalado para penicilina G, tendo cumprido 6 semanas de antibiótico. Manteve febre durante 3 semanas. Repetiu HC após 2, 3 e 4 semanas de antibiótico que foram negativas, e ecocardiograma sem evidência de abscessos ou novas vegetações. Completou esquema antibiótico com melhoria dos parâmetros inflamatórios.

O *Streptococcus pyogenes* pode causar doença invasiva, nomeadamente no puerpério, e, apesar de raro, pode ser causa de endocardite infecciosa. Pelo alto risco de morbimortalidade, o tratamento dirigido adequado e atempado é essencial.

PD 18

PANCITOPENIA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Margarida Araújo; Inês Gonçalves;
Ana Isabel Machado; Sara Freixo; Marina Alves;
Luísa Pinto; Francisco Gonçalves;
António Oliveira e Silva
Hospital de Braga

Pancitopenia refere-se à diminuição das três linhagens celulares sanguíneas. Pode ocorrer por infiltração medular (neoplásica ou por infeções, doenças do armazenamento ou mielofibrose), aplasia medular (por imunossupressão, fatores nutricionais ou infeções víricas) ou destruição/sequestro das células sanguíneas (por esplenomegalia ou consumo).

Homem, 61 anos, ucraniano. Admitido por dor abdominal difusa e aumento do perímetro abdominal com 1 mês de evolução. Perda ponderal 6 kg em 1 mês. Analiticamente com pancitopenia (anemia microcítica hipocrômica com hemoglobina 5.8 g/dL, com défice de ferro e de ácido fólico; leucopenia 3.500/uL e trombocitopenia 96.000/uL), coagulopatia e GGT 120U/L. Documentada ascite de médio volume, pequeno derrame pleural bilateral e esplenomegalia, contudo sem alterações he-

páticas imagiológicas. Gradiente sero-ascítico da albumina a favor de hipertensão portal. Serologias das hepatites, HIV, EBV e parvovírus negativas. Estudo imunológico negativo. Miелоgrama e biópsia óssea com aplasia medular. Biópsia hepática com hepatite crónica com atividade inflamatória e fibrose. Doente com consumo etílico excessivo no passado, pelo que interpretada pancitopenia em contexto alcoólico, recomendando-se a sua evicção.

O consumo excessivo de álcool pode causar complicações hematológicas como anemia, leucopenia e/ou trombocitopenia. O mecanismo não está completamente esclarecido, mas pensa-se que exerça efeitos tóxicos diretos nas células hematopoiéticas, além de interferir na utilização de folato. Além do mais, a doença hepática alcoólica, através da coagulopatia, hemorragia digestiva e hiperesplenismo, pode agravar a pancitopenia. É importante reconhecer esta causa de pancitopenia.

PD 19

UMA FRATURA FEMORAL ATÍPICA – RELATO DE CASO

Teresa Raquel Vaz; Luísa Sá
USF Nova Via, ACeS Espinho/Gaia

Introdução: A osteoporose é a doença metabólica mais comum do osso. Os bifosfonatos são a classe farmacológica de primeira linha utilizada no seu tratamento. Apesar da sua eficácia a reduzir o risco de fraturas osteoporóticas, têm surgido relatos de fraturas atípicas do fémur como uma potencial complicação do tratamento a longo-prazo com estes fármacos.

Descrição: Apresenta-se o caso de uma doente de 78 anos, diagnosticada há 21 anos com osteoporose. Ao diagnóstico foi medicada com ácido ibandrónico 150 mg mensal. Em 2007 foi feito *swith* terapêutico para ácido alendrónico 70 mg + colecalciferol 2800 U.I., semanal, o qual mantém desde então, perfazendo 13 anos de terapêutica com esse fár-

maco. Foi transportada ao serviço de Urgência de Ortopedia na sequência de um trauma de baixa energia, do qual resultou uma fratura subtrocanterária do fémur esquerdo.

Conclusão: A relação causal entre o uso prolongado de bifosfonatos e as fraturas atípicas do fémur ainda não está estabelecida. Contudo, esta associação não deve ser ignorada, sendo essencial avaliar os riscos e benefícios antes de iniciar o tratamento, bem como promover uma vigilância ativa dos pacientes sob terapêutica prolongada com bifosfonatos. Os estudos reportam que mais de metade dos doentes que sofrem uma fratura atípica do fémur têm pródromos de dor na coxa ou na virilha, o que ocorreu no caso relatado, pelo que são sintomas que devem ser valorizados e ativamente questionados, sobretudo nos doentes medicados com bifosfonatos. Independentemente deste risco potencial, os bifosfonatos continuam a ser os fármacos de primeira linha para a prevenção de fraturas osteoporóticas, devendo a duração do tratamento ser individualizada.

PD 20

UMA ERUPÇÃO CUTÂNEA NA CRIANÇA... PÚRPURA DE HENOCCH-SCHÖNLEIN

César Matos¹; António Assunção²; Ana Maria Pinto³; Francisco Antunes¹; Daniela Malta¹

¹UCSP Azeitão; ²USF Viriato; ³USF Braga Norte

Introdução: A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é uma vasculite de pequenos vasos com deposição de imunocomplexos IgA. Caracteriza-se por púrpura palpável, artralgias/artrite, envolvimento abdominal e renal. A sua etiologia permanece desconhecida, mas vários estímulos têm sido propostos como possíveis fatores desencadeantes, entre eles, agentes infecciosos, fármacos, antígenos tumorais, havendo possível associação a malignidade e doenças autoimunes. Ocorre maioritariamente em crianças, existe uma predominância do sexo masculino de 2:1, sendo rara nos adul-

tos. Na população pediátrica a doença é, na maioria das vezes, autolimitada, enquanto nos adultos está associada a um pior prognóstico e a um maior número de complicações.

Descrição: Criança do sexo masculino, 4 anos, veio a consulta acompanhado do pai com uma história de erupção cutânea de 1 dia de evolução nos membros inferiores. Sem antecedentes pessoais de relevo e nega medicação. Refere um início agudo de erupção maculopapular com prurido, sem calor associado, distribuído pelos membros inferiores bilateralmente, estendendo-se desde os pés até os joelhos. A erupção cutânea também estava presente em quantidades mínimas nas suas nádegas. Apresentava associado um leve edema nos tornozelos associados à dor no tornozelo, resultando em dificuldade em suportar o peso e levando a claudicar com o caminhar. Nega febre, dor abdominal, diarreia ou hematúria e essa foi a primeira vez que ocorreu este episódio. Refere história recente de recuperação de infeção do aparelho respiratório superior, há exatamente 36 dias antes de apresentar as lesões da pele. Tendo sido encaminhado para serviço de urgência para estudo complementar com suspeita de PHS. A nível analítico não apresentava alterações e não exigia internamento hospitalar ou tratamento, tendo sido indicado estudo e acompanhamento em ambulatório, estudo proteinúria e/ou hematúria.

Conclusão: O presente caso tem por objetivo lembrar a PHS que, apesar da benignidade do caso, o mesmo pode não ocorrer. A evolução na maioria das crianças é favorável no episódio agudo. No entanto, algumas crianças, pelo envolvimento renal e/ou gastrointestinal exuberante necessitaram de internamento e tratamento. Importa destacar a importância do seguimento das crianças a longo prazo, dado o elevado risco de aparecimento de complicações renais na adolescência/idade adulta. A habitual resolução espontânea, le-

va-nos a optar pelo tratamento conservador como primeira escolha, reservando os corticoides para situações clínicas mais graves.

PD 21

HEPATITE AUTOIMUNE: QUANDO O DOENTE DIZ A VERDADE!

César Matos¹; Antônio Assunção²; Ana Maria Pinto³; Francisco Antunes¹; Daniela Malta¹

¹UCSP Azeitão; ²USF Viriato; ³USF Braga Norte

Introdução: A hepatite autoimune (HAI) é uma inflamação do fígado de etiologia desconhecida. É uma doença relativamente rara, sendo a prevalência de 11 a 17 indivíduos por cada 100 000, com uma incidência de 1 a 2 indivíduos por ano por cada 100 000. O diagnóstico baseia-se nas alterações histológicas, nas características clínicas e nos achados laboratoriais (aumento das globulinas séricas e presença de um ou mais autoanticorpos característicos). Tem apresentação clínica variável, pelo que o seu reconhecimento pode ser difícil. Frequentemente assintomática ou com sintomas inespecíficos (fadiga, icterícia, náuseas, dor abdominal e artralgias). Quando não é tratada, a HAI tem mau prognóstico, com desenvolvimento de cirrose hepática em menos de 10 anos e com sobrevivência de 50% aos 5. Não existe nenhum teste que constitua um gold standard e ainda não foi encontrado um sistema simples e preciso de critérios de diagnóstico para a HAI.

Descrição: Doente do sexo feminino, 50 anos, com queixas de astenia, aumento do volume abdominal, edemas dos membros inferiores e obstipação que duravam há 2 semanas. Sem queixas de prurido, icterícia, acolia ou colúria, melenas, hematemeses, rectorragias ou artralgias. Foi medicada empiricamente em serviço de Urgência com furosemida 40 mg e lactulose. Antecedentes Pessoais: Síndrome depressivo. Sem medicação habitual. Hábitos etílicos moderados, “1 copo de vinho à refeição” (sic.) Sem hábitos tabágicos. Ao exame

objetivo apresentava-se apirética, eupneica e hemodinamicamente estável, telangiectasias malares, pele e mucosas anictéricas e diminuição bibasal do murmúrio vesicular, ascite não sob tensão e edemas dos membros inferiores com sinal de godet positivo. Analiticamente salientava-se: Hemoglobina 9.3 g/dL V.G.M. 98.4 fL γ G.T. 214 UI/L. Na ecografia abdominal, descrevia “Fígado com aspetos característicos de fibrose-cirrose hepática com sinais de hipertensão portal, nomeadamente aumento do calibre portal, ascite (moderada) e marcada esplenomegalia com aproximadamente 18 cm de diâmetro bipolar”. Foi enviada a consulta de doenças hepáticas para acompanhamento de hipótese de diagnóstico: cirrose hepática alcoólica. A doente foi admitida para internamento para compensação e estudo da situação clínica, inquirida novamente acerca dos hábitos etílicos refere de novo consumo inferior a 25 gr/dia. No estudo analítico adicional, a salientar: IgA 797 mg/dL e IgG 2266 mg/dL. Realizou endoscopia digestiva alta com gastropatia hipertensiva portal ligeira e varizes esofágicas de grau 2. Efetuou biópsia hepática com histologia: “Infiltrado inflamatório de intensidade marcada, mononuclear com plasmócitos abundantes e fibrose moderada com configuração estelar, com ocasionais pontes delgadas unindo espaços porta adjacentes”. Tendo-se concluído: morfologicamente trata-se de hepatite autoimune com atividade peri-portal (interface) e lobular discreta, com fibrose septal ocasional, sugestiva de etiologia de hepatite autoimune. Efetuou tratamento com esquema combinado: Prednisolona e azatioprina, com melhoria analítica e da sintomatologia.

Conclusão: Este caso clínico tem por objetivo alertar que nem toda a doença hepática é alcoólica e que HAI é um diagnóstico que devemos ter em conta como diagnóstico diferencial, visto tratar-se de uma doença que, se

não tratada, tende a agravar com o tempo. É geralmente crônica, o que significa que pode durar anos, podendo levar à cirrose hepática e eventualmente à insuficiência do órgão.

PD 22

NEM TODA A DISPNEIA É COVID

Francisca Figueiredo Lopes Gomes de Melo;

Catarina Sofia Arrulo Perna

USF Rainha D. Leonor

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) representa uma obstrução mecânica de um ou mais ramos vasculares pulmonares, frequentemente causada por um coágulo sanguíneo com origem numa trombose venosa profunda. De entre as comorbilidades que aumentam o risco de TEP, salientam-se as neoplasias, doenças inflamatórias, acidentes vasculares cerebrais, entre outras. Alguns medicamentos também podem contribuir como causa iatrogénica, tais como contraceção hormonal combinada, terapêutica hormonal de substituição, antipsicóticos e fibratos. A idade, a obesidade, o tabagismo, a imobilização prolongada e a gravidez estão também entre os principais fatores de risco para a doença.

A apresentação clínica da doença pode ser inespecífica, sendo frequente ocorrer dispneia, taquipneia, dor torácica pleurítica, tosse e/ou febre. Menos comumente surgem hemoptises, dor ou empastamento gemelar e síncope. Complementando a clínica com exames de diagnóstico é possível fazer-se o diagnóstico. O *gold standard* no diagnóstico é a angio TC torácica. Os D-dímeros, por sua vez, têm um elevado valor preditivo negativo. O doppler dos membros inferiores também pode ser importante. O tratamento assenta em medidas de suporte, anti-coagulação e colocação de filtro na veia cava inferior (em pacientes selecionados).

Discussão: Mulher de 53 anos, caucasiana, reformada por invalidez. Família unitária. His-

tória de consumos de abuso de álcool (abstinente há anos) e tabaco (ativo). Com antecedentes de rutura de aneurisma da artéria cerebral média em 2016, aneurisma residual a aguardar cirurgia, depressão major reativa, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade com contra-indicação para exercício físico. Medicada habitualmente com topiramato, naltrexona, escitalopram, alprazolam, clonazepam, telmisartan + hidroclorotiazida, propanolol, ezetimibe.

Realizada teleconsulta em junho, na qual se queixa de cansaço, coriza e cefaleias. Solicitado teste PCR SARS-CoV2 negativo.

Por persistência do cansaço teve indicação para vir a consulta presencial. Apurada a história vacinal da doente, percebeu-se que teria completado imunização com 2 doses para SARS-Cov2 (Comirnaty) cerca de 2 semanas antes. Objetivamente, apresentava-se polipneica, a agravar o seu estado de ansiedade basal, auscultação cardio-pulmonar sem alterações e com sinais vitais dentro da normalidade. Pediu-se estudo analítico com carácter urgente (hemograma, PCR e D-dímeros).

Voltou à consulta passado um dia com os resultados das análises, com destaque para o aumento do valor dos D-dímeros (>2000), pelo que foi de imediato encaminhada para o serviço de Urgência do hospital de referência, onde permaneceu internada.

Nesse contexto, realizou Angio-TC Torax que confirmou o diagnóstico de TEP. Realizou ainda ecocardiograma, que revelou alterações fibrodegenerativas valvulares mitral e aórtica, bem como Eco-doppler venoso dos membros inferiores, sem alterações de relevo.

Assumiu-se o diagnóstico de TEP, sem trombose venosa profunda dos membros inferiores, tendo tido alta anticoagulada com edoxabano (uma decisão partilhada com a neurocirurgia devido aos antecedentes da doente).

Posteriormente, notificou-se o caso ao Infarmed, que classificou o TEP como provável

reação adversa à vacina administrada para SARS-CoV2.

Conclusão: Este caso vem realçar o facto de uma boa história clínica e o enquadramento contextual dos sintomas serem fundamentais para a orientação correta da doença.

A TEP, neste caso, pode ter tido uma causa multifatorial, dados os fatores de risco da utente. Esta situação também permitiu dar ênfase à importância do registo em plataforma RAM do Infarmed, muitas vezes esquecida, dada a sobrecarga de trabalho.

PD 23

GRAVIDEZ ESQUIZO-AFETIVA: NECESSIDADE DE UMA ABORDAGEM INTEGRADA?

João Pedro Amorim; Cláudia Penedo
USF Emergir, ACES Cascais

Enquadramento: A gravidez é um período de alterações profundas a nível pessoal e familiar. Nos utentes com patologia mental esta é uma fase desafiante na gestão da sua doença.

Descrição de caso: Mulher, 24 anos com perturbação esquizo-afetiva diagnosticada há 6 anos. Desde há 3 anos sem medicação e aparentemente estável, com contactos esporádicos com a unidade. Em fevereiro de 2020 a utente fica grávida.

Ao longo da gestação, a utente contactou 17 vezes com unidade + 3 episódios de urgência. Nas consultas de saúde materna foi muito frequente após as consultas a utente enviar emails com as mesmas questões que tinha perguntado em consulta, levando a uma sobrecarga do trabalho da equipa. Devido ao acompanhamento longitudinal da utente, implementamos a estratégia de a utente anotar as respostas dadas pela equipa de forma a poder rever quando fosse oportuno.

No puerpério, a utente manteve o mesmo comportamento de excessiva utilização de consultas, sendo as questões centradas no filho. Dadas as dificuldades encontradas pela

equipa e devido ao conhecimento da rede de suporte familiar, contactamos a mãe da utente para acompanhar a utente às consultas de saúde infantil. Este acompanhamento permitiu à utente uma maior confiança nos cuidados ao recém-nascido e uma melhoria da dinâmica familiar.

Oito semanas após o parto, a utente recorre a uma consulta de doença aguda, onde mostra sinais de descompensação. Na semana seguinte a utente solicita nova marcação de consulta por ter *insight* que numa fase de agudização e necessitar de ajuda. Aquando desta consulta a utente tinha realizado uma mudança radical de visual e tinha terminado o relacionamento com o pai do filho. Devido à limitação na acessibilidade à consulta de Psiquiatria, iniciamos risperidona 1 mg, com reavaliação semanal onde a utente teve uma melhoria clínica significativa, restaurando a sua capacidade funcional.

Discussão: Este caso clínico pretende demonstrar a riqueza de intervenções possíveis em MGF. Desde o acompanhamento transversal do utente e da rede de suporte, fazendo uma gestão da doença crónica através de um acompanhamento de proximidade.

Esta sobreutilização de consultas demonstra confiança na equipa, bem como salienta a rápida acessibilidade dos cuidados de saúde primários.

Com este caso compreendemos que a MGF permite uma abordagem contínua, permitindo adaptar acompanhamento de forma a prestar o melhor nas alturas mais necessárias.

PD 24

NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA: UM PROBLEMA DOLOROSO

Alexandra Soares; Jorge Bruno Pereira;
Róman Marquez de La Peña
UCSP S. Miguel - ULS Castelo Branco

Introdução: A neuralgia pós-herpética (NPH) é a complicação mais frequente da infecção por herpes-zóster, especialmente em doentes idosos. Caracteriza-se pela presença de dor tipo neuropática com distribuição no dermatomo atingido pela infecção, após manifestação prévia de um quadro agudo de herpes-zóster, geralmente surgindo um mês após o aparecimento das vesículas.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino, 79 anos, que recorreu ao seu médico de família por vesículas dolorosas características de lesão por herpes-zóster a nível da hemi-face com atingimento do olho esquerdo, com 1 dia de evolução. Foi medicado com valaciclovir 1000 mg a cada 8 horas, ganciclovir gel oftálmico 5 vezes ao dia e metamizol 575 mg a cada 8 horas.

Dois dias depois recorreu novamente ao centro de saúde por manutenção da dor tendo sido medicado com pregabalina 75 mg a cada 12 horas e tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg em SOS.

Dois meses após o quadro agudo mantinha dor pelo que se optou por aumento da dose de pregabalina para 100 mg com melhoria do quadro doloroso.

Conclusão: O controlo da dor na NPH revela-se frequentemente um desafio, exigindo um frágil equilíbrio entre a eficácia terapêutica e os efeitos secundários que muitas vezes surgem numa população que, na maioria das vezes, é idosa, com múltiplas co-morbilidades e polimedicada.

PD 25

GORDURA “À FLOR DA PELE”

Francisca Nunes¹; Carlota Mendonça¹;
Sérgio Freitas¹; Dolores Quintal²

¹*Centro de Saúde de Câmara de Lobos;* ²*Centro de Saúde de Santo António*

Introdução: As alterações cutâneas são um dos grandes desafios do quotidiano de um médico de família, quer pela sua elevada prevalência, quer pela multiplicidade de patologias, tanto primárias da pele, como sistémicas com manifestações dermatológicas.

O caso clínico seguidamente descrito retrata essa dificuldade, em que se revela a necessidade do treino de reconhecimento de lesões cutâneas.

Descrição: Homem de 39 anos com estilo de vida sedentário, obeso, com alimentação rica em hidratos de carbono e gorduras, e consumos ocasionais de álcool, recorreu a uma consulta de Medicina Geral e Familiar por uma erupção cutânea dispersa pruriginosa. Ao exame objetivo apresentava um exantema eritemato-papular, com distribuição preferencial nos membros superiores e abdómen e com região de confluência infra-patelar esquerda. A salientar ainda uma tensão arterial de 141/68 mmHg, um índice de massa corporal de 29,4 kg/m², e um perímetro abdominal de 98 cm. Pela exuberância do exantema e para confirmação diagnóstica, o doente realizou uma avaliação analítica e foi orientado para uma consulta de dermatologia.

As análises revelaram uma dislipidémia mista grave: colesterol total de 456 mg/dL; trigliceridémia de 2486 mg/dL; colesterol HDL e colesterol LDL impossíveis de obter por amostra lipémica. A avaliação dermatológica confirmou a então suspeita diagnóstica de xantomas eruptivos no contexto de uma hiperlipidémia.

O doente foi medicado com associação de rosuvastatina com ezetimiba e fenofibrato,

foram recomendadas medidas higieno-dietéticas, orientado para consulta de nutrição e enviado a consulta de medicina interna - dislipidémias.

Conclusão: Os xantomias são lesões cutâneas raras (prevalência estimada na população em geral de 0,001% a 0,01%) que resultam de uma deposição rápida e anormal de lípidos e células espumosas (macrófagos com inclusões de ésteres de colesterol, triglicéridos e fosfolípidos) na derme, com inflamação secundária. A diabetes, a obesidade e o alcoolismo são as principais causas adquiridas de xantomias. A insuficiência renal grave, hipotireoidismo, neoplasias hematológicas ou doenças hepáticas autoimunes são causas mais raras.

A dúvida diagnóstica colocou-se pela manifestação exuberante destas pequenas pápulas num doente com bom estado geral, sem sintomas constitucionais ou outro tipo de sintomas que apontasse para etiologias infecciosas ou doenças auto-imunes.

Este caso clínico realça a importância de promover um estilo de vida saudável em todas as idades, uma vez que apesar de estarmos perante um jovem adulto, este já apresenta um número considerável de fatores de risco cardiovasculares. Reforça ainda a relevância de um exame físico minucioso, uma avaliação complementar dirigida e uma abordagem multidisciplinar de uma manifestação cutânea causada por um problema de saúde que pode culminar num desfecho fatal.

PD 26

O SIMPLES TAMBÉM PODE TORNAR-SE COMPLICADO! – A PROPÓSITO DE UM CASO DE CELULITE

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

Introdução: O algoritmo de tratamento da celulite está intrinsecamente relacionado com a apresentação clínica. No caso desta infeção o agente mais provável é o *Streptococcus* β hemolítico. Este pode ser coberto por antibióticos orais (penicilina, amoxicilina) ou parentéricos (ceftriaxone, flucloxacilina). No caso de existirem fatores de risco (FR) para infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA) deve optar-se pela vancomicina endovenosa, descalando para terapêutica oral aquando da regressão dos sintomas e sinais inflamatórios.

Descrição do caso: Homem de 82 anos, autónomo, múltiplas patologias cardiovasculares e hiperuricemia não medicado. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) por edema, rubor, dor e calor na mão direita com 3 dias de evolução. Negou traumatismos, febre ou outras queixas. Foi medicado com flucloxacilina e anti-inflamatório para provável celulite. O doente teve parca resposta recorrendo de novo ao SU 3 dias depois. Tinha dessa vez já acometimento do punho e limitação marcada na mobilidade, associado a anorexia e astenia. Analiticamente sem leucocitose mas com aumento da PCR. Teve alta medicado com paracetamol e amoxicilina. Após 2 dias retorna ao SU por ausência de melhoria. Tinha dor significativa à mobilização passiva do punho, com sinais inflamatórios e edema de toda a mão e punho direito. Realizou tomografia articular que descreveu "distensão das 2ª e 5ª articulações metacarpo falângicas, possível pequeno derrame articular, com calcifica-

ções/corpos livres aparentemente intra-articulares, sugerindo artrite. Edema subcutâneo relativamente difuso”. O doente acrescentou que há cerca de 2 semanas esteve no SU por dispneia tendo realizado gasimetria na artéria radial direita. Colocada hipótese de eventual crise gotosa com sobreinfecção bacteriana. Ficou internado cumprindo terapêutica anti-biótica com vancomicina por 7 dias, com progressiva melhoria clínica e analítica.

Conclusão: A abordagem inicial considerou que provavelmente se trataria de uma celulite não complicada tendo sido medicado com derivados da penicilina. Porém, aquando da terceira visita ao SU, foi explorada mais profundamente a história clínica. Foi identificado um FR para infeção por MRSA, isto é, provável inoculação aquando da realização de gasimetria arterial. Neste caso clínico, aparentemente simples, verifica-se que a colheita de uma história clínica completa é essencial para a correta definição do tratamento e minimização das possíveis consequências.

PD 27

UMA CAUSA ESCONDIDA DE EPISTAXIS

Tânia Coelho; Bárbara C. Barbosa;
Mariana Garcia Rodrigues; Tiago Silva Santos;
Rita Gomes

Unidade de Saúde Familiar VitaSaurium

Introdução: A epistaxis é um sintoma usualmente benigno, no entanto pode associar-se a patologias com consequências devastadoras para a qualidade de vida.

O melanoma da mucosa da cavidade nasal (melanoma sinonasal) é uma neoplasia maligna rara e mais agressiva que o melanoma cutâneo. Este pode manifestar-se como obstrução nasal unilateral, epistaxis, rinorreia, deformidades nasais, anosmia, cefaleia ou, mais raramente, como dor nasal.

O prognóstico desta patologia é reservado, com uma taxa de sobrevivência aos 5 anos a variar de 20 a 46%, bem como uma taxa

de recidiva local de cerca de 40 a 60% sendo que em cerca de 10% dos casos se verificam metástases ao diagnóstico. Idade avançada, tamanho do tumor superior a 3 cm, sintomas obstrutivos e atraso no diagnóstico são fatores de mau prognóstico.

Descrição: Mulher de 58 anos, autónoma para as atividades de vida diárias, sem atividade profissional que apresenta os seguintes antecedentes: hipoacusia, incontinência urinária, hérnia do hiato, dislipidemia, depressão, obstipação e excesso de peso. Quanto à medicação habitual, realizava pantoprazol, indapamida, alprazolam, sertralina, pregabalin, trazodona, flavoxato e lactulose. Integrada em família nuclear, estadio VII do ciclo de Duvall.

Em agosto de 2019, a utente recorre a uma consulta aberta por episódio de epistaxis abundante à direita. Na rinoscopia observava-se o que parecia ser hipertrofia marcada dos cornetos inferiores à esquerda, com oclusão total da narina. Por difícil controlo da hemorragia, a utente foi enviada ao serviço de Urgência e encaminhada à consulta externa de Otorrinolaringologia.

Em dezembro de 2019, por queixas de obstrução nasal e episódios de epistaxis com cerca de dois meses de evolução recorreu novamente ao serviço de Urgência onde se constatou a presença de pólipos da cavidade nasal esquerda, ficando internada para estudo. Nesse mesmo mês, foi diagnosticada com melanoma nasosinusal à esquerda, e proposta a cirurgia.

Em janeiro de 2021 foi submetida a rinotomia lateral esquerda e craniotomia frontal. Após a cirurgia a doente foi submetida a radioterapia e iniciou quadro de dor crónica facial, necessitando de acompanhamento em consulta da dor e de escalada terapêutica de medicação antiálgica. Tem vindo a agravar o seu estado geral, com maior prostração e humor mais deprimido apesar dos ajustes dos psicofá-

macos. Atualmente necessita do apoio do marido para as tarefas domésticas, gestão da medicação e auxílio no banho.

Em junho de 2021, recorreu ao Serviço de Urgência por episódio de engasgamento tendo sido realizada, na investigação do caso, PET que revelou um nódulo na região da carina sugestivo de neoplasia (possível metástase) e sinais de atividade possivelmente tumoral nos seios etmoidais e maxilar esquerdos. Encontra-se a aguardar consulta e decisão terapêutica.

Conclusão: Apesar de se tratar de uma patologia rara, é essencial o seu encaminhamento precoce dado o prognóstico reservado e o agravamento do mesmo se diagnóstico tardio. O médico de família tem aqui um papel fundamental pois observa muitas vezes utentes com queixas inespecíficas que correspondem a apresentação inicial de quadros clínicos complexos. Serve este caso para nos alertar para esta realidade bem como as implicações na qualidade de vida, autonomia e na própria estrutura familiar que as neoplasias podem ter na vida dos nossos doentes e, portanto, a importância do diagnóstico precoce das mesmas bem como do acompanhamento do médico de família durante todo este processo.

PD 28

AO PERIGO COM TENTO E AO REMÉDIO COM TEMPO

Ana Vidal; Ângela M. Teixeira
USF Nova Via

Introdução: A hepatite tóxica é a lesão hepática causada por agentes farmacológicos ou químicos. Representa 10% das hepatites agudas sendo essencial considerá-la como diagnóstico diferencial. A maioria dos medicamentos são potencialmente hepatotóxicos. As pessoas com doença hepática, comorbilidades, malnutridas ou consumidoras de bebidas alcoólicas ou agentes farmacológicos são mais suscetíveis a hepatotoxicidade. A

lidocaína, a bupivacaína e a ropivacaína são anestésicos locais comumente usados em procedimentos cirúrgicos ou minimamente invasivos. Há registos da associação destas substâncias, após administração parentérica contínua ou repetida, com lesão hepática clinicamente evidente do tipo misto ou colestático associada a um componente imunológico com exantema, febre ou eosinofilia. Este caso clínico evidenciou uma hepatite tóxica após a utilização tópica do anestésico na cistoscopia num doente com comorbilidades e polimedicado.

Descrição: Homem de 77 anos, com comorbilidades e polimedicado, entrega ao médico de família relatório do serviço de Urgência ao qual recorreu por febre e colúria, iniciadas após cistoscopia de vigilância do carcinoma da bexiga, tendo alta com diagnóstico de hepatite aguda mista e recomendação para estudo pelo médico assistente. O doente, convidado à consulta, está assintomático e não apresenta sinais de doença hepática, mas afirma que não voltará às consultas de oncologia do hospital onde realizou a cistoscopia porque “saio de lá sempre mais doente”. O doente tem antecedentes de complicações iatrogénicas: BCGite disseminada com envolvimento hepático após tratamento intravesical com o bacilo Calmette-Guérin (BCG) e toxicidade hematológica e renal após tratamentos anti-tuberculosos, não apresentando sequelas aparentes. Iniciou os fármacos galantamina e bupropion há 3 meses. Nega consumos etílicos. Não foram encontrados sinais de recidiva oncológica na última cistoscopia. O Médico de Família coloca como diagnósticos diferenciais a hepatite tóxica e a hepatite infecciosa. Pede estudo analítico e ecografia abdominal que evidenciam diminuição dos parâmetros de citólise hepática, manutenção da elevação dos parâmetros de colestase, serologias infecciosas negativas e ausência de alterações imagiológicas. Assumindo a existência de

hepatite tóxica, recomenda a suspensão da galantamina e do bupropiom após contato com neurologista. No entanto, assiste ao avolumar da ansiedade do doente e da família para a causa da hepatite que relacionam com a citoscopia. Devido à relação temporal entre o início dos sintomas e a citoscopia e à evolução clínica e analítica favoráveis antes da suspensão dos fármacos galantamina e bupropiom, o médico de família pondera como causa mais provável da hepatite tóxica o anestésico local usado na citoscopia. É enviada informação ao oncologista e é realizada notificação da ocorrência ao Infarmed. O médico de família tranquiliza o doente e a família explicando que a situação clínica está a evoluir favoravelmente e que os restantes médicos assistentes foram informados no sentido de minimizar futuras complicações.

Conclusão: O desvendar do diagnóstico exigiu a “procura do perigo com tento” por entre os meandros da história clínica. Apesar de rara, a hepatotoxicidade ao anestésico local pode ter sido propiciada por múltiplos fatores como fragilidade da mucosa da bexiga, antecedentes de lesão hepática, coexistência de comorbilidades e interações farmacológicas. Ao integrar a procura do diagnóstico, a comunicação com outros prestadores e as ansiedades do doente e da família, o Médico de Família assumiu o papel de gestor de cuidados. Ao vigiar a hepatite tóxica dando-lhe tempo para recuperar do efeito do “remédio”, o seu objetivo foi minimizar danos e promover a segurança do doente. Este caso clínico demonstra o desafio diagnóstico num doente complexo, a necessidade de colaboração entre os vários prestadores e a importância de considerar a perspetiva do doente colocando-o no centro dos cuidados.

PD 29 Retirado

PD 30

UM CASO CLÍNICO DE SÍNDROME DE BRUGADA

Olga Silva; Ana Rita Rodrigues; Davide Manuel Reis; Leonor Bilreiro; Margarida Martins; Mariana Neves; Miguel Almeida Santos
USF Descobrimentos; UCSP Portimão; USF Baesuris Altura

Introdução: O síndrome de Brugada (SB), descrito pela primeira vez em 1992, caracteriza-se por um padrão eletrocardiográfico (ECG) típico (bloqueio do ramo direito do feixe de His e supradesnivelamento do segmento ST (SupraST) nas derivações precordiais direitas), associado a uma predisposição aumentada para arritmias ventriculares malignas e morte súbita, em indivíduos sem cardiopatia estrutural. O padrão ECG tem 3 tipos diferentes, podendo o mesmo doente apresentar qualquer um deles em momentos diferentes ou até mesmo um ECG normal. É responsável por 20-50% das mortes súbitas (MS) em indivíduos sem alteração cardíaca estrutural e por 4% do global das MS, sendo a idade média do diagnóstico os 40 anos. Pertence ao grupo das canalopatias e tem etiologia genética, com transmissão autossómica dominante e penetrância incompleta, podendo também ser esporádica. O gene mais frequentemente implicado é o SCN5A, com mais de 100 mutações identificadas. Clinicamente, os utentes são tipicamente assintomáticos, mas podem apresentar história de síncope, reanimação de paragem cardio-respiratória ou ainda palpitações e tonturas. Antecedentes familiares de MS ou síncope poderão estar presentes e deve ser motivo de estudo.

Descrição: Mulher de 29 anos, com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, sem medicação habitual, recorre à consulta do médico de família (MF) por quadro com cerca de 1 mês de evolução de palpitações

esporádicas e de cefaleia intermitente, na região temporal esquerda, pulsátil, leve. De-
nota-se marcada preocupação por parte da
utente por sempre ter feito desporto e nunca
ter feito exames mais elaborados ao coração.
Nega aura, precordialgia, dispneia, sintomas
neurológicos ou outros sintomas. Apresenta
exame objetivo normal. Nesta primeira con-
sulta, decide-se por tranquilizar a utente, ex-
plicar sinais de alarme e iniciar propranolol 40
mg 1 id. Solicitam-se análises, Holter e prova
de esforço. Apresenta um ECG do ano prévio
com desvio direito do eixo e supra ST em V1
e V2 de 1 mm. A análises são normais. O Hol-
ter revela bloqueio incompleto do ramo direito
(BIRD) do feixe de His. A prova de esforço, no
ECG em repouso, apresenta desvio direito do
eixo, BIRD e ligeiro SupraST com encavalga-
mento do segmento ST em V2; em esforço,
apresenta boa tolerância ao exercício, sendo
negativo para isquémia miocárdica. Pelas
alterações no ECG em repouso, torna-se ne-
cessária a exclusão de SB, pelo que a utente
realiza prova com flecainida. No ECG basal,
apresenta em V1 e V2 modificados SupraST
de 1 mm e 3 mm, respetivamente, com T
negativa nas mesmas derivações (padrão
eletrocardiográfico de SB – tipo III). Aos 30'
após administração de flecainida apresenta
supraST >2 mm em V2 e V2 modificadao (pa-
drão tipo I), sendo positivo para SB. De acordo
com os critérios de estratificação de risco, foi
considerado SB de baixo risco, pelo que não
há indicação para cardioversor-desfibrilha-
dor implantável, mas apenas seguimento em
consulta de arritmologia, com evicção de fa-
tores desencadeantes (febre, exercício físico
intenso e nas horas de maior calor) e ainda
estudo genético.

Conclusão: O SB caracteriza-se pela sua di-
ficuldade diagnóstica e de estratificação do
risco, sendo no caso desta doente importante
a interpretação atenta e detalhada do ECG.
Este caso é um exemplo de como um exame

simples, como o ECG, permite ao médico de
família (MF) a identificação ou suspeição de
uma doença potencialmente grave e o enca-
minhamento para o devido seguimento. O MF
encontra-se numa posição privilegiada para
abordar os familiares e identificar eventual
padrão de SB no ECG, dada a hereditariedade
da doença. Destaca-se ainda a importância
de uma história clínica detalhada e dos ante-
cedentes familiares, nomeadamente, a histó-
ria de MS na família.

PD 31

HEPATITE AUTOIMUNE: DA COMPLEXIDADE CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO EFETIVO

Inês Araújo; Marina Salwegter; Margarida Robalo;
Rui Domingues; Sofia Esperança;
António Oliveira e Silva
Hospital de Braga

Introdução: A hepatite autoimune é uma
doença crónica progressiva, que surge em
qualquer idade, sendo mais prevalente no
sexo feminino. Esta patologia tem um amplo
espectro de apresentação clínica, variando
desde um aumento isolado das transamina-
ses num doente assintomático, até à exis-
tência de doença hepática crónica indolente,
ou, mais raramente, originado um quadro
de insuficiência hepática aguda. Além deste
espectro de gravidade clínica muito variável,
apresenta ainda sintomatologia altamente
inespecífica, o que implica um elevado grau
de suspeição diagnóstica.

Descrição: Mulher, 24 anos, sem anteceden-
tes de relevo, sob anticoncepcional oral combi-
nado, encaminhada ao serviço de Urgênciapor
astenia em agravamento com duas semanas
de evolução, associada a anemia, tromboci-
topenia e citocolestase hepática. Foram efe-
tuadas ecografia, TC abdominal e colangiores-
sonância evidenciando sinais de hepatopatia
crónica, em relação com cirrose macro nodu-
lar, sem ectasia das vias biliares intra ou ex-
tra-hepáticas, com evidência de hipertensão

portal, esplenomegalia e ascite de moderado volume. A endoscopia digestiva alta realizada revelou a existência de varizes esofágicas. Durante o internamento a doente desenvolveu hipoalbuminemia e aumento dos tempos de coagulação. Da história clínica a destacar ausência de consumos etílicos, suplementos ou viagens recentes. Presença de consanguinidade parental. Serologias vírias negativas. Do restante estudo etiológico efetuado, é de realçar a existência de anticorpos antinucleares positivos (1/2560, com padrão nuclear homogéneo) e hipergamaglobulinemia, com aumento da IgG sérica. Foi efetuada biópsia hepática percutânea, com histologia compatível com hepatite de interface. Faz-se assim o diagnóstico de hepatite autoimune. Foi iniciada terapêutica com prednisolona 60mg/dia, com boa resposta clínica e analítica.

Conclusão: Este caso pretende alertar para o facto de que, além do amplo espectro de gravidade de manifestação, esta doença carece de uma relação direta entre a sintomatologia e a gravidade da lesão hepática ao diagnóstico. Trata-se de uma doente jovem com doença hepática avançada, apresentando, no entanto, sintomatologia muito ligeira quando comparada com a gravidade da patologia subjacente. Torna-se assim evidente a importância da manutenção de um elevado grau de suspeição diagnóstica, uma vez que a deteção precoce e instituição de terapêutica adequada têm um impacto prognóstico significativo.

PD 32

MAIS DO QUE UMA INTERCORRÊNCIA AGUDA

Inês Araújo; Ana Luís Vasconcelos; Eulália Antunes; Catarina Silva Araújo; Margarida Robalo; Marina Salwegter; Rui Domingues; Inês Manuel Gonçalves; Sofia Esperança; Sara Marques; Margarida Monteiro; António Oliveira e Silva
Hospital de Braga

Introdução: A anemia perniciosa é a causa mais comum de défice de vitamina B12, sendo o seu diagnóstico e tratamento atempados fundamentais para prevenir consequências neurológicas graves.

Descrição: Mulher 51 anos, autónoma, sem antecedentes de relevo, recorre ao serviço de Urgência por quadro de febre, astenia e vômitos com três dias de evolução. Da avaliação a realçar alguma lentificação do discurso e desconforto abdominal difuso. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, leucocitúria e nitritúria. TC abdominal com "realce do urotélio do bacinete esquerdo sugestivo de alterações de natureza inflamatória/infecciosa". Assumida pielonefrite aguda e iniciada antibioterapia. Isolamento de *E. Coli* em urocultura. Adicionalmente, o estudo analítico revelou pancitopenia, com anemia macrocítica hipoproliferativa a necessitar de transfusão. Esfregaço de sangue periférico com evidência de anisocitose, hipocromia, dacríócitos, raros ovalócitos e raros fragmentos de esquizócitos. Do estudo realizado, a realçar défice de ferro e de vitamina B12. A doente nega história de restrições alimentares ou consumos alcoólicos. A biópsia gástrica revelou gastrite crónica atrófica ligeira e metaplasia intestinal focal na transição corpo/antra. Anticorpos anti-células parietais negativos, mas anti-fator intrínseco positivos. Iniciada reposição de ferro e vitamina B12 endovenosa com boa resposta hematológica.

Conclusão: A anemia perniciosa carece de

alterações específicas tanto a nível clínico como no esfregaço de sangue periférico, o que dificulta a sua distinção face a outras causas de défice de B12. A histologia gástrica apoia o diagnóstico, mas o seu resultado não é imediato. Os anticorpos anti-fator intrínseco são pouco sensíveis, mas altamente específicos. A existência de ferropenia concomitante é comum. Este caso retrata uma doente inicialmente internada por uma intercorrência infecciosa aguda na qual o estudo levou ao diagnóstico de uma patologia subjacente cujo tratamento é mandatório, realçando a complexidade e a importância da visão global do doente.

PD 33

DIEULAFOY DUODENAL – UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA!

Sílvia Raquel Santos; Catarina Silva Araújo;

Tânia Carvalho; Margarida Gonçalves;

Pedro Bernardes Antunes; Sofia Mendes;

Isabel Agonia

Hospital de Braga

Introdução: A lesão de dieulafoy é uma causa rara de hemorragia digestiva alta (HDA). Caracteriza-se pela presença de um vaso de calibre dilatado na submucosa, que dá origem à hemorragia, mas sem ulceração. O local mais vezes afetado é o estômago proximal (pequena curvatura), mas pode ocorrer desde o estômago ao cólon. Está associada a hemorragia maciça e o seu diagnóstico nem sempre é fácil. Existem alguns fatores de risco (FR) que devemos ter em atenção como: género masculino, doença cardiovascular, doença renal, alcoolismo ou uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs).

Descrição: Homem de 51 anos, autónomo, com gastrite crónica erosiva e excisão de pólipos séssil no sigmóide. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dejeções pastosas "tipo borra de café" com 2 dias de evolução, associado a anorexia e astenia marcadas. Negou

toma recente de AINEs ou outra medicação. Tinha palidez cutânea, com mucosas descoladas e hidratadas. O abdómen era globoso, mole e depressível, doloroso à palpação profunda do epigástro mas sem defesa. O toque rectal foi indolor, sem massas palpáveis nem fezes na ampola rectal. Dedo de luva com vestígios de melenas. Analiticamente com hemoglobina de 10.7 g/dL (basal de 16 g/dL). Por ausência de gastroenterologia, e dada a estabilidade hemodinâmica, ficou durante a noite sob monitorização no SU. De manhã realizou endoscopia digestiva alta (EDA), onde foi identificada hemorragia ativa em toalha, por vaso no bulbo duodenal, sem ulceração, compatível com lesão de dieulafoy. Efectuada hemostase e aplicação de 3 clips. Pela clínica e descida acentuada da hemoglobina (último controlo com 8.6 g/dL) ficou internado para vigilância. No internamento, sem novas perdas hemáticas e com melhoria clínica e analítica. Teve alta ao 2º dia de internamento com inibidor da bomba de prótons (IBP) e ferro.

Conclusão: Neste caso clínico temos a apresentação típica de uma HDA, onde inicialmente se colocou a hipótese de úlcera gástrica sangrante, atendendo aos antecedentes. No entanto, apesar de rara nunca se deve excluir a hipótese de lesão de dieulafoy. Estes doentes devem estar monitorizados e devem realizar EDA assim que possível. O tratamento inicial passa por fluidoterapia e perfusão de IBP. O diagnóstico e o tratamento são endoscópicos. De acordo com a evolução clínica e analítica pode ser necessário internamento. Mais, é imperioso transferir o doente para um Hospital com apoio de gastroenterologia no caso de ou iminente instabilidade hemodinâmica.

DIAGNÓSTICO DE TUMOR E VACINAÇÃO PELO TELEFONE

Rui Lobo; Eurico Silva
USF João Semana

Introdução: Em virtude da pandemia de 2020, verificou-se uma alteração no acesso aos cuidados de saúde com um forte impacto no seguimento de utentes mas também na realização de rastreios oncológicos e diagnóstico de novas patologias. Ainda assim, cabe ao médico de família aproveitar todas as oportunidades de contacto com os seus utentes para manter o melhor seguimento possível de todo o agregado familiar. Os novos canais de comunicação potenciados no último ano, como a consulta telefónica ou o email, são uma ferramenta útil ao diagnóstico precoce.

Descrição: Uteute de 55 anos, pouco frequentador dos serviços de saúde, com antecedentes de lombalgia relacionada com o contexto laboral, teve a última consulta presencial em 2016. Nessa altura tinha registo de hábitos tabágicos pesados (56 UMA) e de consumo elevado de álcool (não contabilizado). Em junho de 2021, durante uma consulta telefónica da esposa, esta refere que o utente se queixa de rouquidão e sensação de corpo estranho na orofaringe com 2 meses de evolução. Quando inquirida diz que o marido terá tido emagrecimento marcado nos últimos meses, que associava aos tratamentos dentários que estava a fazer. Perante o quadro descrito, e uma vez que estamos perante um alto nível de suspeição para lesão neoplásica, apesar de a consulta ter sido telefónica foi de imediato solicitada a realização de TAC cervical e torácica. Após 2 semanas, agora observado em consulta presencial, traz os resultados que revelaram “lesão tumoral ao nível da prega ari-epiglótica esquerda medindo 25 x 18 mm” ainda sem adenopatias ou metastização local observadas. Nesta ocasião foi feito exa-

me físico completo e o utente foi igualmente vacinado com a vacina antipneumocócica conjugada 13 valente e encaminhado para o IPO para orientação terapêutica.

Conclusão: Este caso demonstra que a consulta telefónica pode ser um bom recurso para o diagnóstico precoce, sobretudo em situações de forte suspeição diagnóstica, ao facilitar o acesso à equipa de saúde familiar e agilizar a realização de MCDTs necessários. Nestas situações o agendamento de consulta presencial para realização de exame físico, apesar de importante, não deve atrasar a tomada urgente de medidas diagnósticas e terapêuticas. Além da referenciação atempada aos cuidados hospitalares adequados para continuação de tratamento, o médico de família deve tomar todas as medidas para preparar o melhor possível o seu utente. A prescrição de vacina antipneumocócica conjugada 13 valente, assim como vacina antigripal (quando na época) está indicada em todos os doentes com neoplasias e deve idealmente ser administrada antes da quimioterapia. Daí o papel importante do médico de família em prevenir infeções oportunistas resultantes da imunossupressão a que vão estar sujeitos estes utentes. Ao abordar não só problemas de saúde do próprio, mas também dos familiares, o médico de família, que tem uma atuação de base familiar, está numa posição privilegiada para a prestação de cuidados de saúde adequados à população. Neste caso a consulta inicial era para um familiar do utente e a queixa que levou ao diagnóstico foi um “já agora” no fim da consulta.

QUANDO UM UTENTE VOLTA A LIGAR: PARE, ESCUTE E OLHE!

Filipa Moreira; Cristiana Sousa
USF Gualtar

Introdução: A pandemia catalisou o desenvolvimento do atendimento à distância nos cuidados de saúde primários. As consultas telefónicas permitiram manter a acessibilidade aos utentes, garantindo-lhes acompanhamento sem aumentar o risco de contágio de utentes e profissionais de saúde.

A telemedicina como forma de aumentar a acessibilidade da população que vive em regiões mais isoladas aos cuidados de saúde secundários é uma realidade em Portugal desde 2015 mas ainda não se criaram orientações nem legislação para esta modalidade de consulta nos cuidados de saúde primários.

Descrição do caso: Mulher de 71 anos foi orientada telefonicamente em consulta aberta referindo queixas de polaquiúria e disúria com um dia de duração. Foi medicada com nitrofurantoina e cloreto de tróspio. No dia seguinte recorre à urgência hospitalar por persistência das queixas. Realiza combur e tem alta medicada com ciprofloxacina 500 mg, 12/12h, 8 dias. 3 dias depois, contacta novamente a USF por manutenção das queixas, tendo tido orientação telefónica para realizar urocultura e manter ciprofloxacina. 3 dias depois pede nova consulta aberta pelas queixas supracitadas tendo sido convocada pela médica a comparecer na USF para melhor avaliação. Foi realizado exame ginecológico onde se observou volumoso cistocelo tendo sido encaminhada para consulta externa de Ginecologia.

Conclusão/Discussão: A consulta aberta triada telefonicamente durante a pandemia tem a vantagem de manter os níveis de acessibilidade e possibilitar a orientação de problemas urgentes sem risco de contágio adicional para os utentes e profissionais.

Uma revisão sistemática realizada em 2017, concluiu que a consulta telefónica consome menos tempo ao clínico o que se poderá traduzir num atendimento mais eficiente, no entanto, também refere que esta modalidade de consulta está associada a maior número de consultas subsequentes.

O conceito de telemedicina, isto é, medicina à distância, é muito abrangente e será importante fazer a distinção entre consulta telefónica e video-consulta pois na primeira a privação da visão propicia falhas na comunicação e no diagnóstico. Tanto numa como noutra importa perceber o impacto de não realizar o exame objectivo.

O sintoma mais frequentemente referido pelas mulheres com prolapso é a sensação de corpo estranho aflorando à vulva, no entanto um cistocelo volumoso poderá associar-se também a polaquiúria e/ou a infeções urinárias de repetição, tal como se verificou com esta utente. Tendo sido atendida telefonicamente, a privação do exame objectivo levou a que esta utente precisasse de recorrer à consulta mais duas vezes até ter o diagnóstico definitivo e uma orientação mais adequada.

Mais de um ano depois do começo da pandemia, é urgente debruçarmo-nos sobre esta temática: diferenciar bem os diversos tipos de telemedicina (consulta telefónica vs consulta através de videochamada), pensarmos sobre quais as situações ou utentes que poderão beneficiar desta modalidade, quais as vantagens e desvantagens das mesmas, quais os riscos, os custos, a viabilidade e o seu impacto ético e legal.

Enquanto os serviços se organizam, é importante ter presente que num utente que recorra repetidamente à consulta aberta pelas mesmas queixas devemos equacionar alguma perda de informação associada à avaliação clínica não presencial.

PD 36

UMA COLECISTITE AGUDA MASCARADA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO!

Sílvia Raquel Santos; Catarina Silva Araújo;
Valentim Lopes; Ana Sofia Cavadas;
Mariana Silva Costa; Isabel Agonia
Hospital de Braga

Introdução: A colecistite aguda é uma patologia muito comum e cuja etiologia habitual é a inflamação causada pela obstrução do ducto cístico por um cálculo. O principal sintoma é a dor abdominal que aumenta de intensidade à medida que se focaliza no hipocôndrio direito (HD), podendo irradiar para o ombro homolateral. O diagnóstico é clínico e a ecografia serve para apoiar o diagnóstico no caso de boa visualização das estruturas anatómicas.

Descrição: Homem de 66 anos, autônomo e hipertenso. Até há 3 meses, medicado apenas com enalapril, mas pelo perfil tensional alto foi escalada terapêutica para candesartan + hidroclorotiazida. Durante a madrugada foi acordado por uma dor inframamária em aperto, bilateral, em barra e sem irradiação. Associado a náuseas e "arrancos" sem concretizar o vômito. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) tendo sido triado como via verde coronária por suspeita de enfarte agudo do miocárdio (EAM). No eletrocardiograma sem sinais de isquemia aguda. Estava hipertenso, normocárdico, apirético e sem outros achados de relevo. Fez paracetamol com alguma melhoria da intensidade da dor. Analiticamente sem aumento dos marcadores de necrose miocárdica (MNM), em dois doseamentos distintos, D-Dímeros negativos e PCR 0.60 mg/L. A dor diminuiu francamente tendo alta com dor residual e medicado com associação de perindopril, indapamida e amlodipina. No dia seguinte, volta ao SU por pico febril e dor no quadrante superior direito do abdômen. Estava febril e com taquicardia sinusal. Murphy vesicular positivo. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia e PCR 205

mg/L. Na ecografia abdominal observada "... Vesícula distendida com parede regular ligeiramente espessada contendo alguma bile espessa e litíase...". Foi avaliado pela cirurgia geral que colocou hipótese de colecistite aguda litíase. Realizou colescistectomia laparoscópica e o resultado de anatomia patológica confirmou tratar-se de colecistite aguda.

Conclusão: Numa fase inicial da colecistite os sintomas podem ser vagos e sem alterações analíticas sugestivas, tal como no caso deste doente. Porém, estes mimetizaram um possível EAM, patologia grave que implicou exclusão imediata. Na segunda vinda ao SU, o doente já tinha presente a tríade altamente sugestiva colecistite aguda (dor súbita no HD + febre + leucocitose) apoiada pelo Murphy vesicular e achados ecográficos. A colescistectomia deve acontecer preferencialmente nas primeiras 72 horas após início dos sintomas como decorreu neste caso clínico.

PD 37

IMPORTÂNCIA DA CONSULTA TELEFÔNICA NA GESTÃO DA DOR CRÔNICA NUMA NECROSE AVASCULAR DA CABEÇA DO FÉMUR – RELATO DE CASO

Tiago Pereira, Bruno Valentim, Carla S. Venâncio
USF Condeixa

Introdução: A necrose avascular da cabeça do fémur (NACF) resulta de um processo de isquemia, apoptose celular e, por último, destruição articular. A evolução natural é o colapso da cabeça do fémur e a artrose da articulação acetabular. É mais frequente no sexo masculino entre os 20 e os 50 anos e parece ter relação causal com alcoolismo, tabagismo, corticoterapia sistémica, hemoglobinopatias e quimioterapia, entre outros. Além do desafio cirúrgico, trata-se de um quadro que cursa com dor em repouso, agravada com o movimento, podendo apresentar irradiação para o joelho e marcha claudicante.

Descrição: Homem de 60 anos, instalador de

andaimes, integrado numa família nuclear na fase 7 do ciclo de Duvall e classe média da escala de Graffar. Tem como antecedentes patológicos hipertensão arterial, dislipidemia e asma de difícil controlo com história de vários ciclos de corticoterapia sistémica.

Em julho/2020 iniciou quadro de dor mecânica na anca direita, agravada com os movimentos, com irradiação para a região inguinal e face interna da coxa homolateral. Realizou radiografia da bacia que mostrou alterações suspeitas de osteonecrose da cabeça do fémur bilateralmente. Seguiu-se o estudo por TC, que revelou coxartrose grau IV à esquerda e destruição por necrose da cabeça femoral à direita. Foi então referenciado à consulta de Ortopedia e iniciou analgesia com tramadol + paracetamol (T+P) 37.5 mg/325 mg e etoricoxib em SOS.

Nessa consulta, realizada em setembro/2020, foi proposta intervenção cirúrgica que o doente recusou, uma vez que nesse momento a dor se encontrava controlada e não era limitativa.

Em abril/2021 recorreu à consulta aguda do centro de saúde por agravamento progressivo das queixas apesar da analgesia instituída, tendo já realizado alguns tratamentos com AINE i.m. Foi também agendada consulta de reavaliação com o seu médico de família (MF), que se realizou na semana seguinte. O utente estava automedicado com T + P 37.5 mg/325 mg i.d. à noite que cumpria apenas em esquemas de SOS e de forma errática, sem qualquer alívio. Foram-lhe explicados os princípios basilares e ajustadas as expectativas do tratamento da dor crónica. O doente compreendeu e aceitou, pelo que se iniciou tramadol 50 mg LP b.i.d. e T + P 37.5 mg/325 mg em SOS, com indicação para contabilizar os resgates e combinado um telefonema semanal para monitorização do controlo de dor e efeitos adversos. Foi também referenciado novamente à consulta de Ortopedia.

Semanalmente e com recurso à consulta telefónica, titulou-se o tramadol de forma segura até o doente estar confortável e sem necessidade de tomas de SOS, assim como a resolução do efeito secundário, a obstipação. De momento encontra-se a aguardar cirurgia para colocação de prótese total da anca.

Conclusão: A dor é um dos principais sintomas da NACF, causando grande impacto na qualidade de vida e autonomia para as AVDs. Sendo o seu tratamento cirúrgico, o MF é essencial no esclarecimento do prognóstico e evolução natural da doença, bem como na gestão do processo de controlo de dor até à resolução cirúrgica. A dor é o 5º sinal vital, tantas vezes subvalorizado. Por isso, é fundamental que os MF tenham à-vontade e proatividade na gestão destes fármacos, e saibam antecipar, identificar e controlar os efeitos adversos, assim como gerir expectativas dos doentes.

Vivemos numa altura em que os contactos não presenciais, inclusive a consulta telefónica, assoberbam a realidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), contribuindo para a sua saturação. A importância deste caso é demonstrar que, se usada de forma criteriosa e para fins objetivos, a consulta telefónica tem um enorme potencial. Contatos de pequena duração permitem reavaliações mais frequentes e possibilitam uma titulação lenta e segura dos fármacos prescritos, assim como a identificação precoce de efeitos secundários. Evita ainda deslocações desnecessárias e ocupação de períodos de consulta presencial que atualmente escasseiam, dada a acumulação de valências nos CSP.

MALFORMAÇÃO DE CHIARI – UM CASO “DISSIMULADO”

Gabriel Teixeira Nogueira; Fausto Honoré Silva;

Rita Viegas

USF Cova da Piedade

Enquadramento: As perturbações da ansiedade podem cursar com sintomas somáticos como tonturas e desconforto abdominal, podendo ainda condicionar um medo exagerado de doença futura. Simultaneamente, a sintomatologia que integra a doença não psiquiátrica pode contribuir para um agravamento da patologia ansiosa de base.

Assim sendo, num utente com perturbação da ansiedade, pode ser complexo diferenciar os sintomas resultantes da ansiedade daqueles que poderão ter origem numa outra doença, nomeadamente quando estes são ligeiros e pouco específicos.

Descrição: Homem de 36 anos com antecedentes pessoais de asma, prolapso da válvula mitral, perturbação da ansiedade e excesso de peso. Recorreu à consulta em 2020 por quadro com seis dias de evolução de tonturas, desconforto abdominal e azia. Referia sintomatologia ansiosa, com agravamento nos últimos meses e uma grande preocupação com a possibilidade de ter uma doença grave. Suspendera a medicação há 12 meses (escitalopram) e negava hábitos tóxicos/outros, síncope, alterações da visão ou outra sintomatologia. À observação: AMPA (valores normais), pressão arterial de 120/75 mmHg, um sopro mesossistólico com click e exame neurológico sumário sem alterações. Propôs-se o reinício de escitalopram e pediu-se ecocardiograma e eletrocardiograma para reavaliação do prolapso mitral, exames que não revelaram alterações de novo; foi facultado um plano alimentar e de exercício físico para ajudar o utente na gestão dos seus sintomas e patologias.

Passados 6 meses, recorre múltiplas vezes à consulta com queixas similares, agora associadas a visão em túnel e zumbidos, mantendo um exame objetivo normal. Foi titulada a dose de escitalopram e instituída terapêutica marcial com beta-histina e bromazepam, sem resposta clínica.

Perante a cronicidade das queixas, a falência terapêutica e a ansiedade marcada do utente, que verbalizava o receio de doença grave, optou-se por pedir uma TAC-CE, que revelou ligeira ectopia da amígdala cerebelosa direita, ultrapassando o forâmen magnum em 3mm, colocando-se a hipótese de malformação de Chiari tipo 1. O utente foi referenciado a Neurocirurgia para orientação clínica e aguarda convocação para a consulta.

Discussão: A malformação de Chiari tipo I é uma doença congénita pouco comum, com uma prevalência de cerca de 1%, que consiste no deslocamento caudal de uma das amígdalas cerebelares (> 5 mm) ou de ambas as amígdalas (3-5 mm) abaixo do forâmen magnum e que se manifesta geralmente de maneira insidiosa, entre os 25 e os 45 anos, sob a forma de cefaleias, cervicálgia, vertigem, zumbidos e alterações visuais. Apesar de, por vezes, as perturbações ansiosas se manifestarem sobre a forma de sintomas somáticos e de uma preocupação excessiva com o aparecimento de uma doença nova, é importante que o médico de família não desvalorize queixas “de novo”. Deve, portanto, investigar a existência de doença, através de uma anamnese completa e de um exame objetivo rigoroso, identificando sinais de alarme, mas também explorar a dorlência do doente e definir, em conjunto, um plano que permita amenizar as preocupações de ambos.

PD 39

O IMPACTO DO HOME OFFICE NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Alexandra Lima Roque¹; Sílvia Pimenta¹;
Rita Ribeiro¹; João Artur Ferreira¹;
Ana Isabel Correia²; Teresa Martinho¹; Elvira Perea¹;
Juan Fonnegra¹

¹Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; ²Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: O *home office* ganhou um papel de destaque com a chegada da emergência de saúde pública relativa à COVID-19. Embora não haja evidência da relação direta causa-efeito de doença venosa com o trabalho, existe consenso atual na opinião médica de que o trabalho pode agravar seriamente o desenvolvimento da mesma.

Descrição: Trata-se do caso de um profissional de instituição bancária, em teletrabalho há cerca de um ano, momento em que suspendeu também a prática de exercício físico. Em janeiro de 2021 iniciou quadro de dor intensa e edema acentuado na região solear do membro inferior direito, motivo pelo qual recorre ao serviço de Urgência. No estudo analítico destaca-se ligeira elevação dos D-dímeros (720 ng/mL) e proteína C-reativa 5 mg/dL. A ecografia com estudo de doppler venoso dos membros inferiores revelou presença de trombo oclusivo nas veias soleares direitas com extensão à veia poplítea direita com dilatação venosa associada. Admitiu-se então o diagnóstico de trombose venosa profunda poplítea-distal direita de características agudas.

Conclusão: O *home office* não é uma modalidade de trabalho nova, contudo tornou-se bastante difundido com as restrições de mobilidade provocadas pela pandemia da COVID-19. Apesar do retorno à normalidade, muitas empresas manterão esta tipologia de trabalho por mais tempo ou de forma definitiva. É evidente que é impossível modificar alguns dos fatores de risco para a insuficiência venosa crónica, porém, outros fatores como

obesidade e condições de trabalho podem ser alvo de ações preventivas que gerem modificações. Assim, ressaltam-se a importância e a possibilidade da abordagem multidisciplinar ao tema, o que poderia evoluir para o estabelecimento de um protocolo de prevenção e tratamento de doenças venosas em função do posto de trabalho executado.

PD 40

DOENÇA DE WILSON: A IMPORTÂNCIA DE UM EXAME FÍSICO DETALHADO

Diana Nadine Moreira; Rita Nogueira
USF Santa Maria, ACeS Grande Porto II - Gondomar,
ARS Norte

Introdução: A doença de Wilson resulta de uma anomalia genética no transportador intracelular do cobre ATP7B. Esta mutação, de herança autossómica recessiva, resulta numa excreção biliar reduzida de cobre, levando à sua acumulação em vários órgãos, com destaque para o fígado, cérebro e córnea. É pelo atingimento destes órgãos que surgem as principais manifestações da doença, nomeadamente hepatite aguda ou crónica, sintomas neurológicos (disartria, ataxia, distonia, tremor), psiquiátricos e os característicos anéis de Kayser-Fleischer. A idade média de diagnóstico ronda os 5 a 35 anos de idade, mas foram já descritos casos em indivíduos mais jovens e até à oitava década de vida. O diagnóstico baseia-se na suspeita clínica, sendo a presença dos anéis de Kayser-Fleischer altamente sugestiva. Este pode ainda ser confirmado pelos achados laboratoriais, nomeadamente pela presença de baixos níveis séricos de ceruloplasmina e excreção aumentada de cobre numa urina de 24h. Os quelantes de cobre são o tratamento de eleição e devem ser introduzidos no momento do diagnóstico.

Descrição: MOMG, 57 anos, sexo feminino, pouco frequentadora dos cuidados de saúde. Recorre, pela primeira vez, a uma consulta

de “Saúde de Adultos” com a sua Médica de Família (MF), para uma “consulta de rotina”. Não expressou qualquer queixa. Sem antecedentes de relevo, sem consumos tabágicos ou alcoólicos. No exame objetivo apenas de ressaltar excesso de peso. Foi pedido estudo analítico em que se constatou, elevação das enzimas hepáticas, dos valores de LDL e triglicérides e feito diagnóstico de diabetes Mellitus (HgA1C 10,5), tendo iniciado insulina e estatina e foi pedida ecografia abdominal que revelou esteatose hepática, atribuída pela MF a síndrome metabólica. Duas semanas após, regressa à consulta para revisão de terapêutica. Nessa consulta refere tremor de ambas as mãos, de início há alguns meses, mas com agravamento progressivo. Este tremor foi interpretado pela MF como sendo um tremor essencial e a utente foi medicada com propranolol. Duas semanas após, a utente recorre a uma “Consulta aberta” por agravamento do tremor, que a tem impossibilitado de realizar as suas tarefas diárias. Nessa consulta, foi realizado exame neurológico sumário em que se objetivou a presença de um tremor de intensão de baixa amplitude e média frequência que agravava com a aproximação ao alvo, sem outras alterações de relevo. Verificou-se, ainda, a presença de um anel de pigmento acastanhado em ambas as córneas. Nesta altura, foi pedido novo estudo analítico com a determinação de ceruloplasmina plasmática que se apresentava no limite inferior da normalidade e determinação de cobre urinário que se revelou aumentado. A utente foi encaminhada para a consulta de Medicina Interna.

Conclusão: Quando o diagnóstico de doença de Wilson é feito na infância os sintomas iniciais geralmente estão associados à falência progressiva da função hepática, enquanto que na idade adulta os sintomas neurológicos são os mais comuns. No que concerne especificamente aos sintomas neurológicos estes

podem também ser muito variáveis podendo ser subtile ou progredir rapidamente e conduzir a elevados graus de incapacidade em apenas alguns meses. Este grau de variabilidade torna o diagnóstico um desafio interessante. A presença de anéis de Kayser-Fleischer em cerca de 98% dos doentes com sintomas neurológicos deve chamar a atenção e elevar a suspeita. Independentemente de quais os sinais e sintomas iniciais, na ausência de tratamento, a acumulação progressiva de cobre levará inevitavelmente à afetação de outros órgãos e ao desenvolvimento de manifestações mais complexas.

PD 41

UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL!

Maria Eduarda Costa¹; Wilsa Monteiro Cardoso²; Ana Luísa Martins¹

¹USF São Domingos; ²USF Vale do Sorraia

Enquadramento: Discussão de um caso clínico de carcinoma seroso de alto grau residual limitado ao ovário direito.

As neoplasias epiteliais malignas são a principal causa de morte por cancro do ovário (90%). O tipo histológico mais frequente é o carcinoma seroso de alto grau. O rastreio é importante para mulheres portadoras de mutações, para as quais o risco de cancro é elevado.

Mulher, 59 anos com antecedentes familiares em primeiro grau de neoplasia do colon, pulmão, ovários e linfoma. Recorreu ao médico de família em julho 2019 por desconforto pélvico desde maio, que à observação detetou edema dos membros inferiores sendo mais evidente ao nível da coxa esquerda. Perante o exame foi orientada para o serviço de Urgênciado hospital de referência tendo-se excluído trombose venosa periférica (TVP) após avaliação analítica e imagiológica e proposto estudo em internamento, o qual recusou. Retornou ao médico assistente que referenciou para medicina interna (MI) e iniciou marcha dia-

gnóstica com TAC, ecografia ginecológica que evidenciou fibromioma subseroso, com ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios e ecografia das partes moles que confirmou edema e correlacionou o resultado com TVP já excluído. A utente foi encaminhada com a hipótese de edema por compressão pélvica por útero miomatoso, que foi refutada após reavaliação. A MI referenciou-a para Oncologia e Ginecologia oncológica. Após observação realização de estudo complementar foi levantada a hipótese de carcinoma de alto grau de provável origem ginecológica com metastização ganglionar supra e infradiaphragmática. Os resultados foram corroborados por biópsia cervical esquerda com relato de metástase ganglionar de carcinoma alto grau, por ecografia ginecológica e por ressonância magnética pélvica em março 2020, que revelou no anexo direito massa complexa, heterogénea, quística, e no esquerdo uma estrutura quística complexa, com nível líquido; sugestiva de cistadenocarcinoma. A utente foi proposta para 6 ciclos de Quimioterapia neoadjuvante (carboplatina, paclitaxel) com reavaliação para possível cirurgia de citorredução. A doente completou os 6 ciclos com boa resposta imagiológica e analítica. Em agosto 2020 foi submetida a histerectomia, anexotomia bilateral + omentectomia, biópsia das goteiras parieto-cólicas, peritoneu vesical e fundo saco de douglas, lavado peritoneal, sem intercorrências. A histologia identificou carcinoma seroso alto grau residual do ovário direito com estadiamento T1a; IA. A resposta à quimioterapia foi quase completa. A salientar que a TC de reavaliação revelou redução da massa quística pélvica e do anexo esquerdo, sem adenomegalias. A utente manteve vigilância hospitalar.

Com este caso pretende-se alertar para a neoplasia do ovário, um tumor difícil de diagnosticar em estadio inicial, com que o médico de família se pode deparar na sua prática clínica. Equacionar esta hipótese é funda-

mental para se conseguir um diagnóstico o mais precocemente possível. A deteção em estadios iniciais é um desafio, visto não existir um método de rastreio eficaz. A resposta à quimioterapia foi um fator prognóstico relevante, permitindo cirurgia de citorredução primária. O tumor residual é dos fatores mais importantes na sobrevivência. Considerando a mortalidade elevada, o diagnóstico precoce permite aumentar a qualidade de vida e os anos de sobrevivência sem doença.

PD 42

MOLA HIDATIFORME: RELATO DE CASO

Mariana Filipa Neves¹; Davide Manuel Reis²; Ana Rita Rodrigues²; Maria Leonor Bilreiro²; Margarida Martins²; Olga Silva²

¹USF Baesuris – Altura; ²USF Descobrimentos - Lagos

Introdução: A doença trofoblástica gestacional compreende um conjunto de patologias que têm a sua génese numa proliferação trofoblástica anormal da placenta, tendo não só potencial de invasão local a nível do útero como também pode desenvolver metástases. Do ponto de vista histológico, podemos distinguir entre mola hidatiforme (completa ou incompleta) e neoplasia trofoblástica gestacional (mola invasiva, coriocarcinoma, entre outros). Mais de 80% dos casos correspondem à mola hidatiforme, sendo que a completa ocorre aquando da fertilização de um ovulo vazio por dois espermatozoides e na incompleta ou parcial é concomitante ao desenvolvimento de um embrião. O potencial de malignidade é maior na mola total. Embora a suspeita clínica e os exames complementares de diagnóstico sejam fundamentais, o diagnóstico definitivo da mola é histológico.

Os fatores de risco mais associados à patologia molar caracterizam-se pela idade materna avançada (superior a 40 anos) e uma gestação molar previa. A mudança de parceiro não esta associada a um aumento de risco.

Descrição de caso: Mulher de 24 anos, com

metrorragia e dor abdominal. Sem antecedentes pessoais, cirúrgicos e ginecológicos de relevância. G1P0. Sem hábitos tóxicos. É avaliada na urgência e faz análises que destacam beta-HCG superior à esperada pela idade gestacional estimada. A ecografia transvaginal revela imagem intrauterina de *snowstorm*, compatível com a hipótese diagnóstica de mola hidatiforme, sem evidencia de embrião concomitante.

É realizada curetagem uterina e a utente regressa passadas 48 horas para avaliar evolução e repetir análises. Por manter valores de beta-HCG elevados, repete-se o procedimento cirúrgico, com melhoria clínica e analítica. É orientada para a consulta externa, para monitorização analítica e controlo ecográfico conforme o protocolo em vigor.

Conclusão: O seguimento da utente do sexo feminino, quer durante a fase pré-concepcional quer durante a gravidez é de grande importância para um diagnóstico precoce ou suspeita da doença trofoblástica, permitindo a sua correta referência hospitalar e tratamento o antes possível.

Deste modo, é de salientar a relevância dos cuidados de saúde primários no seguimento da mulher em idade fértil através da consulta de planeamento familiar, principalmente nos casos em que existam fatores de risco para a doença trofoblástica. No caso da utente que esteja a tentar engravidar e na gravidez precoce, as queixas de metrorragias do primeiro trimestre, volume uterino superior à idade gestacional, dor abdominal e pélvica, preeclampsia precoce, hipertireoidismo e hipérimesegrida deve fazer o profissional de medicina geral e familiar suspeitar da hipótese diagnóstica referida e fazer a devida referência da utente.

PD 43

AFINAL ERA BEHÇET

Susana Martins¹; Andreia Pereira²; Elizabeth Silva¹

¹USF Penela; ²USF Serra da Lousã

Introdução: Doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistémica de etiologia desconhecida com heterogeneidade de manifestações clínicas e evolução clínica. Doença crónica que surge principalmente em adultos jovens, entre os 20 e os 40 anos, mas pode surgir em outras idades, inclusive na infância. A distribuição geográfica da DB coincide com a histórica "rota da seda", observada principalmente em países do Extremo Oriente, Médio Oriente e bacia do Mediterrâneo.

Manifestações mais comuns são úlceras orais dolorosas e recidivantes semelhantes à estomatite aftosa que na maioria dos pacientes são as primeiras manifestações. Podem ocorrer úlceras genitais, envolvimento ocular, articular, cutâneo, neurológico, vascular ou gastrointestinal. Esses envoltimentos podem se apresentar isoladamente ou coexistir no mesmo paciente. O diagnóstico é clínico, utilizando os critérios internacionais. Teste de Patérgia positivo em alguns doentes.

Discussão do caso: Homem caucasiano 33 anos, licenciado, casado, classe média da escala Graffar, fase 3 do ciclo Duvall, Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Antecedentes médicos: estomatite aftosa recorrente, língua geográfica, eczema atópico e miopia. Antecedentes cirúrgicos: Correção de fimose e hérnia inguinal bilateral. Apresenta desde a infância lesões aftosas orais recorrentes com duração de 6 a 8 semanas. Associa a alimentos mais ácidos e frutos secos. Refere episódios de lesões penianas com dimensões e características semelhante às lesões orais, a última há cerca de 16 anos. Nega artralgias, fotossensibilidade, lesões cutâneas, xerostomia e xeroftalmia. Nega alterações oculares. Cólica abdominal ocasional. Sem outras quei-

xas gastrointestinais. Sem queixas urinárias. Sem alergias conhecidas. Sem antecedentes familiares relevantes. Ao exame objetivo – Lesões aftosas – duas – uma na mucosa jugal do lábio superior e outra no lábio inferior. Pedido controlo analítico – sem alterações. Referenciado para Consulta de Medicina Interna. Pedido novo controlo analítico (hemograma, VS, PCR, função renal, ionograma, provas de função hepática, urina II, ANA, ANCA) sem alterações. IgG gliadina positivo. Pedido estudo digestivo que não revelou alterações. Realizado Teste de Patergia com 3 punções no antebraço – positivo. Iniciada coluicina 1 mg id. Solicitada avaliação por Oftalmologia.

Conclusão: O diagnóstico de DB exige um alto grau de suspeição, principalmente nos estádios iniciais da doença. De reconhecimento difícil pela apresentação variada, insidiosa e inespecífica, o atraso no diagnóstico pode ser considerável. A DB não tem um único achado patognomônico, mas pode ser distinguida por suas combinações de sintomas recorrentes com remissões espontâneas e envolvimento de múltiplos órgãos, particularmente em pacientes com úlceras orais profundas e recidivantes. Deve-se suspeitar de doença de Behçet em adultos jovens com úlceras orais aftosas recidivantes, achados oculares inexplicáveis ou úlceras genitais. O diagnóstico da doença de Behçet é clínico. Os critérios internacionais para o diagnóstico incluem úlceras orais recidivantes (3 vezes em 1 ano) e 2 dos seguintes sinais: Úlceras genitais recidivantes; Lesões oculares; Lesões cutâneas; Teste de patergia positivo na ausência de qualquer outra explicação clínica.

Os principais objetivos dos tratamentos da DB são suprimir rapidamente as exacerbações inflamatórias e prevenir recaídas, a fim de proteger as funções dos órgãos e proporcionar boa qualidade de vida.

PD 44

QUANDO O OLHAR SE CRUZA – PARALISIA DO NERVO ABDUCENTE

Teresa Pipa; Carla Moreira
USF Lusitana, ACeS Dão Lafões

Introdução: A paralisia do VI par craniano afeta o músculo reto lateral ipsilateral, prejudicando a abdução do olho. A lista de possíveis etiologias é extensa sendo a sua determinação e opções terapêuticas desafiadoras e até mesmo controversas. A paralisia tem como etiologia mais frequente a neoplásica, traumática e microvascular. Surpreendentemente na era da neuroimagem os diagnósticos sem causa conhecida são muito elevados. Outras causas menos frequentes são: encefalopatia de Wernicke, meningite, hipertensão intracraniana, hemorragia intracraniana ou subaracnóide e arterite de células gigantes.

Descrição: Mulher de 51 anos, assistente operacional do bloco operatório que tem antecedentes de síndrome depressivo medicada cronicamente com escitalopram 10 mg id e clozaprepto dipotássico 5 mg 2 id. Família da classe média alta segundo a escala de Graffar adaptada e família nuclear na fase VI do ciclo de vida de Duvall. História de ida ao Serviço de Urgência em outubro de 2020 por alteração do estado de consciência com síncope com recuperação espontânea em segundos, à qual se seguiu episódio de tremores generalizados, lipotímia com sensação de parestesias generalizadas, mas mais focalizadas no hemicorpo direito, tendo sido triada para Via Verde do AVC. Fez TAC Crânio – sem alterações relevantes e ficou internada na unidade de AVC com diagnóstico de oftalmoparesia do VI nervo craniano direito. No internamento realizou angio TC e RMN crânio e órbitas; todos os exames sem alterações significativas. O exame neurológico inicial mostrou paresia incompleta e intermitente do VI nervo craniano direito com diplopia binocular desen-

cadeada na dextroversão e na convergência e alteração nos movimentos de lateralidade horizontal para a direita de etiologia supranuclear. No internamento, houve melhoria da oftalmoparesia com oclusão monocular alternada. Teve alta medicada com ácido acetilsalicílico 100 mg e com consulta de seguimento de AVC e Oftalmologia. Na consulta de dezembro de 2020 de Oftalmologia considerou-se como etiologias possíveis a isquémica ou a desmielinizante sendo esta última pouco provável pela idade. Ao exame objetivo, a utente apresentava alteração na dextroversão com uma limitação da abdução do olho direito seguida de espasmo em convergência. A utente referiu diplopia binocular ao perder a ortotropia. Fez toxina botulínica no olho direito. Na avaliação de abril de 2021 verificou-se melhoria na frequência dos espasmos associada à toxina botulínica tendo a utente mantido a queixa de diplopia binocular ao perder a ortotropia. No entanto, nessa avaliação, por vezes, também apresentava bloqueio na levoversão (descompensa olho esquerdo). Atualmente encontra-se a fazer terapêutica com cloridrato de ciclopentolato referindo melhoria do quadro. Dado o quadro clínico e a profissão da utente a mesma encontra-se com incapacidade para o trabalho desde o início do quadro. **Conclusão:** A paralisia do nervo abducente teve um grande impacto biopsicossocial pois para além da recuperação apenas parcial, teve consequências tanto a nível da autoestima da utente, da qualidade de vida e a nível profissional. O facto de ter diplopia quando perde a ortotropia fez com que esteja impedida de conduzir. A nível profissional, como auxiliar do bloco operatório, também se questiona acerca da sua capacidade para o exercício da profissão. Os danos desta patologia são incertos e cabe ao médico de família, motivar, esclarecer e acompanhar a utente na sua recuperação.

PD 45

ANEMIA MEGALOBLÁSTICA – UM CASO TÍPICO

Carolina Salteiro; Carina Pereira; Cristina Lopes; Fátima Menezes; Carlos Flores

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: As anemias são um achado hematológico relativamente comum, não devendo ser desvalorizada a sua correcta avaliação, na qual o patologista clínico tem um papel importante e activo.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 30 anos de idade, com antecedentes pessoais de oligofrenia, epilepsia e exérese de cavernoma (2015), sem adesão terapêutica e em contexto social instável, foi internado compulsivamente por recusa de tratamento e falta de higiene, com suspeita de patologia hematológica ou gastroenterológica.

O doente referia cansaço de agravamento progressivo e ao exame objectivo apresentava mucosas descoradas, hidratadas, subictéricas e acianóticas, com emagrecimento marcado, sem défices neurológicos ou outras alterações, e sem perdas hemáticas visíveis.

Analicamente, apresentava-se com hemoglobina $2,6 \times 10 \text{ g/L}$, VGM $129,5 \text{ fL}$, leucócitos $7,11 \times 10^9/\text{L}$, plaquetas $60 \times 10^9/\text{L}$, com APTT $16,6\text{s}$, sem alterações dos parâmetros da glicémia, da função renal ou da função hepática, com bilirrubina total $4,69 \text{ mg/dL}$, bilirrubina directa $0,68 \text{ mg/dL}$ e LDH 2144 U/L . O teste RT-PCR Sars-Cov-2 foi negativo.

Perante uma anemia macrocítica acentuada, observou-se o esfregaço de sangue periférico (ESP), verificando-se eritrócitos com anisocitose acentuada, poiquilocitose moderada, anisocromia ligeira, muitos macrócitos e macroovalócitos, algumas células em gota, raros eritrócitos irregularmente contraídos, sem presença de esquizócitos e com $1,4\%$ de eritroblastos. Os neutrófilos apresentavam-se com núcleo hipersegmentado, sem outras altera-

ções morfológicas leucocitárias relevantes.

Continuou-se a investigação analítica com reticulocitose relativa (6,53 %) mas valor absoluto dentro da normalidade, vitamina B12 <125 pg/mL, ácido fólico sérico 2,3 ng/mL, haptoglobina <0,08 g/L, anticorpo anti-células parietais (APCA) negativo e anticorpo anti-factor intrínseco positivo. As serologias HIV, hepatite B e hepatite C foram negativas.

Apesar de LDH aumentada, bilirrubina total aumentada à custa da bilirrubina indirecta, e haptoglobina diminuída, excluiu-se anemia hemolítica por teste de Coombs negativo, ausência de esquizócitos no ESP e ausência de reticulocitose absoluta. O estudo autoimune demonstrou anticorpo anti-CP negativo, hipogamaglobulinemia com C3 ligeiramente diminuído, C4 normal e actividade do ADAMTS 13 ligeiramente diminuída, excluindo-se a hipótese diagnóstica de púrpura trombocitopénica trombótica.

Perante anemia megaloblástica arregenerativa, por défice grave de vitamina B12 e ácido fólico, doente foi transfundido com concentrado eritrocitário, inicialmente sem rendimento, e iniciou terapêutica com dexametasona, cianocobalamina e ácido fólico. Ao longo do internamento o doente teve dois picos febris, sem outras intercorrências.

Durante 13 dias de internamento, houve uma melhoria do estado geral do doente, com progressiva normalização dos valores analíticos, tendo à data da alta hemoglobina 9,4 x 10 g/L, plaquetas 450 x 10⁹/L, bilirrubina total 1,28 mg/dL e LDH 620 U/L.

Conclusão: A vitamina B12 e o ácido fólico são essenciais para a eritropoiese eficaz e é sabido que as anemias crónicas podem evoluir para situações críticas. Este caso de uma anemia megaloblástica, de instalação crónica por défice de vitamina B12 e ácido fólico com etiologia mista (carência nutricional e défice de factor intrínseco) remete-nos para a importância do contexto socioeconómico

e do apoio social na prevenção de carências nutricionais e para a valorização da atenta intervenção do patologista clínico na marcha diagnóstica.

PD 46

TUBERCULOSE INFANTIL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Laura Lapa; Diana Rodrigues; Sara Moniz;

Teresa Furriel Cruz

USF Nova Mateus, CDP Vila Real

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que permanece um grave problema de saúde pública e uma causa importante de mortalidade a nível mundial. Em Portugal verificou-se um decréscimo da notificação e incidência da doença nos últimos anos, no entanto no ano de 2017 foram notificados 32 casos de tuberculose no grupo etário com idade igual ou inferior a 5 anos, o que corresponde a 6,1 casos/100.000 crianças.

Descrição: Criança, 23 meses de idade, masculino. Família nuclear, ciclo de vida de Duvall - II, classificação social de Graffar - I. Observado no serviço de Urgência no dia 31/03/2021 por quadro de febre com 9 dias de evolução associado a tosse seca, vômitos esporádicos, diminuição do apetite, sudorese noturna e noção de perda ponderal. O pai tinha sido diagnosticado com TB pulmonar há 2 dias. Sem antecedentes pessoais patológicos relevantes. PNV atualizado, sem BCG. Ao exame objetivo, de destacar, gânglios cervicais anteriores, milimétricos, móveis e indolores, sem outras alterações, nomeadamente auscultatórias. O estudo laboratorial revelou leucocitose e valores elevados de velocidade de sedimentação. Pesquisa de SARS-CoV-2, influenza e VSR negativa.

A radiografia torácica evidenciou “hipotransparência à direita, aparentes gânglios a nível do mediastino e micronódulos no lobo médio junto da árvore brônquica direita”.

Dada a suspeita de TB, optou-se por interna-

mento no serviço de Pediatria. Realizou TC torácica no dia 01/04/2021 com “Adenopatias hilares e peri-hilares inferiores direitas, a maior com 14 x 14 mm. Pequenos infiltrados no lobo inferior direito”. Colheita de suco gástrico com pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis complex* por PCR positiva. Exame direto negativo. Teste de sensibilidade aos antibióticos apenas resistente à estreptomicina. Iniciou tratamento com tuberculostáticos no dia 02/04/2021, com isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) e etambutol (E), com boa adesão terapêutica.

Teve alta no dia 07/04/2021, atualmente mantém seguimento no médico de família (MF) e no centro de diagnóstico pneumológico. No dia 30/06/2021 iniciou tratamento de manutenção com HR que irá cumprir durante 4 meses.

Conclusão: Este relato de caso pretende alertar para o facto da TB em idade pediátrica continuar a ser uma realidade, embora menos frequente, sendo fundamental um elevado nível de suspeição clínica para se realizar um diagnóstico precoce, o que pode tornar-se um desafio, uma vez que as manifestações clínicas são frequentemente sistémicas e inespecíficas. A TB é uma doença curável, sendo imprescindível o cumprimento rigoroso do plano terapêutico, o que se pode tornar uma barreira nesta faixa etária. O MF tem um papel primordial na identificação das crianças que cumprem os critérios de elegibilidade para a vacinação com a BCG, na otimização do rastreio de TB e na correta identificação de crianças expostas a doentes com TB.

PD 47

MASTOCITOSE SISTÉMICA

Carina Pereira; Carolina Salteiro; Vitória Cabral; Isaura Rodrigues; Carlos Flores
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: A mastocitose é uma doença com proliferação neoplásica de mastócitos que se acumulam em um ou mais sistemas orgânicos. É uma doença heterogênea com diferentes apresentações clínicas possíveis e evolução variável, desde situações de curso indolente com elevada sobrevida, até quadros mais agressivos associados a falência multiorgânica com baixa sobrevida. A mastocitose sistémica é caracterizada pela infiltração de um ou mais órgãos extracutâneos podendo ter acometimento da pele ou não.

Caso clínico: Doente de 69 anos, sexo masculino, seguido na consulta de hematologia por mieloma múltiplo IgA kappa indolente com trombocitopenia grave de novo ($8 \times 10^9/L$). Sem anemia (Hb 13,6 g/L) e com ligeira leucopénia ($3,91 \times 10^9/L$). Sem discrasia hemorrágica, adenopatias ou organomegalias. No mielograma, apresentava hiperplasia, com mastócitos frequentes, alguns hipogranulados e alguns em cluster. Apresentava cerca de 5% de blastos e com sinais de displasia granulopoiese evidente (sobretudo hipogranulação).

Na imunofenotipagem, foi detetada uma população de mastócitos anómalos, constituindo cerca de 0,36% da celularidade total da amostra com o seguinte imunofenotipo: CD45+, CD123 heterogêneo, CD117+ forte, CD34-, CD14-, CD15-, CD33+forte, HLADR+, CD25+, CD2+, CD4-, CD203c+, portanto, sugestivo de mastocitose sistémica.

Desenvolveu, posteriormente, rash maculopapular pruriginoso e sintomas constitucionais.

Foi diagnosticada mastocitose sistémica primária agressiva, tendo sido excluída masto-

citose associada a neoplasia hematológica pois, após terapêutica para o mieloma múltiplo indolente, o quadro de erupção cutânea, trombocitopenia e sintomas constitucionais persistiram. Tinha como critério maior a presença de clusters de mastócitos na biópsia óssea e como critérios minor mutação c-KIT e triptase sérica elevada.

Após instituição terapêutica de midostaurina 50 mg 2 x dia, o doente apresentou melhora do prurido generalizado e não apresentou outras queixas, mantendo atualmente o tratamento e seguimento na consulta de hematologia.

Conclusão: Apesar de a mastocitose sistêmica ser uma condição rara, deve ser uma hipótese equacionada conforme a situação clínica e achados laboratoriais e salienta-se a importância da investigação atempada de alterações do hemograma, principalmente em doentes com antecedentes neoplásicos.

PD 48

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A CADA CONSULTA

Catarina Sofia Arrulo Perna; Francisca Figueiredo
Lopes Gomes de Melo
USF Rainha D. Leonor

Introdução: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST's) são tumores raros (<1% dos tumores gastrointestinais), com uma incidência estimada de 1.5/100 000 por ano. Desenvolvem-se a partir das células intersticiais de Cajal, localizadas em qualquer parte do trato gastrointestinal, sendo mais comum no estômago, seguido do intestino delgado. A maioria destes tumores é causada por uma mutação no gene KIT ou no gene PDGFRA.

A idade média de diagnóstico é entre os 50 e 65 anos, tendo uma distribuição igual entre homens e mulheres. A clínica varia de acordo com a localização, tamanho e agressividade do tumor. O diagnóstico do GIST é confirmado através da imunohistoquímica, pelos marcadores KIT (CD117) e DOG-1.

O tratamento de primeira linha do GIST localizado é cirúrgico, enquanto no GIST metastizado é feita uma terapêutica dirigida com inibidores da tirosina quinase (Imatinib).

Descrição: Homem de 43 anos de idade, casado e com uma filha, ciclo familiar de Duvall V, motorista de autocarros, com hábitos tabágicos de 5 UMA e antecedentes pessoais de transtorno de ansiedade generalizado, hipertensão arterial e dislipidemia. Medicação habitual: Telmisartan 40 mg, atorvastatina 10 mg.

Recorreu à consulta aberta da USF, no dia 03/02/2021, por dor na região inguinal direita com duas semanas de evolução. A dor surgia apenas com esforço físico e quando fazia manobra de Valsalva. Negava traumatismo ou esforço exagerado. Ao exame objetivo, apresentava abdômen mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem defesa. Não se palpavam massas ou organomegalias nem qualquer ponto herniário, inclusivamente com a manobra de Valsalva. Foi pedida ecografia à região inguinal direita, não tendo apresentado qualquer alteração, excluindo assim hérnia inguinal. Todavia, o utente recorreu novamente à consulta aberta com as mesmas queixas, apresentando anedonia e clinofilia que atribuía à dor. Protelou-se colonoscopia, tendo-se admitido a possibilidade dos sintomas do doente estarem relacionados com as crises de ansiedade que tinha recorrentemente.

Recorre pela terceira vez à consulta aberta, a 06/04/2021, por noção de cansaço fácil e dor abdominal, desta vez constante e generalizada. À observação: abdômen mole e depressível, doloroso à palpação profunda difusamente. É então pedida ecografia abdominal e renal e prescrito ansiolítico.

No dia 19/04/2021, traz resultado de ecografia: "Lesão hepática focal (depósito secundário?) e múltiplas intra-abdominais de natureza neoformativa, a enquadrar no contexto clínico

co/laboratorial e a esclarecer por TC. Estudo renal sem alterações relevantes”. Foi pedida colonoscopia e TC toraco-abdomino-pélvica. Na TC foram encontradas alterações compatíveis com carcinomatose peritoneal, tendo sido posteriormente diagnosticado GIST.

O doente iniciou Imatinib, porém, em junho de 2021, foi levado ao SU por confusão e discurso incoerente, tendo vindo a falecer com paragem cardiorrespiratória por Encefalite.

Conclusão: Este caso vem lembrar a necessidade de se realizar sistematicamente, na consulta, uma revisão dos dados disponíveis, mesmo quando o diagnóstico atribuído anteriormente parece justificar os sintomas do doente. A frequência de consultas deste doente proporcionou oportunidades que poderiam ter aumentado o nosso nível de suspeita e ter posto em exercício o diagnóstico diferencial. A atribuição dos sintomas do doente ao transcurso de ansiedade generalizada poderá ter trazido uma dificuldade acrescida em discernir a causa do mesmo. Assim, a sobreposição temporal das patologias e o facto de terem sintomas em comum apresentou um desafio à gestão e tomada de decisão clínica.

PD 49

ESCLEROSE MÚLTIPLA PRIMÁRIA PROGRESSIVA – MAIS DE UMA DÉCADA PARA UM DIAGNÓSTICO ESCONDIDO PELA DEPRESSÃO MAJOR

Lima, Antónia Palhares; Lampreia, Maria Ana; Oliveira, Andreia; Mira, Ângela;
USF Alfa Beja UCSP Beja

Enquadramento: A esclerose múltipla é uma doença inflamatória crónica do sistema nervoso central. Admite-se que seja uma doença imunomediada com disseminação de lesões na substância branca condicionando uma grande variabilidade de sintomas, desde parestesias, descoordenação, desequilíbrio, disfunção de esfíncteres, disfunção sexual ou outros.

Apenas 15 % dos doentes têm um curso pro-

gressivo desde o início – esclerose múltipla primária progressiva (EMPP).

Descrição do caso: Utente, sexo masculino 37 anos, antecedentes de perturbação depressiva (PD);

Aos 27 anos por queixas arrastadas de humor deprimido, ansiedade, crises de pânico, anedonia, fadiga e fraqueza generalizada, foi diagnosticado com PD, medicado com paroxetina e iniciou seguimento em psiquiatria. O quadro evoluiu com aparecimento de queixas inespecíficas gastrointestinais e episódios de disfunção sexual que atribuía à terapêutica antidepressiva. As queixas arrastaram-se ao longo de 10 anos e foram associadas a PD. Mais tarde surgem episódios esporádicos de incontinência de esfíncteres- urinário e anal com grande impacto psicológico condicionando agravamento das crises de pânico, isolamento social e sedentarismo. Aquando início de emprego de jardinagem, os colegas notam descoordenação motora, desequilíbrio da marcha e dificuldade em pegar objetos. Recorre ao médico de família que nota marcha atáxica e força globalmente diminuída e inicia marcha diagnóstica. Aos 35 anos após realização de RMN e internamento no serviço de Neurologia foi diagnosticado com EMPP. Um ano depois iniciou tratamento com ocrelizumab, fisioterapia e reabilitação.

Comentário: O caso clínico traz à reflexão a importância da interligação entre especialidades e a visão privilegiada do MF na integração de informação. O papel do médico é, por vezes, dificultado quando sintomatologia ou descompensação de patologia preexistente, mascara o diagnóstico de outra.

Traz para a discussão a EMPP, o carácter insidioso das queixas e o difícil diagnóstico atempado; E a importância da identificação e valorização precoce dos sintomas e do conhecimento longitudinal da história biopsicossocial do indivíduo.

PD 50

MELANOMA, TODOS OS SINAIS CONTAM” – A PROPÓSITO DE UM CASO-CLÍNICO

Maria de Sousa Miranda; Flávia Gomes Ferreira
USF Ponte - ACeS Alto Ave

Introdução: O melanoma é um tipo de cancro de pele derivado da transformação maligna dos melanócitos, mas que pode acometer outros locais do corpo, como mucosas ou vísceras. Tem uma incidência estimada de 4-8% ao ano, mas é responsável pela grande maioria das mortes relacionadas com o cancro cutâneo. Cerca de 30% dos melanomas surgem de lesões melanocíticas pré-existentes, 70% surgem de pele normal.

Descrição: Apresenta-se um caso de uma mulher de 44 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorre à consulta de planeamento familiar para realização do rastreio do cancro do cólo do útero. Aquando da realização do exame ginecológico observa-se uma mácula com cor heterogénea e de bordos irregulares, com cerca de 11 x 6 milímetros, localizada no terço médio antero-interno do membro inferior esquerdo, sem adenopatias inguinais palpáveis. Quando questionada, a doente refere lesão com vários anos de evolução, mas com perceção de aumento de tamanho no último ano. Acrescenta ainda antecedente familiar materno de melanoma ocular. Por suspeita de lesão cutânea maligna, a utente foi referenciada de imediato a consulta de tele dermatologia urgente no hospital da área de referência. Em cerca de um mês, foi avaliada em consulta hospitalar e realizada exérese completa da lesão, que identificou um melanoma maligno. Foi de imediato referenciada para consulta de grupo de pele no Instituto Português de Oncologia (IPO) para estadiamento, onde atualmente mantém seguimento.

Conclusão: De todos os tumores malignos, o melanoma da pele representa o maior de-

safio na deteção precoce, dado que o seu prognóstico está diretamente relacionado com o tamanho e a profundidade da invasão tumoral. A sua excisão numa fase inicial é preponderante para prevenir a metastização secundária e diminuir a mortalidade. A especialidade de medicina geral familiar ao ter um papel generalista, ou seja, em cada contacto médico ver sempre o utente como um todo, assume um papel preponderante no diagnóstico de doenças em estádios precoces e na promoção de saúde. Neste caso em particular, realça-se a importância de em cada contacto médico estar atento a todos os sinais da pele, assim como promover o autoexame de pele e a proteção solar.

PD 51

O PAPEL DO MGF NA IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE ALERTA PRECOCAMENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Flávia Gomes Ferreira; Maria de Sousa Miranda
USF Ponte - ACeS Alto Ave

Introdução: A doença de Parkinson é a segunda doença neurodegenerativa mais frequente, com um pico de incidência entre os 60-65 anos. É caracterizada por 4 sintomas motores cardinais, nomeadamente bradicinesia, tremor em repouso, rigidez e alterações posturais. Além disso, os sintomas não motores são igualmente frequentes, destacando-se a obstipação, a hiposmia, a depressão e a perturbação do sono.

Descrição: Apresenta-se um caso de uma idosa octogenária, sempre muito bem disposta e divertida em contexto de consulta, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e patologia osteoarticular degenerativa. No decorrer de uma consulta aberta identifica-se um ligeiro tremor em repouso no membro inferior direito associado a bradicinesia, que a utente referiu ter cerca de um mês de evolução. Dada a sintomatologia descrita, foi agendada consulta de vigilância para despi- te de uma possível doença de Parkinson e

pedido o protocolo para estudo de demências. No intervalo de 2 meses que decorreu entre a primeira avaliação do tremor e a consulta de vigilância, a utente recorreu várias vezes a consulta aberta por patologia aguda, tendo-se observado um humor progressivamente mais deprimido.

Na consulta de vigilância, destaca-se um agravamento da sintomatologia descrita e uma grande labilidade emocional, relacionada sobretudo com a afeção do tremor nas atividades de vida diária. Face às queixas referidas e aos resultados dos meios complementares de diagnóstico pedidos, a utente é enviada a consulta de Neurologia no hospital da área de referência.

Por iniciativa própria, dada a rápida evolução da sintomatologia e o grande impacto seu bem-estar, a utente recorre a neurologista privado, tendo-se confirmado o diagnóstico de doença de Parkinson e introduzida medicação antiparkinsoniana.

Um mês mais tarde, em nova consulta de vigilância, a utente refere uma grande melhoria das queixas relacionadas com a doença de Parkinson, assim como observa-se uma grande melhoria do humor, com restabelecimento da boa disposição que tão bem a caracterizam.

Conclusão: No indivíduo idoso, é importante estar atento a patologias que são mais prevalentes nesta faixa etária e que podem passar despercebidas durante muito tempo. A medicina geral e familiar ao assegurar a continuidade de cuidados desde o nascimento até à morte, bem como ao focar-se no indivíduo como um todo, no seu contexto familiar e social, possibilita um maior conhecimento do utente, bem como uma identificação precoce de sinais de alerta que podem estar a afetar o seu bem-estar físico e psíquico. Um diagnóstico precoce e atempado, oferece melhores hipóteses de tratamento e cura, assim como permite que o utente possa viver na plenitude das suas faculdades por mais tempo.

PD 52

DOENÇA DE FORESTIER, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Raquel M. Lopes; Rita Crisóstomo
UCSP S. Miguel

Introdução: A doença de Forestier (DF) ou hiperostose esquelética idiopática difusa é uma doença sistémica de etiologia desconhecida. É caracterizada pela calcificação e ossificação dos ligamentos espinais e das enteses, formando pontes ósseas entre os corpos vertebrais. Os doentes podem apresentar queixas álgicas cervicais, dorsais e lombares, mas as alterações radiológicas podem estar presentes em doentes assintomáticos. Os sintomas extra-axiais são menos frequentes.

Descrição: Homem, 68 anos de idade, reformado (ex-carpinteiro), casado, na fase VIII do ciclo de vida de Duvall. Como antecedentes patológicos, destacam-se diabetes Mellitus tipo 2 insulínica desde há 34 anos, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Recorreu ao seu médico de família em Julho de 2019 por cervicalgias e lombalgias com meses de evolução, de carácter mecânico, intensidade moderada, sem irradiação, com limitação funcional nas atividades de vida diária. Realizou radiografias da coluna cervical e lombar que mostraram exuberantes hiperostoses compatíveis com a doença de Forestier. Posteriormente, foi pedida tomografia axial computadorizada da coluna cervical para exclusão de compressão medular que corroborou as alterações radiológicas previamente descritas. Dadas as queixas musculoesqueléticas, o doente iniciou medicação analgésica com melhoria dos sintomas e foi referenciado para a especialidade de Ortopedia para avaliação e ponderação de eventual intervenção cirúrgica.

Conclusão: Os autores apresentam este caso clínico para mostrar a importância do diagnóstico da doença de Forestier, concreta-

mente para o médico de família. Na verdade, esta entidade está associada a alterações metabólicas frequentes na consulta preventiva de Medicina Geral e Familiar. Neste caso, o doente apresentava diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, doenças prevalentes nos doentes com DF sem que ainda se tenha esclarecida qual a relação. Desta forma, os doentes estão mais suscetíveis a eventos cardiovasculares como doença coronária e aórtica.

No caso clínico apresentado, o doente não apresentava outra sintomatologia como disfagia, rouquidão e dispneia. De facto, o aparecimento das hiperostoses na face anterior dos corpos vertebrais da coluna cervical pode provocar compressão do esófago e da traqueia, pelo que estes sintomas são sinais de alarme. Da mesma forma, o atingimento da coluna dorsal pode levar ao desenvolvimento de patologia respiratória restritiva com diminuição dos volumes pulmonares.

O diagnóstico diferencial é essencial e para isso são muito úteis os critérios de diagnóstico. No entanto, não existe consenso quanto a estes critérios para a DF. Os mais frequentemente usados são os de Resnick and Niwayama. Contudo, apresentam algumas limitações uma vez que implicam a presença de pontes ósseas em pelo menos quatro corpos vertebrais consecutivos e apenas têm em conta as alterações do esqueleto axial.

É necessária mais investigação para poder estabelecer critérios de diagnóstico mais precisos para poder identificar esta patologia mais frequente e mais precocemente.

PD 53

ACOMPANHAMENTO DO UTENTE PELO MÉDICO DE FAMÍLIA – UM CASO DE CANCRO DA MAMA

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

O cancro da mama é a neoplasia com maior incidência e a primeira causa de morte por cancro no sexo feminino. O médico de família contribui para o seu diagnóstico através do rastreio com mamografia dos 50-69 anos e da educação para a saúde, ensinando ao utente os sinais de alerta.

Sexo feminino, 92 anos, reformada, dependência moderada segundo escala de Barthel, vive com a irmã (esta e a vizinha são as suas cuidadoras). Antecedentes de hipoacusia e excisão de galactóforos em 2015. O primeiro contacto com a médico de família foi em outubro de 2020, numa consulta aberta, à qual recorreu porque palpou uma massa na mama esquerda. À observação apresentava tumefação dura com 5 cm de diâmetro. Pediu-se mamografia e ecografia mamária mas a utente não veio mostrar os resultados. Em maio de 2021, o médico de família entrou em contacto com a nora que informou que estes foram realizados e observados por um familiar médico e com receio de terapêuticas invasivas não contactou a médica de família. Foi agendada uma consulta para observação dos exames que revelaram “no quadrante infero-interno da mama esquerda identifica-se densificação do tecido mamário com algumas pequenas calcificações polimorfas traduzindo provável processo atípico condicionando espessamento e deformação do revestimento cutâneo e traduzindo provável processo oncológico, BI-RADS 4”. Explicou-se o resultado e referenciou-se a consulta de ginecologia, que foi realizada a 29/06. Nessa consulta objetivou-se massa nos quadrantes internos da

mama esquerda, com repuxamento cutâneo e do mamilo. Pediu-se nova ecografia que revelou “volumosa lesão expansiva, sólida, de contornos bosselados, heterogênea com algum componente líquido” e biópsia que demonstrou carcinoma invasivo mucinoso moderadamente diferenciado (G2), com receptores de estrogênio e progesterona positivos, Her2 negativo, Ki67 20%. Na ecografia axilar não se visualizaram gânglios suspeitos. A 20/07 os resultados foram explicados à família, bem como as opções terapêuticas e optou-se por iniciar hormonoterapia com tamoxifeno.

Com este caso clínico demonstra-se a importância do médico de família no seguimento do utente, principalmente quando há suspeita de patologia grave, como neoplasia. É necessário estar atento à realização dos exames solicitados para uma referência e diagnóstico atempados. É também importante explicar ao utente e à família que existem várias opções terapêuticas que são discutidas antes de se iniciar tratamento, e que nem todas são invasivas ou agressivas, havendo medidas que visam aumentar a qualidade de vida.

PD 54

DE QUE DEPENDE O SUCESSO DA CESSAÇÃO TABÁGICA?

Tânia Boto; Sofia Mendes; Fábio Nunes;
Maria José Almeida; Marília Lima; Rita Nêrcio;
Gonçalo Magalhães; Sílvia Gomes;
Diana Neves Correia
USF Infante D. Henrique

Introdução: Segundo o *Institute of Health Metrics and Evaluation*, em Portugal, em 2016, mais de 11800 mortes ocorreram por doenças provocadas pelo tabaco. Segundo dados de 2017, apresentados pela DGS no relatório “Portugal – Prevenção e controlo do tabagismo”, cerca de 1 pessoa morreu a cada 50 minutos em Portugal. De 2014 a 2019 o número de fumadores diminuiu de 20% para

17%. Apesar do consumo ter vindo a diminuir, muitas tentativas terminam frustradas, contribuindo para um elevado número de mortes evitáveis.

Descrição: Jovem de 25 anos, sexo masculino, caucasiano, solteiro, estudante universitário, seguido em consulta de adultos nos Cuidados de Saúde Primários para vigilância da função tiroideia, com antecedente pessoal de hipotireoidismo congénito, medicado com levotiroxina 0,20 mg. Nega hábitos alcoólicos, hábitos tabágicos 15 cigarros/dia (3 UMA), sedentário, IMC 31,4 kg/m². Antecedentes familiares: pai – hipertensão arterial grau I, hipercolesterolemia e obesidade grau I – e mãe fumadora. Numa das consultas refere ter tido recentemente consulta hospitalar de pneumologia – cessação tabágica, onde foi medicado com sistema transdérmico – Nicotina 21 mg/24 h, sem adesão terapêutica, por ser incómodo/inconveniente e continuar a ter desejo de fumar. Refere motivação para deixar de fumar, mas encontra-se numa fase de maior stress devido à faculdade, com várias deadlines e objetivos previstos. Ainda assim, o utente refere ter diminuído o número de cigarros/dia para 2-3, contudo mantém uma grande resistência e ansiedade relacionadas com a cessação tabágica. Entretanto teve nova consulta hospitalar, onde lhe foram prescritas pastilhas de nicotina, tratamento que não surtiu efeito. Em nova consulta na USF, o utente revela estar há 7 meses em abstinência tabágica (estadio de manutenção), pelo que foi questionado quanto às motivações para finalmente ter deixado de fumar: Compreensão das consequências e das razões para fumar; Assumir o tabaco como falso pressuposto de ser uma “bengala” social – cada vez pior visto na sociedade; Assumir o tabaco como um vício (ciclo de *feedback* positivo, em que o ato de fumar induz o aumento crescente de dose); Perda do medo de deixar de fumar; Compreensão da não existência de

benefícios no ato de fumar; Cessação tabágica não forçada mas, pelo contrário, natural e no tempo certo, após diminuição do stress/pressão no quotidiano e alta motivação para tal; Ocupação do tempo com atividades não stressantes; Compreensão de que a redução induz a síndrome de abstinência e que, após longos períodos sem fumar, um cigarro é visto como um prémio, ao contrário de algo a ser erradicado de vez; Compreensão de que deixar de fumar é um processo e, mesmo que existam tentativas fracassadas, deverão existir novas tentativas e formas de abordar o problema.

Conclusão: O médico de família tem um papel importante na deteção do abuso tabágico e no incentivo da cessação tabágica. Qualquer fumador tem vontade de deixar de fumar, no entanto, este tem receio por diversos motivos, os quais têm de ser desmistificados e esclarecidos. Por outro lado, os motivos do fumador para perpetuar o consumo têm de ser entendidos. Mas nunca é fácil parar o consumo e exige uma grande capacidade de superação do fumador, sem a qual não será possível atingir a meta da cessação.

PD 55

UM DIAGNÓSTICO INESPERADO DE DIABETES MELLITUS

Tânia Boto; Sofia Mendes; Fábio Nunes;
Maria José Almeida; Marília Lima; Rita Nêrcio;
Gonçalo Magalhães; Sílvia Gomes;
Diana Neves Correia
USF Infante D. Henrique

Introdução: Um dos desafios da diabetes Mellitus passa pelo diagnóstico precoce. As complicações relacionadas com esta patologia estão associadas ao tempo decorrido até ser diagnosticada, pelo que o sucesso do controlo metabólico e da prevenção de complicações dependem dos meios de diagnóstico à disposição. Atualmente, o rastreio é apenas feito pela glicemia em jejum e apresenta

falhas. A utilização da hemoglobina glicada (HbA1c) e prova de tolerância à glicose oral (PTGO) ainda se encontram a ser estudadas quanto ao seu custo-eficácia.

Descrição: Utente do sexo feminino, 59 anos, pouca frequentadora das USF. Classe socioeconómica média. Antecedentes pessoais de dislipidemia não medicada. Antecedentes familiares de carcinoma do cólon. Por contacto indireto pediu “estudo analítico geral”, sendo que o último foi realizado há 4 anos, com ligeiro aumento LDL = 120 mg/dL. Os resultados das novas análises mostram dislipidemia LDL 140 mg/dL e HbA1c 6,5% (glicemia 90 g/dL). Esta última análise terá sido pedida porque em 2013 teria HbA1c 5,8%, critério de pré-diabetes (valores $\geq 5,7\%$ e $<6,5\%$), ou seja, elevado risco de desenvolver Diabetes a curto prazo, apesar de ter glicemias em jejum sempre normais. A utente foi convocada para consulta presencial: assintomática e sem queixas de relevo. Ao exame objetivo apresenta Tensão arterial (TA) 125/70 mmHg, FC 75 bpm, pulso rítmico, ACP sem alterações, IMC 21,7 Kg/m². Risco prévio de desenvolver diabetes nos próximos 10 anos ligeiro (pontuação 10 FINDRISC), pelo que inicialmente não teria necessidade de estudo analítico adicional para além da glicemia em jejum. O diagnóstico de diabetes Mellitus foi confirmado (HbA1c: 6,6%), pelo que foi medicada com metformina 1000 mg ½ comprimido ao pequeno-almoço e ½ ao jantar e rosuvastatina 10 mg ao jantar, com reavaliação analítica dentro de 3 meses.

Conclusão: O desenvolvimento de formas de rastreio e diagnóstico precoce da diabetes é imprescindível. A HbA1c poderia ser considerada para tal, ao dar uma noção do controlo metabólico dos utentes nos 3 meses prévios. O custo-eficácia tem de ser ponderado, aliado aos fatores de risco cardiovasculares e risco de desenvolver diabetes, sabendo que nunca nenhum método de rastreio será perfeito,

mas contribuirá sempre para o bem do utente e consequentemente, dos sistemas de saúde.

PD 56

EVOLUÇÃO DE UMA ÚLCERA CRÓNICA

Mariana Santos Miranda; Joana Ribeiro da Costa;
Tatiana Bento; Raquel Landeiro
USF Vale do Sorraia

O carcinoma espinocelular (CEC) é uma neoplasia maligna da pele com potencial de invasão tecidular e metastização. Surge em qualquer parte do corpo, o diagnóstico é feito por biópsia da lesão e o tratamento consiste na excisão, quimioterapia e radioterapia. O prognóstico é mais favorável em lesões de pequenas dimensões, sem invasão perineural e se removido numa fase precoce.

Homem, 82 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo, epilepsia e hipertrofia benigna da próstata e polimedicado. A 13/02/2019 recorreu à consulta por lesão na face interna da perna direita, sem traumatismo. Objetivou-se lesão de 2 cm de diâmetro, bordos bem definidos e tecido de granulação central, ligeiramente exofítico. Pediu-se ecodoppler venoso dos membros inferiores (MIs), referenciou-se à dermatologia por suspeita de lesão neoplásica ulcerada e agendou-se reavaliação em 2 meses. A 16/04 na consulta de dermatologia no hospital de referência (HDR) assumiram úlcera e teve alta. A 24/05 é observado pelo médico de família (MF) por não apresentar melhoria clínica e efetuou-se nova referenciação por se manter suspeita. A 16/07, em nova consulta no HDR considerou-se a situação sobreponível. Em setembro fez ecodoppler venoso que apresentava ligeiro refluxo safeno-poplíteo bilateral e referenciou-se à cirurgia vascular. Nessa consulta, a 29/10, foi medicado com bioflavonoides 1000 mg, pentoxifilina 400 mg e ácido acetilsalicílico 100 mg e pedido ecodoppler arterial dos MIs. A 8/11 foi observado pelo MF e por aumento do diâmetro da lesão referenciou-se

à dermatologia noutro hospital. A 27/12 foi avaliado nessa consulta, apresentando úlcera superficial de 10 cm com tecido de granulação central, bordos inespecíficos e dermite de estase perilesional. Agendou-se reavaliação em 3 meses, ponderando biópsia se não houver melhoria. O MF e equipa de enfermagem acompanharam evolução do tratamento semanalmente, sem melhoria mas sim aumento da extensão da lesão. Atingido um ano de evolução, contactou-se telefonicamente a CV e Dermatologia, para antecipar as consultas. A 14/02/2020 em dermatologia fez biópsia com histologia de CEC e em duas semanas fez-se excisão radial extensa sem intercorrências e referenciou-se a oncologia.

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

PD 57

DOR ABDOMINAL E DISÚRIA EM IDADE PEDIÁTRICA

Margarida Guerra Madaleno; Diana Marta;
Marta Alvarez
USF Flor de Lotus - ACeS Sintra

Introdução: Menina de 8 anos, M., com antecedentes de amigdalectomia e PNV atualizado.

Motivo de consulta: Recorre a SU por dor abdominal desde há 2 dias e disúria desde o próprio dia

Descrição: Iniciou náuseas com vômitos ocasionais de conteúdo alimentar há 6 dias, foi observada por médico de família e teve alta medicada com probiótico e soro de rehidratação oral. Melhorou das náuseas e iniciou dor abdominal no flanco direito há 3 dias, tendo sido observada em Serviço de Urgência(SU) medicada com laxante, com melhoria parcial.

Manteve dor abdominal, constante, que agravava com movimentos ou palpação. Iniciou disúria e notou agravamento da dor abdominal, pelo que recorreu ao SU. Refere poliúria, poliaquiúria e sensação de esvaziamento vesical incompleto desde há uns dias, bem como calafrios ocasionais. Mantém trânsito intestinal, diminuiu um pouco a ingesta de sólidos, mas mantém via oral para líquidos. Nega alterações neurológicas ou cutâneas, coriza, febre ou contexto epidemiológico.

Ao exame objectivo (EO) apresentava bom estado geral, sem ar doente e bem disposta. Temperatura timpânica 36.8 °C . Mucosas coradas e hidratadas, boa perfusão periférica, sem sinais de discrasia hemorrágica. Sem sinais meníngeos. Sem adenopatias. Ostoscopia, orofaringe, ACP e genitais externos sem alterações.

Abdómen: RHA+ em todos os quadrantes; percussão s/ alterações; mole e depressível, palpação superficial ligeiramente dolorosa nos quadrantes direitos, palpação profunda ligeiramente dolorosa apenas à compressão no flanco esquerdo. Dor à compressão no hipocôndrio e flanco dtos. S/ organomegalias ou massas palpáveis. S/ reacção peritoneal ou dor à descompressão. Murphy renal positivo à dta.

Assumindo-se pielonefrite, foram solicitadas urina II (UII) e urocultura (UC).

- Urina II com Hb ++, sem leucócitos ou nitritos
- UC: Células epiteliais: Raras; Leucócitos: Raros (< 5 /campo); Resultado: Cultura Polimicrobiana.

A utente manteve-se queixosa, subfebril (37.7°C), com glicemia capilar 92 mg/dL.

À repetição do EO abdominal: Dor no flanco direito, nem tando na fossa ilíaca direita. Dor com aparente reacção peritoneal (no flanco direito). Murphy renal positivo.

Perante urina II inocente foram pedidas análises e ecografia abdominal (eco ABD).

- Análises 10/07/2021: Hemoglobina 12.5 g/dL; Leucócitos 10.700/uL; Plaquetas 303.000/uL; Ureia 26 mg/dL; Creatinina 0.41 mg/dL, (AST/GOT) 25 UI/L, (ALT/GPT) 17 UI/L (PCR) 2.98 mg/dL

- Eco ABD: Na transição hipocôndrio/flanco direito, na topografia das queixas álgicas, identifica-se estrutura tubular intestinal, de parede espessa, de cerca de 14 mm de calibre, incompletamente depressível à compressão, coexistindo hiperecogenicidade dos tecidos adiposos adjacentes associado a pequenos gânglios, que pode estar em relação com apêndice cecal espessado em topografia alta retrocecal, a integrar clínica e analiticamente. Pequena quantidade líquido livre no FSD. Rins sem aparentes alterações. Bexiga com conteúdo não puro, com sedimento em suspensão móvel a valorizar analiticamente.

Hipótese Diagnóstica: apendicite aguda

Fez analgesia e amoxicilina + ácido clavulânico. Foi submentida a apendicectomia laparoscópica sem intercorrências.

Anatomia patológica de peça operatória com diagnóstico de apendicite aguda gangrenosa, sem sinais de perfuração mas com formação de abscesso na subserosa, ao nível da ponta.

Conclusão: Embora a apendicite aguda esteja presente em até 8% dos casos de crianças avaliadas de forma urgente com dor abdominal (sendo mais frequente na faixa etária da doente – dos 5 aos 12 anos), o facto da doente ter uma variação anatómica, torna o diagnóstico mais desafiante.

De facto, M. tinha tido vários dos sintomas mais prevalentes na sua faixa etária: anorexia, vómitos e náuseas. Contudo, teve também um sintoma descrito como possível, mas também como factor de confundimento: disúria.

Neste caso clínico é demonstrada a importância de avaliação crítica e cuidada de utentes que recorrem novamente aos cuidados de saúde.

PD 58

POR DETRÁS DE UMA OMA APARENTEMENTE INOCENTE

Mariana Santos Miranda; Joana Ribeiro da Costa;
Tatiana Bento; Raquel Landeiro
USF Vale do Sorraia

A otomastoidite pode ser causada por uma otite média aguda (OMA) não tratada ou inadequadamente tratada, devido à disseminação da infeção do ouvido médio para a apófise mastoide. Uma mastoidite pode provocar surdez, sépsis, meningite e formação de abscessos cerebrais. Os sintomas podem incluir cefaleia, letargia, febre e défices neurológicos focais. O diagnóstico é feito por tomografia cranioencefálica (TC CE) ou ressonância magnética cranioencefálica (RMN CE). O tratamento bem sucedido geralmente requer antibioterapia combinada (ceftriaxone 2000 mg por via endovenosa, e vancomicina em dose máxima de 4000 mg/dia, por via endovenosa) e possível drenagem cirúrgica do abscesso.

Mulher, 52 anos, com antecedentes de fibromialgia e hipertensão arterial, sob terapêutica com lisinopril 20mg, tramadol 100 mg bid e tapentadol 150 mg bid medicada há 5 dias em Otorrinolaringologia (ORL) com ciprofloxacina 500 mg por OMA esquerda supurativa. Por manter sintomas foi reavaliada 3 dias depois em consulta privada e medicada com ciprofloxacina 250 mg 12/12h, clonixina e ofloxacina 12/12h. Recorreu 2 dias depois à consulta aberta por parestesia da hemiface esquerda associado a desvio da comissura labial para a direita, com 8 horas de evolução. Ao exame neurológico, apresentava assimetria da mímica facial, com desvio da comissura labial para a direita, incapacidade de fechar o olho esquerdo, hipoestesia da hemiface esquerda e diminuição da força muscular do membro superior esquerdo. Perante este quadro referenciou-se ao serviço de Urgência por suspeita de acidente vascular cerebral

(AVC), não tendo sido ativada a Via Verde de AVC por ter sintomas com mais de 4,5 horas de evolução. Realizou estudo complementar com TC CE que evidenciou sinais de otomastoidite esquerda complicada com abscesso cerebral temporal inferior contíguo com cerca de 1cm. Optou-se por internamento em unidade de cuidados intermédios (UCINT) para vigilância apertada, com controlo por RCM CE, protelando-se a cirurgia de drenagem do abscesso. Durante internamento de 28 dias, inicialmente 5 dias em UCINT, cumpriu antibioterapia endovenosa com ceftriaxone 1000 mg bid, vancomicina 1000 mg bid (com ajuste progressivo até 1750 mg bid em função do valor de vancomicinemia) e metronidazol 500 mg tid, corticoterapia com dexametasona 5 mg bid e fisioterapia, com demonstração de regressão dos sinais de sintomas. Fez RM e TC CE de controlo sem abscesso evidente e teve alta com seguimento na consulta de ORL. A OMA, uma patologia frequente na consulta aberta de Medicina Geral e Familiar, pode ter complicações e o presente caso clínico alerta para este diagnóstico que deve ser equacionado na reavaliação de uma OMA com aparecimento de défices neurológicos focais, permitindo um diagnóstico e orientação terapêutica precoces.

PD 59

QUEDAS NÃO PRESENCIADAS NO IDOSO – OS DIAGNÓSTICOS DE EPILEPSIA VASCULAR FICAM POR FAZER

Lima, Antónia Palhares Oliveira, Andreia Lampreia,
Maria Ana Mira, Ângela
USF Alfa Beja UCSP Beja

Enquadramento: Classicamente a epilepsia é uma doença associada à população pediátrica, contudo, estudos epidemiológicos recentes têm vindo a demonstrar que a incidência de epilepsia é mais elevada em idosos. Uma causa etiológica subjacente é encontrada em 60% dos casos, sendo a mais frequente a

doença cerebrovascular seguida de doenças neurodegenerativas.

A epilepsia cerebrovascular pode ser precoce ou tardia relativamente ao evento cerebrovascular, no entanto enfartes cerebrais assintomáticos também predis põem a epilepsia nos idosos.

Caso clínico: Mulher, 85 anos, autônoma AVD's, reside sozinha.

AP - HTA, AIT em 2016, portadora de pacemaker 2013 (Disfunção do nódulo sinusal) MH -lisinopril 20 mg, AAS, estatina.

Recorre a consulta com médico de família por história de quedas frequentes com 3 semanas de evolução, com grande impacto na sua vida – deixou de sair do domicílio com medo de cair. As quedas surgiam em contexto de episódios de movimentos tônico-clônicos do membro inferior direito, com início súbito, auto-limitados; Relatava ainda 1 episódio em que os movimentos tônico-clônicos se estenderam a todo o hemi-corpo direito. Há cerca de 1 semana recorreu a consulta de urgência por episódio de lipotímia com queda não presenciada, com recuperação espontânea, pelo que foi efetuado ajuste medicação anti-hipertensiva por suspeita de hipotensão iatrogénica.

Associadamente referia ainda tonturas com vários meses de evolução, inicialmente incapacitantes, mas com melhoria progressiva.

Ao EO: Hemodinamicamente estável, sem hipotensão postural; A destacar apenas sopro aórtico grau II e alguma instabilidade postural ao ENS, sem outros achados positivos.

Recusou fazer EEG e efetuou TAC CE: “ ... Hipodensidades múltiplas no cerebelo à direita, cápsula lenticulares, corona radiata e subcorticais frontais bilaterais, sugerem focos de natureza isquémica. Padrão de atrofia cortico – subcortical, visualizam-se ligeiros higromas subdurais bifrontais....”

Pelo diagnóstico mais provável de crises epiléticas parciais em contexto epilepsia cere-

brovascular, iniciou valproato com remissão da sintomatologia. Suspendeu posteriormente esta terapêutica por associar a alopecia. Foi referenciada a consulta de neurologia e medicada com lamotrigina. Desde essa altura sem história de episódios epiléticos.

Comentário: Com o envelhecimento da população e o aumento da prevalência da doença cerebrovascular, prevê-se que a epilepsia cerebrovascular nos idosos se vá tornar um problema de saúde com elevado impacto nos serviços de saúde.

Apesar da sua incidência crescente, a abordagem diagnóstica é particularmente desafiante, já que a etiologia e o modo de apresentação em tanto difere das crianças e jovens adultos.

O caso clínico pretende trazer para a discussão as particularidades de um problema de saúde que pode frequentemente ser subdiagnosticado, com o impacto na saúde, na qualidade de vida e com os riscos e consequências que acarreta para o indivíduo e sua família.

PD 60

DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH: DESAFIOS NA ATIVIDADE LABORAL

Miguel Pereira; André Santos; Laura Silva;

Margarida Coelho; Daniel Melo; Ana Paula Sardo;

Fernando Mautempo

Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar Baixo Vouga

Introdução: A doença de Charcot-Marie-Tooth é o distúrbio neuromuscular hereditário mais prevalente. Consiste numa polineuropatia motora e sensitiva, com particular trofismo para os nervos periféricos das extremidades. Caracteriza-se por progressiva diminuição da força muscular, da sensibilidade e dos reflexos osteotendinosos, com consequente atrofia e deformação destas estruturas. As deformidades mais frequentes são os pés cavos e os dedos em garra (nas mãos ou nos pés),

que também contribuem para a perturbação da marcha. O tratamento é essencialmente sintomático, com recurso a fisioterapia, adaptação do calçado, ortóteses, auxiliares da marcha e, se necessária, cirurgia ortopédica para correção de deformidades.

Descrição: Sexo feminino, 54 anos, Assistente Operacional, num Serviço de Internamento hospitalar, apresenta antecedentes cirúrgicos de bursectomia pré-rotuliana pós-traumática, em 2014, e excisão de calosidade calcaneana, em 2016. Diagnosticada com polineuropatia sensitivo-motora de Charcot-Marie-Tooth, com 12 anos de evolução. Apresenta tetraparésia de predomínio distal (mais evidente nos membros inferiores), com atrofia dos músculos interósseos e gastrocnémios, associada a hipoestesia da perna direita. Adicionalmente, exibe abolição de todos os reflexos osteotendinosos, mãos “em garra” cubital, pés cavos e calosidades no tornozelo direito e base do 5º dedo do pé esquerdo. Além disso, evidencia dificuldades na locomoção, através de padrão de marcha parético, com pés pendentes, bilateralmente, assim como, elevação exagerada dos joelhos. Realiza sessões de fisioterapia, de modo a limitar a atrofia muscular. Apesar da indicação para uso de palmilhas corretivas, não as utiliza devido à incompatibilidade com as calosidades.

Conclusão: A doença de Charcot-Marie-Tooth comporta desafios concretos à qualidade de vida dos seus portadores, bem como à sua atividade laboral. A parésia e atrofia dos membros inferiores provoca a alteração do padrão de marcha, o que dificulta severamente a mobilização da profissional. A diminuição da força muscular, conjuntamente com as deformidades das mãos, inerentes a esta patologia, prejudica a transferência e os cuidados dos doentes, no internamento. A fisioterapia permanece uma ferramenta terapêutica fundamental para a prevenção e controlo dos sintomas e, por conseguinte, melhora na pre-

cisão e intensidade dos movimentos, com impacto positivo no bem-estar e produtividade dos portadores desta patologia.

PD 61

GESTÃO DO LUTO EM PANDEMIA COVID-19

Maria Teresa Reis; Ana Rita Magalhães

USF Topázio

Introdução: Existe uma associação entre quarentena ou isolamento profilático e risco de sintomas psicopatológicos ou doença psiquiátrica. Este caso clínico pretende demonstrar o impacto da pandemia Covid-19 na saúde mental e a sua influência negativa em eventos familiares indutores de stress.

Descrição: Mulher com 59 anos, família nuclear em estadio Duvall VII, Graffar médio-alto. Antecedentes pessoais de neoplasia maligna da mama e glaucoma. Recorre à consulta com queixas de cansaço, tristeza, anedonia, insónias e ideação ruminativa, referindo início das queixas desde que o esposo foi diagnosticado com neoplasia do pulmão. Medicada com Inibidor selectivo de recaptção de serotonina e ansiolítico de longa duração de ação. Pedida consulta de Psicologia à qual a utente falta.

Regressa à consulta passados 8 meses, após falecimento do esposo. Tem agravamento da sintomatologia prévia e descreve episódios de crises de pânico. Refere não conseguir ultrapassar falecimento do esposo e fazer luto por não o ter visitado aquando do internamento, não se ter despedido e não ter possibilidade de realizar cerimónia fúnebre, por vezes questionando-se se este terá mesmo falecido. Optimização de terapêutica psicofarmacológica e pedida novamente consulta de Psicologia. Realizado acompanhamento regular por consulta presencial e telefónica pela médica de família.

Regressa novamente a consulta presencial com queixas de opressão torácica e agitação psicomotora. Realizada anamnese e exame

objetivo e proposta a realização de meios complementares de diagnóstico. No decorrer da consulta, refere tratar-se exatamente de 1 ano após falecimento do marido. Continua a duvidar do seu falecimento, referindo correr para a porta sempre que ouve um carro aproximar-se. Realizada escuta ativa na consulta, com estratégias para ultrapassar luto mal-sucedido. Sai da consulta relatando resolução da sintomatologia com que entrara previamente no gabinete.

Conclusão: A pandemia teve e continua a ter consequências negativas para a saúde mental, com impacto nos utentes e suas famílias, interferindo com processos-chave em momentos indutores de stress no seio familiar. O médico de família tem um papel privilegiado pelo contacto mais próximo com os seus utentes, tornando-se figura de referência e apoio em tempos de pandemia, neste caso clínico auxiliando no caminho de um luto não patológico.

PD 62

URTICÁRIA AO FRIO: UMA REACÇÃO “ARREPIANTE”

Tiago Moreira da Silva¹; Joana Machado Morais²; Pedro Paulo¹; Liliana Carvalho¹

¹USF Marquês de Marialva, Cantanhede; ²Serviço de Pediatria, ULS Matosinhos

Introdução: A urticária tem uma apresentação clínica característica, podendo atingir 0,5 a 1% da população mundial. O pico de incidência verifica-se entre os 20 e os 40 anos de idade, sendo, sendo 2 vezes mais prevalente no sexo feminino.

Pode ser classificada de acordo com o tempo de evolução (aguda ou crónica) ou com a etiologia. Quando não é possível a identificação de um agente externo, designa-se por urticária espontânea. Quando é possível identificar um fator exógeno desencadeante é classificada como urticária indutível podendo ser induzida por agentes físicos (calor, pressão,

vibração, etc.), urticária de contacto, aquagénica ou colinérgica.

A urticária ao frio enquadra-se numa urticária crónica, induzida por agente físico (o frio) e que se caracteriza por aparecimento rápido de sintomas após exposição direta a uma fonte de frio. O diagnóstico pode ser confirmado pelo “teste do cubo de gelo”, com indução das lesões após aplicação de um cubo de gelo diretamente na pele durante alguns minutos. No entanto, um teste negativo não exclui o diagnóstico.

O tratamento consiste na evicção do agente causal e controlo sintomático, com alerta para possível reacção anafilática em casos de reexposição.

Descrição do caso clínico: Criança de 8 anos, sexo masculino, portuguesa, com agregado familiar do tipo monoparental, residindo habitualmente com a mãe e um irmão, com visitas esporádicas a casa do pai ao fim-de-semana. A família enquadra-se numa classe social média, de acordo com a escala de Grffar. Frequenta o 3º ano de escolaridade e tem o PNV atualizado. Apresenta antecedentes pessoais de perturbação de hiperatividade e défice de atenção, com seguimento hospitalar em consulta pediátrica de desenvolvimento, estando medicado com metilfenidato 36 mg. Realizou amigdalectomia e adenoidectomia aos 4 anos.

Vem à USF em agosto de 2020, acompanhado da mãe, para consulta de vigilância de saúde de infantil. Cerca de 3 semanas antes, tinha apresentado dois episódios (separados por um dia) de lesões maculopapulares eritematosas, algumas confluentes, ligeiramente pruriginosas, dispersas por todo o corpo. O quadro terá tido início na praia, poucos minutos após ter tomado banho de mar, com resolução espontânea após 15 minutos. Em ambos os episódios as características e circunstâncias de aparecimento foram idênticas. No momento da observação em consulta, não apresentava

quaisquer lesões, tendo sido possível perceber parcialmente as suas características através de fotografias trazidas pela mãe. A descrição e as imagens eram compatíveis com lesões de urticária. Mãe negava outros episódios prévios semelhantes, quer em contacto com água, quer em exposição a baixas temperaturas e também a exposição a outros novos agentes, fora do contexto habitual, como alimentos, medicamentos ou produtos químicos. Pelo início recente, e pela presença de mais do que um episódio, a criança foi referenciada a consulta de dermatologia pediátrica. Foi observada nessa consulta, tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de urticária ao frio, tendo realizado o teste do cubo de gelo que se revelou inconclusivo. Foi recomendada evicção de todas as fontes de frio e prescrito antihistaminico (bilastina) como profilaxia e kit de adrenalina em SOS. Foi reagendada consulta de seguimento para nova avaliação e progressão diagnóstica.

Conclusão: A multiplicidade das manifestações cutâneas existentes pode tornar a sua interpretação um verdadeiro desafio. Mesmo nos quadros de urticária, a sua etiologia nem sempre é fácil de identificar. O médico de família, como “porta de entrada” nos cuidados de saúde é, geralmente o primeiro ponto de contacto nestas situações, devendo estar alerta para formas de apresentação menos habituais. Além disso, tal como se verificou neste caso, a complementaridade entre os cuidados de saúde primários e secundários é essencial para a otimização do seguimento dos utentes, contribuindo para um diagnóstico atempado e abordagem adequada.

PD 63

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NOS DOENTES DIABÉTICOS DA USF COVELO E A SUA RELAÇÃO COM O VALOR DE HEMOGLOBINA GLICADA

Inês Pinto de Sousa; Giulia Monnati; Patrícia Lopes; Margarida Castro; Tiffany Leite Costa; Alexandra Táboas
USF Covelo, ACeS Porto Oriental

Introdução: A diabetes Mellitus (DM) afeta o coração através de diversos mecanismos. A prevalência de insuficiência cardíaca (IC) nos doentes diabéticos foi de cerca de 19 a 26% em vários estudos. Num estudo publicado pela Sociedade Europeia de Cardiologia, foi reportada uma prevalência de IC nos doentes com DM tipo 2 que variava entre 10 e 30%. Os resultados do *Framingham Heart Study* reportaram que 19% dos doentes com IC tinham DM tipo 2 e que o risco de IC aumentava 2 a 8% na presença desta patologia. Para além disso, vários autores verificaram que um aumento de 1% no valor de hemoglobina glicada (HbA1c) se relacionava com um incremento de 8% do risco de IC, independentemente da idade, índice de massa corporal, pressão arterial, e da presença de doença arterial coronária.

Objetivos: Determinar a prevalência de IC na população com diagnóstico de DM da Unidade de Saúde Familiar do Covelo e verificar se existe relação entre a presença de IC e o valor de hemoglobina glicada.

Material e métodos: Trata-se de um estudo observacional transversal e analítico.

A população em estudo são os utentes com idade igual ou superior a 18 anos, com o diagnóstico de diabetes insulino-dependente (DID) e diabetes não insulino-dependente (DNID) (codificação ICPC-2 T89 e T90, respetivamente), à data de abril de 2021, inscritos na USF Covelo.

Resultados e conclusões: A proporção de diabéticos com IC foi de 8,9% na USF, valor

muito inferior ao intervalo 19%-30% referido em muitos estudos. Nos utentes com DNID esta foi de 8,1% e naqueles com DID de 14,9%. O valor de HbA1c dos DID foi significativamente superior ao dos DNID (7,66% vs 6,89%). Considerando o grupo total de diabéticos, o valor de HbA1c encontra-se dentro do alvo para a generalidade dos doentes (< 7%). Assim, a proporção de IC e o valor de HbA1c no grupo de DID são significativamente superiores do que no grupo de DNID. Porém, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre o valor de HbA1c e a presença de IC, quer no total dos utentes com DM, quer no grupo de DMID, quer no grupo de DNID. Através de uma análise multivariada, verifica-se igualmente que o valor de HbA1c não se relaciona de forma estatisticamente significativa com o diagnóstico de IC ($p = 0,235$). Este dado não está de acordo com a literatura, que refere uma relação entre o valor de HbA1c e a presença de IC, todavia, esta diferença pode dever-se ao facto da população em estudo ser de reduzidas dimensões.

A prevalência de DM nos doentes com IC (6,4% DMID e 25,9% DMNID) está de acordo com os dados dos estudos mencionados, sobretudo na Europa e em cuidados de saúde primários. É necessária uma clarificação e uniformização dos registos clínicos dos doentes com diabetes.

A literatura existente é escassa, podendo-se concluir que, a partir dos dados existentes, está a ser feito um diagnóstico subótimo de IC nos utentes com DNID.

Este estudo permite alertar os médicos para uma patologia tão frequente, sobretudo em doentes diabéticos, e tantas vezes sub-diagnosticada. Assim, uma identificação precoce de insuficiência cardíaca neste grupo de doentes, permitirá a tomada de medidas terapêuticas atempadamente, que levarão a um melhor prognóstico e a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

PD 64

PRESCRIÇÃO DE CEFALOSPORINAS NUMA UNIDADE DE SAÚDE

Joana Sousa; Carolina Nobre; Dora Ribeiro; Francisca Mendes; Joana Balseiro; Sara Lisa; Conceição Maia
USF BRIOSA

Introdução: A resistência bacteriana aos antibióticos é um dos problemas de saúde pública mais relevantes, sendo responsável por consequências clínicas e económicas graves. Pretende-se reduzir a emergência de resistências a antibióticos, promovendo o seu uso racional, não utilizando quando não são necessários e prescrevendo, quando estritamente indicados, os antibióticos de espectro mais estreito e durante o tempo necessário. Um dos indicadores existentes na contratualização para os Cuidados de Saúde Primários é a “Proporção de cefalosporinas entre antibióticos faturados (embalagens, a utentes inscritos)”, sendo as cefalosporinas um antibiótico de largo espectro.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo avaliar a adequação da prescrição de cefalosporinas numa Unidade de Saúde no ano de 2020.

Material e métodos: Estudo observacional transversal. Amostra: prescrição de cefalosporinas no ano de 2020, tendo sido excluídos prescrições com ausência de registo SOAP (impossibilidade de identificação da indicação clínica) ou prescrições por indicação hospitalar. Foi utilizado como referência para a prescrição o Guia de prescrição de antibioterapia partilhado pelo Grupo Coordenador Regional do PPCIRA a todos os médicos dos Cuidados de Saúde Primários da ARS Centro. Variáveis: idade, sexo, indicação clínica, alergias medicamentosas, antibioterapia nos últimos 3 meses. Análise de dados efetuada com recurso ao Microsoft Excel®.

Resultados: Foram prescritas cefalosporinas

em 102 episódios diferentes, tendo sido excluídas 13 prescrições. Das 89 que cumpriam critérios para inclusão no estudo, 15 foram consideradas prescrição adequada. Das prescrições não adequadas (74 prescrições), 14 foram para a terapêutica de infeção do trato urinário sensível a cefalosporina.

Conclusões: A maioria das prescrições de cefalosporinas (83,1%) na Unidade de Saúde avaliada não cumpria critérios de antibiótico de primeira linha, de acordo com o Guia de prescrição de antibioterapia. É fundamental melhorar a qualidade da prescrição de cefalosporinas, de modo a reduzir-se a utilização de antibióticos de largo espectro sem indicação clínica, bem como garantir um registo clínico associado à prescrição. Para uma melhoria dos resultados na Unidade de Saúde, será elaborado um protocolo e implementado um ciclo de melhoria contínua de qualidade.

PD 65

PANDEMIA COVID-19: A ATIVIDADE ASSISTENCIAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DURANTE A PRIMEIRA VAGA

João Pedro Neto; Helena Duarte; Daniela Oliveira
USF Montemuro

Introdução: com a declaração da COVID-19 como pandemia mundial, a 11/03/2020, os cuidados de saúde primários, após um despacho da Ministra da Saúde, de 15/03, foram obrigados a reconfigurar a sua atividade assistencial, de forma a manterem aquela considerada essencial e dirigirem os restantes esforços para lidar com a pandemia.

Objetivos: este trabalho procura mostrar a reconfiguração de que foi alvo a atividade da USF Montemuro de forma a dar resposta às exigências do combate à COVID-19. É necessário olhar para trás e analisar o que foi feito com uma perspetiva crítica, identificando as diferenças relativas ao trabalho clínico habitual, o que de novo surgiu e trouxe vantagens,

bem como o que acabou por condicionar o trabalho e a saúde dos utentes.

Material e métodos: a recolha realizada refere-se à atividade assistencial de um ficheiro da USF Montemuro desde 16/03 (primeiro dia de aplicação do despacho ministerial), até ao último dia útil de maio de 2020 (período de limitação da atividade coincidente com os estados de emergência e calamidade), de forma a, um ano depois (a colheita de dados terminou a 31/05/2021), vermos o que foi feito e recuperado.

Resultados: de 424 consultas de vigilância previamente marcadas para o período de 53 dias úteis analisado, 296 foram desmarcadas, com as de saúde adultos, seguidas das de hipertensão arterial, a serem mais afetadas. Foram mantidas 128 consultas e programadas 1382 consultas de novo, a grande maioria em regime não presencial (720 contactos indiretos e 424 atendimentos telefónicos); mas também 238 presenciais, nomeadamente as consultas de patologia aguda. Até à data de colheita dos dados, das 296 consultas de vigilância desmarcadas, 115 foram remarcadas presencialmente; 50 tiveram resposta por teleconsulta; e 10 tiveram resposta por teleconsulta e consulta presencial subsequente. 119 ficaram sem resposta e houve 2 óbitos.

Conclusões: o combate a uma ameaça nova levou a grandes restrições na atividade assistencial da USF Montemuro. Mesmo havendo algum espaço para consultas presenciais e para a manutenção de serviços mínimos, como na área da Saúde Materna e Infantil, a vigilância dos utentes ficou comprometida pelo facto de a qualidade da mesma não ser idêntica por teleconsulta e pelo menor acesso, mas obrigou a equipa de profissionais a adaptar-se às novas exigências e a gerir os diversos ficheiros parcialmente à distância e com estratégias que poderão ajudar na atividade clínica num futuro próximo.

PROJETO DE MELHORIA DE QUALIDADE NO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO: RESULTADOS PRELIMINARES

Sofia R. Rodrigues; Vera Leitão Esteves;

Dinora Maia Mendes

USF Descobertas, ACES Lx Ocidental e Oeiras

Introdução: Foi desenhado estudo segundo a metodologia SQUIRE, tendo sido identificado a ausência de seguimento adequado das utentes com resultados anormais no rastreio do cancro do colo do útero (RCCU) desde que foi implementada a Pesquisa de HPV na USF Descobertas. A auditoria dos resultados do RCCU revelou que 12 das 34 mulheres que foram biopsadas para *follow-up* (HPV 16 ou 18 positivo ou HPV alto risco (HPV HR) associado a alterações citológicas) tiveram alta da consulta com indicação para repetir a pesquisa de HPV 1 ano após alta (prazo esse ultrapassado).

Objetivos:

-Principal: diminuir o atraso na realização de co-testes de *follow-up* perante um resultado anormal de RCCU.

- Secundário: aumentar o grau de satisfação de utentes e profissionais de saúde com a qualidade do RCCU.

Material e métodos: Base de dados com os números de utente das doentes submetidas a RCCU cujo resultado foi anormal; extração mensal da lista de doentes por médico de família (MF) da plataforma SIMA® “com resultado para repetir RCCU” e “com indicação para voltar ao RCCU” e entregue ao respetivo MF; comunicação com o suporte informático do MedicineOne® para atualizar as notificações sobre a periodicidade do RCCU de forma personalizada e concordante com os resultados introduzidos; distribuição de questionário anónimo às utentes da consulta de Planeamento Familiar, ao fim de 3 meses de intervenção, para avaliar a qualidade do RCCU;

apresentação do projeto com revisão do significado de resultados anormais, medidas de prevenção primária, secundária e terciária.

Resultados e conclusões: Em 2018 e 2019, 7 mulheres apresentaram pesquisa de HPV 16 positiva e, após realização de biópsia no hospital convencionado, 100% obtiveram amostra sem displasia. Destas últimas, 28% repetiu após apresentação deste projeto, encontrando-se as restantes a aguardar repetição. O utentes repetiram antes da apresentação do projeto. As mulheres com amostra HPV 18 positiva nos referidos anos ($n = 2$) obtiveram biópsia sem displasia. Destas, apenas 1 (coinfeção HPV HR e HPV18) repetiu após divulgação do projeto, apresentando persistência da infeção por HPV18, estando a aguardar nova biópsia.

Dos resultados HPV HR positivo com citologia com lesão intrapitelial de baixo grau (LSIL) ($n = 7$), 1 faltou à Consulta de Patologia do Colo (CPC) e as restantes apresentaram biópsia sem displasia. Destas últimas, apenas 4 repetiram co-teste na USF após divulgação do projeto ($n = 100\%$ das que repetiram) tendo-se obtido 2 resultados HPV negativos, 1 com persistência de infeção por HPV HR citologia negativa para lesão intraepitelial (NILM) e co-infeção por HPV 16 e 1 com persistência de infeção por HPV HR com evolução para Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US).

Dos resultados HPV HR positivo com citologia ASC-US ($n = 3$), 100% obteve biópsia sem displasia.

Dos resultados HPV HR positivo com citologia NILM ($n = 16$), 9 repetiram após a apresentação deste projeto (100% das que repetiram). Destes, 5 persistiram com infeção HPV HR: 3 mantiveram citologia NILM, 1 evoluiu ASC-US e 1 para LSIL.

Em relação a 2020, houve 17 resultados HPV HR positivo com citologia NILM, 4 resultados HPV HR positivo com citologia ASC-US, dos

quais 1 revelou neoplasia intraepitelial cervical 1 (31 anos), 6 com infecção por HPV 16, das quais 3 obtiveram neoplasia intraepitelial cervical 3 (32, 33 e 47 anos), 2 obtiveram biópsia sem displasia e 1 faltou à CPC; 2 com infecção por HPV18 cujas biópsias foram sem displasia.

Nos questionários aplicados às utentes (n = 9, amostra não representativa), 88% mostraram satisfeitas e 12% muito satisfeitas. 33% preferiam conhecer os resultados pessoalmente na consulta seguinte, 33% via e-mail, 22% via telefone e 11% por correio. Em relação à afirmação “a infecção por HPV é o principal fator de risco” 55% afirmam ser verdadeira, 33% não sabem e 11% referem ser falsa.

Os MF sentiram-se empoderados para gerir resultados e aconselhar as utentes (intervenção anti-tabágica, vacinação e contraceção).

PD 67

ESTUDO LITCDM2: O IMPACTO DA LITERACIA EM SAÚDE E DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA NO CONTROLO METABÓLICO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Isabel Abreu; Catarina Baía; Jorge Silva; Mafalda Oliveira; Ana Santos; Filipa Castro; Mónica Mozes; Rute Ferreira; Luís Alves

USF St. André de Canidelo, ACES Grande Porto VII

Introdução: A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma patologia crónica, com graves consequências individuais e socioeconómicas. Um baixo nível de literacia em saúde (LS) tem sido associado a taxas mais elevadas de morbimortalidade. O conhecimento em saúde sobre a DM2 (CS-DM2) também poderá influenciar o estado de saúde do indivíduo. O objetivo deste estudo foi caracterizar a LS e o CS-DM2 em utentes diabéticos, e a sua associação com o controlo metabólico.

Metodologia: Uma amostra aleatória e randomizada de utentes de uma Unidade de Saúde Familiar foi obtida para análise. Os dados so-

ciodemográficos foram colhidos, e aplicaram-se dois questionários para avaliar a LS (*Ne-west Vital Sign* - NVS) e o CS-DM2 (Diabetes Knowledge *test* - DKT). O controlo metabólico foi definido como hemoglobina glicosilada (Hb1aC) <7,0%. Os pacientes foram categorizados, de acordo com o NVS, como tendo “alta probabilidade de LS inadequada” (APLSI), “possibilidade de LS limitada” (PLSL) e “Adequada LS” (ALS), e, de acordo com o DKT, como conhecimento em saúde “Escasso”, “Médio” ou “Bom”. A análise estatística incluiu modelos de regressão univariada e logística, usando $p < 0,05$ para significância estatística.

Resultados: 194 participantes foram selecionados para análise. A prevalência de “APLSI” e “Conhecimento escasso” foi 72,7% e 34,7%, respetivamente. O controlo metabólico foi significativamente mais frequente em participantes mais velhos e com menor número de fármacos prescritos. A “ALS” (OR: 5.94; 95% CI: 1.677-20.76), e “PLSL” (OR: 4.82; 95% CI: 1.372-16.944) associaram-se, de forma estatisticamente significativa, a um melhor controlo metabólico, quando comparadas com a “APLSI”. Não se observou associação significativa entre CS-DM2 e controlo metabólico.

Discussão e conclusão: A LS parece estar associada a um melhor controlo metabólico. Este estudo demonstra que existe uma alta prevalência de iliteracia e de conhecimento escasso sobre a DM2. O médico de família deverá promover a LS para atingir um melhor controlo metabólico.

PD 68

PROJETO BURNDOWN: O IMPACTO DO BURN-OUT NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E O BENEFÍCIO DA PREVENÇÃO QUINQUENÁRIA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Catarina Baía; Isabel Ralha Abreu; Jorge Silva;
Raquel Diogo Borges; Sofia Teixeira Pinto
USF St. André de Canidelo, ACES Grande Porto VII

Introdução: o burnout constitui uma síndrome psicológica complexa, secundária a uma resposta crónica excessiva ao stress profissional, caracterizando-se por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional, que ameaçam a integridade do indivíduo. Os profissionais de saúde (PS) integram um grupo particularmente suscetível ao burnout. Recentemente, as exigências impostas pela pandemia COVID-19 aumentaram os níveis de burnout profissional na Saúde, em particular, nos Cuidados Primários. Assim, uma intervenção através de programas de mudança dirigidos à redução dos efeitos do burnout nos PS afirma-se como urgente.

Objetivo: reduzir o burnout e promover mecanismos de coping adequados, capacitando os PS para a adoção de um estilo de vida saudável.

Metodologia: projeto de intervenção dirigido a todas os PS que exercem funções numa Unidade de Saúde Familiar (USF). Foram incluídos na intervenção todos os PS que aceitaram participar. Previamente à intervenção, colheram-se dados sociodemográficos e aplicaram-se dois questionários de autopreenchimento: o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) para aferição dos níveis de burnout, e o “Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos” (QMLA), para avaliação das estratégias de coping utilizadas. A intervenção consistiu na realização de sessões educativas teórico-práticas on-line, sessões presenciais de relaxamento e exercício físico na USF orientadas por fisioterapeu-

ta, e na promoção de atividades extralaborais em grupo. Semanalmente, foram colhidas as dificuldades sentidas pelos PS, assim como sugestões de atividades e melhorias. As sessões educativas foram palestradas por profissionais externos à USF e versaram os temas “Impacto do *burnout*”, “*Coping* e gestão de tempo”, “*Mindfulness*” e “Exercício Físico no *burnout*”. No final da intervenção, foram reaplicados o COPSOQ e o QMLA para a avaliação dos efeitos da intervenção.

Resultados: 27 PS aceitaram participar na intervenção. Obtivemos uma adesão final variável às várias atividades. À data de submissão do *abstract* aguardamos pela conclusão da submissão dos questionários finais. Analisaremos o nível de *burnout* existente antes e após a intervenção, os mecanismos de *coping* e a sua relação com dados sociodemográficos dos PS.

Discussão e conclusões: esperamos diminuir, em pelo menos 20%, os níveis de *burnout* e melhorar os mecanismos de *coping*. A adesão à intervenção poderá influenciar os nossos resultados.

PD 69

PRESCRIÇÃO POTENCIALMENTE INAPROPRIADA NOS GRANDES IDOSOS – A REALIDADE DE UMA USF

Sofia Pinto da Costa; Ana Rita Fernandes Barros;
Hélder Aguiar; Virgílio Caria
USF São João, ACES Aveiro Norte

Introdução: O aumento da esperança média de vida em Portugal levanta o desafio da satisfação de novas necessidades de cuidados de saúde da população. Os idosos apresentam com mais frequência pluripatologia e, consequentemente são-lhes prescritos mais fármacos, muitas vezes inapropriados. A polimedicação define-se de várias formas, nomeadamente como a utilização de vários medicamentos, a toma de mais medicamentos do que os indicados, o regime terapêutico

que incluía pelo menos um medicamento desnecessário e/ou o uso de medicamentos que podem causar reações adversas/interações medicamentosas. Como advogado de saúde dos utentes, o médico de família (MF) encontra-se numa posição privilegiada para a gestão das comorbilidades e medicação crónica dos idosos, prevenido a polimedicação e as consequências que dela possam advir.

Objetivos: Avaliar a prescrição potencialmente inadequada, segundo os critérios de Beers, na população com idade ≥ 85 anos numa USF. Secundariamente, avaliar a prescrição de AINES nos últimos 24 meses.

Material e métodos: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo realizado numa USF Modelo B. Incluíram-se utentes inscritos na USF com idade superior ou igual a 85 anos e pelo menos uma consulta presencial nos últimos 24 meses. Os dados foram obtidos com recurso ao MIMUF® e ao SClínico®, em julho de 2021. Dos 542 utentes elegíveis, selecionou-se aleatoriamente uma amostra de 200, que, após a aplicação dos referidos critérios, se reduziu para 150. Avaliou-se a medicação prescrita nos últimos 12 meses, com recurso à PEM, e aplicaram-se os critérios de Beers de 2019 para a avaliação da medicação potencialmente inadequada. Para tratamento estatístico recorreu-se ao Excel®.

Resultados e conclusões: Os indivíduos da amostra têm idades compreendidas entre os 85 e os 100 anos, com média de 87,9 anos. A maioria é do sexo feminino (57,3%) e apresenta hipertensão arterial (84,7%). De acordo com a escala de Barthel, 43,7% dos idosos são totalmente independentes. O número de fármacos usados de forma crónica varia entre 1 e 7, com média de 6,7. Constatou-se que 38,0% dos idosos tomaram AINES nos últimos 24 meses e a maioria apresenta medicação inadequada (72,7%), sendo que 13,8% destes toma cronicamente três ou mais fármacos. De facto, a prescrição potencialmente

inadequada, segundo os critérios de Beers é um problema na USF em estudo. Nos grandes idosos avaliados, quase 3 em cada 4 têm pelo menos 1 fármaco considerado inadequado. A identificação das classes terapêuticas/fármacos mais comumente utilizados inadequadamente tem uma enorme importância para a sensibilização dos clínicos na mudança de prescrição. Cabe ao MF realizar a reconciliação terapêutica, de modo a prevenir a polimedicação e as suas possíveis consequências negativas. Consideramos também necessário estar alerta e criar o hábito de rever em todas as consultas a prescrição realizada, quer seja em situações agudas quer em consultas programadas, para reduzir o risco decorrente de iatrogenia pela polimedicação.

PD 70

INTERVENÇÃO BREVE NA CESSAÇÃO TABÁGICA EM GRÁVIDAS NUMA UNIDADE DE SAÚDE: ESTARÁ A SER REALIZADA?

Joana Sousa; Francisca Mendes; Joana Balseiro
USF BRIOSA

Introdução: Atualmente fumar é a principal causa evitável de complicações na gravidez, quer para a mãe, quer para o feto e o recém-nascido. De modo a reduzir o risco de complicações, é fundamental parar de fumar antes de engravidar ou nas primeiras semanas após a conceção. Para reforçar a importância desta questão, existe um indicador na contractualização para os Cuidados de Saúde Primários sobre esta temática, que avalia a “Proporção de utentes grávidas fumadoras e com idade igual ou superior a 15 anos, a quem foi realizada uma intervenção de aconselhamento, tendo por base uma abordagem breve ou muito breve, no 1º trimestre de gravidez”.

Objetivos: O objetivo principal foi avaliar o número de grávidas fumadoras, com idade igual ou superior a 15 anos, a quem foi realizada intervenção breve no primeiro trimestre

da gravidez. Os secundários foram avaliar o registo dos hábitos tabágicos na primeira consulta de Saúde Materna e avaliar a prevalência de grávidas fumadoras na USF.

Material e métodos: Estudo observacional transversal. Participantes: grávidas com idade igual ou superior a 15 anos, cuja primeira consulta na Unidade de saúde em estudo tenha sido realizada em 2020, tendo sido excluídas as grávidas não seguidas na Unidade. Variáveis: idade, hábitos tabágicos, realização ou não de intervenção breve na cessação tabágica. Análise de dados efetuada com recurso ao Microsoft Excel®.

Resultados: Em 2020 existiram 82 grávidas seguidas na Unidade de Saúde em estudo, sendo que em apenas 42 (51,2%) estava presente o registo dos hábitos tabágicos durante as consultas do 1º trimestre. Das 42 grávidas com o registo efetuado, 14 eram fumadoras (33,3%). A intervenção breve na cessação tabágica foi realizada em 3 grávidas (17,6% das 14 grávidas).

Conclusões: Apenas a uma pequena percentagem das grávidas fumadoras foi efetuada uma intervenção breve na cessação tabágica. Para além disso, pode-se verificar que também existe ainda possibilidade de melhoria a nível dos registos dos hábitos tabágicos nas grávidas. É assim essencial o papel do Médico de Família nas consultas de Saúde Materna e de Planeamento Familiar, não esquecendo a importância de questionar sobre os hábitos tabágicos e, quando adequado, efetuar intervenção breve na cessação tabágica. Para uma melhoria dos resultados na Unidade de Saúde, será elaborado um protocolo e implementado um ciclo de melhoria contínua de qualidade.

PD 71

DESPRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS EM IDOSOS (EM TEMPOS DE PANDEMIA)

António Carvalho; Cristina Moreira; Joana Santos; Cristina Moreira; Maria João Marques; Margarida Guilherme
USF Trilhos Dueça

Introdução: As benzodiazepinas (BZD) são fármacos com efeito sedativo, indutor do sono e relaxante muscular, sendo muito prescritos, nomeadamente nos idosos. Dos seus efeitos secundários destacamos a dependência, a sedação, alterações motoras e, com a sua utilização a longo termo, aumento do risco de demência e alterações cognitivas, com particular importância no idoso.

A terapêutica com BZD deverá ser limitada no tempo, conforme estipulado na norma 055/2011 da DGS, não devendo o período máximo de utilização ocorrer sem reavaliação em consulta especializada.

Apesar das recomendações, o seu consumo continua elevado: segundo o relatório do INFARMED (2016), Portugal era o país da OCDE com maior consumo de fármacos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos.

Sendo a desprescrição medicamentosa tão importante como a sua prescrição e, particularmente, nas BZD, o Médico de Família (MF) é um ator essencial nesta gestão.

Objetivos: Este trabalho de avaliação de qualidade teve com objetivo avaliar a adequação da prescrição crónica de BZD em idosos (65 ou mais anos) numa Unidade de Saúde Familiar e verificar se houve melhoria após implementação de medidas corretoras, pela variação da prescrição e desprescrição.

Material e métodos: Dimensão estudada: qualidade técnico-científica. População: utentes de uma Unidade de Saúde com ≥ 65 anos com BZD na lista de prescrição crónica. Tipo de dados: processo. Fonte de dados: registos clínicos no SClínico®. Tipo de avaliação: inter-

na e interpares. Relação temporal: retrospectiva. Períodos de avaliação: primeira avaliação em abril de 2019, segunda avaliação em abril de 2020, e terceira avaliação em abril de 2021. Medidas corretoras: intervenção na equipa médica em maio de 2019, sob forma de apresentação oral em reunião de serviço, sobre a correta prescrição e desprescrição de BZD. Foi entregue a cada MF a lista dos seus utentes com prescrição desadequada e elaborado um folheto informativo sobre desprescrição de BZD para ser aplicado em consulta.

Resultados: Efetuados 3 ciclos de avaliação (n1 = 964, n2 = 939, n3 = 984), com os seguintes resultados: Em 2019 (1ª avaliação) 29.6% dos idosos inscritos na Unidade de Saúde tinham na sua prescrição crónica BZD, com uma média de idade de 76,95 anos. Média de tempo decorrido da inserção da BZD na lista de medicação crónica de 6,7 anos. Perturbação depressiva foi o problema mais frequentemente associado, presente em 285 utentes (40,8%), seguida de perturbação do sono, identificada em 164 utentes (23,5%) e distúrbio ansioso 145 (20,7%). Em 2020 (2ª avaliação) registou-se uma percentagem de 27.6% de pessoas com mais de 65 anos com BZD na sua prescrição crónica. A média de tempo decorrido desde a introdução da BZD na lista de medicação crónica foi de 7,6 anos. Em 2021 (3ª avaliação) 26.9% dos idosos tinham BZD na sua prescrição crónica. A média de tempo decorrido desde a inserção da BZD na lista de medicação crónica foi de 8,9 anos. A percentagem de idosos com BZD foi superior no género feminino (74,3%; 74,1% e 74,1%).

Conclusões: Entre a primeira e a segunda avaliação verificou-se uma ligeira melhoria (2%) da percentagem de doentes com mais de 65 anos com prescrição crónica de BZD, e de 1,7% entre a segunda e a terceira avaliação (período de pandemia COVID-19). Globalmente, o Índice de Desempenho Global

(IDG) 297 passou de 70,4%, da primeira, para 73,1%, na terceira avaliação, apesar desta diminuição não ter sido tão significativa quanto o esperado. Como limitações deste trabalho é importante realçar que foram avaliadas as listas de prescrição crónica, e não a quantidade de medicação prescrita. Devido à pandemia COVID-19, entre abril de 2020 e abril de 2021, verificou-se uma “desaceleração” relativamente à melhoria do IDG 297, não sendo possível fazer mais intervenções na equipa médica e na população como inicialmente planeado; no entanto, não deixam de ser resultados animadores, sendo fundamental continuar este esforço, no sentido de diminuir a prescrição crónica de BZD.

PD 72

A REALIDADE DE UMA USF NA REFERENCIAÇÃO À CONSULTA HOSPITALAR EM IDADE PEDIÁTRICA – UMA ANÁLISE CASUÍSTICA

¹Tiago Moreira da Silva; ²Joana Machado Morais;

¹Pedro Paulo; ¹Gil Correia; ¹Liliana Carvalho

¹USF Marquês de Marialva – Cantanhede; ²Serviço de Pediatria - ULS Matosinhos

Introdução: O médico de família, como gestor de cuidados de saúde, tem um papel fundamental na articulação entre os cuidados primários e secundários. Além disso, sendo frequentemente o primeiro ponto de contacto do doente com o sistema de saúde, assume também a função de *gatekeeper* no acesso à consulta hospitalar. Essa “triagem” é importante para assegurar um acompanhamento apropriado dos doentes, mas também uma distribuição de recursos adequada e otimização dos tempos de espera. Particularmente em idade pediátrica, existem várias “idades-chave” onde é fulcral a deteção atempada de alterações ao desenvolvimento normal que poderão necessitar de avaliação e seguimento em especialidade hospitalar de forma a garantir uma evolução favorável.

Objetivos: Avaliar a qualidade da referência a consulta externa hospitalar em idade pediátrica numa USF, incluindo os motivos de referência, capacidade de resposta e seguimento.

Métodos: Estudo transversal descritivo. Foram incluídos os doentes dos 0 aos 17 anos, com referência a consulta hospitalar no período de 1 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2019. Dados recolhidos do processo clínico eletrónico, através do programa SClínico®, em setembro de 2020. Para análise foi utilizado o Microsoft Excel®.

Resultados: Durante o período supramencionado, foram realizadas 138 referências. A maioria dos doentes pertencia ao sexo masculino (66%) e à faixa etária dos 5 aos 9 anos (idade mínima 1 mês; idade máxima 17 anos). As referências foram mais frequentes nos meses de Inverno e foram feitas maioritariamente em contexto de consulta programada de Saúde Infantil. Relativamente à especialidade de destino: 57% Pediatria, 23% Cirurgia pediátrica, 2% Neurologia pediátrica, 7% Cardiologia pediátrica, 11% Pedopsiquiatria. Os três motivos mais frequentes foram: fimose, dificuldade de aprendizagem e alteração do comportamento. Das 138 referências, 109 foram aceites e 29 recusadas. Entre os motivos de recusa encontravam-se: encaminhamento para a especialidade errada (45%), desistência do utente (28%), informação clínica insuficiente (14%), pedido duplicado (10%).

Dos 109 pedidos de consulta aceites, apenas foram efetivamente realizadas 101 consultas uma vez que 8 doentes faltaram à primeira consulta, não tendo sido realizada remarcação da mesma. O tempo médio decorrido até consulta foi 3,2 meses (máximo 11 meses, mínimo <1 mês). Na primeira consulta, 29% dos doentes tiveram alta e 6% foram orientados para outra subespecialidade pediátrica. Para os que mantiveram seguimento posterior, verificou-se uma média de 1,7 faltas em cada 10 consultas.

Conclusões: Da análise dos resultados conclui-se que a correção de algumas situações facilmente modificáveis poderá contribuir para otimizar a referência e seguimento dos doentes. Sendo o principal motivo de “recusa” de consulta a solicitação de uma especialidade não adequada ao quadro clínico, será importante rever em equipa os critérios de referência à unidade hospitalar de referência, para uma melhor articulação com os cuidados secundários. Da mesma forma, a responsabilização dos doentes e cuidadores é fundamental para reduzir as faltas às consultas hospitalares, sobretudo às primeiras consultas, e combater o “desperdício” de recursos. Por fim, como ponto positivo, nenhum pedido foi recusado por critérios clínicos inadequados.

PD 73

BARREIRAS E FACILITADORES DE DENÚNCIA POR PARTE DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA DE EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – RESULTADOS PRELIMINARES

Diana Nadine Moreira^{1,2}; Mariana Pinto da Costa^{3,4,5}

¹Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Santa Maria, ACeS Grande Porto II – Gondomar, Administração Regional de Saúde do Norte; ² Estudante de Mestrado de Medicina Legal, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto; ³Psiquiatria, South London and Maudsley NHS Foundation Trust; ⁴Orientadora de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto; ⁵Senior Lecturer, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London

Introdução: A violência doméstica (VD) é um problema de saúde pública grave, prevalente e com consequências devastadoras para as vítimas e as suas famílias. Inclui qualquer ato ou ameaça de violência psicológica, física ou sexual perpetrada no seio do ambiente familiar. O número de casos reportados às autoridades tem vindo a aumentar. Contudo os números divulgados anualmente pela As-

sociação de Apoio à Vítima mostram que são ainda muitas as vítimas que optam por não apresentar uma denúncia às autoridades. Assim, em 2000 o crime de VD tornou-se público em Portugal, com vista a aumentar o número de denúncias de forma a promover a proteção das vítimas e julgamentos dos agressores.

Vários estudos demonstram que as vítimas de VD apresentam mais problemas de saúde, tanto lesões agudas e sequelas provocadas por agressões, mas também várias patologias crônicas (do foro psiquiátrico, ginecológico, gasto-intestinal, entre outros), e como tal tendem a procurar mais vezes os serviços de saúde. Os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), pelo contacto e relação que estabelecem com os seus pacientes e famílias, por vezes ao longo de vários anos, encontram-se numa posição privilegiada para a deteção e denúncia de casos de VD às autoridades. No entanto, pouco se sabe sobre o que motiva estes profissionais a apresentar ou não uma denúncia às autoridades de casos de VD de que tenham conhecimento no exercer das suas funções.

Objetivos: O objetivo principal deste estudo é averiguar a opinião dos médicos especialistas em MGF sobre a VD e quais os fatores que constituem barreiras ou facilitadores da apresentação de denúncia às autoridades.

Metodologia: Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas a médicos especialistas em MGF das Administrações Regionais de Saúde de Portugal (ARS) Continental. Estas entrevistas tiveram lugar presencialmente ou por videoconferência e foram audiogravadas para posterior análise com recurso a técnicas de análise temática.

Resultados: Os resultados preliminares identificaram 4 temas. Um dos principais temas “Posição face à lei” revela uma marcada dicotomia nos seus subtemas uma vez que a maioria dos médicos parece concordar com a obrigatoriedade de denúncia para a população em geral,

mas um subgrupo apresenta a visão contrária quando essa obrigatoriedade é particularizada para os profissionais de saúde. Esta dicotomia estende-se aos restantes temas “Papel do médico”, “Barreiras à denúncia” e “Facilitadores de denúncia”. Alguns dos principais subtemas que constituem barreiras à denúncia parecem ser “Respeito pela autonomia da vítima”, “Medo da recorrência/escalada da violência” e “Sigilo médico”. Já os principais facilitadores de denúncia incluem a perceção de “Perigo de vida eminente” e o “Envolvimento de pessoa frágil”.

Conclusões: Existe uma escassez de estudos que analisem a eficácia de leis de denúncia obrigatória de VD, tanto no que concerne ao seu objetivo direto, o aumento do número de denúncias, quer naquele que é o seu objetivo fundamental, a proteção das vítimas. Os temas e subtemas identificados neste estudo constituem muitas das preocupações e opiniões expressas tanto pelas vítimas como pelos profissionais de saúde a nível internacional. A mitigação e prevenção da VD implica um esforço contínuo a nível social e legislativo para dar resposta às necessidades das vítimas de forma eficaz e protetora.

PD 74 Retirado

PD 75

RASTREIO DE DEPRESSÃO PÓS PARTO NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Inês Clemente

USF Conde da Lousã

Introdução: A depressão pós-parto (DPP) caracteriza-se, de acordo com a ICD-11, pela ocorrência de um episódio depressivo maior com início na gravidez e até às 6 semanas após o parto, com consequências negativas para a puérpera, recém-nascido e família. A prevalência em Portugal é de cerca de 13.1%. A realização do rastreio de DPP está recomendada na literatura, através de ferramentas validadas e/ou entrevista cli-

nica, sendo útil no diagnóstico e tratamento precoce da mesma. A consulta de puerpério é um momento privilegiado para a realização deste rastreio.

Objetivo: O objetivo desta investigação é avaliar se é realizado o rastreio de DPP na consulta de puerpério numa USF.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo, mediante análise retrospectiva das consultas de puerpério realizadas na USF até às 6 semanas, no ano de 2019. As variáveis analisadas foram o registo na consulta de puerpério de: palavras-chave que iniciem abordagem do bem-estar emocional da puérpera; aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e/ou PHQ9; prescrição de antidepressivos na puérpera; referência à consulta de psicologia/psiquiatria; codificação de P76 – Perturbação depressiva. Os dados foram retirados do MIM@UF, SClínico® e PEM® e tratados em Excel®.

Resultados: Foram analisadas 106 consultas de puerpério. Em nenhuma dessas consultas foi aplicada a EPDS ou PHQ9. Em 6,6% (n = 7) das consultas foram registadas as palavras “Sem sintomas depressivos”. Em 7,5% (n = 8) das consultas foi avaliado o bem-estar da puérpera através do registo das palavras: anedonia (n = 3), tristeza (n = 2), irritabilidade (n = 1), humor deprimido (n = 1), humor instável (n = 1), choro (n = 5), ansiedade (n = 1), tendo sido realizada uma referência à consulta de Psicologia. Em 0,5% (n = 1) das consultas verificou-se prescrição de antidepressivo na PEM, sem registo de palavras-chave ou aplicação de escalas. Em 84,9% (n = 90) das consultas não houve registo das variáveis estudadas.

Conclusões: Apesar de o rastreio de DPP estar recomendado, verifica-se que, no período analisado, aquele não foi realizado em 84,9% (n = 90) das consultas de puerpério. Como limitações do estudo salienta-se o ta-

manho reduzido da amostra e os registos clínicos incompletos. Assim, esta investigação poderá servir de base para um projeto de melhoria contínua da qualidade de forma a implementar o rastreio de DPP em todas as consultas de puerpério na USF, de forma a providenciar um diagnóstico precoce desta doença e o seu tratamento atempado.

PD 76

DISLIPIDEMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UM ESTUDO DE UMA REALIDADE A RECONSIDERAR

Ana Aires; Cátia Almeida Oliveira;
Helena Silva Martina
USF Alpha, ACeS Baixo Vouga, ARS Centro

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV), são a principal causa de morbi-mortalidade a nível mundial. A Dislipidemia é, em Portugal, dos fatores de risco cardiovascular (FRCV) mais prevalentes, defendendo-se que o valor alvo mais adequado para o C-LDL seja cada vez mais baixo, atendo ao risco cardiovascular (RCV) individual calculado de modo a adequar a estratégia de prevenção e tratamento a implementar.

Objetivos: Caracterizar a prevalência da dislipidemia e o RCV da amostra em estudo, avaliando o atingimento dos valores alvo de C-LDL face a esse risco.

Materiais e métodos: Estudo transversal, descritivo tendo sido selecionada uma amostra aleatória e representativa de 339 utentes da população de utentes da USF entre os 40-69 anos (n = 4447) com recolha de dados relativos ao risco cardiovascular e perfil lipídico nos processos clínicos. A recolha de dados foi efetuada através da consulta dos processos clínicos informatizados na plataforma informática SClínico® e do MIM@UF®, tendo sido criado um código aleatório para codificação dos utentes da amostra em estudo, de modo a garantir a confidencialidade e anonimização dos dados recolhidos.

Foram excluídos utentes sem registo de perfil lipídico nos últimos 5 anos. Foi realizada uma análise descritiva e inferencial utilizando testes não-paramétricos, com recurso do programa SPSS.

Resultados: Na amostra de 339 utentes estudados, 55,2% era do género masculino, 54,0% apresentava o 1º ou 2º ciclo do ensino básico e a média de idade de 55 anos. Como comorbilidades, a dislipidemia estava presente em 55,3% das vezes, 19,2% com SCORE de risco alto a muito alto e 42,0% com SCORE moderado. Destes utentes com dislipidemia, apenas 58,2% (n = 197) se encontrava medicado com estatina. Da amostra estudada, 33,0% e 28,0% dos utentes não se encontra medicado com hipolipemiente apesar da indicação, atendendo respetivamente às orientações europeias e portuguesas. Dos utentes com SCORE de risco alto (n = 26) apenas 3,8% e 19,2% apresenta C-LDL adequado face a esse risco de acordo, respetivamente com as orientações europeias e portuguesas, apresentando melhor controlo das respetivas proporções para utentes com SCORE de risco muito alto (n = 35) para 8,6% e 22,9%.

Conclusões: Atendendo ao potencial nefasto da dislipidemia, reforça-se a necessidade de um melhor controlo da dislipidemia, bem como a necessidade de intensificar a abordagem terapêutica face ao RCV calculado. A abordagem sistemática da dislipidemia como parte integrante das consultas de vigilância dos médicos de família é fundamental, à semelhança de outros FRCV igualmente vigiados. É crucial a realização de estudos de investigação desta patologia a nível nacional de modo a melhor adequar as estratégias de controlo da dislipidemia face a essa mesma realidade.

PD 77

DETERMINANTES DA INCAPACIDADE LABORAL PROLONGADA

Andreia Pereira¹; Ana Inês Almeida¹;

Maria Magalhães¹; Sandra Cunha²

¹USF Serra da Lousã; ²USF Trevim Sol

Introdução: O absentismo laboral é um importante problema de saúde pública, parecendo existir associação entre a incapacidade laboral prolongada (ILP) e determinadas características individuais, sociais e laborais. Estudos demonstram que a ILP é mais frequente no género feminino, indivíduos de nível socioeconómico e escolaridade inferiores, em trabalhadores de “colarinho azul” e faixas etárias superiores. Está também descrita a associação com a patologia músculo-esquelética, seguida da patologia respiratória. Em Portugal, a prescrição da incapacidade laboral é efetuada, na sua grande maioria, pelo médico assistente através do certificado de incapacidade temporária (CIT), que se considera de longa duração quando superior a 30 dias.

Objetivos: Avaliar determinantes sociodemográficas, laborais e patológicas de ausência laboral prolongada.

Material e métodos: Estudo transversal, observacional e descritivo. Todos os utentes da USF Serra da Lousã com idade entre os 18 e os 65 anos, sob CIT com duração superior a 30 dias consecutivos por doença natural, renovadas por um médico da unidade nos últimos 3 meses. Critérios de exclusão: grávidas, reformados, sem informação no processo clínico. Fonte de dados: Processo clínico (MedicineOne®). Variáveis a estudar: sexo, idade, escolaridade, estado civil, tipo de família, profissão, condição perante o trabalho, situação clínica na base do CIT (ICPC-2). Tratamento de dados: Microsoft Excel®.

Resultados: Foram identificados 99 utentes com ILP nos últimos três meses, com idades compreendidas entre os 20 e os 66 anos (mé-

dia de idades 51,2 anos). Predomínio do sexo feminino (66,7%), com baixa escolaridade (58,5%). A maioria dos indivíduos pertencentes a este estudo são casados (62,6%) e pertencem a famílias nucleares (62,6%). Constatou-se que mais utentes exerciam profissões de colarinho azul (77,8%) e trabalhavam por conta de outrem (77,8%). Verificou-se ainda que a patologia músculo-esquelética (ME) (35,4%), psiquiátrica (24,2%) e neoplásica (11,1%), são as condições predominantes subjacentes à ILP. **Discussão:** Os indivíduos com idade superior, sexo feminino, menor escolaridade e com patologias ME, psiquiátrica ou oncológica têm maior probabilidade de se encontrarem sob ILP, o que vai de encontro a outros estudos publicados. Aderecendo o facto de que não existem recomendações acerca da duração adequada do CIT em cada patologia, este trabalho permite identificar os utentes mais vulneráveis ao absentismo laboral prolongado.

PD 78

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL – REALIDADE DE UMA USF

Ana Inês L. de Almeida; Tatiana Peralta
USF Serra da Lousã

Introdução: A síndrome do intestino irritável (SII) é um conjunto de sintomas gastrointestinais que incluem dor e distensão abdominal, obstipação e diarreia, provocados por alterações funcionais na motilidade gastrointestinal. O seu diagnóstico é clínico, baseado nos critérios de Roma, e o seu tratamento conservador, com medidas de estilo de vida e, em certos casos, terapêutica farmacológica sintomática. A sensibilização para esta síndrome tem vindo a aumentar, com impacto positivo na procura de cuidados de saúde e no crescimento da sua incidência.

Objetivos: caracterização da população com síndrome do intestino irritável numa Unidade de Saúde Familiar (USF)

Material e métodos: Tipo de estudo: transver-

sal, observacional, retrospectivo e descritivo.

Amostra: utentes inscritos na USF com codificação de síndrome do colon irritável (K58).

Variáveis analisadas: idade; sintomatologia; fatores agravantes/precipitantes; exames complementares de diagnóstico; terapêutica efetuada; evolução das queixas; presença de psicopatologia (perturbação ansiedade e/ou depressão). **Fontes de recolha de dados:** MedicineOne® e BI-CSP®.

Análise estatística: descritiva univariada simples.

Ferramentas de tratamento de dados: Microsoft Excel e SPSS (v26).

Resultados: Este estudo incluiu 96 utentes, sendo 63.2% do sexo feminino e a idade mediana de 54 anos (Q1: 41 anos; Q3: 63 anos). O sintoma predominante foi “dor associada a distensão abdominal” (41,7%), seguindo-se “dor associada a obstipação” (17,7%), “dor associada a diarreia” (14,6%) e “alternância entre diarreia e obstipação” (13,5%). Mais de metade dos doentes estudados (57.3%) sofriam de patologia psiquiátrica.

A maioria dos doentes (61,5%) não referiu fatores precipitantes/agravantes da sua sintomatologia. Por outro lado, 22.9% dos doentes mencionaram o stress/ansiedade e 14.6% apontaram os alimentos (café, leite, leguminosas, refeições copiosas) como potenciadores de sintomas.

Dos doentes analisados, a maioria (53,1%) foram diagnosticados apenas com base em elementos de ordem clínica. Nos restantes houve recurso a exames complementares de diagnóstico, nomeadamente ecografia abdominal (18,8%), colonoscopia (25%) e avaliação analítica (3,1%), cujos resultados não revelaram alterações de relevo.

Em termos de tratamento, foram instituídos modificadores de estilo de vida (MEV) de forma isolada em 26% dos casos, com uma melhoria da sintomatologia em todos eles; em 33.3% dos doentes foi adotada uma combi-

nação de MEV com terapêutica farmacológica (TF), com 92% destes a referirem alívio sintomático. O TF em monoterapia foi realizado em 30.2%, dos quais 77% apresentaram melhoria. A TF com associação de fármacos ocorreu em 10.4% dos casos, com 90% a apresentaram alívio nos seus sintomas. No geral, verificou-se melhoria das queixas em 84.4% dos doentes.

Como limitações deste estudo, destacamos o facto de não terem sido avaliados tempo de evolução e severidade da doença, nem ter havido recurso a escalas de qualidade de vida na quantificação da resposta à terapêutica instituída.

Discussão e conclusão: O SII é uma síndrome cada vez mais abordada na literatura, dada a sua incidência crescente e o seu impacto significativo na qualidade de vida dos doentes.

Tendo em conta os resultados encontrados neste estudo, podemos verificar que ainda são solicitados demasiados MCDTs de forma desnecessária, uma vez que o diagnóstico desta síndrome é clínico.

Destaca-se a importância de medidas de estilo de vida no tratamento desta síndrome, incluindo dietas com evicção de alimentos ricos em carboidratos osmóticos (FODMAPs), prática de exercício físico e reforço hídrico.

A SII tem sido cada vez mais associada à presença comórbida de psicopatologia. Esta pode potenciar a perceção e persistência dos sintomas gastrointestinais, o que contribuiu para uma importante deterioração da qualidade de vida e recurso excessivo a Serviços de Saúde. Concluindo, torna-se fundamental a sensibilização para o diagnóstico e orientação adequada desta síndrome.

PD 79

O DIAGNÓSTICO DE DOENÇA CELÍACA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Catarina de Castro Gomes; Sónia Barros
*Unidade de Saude Familiar de Ronfe; Hospital de Faro
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve*

Introdução: A doença celíaca (DC) é uma doença sistémica imunomediada desencadeada pelo glúten - uma proteína encontrada no trigo, cevada e centeio - que ocorre em indivíduos geneticamente suscetíveis que possuem os haplótipos do antígeno leucocitário humano (HLA) -DQ2 e/ou HLA-DQ8. Caracteriza-se pela presença de enteropatia inflamatória do intestino proximal, manifestações clínicas gastrointestinais/sistémicas dependentes do glúten e presença anticorpos específicos.

A doença celíaca pediátrica é comum; atinge 1 em cada 100 crianças na maioria dos países Europeus e, em alguns destes, chega a 3 em 100. No entanto, a maioria continua sem diagnóstico. Em crianças, diagnosticar doença celíaca o mais cedo possível é essencial para assegurar um crescimento e desenvolvimento adequados e minimizar a sintomatologia. É por isso fundamental a sensibilização do Médico de Família, que se encontra numa posição ideal para primeira abordagem.

Objetivo: Foi feita uma revisão clássica da literatura, visando artigos originais e de revisão publicados nos últimos 5 anos, na língua inglesa e portuguesa. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, Cochrane e UpToDate, utilizando as palavras-chave *celiac disease*, *diagnosis* e *primary care*. Pela sua pertinência clínica foram ainda incluídas as guidelines sobre diagnóstico e tratamento da DC da *The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN) (2020), *European Society for the Study of Coeliac Disease* (ESSCD) (2019) e *North American Society For Pedia-*

tric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (NASPGHAN).

Resultados: A doença celíaca tem uma expressão clínica muito variável, que depende da extensão de acometimento intestinal bem como dos níveis de transglutaminase tecidual. As indicações para a realização testes diagnósticos incluem:

1 – sintomas gastrointestinais (diarreia crônica/intermitente, distensão/dor abdominal, náuseas/vômitos recorrentes);

2 – sintomas extraintestinais (atraso pubertário, amenorreia, irritabilidade, fadiga crônica, artralgias, anemia por déficit de ferro, osteopenia/osteoporose);

3 – parentes em primeiro-grau de doentes celíacos e doenças autoimunes ou outras condições sabidas como estando associadas à DC (diabetes mellitus tipo 1, tiroidite autoimune, doença hepática autoimune, artrite crônica juvenil, déficit seletivo de IgA, síndrome de Down, síndrome de Turner ou síndrome de Williams).

O uso de instrumentos de avaliação familiar, como o genograma, pode ser importante neste processo, principalmente em famílias com casos identificados de DC.

O teste considerado de primeira linha no rastreamento de DC são os marcadores serológicos: IgA total e anticorpo IgA anti-transglutaminase. Quanto maior este último, maior a probabilidade de DC, devendo o doente manter a sua dieta habitual sem evicção do glúten antes de realizar o doseamento (um valor acima de 20 mg/dl torna o diagnóstico provável). Nestes indivíduos, um resultado serológico positivo deve motivar a referência hospitalar para confirmação do diagnóstico. Portanto, a determinação dos fatores genéticos HLA DQ2/DQ8 não é obrigatória, embora possam ser utilizados para exclusão do diagnóstico dado o seu elevado valor preditivo negativo.

O único tratamento comprovadamente eficaz consiste na exclusão do glúten da dieta, que

provoca a reversão da sintomatologia e das lesões histológicas, sendo fulcral a educação e monitorização contínuas dos doentes.

Conclusão: É fundamental que haja um grau de suspeita maior por parte dos clínicos, principalmente, nos cuidados de saúde primários, para que o diagnóstico e tratamento sejam realizados atempadamente, evitando-se o desenvolvimento de complicações que aumentam a morbimortalidade da doença.

PD 80

NASCEM VEGGIE CRESCER SAUDÁVEL: ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA NO 1º ANO DE VIDA

Mónica Lopes; Margarida Martins

UCSP de Olhão USF Descobrimentos, Lagos

Introdução: A opção pelo vegetarianismo tem vindo a aumentar e em Portugal, segundo dados de 2017, 1,2% da população portuguesa segue uma alimentação veggie. À medida que aumenta o número de pessoas que optam por este tipo de dieta, os profissionais de saúde devem estar preparados para aconselhar e esclarecer os seus pacientes ao longo das várias etapas de vida. Comparativamente à dieta onívora, uma dieta vegetariana bem planeada fornece uma quantidade superior de glícidos, fibra, ácidos gordos polinsaturados (AGPI) ómega-6, carotenoides, ácido fólico, magnésio, vitamina C e E. Contudo existe o risco de défices energéticos e nutricionais (proteínas, AGPI ómega-3, ferro, zinco, cálcio, iodo, vitaminas A, B2, B12 e D), sendo estes mais significativos na população pediátrica cujas consequências vão desde atrasos do crescimento a danos cognitivos irreversíveis e em última instância morte.

Objetivos: Pesquisa e síntese das atuais recomendações para diversificação alimentar em crianças vegetarianas.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica em março de 202 com os termos Mesh: *vegetarian diet e children*. Seleccionados artigos

em língua portuguesa e inglesa, publicados nos últimos 10 anos, de acesso livre, na base de dados PubMed. Excluídos artigos com participantes de idade > 18 anos. Também foram incluídos outros artigos, com as palavras-chave dieta vegetariana, diversificação alimentar, DGS, *vegetarian diet*, *children, guidelines, europe*, pesquisados no Google Scholar.

Resultados: Obtidos 34 artigos, tendo sido selecionados, após leitura do abstract, 5 artigos. As diretrizes para a diversificação alimentar são semelhantes para vegetarianos e não vegetarianos.

O aleitamento materno exclusivo é recomendado até aos 6 meses de vida e na ausência deste estão disponíveis fórmulas infantis com proteína de soja ou de arroz.

Entre o 5 e o 6 mês deverá iniciar-se a diversificação alimentar, com hortícolas ou as farinhas de cereais.

Após a introdução destes poderá oferecer-se maçã, pêra e banana e aos 6-7 meses podem ser dados todos os frutos, incluindo os potencialmente alergénios.

Também aos 6 meses pode ser introduzido na sopa, como fonte de proteína vegetal, o tofu.

Aos 7 meses o tofu deve ser oferecido como prato principal, juntamente com farinha de pau, açorda, massa, arroz, quinoa, millet, legumes e hortaliças e podem ainda ser introduzidas as leguminosas.

Aos 8 meses pode-se incluir proteína de ervilha, de cânhamo, gérmen de trigo, levedura de cerveja e iogurte ou preparado fermentado de soja, assim como a gema de ovo.

Aos 9 meses a alimentação do lactente pode incluir a clara de ovo e os frutos oleaginosos naturais e sem sal e bem triturados. Após esta idade, as algas são comumente utilizadas, mas ainda não existem estudos de segurança nutricional.

O tempeh e o seitan podem ser oferecidos a partir dos 11-12 meses como fonte de proteína vegetal e substitutos da carne, devendo

de ser privilegiadas as formas frescas e sem sabor.

A partir dos 12 meses deve ser iniciada a dieta familiar com exceção das bebidas vegetais que nunca devem ser introduzidas antes dos 24 meses.

A necessidade de suplementação do lactente deve ser considerada após avaliação rigorosa da alimentação da lactante e do lactente e está indicada se as necessidades nutricionais dos mesmos não forem atingidas através da alimentação.

Conclusão: Um regime alimentar vegetariano equilibrado satisfaz as necessidades nutricionais dos lactentes e permite o seu normal desenvolvimento estatura-ponderal e cognitivo, sendo essencial, nos primeiros anos de vida, uma supervisão médica e orientação nutricional adequadas. O médico de família tem um papel privilegiado no aconselhamento aos pais destas crianças, pelo que é essencial que conheça as particularidades destas dietas e forneça informação adequada a cada fase de crescimento, caso contrário poderemos comprometer o status nutricional dos nossos pacientes vegetarianos neste período de vida particularmente vulnerável.

PD 81 Retirado

PD 82

GABAPENTINA NO CONTROLO DOS SINTOMAS VASOMOTORES ASSOCIADOS À MENOPAUSA: QUAL A EVIDÊNCIA ATUAL DA SUA EFICÁCIA?

Rita da Fonseca Serejo; Margariga Garrett Silva;
Vitor Trindade Pedrosa
USF Emergir USF Gago Coutinho USF KosmUs

Introdução: A perimenopausa pode associar-se a uma diminuição da qualidade de vida da mulher quando acompanhada de sintomas vasomotores (SVM) ou distúrbios do sono. Os SVM constituem os mais comuns, afectando ~80% das mulheres, mas apenas 30% recor-

rem ao médico para tratamento. O impacto dos SVM é muitas vezes subestimado, sendo que cerca de 40% das mulheres ocidentais têm sintomas intensos e perturbadores. Diversos estudos têm apontado que um número crescente de mulheres procura tratamentos não-hormonais, ou alternativos, para o controle dos SVM, em vez de procurarem ajuda médica.

A terapêutica hormonal de substituição (THS) é a terapêutica standart, mas a sua utilização tem mostrado limitações. O *Women's Health Initiative* 2002 alertou para um maior risco de cancro da mama e de eventos cardiovasculares com a THS. Assim, houve um declínio global na prescrição de THS e uma maior procura de terapêuticas alternativas. Além disto, algumas mulheres têm contra-indicação para o uso de THS e verifica-se um número crescente de mulheres em situação de tratamentos que levam a uma menopausa súbita e precoce.

A gabapentina (GABA) é um fármaco aprovado pela FDA como anti-convulsivante/ anti-epiléptico, mas tem sido cada vez mais estudada no controlo dos SVM da menopausa.

Objetivos: Dado o elevado número de mulheres que procuram ajuda para o alívio dos SVM e dado o risco do uso de THS e o crescente aumento de mulheres com antecedentes de cancro da mama, o objetivo é determinar a evidência da eficácia do uso da GABA na gestão dos SVM na peri- e pós-menopausa, por forma a permitir que os médicos prestem aconselhamento com base em evidências, aumentando o leque de opções.

Materiais e métodos: Pesquisa em várias bases de dados, incluindo Pubmed, *British Medical Journal* e *The Cochrane Library*; utilizando os termos Mesh: *Menopause*, *gabapentin* e *hot flashes*. A pesquisa foi limitada a artigos escritos em inglês e português publicados nos últimos 5 anos. O nível de evidência foi avaliado pela *Strenght of Recommendation*

Taxonomy (SORT) da *American Family Physician*.

Resultados e conclusões: Identificaram-se 29 artigos. Selecionou-se 1 meta-análise, 1 ensaio clínico randomizado controlado, 5 artigos de revisão, 5 normas de orientação clínica/consensos e 1 artigo de opinião.

A GABA demonstrou eficácia na redução dos SVM, constituindo a TNH com maior eficácia e mostrando-se mais eficaz que o placebo. Pode ser usada nas doses de 900 mg / d de libertação rápida, 3 id, ou na dose de 1800 mg / d de uma formulação de ação prolongada (G-GR) (600 mg am / 1200 mg pm). A GABA 900 mg 3id tem eficácia semelhante à do estradiol em baixa dose. Na dose de 2400 mg/dia tem eficácia igual à do estradiol em dose padrão, mas com mais efeitos adversos. Apresenta maior benefício em caso de sintomas nocturnos. Os efeitos laterais são dose dependentes, permitindo com a titulação da dose, o aumento da tolerância. A GABA constitui a TNH com maior eficácia na gestão dos SVM, segura e com poucas interações medicamentosas, o que a torna um excelente candidato neste âmbito, uma vez que é de particular importância que na terapêutica não-hormonal dos SVM, as interações medicamentosas sejam consideradas.

No entanto, os ensaios clínicos apresentam algumas limitações - os outcomes avaliados são variáveis; nem sempre envolvem o uso de ferramentas validadas; amostras pequenas com população relativamente homogênea; efeitos adversos nem sempre completamente avaliados e reportados; e, possivelmente, a maior limitação é o efeito placebo, que varia entre 20-60%. Toda a evidência reportada é interpretada com base nestas limitações, sendo a atual recomendação para o uso da GABA no controlo dos SVM SORTB.

DOENÇA PROFISSIONAL: QUANDO, COMO E QUEM DEVE PARTICIPAR?

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

Introdução: Doença profissional (DP) é aquela que resulta de consequência necessária e direta da atividade laboral e causa incapacidade para o exercício da profissão. Segundo o último relatório de atividades da Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT), o número de participações obrigatórias em 2018 foi de 5840, um número que se julga subestimado.

Objetivos: Pretendemos esclarecer o papel do médico na identificação de DP e processo de participação da mesma.

Material e métodos:

Consulta de:

- Decreto-lei (DL) no 2/82, de 5 de janeiro: obrigatoriedade da participação de DP;
- Lei no 98/2009, de 4 de setembro: regime de reparação de Acidentes de Trabalho (AT) e de DP;
- DL n.º 352/2007, de 23 de outubro: Tabela Nacional de Incapacidades por AT e DP (TNI).

Resultados: Considera-se doença profissional aquela que se desenvolveu como consequência (direta ou indireta) de exposição a um risco (físico, biológico, psicossocial) a que o trabalhador esteve (ou ainda está) exposto aquando da sua atividade laboral.

Se o trabalhador desenvolver uma doença que o seu médico assistente (de família, do trabalho, ou outras especialidades) suspeite ser DP (diagnóstico de presunção), este último tem a obrigação de notificar o Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais (DPRP), através o preenchimento da participação obrigatória (Modelo GDP 13 da Segurança Social - SS).

O trabalhador deverá preencher o requeri-

mento de pensão por Incapacidade Permanente (Modelo GDP 12 da SS) e juntamente com os exames complementares realizados enviar os documentos anteriormente referidos via correio ou email para o DPRP.

O DPRP convocará o trabalhador para avaliação do caso, reconhecimento de DP e atribuição de incapacidade permanente (IP) de acordo com a TNI, caso haja nexo-causalidade.

Caso a DP seja reconhecida, o trabalhador direito tem à reparação do dano em espécie e/ou em indemnização pecuniária. A comunicação do reconhecimento de DP é feita pelo DPRP ao trabalhador, empregador e DGS.

Conclusão: O desconhecimento do processo de participação e do dever do médico em notificar DP levam a uma subvalorização deste grupo nosológico. Em parte deve-se à sub-notificação, o que poderá reflectir uma ausência ou uma menor informação relativa à gestão deste problema por parte, dos serviços de saúde, dos médicos e dos trabalhadores em geral. Esta prática tem repercussões negativas não só no que respeita ao conhecimento da realidade, como também no acionamento dos mecanismos de certificação das DP, na resposta atempada ao direito de reparação e na definição de estratégias preventivas.

s suas circunstâncias de vida, nomeadamente estrutura familiar e social, e não apenas com enfoque na sua patologia. Essa abordagem permite perceber o modo como o doente encara a sua doença, englobando as suas crenças, medos, expectativas e necessidades.

ICFEP: UMA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ESQUECIDA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Sara Leite; Antonieta Barbosa; Carla Cardoso;
Filipe Santos; Joana Silva
USF Anta, ACeS Espinho/Gaia

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) afeta cerca de 15 milhões de habitantes na União Europeia, sendo a principal causa de hospitalização entre doentes com mais de 65 anos e a principal causa de morbilidade e mortalidade por doenças cardiovasculares. Nos últimos anos, um subgrupo crescente destes pacientes tem recebido particular atenção por parte das comunidades médica e científica, o grupo de pacientes com IC com fração de ejeção preservada (ICFEP). Este subgrupo constitui já mais de 50% dos casos de IC, e prevê-se que esta proporção continue a crescer em virtude do aumento quer da esperança média de vida, quer da incidência de hipertensão arterial (HTA), obesidade e diabetes mellitus. No entanto, é ainda assim uma patologia subdiagnosticada e mal gerida nos cuidados de saúde primários, pela falta de conhecimento acerca da doença e pelo desafio diagnóstico que constitui.

Objetivo: Sensibilizar a comunidade médica dos cuidados de saúde primários para a ICFEP, relativamente à sua fisiopatologia, diagnóstico, terapêutica e prognóstico, com o objetivo de melhorar a gestão destes doentes nestas unidades.

Métodos: Foi realizada uma revisão clássica, através da base de dados PubMed. A expressão de busca utilizada foi: *heart failure with preserved ejection fraction*.

Resultados: Os dados epidemiológicos sugerem que o prognóstico destes doentes é semelhante ao dos que apresentam IC com fração de ejeção reduzida (ICFER), com hospitalizações frequentes e um consumo de

recursos de saúde avultado. No entanto, ao contrário da ICFER, para a ICFEP ainda não existem estratégias terapêuticas que conduzam a uma melhoria de sobrevida, sendo o seu tratamento, atualmente, em grande medida empírico e direcionado à melhoria sintomática. A disfunção diastólica tem sido classicamente considerada como o principal mecanismo subjacente ao seu desenvolvimento. No entanto, múltiplos trabalhos têm salientado alterações sistémicas, envolvimento marginal da função sistólica sem tradução na fração de ejeção (FE) e alterações vasculares, ou do acoplamento ventrículo-vascular, como mecanismos alternativos.

Presentemente, a HTA é o fator de risco mais prevalente de disfunção diastólica e ICFEP, no entanto, muitos dos pacientes hipertensos apresentam frequentemente comorbilidades, como a obesidade e a diabetes, que também constituem fatores de risco concorrentes. De facto, a disfunção diastólica subclínica é altamente prevalente na população geral, mas aumenta exponencialmente com a associação de comorbilidades, sugerindo que a abordagem destes fatores de risco pode ser essencial na sua prevenção. Um doente idoso com estes fatores de risco na presença de intolerância ao esforço, dispneia e edema dos membros inferiores, deve-nos deixar alerta para este diagnóstico, no entanto só o ecocardiograma é que nos poderá dar o diagnóstico definitivo pela presença de disfunção diastólica e uma FE do VE $\geq 50\%$. Mais recentemente é ainda defendida a aplicação do exercício ou de um outro tipo de esforço, neste diagnóstico, já que muitos doentes se mantêm assintomáticos em repouso.

Conclusões: A grande heterogeneidade entre os pacientes com ICFEP e a enorme complexidade das suas vias fisiopatológicas têm tornado o diagnóstico e gestão destes doentes controverso e um verdadeiro desafio clínico nos cuidados de saúde primários. Contudo,

é de ressaltar que uma fração de ejeção do VE $\geq 50\%$ num doente com suspeita de IC não deverá nunca ser um critério de exclusão deste diagnóstico e estes doentes não devem ser geridos da mesma forma que um doente com ICFER.

PD 85

PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO NA GRAVIDEZ

Vanessa Carvalho Mariana Coelho

USF Costa do Estoril

Introdução: A mudança no padrão de atividade física da população é assunto de grande relevância e preocupação perante o agravamento dos problemas de saúde associados ao crescente sedentarismo. A prática de atividade física na grávida é ainda menor do que nas mulheres adultas em geral.

A atividade física regular é um fator chave de proteção para a prevenção e controlo de diversas patologias, tem grandes benefícios a nível da saúde mental, relações sociais, qualidade de vida e pode contribuir para a manutenção do peso saudável e do bem-estar geral.

Os benefícios de se obter um estilo de vida mais saudável e a importância da prática de exercício físico na mulher grávida, desde que não haja contraindicações, deve ser tema abordado de modo sistemático na vigilância pré-natal, um momento particularmente propício para a intervenção dos profissionais da saúde.

Objetivos: Rever os principais benefícios, contraindicações e importância da prescrição de exercício físico durante a gravidez

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed-Medline e outros documentos emitidos por sociedades científicas e entidades governamentais de saúde, utilizando as palavras-chave *pregnancy*, *physical exercise*, tendo sido selecionados artigos publicados em Inglês e Português entre 2015 e 2020.

Resultados e conclusões: A prática regular de exercício físico durante a gravidez está associada a diversos benefícios, com ganhos extensivos ao feto, como um melhor controle metabólico, redução do risco de parto pré-termo e complicações obstétricas, e melhoria da condição física, contribuindo para recuperação no pós-parto.

Na ausência de contraindicações clínicas ou obstétricas para a prática de exercício, todas as grávidas devem ser estimuladas a manter ou adotar um estilo de vida ativo. O exercício físico em intensidade leve a moderada é considerado prática segura tanto para a mãe quanto para o feto.

A Direção Geral da Saúde recomenda que todas as mulheres grávidas sem contraindicações, devem realizar atividade física regular durante a gravidez e pós-parto, de pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada ao longo da semana.

A grávida deve escolher uma atividade que melhor se adapte às suas características e interesses para, com isso, aumentar a adesão ao exercício escolhido.

As mulheres que antes da gravidez, praticavam habitualmente atividades aeróbias de intensidade vigorosa, ou aquelas que eram fisicamente ativas, podem continuar essas atividades durante a gravidez e no pós-parto. Contudo, quando o exercício físico é prescrito de forma inadequada pode acarretar riscos à saúde da mãe e do feto. Devem ser evitados exercícios que coloquem a grávida ou o feto em risco, como atividades de alto impacto, com risco de queda ou trauma abdominal e desportos de contato.

Assim como existem exercícios físicos contraindicados na gestação, existem também alterações na grávida que geram contraindicações relativas e absolutas para a prática de atividade física, como doença cardíaca, doença pulmonar restritiva, placenta prévia, pré-eclâmpsia entre outros. Importa por isso que

os profissionais de saúde que acompanham a grávida estejam atentos a estas situações, visando à segurança e a saúde da grávida e do feto.

A atividade física durante a gravidez traz inúmeros benefícios para a mãe e para o feto, desde que sejam tidos em conta os devidos cuidados quanto ao tipo, duração e intensidade dos exercícios, respeitando as contraindicações e patologias associadas com acompanhamento profissional e indicação médica de maneira individualizada.

A gravidez é um período ideal para a intervenção de profissionais da saúde, devido a um acompanhamento mais próximo e por as grávidas estarem altamente motivadas. A consciencialização dos benefícios de se adotar um estilo de vida mais saudável durante e após a gestação deve fazer parte sistemática dos procedimentos assistenciais e a prática de exercício físico deve ser encorajada pelos profissionais de saúde.

PD 86 Retirado

PD 87

TÉCNICAS DE MINDFULNESS NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Patrícia Figueiredo; Cristina Prata;
Luís M Gonçalves; Patrícia Ribeiro Santos;
Paulo Sameiro da Mata; Ana Cristina Vitorino;
Maria Teresa Dias
USF Sobreda, ACeS Almada-Seixal, ARSLVT

Introdução: A gravidez e o período pós-parto condicionam mudanças significativas na vida de um casal, levando a níveis de stress aumentados. Aproximadamente 10 a 20% das mulheres sofrem de perturbações de humor, como depressão, no período pós-parto. A utilização de técnicas de *Mindfulness* parece ser uma estratégia custo-efetiva na prevenção destes casos. Consiste em direcionar a atenção e cultivar uma atitude de paciência e acei-

tação, sem julgamentos. Estas técnicas visam uma consciência que possibilite experiências tanto prazerosas quanto dolorosas, sem ser reativo, mas sim criterioso e compassivo.

Objetivo: Rever a evidência sobre a eficácia das técnicas de *Mindfulness*, utilizadas durante a gravidez e pós-parto, na prevenção da depressão pós-parto.

Métodos: As fontes de dados utilizadas foram: *Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Guidelines and Evidence Report*, *Cochrane Library*, *BMJ Publishing*, *UpToDate* e *PubMed*. Foi feita uma pesquisa, no dia 24 de junho de 2021, de normas de orientação clínica (NOC), meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS), revisões de literatura (RL) e ensaios clínicos (EC) publicados entre fevereiro de 2016 e junho de 2021, nas línguas inglesa e espanhola. Os termos MeSH utilizados foram *Mindfulness*, *Postpartum Depression* e *Pregnancy*. Para a avaliação dos níveis de evidência (NE) e atribuição da força de recomendação (FR) foi utilizada a escala *Strength Of Recommendation Taxonomy (SORT)*, da *American Family Physician*, e para a avaliação da qualidade dos EC foi utilizada a escala de Jadad.

Resultados: Da pesquisa efetuada obtiveram-se 19 artigos tendo sido selecionados seis que cumpriam a totalidade dos critérios de inclusão: uma RL (NE 3) e cinco EC (NE 2). Não foram encontradas NOC, MA e RS publicadas no período de estudo. Os estudos apontam para um potencial benefício das técnicas de *Mindfulness* na prevenção da depressão pós-parto. No entanto, face à existência de poucos EC e de qualidade insuficiente que sustentam a evidência atual, é atribuída uma força de recomendação B, de acordo com a escala SORT da *American Family Physician*.

Conclusão: As técnicas de *Mindfulness* parecem ter resultados promissores na prevenção da depressão pós-parto. Contudo, o uso de amostras pequenas e a heterogeneidade

da população incluída nos estudos comprometem a extrapolação e reduzem a força das conclusões obtidas. São necessários mais estudos de elevada qualidade metodológica e com maiores amostras, que suportem a utilização destas técnicas.

PD 88

O CANÁBIS E A ESQUIZOFRENIA: CAUSA OU TRATAMENTO?

José Pedro Lacerda da Costa Vieira;

José Filipe Morim de Sá Moreira

UCSP Mira

O canábis é uma das substâncias de abuso mais utilizadas globalmente. Nos últimos anos, tem vindo a ser legalizado em várias partes do mundo, pelo que se torna fundamental compreender o seu efeito na nossa saúde mental, nomeadamente o impacto nas patologias do espectro da esquizofrenia. Embora o canábis já exista há muito tempo, os seus efeitos exatos ainda não são inteiramente conhecidos. A esquizofrenia é uma doença crónica que se manifesta por surtos psicóticos e que afeta cerca de 20 milhões de pessoas em todo o mundo. A esquizofrenia e o canábis parecem ter uma relação próxima, pelo que foi objetivo deste trabalho estudar as últimas informações atualizadas sobre o tema. Para tal, utilizou-se a base de dados PubMed, tendo sido pesquisadas revisões sistemáticas do último ano, em inglês, utilizando as palavras-chave: *cannabis*, *cannabinoids* e *schizophrenia*. Foram encontrados 6 artigos com estas características, tendo sido todos incluídos neste trabalho.

A maior parte dos estudos suportam a existência de uma relação de causalidade entre o canábis e a esquizofrenia. Apesar disso, um estudo demonstrou não existir efeito significativo no uso de canábis, isolado ou em combinação com outras substâncias, e o desenvolvimento de sintomas negativos. No entanto, utilizadores de canabinóides recen-

temente abstinentes apresentavam sintomas negativos menos severos do que os não utilizadores. Já relativamente aos sintomas positivos, o canábis foi associado a um ligeiro aumento destes sintomas. Para além disto, verificou-se também uma menor adesão terapêutica nos doentes utilizadores de canabinóides como droga de abuso. A partir dos dados atuais, constata-se o componente tetrahydrocannabinol (THC) da canábis pode ser o principal culpado por psicose e esquizofrenia na população de risco. O THC também pode ser aquele que exacerba os sintomas e causa um prognóstico adverso em doentes já diagnosticados. Por outro lado, os estudos não correlacionam estes riscos com o componente canabidiol (CBD), sendo que vários estudos têm até sugerido que este pode ter um efeito terapêutico. Contudo, a qualidade da evidência da sua eficácia e segurança é, no geral, fraca a moderada, e ainda insuficiente.

Conclui-se que o THC é o responsável pelo risco acrescido de sintomas psicóticos na população saudável, bem como fator de risco para esquizofrenia e exacerbação desta patologia em doentes já diagnosticados. São necessários mais estudos para escrutinar o potencial efeito terapêutico do CBD.

PD 89

DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO IDOSO AUMENTA O RISCO DE DEMÊNCIA?

Catarina Oliveira Carvalho; Flávia Cardoso Soares

USF Novo Norte; USF Terras de Santa Maria

Introdução: A demência é uma diminuição, lenta e progressiva, da função mental, que afeta a memória, o pensamento, o juízo e a capacidade de aprendizagem. A possível associação entre deficiência auditiva e demência representa uma oportunidade de intervenção médica precoce na prevenção e atraso da deterioração cognitiva.

Objetivo: A presente revisão baseada na evidência pretendeu avaliar se a deficiência

auditiva aumenta o risco de demência e consequentemente se o seu tratamento e prevenção poderão diminuir a progressão desta.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos publicados nos últimos 10 anos (até 31/12/2020), na língua inglesa, indexados nas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência, utilizando os termos MeSH: *hearing loss AND dementia*. Utilizou-se a escala *Strength of Recommendation Taxonomy*, da *American Family Physician* (SORT), para atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR).

Resultados e conclusões: Encontraram-se 145 artigos e 11 cumpriram os critérios de inclusão: três revisões sistemáticas com meta-análise, três revisões sistemáticas, um ensaio clínico de caso-controlo e cinco estudos prospetivos, NE 2. Em todos os estudos a deficiência auditiva relacionada com a idade foi significativamente associada com declínio cognitivo e com o aumento de incidência de demência. No entanto, o impacto das intervenções auditivas na função cognitiva não foi homogéneo em todos os estudos incluídos.

Pode-se concluir então que são necessários mais estudos, de maior duração e amostra, de forma a poder ser avaliado o impacto das diferentes intervenções auditivas na função cognitiva. No entanto, a evidência existente parece demonstrar que efetivamente a deficiência auditiva aumenta o risco de demência e que consequentemente, o seu tratamento a previne (FR B).

PD 90

ABORDAGEM DA VERTIGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nádia Matos Lopes¹; Catarina dos Vais²;

Ana Carolina Bronze¹

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

Introdução: A vertigem é um sintoma de ilusão de movimento giratório, na maioria das vezes, balanço ou inclinação. É percebido como movimento do próprio, ou do ambiente. Tem como causa uma disfunção do sistema vestibular e pode manifestar-se em diversas patologias, que poderão ser benignas ou ameaçadoras da vida. Desta forma, a abordagem da vertigem poderá ser desafiante para o médico de família (MF).

Objetivos: Propor uma abordagem sistematizada das queixas de vertigem nos Cuidados de Saúde Primários.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão clássica através da pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS) e estudos originais, publicados até à data, utilizando o termo “vertigo”.

Resultados e conclusões: Os doentes poderão descrever vertigem como lipotímia, desequilíbrio, sensação de cabeça vazia, entre outros, o que torna este sintoma pouco sensível e pouco específico de doença vestibular. Para melhor interpretar as queixas, o MF deverá começar por colher alguns elementos fundamentais da história clínica. Para começar, explorar o tempo de duração do sintoma: episódios recorrentes, breves, poderão dever-se a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB); um episódio com a duração de horas poderá ser atribuído a enxaqueca vestibular ou a doença de Ménière (DM), caso seja recorrente. Em seguida, será útil compreender quais os fatores precipitantes, como a posição da cabeça (mais associado à VPPB),

a marcha (aponta para causa central) ou a história de infecção vírica recente (provável nevrite vestibular). Os sintomas acompanhantes irão igualmente orientar ao diagnóstico. A associação de diplopia, disartria, disfagia, torpor ou fraqueza, deverão alertar para a possibilidade de acidente vascular cerebral (AVC) vertebrobasilar, sobretudo em doentes com fatores de risco cardiovasculares; acúfeno e sensação de plenitude auricular sugerem DM; queixas de cefaleia com aura associada a foto e fonofobia são sugestivas de enxaqueca vestibular; dispneia, palpitações e sudorese levam a suspeitar de crise de ansiedade. O exame objetivo oto-neurológico é chave para o diagnóstico. O nistagmo representa a manifestação física da vertigem, ajudando a distinguir de outras formas de tontura. Num episódio de vertigem aguda é possível observar nistagmo quando o doente olha em frente. O nistagmo de etiologia periférica tende a diminuir aquando da fixação do olhar, é do tipo horizontal ou horizontal-torsional e não altera de direção com a posição do olhar. Por outro lado, o nistagmo de origem central tende a reverter a sua direção com a posição do olhar, nomeadamente com a convergência, é predominantemente do tipo horizontal, torsional ou vertical e não se esgota com a fixação do olhar. A manobra de Dix-Hallpike é um teste utilizado para investigar a vertigem e provoca nistagmo em doentes com tonturas posicionais. Esta manobra, se positiva, traduz uma disfunção do canal semicircular posterior, que é a principal causa de VPPB, tendo por isso um elevado valor clínico para o seu diagnóstico. A execução da manobra *Head Impulse test* auxilia no diagnóstico de lesão vestibular periférica. A otoscopia é obrigatória e por vezes são necessários testes de audição, como o teste da voz ciciada, o teste de Rinne e Weber. A objetivação de surdez neurosensorial unilateral sugere dano periférico. Por último, deverá realizar-se o exame neurológico, sempre

que houver suspeita de lesão central. O MF deve optar por não usar beta-histina ou outros similares rotineiramente para o tratamento da vertigem. Recomenda-se, por tanto, a correta avaliação da vertigem e a referência adequada a consultas diferenciadas, de Otorrinolaringologia ou Neurologia.

PD 91

NOTALGIA PARESTÉSICA – QUANDO O PRURIDO (AFINAL) TEM EXPLICAÇÃO!

Lisete Lopes¹; Catarina Pinhão²;

Maria Inês Marques³

¹USF Parque Cidade, ACES Loures Odivelas; ²USF

Andreas, ACES Oeste Sul; ³USF Reynaldo dos Santos, ACES Estuário do Tejo

Introdução: Apesar de subdiagnosticada, a notalgia parestésica (NP) é uma patologia benigna comum, sendo caracterizada por prurido crónico e geralmente unilateral, localizado entre os dermatomas D2 e D6. Tem um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes essencialmente pela dificuldade em termos de controlo alérgico e resistência a múltiplas opções terapêuticas.

Objetivos: Com esta revisão narrativa da literatura pretendemos descrever a apresentação típica, bem como abordar o diagnóstico e as opções terapêuticas existentes.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no motor de pesquisa Pubmed®, pelos termos *notalgia paresthetica*, sendo selecionados 8 artigos publicados em revistas internacionais entre 2016 e 2020.

Resultados e conclusões: A NP é uma neuropatia sensitiva de etiologia ainda não totalmente esclarecida. Contudo, a hipótese mais aceite é a lesão do ramo posterior dos nervos espinhais D2 a D6. Afeta mais frequentemente mulheres adultas, havendo alguns casos reportados em jovens com neoplasia endócrina múltipla tipo IIA. Clinicamente, manifesta-se por prurido crónico, intermitente e de intensidade variável, frequentemente acompanhado

de hiperpigmentação cutânea, dor, parestesia ou hiperalgesia, localizado entre as regiões infra-escapular e paravertebral. O diagnóstico é clínico, feito com base na avaliação dos sintomas e da área específica afetada, e podem eventualmente ser pedidos exames imagiológicos para o diagnóstico diferencial com outras patologias.

Sendo uma patologia ainda com uma etiologia mal definida, não existe nenhum tratamento eficaz para controlo da sintomatologia. Os anti-histamínicos e corticóides tópicos são ineficazes, ao não atuarem na origem neuropática desta patologia. Entre as opções terapêuticas, encontram-se os anestésicos tópicos, capsaicina e tacrolimus, a gabapentina e outros anti-epilépticos, injeções de toxina botulínica, bem como métodos não farmacológicos, como a estimulação nervosa elétrica transcutânea, fisioterapia, osteopatia e acupuntura.

O conhecimento da história natural da NP aliado à história clínica detalhada e a um exame físico minucioso devem fazer-nos suspeitar desta patologia. O médico de família, pela proximidade e continuidade de cuidados, deve estar atento à existência desta patologia, para atempadamente identificar e referenciar estes doentes à neurologia e/ou consulta da dor, de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

PD 92

“SINTO, LOGO EXISTO” – RELATO DE CASO

Ricardo Campos¹; Daniela Alves¹;

Celina Pires Rosa^{1,2}

¹UCSP Belmonte; ²Faculdade de Ciências da Saúde

Introdução: A dor traduz o impacto dos efeitos psicossociais da doença/sofrimento no doente. Assim, o mesmo problema de saúde pode ter uma interpretação diferente em utentes com diferentes conceitos de doença. O impacto da dor no número de consultas, prescrição excessiva de exames complementares, e na prescrição “excessiva” de fármacos, pode também ser relevante.

Descrição: Indivíduo A, 58 anos de idade, sexo masculino, várias recorrências por queixas álgicas, em várias localizações, no último semestre, a última das quais, por dor torácica esquerda com de início súbito e agravamento após esforços. Foi descartada etiologia cardíaca e gástrica através da realização de meios complementares de diagnóstico e correção de medidas dietéticas; ao exame objetivo a dor agravava com a palpação e foi colocada a hipótese de síndrome de Tietze, sendo medicado com analgésicos e relaxante muscular. Na reavaliação, o utente referia melhoria inicial com a medicação, mas manifestava preocupação com uma possível etiologia grave para a sua dor, não tendo cumprido a posologia nem a duração do tratamento recomendados, tendo a dor recorrido. O utente manifestava vontade de realizar mais exames. Indivíduo B, 55 anos de idade, sexo feminino, muito frequentadora dos Cuidados de Saúde Primários, com história de refluxo gastroesofágico refratário a tratamento farmacológico, tendo sido intervencionada cirurgicamente sem melhoria das queixas. A utente tem várias recorrências por sintomas álgicos e queixas gastrointestinais diversas, tendo em alguns desses episódios sido investigada com meios complementares de diagnóstico (sem alterações significativas). A doente é muito renitente ao cumprimento das terapias farmacológicas e não farmacológicas propostas e demonstra insatisfação com a investigação complementar por achar, segundo a própria, que tem uma “doença grave” na base dos seus sintomas.

Os indivíduos A e B pertence ao mesmo agregado familiar, sendo marido e mulher. A visão perante as queixas álgicas dos dois indivíduos parece ser semelhante o que condiciona uma má adesão às terapêuticas prescritas e o interesse na continua investigação das queixas sem que haja uma verdadeira adesão às terapias propostas.

Conclusão: A visão perante a doença deste casal parece ter uma influência familiar. Cabe ao médico de família explorar os medos relacionados com o problema, inquirir o impacto do problema na vida diária e gerir as expectativas do doente face aos cuidados de saúde.

PD 93

CARCINOMA EM ANEL DE SINETE – QUANDO O DESFECHO ULTRAPASSA O DIAGNÓSTICO

Catarina Silva Araújo; Sílvia Raquel Santos;
Ricardo Miguel Costa; Adriana Barbosa Pereira;
Sandra Correia; Cindy Tribuna; Paulo Gouveia;
Cristina Cruz da Ângela
Hospital de Braga

Introdução: Apesar da incidência global de cancro gástrico ter vindo a diminuir, a incidência de carcinoma de células em anel de sinete tem aumentado nas últimas décadas. A presença deste tipo histológico está associada a sintomas mais graves e a pior prognóstico. Este caso salienta a importância da celeridade na referenciação e diagnóstico em doentes com suspeita de neoplasia, bem como a presença frequente de delirium em doentes com neoplasia.

Descrição do caso clínico: Mulher de 72 anos, autónoma. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e obesidade. Em outubro de 2020 a filha notou nódulo cervical não doloroso.

Foi realizada ecografia cervical em ambulatório, a revelar múltiplas adenopatias nas cadeias jugulo-carotídeas, supra-claviculares e uma submandibular à direita. Face estes achados, foi solicitado estudo tomográfico que a doente não chegou a realizar por início de vômitos incoercíveis, que motivaram vinda ao SU, em dezembro.

Segundo a filha, apresentava anorexia, emagrecimento, humor deprimido e períodos de desorientação com um mês de evolução, que associava à morte recente do marido. Sem

outras queixas. Ao exame físico estava desorientada no tempo e no espaço. Eram palpáveis vários gânglios cervicais e supra-claviculares, de pequenas dimensões (<5 mm) bem como uma massa axilar direita achatada, com cerca de 4 cm de maior diâmetro, móvel e não dolorosa à palpação. Sem outras alterações de relevo.

A TC toraco-abdomino-pélvica revelou “hepatomegalia com ligeira heterogeneidade difusa, não se podendo excluir eventuais micro-metástases. Múltiplas lesões ósseas líticas e escleróticas (arcos costais, coluna vertebral e bacia), sugerindo metastização difusa”. Ficou internada no serviço de Medicina Interna para estudo.

No internamento foi agendada biópsia da massa axilar e solicitado estudo endoscópico. Nas endoscopias observadas “lesões papulo-erosivas dispersas pelo estômago”, que foram biopsadas. Colón não visualizado por má preparação intestinal. Em TC do crânio observadas “extensas áreas de esclerose, provavelmente relacionadas com infiltração secundária”, sem outras alterações.

Ao 4º dia de internamento com agravamento do estado de consciência, hipotensão e diminuição do débito urinário, refratários às medidas instituídas. Faleceu passados três dias, antes de realizar biópsia da massa axilar. As biópsias gástricas revelaram, após o óbito, carcinoma pouco coeso com células em anel de sinete.

Conclusão: Este caso trata uma doente autónoma, com carcinoma gástrico avançado, com metastização difusa à apresentação. A evolução desde o início dos sintomas até ao óbito foi célere, não se tendo conseguindo instituir terapêutica dirigida em tempo útil, em parte pelo contexto familiar da doente, que atrasou a procura de cuidados de saúde (marido em fim de vida). O delirium é muito frequente em doentes com cancro, particularmente na doença avançada, sendo muitas

vezes um desafio diagnóstico. O carcinoma de células em anel de sinete tem muito mau prognóstico, mesmo em doentes com diagnóstico em estádios iniciais pelo que um diagnóstico precoce é crucial para um desfecho favorável.

PD 94

IRON BABIES – SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO EM CRIANÇAS: QUAL O BENEFÍCIO?

Sara Tainha; Inês Mendes

USF São Domingos - ACeS Lezíria; USF do Parque - ACeS Lisboa Norte

Introdução: A deficiência de ferro é o défice nutricional mais prevalente a nível mundial. Em Portugal, estima-se que a prevalência de anemia nas crianças seja de cerca de 14%, sendo a ferropénia a causa mais frequente dessa patologia. Numa fase inicial de vida, o rápido crescimento e a necessidade aumentada de ferro colocam a criança em risco de desenvolver ferropénia. Durante a infância este défice pode ter impacto a nível do desenvolvimento da criança, nomeadamente a nível psicomotor e estatura-ponderal. A suplementação com ferro pode ter um papel importante na sua prevenção. Assim, torna-se relevante avaliar os benefícios desta intervenção.

Objetivos: Determinar se existe evidência de benefícios clínicos na suplementação com ferro oral em crianças saudáveis até aos 24 meses de idade.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas, revisões baseadas na evidência e estudos de intervenção controlados publicados entre 1 de janeiro de 2010 e julho de 2021 recorrendo às bases de dados da PubMed e *The Cochrane Collaboration*, utilizando os seguintes termos MESH: *iron, infants, dietary supplements*. Foram considerados os artigos redigidos nas línguas portuguesa, inglesa e francesa. Foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* da *American*

Academy of Family Physicians na avaliação da qualidade dos estudos e força de recomendação.

Resultados e conclusões: Dos 335 artigos encontrados, 15 encontravam-se em duplicado. Após leitura de título e resumo, foram selecionados 13 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Dos artigos que foram incluídos para leitura integral constam: 5 ensaios clínicos, 3 meta-análises, 1 revisão sistemática e 4 revisões baseadas na evidência. A maioria dos artigos demonstraram benefícios da suplementação nas reservas de ferro. Nas crianças com fatores de risco para ferropénia suplementadas, alguns artigos mostraram benefícios a nível de desenvolvimento psicomotor e de comportamento, sendo que em crianças sem fatores de risco estes não se verificaram. A evolução estatura-ponderal não foi influenciada pela suplementação nos dois grupos de crianças avaliados. Em suma, crianças saudáveis sem fatores de risco não existe evidência que suporte a suplementação com ferro por rotina. Em crianças com fatores de risco para ferropénia podem existir benefícios a nível de desenvolvimento psicomotor e comportamento se suplementadas numa fase inicial de vida.

PD 95

MÃE QUE CANTA SEUS MALES ESPANTA?

Dinis Costa Oliveira¹; Joana Oliveira¹; Daniel Freitas²

¹UCSP Montemor-o-Velho; ²UCSP Guarda

Introdução: A depressão pós-parto é uma perturbação depressiva de início durante a gravidez ou nas 4 semanas pós-parto, com potenciais consequências na saúde materna e do recém-nascido. Fatores como antecedentes psiquiátricos, pobreza, conflitos familiares ou gravidez não planeada poderão propiciar o desenvolvimento desta patologia. Além de tratamentos convencionais como psicoterapia ou psicofármacos, algumas es-

estratégias complementares poderão ser consideradas na sua abordagem. O canto de mãe para filho, como a canção de embalar, está culturalmente associado à proximidade entre mãe e filho, à vinculação e à satisfação da criança e da própria mãe.

Objetivos: Neste projeto pretende-se perceber que evidência científica existe relativamente aos benefícios de cantar ao filho no tratamento das mães com sintomas de depressão pós-parto. Para tal realizámos uma revisão sistemática da literatura sobre a efetividade do canto da mãe na redução de sintomas depressivos pós-parto.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa sistemática de orientações clínicas, revisões sistemáticas e artigos originais nas bases de dados eletrónicas Medline (via PubMed), *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (via CENTRAL), *Canadian Clinical Practice Guidelines Infobase*, *National Electronic Library for Health Guidelines Finder* e na literatura cinzenta, até 12 de agosto de 2021. Foram utilizados os termos MeSH *singing*, *postpartum depression*, *postnatal depression* e *perinatal depression*. Foi utilizada a *Strenght of Recommendation Taxonomy* (SORT) do *American Family Physician* para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação.

Resultados e conclusões: Através da pesquisa foram identificados, no total, 27 artigos. Contudo apenas 6 artigos cumpriam os critérios de inclusão.

Os 6 estudos incluídos nesta revisão sistemática obtiveram, no seu conjunto, resultados sugestivos de alguma evidência de efetividade do canto materno na melhoria dos sintomas de depressão pós-parto. Em alguns estudos foram reportadas melhorias do humor depressivo, aceleração da diminuição dos sintomas depressivos, associação entre cantar e menos sintomas depressivos e correlação negativa entre sintomas depressivos e frequência do canto (SORT B).

A prática do canto materno poderá ser incentivada como terapêutica complementar. Contudo, são necessários estudos com uma metodologia mais robusta e homogênea e com recurso a métodos adequados de avaliação dos sintomas de depressão pós-parto de modo a aferir com maior rigor a efetividade do canto materno no tratamento da depressão pós-parto.

PD 96

MONOCITOSE, COMO ATUAR NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS?

Diana M Santos; Beatriz de Matos; Rosa Couceiro; Roberto Ribas

UCSP Chaves IB, ACeS Alto Tâmega e Barroso

Introdução: Os monócitos são células altamente versáteis do sistema imunitário derivadas de células hematopoiéticas da medula óssea. Habitualmente correspondem entre 1 a 9% dos leucócitos periféricos, sendo que a sua contagem absoluta varia com a idade e sexo. Participam na resposta inflamatória aguda e crónica, na defesa do organismo contra agentes patogénicos e na cicatrização de feridas. A sua desregulação pode levar ao desenvolvimento de diversas patologias.

A monocitose pode ter origem em diversas causas, benignas ou malignas. A sua avaliação deverá incluir a interpretação e articulação dos achados clínicos, laboratoriais e de outros meios complementares de diagnóstico.

Objetivos: Os objetivos deste estudo são a revisão da literatura existente sobre monocitose e a elaboração de um protocolo de abordagem e orientação para a prática clínica.

Materiais e métodos: A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Pubmed e Cochrane, com as palavra-chave *monocytosis causes*, *monocytosis etiology* e *monocytosis approach*, com os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, com texto completo, na língua portuguesa, espanhola e inglesa. Como critérios de exclusão

consideraram-se estudos não realizados em humanos.

Resultados e conclusões: A maioria dos casos de monocitose são resultantes de um processo reativo. Na presença de etiologia maligna, a leucemia mielomonocítica crônica (LMMC) é a mais frequente. É importante uma avaliação individualizada e integrada: clínica, laboratorial e, por vezes, imagiológica. Perante uma monocitose persistente e inexplicável, a presença de blastos/equivalentes de blastos ou de displasia celular, o doente deverá ser referenciado para os cuidados de saúde secundários.

O médico de família assume um papel importante na abordagem e orientação da monocitose. Para além de ter maior proximidade e conhecer melhor o doente, é de forma geral, o seu primeiro contacto com os cuidados de saúde.

PD 97

A AUTO-MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA NA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Raquel M. Lopes; Rita Crisóstomo
UCSP S. Miguel

Introdução: A auto-monitorização da glicemia capilar nos doentes com diabetes Mellitus tipo 2 faz parte de um conjunto de intervenções do controlo glicémico que mostraram benefício no atingimento desse mesmo controlo. É frequente na prática clínica observar doentes que realizam as medições, independentemente da regularidade, sem perceberem o motivo dessa avaliação e sem impacto nos seus estilos de vida.

Objetivos: Rever as indicações para a auto-monitorização da glicemia capilar nos doentes com diabetes Mellitus tipo 2.

Materiais e métodos: Revisão das principais guidelines internacionais mais recentes sobre auto-monitorização da glicemia capilar nos doentes com diabetes Mellitus tipo 2: *American diabetes Associação (ADA) 2021; National*

Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2020; European Association for the Study of Diabetes (EASD) 2018; International Diabetes Federation 2009.

Resultados e conclusões: As várias guidelines são consensuais relativamente às indicações para a auto-monitorização da glicemia capilar. Esta auto-vigilância deve ser considerada no momento do diagnóstico para educação dos doentes e para facilitar o início do tratamento bem como a sua optimização. De facto, esta intervenção deve ser entendida, também, como uma medida de aprendizagem do auto-controlo da doença que fornece uma informação ao doente com implicações para os seus comportamentos.

Assim, esta deve ser realizada de forma rotineira em: doentes medicados com insulina independentemente do esquema; doentes medicados com antidiabéticos orais hipoglicemiantes previamente a atividades que implicam risco de vida para o próprio ou para terceiros (por exemplo, condução, trabalho com máquinas ou com crianças); situações onde há evidência de hipoglicemia; mulheres diabéticas que pretendem engravidar; situações de doença aguda com aumento do risco de hipoglicemia.

Deve-se considerar a auto-vigilância da glicemia por curtos períodos nas situações de: alteração da dieta e aumento da prática de exercício físico; alteração de qualquer medicação particularmente se é hipoglicemiante; situações clínicas com necessidade de corticoterapia; confirmação da suspeita de hipoglicemia. Apesar destas indicações, a evidência científica reforça o estabelecimento de protocolos individuais específicos para cada doente de acordo com a sua instrução, comportamento e situação clínica. O objetivo será sempre, e sobretudo, a mudança de comportamentos e estilos de vida em paralelo com a decisão partilhada da terapêutica com o médico assistente.

ELEVAÇÃO DE TRANSAMINASES EM IDADE PEDIÁTRICA: ALGORITMO DE ABORDAGEM E ORIENTAÇÃO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

Joana Meneses Costa¹; Sara Martins Pinto²;
Ermelinda Santos Silva³; Helena Moreira Silva³

¹*Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar. Unidade de Saúde Familiar Valbom, ACeS Grande Porto II- Gondomar;* ²*Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar. Unidade de Saúde Familiar Nascente, ACeS Grande Porto II- Gondomar;* ³*Assistente de Pediatria, Unidade de Gastroenterologia Pediátrica. Centro Materno Infantil do Norte. Centro Hospitalar Universitário do Porto. Porto, Portugal*

Introdução: A hipertransaminasemia em idade pediátrica é um achado laboratorial comum no contexto de estudo analítico realizado em diferentes cenários clínicos. Apesar da maioria ser transitória e/ou benigna, em alguns casos, poderá haver doença associada. Enquanto nos adultos as causas de hipertransaminasemia são maioritariamente de origem hepática, na criança existe um maior espectro de diagnósticos, desde causas hepáticas (primárias ou enquadradas num distúrbio multissistémico) a extra-hepáticas. Uma vez que o diagnóstico diferencial é amplo e exigente, torna-se um desafio para os médicos de família a orientação clínica destes doentes, tornando-se fundamental uma abordagem sistematizada e uma célere articulação com os cuidados terciários.

Objetivo: Revisão teórica sobre as principais causas da elevação de transaminases em idade pediátrica; criação de um algoritmo de orientação facilmente aplicável nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), permitindo uma abordagem inicial abrangente e estruturada, de acordo com os recursos disponíveis.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE/Pubmed, Scielo e UpToDate, utilizando as seguintes palavras-chave: hipertransaminasemia, elevação das transaminases, enzimas hepáticas, crianças,

pediátrico e doença hepática. Foram incluídos artigos originais, revisões e protocolos publicados a partir do ano 2000 até março 2021, escritos em português, inglês ou espanhol. Foram também consultadas as orientações da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica.

Resultados: A hipertransaminasemia pode ser espelho de inúmeras patologias subjacentes e a idade poderá constituir uma pista diagnóstica. Dentro das causas hepáticas, na primeira infância destacam-se as causas metabólicas, imunodeficiências, malformações biliares ou fibrose quística; enquanto na criança em idade escolar predominam as infeções víricas, doença celíaca, ingestão de tóxicos e o défice de 1-antitripsina; no adolescente destaca-se a esteato-hepatite não alcoólica, tóxicos, doença inflamatória intestinal, hepatite autoimune, doença de Wilson e hemocromatose. Nas causas extra-hepáticas a faixa etária é menos diferenciadora e podemos ter como causas mais prováveis o exercício físico intenso, miopatias, miocardiopatias, nefropatias ou doenças hemolíticas.

O diagnóstico diferencial é amplo, sendo importante a distinção dos possíveis casos de hipertransaminasemia transitória/benigna, daqueles que necessitam de referência hospitalar para avaliação e investigação adicionais, evitando que patologias progressivas, mas potencialmente tratáveis, tenham um desfecho desfavorável.

Assim, perante um doente com uma hipertransaminasemia de novo deve ser colhida a história clínica e realizado o exame físico, de forma a excluir sinais de alarme que motivem uma referência urgente: má evolução ponderal, hipotonia, atraso desenvolvimento psicomotor, palidez, icterícia, hepatomegalia, esplenomegalia, sinais clínicos de hepatopatia crónica ou história familiar de hepatopatia/doença auto-imune. Na ausência de sinais de alarme, se a hipertransaminasemia for

moderada a grave, deve ser equacionada a hipótese de uma infeção vírica ou ingestão de tóxicos. Na ausência clara deste contexto, o doente deve ser referenciado de forma urgente. Perante uma hipertransaminasemia ligeira, sugere-se repetir o estudo analítico em 3-4 semanas e caso a elevação das transaminases se mantenha, a orientação do doente será realizada de acordo com os restantes dados analíticos, tal como detalhado no algoritmo. Com esta revisão e algoritmo pretendemos melhorar os cuidados prestados nos CSP e uniformizar a abordagem da hipertransaminasemia, minimizando o subdiagnóstico e reduzindo a referenciação tardia, melhorando o prognóstico dos doentes.

PD 99

MEDICINA PREVENTIVA, COM ENFASE NOS RASTREIOS

Daive Manuel Reis¹; Ana Rita Rodrigues²; Leonor Bilreiro²; Margarida Martins²; Olga Silva²; Mariana Neves³

¹UCSP - Portimão; ²USF Descobrimentos - Lagos;

³USF Baesuris - Altura

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde é um estado de bem-estar completo a nível físico, mental, e social, que vai para além da mera ausência de enfermidade, sendo atingível através de um ambiente saudável, com dieta equilibrada e estilo de vida ativo. Mentalmente inclui a capacidade de lidar com frustração e situações adversas, autoconfiança no próprio e nas suas capacidades. Assim a saúde não se centra somente no tratamento da doença, mas também na prevenção do surgimento desta, sendo esta característica um dos pilares que diferencia a Medicina Geral e Familiar (MGF) de outras especialidades médicas e uma parte central e muito própria dos cuidados de saúde primários. Este trabalho aborda superficialmente os vários níveis de medicina preventiva, nomeadamente a prevenção primordial, primária,

secundária, terciária, quaternária e quinquenária, para depois se focar na prevenção secundária na forma de rastreios. Estes podem ser agrupados em: organizados (oncológicos e não oncológicos), ou oportunistas (oncológicos e oportunistas não oncológicos). Existem diversas normas de orientação clínica, artigos de revisão e orientações governamentais nacionais sobre os rastreios a implementar na prática clínica, com o objetivo de facilitar e operacionalizar a sua implementação no terreno, na população em risco.

Objetivos: Este trabalho procurou reunir informação das diversas fontes, com maior foque nas normas de orientação clínica em vigor existentes em Portugal emitidas pela Direção Geral da Saúde, e tem como objetivo a condensação e estruturação da informação referente aos vários tipos de rastreios atualmente em vigor em Portugal, num único documento. Este encontra-se centrado maioritariamente no alvo de cada rastreio, critérios de inclusão, exclusão e orientações de referenciação ou seguimento, conforme o resultado dos mesmos, procurando não aprofundar a temática da terapêutica.

Material e métodos: Além da bibliografia selecionada descrita na secção de referências bibliográficas, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, tanto em português como na respetiva tradução na língua inglesa, em julho de 2021 nos seguintes motores de busca e sites: scholar.google.pt; NOCs.pt, rpmgf.pt, medscape, pubmed, dgs.pt, e sciencedirect.com, centrada nas palavras ou frases chave: medicina preventiva, primordial, primária, secundária, terciária, quaternária, quinquenária, programa nacional, rastreio, rastreios oncológicos, rastreios organizados, rastreios oportunistas, cancro, osteoporose, eco doppler, fraturas de fragilidade, classificação e diagnóstico de diabetes, hipertensão arterial, diagnóstico precoce, antígeno específico da próstata, papilomavírus humano e dislipide-

mia. Esta procura produziu normas de orientação clínica, artigos de revisão de tema e orientações governamentais nacionais.

Resultados e conclusões: Os resultados e conclusões foram analisados e sintetizados neste trabalho. Além desta compilação de informação, vale a pena ressaltar que algumas das normas de orientação clínica ainda vigentes em Portugal apresentam algumas divergências tanto entre as mesmas, como com normais internacionais, muitas encontrando-se até claramente desatualizadas não refletindo o conhecimento médico mais atual. Outro problema salientado por este trabalho é a clara desigualdade na prestação de cuidados de saúde a nível regional, sendo que alguns tipos de rastreios mencionados não estão disponíveis em todo o território português. Em suma a medicina preventiva requer uma abordagem sistemática, estruturada, multidisciplinar, mas analisada caso a caso dentro das possibilidades de cada região, algo para o qual o médico especialista em Medicina Geral e Familiar é treinado, mas que requer um esforço e atualização constante, além deste ter de estar constantemente alerta para situações de aplicação destes rastreios nas diversas oportunidades que surgem na prática clínica.

PD 100

CANABINÓIDES NO TRATAMENTO DA DOR NEUROPÁTICA: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Filipa Pinheiro; Angela Mendes
USCP Resende USF S. L. Lourenço

Introdução: A dor crónica é normalmente definida como dor com duração de 3 a 6 meses e pode ser o resultado de um amplo conjunto de problemas, entre os quais lesão ou doença do sistema nervoso somato-sensitivo que define a dor neuropática.

O uso de canabinóides tem motivado a curiosidade dos utentes, sendo cada vez mais

procurado, em especial pela sua vertente analgésica. Daqui advém a necessidade de os médicos discutirem informações baseadas em evidência com os seus utentes relativas aos benefícios e potenciais danos do uso de cannabis, sobre as quais existem pouco conhecimento.

Objetivo: Determinar se os canabinóides são eficazes no tratamento da dor neuropática.

Fontes de dados: *National Guideline Clearinghouse*, *NHS Evidence*, *CMA infobase*, *The Cochrane Library*, *DARE* e *MEDLINE/Pubmed*.

Método de revisão: Pesquisa de guidelines, revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA) e ensaios clínicos aleatorizados (ECA) publicados entre janeiro de 2011 e janeiro de 2021, disponíveis nas línguas inglesa e portuguesa, com os termos MeSH *neuropathic pain* e *cannabinoid*. Foi aplicada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Family Physician*, para avaliação dos níveis de evidência (NE) e da força de recomendação (FR).

Resultados: Foram obtidos 247 artigos na pesquisa inicial, dos quais apenas 12 cumpriram os critérios de inclusão. 8 dos 12 estudos selecionados demonstraram efeito analgésico dos canabinóides comparativamente ao grupo placebo. De forma geral, há evidência de que os canabinóides são seguros e modestamente eficazes no alívio da dor neuropática.

Conclusão: Os canabinóides seletivos apresentam um pequeno benefício analgésico em pacientes com dor neuropática crónica. Houve um alto grau de heterogeneidade entre os estudos incluídos nesta revisão, pelo que são necessários estudos posteriores para melhor avaliar a dosagem, duração de intervenção e o efeito dessa intervenção na dor neuropática crónica.

Palavras-chave: *Neuropathic pain* e *Cannabinoid*

PD 101

RBE: IMPACTO DO USO DE CONES VAGINAIS NO TRATAMENTO NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER ADULTA

Márcia Ferreira; Daniela Francisco
USF Gama, USF Sete Moinhos

Introdução: A incontinência urinária (IU) afeta 25 a 45% das mulheres adultas. Destas, apenas 25 a 61% procuram cuidados médicos por esse motivo. Tem importantes implicações clínicas no bem-estar e na qualidade de vida das mulheres e está associada a custos elevados para a própria e para o Sistema Nacional de Saúde. A abordagem terapêutica pode passar pelo tratamento conservador, onde se inclui o uso dos cones vaginais, pela terapêutica farmacológica ou terapêutica cirúrgica. Apesar das diversas modalidades de tratamento, a sua remissão está estimada em apenas 1,2% e 42%.

Objetivos: Rever a evidência científica sobre o uso dos cones vaginais no tratamento da incontinência urinária na mulher não grávida.

Métodos: Revisão baseada na evidência realizada por pesquisa efetuada em junho de 2021, na base de dados PubMed, de revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA), ensaios clínicos controlados e aleatorizados (ECA), estudos observacionais (EO) e normas de orientação clínica (NOC), publicados entre Janeiro de 2013 e maio de 2021, em português e inglês, usando os termos *vaginal cones* e *urinary incontinence*. Foi incluído o Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021. Critérios de inclusão segundo a metodologia PICO (População: mulheres não grávidas com incontinência urinária; Intervenção: utilização de cones vaginais; Controlo: não utilização; *Outcome*: benefícios na incontinência urinária). Foram excluídos os artigos repetidos e os que discordavam dos critérios de inclusão. Para conferir o nível de evidência (NE) dos estudos e atribuir o grau de recomendação (GR),

foi utilizada a escala *Strenght Of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Family Physician*.

Resultados e conclusões: Da pesquisa efetuada resultaram 14 artigos e o consenso uroginecológico de 2021, deste 2 foram excluídos por serem repetidos. Após leitura mais pormenorizada foram excluídos 6 artigos: 5 que não se incluem nos critérios de inclusão do estudo e 1 que era uma versão mais antiga de outro. Incluíram-se assim 6 artigos: 5 revisões sistemáticas e 1 consenso. 2 estudos referem que os tratamentos conservadores (treino dos músculos do pavimento pélvico (PFMT), cones vaginais, electroestimulação e biofeedback) são tratamento de primeira linha na incontinência urinária e são superiores à ausência de tratamento. Para além disso, dentro do tratamento conservador parece não haver diferença entre os existentes. Complementar os cones vaginais a terapia muscular do pavimento pélvico, parece não trazer benefício na incontinência urinária, que seja estatisticamente significativo. Contudo, na incontinência urinária de esforço parece haver benefício no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida.

Conclui-se assim que o uso de cones vaginais como tratamento conservador parece trazer benefício no tratamento da incontinência urinária, contudo não parece ser superior às restantes opções existentes. Grau de evidência B.

PD 102

ABORDAGEM DO CLIMATÉRIO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Margarida Lopes Martins¹ (1ª autora); Ana Rita Rodrigues¹; David Manuel Reis²; Leonor Bilreiro¹; Olga Silva¹; Mariana Neves³

¹USF Descobrimentos - Lagos; ²UCSP Portimão; ³USF Baesuris - Altura

Introdução: O climatério é o período da vida da mulher que corresponde a uma transição entre o pleno potencial e a incapacidade re-

produtiva, ao longo do qual ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Está frequentemente associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas (irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações do humor e do sono, entre outros), os quais se devem à diminuição da concentração sérica de estrogénios.

Objetivos: Rever as principais opções terapêuticas na gestão dos sintomas do período de climatério assim como saber como prevenir algumas das complicações a longo prazo.

Material e métodos: Foi feita uma pesquisa em abril de 2021 na PUBMED com as palavras-chave: *menopause management, primary healthcare*. Utilizaram-se como filtros: artigos publicados nos últimos 10 anos e artigos em inglês, português ou espanhol. Desta pesquisa, resultaram 11 artigos, dos quais selecionei 7, tendo acrescentado outros dois, prefazendo um total de 9.

Esta revisão baseou-se principalmente nas recomendações do documento Consenso Nacional da MENOPAUSA, publicado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia.

Resultados e conclusões: No tratamento dos sintomas do climatério pode-se optar por tratamento hormonal ou não hormonal, mas deverá fazer sempre parte de uma estratégia global. As indicações para a terapêutica hormonal de substituição são os sintomas vasomotores moderados a graves, síndrome génito-urinária, terapêutica do hipogonadismo, insuficiência ovárica prematura e prevenção da osteoporose na pós-menopausa, sendo que, para as primeiras duas indicações continua a ser a terapêutica mais eficaz.

Os estrogénios e a progesterona têm várias formulações no mercado, com várias vias de administração, sendo importante considerar o risco/benefício de cada uma e respetivas contra-indicações antes de se decidir tratar. Existem ainda outras opções hormonais que podem ser consideradas, nomeadamente a

tibolona, a combinação de estrogénios conjugados e bazedoxifeno, os modulares seletivos dos receptores de estrogénio e os androgénios.

Na avaliação do risco, deve-se considerar principalmente o risco de cancro da mama, o risco cardiovascular e o risco de osteoporose. A decisão de tratamento deve passar também pela existência ou não de útero pois, caso exista, irá implicar o uso de tratamentos que confirmem proteção endometrial.

A terapêutica não hormonal deverá ser considerada em mulheres que tenham contra-indicações ou não queiram o tratamento hormonal. Existem várias opções terapêuticas consoante os sintomas e o historial clínico da mulher, incluindo tratamentos sistémicos e locais.

Qualquer que seja o tratamento, a gestão dos sintomas do climatério e a prevenção de complicações decorrentes da menopausa deverá passar também pela adoção de um estilo de vida saudável.

É de salientar que a terapêutica hormonal de substituição não tem eficácia contracetiva, pelo que, na gestão dos sintomas do climatério, é pertinente manter um tratamento contracetivo, constituindo a associação de estrogénios com o sistema intra-uterino com levonorgestrel 52 mg a opção preferencial pelo seu duplo benefício (tratamento dos sintomas do climatério e contraceção).

Todas estas decisões devem ser tomadas de forma individual e adaptada às preferências e expectativas da mulher e deve ser acompanhada de uma reavaliação anual dos riscos e da resposta à terapêutica.

RESTRIÇÃO CALÓRICA E DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS

Tânia Coelho; Sílvia Sousa Neves;

Mariana Garcia Rodrigues; Rita Pereira; Tiago Silva;

Rita Gomes

Unidade de Saúde Familiar VitaSaurium

Introdução: Com o aumento da esperança média de vida verificou-se aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas associadas ao envelhecimento. O consumo de dietas calóricas a longo prazo parece favorecer o aparecimento destas patologias. A restrição calórica (regime dietético em que há consumo de dieta baixa em calorias sem que condicione má nutrição) parece prevenir o surgimento destas doenças, contribuindo para aumentar a qualidade de vida. No entanto, desconhece-se o principal mecanismo pelo qual exerce o seu benefício.

Objetivos: Com este trabalho pretendeu-se resumir alguns dos mecanismos pelos quais a restrição calórica exerce o seu efeito benéfico na prevenção das doenças neurodegenerativas, através de uma revisão da literatura.

Material e métodos: Em outubro de 2020 foi realizada uma pesquisa na Pubmed com os termos MESH *Caloric Restriction* e *Neurodegenerative Diseases* e restringiu-se a pesquisa a artigos publicados nos últimos 5 anos. Obteve-se um total de 32 artigos, dos quais 22 foram excluídos por se tratarem de revisões de tema. Incluíram-se 10 artigos originais de trabalhos experimentais realizados com animais.

Resultados e conclusões: Durante o envelhecimento observam-se alterações a nível cerebral: há um aumento do stress oxidativo condicionado por um aumento de espécies reativas de oxigénio e por uma diminuição das defesas antioxidantes. Verifica-se também uma diminuição da autofagia que constitui um mecanismo protetor regulado pela via

do mTOR (*mammalian target of rapamycin*). Estas alterações favorecem o surgimento de doenças neurodegenerativas.

A restrição calórica exerce o seu benefício ao diminuir o metabolismo e consequentemente a produção de espécies reativas de oxigénio, diminuindo assim o stress oxidativo. Atua também por estimular a autofagia, através da ativação da sirtuína 1, numa via regulada pelo mTOR. A sirtuína 1 tem demonstrado um papel protetor em várias doenças neurodegenerativas. A desacetilação (ativação) desta sirtuína promovida pela restrição calórica inativa o NF-κB (fator nuclear KB) e consequentemente diminui a expressão de genes pró-inflamatórios.

O Fgf21 (fator de crescimento de fibroblastos 21), descrito como hormona da fome, também pode ter o seu papel quando existe restrição calórica, ligando-se ao recetor que ativa a AMPK (proteína cinase ativada por AMP) e inibe o mTOR inibindo a hiperfosforilação de Tau, suprimindo, desta forma, um conhecido mecanismo da doença de Alzheimer.

A microbiota intestinal também sofre alterações com o envelhecimento, nomeadamente aumento de Bacterióides que parecem estar relacionados com o surgimento de Doença de Alzheimer pela libertação de toxinas. A restrição calórica diminui a colonização por estes microorganismos, uma vez que estes recorrem ao consumo de hidratos de carbono para manutenção das colónias.

Este regime dietético apresenta como principal limitação a difícil adesão e há ainda preocupações quanto à sua implementação em idade avançada por possível associação a défices nutricionais e a fragilidade.

Pode assim concluir-se que a restrição calórica parece exercer um efeito benéfico ao prevenir doenças neurodegenerativas através, mais provavelmente, de uma sinergia de mecanismos, especialmente pela manutenção de mecanismos que se encontram alterados

no envelhecimento. Há, no entanto, carência de estudos em humanos e, aparentemente, mais importante que a restrição calórica isolada é a adoção de um regime dietético equilibrado associado à manutenção de um estilo de vida ativo. Esta área que carece ainda de mais estudos. Enquanto médicos de família cabe-nos aconselhar os nossos utentes sobre estilos e escolhas de vida saudáveis, pelo que mantermo-nos atualizados neste tema constitui uma mais-valia.

PD 104

VAGINOSE CITOLÍTICA: UMA ENTIDADE POR DIAGNOSTICAR

Inês Miranda; Francisca Santos; Cláudia Paulo
USF Buarcos

Introdução: Em mulheres saudáveis, os lactobacilos são os microrganismos predominantes na flora vaginal e do colo do útero. Mantêm o pH ácido da vagina através da produção de ácido láctico, protegendo-a assim contra possíveis infeções. A vaginose citolítica (VC) é caracterizada pelo crescimento excessivo de lactobacilos resultando assim num decréscimo do pH vaginal e na lise das células epiteliais vaginais. Esta alteração na flora vaginal pode levar a sintomas como: prurido, ardor e leucorreia vaginal abundante, semelhantes aos sintomas de candidíase vaginal.

Embora as infeções vulvovaginais sejam relativamente fáceis de tratar, o diagnóstico incorreto e subsequente inadequado tratamento pode levar à falha do tratamento e infeções recorrentes.

Objetivos: Revisão da literatura acerca da fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da vaginose citolítica.

Material e métodos: Revisão clássica da literatura, tendo-se procedido à seleção de artigos científicos, publicados entre os anos de 2001 e 2021, mediante consulta das bases de dados PubMed, The Cochrane Library, bem como em revistas científicas de relevo nesta área de investigação. Nesta pesquisa

utilizaram-se os seguintes termos: *cytolytic vaginosis*; *lactobacillus overgrowth syndrome*; *cytolisis*.

Resultados e conclusões: Os lactobacilos são os principais microrganismos da flora vaginal das mulheres em idade reprodutiva. Produzem peróxido de hidrogénio, ácido láctico e bacteriocinas que ajudam a manter o pH vaginal normal em valores ácidos (entre 3,8 e 4,2), desempenhando um papel importante na inibição da propagação de bactérias patogénicas. No entanto, a presença de lactobacilos nem sempre é benéfico. Em algumas condições, o equilíbrio da microbiota vaginal é interrompido pelo crescimento excessivo de certos lactobacilos, de causa ainda desconhecida. Este crescimento excessivo aumenta a conversão de glicogénio em excesso de ácido láctico, o que danifica o epitélio vaginal, diminui o pH vaginal e resulta em sintomas como sensação de ardor, disúria vulvar, dispareunia e leucorreia abundante. Esta condição chama-se vaginose citolítica.

A vaginose citolítica é assim, uma causa não incomum de queixas vulvovaginais cíclicas em mulheres, que pode ser erradamente diagnosticada como candidíase vulvovaginal, sendo importante a sua exclusão.

Embora estas entidades partilhem muitos sintomas, há diferenças significativas nas características morfológicas do corrimento vaginal. O exame ao microscópico é o pilar do diagnóstico diferencial entre estas patologias, particularmente importante uma vez que o tratamento difere de acordo com a entidade em questão.

O principal achado microscópico da VC é o crescimento excessivo de lactobacilos, abundantes núcleos nus, rutura das células epiteliais escamosas e achados de citólise.

Atualmente, o tratamento da VC envolve o aumento temporário do pH vaginal para valores básicos de forma a diminuir o número excessivo de lactobacilos e assim aliviar os

sintomas, usando duches vaginais de bicarbonato de sódio.

A vaginose citolítica é frequentemente mal diagnosticado porque os sinais e sintomas são inespecíficos e semelhantes aos de outras doenças. Alguns estudos apontam que a maioria dos pacientes com uma impressão clínica de ter candidíase vaginal recorrente poderá ter VC.

Assim, em qualquer mulher com leucorreia de causa desconhecida ou outros sinais e sintomas de candidíase que não respondem a terapêutica antifúngica, o diagnóstico de vaginose citolítica deve ser considerado.

Um diagnóstico incorreto pode levar ao sofrimento da paciente e a terapêuticas desnecessárias.

A natureza limitada dos artigos publicados sobre esta entidade sugere que a vaginose é uma entidade ainda desconhecida dos clínicos e, por isso, amplamente subdiagnosticada.

PD 105

DORMIR EM DECÚBITO DORSAL NO 3.º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ: DEVEMOS (DES) ACONSELHAR?

Filipa Moreira; Ana Sofia Martins; João Pedro Araújo; Cristiana Sousa

USF Gualtar USF Coimbra Sul

Introdução: Morte fetal tardia define-se como a morte de um feto com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas. Uma morte fetal é um acontecimento traumático com grandes implicações a nível pessoal, relacional e familiar.

Em 2019 registaram-se em Portugal 293 óbitos fetais, destes, 200 correspondiam a mortes fetais tardias.

Fisiologicamente, teoriza-se que o decúbito dorsal pode causar alterações hemodinâmicas na veia cava inferior e compressão aórtica pelo útero, o que reduz o fluxo sanguíneo materno-fetal podendo comprometer o bem-estar fetal.

A comprovar-se esta relação, o aconselhamento sobre a posição da grávida durante o sono poderia ser uma forma de evitar mortes fetais tardias, pelo que é importante avaliar se a evidência existente corrobora esta teoria ou não.

Objetivo: Determinar se o sono em decúbito dorsal durante o 3.º trimestre de gravidez se associa a outcomes adversos para o feto.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados da MEDLINE, The Cochrane Library, DARE, Bandoier, Pubmed, utilizando a seguinte combinação de termos MeSH *Supine Position AND Pregnancy AND Sleep*, de artigos publicados até ao dia 1 de fevereiro de 2021, em inglês.

A pergunta foi limitada a artigos escritos em inglês e português e publicados desde 2000 até fevereiro de 2021. Para avaliar o nível de evidência foi utilizada a escala da *American Family Physician (Strength of Recommendation Taxonomy – SORT)*.

A pergunta da pesquisa seguiu a estratégia PICO:

Participantes: grávidas no 3.ºT de gestação;

Intervenção: grávidas com registo de sono em decúbito dorsal;

Controlo: grávidas sem registo de sono em decúbito dorsal;

Outcome: morte fetal tardia.

Definindo-se, assim, a seguinte questão PICO:

Nas grávidas no 3.º Trimestre, o sono em decúbito dorsal é prejudicial para o feto?

Resultados: A pesquisa combinada das bases de dados de medicina baseada na evidência identificou 87 artigos. Um total de 10 artigos duplicados foi encontrado na combinação das bases de dados. Depois da leitura do título, resumo e texto integral, 7 artigos relevantes foram identificados e incluídos na análise (6 estudos caso-controlo e 1 clinical trial).

Os resultados da maioria dos estudos analisados apontam para que o decúbito dorsal durante o sono aumente a probabilidade de

morte fetal tardia (NE 2).

Num estudo conclui-se que o sono em decúbito dorsal pode ser um fator de risco adicional para morte fetal tardia em fetos que já tenham algum tipo de patologia de base (NE 2). Noutro estudo não foi encontrada relação entre o sono em decúbito dorsal e outcomes adversos para o feto, no entanto, neste segundo estudo contabilizaram-se poucas grávidas a adotarem esta posição durante o sono (NE 2). Dormir em decúbito dorsal parece ser um fator de risco modificável de morte fetal tardia (NE 2), pelo que aconselhar a grávida a adoptar outra posição durante o sono poderá ser uma forma de evitar mortes fetais tardias (nível de recomendação B).

É importante que se realizem estudos mais robustos para que o médico de família possa fazer um aconselhamento com base na melhor evidência.

PD 106

ABORDAGEM DA INFERTILIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Sílvia Sousa Neves; Mariana Garcia Rodrigues; Bárbara C. Barbosa; Rita Carvalho Pereira; Tânia Coelho; Tiago Silva Santos; Ana Cristina Moura
USF VitaSaurium, ACES Baixo Mondego, ARS Centro

Introdução: A infertilidade é um problema de saúde com grande impacto biopsicossocial. Sabe-se que 10 a 15% dos casais em idade reprodutiva são diagnosticados como inférteis, dos quais apenas 26% recorrerem aos Cuidados de Saúde Primários. O médico de família é o profissional de saúde mais próximo do casal, estando numa posição privilegiada para dar início à abordagem da infertilidade. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é rever a literatura existente sobre a abordagem da infertilidade nos Cuidados de Saúde Primários.

Metodologia: Foram consideradas a Norma da Direção Geral de Saúde – Conduta em Infertilidade, assim como normas de outras organizações científicas (*The National Institute*

for Health and Care Excellence (NICE), American Academy of Family Physicians (AAPF), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), entre outros). Adicionalmente foi realizada uma pesquisa em bases de dados científicas (Pubmed) com os seguintes termos MESH: *infertility AND Primary care*. Foram incluídos trabalhos publicados nos últimos 10 anos, escritos em língua inglesa ou portuguesa.

Resultados: O médico de família tem a sua principal atuação a nível da prevenção da infertilidade e a nível dos cuidados pré-concepcionais podendo ser o primeiro contato do casal com dificuldade em engravidar. Na abordagem do casal infértil, pode iniciar a avaliação diagnóstica com recolha da história clínica e fatores de risco de infertilidade, avaliação clínica do casal e realização de meios complementares de diagnósticos, tendo em conta a possível referenciação para a consulta de infertilidade dos cuidados hospitalares. Por outro lado, o diagnóstico e tratamento de algumas situações, através da correção de fatores de risco, pode estar ao seu alcance antes da eventual referenciação. Em alguns países, o médico de família tem mesmo um papel no tratamento farmacológico de algumas causas de infertilidade, ficando a cargo dos cuidados secundários os casos em que é necessária a utilização de métodos invasivos. Ainda, privilegiando-se a importância da relação medico-doente, pode acompanhar o casal ao longo de todo o processo reduzindo a carga emocional e mesmo financeira sobre os casais, ajudando a evitar longos períodos de espera e, possivelmente, antecipar a concepção.

Discussão: Devido ao protelar da parentalidade a infertilidade tem vindo a crescer. O médico de família tem um papel importante no reconhecimento e diagnóstico deste problema e na orientação e acompanhamento do casal em todo o processo, uma vez que es-

tas situações estão associadas a elevados níveis de ansiedade e a desvalorização pessoal o que pode potencializar os níveis de infertilidade pré-existentes.

PD 107

QUAL O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA ABORDAGEM DA SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA ASSOCIADA À COVID-19?

Tomás Grevenstuk; Paola Lobão

USF Farol, ACES Algarve I - Algarve Central

Desde os primeiros casos, em dezembro de 2019, a pandemia da COVID-19 causada pelo vírus SARS-CoV-2 expandiu-se representando uma emergência de saúde pública mundial. As crianças e os adolescentes constituem uma pequena percentagem de casos de COVID-19 (2,1 a 7,8%). Porém, a verdadeira prevalência pode estar a ser subestimada devido às infeções assintomáticas, o subdiagnóstico de casos ligeiros (comuns na idade pediátrica) e limitações de testagem. Apesar da maioria dos casos de COVID-19 em idade pediátrica corresponderem a doença ligeira ou assintomática, desde maio de 2020 que têm sido reportados casos de hospitalizações em cuidados intensivos devido a uma síndrome inflamatória multissistémica em crianças associada à COVID-19 (MIS-C), também denominada síndrome inflamatória multissistémica pediátrica (PIMS).

À presente data, ainda não existem dados científicos acerca da segurança da vacinação para a COVID-19 na população pediátrica. À medida que a taxa de vacinação na população adulta vai aumentando é de esperar que a incidência relativa de casos de MIS-C aumente. O diagnóstico da MIS-C é desafiante na medida em que a sua apresentação é uma combinação de sintomas e sinais inespecíficos presentes na doença de Kawasaki e na síndrome de choque séptico. A fisiopatologia da MIS-C ainda é desconhecida, porém tem sido pro-

posto que uma resposta imune anormal esteja na sua origem. Costuma ocorrer cerca de 4 a 6 semanas após infeção por SARS-CoV-2, porém a hipótese deve ser considerada em crianças com febre mesmo sem infeção ou exposição a SARS-CoV-2 documentada.

O tratamento da MIS-C é feito a nível hospitalar com instituição de imunoglobulinas via intravenosa, no entanto a intervenção do médico de família é importante na medida em que a maioria das crianças com doença crítica têm um prognóstico favorável desde que tenham acesso a cuidados intensivos e terapêutica adequada, reforçando a importância de um diagnóstico célere.

Neste trabalho pretende-se descrever a apresentação clínica da MIS-C, a abordagem de um caso suspeito e as situações em que a suspeição clínica deve ser mais elevada e que devem motivar à referenciação hospitalar.

PD 108

ABORDAGEM À PERDA PONDERAL NÃO INTENCIONAL

Ana Rita Rodrigues¹; Leonor Bilreiro¹;
Davide Manuel Reis²; Margarida Martins¹;
Mariana Neves³; Olga Silva¹

¹USF Descobrimentos - Lagos; ²UCSP – Portimão;

³USF Baesuris - Altura

Introdução: A perda de peso não intencional clinicamente importante é definida como perda de >5% do peso habitual, em 6-12 meses e associa-se a aumento da taxa de mortalidade. É importante que o médico dos Cuidados de Saúde Primários saiba efetuar uma abordagem correta, reconhecendo sinais e sintomas de alarme e recorrendo a Meios de Diagnóstico quando necessário.

Objetivos: Rever conceitos associados a esta entidade, nomeadamente etiologia, epidemiologia, dar enfoque especial à abordagem inicial nos Cuidados de Saúde Primários, mais concretamente anamnese, exame objetivo e exames complementares de diagnóstico.

Material e métodos: Realizou-se uma revisão da literatura através de pesquisa bibliográfica nas bases de dados internacionais PubMed e Medscape, utilizando os termos: “perda de peso involuntária”, “desnutrição”, “caquexia”, “sarcopenia”. Foram admitidos na pesquisa artigos escritos em português ou inglês e com limite temporal de 15 anos, sendo selecionados os artigos mais relevantes. Foi, também, utilizado o capítulo 56 da 19ª edição do livro Harrison: Princípios de Medicina Interna sobre emagrecimento involuntário.

Resultados e conclusão: O emagrecimento clinicamente importante é definido como perda de > 5% do peso habitual em 6-12 meses. Associa-se a aumento da taxa de mortalidade, do risco de fraturas, risco de úlceras de pressão e a perda funcional. 8% dos adultos em contexto não hospitalar terão, em algum momento da vida, perda de peso não intencional. 25-30% dos adultos com mais de 65 anos têm perda de peso não intencional.

A avaliação médica deve começar com a quantificação/verificação da perda de peso, uma vez que muitos pacientes apresentam queixas de perda de peso que não é objetivável, seguida de uma história clínica e exame físico detalhados. A história clínica deve incluir padrão de emagrecimento, avaliação de distúrbios alimentares, verificação da intencionalidade da perda de peso e outros fatores que sejam relevantes. Um padrão de emagrecimento com evolução progressiva poderá indicar doença médica grave ou doença psiquiátrica.

Existem algumas ferramentas que auxiliam na avaliação inicial, nomeadamente, a escala *Mini Nutritional Assessment*, permitindo identificar doentes em risco de desnutrição.

O exame físico deve incluir antropometria e cálculo de IMC e pesquisa de sinais das diferentes etiologias. Dado o amplo espectro de causas, a abordagem deve ser individualizada, baseada nas possíveis etiologias su-

geridas pela anamnese e exame físico. Em pacientes com perda de peso superior a 5% e achados suspeitos na história clínica e exame físico, os meios complementares de diagnóstico devem ser guiados para confirmar/excluir alguma patologia. Quando a história clínica e o exame físico não dirigem para uma hipótese diagnóstica, deve ser feita uma avaliação básica incluindo exames de imagem e laboratoriais.

Se toda a avaliação inicial for normal, uma abordagem de *watchful waiting* parece ser adequada e o doente deverá ser reavaliado em 1-6 meses.

A perda de peso é um motivo importante e relativamente frequente de consulta nos Cuidados de Saúde Primários, condiciona a qualidade de vida e é uma causa de ansiedade e preocupação importante nos doentes. As causas podem ser múltiplas e, por isso, é essencial que a abordagem se centre numa anamnese cuidada e exame objetivo correto, sendo imprescindível saber reconhecer os principais sinais de alarme e identificar as situações em que uma investigação adicional é essencial.

PD 109

EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA VAGINOSE CITOLÍTICA COM BICARBONATO DE SÓDIO – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Dora Ribeiro; Sara Pinho; Joana Balseiro
USF BRIOSA, Centro de Saúde Norton de Matos,
Coimbra

Introdução: A alteração da flora vaginal pode conduzir a vulvovaginites, estando a candidíase vaginal, a vaginose bacteriana e a tricomoníase entre as mais frequentes. Importa, porém, ter em conta outros diagnósticos diferenciais, entre os quais a vaginose citolítica (VC), cujos sinais e sintomas podem mimetizar a candidíase vaginal recorrente. O tratamento da VC pode incluir banhos de assento ou irrigação vaginal contendo bicarbonato de sódio, de forma a reduzir a quantidade de lac-

tobacilos e a acidez a nível vaginal.

Objetivo: Com esta revisão baseada na evidência (RBE), pretende-se apurar se a irrigação vaginal ou os banhos de assento com bicarbonato de sódio têm eficácia comprovada no tratamento da VC.

Materiais e métodos: Foram pesquisadas revisões sistemáticas (RS), meta-análises e estudos controlados aleatorizados (RCT), utilizando os termos MeSH *sodium bicarbonate* e *cytolytic vaginosis*, publicados entre janeiro de 1991 e agosto de 2021, em bases de dados de medicina baseada em evidência. Recorreu-se à *Strenght of Recommendation Taxonomy*, da *American Academy of Family Physicians*, para avaliar o nível de evidência e a força de recomendação e foram definidos os seguintes critérios PICO para esta RBE: P – doentes com VC; I – Bicarbonato de sódio; C – Placebo; O – Melhoria dos sintomas.

Resultados: Foram encontrados 16 artigos científicos, dos quais 5 foram selecionados para leitura integral, com base no título e resumo, por cumprirem os critérios de inclusão e os objetivos do trabalho. Dos selecionados, três integravam a categoria de RS e dois a categoria de RCT. As três RS demonstram eficácia do tratamento com bicarbonato de sódio e os dois RCT mostraram melhoria da dispareunia, do corrimento vaginal e do desconforto genital, ou seja, eficácia no controlo dos sintomas da VC.

Conclusão: Os resultados obtidos permitem concluir, com força de recomendação A, que os banhos de assento com bicarbonato de sódio (30-60 g de bicarbonato de sódio em 5 cm de água na bacia ou bidé) e a irrigação vaginal de bicarbonato de sódio (15-30 g de bicarbonato de sódio em 0,5 L de água morna) têm evidência no tratamento da VC.

PD 110

MULHERES QUE TÊM SEXO COM OUTRAS MULHERES: MAIOR RISCO DE PATOLOGIA CERVICAL?

Cristina Guimarães; Daniela Ribeiro Oliveira; Estela Rita Loureiro; Ema Massa
USF Caminhos do Cértoma

Introdução: Segundo Massad *et. al* (2014), as mulheres que têm sexo com outras mulheres (MSM) tendem a ser menos rastreadas para o cancro do colo do útero (CCU) e a iniciarem esse rastreio mais tarde do que as mulheres que têm sexo com homens. Isto pode dever-se à menor percepção do risco de infeções sexualmente transmissíveis, ausência de procura de serviços de saúde reprodutiva ou receio de discriminação por parte dos profissionais de saúde. O vírus do papiloma humano (HPV) é o agente causal de quase todos os CCU. Pode ser transmitido através do contacto de pele com pele, digital-genital, oral-genital, peniano-vaginal e através do contacto com brinquedos sexuais. Assim, as MSM também têm risco de contrair HPV e, consequentemente, de desenvolver lesões precursoras de CCU.

Objetivos: Determinar se existem diferenças na prevalência de alterações na citologia do colo do útero ou infeção por HPV nas MSM comparativamente a mulheres com atividade exclusivamente heterossexual (MH).

Materiais e métodos: Pesquisas realizadas a 05/03/2020 e 05/08/2021 nas bases de dados EMBASE, Pubmed, Web of Science, Cochrane, TripDatabase e Open Grey com expressões como *women who have sex with women*, *papanicolaou test*, *HPV*, *cervical lesion** ou termos equivalentes. Na base de dados Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal foi pesquisado “lésbicas colo do útero”. Perante previsível escassez de resultados não foi aplicado limite temporal à data de publicação dos artigos. Ao analisar as

referências bibliográficas dos artigos lidos na íntegra obteve-se um artigo adicional.

Resultados e conclusões: A pesquisa resultou na obtenção de 976 artigos. Após exclusão dos repetidos, análise do título e/ou abstract e leitura integral, obteve-se 12 artigos a incluir nesta revisão.

Através da análise dos artigos, verificou-se que as MSM, enquanto grupo, têm um risco igual ou superior de infecção por HPV ou alterações citológicas quando comparadas com as MH. Avaliando separadamente os vários subgrupos dentro das MSM, apurou-se que o maior risco está associado a mulheres que têm parceiros de ambos os sexos. Na maioria dos estudos, as lésbicas exclusivas parecem ter um risco menor de patologia cervical.

A variabilidade na definição de grupos de estudo e controlo nos vários artigos dificultou a interpretação dos seus resultados. Para esclarecer melhor estas diferenças, são necessários mais estudos com grupos homogêneos relativamente à orientação e comportamentos sexuais dos indivíduos neles incluídos.

PD 111

INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES: INOCENTES ATÉ PROVA EM CONTRÁRIO

Ricardo Miguel Costa; Sílvia Raquel Santos;
Joana Naia; Catarina Araujo; Carla Morgado;
Cindy Tribuna; Joana Sotto Mayor; Paulo Gouveia
Hospital de Braga

A nefrite intersticial aguda (NIA) é uma causa de lesão renal aguda (LRA) de etiologia autoimune. Em muitos casos está associada a iatrogenia medicamentosa ou infeções. Estima-se que 15% dos internamentos por LRA sejam devido a NIA e a nível de apresentação apenas se associa a introdução de fármacos ou infeções recentes, não havendo outros sinais ou sintomas sugestivos.

Homem de 78 anos, autónomo, antecedentes de gota, HTA e dislipidemia.

Inicialmente com crise de gota tratada com

diclofenac e colchicina em ambulatório.

Cerca de 1 semana depois, 2 episódios de lipotímia e cefaleia, motivo pelo qual recorreu ao SU. Ficou internado com diagnóstico de LRA, suspendendo-se o diclofenac e a colchicina. Após 5 dias tem alta com função renal normalizada, introduzindo-se pantoprazol na medicação habitual por epigastria pós prandial.

Regressou ao SU 4 dias depois da alta por eritema macular cervico-dorsal, anorexia, astenia, hipersudorese e poliúria. Hipotensão com TA 83/43, T 38.2°C FC 120 com pulso arritmico (tendo-se diagnosticado FA de novo). Analiticamente com agravamento da função renal e citólise hepática, PCR de 76, sem eosinofilia ou leucocitose, urina com eritrocitúria, leucocitúria e ligeira proteinúria (30mg/dl). Ecocardiograma e TC abdominais sem alterações relevantes.

Pela febre, eritema e lesão renal aguda após introdução recente de IBP, assumiu-se NIA. Suspendeu-se IBP e iniciou-se corticoterapia, com melhoria clínica e analítica gradual tendo alta após 10 dias já com regressão completa do eritema e analiticamente com função renal e marcadores de citólise hepática normais.

Este caso pretende evidenciar que mesmo fármacos relativamente inócuos e frequentemente utilizados como os inibidores da bomba de protões podem causar iatrogenia considerável, como tal a utilização dos mesmos deve ser criteriosa.

PD 112

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM: A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO

Ricardo Miguel Costa; Sílvia Santos; Joana Naia;
Catarina Araujo; Carla Morgado; Cindy Tribuna;
Joana Sotto Mayor; Paulo Gouveia
Hospital de Braga

A macroglobulinemia de Waldenstrom (MW) é um subtipo raro das doenças linfoproliferativas, caracterizada por pico monoclonal de IgM, infiltração medular de populações linfo-

plasmocíticas e a mutação MYD88.

É mais comum em homens caucasianos na sexta década de vida. A sua apresentação clínica advém de envolvimento orgânico direto pela neoplasia e da paraproteinémia M. que o curso da doença é tipicamente indolente e o tratamento deve ser reservado para doentes sintomáticos ou com atingimento de órgãos, habitualmente citopenias. O tratamento deve ser individualizado, e a resposta é heterogênea. Mulher, caucasiana, 79 anos, antecedentes de insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada, fibrilação auricular e hipertensão, encaminhada para consulta de medicina interna por esplenomegalia e linfócitos atípicos em esfregaço de sangue. A médica assistente encaminha a doente para o SU, ficando internada para estudo.

A doente refere perda ponderal espontânea de 8% (78-72 kg) em 6 meses, enfartamento precoce, agravamento de edemas periféricos, dispneia e hipersudorese. No exame objetivo realça-se hepatoesplenomegalia e adenopatias inguinais. No estudo analítico: anemia ferropénica (Hb de 9.4mg/dL), 10% de linfócitos atípicos, pico monoclonal de IgM de 1380, rácio cadeias leves livres no soro K/L de 8.3 e cadeias K urinárias aumentadas. No TC TAP: hepatomegalia de 20,5 cm, esplenomegalia de 18,5 cm e múltiplas adenomegalias em regiões infra e supradiafragmáticas, a maior com 2,3 cm. Realizou mielograma que mostrou invasão por populações linfoplas-mocíticas e a presença da mutação MYD88, confirmando o diagnóstico de MW. Foi encaminhada para consulta de oncologia onde manterá seguimento.

Este caso pretende expor a apresentação clínica de uma doença relativamente rara e de curso indolente, realçando a importância de um exame físico adequado. Já estando sintomática e com citopenias. O diagnóstico precoce é importante para iniciar tratamento o quanto antes.

PD 113

EFEITO DO USO DE LUBRIFICANTE NA CITOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL – QUAL A EVIDÊNCIA?

Diana M Santos; Beatriz de Matos;
Carolina dos Reis; Francisco Fertusinhos;
Rosa Couceiro

UCSP Chaves IB e USF São Neutel, ACeS Alto Tâmega e Barroso

Introdução: O cancro do colo do útero é a segunda neoplasia maligna mais frequente no sexo feminino. A citologia cervico-vaginal é o exame de rastreio mais eficaz para o diagnóstico precoce, permitindo uma redução acentuada da mortalidade associada. A maioria das mulheres que morre por cancro do colo do útero não realizou citologia cervical nos últimos 5 anos. O medo do desconforto causado pela introdução do espéculo pode diminuir a taxa de adesão ao rastreio. Nesse sentido, o uso de lubrificante aquando da introdução do espéculo pode minimizar esse desconforto e assim, aumentar a adesão. No entanto, esta abordagem é controversa, pelo que, têm sido desenvolvidos estudos para avaliar possíveis efeitos dos lubrificantes no resultado da citologia.

Objetivos: Este estudo tem como objetivos determinar se o uso de gel lubrificante no espéculo durante a colheita da citologia cervico-vaginal interfere com os resultados obtidos e se diminui o desconforto sentido durante a introdução do espéculo.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura segundo as recomendações PRISMA, com recurso às bases de dados PubMed/MEDLINE, EMBASE e Cochrane Library. Para a pesquisa foram utilizados os termos Mesh *speculum*, *lubricants* e *cytology* e foram selecionados os artigos com texto completo, publicados entre 2011 e 2021, em inglês, português e espanhol.

Resultados e conclusões: Foram selecionados cinco artigos, de um total de 306 estudos,

após a aplicação dos limitadores de pesquisa e dos critérios de inclusão. Os resultados são, de forma geral, concordantes no sentido de que a utilização de pequena quantidade de gel lubrificante no espéculo diminui o desconforto associado à sua introdução na vagina e não está associado a alteração do resultado da citologia.

O médico de família tem um papel fulcral na prevenção ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Melhorar o conforto das mulheres durante este exame será, com certeza, um ganho em termos de adesão ao rastreio.

PD 114

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andrea Bevin Rodriguez; Isabel Antunes
UCSP São Tiago Saúde

Introdução: A DPOC é uma doença importante na actualidade, tratando-se de uma doença respiratória crónica, caracterizada por uma obstrução persistente do fluxo aéreo, secundária a uma inflamação crónica das vias aéreas que leva ao declínio na função pulmonar ao longo do tempo. A sintomatologia mais frequente consiste em dispneia, tosse e expectoração em resposta a exposição de gases ou partículas nocivas. É uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento. Tem um profundo impacto a nível económico e social, responsável por um elevado consumo de recursos de saúde, motivado pelas recorrentes idas à urgência hospitalar e respectivos internamentos consequentes das exacerbações.

Descrição: Trata-se de um doente do sexo masculino de 78 anos de idade, seguido em consulta de Pneumologia. Foi referenciado a esta consulta após de ter sido admitido no serviço de Urgência devido a uma infecção traqueio brônquica com exacerbação das queixas respiratórias nomeadamente: dispneia, tosse,

expectoração mucopurulenta com agravamentos progressivos associados a quadros de infecções respiratórias frequentes nos últimos anos. Em consulta de Pneumologia, foram realizados exames complementares que confirmaram o diagnóstico de DPOC sendo instituída uma terapêutica de acordo com o documento GOLD, zelando assim por um bom controlo e uma boa adesão á terapêutica.

Conclusão: A DPOC é uma doença comum em população mais idosa, tornando-se importante diagnosticá-la e distingui-la das patologias concomitantes, nomeadamente a patologia cardíaca, que muitas vezes tem sintomas semelhantes. Tratá-la de forma adequada, em que uma visão holística da medicina é fundamental na abordagem destes doentes, torna-se essencial estarmos atentos á sobreposição das múltiplas patologias e possíveis interacções medicamentosas. O diagnóstico de DPOC deve ser considerado em indivíduos com mais de 40 anos de idade, com factores de risco conhecidos, como o tabagismo, história de exposição a partículas de combustão, exposição ocupacional a poeiras e químicos, poluição atmosférica. Na presença de sintomas característicos de uma DPOC, é importante a confirmação por espirometria que demonstre a obstrução persistente do fluxo aéreo ($FEV1/FVC < 70\%$ após broncodilatação).

IMPACTO DA RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Raquel Ascensão¹; Carlota Barreira²; Paula Broeiro-Gonçalves³; João Costa⁴

¹Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; ²Unidade de Saúde Familiar Ajuda, Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras, Lisboa, Portugal; ³Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados dos Olivais, Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central, Lisboa, Portugal; ⁴Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica, Instituto de Medicina Molecular, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A reconciliação da medicação consiste no processo de análise da medicação, sempre que ocorrem alterações, com o objetivo de evitar discrepâncias, promover a adesão e mitigar risco associado.

Objetivos: Avaliar o impacto, na utilização de recursos de saúde e resultados em saúde relevantes para o doente, da reconciliação da medicação realizada em ambulatório, após alta hospitalar.

Material e métodos: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, através da pesquisa na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, MEDLINE e Embase (até 30 November 2020), utilizando uma combinação de descritores MeSH e termos livres. A pesquisa bibliográfica foi complementada com a triagem da lista de referências dos artigos incluídos bem como de outras revisões sistemáticas. Incluíram-se apenas estudos aleatorizados e controlados que avaliassem doentes adultos em ambulatório após alta hospitalar, e que comparassem uma estratégia de reconciliação da medicação com um grupo controlo (ausência de reconciliação da medicação). Excluíram-se estudos com foco na qualificação da prescrição ou que avaliaram estraté-

gias multimodais. A avaliação da elegibilidade foi realizada por dois investigadores, de forma independente, sendo a discordância resolvida por consenso.

Resultados e conclusões: Após remoção dos duplicados, foram analisadas 2.231 referências. Destas, 50 foram selecionadas para leitura do texto integral, tendo 7 cumprido os critérios de elegibilidade, correspondendo a 5 estudos. O estudo de Schnipper et al., 2011, incluiu 759 indivíduos. A intervenção consistiu na utilização de uma ferramenta facilitadora da reconciliação da medicação pelos médicos, a qual foi utilizada em 16% dos indivíduos do grupo de intervenção. Nestes, a acurácia da lista de medicação, 30 dias após alta hospitalar, foi de 25% ($p = 0,02$ na comparação com os restantes indivíduos). No estudo NCT02482025 foram incluídos 240 indivíduos [intervenção ($n = 118$) e controlo ($n = 122$)]. A intervenção consistiu na utilização de uma ferramenta de comunicação eletrónica e no contacto telefónico por um farmacêutico nas 2 semanas após alta hospitalar. Apesar da menor ocorrência de discrepâncias no grupo da intervenção não se verificaram diferenças no outcome composto (reinternamento hospitalar ou visita ao serviço de Urgência aos 30 dias) entre os grupos (30% vs. 34%, $p = 0,51$). No estudo de Char et al., 2017 foram incluídos 189 participantes [intervenção ($n = 95$) e controlo ($n = 94$)]. A intervenção consistiu numa consulta com farmacêutico, previamente à consulta médica. A presença de discrepâncias foi inferior no grupo de intervenção (15,8% vs. 57,4%, $p < 0,001$), apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas na ocorrência de reinternamento hospitalar a 30 dias. No estudo NCT01164137 foram incluídos 156 indivíduos [intervenção ($n = 80$) e controlo ($n = 76$)]. A intervenção consistiu numa visita domiciliária, realizada por farmacêutico, nas 72h após alta hospitalar. Aos 3 meses, não se verifica-

ram diferenças estatisticamente significativas na utilização de recursos de saúde entre grupos (3,33 vs. 3,40 visitas, $p = 0,87$). No estudo de Hawes et al., 2014 foram incluídos 61 indivíduos [intervenção ($n = 24$) e controle ($n = 37$)]. A intervenção consistiu na visita a um farmacêutico cerca de 72h após alta hospitalar. A ocorrência do outcome composto primário (reinternamento ou visita ao serviço de Urgências 30 dias subsequentes) foi menos frequente no grupo da intervenção (0% vs. 40,5%, $p < 0,001$).

Em conclusão, os 5 estudos sugerem benefício da reconciliação da medicação após alta hospitalar na redução de discrepâncias. A dimensão amostral poderá ser insuficiente para concluir, com certeza, acerca do impacto na utilização de recursos de saúde ou resultados relevantes para os doentes. Persiste, por isso, uma importante lacuna na evidência disponível.

PD 116

LISADOS BACTERIANOS NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO RECORRENTE NA MULHER ADULTA – QUAL A EVIDÊNCIA?

Andreia Pereira¹; Ana Inês Almeida¹; Susana Martins²
¹USF Serra da Lousã; ²USF Penela

Introdução: As infeções do trato urinário (ITUs) são uma das infeções bacterianas mais comuns e afetam até 50% das mulheres ao longo da vida, com quase metade dessas mulheres apresentando recorrência em 6-12 meses. A ITU recorrente (ITUr) é caracterizada pela presença de dois ou mais episódios de ITU em seis meses ou três ou mais episódios ao ano após a cura da primeira infeção e ocorre em aproximadamente 30% a 50% das mulheres.

Têm um grande impacto na qualidade de vida das doentes bem como no Serviço Nacional de Saúde, em virtude dos elevados custos que acarretam devido ao absentismo laboral, a consultas médicas, exames clínicos e medicação.

A antibioterapia é a terapêutica mais prescrita para o tratamento e profilaxia destas infeções, condicionando um aumento das resistências e de eventuais efeitos secundários. O objetivo da prevenção da cistite recorrente é minimizar o uso de antimicrobianos e há vários esforços de pesquisa em andamento para desenvolver abordagens preventivas eficazes e seguras que minimizem o uso de antimicrobianos.

Uma vez que diferentes serotipos de *Escherichia coli* são os patógenos mais comuns em ITUs, contabilizando 80 a 90% das infeções, a imunostimulação com extratos de bactérias poderia ser usada para fornecer proteção de longa duração contra ITUs. Os lisados bacterianos (LB) poderiam ser uma estratégia a adotar, contudo existem dúvidas acerca da sua eficácia.

Objetivos: Rever a evidência disponível sobre o papel dos lisados bacterianos na prevenção das ITU recorrentes na mulher adulta.

Material e métodos: Pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos aleatorizados (ECA) nas bases de dados MEDLINE, Guidelines Finder, *National Guideline Clearinghouse*, NHS Evidence, TRIP Database, *The Cochrane Library*, DARE e Bandolier utilizando o termo MeSH: *urinary tract infections* e o termo não-MeSH *bacterial lysate*. Seleccionados os artigos publicados nos últimos 10 anos, em Inglês, Espanhol e Português. Para avaliar os níveis de evidência e atribuição de forças de recomendação, foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* da *American Family Physician*.

Resultados e conclusões: Da pesquisa resultaram 5 artigos, dos quais 3 cumpriam os critérios de inclusão: 1 guideline, 1 meta-análise, 1 estudo prospetivo. Todos os artigos demonstraram que os LB reduzem as ITU recorrentes nas mulheres adultas (nível de evidência 2). Evidencia-se ainda a efetividade da imunoterapia oral na redução da duração dos episódios de ITU.

A evidência disponível suporta a eficácia dos

LB na prevenção e duração das ITU recorrentes nas mulheres adultas (SORT B). A heterogeneidade das amostras é uma limitação a ter em conta em estudos futuros, pelo facto de ser difícil verificar qual a sub-população que mais beneficiaria com esta profilaxia. No futuro seriam necessários mais estudos, comparando por exemplo a profilaxia antibiótica com os LB.

PD 117

POLINEUROPATIA SIMÉTRICA DISTAL DIABÉTICA – ABORDAGEM, TRATAMENTO E CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO

Inês Clemente

USF Conde da Lousã (ACES Amadora)

Introdução: O envolvimento dos sistemas nervosos periférico e autónomo é a complicação mais comum da diabetes. A polineuropatia simétrica distal (PNSD) é o tipo mais comum de neuropatia diabética e é caracterizada por uma perda progressiva da sensação distal associada à perda de axónios sensitivos, seguida, em casos graves, por fraqueza motora e perda axonal motora. A clássica perda sensitiva em “meia-luva” é típica nesta patologia. Aproximadamente 15 a 20% dos pacientes apresentam sintomas dolorosos que podem limitar ainda mais a função e diminuir a qualidade de vida.

Objetivo: Esta revisão tem como objetivo sistematizar a abordagem, tratamento e critérios de referenciação hospitalar desta patologia.

Material e métodos: Procedeu-se a uma revisão clássica da literatura, através da pesquisa de artigos publicados nos últimos 10 anos, em bases de dados científicas (PubMed/MEDLINE, UpToDate e Cochrane), livros e revisitas. Foram utilizados os termos MeSH *Diabetic Neuropathy*, *Painful Diabetic Neuropathy*, *diagnosis*, *treatment*, *primary health care*.

Resultados: Deve-se suspeitar de PNSD em qualquer paciente com diabetes tipo 1 há mais de cinco anos e em todos os pacientes

com diabetes tipo 2. O diagnóstico é baseado, principalmente, em achados clínicos num doente com diabetes. A história e o exame objetivo devem centrar-se na identificação dos sintomas (por exemplo, dormência, formiguelo e dor que se inicia nos dedos dos pés, com progressão lenta e propagação proximal), e sinais (por exemplo, perda sensitiva distal simétrica ou presença de uma úlcera no pé indolor) típicos desta patologia. Existem vários testes de rastreio recomendados para o diagnóstico de polineuropatia diabética em ambulatório, incluindo o *Michigan Neuropathy Screening Instrument*, o *Michigan Diabetic Neuropathy Score*, o *Utah Early Neuropathy Screening Instrument* e o *United Kingdom Screening Test*. A PNSD sintomática estabelecida não é reversível e o tratamento visa retardar a progressão e prevenir complicações, incluindo úlceras de pé diabético, artropatia e quedas. As opções de farmacoterapia eficazes para pacientes com neuropatia diabética dolorosa incluem inibidores da recaptção da serotonina-norepinefrina (duloxetine, venlafaxina), antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, desipramina, nortriptilina) e fármacos anticonvulsivantes (pregabalina). Todos se mostraram mais eficazes do que o placebo em estudos aleatorizados, e dados comparativos limitados sugerem que a eficácia é semelhante entre os agentes. Para pacientes que não toleram nenhum dos fármacos de primeira linha ou que preferem terapêuticas não farmacológicas, está recomendado o uso de creme de capsaicina, adesivos de lidocaína, ácido alfa-lipoico (ALA), estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e estimulação da medula espinhal. Os doentes que apresentem dor complexa e de difícil tratamento devem ser encaminhados para um centro multidisciplinar de dor crónica para avaliação e tratamento.

Conclusões: A PNSD acarreta grande morbilidade e diminuição da qualidade de vida,

podendo condicionar maior isolamento social. Estes doentes devem ser tratados através de uma abordagem sistemática e gradual que inclui controle glicémico, controle da síndrome metabólica, educação e aconselhamento sobre cuidados com os pés e medidas de segurança e tratamento sintomático da dor, quando presente. O médico de família é o primeiro contacto do doente com os cuidados de saúde, sendo uma das suas competências a prevenção de complicações da diabetes a curto e longo prazo; por isso, deve estar preparado para o reconhecimento e orientação adequada desta patologia, promovendo o tratamento precoce com melhoria da qualidade de vida dos seus utentes.

PD 118 Retirado

PD 119

DE QUE COR É A TUA LÍNGUA? – UM CASO CLÍNICO DE LÍNGUA PILOSA

António José Mendes dos Santos;
Catarina Isabel Garcia Alves dos Ramos;
Filipa Alexandra Santos Moreira; Julia Velte;
Zélia Maria Monteiro; Silva Vaz Gareiz Gomes
USF Laphamouro USF Lapiás

Introdução: A língua pilosa negra é uma condição benigna, pouco comum, caracterizada pelo alongamento das papilas filiformes, que está associada ao consumo de tabaco, café, álcool, alguns fármacos (nomeadamente anti-psicóticos), neoplasias, HIV e a uma higiene oral descuidada. Esta condição pode ser assintomática, ou apresentar-se com queixas de halitose, síndrome de boca ardente, náuseas ou disgeusia. Habitualmente o quadro resolve com a eliminação do fator causal, sem necessidade de terapêutica adicional.

O papel do médico de família é crucial num diagnóstico precoce e tranquilização do paciente. São objetivos deste caso clínico:

1. Relembrar a importância da avaliação da cavidade oral (em particular nos utentes com

condições que aumentem o risco de língua pilosa negra);

2. Alertar que as doenças raras também aparecem nos cuidados de saúde primários.

Descrição: Apresenta-se o caso de uma mulher, de 65 anos, fumadora (50UMA), com antecedentes de DPOC, enxaqueca e perturbação da ansiedade desde há 8 anos e medicada desde então com escitalopram 10 mg, bromazepam 3 mg e mirtazapina 15 mg, que recorre a consulta de otorrinolaringologia por língua castanha, halitose e glossodinia, pelo que foi medicada com nistatina e suplementos multivitamínicos. Ao fim de 2 meses recorre a consulta com o médico de família por permanência das queixas. À observação apresentava aumento das papilas filiformes, enegrecidas, com aparência de pêlos, envolvendo a maior parte do dorso lingual, sem linfadenopatia associada. Admitiu-se o diagnóstico de língua pilosa, pelo que se tranquilizou a doente e se procedeu a educação quanto à higiene oral e intervenção direcionada à cessação tabágica.

Após um ano, recorre novamente à consulta por manutenção de língua enegrecida, com disgeusia e xerostomia associada. Mantém nesta altura hábitos tabágicos de 15-20 cigarros/dia e consumo de 1 café por dia, com hábitos de higiene oral adequada; mantém medicação psiquiátrica prévia, com controlo adequado de perturbação ansiosa; os rastreios oncológicos encontram-se atualizados, não apresentando queixas sugestivas de doença sistémica ou específica de órgão; refere rastreio prévio de HIV negativo, há cerca de 10-20 anos. Nega hábitos etílicos.

Com isto, colocou-se como hipótese primária para justificação de manutenção de queixas (num quadro habitualmente de curta duração/autolimitado), a manutenção de hábitos tabágicos. A provável relação causa-efeito foi novamente explicada à doente, procedendo-se a entrevista motivacional para cessação

tabágica. Como meio complementar de diagnóstico pediu-se apenas rastreio HIV. Caso a doente mantenha queixas após cessação tabágica, poderá ser relevante a alteração da medicação psiquiátrica - apesar de sem relação temporal com início das queixas, e de a língua pilosa estar sobretudo associada ao uso de antipsicóticos, existem casos descritos com inibidores seletivos da recaptação de serotonina ou benzodiazepinas; por outro lado, a xerostomia secundária a esta medicação pode ser um fator predisponente para o desenvolvimento de língua pilosa.

Conclusão: Salienta-se a importância do médico de família no rastreio da cavidade oral, da suspeição clínica e exame objetivo como determinantes para o diagnóstico desta condição, bem como na tranquilização e educação do paciente, de modo a evitar um excesso de consumo de recursos de saúde na procura de um diagnóstico e tratamento.

PD 120

DOENÇA DE KIENBÖCK – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Moreira Ferreira Gomes Rosário Martins
USF Baltar USF Santa Luzia

Introdução: A doença de Kienböck é uma patologia rara que se caracteriza por uma necrose avascular do semilunar.

É mais frequente em homens, 2:1, entre os 20 e 45 anos de idade, na mão dominante, com predomínio em operários com carga em serviço manual pesado.

De etiologia e fisiopatologia indefinida, existem várias hipóteses etiológicas: fraturas por impactação do semilunar, microfraturas/fraturas por stress, estase venosa, morfologia do semilunar, suprimento sanguíneo para o semilunar, etc.

Os sintomas mais comuns incluem: dor no na região central e dorsal do punho, entre os extensores dos dedos e extensores radiais do carpo, edema, rigidez dos movimentos e dimi-

nuição da força. Os últimos estadios resultam em artrose.

A radiografia, a princípio, pode não revelar alterações. Posteriormente, apresenta densidade aumentada, que contrasta com atrofia por desuso dos ossos adjacentes.

Se persiste suspeita clínica, podem ser solicitados outros métodos imagiológicos, preferencialmente a ressonância magnética.

O tratamento ideal ainda não foi estabelecido e varia segundo os autores, recaindo esta em várias possíveis opções de técnicas cirúrgicas.

Descrição: Utente de 61 anos, marceneiro, com antecedente de esplenectomia por linfangioma, hérnia inguinal direita, hidrocelo, HTA e dislipidemia.

Vem a consulta na USF em outubro 2016 por dor no punho esquerdo e ligeiras parestesias homolaterais, com 3 semanas de evolução.

Pedido RX sem alterações. Mantendo o utente queixas e com tinnel e phanel positivo, é referenciado a consulta de Ortopedia, em dezembro 2016.

Primeira consulta em julho 2017. À observação apresentava Tinnel e phanel positivo à esquerda, tendo sido pedido EMG.

Nova consulta em janeiro 2018, não tendo o utente realizado E mg por cirurgia recente a hernia inguinal esquerda. Com registo de melhoria sintomatológica, tem alta da consulta hospitalar.

Vem a consulta na USF em fevereiro 2018, por manter dor punho esquerdo, tendo sido pedido novo RX, que acusaria: “necrose avascular semilunar + rotura ligamento escafolunar 4.5mm”.

Realizada nova referenciação para Ortopedia, em março 2018.

Em consulta hospitalar, registo de “Abertura escafo-lunar moderada + Watson positivo com rigidez do punho”, pedido RMN.

Em setembro 2018, nova consulta com resultado RMN: “Necrose aséptica do semilunar com sinais de fragmentação”.

Diagnóstico confirmado de doença de Kienbock.

Submetido a cirurgia em março 2019 com técnica cirúrgica de encurtamento do rádio esquerdo.

Após consultas de seguimento tem alta clínica em outubro de 2019.

Conclusão: A Medicina Geral e Familiar é o primeiro contacto com um vasto leque de patologias, incluindo as menos frequentes, como neste caso clínico.

A persistência dos sintomas por parte dos nossos utentes, pode, por vezes, não ter reflexo nos meios complementares de diagnóstico, aumentando a importância da disponibilidade, atenta anamnese e orientação clínica por parte do médico de família.

Uma articulação célere com posterior seguimento hospitalar é fundamental, para um adequado diagnóstico e tratamento, aumentando diretamente a qualidade de vida dos nossos utentes.

PD 121

QUTENZA

Joana Oliveira

UCSP Montemor-o-Velho

A dor é uma das principais causas de consulta médica nos Cuidados de Saúde Primários. Seja uma dor de etiologia conhecida ou não, é sempre imprescindível o seu tratamento. Aprender a abordar a dor consoante o tipo mecanismo envolvido, a duração e a intensidade era fundamental para a prática clínica. Desta necessidade surgiu a ideia de ingressar numa Unidade de Dor e perceber melhor que tipo de terapêuticas farmacológica e não farmacológica teria disponíveis e que doentes deveriam ser referenciados á consulta.

A farmacoterapia é muito útil, mas foi na Unidade de Dor que observei a importância de técnicas de intervenção e de tratamentos dirigidos, como são exemplo os bloqueios e a ra-

diofrequência. O contacto com estas técnicas levar-me-ão a referenciar mais precocemente os utentes, melhorando a sua dor. Pela pertinência do tema, apresento este caso, sobre um tratamento (ainda) inovador e com resultados muito positivos.

O objetivo principal passa por reforçar e identificar um tratamento por muitos desconhecido e que tem obtido resultados encorajadores e cujos efeitos estão bem documentados. Este facto permite, em muitos casos, uma redução de fármacos e uma melhoria da qualidade de vida.

Utente do sexo masculino, de 80A. Viúvo. Vive sozinho. Autônomo nas AVD's. Sofreu queda de um telhado, aproximadamente 4 m, 60A antes. Queda sobre as pernas. Recuperou sem sequelas. Sem outros antecedentes de relevo. Desde há 2A apresenta parestesias no pé esquerdo, bem localizadas. Sem outras queixas. Foi medicado pela sua médica de família com pregabalina 150 mg 2id, que ajudou, mas não resolveu as queixas. Referenciado a consulta da dor para melhor orientação e definição da estratégia terapêutica. Utente vem a consulta da dor, descrevendo, em crise, uma dor 10/10, que o impede de caminhar e de apoiar o pé esquerdo no chão. Consegue indicar, especificamente, os locais de dor. Foi proposto Qutenza®, que utente aceita. O utente faz 1º tratamento, em que se explica o procedimento e as possíveis reações no local de aplicação, tais como queimadura temporária, dor, eritema e prurido. Adicionalmente, esclarece-se que poderão ser necessárias até 3 semanas para o Qutenza® fazer efeito. Como consequência do aumento da dor, podem ocorrer aumentos transitórios da TA (em média <8,0 mmHg) durante o tratamento. Por essa razão a TA foi monitorizada durante o tratamento, que pode durar 30 ou 60 minutos conforme o local de aplicação. Após o tratamento, utente refere bem estar geral. Assintomático. Efetuado contacto telefónico 1 semana depois, para

reavaliação. Refere agravamento das dores nos primeiros 2 dias, e melhoria posterior. De momento sem dor. Não está a fazer medicação analgésica, nem pregabalina. É agendado novo contacto telefónico após 2 meses, para avaliação da necessidade de repetição do tratamento (pode ser repetido a intervalos de 90 dias, em caso de persistência ou reaparecimento da dor). O Qutenza® é um adesivo cutâneo de utilização única e que contém a substância ativa capsaicina (8%). É utilizado para o tratamento da dor neuropática periférica em adultos. Pode ser utilizado isoladamente ou em associação com outros fármacos. Não é necessário ajuste da dose em doentes com compromisso renal ou hepático. A capsaicina é uma substância normalmente presente nas malaguetas. É um agonista altamente seletivo para o recetor de potencial transitório do tipo vanilóide (TRPV1), o qual se encontra nos nervos da pele que detetam a dor. O efeito inicial da capsaicina é a ativação dos nociceptores cutâneos que expressam o TRPV1, o que origina a dor aguda e o eritema devidos à libertação de neuropéptidos vasoativos. No seguimento da exposição à capsaicina, os nociceptores cutâneos tornam-se menos sensíveis a diversos estímulos. Estes efeitos da capsaicina que aparecem numa fase mais tardia são muitas vezes referidos como “dessensibilização” e pensa-se que sejam os responsáveis pelo alívio da dor.

PD 122

O CERNE DA QUESTÃO

Dinis Oliveira; Luísa Serra; Manuela Neto
UCSP Montemor-o-Velho

Introdução: Somatização é a manifestação de sintomas físicos em resposta a stress psicológico/emocional, que motivam procura de atenção médica. Estes sintomas geram sofrimento per se e pela exposição a exames/tratamentos, na procura de causa médica. A perturbação de sintomas somáticos afeta a

7% da população geral. Os cuidados de saúde primários, 1º ponto de contacto com a saúde, têm um papel fulcral na identificação e orientação destes doentes.

Descrição: HS, mulher de 64 anos, empregada de limpeza, 9º ano de escolaridade, família alargada, APGAR 4, Graffar 4, cuidadora da mãe (Barthel 20). Relação conjugal deteriorada. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, medicada com candesartan 16mg.

A 25/05/2017 recorre a consulta de agudos com quadro de bronquite aguda e é medicada com antibioterapia e budesonida + formoterol. A 02/06/17 vem à consulta de MGF por tosse residual. Exame objetivo normal. Solicita-se espirometria, RX tórax e análises, que vêm a revelar síndrome obstrutivo ligeiro irreversível, reforço broncovascular e dislipidemia. Mantém inalador SOS e inicia atorvastatina 20 mg.

Entre a 1ª e a última consulta de MGF (abaixo descrita), teve 41 consultas em centro de saúde e 20 episódios de urgência, por queixas de globus, tosse seca, expectoração, disfonia, disfagia, astenia, diarreia, náuseas, eructações, tonturas e perda de peso (7 kg em 6 meses), sempre ansiosa, desanimada e receosa de doença grave.

Nas consultas de MGF, realizou múltiplos EADs e foi medicada com esomeprazol 20 mg, sertralina 50 mg, trazodona 150 mg, sem melhoria. Partilha-se o caso com otorrinolaringologia, que excluiu doença deste foro. Encaminhada para medicina interna, fez estudo exaustivo (análises, TC cervico-toraco-abdomino-pelvico, PET, biópsia lingual, mamografia, RMN mamária e citologia), sem alterações consistentes com os sintomas.

Finalmente, é avaliada por psiquiatria e medicada com bupropion 40 mg, escitalopram 20 mg, mirtazapina 14 mg, alprazolam 1mg, risperidona 1 mg/mL e citicolina 2 mL.

Volta à consulta de MGF a 26/09/19 “menos triste e preocupada”, assintomática.

Conclusão: A sintomatologia diversa da doen-

te, sugestiva de patologia grave, levou a uma longa procura de uma causa médica, com inúmeros exames, alguns invasivos. Num quadro exuberante como este, sem desvalorizar a sintomatologia, a abordagem psicológica e de stressores psicossociais poderá ser a pedra de toque na intervenção do médico de família. O uso excessivo dos serviços de saúde é sinal de alarme para perturbação de sintomas somáticos.

PD 123

QUANDO O CUIDADOR FICA DOENTE...

Mariana Santos Miranda; Joana Ribeiro da Costa;
Tatiana Bento; Raquel Landeiro
USF Vale do Sorraia

A dinâmica familiar tem grande influência no tratamento da doença. O cuidador assume a tarefa de cuidar como uma obrigação a ser cumprida e por esse motivo, quando este se depara com a sua própria doença, cria-se uma dicotomia entre o cuidar e ser cuidado, abdicando por vezes do seu próprio tratamento para poder manter o seu papel como cuidador.

Homem, 71 anos, autónomo, viúvo há 1 ano, antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular (FA), diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, consumo de 168 gramas de álcool por semana. Medicado com irbesartan 300 mg e hidroclorotiazida 12,5 mg, metformina 850 mg, sinvastatina 20 mg, bisoprolol 5 mg, varfarina 5 mg e omeprazol 20 mg. Recorreu à consulta aberta por cansaço que agravava com o esforços e melhorava em repouso e edema dos membros inferiores com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo tinha saturação de O₂ de 99%, edema maleolares, auscultação cardíaca arritmica (frequência cardíaca entre 115 e 125 bpm) e auscultação pulmonar com fervores bibasais. Foi encaminhado ao serviço de Urgência por suspeita de insuficiência cardíaca de novo descompensada. Realizou eletrocardiograma que mostrou

onda R negativa de novo em V1 a V6 com QTc 480 mseg e o ecocardiograma evidenciou disfunção sistólica grave biventricular, dilatação biauricular e do ventrículo direito e hipocinésia difusa do ventrículo esquerdo. Analiticamente destacava-se troponina 38 ng/mL e NT-proBNP 6000 pg/mL. Foi proposto internamento que o doente recusou por ser o único cuidador do filho. Ficou agendada reavaliação em hospital de dia uma semana depois por impossibilidade do doente. Nessa reavaliação foi pedida ressonância magnética cardíaca e feito ajuste terapêutico: lercanidipina 20 mg, apixabano 5 mg bid, espironolactona 25 mg, sinvastatina 20 mg, metformina 850 mg, bisoprolol 5 mg bid, irbesartan 300 mg e furosemida 40 mg. Desde a alta contra parecer médico, o médico de família (MF), conhecendo o contexto social e familiar, manteve um contato próximo com o doente através de consultas via telefone, reforçando a importância da continuação do tratamento.

Este caso evidencia o papel fundamental do MF ao lidar com as pessoas no contexto das suas circunstâncias de vida, nomeadamente estrutura familiar e social, e não apenas com enfoque na sua patologia. Essa abordagem permite perceber o modo como o doente encara a sua doença, englobando as suas crenças, medos, expectativas e necessidades.

PD 124

APP SCORE ALFAIATE – CRIAÇÃO DE UM SCORE DE COMPLEXIDADE CLÍNICA CENTRADO NO DOENTE

José Sousa Vale
USF Marginal

Introdução: As exigências impostas pelas administrações, ao nível das condições de trabalho, do aumento da produção, com tempos reduzidos para a consulta e uma crescente sobreposição de tarefas, contribuíram para aumentar o burnout entre os profissionais e diminuir a qualidade do sistema de saúde

como um todo. A heterogeneidade subjacente de muitas fisiopatologias deve ser personalizada à capacidade fisiológica, comportamental e ambiental únicas da pessoa. O conceito de complexidade clínica (CC) deve ter em conta as patologias ou problemas do paciente, e englobá-las neste como um todo. Os tempos alocados a determinado paciente devem abranger determinados fatores como a experiência profissional; o tipo de consulta ou a realização de procedimentos próprios; a colheita e análise da história clínica; o exame físico; a explicação da situação clínica, das propostas de exames auxiliares de diagnóstico e da terapêutica; a utilização dos sistemas informáticos; a necessidade de realizar relatórios ou outros documentos. Torna-se necessária estabelecer de forma mensurável e objetiva a CC que subjaz a cada pessoa.

Objetivos: O objetivo é criar um score de CC que possa ser aplicado a cada utente e relacioná-lo com o tempo investido pelo profissional de saúde para fomentar mudanças de políticas em saúde.

Material e métodos: Foi elaborada uma pesquisa em bases de dados relevantes (PubMed, EMBASE e Google Scholar) para investigar como a complexidade do paciente é atualmente avaliada. Foram identificadas quatro escalas. A APP *Score Alfaiate* foi desenvolvida com base nas quatro escalas identificadas que avaliam de uma forma sistemática a complexidade do doente: INTERMED, *Oxford Case Complexity Assessment Measure*, *Patient Centred Assessment Method* e Level of Care Utilisation System.

Resultados e conclusões: A versão atual da aplicação será lançada e poderá ser feito o download gratuito na App Store e Google Play Store. É única aplicação existente baseada em evidência que procura aprimorar a definição de CC e unificar todos os fatores condicionantes à gestão de cada paciente. Espera-se que a avaliação da CC possa ajudar na programação do atendimento e gestão do pa-

ciente, adaptando e personalizando soluções de tempo e esforços alocados, e assim, aumentar a satisfação de todos os intervenientes no processo de tratamentos e cuidados, reduzir custos, e aumentar ganhos em saúde.

PD 125

CESSANDO O TABAGISMO – A ABORDAGEM NUMA USF

Adelino Costa; Raquel Patrício; Carolina Calado; Raquel Almeida; José Néri

USF Alves Martins; ACeS Dão-Lafões

Justificação: O tabagismo é um dos principais fatores de risco de morbilidade e mortalidade modificáveis, particularmente para doença cardiovascular, respiratória e oncológica. Em Portugal, nos últimos anos, o tabagismo aumentou entre as mulheres e os jovens, existindo uma baixa motivação para a cessação. A intervenção do médico de família é crucial, tendo como principal recurso o aconselhamento breve.

Objetivo: Conhecer a abordagem do tabagismo e da cessação tabágica na prática médica de uma USF.

Metodologia: Realizou-se uma investigação descritiva retrospectiva de amostras aleatórias de utentes maiores de 14 anos de uma USF. A 1.^a visou conhecer a proporção de utentes questionados quanto aos seus hábitos tabágicos. A 2.^a, selecionada entre os utentes com diagnóstico de abuso do tabaco, colheram-se dos processos clínicos dados biográficos, do consumo de tabaco, comorbilidades e intervenções visando a cessação tabágica. Excluíram-se aqueles sem consultas nos últimos 3 anos.

Resultados: De 50 utentes (média 50 anos, 38% homens) apenas 2% não tinha registo dos hábitos tabágicos.

Da amostra de 93 utentes (média 45 anos; 63% homens) com hábitos tabágicos registados, em média, o consumo iniciou-se aos 22 anos (mais cedo nos homens que nas mulhe-

res), durando 22 anos, com uma carga de 17 UMA (maior entre os homens). 27% dos utentes (80% homens), maioritariamente mais velhos e com maior carga tabágica (50 anos e 25 UMA, respetivamente), padeciam de doenças associadas ao tabaco (sobretudo cardiovascular, respiratórias e neoplásicas).

Registaram-se intervenções dirigidas à cessação tabágica em 19% da amostra, maioritariamente homens (61%) e média de 39 anos. Neste grupo, em média o consumo iniciou-se aos 19 anos, durou 20 anos, com carga tabágica de 14 UMA. 83% das intervenções foram aconselhamentos muito breves.

Os 3 utentes sujeitos a intervenções breves tinham dependência ligeira-moderada, elevada motivação para a cessação e comprometeram-se com um dia D, 2 requerendo medicação. Alcançou-se a cessação num caso e os outros aguardam reavaliação.

Nenhum utente foi referenciado para abordagem intensiva.

Discussão e conclusão: Verifica-se uma muito baixa proporção de utentes com intervenções dirigidas registadas, sobretudo aconselhamento breve e referência para abordagem intensiva, particularmente considerando a idade média jovem da população e a elevada prevalência de comorbilidades associadas ao tabagismo.

Esta caracterização da abordagem do tabagismo na USF será alvo de discussão entre a equipa e de eventuais intervenções de melhoria.

PD 126

COBERTURA VACINAL PNEUMOCÓCICA EM DIABÉTICOS – A REALIDADE DUMA USF

Raquel Silva Calçada; Letícia Furtado;
Sara Vila Maior
Internas de MGF da USF Cruz de Celas

Introdução: As infeções do trato respiratório (IR) são a patologia infecciosa mais prevalente na comunidade, representando uma causa frequente de consulta nos cuidados de saúde primários (CSP). Quando nos referimos aos diabéticos, falamos de um grupo de risco não só para Pneumonia, cujo agente etiológico mais frequente é o *Streptococcus Pneumoniae*, mas também de um grupo mais vulnerável a DIP (Doença invasiva pneumocócica). No intuito de atuar na prevenção de IR e DIP em grupos de risco, a Direção Geral de Saúde (DGS) elaborou, em novembro de 2015, uma norma com recomendações para vacinação pneumocócica em adultos com idade $\geq$ a 18 anos (A).

Objetivo: Rever o estado da vacinação pneumocócica em diabéticos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da zona Centro.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva, descritiva, com consulta do processo clínico informatizado (MedicineOne®), e E-vacina (PDS) dos utentes, com mais de 18 anos e codificados com T89 e T90 (ICPC-2) no dia 25/03/2021. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, tipo de diabetes, presença de terapêutica anti-diabética e de vacina Pn13 ou Pn23, por utente. O tratamento estatístico dos dados foi processado no programa informático Microsoft Excel 2013.

Resultados: Foram incluídos no estudo 253 utentes codificados com diabetes não Insulino-dependente (T89) e 10 utentes codificados com diabetes Insulino-dependente (T90), num total de 263 utentes. Todos sob terapêutica anti-diabética e com idades compreendidas entre os 24 e 94 A, com uma média de idade

69 A. Em utentes com idade inferior a 50A, tínhamos uma cobertura vacinal de 0 %. Acima dos 50 A, cerca de 16,6 % estavam vacinados com Pn13, e cerca de 14,8 % com a Pn23. Destes utentes vacinados, 7,6 % apresentavam a dupla vacinação como recomenda a Norma da DGS.

Discussão: Os resultados obtidos em termos de cobertura vacinal, são razoáveis e foram surpreendentes para a maioria dos profissionais da unidade. É de referir que os resultados têm por base registos clínicos, que poderão conter erros ou poderá mesmo acontecer não haver registos de algumas vacinas feitas por exemplo, nas farmácias. Também achamos importante salientar que a pandemia Sars–Covid-19 que estamos a atravessar, terá provavelmente contribuído para estes resultados, pois chamou a atenção de muitos utentes para a prevenção de doenças respiratórias. A vacina Pn13 e Pn23, já demonstraram em vários estudos efetuados, que são custo - efetivas e que devem ser amplamente recomendadas. É preciso melhorar a cobertura vacinal pneumocócica nos diabéticos da nossa unidade, e assim participar ativamente na prevenção de IR e DIP neste grupo de risco, com o consequente ganho em saúde nos CSP e Secundários.

PD 127 Retirado

PD 128

METFORMINA E DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 – ASSOCIAÇÃO DEPENDENTE DA DOSE E DURAÇÃO DA TERAPÊUTICA?

Joana Gonçalves de Meneses;
Mara Lisa Borges Arruda; Rita Santa Comba
Unidade de Saúde da Ilha Terceira

Introdução: A terapêutica com metformina está associada a uma diminuição dos níveis de vitamina B12 (B12), pelo que a sua determinação periódica nas pessoas medicadas com o fármaco está recomendada. A deficiência B12 contri-

bui para a elevada prevalência e/ou agravamento da neuropatia periférica dos diabéticos tipo 2. Para além disso, é responsável pelo aumento dos níveis de homocisteína – fator de risco cardiovascular, anemia megaloblástica, alterações imunitárias, depressão e alterações cognitivas.

Objetivos: O objetivo deste estudo é perceber se a diminuição dos níveis de B12 nos doentes diabéticos está dependente da dose e da duração da terapêutica com metformina.

Material e métodos: Em abril de 2021 foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Pubmed, Uptodate, *National Institute for Health and Care Excellence Guidelines Finder*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*, *The Cochrane Collaboration*, *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness*, *Bandolier* e *Evidence Based Medicine*, usando os termos MeSH: *Metformin* e *Vitamin B 12*. Foram incluídos artigos em inglês, publicados nos últimos 5 anos, com populações de estudos em humanos. A escala SORT, da Academia Americana de Médicos de Família, foi usada para atribuir nível de evidência (NE) e força de recomendação (FR). Resultados: Foram selecionados sete artigos [três coortes (FR2), dois estudos transversais (FR2), um meta-análise (FR1) e um artigo de revisão (FR 2)]. Kim e Al-Hamdi verificaram maior risco de deficiência de B12 nas pessoas medicadas com doses mais elevadas de metformina, nomeadamente $\geq 1500\text{mg/dia}$ e $\geq 2000\text{mg/dia}$, respetivamente. Pelo contrário, estes estudos não encontraram relação com a duração da terapêutica. A meta-análise também mostrou que doses de metformina $\geq 2000\text{mg/dia}$ foram associadas a valores mais baixos de B12. Shivaprasad verificou que tanto a dose, como a duração da terapêutica com metformina são fatores preditivos para a deficiência de B12. No estudo de Alharbi níveis baixos de B12 sérica ocorreram com doses de metformina $>2000\text{ mg/dia}$ e por um período superior a quatro anos. No estudo de Wong a

prevalência de deficiência de B12 foi maior no grupo de pessoas que tomaram metformina em doses ≥ 1500 mg/dia num período superior dois anos. Por fim, Miller, no seu artigo de revisão, confirmou que a diminuição média da B12 foi maior nos estudos com doentes tratados com alta dose de metformina (≥ 2000 mg) em comparação com os estudos com doentes tratados com dose inferior.

Conclusão: Através da análise dos resultados anteriores pode-se concluir que a diminuição dos níveis de B12 nas pessoas medicadas com metformina está dependente da dose e da duração da terapêutica (FRB).

PD 129

ESPIROMETRIA – QUAL O SEU PAPEL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS?

José Filipe Morim de Sá Moreira;
José Pedro Lacerda da Costa Vieira
UCSP Mira

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) a asma brônquica (AB) são patologias que apresentam uma elevada prevalência. Deste modo, o diagnóstico correto contribui para que os doentes sejam devidamente tratados e acompanhados. A espirometria permite avaliar a função respiratória, sendo essencial para o diagnóstico e monitorização destas patologias, pelo que se torna essencial a sua correta interpretação por parte do médico de família. O objetivo deste trabalho é rever os critérios para a realização de espirometria a nível dos cuidados de saúde primários, a sua interpretação, aplicabilidade clínica e contraindicações. Foi consultado o “Programa Nacional para as Doenças Respiratórias – Critérios da qualidade para a realização de uma espirometria”, a Norma de Orientação Clínica da DGS nº005/2016 e o documento da ATS/ERS *Standardization of Spirometry 2019 Update. An Official American Thoracic Society and European Respiratory Society Technical Statement*.

Pelos parâmetros quantitativos, nomeadamente o FVC e FEV1, determina-se o padrão ventilatório: obstrutivo (se relação FEV1/FVC < 70%); restritivo (se relação FEV1/FVC $\geq 70\%$ e FVC < 80% ou < LLN) ou misto (se relação FEV1/FVC < 70% e FVC < 80% ou < LLN). A avaliação da gravidade da obstrução tem por base os valores de FEV1 após administração de broncodilatador sendo: ligeira (se FEV1 $\geq 80\%$), moderada (se $50\% \leq \text{FEV1} < 80\%$), grave (se $30\% \leq \text{FEV1} < 50\%$) ou muito grave (se FEV1 < 30%). A morfologia da curva débito-volume permite avaliar a existência de artefactos que comprometam a qualidade do exame e deduzir a presença de obstrução (curva côncava na fase expiratória) ou restrição (redução do tamanho global da curva e curva convexa na fase expiratória).

Perante um quadro clínico suspeito de DPOC ou AB, a realização de espirometria é uma ferramenta de elevado interesse clínico. A interpretação correta da mesma envolve a avaliação do padrão morfológico da curva débito-volume, da relação FEV1/FVC e do valor de FEV1 após broncodilatação, tendo importantes implicações na abordagem diagnóstica e terapêutica dos doentes com patologia respiratória. Este exame, sendo também capaz de avaliar a gravidade da doença, permite uma abordagem individualizada e contribui para uma melhor qualidade de vida dos doentes e menos gastos em saúde. Em suma, é de elevada importância que todos os médicos de família sejam capazes de solicitar adequadamente a realização deste exame, bem como interpretar corretamente os seus resultados.

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



MAJOR SPONSORS



SPONSORS



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

ad⁺médic

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DAS JORNADAS

ad⁺médic
Tours

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt
W: www.admedictours.pt
RNAVT 2526