27 ANOS

JNPC

Jornadas Nacionais Patient Care

A melhor prática clínica para o médico atual

16 | 17 fevereiro 2023

Centro de Congressos de Lisboa

PRESIDENTE DE HONRA

Profa. Doutora Maria Amélia Ferreira

PRESIDENTE

Dr. José Canas da Silva

VICE-PRESIDENTE

Dr. Rui Cernadas

SECRETÁRIOS GERAIS

Dra. Rita Ávila

Dr. Tiago Vilarinho

PROGRAMA CIENTÍFICO

Aceder à versão digital do programa com resumos

27 ANOS JNPC

Jornadas Nacionais Patient Care

A melhor prática clínica para o médico atual

Bem-vindos!

Caros Colegas e Amigos,

Na qualidade de Presidente destas 27as Jornadas, cabe-me desejar-vos um caloroso acolhimento.

E já lá vão 27! É realmente raro um empreendimento científico durar tanto tempo em Portugal. A culpa é vossa!

Porque ano após ano vêm às Jornadas Nacionais Patient Care e tem sido reconfortante poder rever anualmente tantos dos que nos seguem desde o início.

Este ano a edição é de luxo, com uma homenagem à Profa. Doutora Maria Amélia Ferreira, que dispensa apresentações, e um programa desenhado para responder a questões práticas, atuais e cientificamente relevantes.

Termino agradecendo aos meus colegas e amigos da Comissão Organizadora e Científica, ao Dr. Rui Cernadas (Vice-Presidente), à Dra. Rita Ávila e ao Dr. Tiago Vilarinho (Secretários Gerais), pela sua enorme contribuição para estas Jornadas.

A todos desejo umas ótimas 27as JNPC e uma feliz estadia em Lisboa.

Bem-haja

José Canas da Silva

Presidente das Jornadas

COMISSÃO DE HONRA

Ministro da Saúde | Dr. Manuel Pizarro

CEO do Serviço Nacional de Saúde | Doutor Fernando Araújo

Bastonário da Ordem dos Médicos | Dr. Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Diretivo da ARS Lisboa e Vale do Tejo | Dr. Luís Pisco

Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar | Dr. Nuno Jacinto

COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTÍFICA

PRESIDENTE

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

Doutora Cristina Galvão Médica paliativista, ECS Cuidados Paliativos Beja+

Dra. Cristina Maia e Costa Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sãvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sãvida

Dra. Helena Beça Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Gaia, ACES Gaia

Dra. Rita Ávila Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora Médica da USF São João da Talha, ACES Loures-Odivelas

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 Sousa Oliveira Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da USF Génesis - ACeS Loures-Odivelas; Assistente de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Dr. Tiago Vilarinho Médico de Família e Orientador de Formação, USF S. Félix Perosinho, ACeS Espinho/Gaia

PRESIDENTES, MODERADORES E PALESTRANTES

Profa. Doutora Alice Bastos Psicóloga; Professora Coordenadora no Instituto Politécnico de Viana do Castelo | **Dra. Ana Calafate** Médica de família na USF Garcia de Orta, ARS Norte; Médica no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo | **Dra. Ana Casimiro** Médica pediatra no Hospital Dona Estefânia; Responsável pela Unidade de Pneumologia Pediátrica do HDE; Assistente convidada do 6º ano na Nova Medical School | **Dra. Ana Fatela** Assistente Graduada Sénior de Ginecologia /Obstetrícia do CHULC- Polo MAC. Fundadora e responsável da Consulta de Menopausa da MAC | **Dra. Ana Rodrigues** Médica de Família na USF Magnólia, ACES Loures/Odivelas; Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar | **Dra. Ana Sofia Antunes** Secretária de Estado da Inclusão; Licenciada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa | **Prof. Doutor André Biscaia** Médico de família na USF Marginal do ACES de Cascais da ARSLVT; Doutorado em Políticas de Saúde e Desenvolvimento pelo IHMT da UNL; Presidente da USF-AN e Coordenador Nacional do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Sector da Saúde | **Profa. Doutora Carla Rego** Pediatra, Hospital CUF Porto; Professora Auxiliar convidada da FMUP e da ESB-Universidade Católica Portuguesa; Presidente do GNEIOP e da Health4Moz | **Dr. Carlos Lourenço** Assistente de Medicina Geral e Familiar, Hospital da Luz de Oeiras; Serviços Sociais Caixa Geral de Depósitos | **Doutora Cristina Galvão** Médica paliativista, ECS Cuidados Paliativos Beja+ | **Profa. Doutora Cristina Gavina** Diretora do Serviço de Cardiologia e Departamento de Medicina da ULS de Matosinhos; Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; MSc in Clinical Trial, NDPH University of Oxford | **Dra. Cristina Maia e Costa** Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sãvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos

Sávida | **Profa. Doutora Daniela Seixas** Co-fundadora & CEO da Tonic App; Professora Afiliada da FMUP; Membro do Conselho Nacional para as Tecnologias de Informática na Saúde da Ordem dos Médicos | **Dr. Daniel Beirão** Docente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Diretor Clínico Ajunto do Hospital da Luz Guimarães; Perito Médico do Instituto de Segurança Social; Medical Advisor na Knokcare | **Dr. Delfin Tavares** Diretor do Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital D. Estefânia; Assistente Graduado de Ortopedia Pediátrica; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central | **Dra. Fátima Palma** Ginecologista e Obstetra na MAC, CHULC; Coordenadora da Unidade de Ginecologia da Infância e Adolescência da MAC; Presidente da Sociedade Portuguesa de Contraceção | **Doutor Fernando Araújo** Diretor Executivo do SNS | **Dra. Filipa Osório** Médica Ginecologista do Hospital da Luz Lisboa; Especialista em endometriose e cirurgia minimamente invasiva; Secretária da Seção de Endoscopia da Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Membro do Advisory Board da Sociedade Europeia de Ginecologia Endoscópica (ESGE) | **Dr. Frederico Carmo Reis** Urologista, CUF, Lisboa | **Dra. Helena Beça** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Gaia, ACES Gaia | **Prof. Doutor Henrique Almeida** Médico; Professor Associado da Faculdade de medicina da Universidade do Porto; Diretor do Mestrado e do Programa Doutoral em Medicina e Oncologia Molecular; Diretor do grupo de investigação «Envelhecimento e stress», FMUP e «i3s, Instituto de Investigação e Inovação em Saúde», Porto; Consultor em Obstetrícia/Ginecologia (Hospital CUF, Porto); Membro do Colégio de Ginecologia/Obstetrícia da Ordem dos Médicos | **Dra. Inês Gonçalves** Assistente Graduada de Pneumologia; Pneumologista no Hospital de Loures e Grupo Luz Saúde; Coordenadora da comissão de trabalho de Fisiopatologia Respiratória e DPOC da sociedade Portuguesa de Pneumologia nos anos 2015 a 2018; Participação na elaboração das normas de orientação técnica de espirometria (2018), Direção Geral da Saúde (DGS); Participação na elaboração da atualização das normas da DGS de orientação clínica (NOC) sobre DPOC (2018); Participação e elaboração de cursos e-learning de DPOC e função respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2019 e 2020) | **Dra. Ivone Gonçalves Gaspar** Assistente Graduada de MGF USF Dafundo; Docente convidada da Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa e Universidade Católica Portuguesa; Comissão Ética para a Saúde ARSLVT | **Dr. João Azevedo** Especialista em Medicina Geral a Familiar; Master internacional em Medicina Estética (Madrid); Cirurgia transplante capilar (USA); Pós graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde (Porto Business School); Serviço Clínico Continental Mabor | **Prof. Eng. José Carlos Nascimento** Licenciado em Engenharia Eletrotécnica pela Universidade do Porto; Doutorado na área das Tecnologias e Sistemas de Informação pela Universidade do Minho; Professor auxiliar no Departamento de Sistemas de Informação da Universidade do Minho; Adjunto do Secretário de Estado para a Transição Digital, no XXII Governo Constitucional | **Dr. José Melo Gomes** Reumatologista, Lisboa | **Dr. Luís Menezes** CEO da Unilabs Portugal; Membro da Comissão Executiva Europeia do Grupo Unilabs; Diretor Regional do Grupo para Portugal, América Latina e Oriente Médio; Deputado eleito para o Parlamento Português (2009-2014) | **Dra. Madalena Rodrigues** Médica de Medicina Geral e Familiar, USF Castelo, Sesimbra | **Profa. Doutora Maria Amélia Ferreira** Médica, Professora Catedrática Aposentada da FMUP; Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses e Presidente do Secretariado Regional Porto da UMP; Ex-Diretora da FMUP (2014-2018); Investigadora na Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular (UnIC@RISE), FMUP | **Profa. Doutora Maria Júlia Maciel** Médica Cardiologista, Porto | **Dra. Mafalda Paiva** Assistente Hospitalar Graduada De Pediatria do Hospital Dona Estefânia, CHULC; Coordenadora da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos do CHULC; Membro da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos | **Dra. Mariana Portugal** Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF São João da Talha; UCF Todos os Santos - Vertente da Saúde da Mulher e Neonatal - ACES Loures, Odivelas/Maternidade Alfredo da Costa- CHLC | **Dr. Manuel Caldas de Almeida** Médico; Vice-Presidente do Secretariado Nacional da UMP | **Dra. Marta Bandeiras** Assistente de Medicina Geral e Familiar na USF LoureSaudável, ACES Loures-Odivelas | **Dr. Miguel Martins da Cunha** Médico de Família e Coordenador da USF O Basto; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, S.A.; Médico da ECL - RNCCI, Médico do GCL – PPCIRA | **Prof. Doutor Miguel Viana Baptista** Diretor do Serviço de Neurologia do Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Professor Associado de Neurologia, Nova Medical School, Universi-

dade Nova de Lisboa | **Dra. Rita Ávila** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora Médica da USF São João da Talha, ACES Loures-Odivelas | **Dra. Sara China Pereira** Especialista em Medicina Geral e Familiar na USF o Basto- Aces Alto Ave; Especialista em medicina do trabalho e médica da equipa coordenadora local da RNCCI do Aces do Alto Ave | **Dra. Sara Sousa Oliveira** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da USF Génesis - ACeS Loures-Odivelas; Assistente de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | **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

JÚRI DAS COMUNICAÇÕES LIVRES

PRESIDENTE
Doutora Cristina Galvão Médica paliativista, ECS Cuidados Paliativos Beja+

Dra. Cristina Maia e Costa Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sãvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sãvida
Dra. Helena Beça Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Gaia, ACES Gaia
Dra. Ivone Gonçalves Gaspar Assistente Graduada de MGF USF Dafundo; Docente convidada da Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa e Universidade Católica Portuguesa; Comissão Ética para a Saúde ARSLVT

REVISORES DAS COMUNICAÇÕES LIVRES

Dra. Ana Calafate Médica de família na USF Garcia de Orta, ARS Norte; Médica no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo | **Dra. Ana Rodrigues** Médica de Família na USF Magnólia, ACES Loures/Odivelas; Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar | **Dr. Carlos Lourenço** Assistente de Medicina Geral e Familiar, Hospital da Luz de Oeiras; Serviços Sociais Caixa Geral de Depósitos | **Dra. Ivone Gonçalves Gaspar** Assistente Graduada de MGF USF Dafundo; Docente convidada da Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa e Universidade Católica Portuguesa; Comissão Ética para a Saúde ARSLVT | **Dr. João Azevedo** Especialista em Medicina Geral a Familiar; Master internacional em Medicina Estética (Madrid); Cirurgia transplante capilar (USA); Pós graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde (Porto Business School); Serviço Clínico Continental Mabor | **Dra. Madalena Rodrigues** Médica de Medicina Geral e Familiar, USF Castelo, Sesimbra | **Dra. Mariana Portugal** Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF São João da Talha; UCF Todos os Santos - Vertente da Saúde da Mulher e Neonatal - ACES Loures, Odivelas/Maternidade Alfredo da Costa - CHLC | **Dr. Miguel Martins da Cunha** Médico de Família e Coordenador da USF O Basto; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, S.A.; Médico da ECL - RNCCI, Médico do GCL – PPCIRA | **Dra. Rita Ávila** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora Médica da USF São João da Talha, ACES Loures-Odivelas | **Dr. Rui Cernadas** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos | **Dra. Sara China Pereira** Especialista em Medicina Geral e Familiar na USF o Basto- Aces Alto Ave; Especialista em medicina do trabalho e médica da equipa coordenadora local da RNCCI do Aces do Alto Ave | **Dra. Sara Sousa Oliveira** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da USF Génesis - ACeS Loures-Odivelas; Assistente de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | **Dr. Tiago Castro Lopes** Médico de Família, USF Serzedelo do ACeS Alto Ave; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, SAalto ave | **Dr. Tiago Vilarinho** Médico de Família e Orientador de Formação, USF S. Félix Perosinho, ACeS Espinho/Gaia

27 ANOS JNPC

Jornadas Nacionais Patient Care

A melhor prática clínica para o médico atual

16 de fevereiro 2023 | Quinta-feira

15:00-18:00h

GEDEON RICHTER
Health is our mission

CURSO-PRÁTICO

Inserção de dispositivos intrauterinos e controlo da dor em cuidados de saúde primários

Formadoras: Dra. Denise Bacalhau e Dra. Carolina Mendonça

Módulo teórico

a. **Formação em contraceção intrauterina (CIU)**
   Benefícios e riscos da CIU
   Indicações
   Padrão do ciclo
   Indicações na hemorragia menstrual abundante

b. **Controlo da dor na introdução de DIU**
   Dor na introdução dos DIUs
   Valorização da Dor
   Controlo da dor moderada aguda na introdução de DIU

Módulo prático

c. **Treino na aplicação de DIU em modelos**

d. **Treino na aplicação tópica do gelo de lidocaína a 4% em modelos**

27 ANOS JNPC

Jornadas Nacionais Patient Care

A melhor prática clínica para o médico atual

16 de fevereiro 2023 | Quinta-feira

08:00h	Abertura do Secretariado
09:00-10:00h	**Comunicações orais I** Moderadores: Dra. Ivone Gonçalves Gaspar e Dr. Tiago Castro Lopes **CO 01 – CO 08**
10:00-11:00h	**Saúde social no envelhecimento** Coordenadora: Profa. Doutora Maria Amélia Ferreira Dr. Manuel Caldas de Almeida Profa. Doutora Alice Bastos Prof. Doutor Henrique Almeida Dra. Ana Sofia Antunes Doutor Fernando Araújo
11:00-11:30h	Intervalo
11:30-12:00h	**SESSÃO DE ABERTURA** **Homenagem Nacional à Profa. Doutora Maria Amélia Ferreira**
12:00-12:50h MSD INVENTING FOR LIFE	**SIMPÓSIO Papel do médico de MGF no aconselhamento da vacinação contra o HPV** Dra. Amália Pacheco e Dr. Vasco Fontaínhas
12:50-14:00h	Almoço
14:00-15:00h	***Hot-topics* em cardiologia** Moderadora: Profa. Doutora Maria Júlia Maciel Profa. Doutora Cristina Gavina Dra. Cristina Maia e Costa

15:00-15:50h **SIMPÓSIO O que mudou no tratamento do doente com depressão?**
Palestrante: Prof. Doutor Luís Madeira

15:50-16:20h Intervalo

16:20-18:00h **CASOS CLÍNICOS Pediatria em Medicina Geral e Familiar**
Moderadoras: Dra. Ana Casimiro e Dra. Marta Bandeiras

Nutrição e obesidade infantil *(15 m)*
Profa. Doutora Carla Rêgo

Reumatologia pediátrica *(15 m)*
Dr. José Melo Gomes

Ortopedia pediátrica *(15 m)*
Dr. Delfin Tavares

Cuidados Paliativos *(15 m)*
Dra. Mafalda Paiva

Perguntas & Respostas *(40 m)*
Dra. Sara China Pereira e Dra. Madalena Rodrigues

18:00h Fim das Sessões do 1º Dia

17 de fevereiro 2023 | Sexta-feira

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-09:30h **Comunicações orais II**
Moderadoras: Dra. Ana Calafate e Dra. Ana Rodrigues
CO 09 – CO 12

09:30-10:00h **CONFERÊNCIA Prevenção da violência sobre os profissionais de saúde**
Presidente: Dra. Rita Ávila
Palestrante: Prof. Doutor André Biscaia

10:00-10:50h **SIMPÓSIO Quem vê caras não vê corações... nem pulmões!**
Risco cardio-pulmonar: Como quebrar este circulo vicioso?"
Palestrantes: Dr. Rui Cernadas, Dra. Sílvia Monteiro e Prof. Doutor Filipe Froes

10:50-11:20h Intervalo

11:20-12:10h

SIMPÓSIO Será que já sabemos tudo sobre o AVC no doente idoso com FANV?
Moderadora: Dra. Susana Corte-Real
Palestrante: Dra. Mariana Alves

12:10-13:10h

CASOS CLÍNICOS Saúde na Mulher
Moderadoras: Dra. Cristina Maia e Costa e Dra. Mariana Portugal

Contraceção nas adolescentes *(15 m)*
Dra. Fátima Palma

Endometriose *(15 m)*
Dra. Filipa Osório

Menopausa *(15 m)*
Dra. Ana Fatela

Perguntas & Respostas *(15 m)*
Dra. Ana Calafate e Dra. Sara Sousa Oliveira

13:10-14:00h Almoço

14:00-15:30h

Se não sabe, porque não pergunta? Casos reais em MGF
Moderadoras: Doutora Cristina Galvão e Dra. Helena Beça

Pneumologia *(15 m)*
Dra. Inês Gonçalves

Neurologia *(15 m)*
Prof. Doutor Miguel Viana Baptista

Urologia *(15 m)*
Dr. Frederico Carmo Reis

Perguntas & Respostas *(45 m)*
Dr. Carlos Lourenço, Dr. João Azevedo e Dr. Miguel Martins da Cunha

15:30-16:00h

CONFERÊNCIA PATROCINADA Polypill: Chegou a hora
Dr. Francisco Araújo

16:00-17:15h

Regresso ao futuro – A transformação digital em saúde
Moderadores: Prof. Eng. José Carlos Nascimento e Dr. Tiago Vilarinho
Dr. Daniel Beirão, Profa. Doutora Daniela Seixas e Dr. Luís Menezes

17:15h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO
Entrega dos Prémios Melhor Comunicação Oral e Poster

Participe na elaboração do próximo programa preenchendo o questionário online.

CONTAMOS CONSIGO, CONTE CONNOSCO!

PRÓXIMAS JORNADAS
22 E 23 DE FEVEREIRO 2024
CENTRO DE CONGRESSOS DE LISBOA

Resumos | Comunicações Orais

09:00-10:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS I** 16 de fevereiro

Moderadores: Dra. Ivone Gonçalves Gaspar e Dr. Tiago Castro Lopes

CO 01

DR., FOI PIOR A EMENDA QUE O SONETO!

Diana Rocha[1]; Ana Inês Vasques[1]; Marta Lagoa[1]; Sofia Ramos[1]; Daniel Pimenta Rocha[1]; Luis Rocha[1]
[1]IPO PORTO

Introdução: Todos os médicos, independentemente da sua especialidade e de serem ou não médicos do trabalho, devem estar alertas para o diagnóstico das doenças respiratórias. Assim, compete a todos, sempre exista diagnóstico já estabelecido ou suspeita fundamentada, a declaração (que é obrigatória), em impresso próprio, ao Departamento Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais. A avaliação, gradação e reparação das doenças profissionais é da exclusiva responsabilidade do Departamento Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais, mediante a observação em Junta Médica do trabalhador afetado.

Descrição: Homem, 40 anos, operador de produção em corticeira desde os 18 anos, sem antecedentes de patologia respiratória, história de infeções respiratórias, hábitos tabágicos ou atopias conhecidas; Encaminhado para Consulta de Pneumologia por quadro respiratório com 2 anos de evolução, agravado nos períodos de inverno e caracterizado por: tosse seca com agravamento noturno, aperto torácico e dispneia sem relação com o esforço. Apresentava também sintomas nasais (rinorreia e prurido nasal) que agravavam na primavera. Todo o quadro clínico atenuava nos períodos de fim-de-semana e de absentismo laboral, apesar do uso de equipamento de proteção individual adequado aquando jorna de trabalho. Funcionalmente: provas de função respiratória normais mas com hiperresponsividade brônquica moderada a grave após broncoprovocação por metacolina e com resposta positiva a broncodilatação inalada. FeNO 103 ppb. Status atópico definido por testes cutâneos positivos para gramíneas selvagens e mistura de cereais. Após marcha diagnóstica foi otimizado o tratamento previamente instituído pelo médico de família, com aparente melhoria sintomática. Observa-se, porém aquando de reinício de atividade laboral após baixa por doença Natural, uma deterioração do quadro clínico: aparecimento de expetoração escura e maior necessidade de recurso ao inalador de SOS. O doente, que inicialmente trabalhava como operador no processo de finalização da cortiça recorrendo a tintas e diluentes (exposiçao a isocianatos) foi trocado de posto de trabalho para o processamento inicial da cortica (exposição ao pó e bolor da cortiça) – daí o agravamento clínico. Foi participada Doença Profissional e enviada carta para o Médico do Trabalho, de modo a sugerir mudança de posto de trabalho e afastamento permanente de exposição aos alergénios supra-referidos.

Conclusão: A importância da existência de um médico do trabalho, competente, capaz e conhecedor dos riscos a que os trabalhadores estão expostos nos diversos postos de trabalho é fundamental pela a importante simbiose entre homem-trabalho.

CO 02

CODIFICAÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA: QUAL A SUA RELEVÂNCIA? – ESTUDO MULTICÊNTRICO EM SEIS USF

Anita Marques[1]; Marta Perro Neves[2]; Pedro Sonié[2]; Ana Isabel Teixeira[3]; Ana Rita Pedrosa[4]; Ana Rita Monteiro[5]; Mariana Horta[1]; Inês Rodrigues[6]
[1]USF Nova Salus; [2]USF Arco do Prado; [3] USF Gaya; [4] USF Saúde no Futuro; [5] USF Abel Salazar; [6] USF Barão do Corvo

Introdução: A Doença Renal Crónica (DRC) representa um grave problema de Saúde Pública, com uma prevalência de 6,1% em Portugal. Alguns dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DRC são comuns às principais causas de morbilidade ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), tornando-se importante identificar estes doentes nos CSP e registar o problema no processo clínico informatizado, nomeadamente através da codificação ICPC-2.

Objetivos: Avaliar a qualidade da codificação da DRC; identificar os doentes com DRC pela codificação ICPC-2 "U99" e compará-los com os doentes com DRC identificados pela Taxa de Filtração Glomerular (TFG) <60 ml/min; identificar os fatores que influenciam os profissionais de saúde a codificar a DRC; estimar a prevalência da DRC nas Unidades de Saúde Familiar (USF) estudadas.

Material e métodos: Estudo de investigação observacional descritivo transversal. A população-alvo corresponde aos utentes inscritos em seis USF do ACeS Grande Porto VII – Gaia com o registo de um valor de creatinina nos últimos cinco anos e com o código ICPC-2 "U99" e/ou TFG <60 ml/min. Foi aplicado um questionário aos médicos das respetivas USF para avaliar os hábitos e possíveis limitações associadas à codificação da DRC. A análise estatística foi efetuada através do Microsoft® Excel®.

Resultados e conclusões: Em junho de 2022 encontravam-se inscritos 75170 utentes nas seis USF estudadas. Foram incluídos 30760 utentes na amostra. Destes, 4800 utentes apresentavam TFG <60 ml/min (15,6% da amostra). Por sua vez, 1863 apresentavam a codificação "U99" na lista de problemas (6,1% da amostra). Apenas 2,8% da amostra apresentava simultaneamente TFG <60 ml/min e a codificação "U99" na lista de problemas (n=862). A prevalência de DRC encontrada nas USF estudadas foi de 6,4%, valor semelhante ao estimado a nível nacional. Obtiveram-se 38 respostas ao questionário aplicado a 55 médicos (69,1%). A maioria conhece o código "U99" (86,9%, n=33) e refere utilizá-lo (81,6%, n=31). Os principais motivos que influenciam a não codificação de DRC são "esquecimento" (55,3%, n=21), "falta de tempo na consulta" (50%, n=19) e a "inexistência de um código ICPC-2 específico para DRC" (42,1%, n=16). No entanto, consideram que a codificação é importante para a "prevenção de iatrogenia" (100%, n=38), "ajuste posológico de fármacos" (100%, n=38), "otimização terapêutica em doente com DRC" (100%, n=38), "melhor gestão de comorbilidades" (97,4%, n=37) e "ajuste na periodicidade da vigilância do doente com DRC" (97,4%, n=37). Observou-se subcodificação do problema "U99", o que poderá estar relacionado com o facto deste código ser inespecífico. Atendendo à prevalência da DRC e às suas implicações na abordagem dos doentes, é importante que o problema esteja registado na lista de problemas. Os investigadores consideram de grande relevância a criação de um código próprio para DRC no sistema de codificação dos CSP.

CO 03

MAIS VALE PREVENIR QUE TRATAR: NEVRALGIA PÓS-HERPÉTICA

João Soares Ferreira[1]; Pedro Magalhães Vieira[1]; Margarida Pistola[1]; Mariana Salgado[1]
[1]USF Côrtes D'Almeirim

Introdução: A Reativação do Vírus Herpes Zoster (VHZ), clinicamente designada como Zona, sendo muito frequente, principalmente na população acima dos 50 anos, apesar de na maior parte dos casos auto-limitada, pode apresentar em 20% dos casos como complicação Nervralgia Pós-Herpética (NPH), podendo acima dos 50 anos atingir os 80%, Surgiram recentemente novas opções e estratégias para a Prevenção da Reativação do VHZ, tornando importante uma revisão sobre as formas de prevenir e tratar a mesma, mas no contexto da Medicina Geral e Familiar (MGF).

Objetivos: O objetivo desta revisão é identificar as estratégias terapêuticas e preventivas com maior impacto na Infeção pelo VHZ – Zona, com destaque para o seu impacto na prevenção da complicação mais frequente, a NPH.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica no Pubmed, como palavras chave, herpes zoster therapeutic infection prevent, publicado entre 2012 e 2022. Foram selecionados 10 artigos, tendo por base a sua relevância e atualidade.

Resultados e conclusões: Sendo a complicação da NPH a principal preocupação relacionada com a Infeção por VHZ – Zona, importa destacar que a forma mais eficaz forma de a prevenir é um atempado e correto tratamento da Infeção por VHZ. No tratamento da Infeção por VHZ, dá-se ao Aciclovir e o Valaciclovir, os quais devem ser instituídos o mais precocemente possível, idealmente até às 72 horas após os primeiros sinais e/ou sintomas. Não existe evidência de Fármacos que possam prevenir especificamente a NPH, sendo que no caso da mesma surgir, no caso concreto da população idosa deve ser dada preferência à Terapêutica Tópica (Lidocaína 5% e Capsaicina 0.075%), podendo ainda utilizar-se Amitriptilina, Gabapentina ou Pregabalina,

mas com maiores efeitos adversos e limitação do uso no idoso. Sendo mais frequente na população acima dos 50 anos, surgiu recentemente, uma nova estratégia preventiva, através de vacinação, que veio duplicar a eficácia da vacina previamente existente, atingindo os 97,2% de eficácia na redução dos casos de Reativação da Infeção por VHZ, permitindo desta forma uma eficaz redução dos casos de NPH. Destaca-se como limitação para a aplicação desta estratégia de forma mais generalizada, o elevado custo da vacina, bem como alguma apreensão por parte dos profissionais em relação com o aumento de casos de Síndrome de Guillain-Barré, apesar de não ter sido estabelecida ainda uma relação de causalidade.

CO 04

PARA LÁ DAS RAQUIALGIAS

Ana Catarina Fonseca[1]; Diogo Santos Costa[1]
[1]USF Serpa Pinto

Introdução: As raquialgias são queixas comuns em Cuidados de Saúde Primários. O diagnóstico diferencial é vasto, incluindo patologia discal degenerativa e herniária, doenças reumáticas e doenças oncológicas. Comorbilidades como depressão e ansiedade podem atuar como perpetuadores da dor.

Descrição: Sexo masculino, 64 anos, casado, reformado por patologia psiquiátrica desde 2013, não fumador, com antecedentes pessoais de Perturbação da Personalidade Borderline e traços obsessivo-compulsivos, Síndrome Depressivo, Síndrome do Ombro Doloroso, Discopatia Cervical e Lombociatalgia recorrente. Em abril de 2021 recorre ao médico assistente por quadro com meses de evolução, de dorsolombalgia com irradiação para a perna esquerda e parestesias ipsilaterais, que cediam parcialmente a AINEs e relaxante muscular. Alguns meses depois, por manutenção das queixas, foi requisitado estudo analítico com parâmetros inflamatórios e reumatológicos (todos eles negativos) e TC lombar, que demonstrava patologia degenerativa, com procidência disco-osteofitária com compromisso das raízes de L5 e S1. Por agravamento das queixas álgicas, mesmo após fisioterapia, associadas a despertares noturnos por dor, foi requisitada RMN cervico-dorso-lombar, que demonstrou lesões com captação na apófise odontoide, corpo vertebral de D8, arco vertebral de D9, arco costal posterior de D9 à direita e osso ilíaco direito e suspeita de sofrimento medular e prejuízo para as raízes D8 e D9, compatíveis com lesões neoplásicas de provável infiltração secundária ou eventual mieloma múltiplo.

O doente foi referenciado a consulta de oncologia médica com urgência e foi otimizada terapêutica farmacológica com tapentadol em titulação. Na sequência da consulta de oncologia, foi proposto internamento para investigação etiológica. Realizou TC de crânio e toraco-abdomino-pélvico, com identificação de nódulo no lobo pulmonar superior direito espiculado e múltiplas lesões nodulares no fígado dispersas. Na cintigrafia foram detetadas múltiplas imagens de hipercaptação entre D8-D10, em diversos arcos costais, no ilíaco direito e no fémur, todas compatíveis com metastização. A biópsia da lesão hepática revelou um adenocarcinoma com perfil imuno-histoquímico compatível com origem pulmonar. Assim, foi diagnosticado um Adenocarcinoma pulmonar estadio IV, tendo sido iniciada radioterapia paliativa e terapêutica alvo com anti-EGFR.

Conclusão: O perfil depressivo/ansioso de um utente, aliado à cronicidade de uma queixa já estudada e com causa identificada é um desafio na prática clínica. Este caso enfatiza o papel essencial de uma descrição pormenorizada da evolução dos sintomas, com atenção particular para os sinais de alarme. Em doentes com raquialgia crónica, as alterações das características da dor devem alertar o médico para uma investigação detalhada da evolução da patologia ou existência de diagnósticos de novo.

CO 05

PREVALÊNCIA DE COMPLICAÇÕES/COMORBILIDADES EM DOENTES COM DMT2 EM PORTUGAL – RESULTADOS ESTUDO CMORE

Sílvia Alão[1]; Tomás Silva[2]; António Pedro Leite[3]; Medina do Rosário[4]; Cristina Carvalho[5]; Joana Coelho[6]; Hélder Ferreira[7]; Raquel Ferreira[8]; Joana Abreu[9]; Margarida Rosa[10]; Sofia Azevedo[11]; Cláudia Cunha[12]; Capela Daniel[13]; Belén Juane[14]; Renata Arantes Sousa[15]; Ana Catarina Casais[1]
[1]MSD Portugal; [2]Unidade de Saúde Pública de Matosinhos; [3] USF Santa Cruz, Torres Vedras; [4] USF Villa Longa; [5] Unidade Cuidados Saúde Personalizados Torres Vedras; [6] Unidade Cuidados Saúde Personalizados Azeitão; [7] Unidade Cuidados Saúde Personalizados Celas; [8] Unidade Cuidados Saúde Personalizados Cantanhede; [9] USF Conchas, Lisboa; [10] Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Beja; [11] USF Uarcos, Arcos de Valdevez; [12] USF Flor de Sal, Aveiro; [13] Unidade Cuidados Saúde Personalizados Tábua; [14] Unidade Cuidados Saúde Personalizados Caminha; [15] USF Dr. Tiago Almeida, Viana do Castelo

Introdução: A diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) é uma doença crónica caracterizada por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina (relativa ou absoluta) ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida. Doentes com DMT2 têm maior risco de várias complicações, desde agudas e potencialmente fatais (hipoglicemia grave e cetoacidose) até condições crónicas (como nefropatia, neuropatia, retinopatia e doença cardiovascular).

Objetivos: Caracterizar a prevalência de complicações cró-

nicas/comorbilidades associadas à DMT2 em Portugal.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e multicêntrico que incluiu adultos com DMT2, com informação disponível sobre o ano de diagnóstico, valores de HbA1c do último meio ano e com consulta prévia no ano anterior. Os dados sociodemográficos, antropométricos e clínicos foram recolhidos em 18 centros de cuidados primários, nas regiões do Norte, Centro e Alentejo, entre Nov/2020-Set/2022.

Resultados e conclusões: Dos 780 doentes incluídos no estudo, 55,5% era do sexo masculino, com idade média de 67,6±10,4 anos e sem hábitos tabágicos atuais (90,3%) ou alcoólicos (89,9%). 43,1% apresentava história familiar de DMT2 e 32,1% de doenças cardiovasculares (CV).

Em média, os doentes tinham diagnóstico de DMT2 há 10,5±8,1 anos e apresentavam um índice de massa corporal de 29,7±4,7 kg/m2 (n=768). O valor médio de HbA1c era 7,0±1,2%, sendo mais elevado quanto maior a duração da doença (p <0,001). Os níveis de colesterol total, HDL-C, LDL-C e triglicéridos foram, em média, 166,8±39,3, 47,3±14,0, 90,7±32,9 e 145,6±83,0 mg/dL, respetivamente.

A maioria dos doentes (99,3%) apresentava pelo menos uma comorbilidade com 85,5% dos doentes a apresentar excesso de peso/obesidade, 85,4% dislipidemia, 82,6% hipertensão, 23,1% micro ou macro albuminúria (n=634), 21,2% depressão, 20,0% doença renal crónica, 19,6% doenças CV ou submetidos a procedimentos CV, 11,9% doença hepática, 8,2% retinopatia diabética, 4,5% neuropatia diabética, 1,9% infeção do pé diabético e 0,6% pancreatite.

Nesta coorte portuguesa observou-se uma elevada prevalência de complicações/comorbilidades, com a maioria a apresentar múltiplas complicações/comorbilidades. Este é o primeiro estudo a reportar a prevalência de complicações/comorbilidades numa grande coorte de indivíduos com DMT2 geograficamente distribuídos por Portugal continental. Estes dados permitirão melhorar a gestão clínica destes doentes e a otimização dos recursos de saúde.

CO 06

A ANEMIA, OS AINES E O VILÃO: UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL!

Emília Dos Santos[1]; Rui Tiago Cardoso[1]
[1]USF Modivas

Introdução: Os tumores neuroendócrinos digestivos são um grupo de tumores raros, que correspondem a 0,5% de todos os tumores malignos digestivos. Resultam da transformação neoplásica de células neuroendócrinas do tubo digestivo, e levam à produção de hormonas e/ou péptidos que causam quadros clínicos que variam de acordo com a secreção dominante, originando por vezes síndromes paraneoplásicos.

Descrição: Homem de 67 anos, caucasiano, comerciante, ex-fumador. Em dezembro de 2017 realiza estudo pré-cirúrgico para revisão de prótese da anca e é-lhe diagnosticada anemia ferropénica com hemoglobina de 10,5 g/dL. A médica de família solicitou estudo endoscópico digestivo, que não mostrou alterações de relevo. Foi referenciado à consulta de Gastroenterologia onde realizou videoendoscopia, sem alterações. Pela anemia ferropénica, realizou terapêutica com ferro oral e posteriormente endovenoso, sem melhoria significativa da anemia. Entretanto desenvolveu dores poliarticulares difusas, com predominância nos punhos, bilateralmente, sendo referenciado a consulta de Reumatologia, e medicado com AINEs e corticoterapia sistémica, sem melhoria. Nessa altura já teria desenvolvido prurido sistémico, parcialmente responsivo à hidroxizina, e de características intermitentes. Recorreu em novembro de 2018 ao SU por retorragias abundantes com melenas, tendo sido assumida gastropatia por AINEs. Em maio de 2019, realizou TAC abdominopélvica com contraste, que revelou a presença de lesão captante no ílion, com 1,2 cm, e um gânglio mesentérico reativo, levantando a hipótese de tumor neuroendócrino do intestino delgado. No estudo pré-operatório, que incluiu realização de PET, não se evidenciaram outras lesões suspeitas. A peça cirúrgica confirmou a presença de tumor neuroendócrino, com invasão locoregional (2 gânglios positivos). O utente manteve vigilância na consulta de cirurgia, sem evidencia de doença à distância e sem necessidade de recorrer a análogos da somatostatina (octeótrido), apresentando-se atualmente assintomático e com Hb de 14,5 g/dL.

Conclusão: Os estudos endoscópicos, nomeadamente a Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia, são exames de eleição no estudo da anemia ferropenica de novo. Contúdo, nem todas as lesões são passíveis de ser detetadas através destes exames, devido à sua localização em segmentos não abrangidos por estes procedimentos. Os sintomas atípicos, manifestados pelos doentes, podem resultar de síndromes paraneoplásicos causados por células neoplásicas secretoras, devendo ser enquadrados na queixa principal. A hemorragia digestiva alta tem como agentes causais comuns os anti-inflamatórios não esteróides, mas outras causas devem ser excluídas, tendo em consideração dados complementares da história clínica.

CO 07

SWEET ACRAL

Álvaro José Silva[1]
[1]USFCondestável

Introdução: A síndrome de Sweet, ou dermatose neutrofílica febril aguda, é uma doença inflamatória incomum caracterizada pelo aparecimento abrupto de pápulas, placas ou nódulos dolorosos, edematosos e eritematosos na pele, acompanhado de febre e leucocitose, podendo envolver órgãos internos, olhos ou o sistema musculoesquelético. Alguns autores dividem etiologicamente a Síndrome na forma clássica, a associada a neoplasias e a induzida por fármacos.

Descrição: 67 anos, sexo feminino. Antecedentes de Hipertensão Arterial, neoplasia da mama esquerda em 2015 submetida a mastectomia, quimioradioterapia e hormonoterapia, episódio de Trombose Venosa Profunda e Tromboembolismo Venoso em 2016. Medicada com rivaroxabano 20mg, valsartan+hidroclorotiazida 160+25mg, bisoprolol 2.5mg, lansoprazol 15mg. Avaliada em contexto de urgência por quadro com 1 semana de evolução de 4 placas purpúricas bolhosas nas faces palmar e dorsal de ambas as mãos, a maior com 5 centímetros de extensão, sem outras lesões, febre ou prurido. Por odinofagia interpretada como amigdalite bacteriana, estava a cumprir esquema de amoxicilina 1000mg bid há 1 semana, pelo que foi colocada a hipótese de dermatose neutrofílica das mãos. O estudo complementar revelou 7200 leucócitos/uL, creatinina 0.51mg/dL, ALT 20U/L, Proteína C Reativa 28.3mg/L. Foi medicada com prednisolona 30mg id e reavaliação semanal durante 1 mês. Verificou-se melhoria clínica progressiva, acompanhada de diminuição da dose do fármaco, até à resolução completa. A colheita para exame bacteriológico foi negativa. O estudo anatomopatológico revelou um predomínio celular de neutrófilos com "aspetos tradutores de vasculite leucocitoclásica eventualmente no contexto de toxidermia", confirmando a suspeita clínica inicial.

Conclusão: A dermatose neutrofílica do dorso das mãos (DNDM) é considerada por alguns autores como uma variante rara mais localizada da Síndrome de Sweet, sendo caracterizada por placas inflamatórias, pustulosas e por vezes ulceradas nas superfícies das mãos. Ao contrário da Síndrome de Sweet, a presença frequente de vasculite leucocitoclástica levou à classificação inicial da DNDM como "vasculite pustulosa". As lesões são mais típicas no sexo feminino e não respondem a antibioterapia, com as culturas microbiológicas e o exame histológico a afastar uma etiologia infeciosa. O tratamento com corticoide oral é considerado o mais eficaz nas pequenas séries de casos publicados.

CO 08

O SR. DOENTE É QUE MANDA – TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL CRÓNICA

Carolina Calado[1]; Diogo Silva Lobo[1]; José Néri[1]; Raquel Araújo[1]
[1]USF Alves Martins

Introdução: Nos últimos anos, a Medicina evoluiu no sentido de ter uma atitude menos paternalista para com os doentes, promovendo uma atitude mais proactiva, envolvendo-os na tomada de decisão terapêutica. Paradoxalmente, isso significa aceitar quando recusam o tratamento proposto. Em várias patologias, apesar de existirem tratamentos bastante eficazes ou até curativos, surgiu a necessidade de desenvolver opções menos invasivas. Um exemplo é a Doença Renal Crónica (DRC). Apesar de existir Terapêutica de Substituição Renal (TSR), alguns doentes continuam a preferir o tratamento médico conservador (TMC).

Descrição: Utente do sexo feminino, 94 anos, com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Osteoartrose, Anemia Ferropénica e DRC.

Foi encaminhada para consulta externa (CE) de nefrologia, no contexto de evolução desfavorável dos níveis séricos de creatinina e da clearance de creatinina. Na CE foi detetada ausência da imagem ecográfica do Rim Direito.

Em 2019, por agravamento da DRC (Taxa de Filtração Glomerular (TFG) 7mL/min calculada com fórmula CKD-EPI 2009) foi proposto tratamento de substituição renal, que a utente recusou. Por este motivo, foi encaminhada para a consulta de TMC da DRC, onde foram discutidas as opções, os riscos e os benefícios para a utente. Em conjunto com o nefrologista, foi concluído que os tratamentos invasivos não acrescentariam qualidade de vida à mesma, dado que, apesar do baixo valor da TFG, a doente não apresentava sintomas urémicos e encontrava-se confortável, tendo ainda suspendido a eritropoetina que fazia semanalmente.

Em 2020, foi pedida uma consulta ao domicílio pelas limitações na mobilidade da utente. Nesta visita, a utente estava bem disposta e referiu apenas queixas de dores osteoarticulares e ligeiro prurido relacionado com a urémia. Ao exame objetivo destacou-se deformidade do joelho direito, em valgo, e lesões de coceira nos antebraços.

Conclusão: Apesar dos avanços científicos e das opções terapêuticas para tratar ou curar várias patologias, a autonomia e a vontade do doente são fundamentais na hora de decidir a melhor terapêutica. Por isso, é fundamental manter em aberto todas as opções disponíveis para abordar uma doença, desde as mais invasivas às mais conservadoras.

09:00-09:30h **COMUNICAÇÕES ORAIS II** 17 de fevereiro

Moderadoras: Dra. Ana Calafate e Dra. Ana Rodrigues

CO 09

MTB *VERSUS* MNT NO MESMO DOENTE: RELATO DE CASO

Ana Luísa Barroso[1]
[1]USF Nova Lousada

Enquadramento: A Tuberculose é uma doença infeciosa crónica causada pelo Mycobacterium tuberculosis (MTB) que pode atingir qualquer órgão ou sistema do corpo. Todos os anos, milhões de pessoas são infetadas com esta bactéria, em todo o mundo. As micobactérias não pertencentes a este complexo são designadas por micobactérias não tuberculosas (MNT) que são comumente encontradas no meio ambiente, como no solo e na água e, ao contrário da MTB, a infeção causada, bem como a doença são raras.

A relevância do caso clínico assenta na presença e, consequente, infeção causada por ambas as bactérias, no mesmo doente.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 59 anos. Trabalha como pedreiro. Tem dislipidemia e encontra-se medicado em conformidade.

Em março de 2021, foi submetido a orquidectomia simples. O estudo histológico da peça cirúrgica revelou achados compatíveis com inflamação granulomatosa. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes foi negativa. A hipótese de tuberculose urogenital foi considerada, tendo sido encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pulmonar (CDP). Manteve-se assintomático de ponto de vista respiratório, genitourinário ou gastrointestinal. Sem história de conviventes com Tuberculose. TAC do tórax sem alterações. A colheita de bacteriológico e micobacteriológico do exsudado da ferida cirúrgica mostrou a presença de Micobactéria não tuberculosa (MNT), não sendo possível caracterizar a espécie por amostra insuficiente.

Contudo, em abril de 2022, foi internado por Medicina Interna, com o diagnóstico de tuberculose.

Estamos perante um caso clínico peculiar por toda a sua evolução. Não existe literatura robusta que suporte qualquer tipo de associação entre infeção por MNT e MTB. Posto isto, a relação causal coloca-se de parte, dada a falta de evidência. Outra perspetiva a ser aparcada seria um diagnóstico incorreto na primeira intercorrência do doente.

Não foram descritos, ainda, fatores predisponentes para infeções por micobactérias, além de um compromisso do sistema imune, ou mesmo, casos de patologia pulmonar estrutural subjacente, embora estes não sejam fatores de risco neste doente em particular.

Conclusão: Em jeito de síntese, levantam-se algumas questões ao refletir sobre o presente caso. As infeções, ainda que espaçadas por um ano, estarão relacionadas? Terá o doente alguma predisposição para este tipo de micobactérias? Terá havido um diagnóstico inadequado na primeira infeção do doente? Questões estas que merecem mais estudo.

CO 10

A SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Carla Rodrigues[1]; Ana Sofia Cruz[2]
[1]USF Pró-Saúde; [2]Hospital de Braga

Introdução: Os cuidados paliativos definem-se como uma abordagem que defende a qualidade de vida das pessoas e seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e alívio da dor e problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. É importante que seja feita uma avaliação e abordagem interdisciplinar, onde não devem ser descurados os sintomas relacionados com a saúde mental.

Objetivos: A importância e o principal objetivo desta revisão, prende-se com a importância do controlo sintomático nos doentes paliativos, para que desse modo se possa oferecer o máximo conforto e bem-estar físico, psicossocial e espiritual.
Materiais e métodos: Foi feita pesquisa de vários artigos nas principais bases de dados UpToPate e Pubmed, assim como livros relacionados com os cuidados paliativos.
Resultados: Após a pesquisa, podemos concluir que as maiores patologias no âmbito da saúde mental nos cuidados paliativos são ansiedade, depressão e delirium.
A ansiedade corresponde a um medo ou sentimento desagradável de desamparo, sendo um problema prevalente. Por vezes é intensa e perturbadora, consistindo em sintomas autonómicos, psicológicos e alterações do comportamento. Muitas vezes é causadora de incertezas, preocupações e medos. Como fatores predisponentes consideramos fatores situacionais, psicológicos, medicamentosos, orgânicos e antecedentes psicossociais e espirituais.
Outro dos problemas frequentes é a depressão, baseada no medo, tristeza, perplexidade, raiva e "sentimento patológico de tristeza que se caracteriza por desânimo, perda de interesse e do prazer em realizar o que anteriormente se fazia". Em 47% das vezes a sua prevalência deve-se a perturbações psiquiátricas clinicamente detetáveis, em 60% a perturbação de adaptação ansiosa ou depressiva, em 13% a depressão Major e em 8% a delirium. Para o seu diagnóstico usamos os critérios de Endicott, utilizando como critério substitutivo, substituindo sintomas somáticos por sintomas psicológicos. De referir o delirium, que é uma síndrome frequente em cuidados paliativos, sendo a alteração do comportamento mais comum.
Conclusão: Os cuidados paliativos são uma área muito importante e tendo doentes paliativos de um modo cada vez mais frequente na nossa prática clínica, acho de extrema importância um conhecimento da área, assim como dos principais sintomas e respetivo tratamento.

CO 11

OBESIDADE EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR E PANDEMIA COVID-19 – TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO MULTICÊNTRICO

Rita Gomes Benzinho[1]; Adriana Machado[2]; António Teixeira[2]; Fábio Gouveia[3]; Inês de Paula[4]; Mónica Ruivo Rosa[5]
[1]USF Ars Medica; [2]USF São João da Talha; [3] USF Ramada; [4] USF Mosteiro; [5] USF Novo Mirante

Introdução: A obesidade infantil define-se como Índice de Massa Corporal (IMC) superior ao percentil 97, em crianças entre os 5 e os 19 anos. Em Portugal, no ano de 2019, 11,9% das crianças apresentavam critérios para obesidade. De acordo com evidência científica recente, a prevalência de obesidade em crianças previamente à pandemia COVID-19 teria estabilizado. Durante a pandemia COVID-19, a restrição de movimentos populacionais levou a uma exposição aumentada das crianças a estilos de vida prejudiciais, como a adoção de dietas ricas em alimentos processados e com alto teor de açúcares e diminuição da realização de atividade física. Alguns estudos mostraram que em países como a China, Estados Unidos da América e Europa, houve um aumento de peso nas crianças a uma taxa superior à registada pré-pandemia COVID-19.
Objetivo: Determinar a existência de variação de IMC em crianças em idade escolar após a pandemia COVID-19.
Materiais e métodos: Estudo: observacional, epidemiológico, descritivo.
População: utentes entre os 5 e 10 anos de idade inscritos nas Unidades de Saúde Familiares (USF) dos autores do trabalho de investigação e observados em consulta de Saúde Infantil entre Novembro/2018 e Outubro/2019 e entre Novembro/2021 e Outubro/2022. Critérios de inclusão: utentes entre os 5 e 10 anos inscritos nas USF dos autores; Critérios de exclusão: erro no registo de IMC. Foram recolhidos os seguintes dados recorrendo à plataforma MIM@UF: sexo, idade, data da consulta e IMC.
Resultados: Foram incluídos 2239 utentes no ano de 2019 e 2047 utentes em 2022. Verificou-se um aumento da obesidade infantil de 12,1% para 15,8% de 2019 para 2022 relativamente ao total de crianças. Estratificando por sexo e idade, houve um aumento percentual de obesos de 2019 para 2022 em todas as faixas etárias, excepto nas raparigas de 10 anos. As crianças de 8 anos do sexo masculino foram as que apresentaram maior taxa de obesidade tanto em 2019 como 2022 (17,7% e 25,1%, respetivamente). Comparando a média de IMC entre 2019 e 2022 houve um aumento percentual de obesidade no sexo masculino (de 12,9% para 18,2%) superior ao do sexo feminino (de 11,3% para 12,8%).
Conclusões: Verificou-se um aumento da percentagem de crianças com obesidade após a pandemia, o que vai de encontro à tendência registada noutros países.
A população avaliada pertence à mesma área geográfica, o que poderá implicar um viés nos resultados obtidos, por exposição a fatores ambientais semelhantes. Contudo, o número de elementos da amostra é considerável e abrange crianças pertencentes a diferentes USF, o que permitirá eventualmente atenuar este viés. Assim, consideramos que os resultados desta investigação são relevantes, na medida em que permitem realçar a importância de implementar estratégias de alteração de estilos de vida, no sentido de diminuir a taxa de obesidade infantil.

CO 12

FLAMES – QUANDO O CÉREBRO ESTÁ EM CHAMAS…

Olga Couto Cardoso[1]; Hugo Cunha Pereira[1]; Clara Oliveira[1]
[1]USF Ribeirão

Introdução: FLAMES é uma patologia inflamatória do grupo de doenças associadas a anticorpos contra a glicoproteína oligodendrocítica da mielina. Estas habitualmente apresentam-se com neurite ótica, mielite ou encefalomielite aguda disseminada; mais raramente apresentam-se como uma encefalite focal cortical, facilmente confundida com uma etiologia viral.

Surge mais frequentemente em homens pelos 29 anos. Carateriza-se por lesões corticais hiperintensas, associada a encefalite com crises convulsivas; cefaleias e febre podem ocorrer. O líquido cefalo-raquidiano apresenta pleocitose e seropositividade para o anticorpo anti-MOG.

Descrição: Homem de 25 anos, fumador, consumo prévio de canabinoides, rinite alérgica, sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por cefaleia fronto-temporal em pontada com 7 dias, em agravamento. Nessa manhã episódio de língua enrolada, no dia anterior fala arrastada que reverteu. Referia congestão nasal e toma de paracetamol sem melhoria. Fez tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica (CE) normal. No dia seguinte foi a consulta aberta pelas mesmas queixas, sem alterações ao exame físico, tendo sido medicado para sinusite. Dois dias após recorreu ao SU por episódio convulsivo tónico-clónico generalizado (TCG), afasia e lentificação. Sem episódios prévios, infeção ou consumos recentes. Apresentava-se sonolento, mas despertável; dirigia o olhar, cumpria ordens mas lentificado e sem verbalizar; hemianopsia homónima e hemiparesia direitas. Tinha leucocitose e repetiu TC CE com suspeita de meningoencefalite. Realizou estudo não conclusivo, tendo sido administrados levetiracetam, aciclovir e ceftriaxone. Permaneceu internado com novo episódio TCG. Repetiu eletroencefalograma (disfunção fronto-centro-temporal esquerda), punção lombar (com painel de encefalites) e ressonância magnética CE (hipersinal giriforme cortical esquerdo - sugerindo etiologia inflamatória). Alta medicado com prednisolona, omeprazol, levetiracetam e alprazolam. Confirmada positividade dos anticorpos anti-MOG, propostos imunossupressão com rituximab e desmame de corticoterapia. Teve consulta de Imunomodelação para início de imunossupressão e de Psiquiatria por ansiedade e insónia reativos, mantendo seguimento em Neurologia.

Conclusão: Este caso desperta-nos para a importância da contínua atualização de conhecimentos e para o constante surgimento de novas entidades para as quais devemos estar alerta, de forma a melhor acompanhar os nossos utentes.

Resumos | E-Posters

PO 01

COVID-19: UM CASO DE PNEUMOMEDIASTINO, EMBOLIA PULMONAR E HEMATOMA RETROPERITONEAL

Pilar Burillo Simões[1]; Miguel Sousa Leite[1]; Sofia Mateus[1]; Helena Brazão[1]; Catarina Salvado[1]
[1]CHULC

Introdução: As complicações da COVID-19 estão associadas a redução da sobrevida, prolongamento da estadia hospitalar e maior morbilidade. Apresentamos o caso de um doente cujas complicações relacionadas com o tratamento da infeção foram tão ou mais determinantes que o diagnóstico inicial para a sua evolução e posterior recuperação.

Descrição: Trata-se de um homem de 78 anos, ex-fumador. Recusou vacinar-se contra a COVID-19. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 3 dias de evolução de febre, cansaço para pequenos esforços, tosse seca e vómitos. Exame objetivo sem achados relevantes. Analiticamente, a destacar apenas linfopenia (620 cells/uL). A radiografia de tórax era inocente mas a pesquisa de SARS-CoV-2 no exsudado nasofaríngeo foi positiva. Por ausência de condições de isolamento, foi admitido em instituição de retaguarda onde permaneceu 10 dias, com resolução dos sintomas quase completa à data de alta.

Dois dias depois, regressou à urgência, apresentando-se taquipneico, com pO2 56,5 mmHg na gasimetria arterial. A Tomografia Computorizada (TC) documentou múltiplas áreas de densificação em vidro despolido, congruente com pneumonia organizativa, em provável contexto da infeção prévia, a qual motivou internamento hospitalar.

Inicialmente estável sob metilprednisolona, agravou clinicamente após as 72h associando-se elevação importante de proteína C reativa e D-dímeros. Iniciou antibioterapia empírica, oxigenoterapia de alto fluxo (até 60l/min durante 48h) e anticoagulação terapêutica. A repetição da TC demonstrou extenso pneumomediastino, pneumotórax bilateral e tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentar, abordados conservadoramente, dada a resposta favorável às medidas instituidas.

Ao 23º dia, apresentou dor na coxa direita, com equimose e queda significativa de hemoglobina com necessidade de suporte transfusional. A TC confirmou hematoma retroperitoneal, que resolveu gradualmente com suspensão de anticoagulação.

Manteve melhoria clínica com suspenção completa da oxigenoterapia ao 42º dia e alta ao fim de 51 dias. O desmame de corticoterapia ficou concluído no mês seguinte.

Conclusão: As complicações da COVID-19 condicionam significativamente a recuperação dos doentes, sendo o TEP relativamente frequente. Pneumotórax e pneumomediastino são complicações mais raras mas possíveis, particularmente em doentes submetidos a oxigenoterapia de alto fluxo ou ventilação mecânica.

Já a hemorragia retroperitoneal apresenta como fator de risco preponderante a anticoagulação. Por este motivo, as revisões mais recentes têm-se apresentado mais conservadoras quanto à profilaxia do TEP nos doentes COVID-19. Do nosso conhecimento, este é o primeiro caso reportado de pneumomediastino, pneumotórax, embolia pulmonar e hematoma retroperitoneal. Um exemplo ilustrativo do espectro de complicações de uma doença que ainda não compreendemos por inteiro.

PO 03

PARTICULARIDADES NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE – UM CASO PRÁTICO

João Gabriel Marcelino[1]; Cátia Mano Jorge[1]
[1]Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas (Coimbra)

Introdução: A osteoporose é um distúrbio esquelético caraterizado por diminuição da massa óssea e qualidade microestrutural do osso, com redução da resistência óssea predispondo a um risco aumentado de fraturas.

O diagnóstico é feito se fratura de fragilidade em locais alvo ou se osteodensitometria óssea (DMO) na coluna lombar ou colo do fémur com valor T-Score ≤ -2.5 desvios padrão. Atualmente, a decisão de realizar DMO é baseada no cálculo do risco de fratura feita pelo FRAX.

A decisão terapêutica obedece a vários critérios. O tratamento inclui alterações do estilo de vida, particularmente, reforço da ingestão de alimentos com cálcio e exercícios de fortalecimento muscular com carga e a componente farmacológica, onde os bifosfonatos orais assumem o papel de primeira linha.

Descrição: Mulher de 71 anos, sem antecedentes relevantes, que se apresentou numa consulta de agudos por quadro de dor torácica do tipo pleurítica localizada à grelha costal esquerda com uma semana de evolução, bem como raquialgia dorsal contínua. Da história da doença atual de salientar uma queda da própria altura há cerca de uma semana sobre a região torácica esquerda. No dia da consulta trazia uma radiografia (rx) do tórax, efetuada no dia seguinte à queda, sem alterações aparentes. Ao exame objetivo apresentava dor na compressão da grelha costal à esquerda e coluna dorsal, uma auscultação cardiopulmonar sem alterações e um IMC de 27.9 kg/m2. Dadas as queixas álgicas e exame objetivo optámos por pedir rx do tórax e coluna dorsal que evidenciaram sinais de fratura da sétima costela esquerda e de vértebra da coluna dorsal.

Calculou-se o FRAX com DMO (T-score colo do fémur de -0.3 e coluna lombar de -1.7) que evidenciou um risco de fratura major de 3.9% e da anca de 0.4%.

Optou-se por medicar com bifosfonato oral e manter analgesia.

Conclusão: Este caso pretende relembrar os critérios para início de tratamento farmacológico.

Neste caso, apesar do valor do FRAX com DMO ser inferior para se ponderar o início do tratamento farmacológico (≥ 9% para fratura osteoporótica major ou ≥ 2,5% para fratura da anca), optou-se por medicar a utente.

Os motivos que levaram a isso foi o facto de esta possuir duas fraturas de fragilidade, independentemente do local da fratura e também por possuir pelo menos uma fratura vertebral sintomática.

Assim, é essencial uma avaliação global do utente e dos múltiplos fatores de risco e características, ao invés da aplicação estrita de escalas.

PO 05

QUANDO DORMIR SE TORNA NUM PESADELO: UM CASO CLÍNICO

Mariana Cruz[1]
[1]USF São Miguel

Introdução: O sono ocupa um terço da nossa vida, sendo fundamental na recuperação energética e na consolidação de novas memórias. Assim, patologias que o afetam interferem na qualidade de vida dos doentes e por vezes da família.

Descrição do caso: Identificação: Sexo masculino, 56 anos, casado. Vive com a esposa e o filho. Condutor de navios de cruzeiro. IMC: 26kg/m2. Fumador de 20 UMA. Nega consumos alcoólicos. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, dislipidemia e ansiedade. Medicação Habitual: atorvastatina 20 mg + ramipril 5mg.

Na consulta de rotina a esposa que o acompanha refere que, desde há algumas semanas, o marido apresenta quadros de agitação noturna, pouco tempo depois de adormecer, de curta duração (alguns minutos), muito perturbadores para ela e para o filho. Os episódios acontecem aproximadamente três vezes por semana e a agitação consiste em choro, berros e movimentos involuntários com os membros superiores e inferiores. Os movimentos são vigorosos e a intensidade do choro é muito alta. O doente não se recorda destes episódios e refere dormir bem, não apresentando sonolência diurna. A esposa está muito preocupada, receia que o marido se torne agressivo com ela durante o sono.

Tendo em conta o contexto ansioso de base do doente foi-lhe proposta o início de sertralina 50 mg, que resultou num espaçamento temporal destes eventos. Dois meses depois a dose foi ajustada para 100 mg, com resolução praticamente completa do quadro. O doente foi referenciado para consulta do sono, encontrando-se a aguardar a realização da polissonografia.

Conclusão: As patologias do sono dividem-se em vários grupos, por vezes com diagnósticos desafiantes. Na prática clínica de MGF as mais comuns são a insónia e a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), existindo, no entanto, muitas outras menos frequentes. No caso deste doente estamos perante uma parassónia do sono NREM, designada vulgarmente de "Terrores noturnos". Esta parassónia é frequente na infância, mas pode ocorrer na idade adulta. O tratamento passa pela higiene do sono, técnicas de relaxamento, exercício físico e, se as queixas persistirem, abordagem farmacológica com benzodiazepinas ou antidepressivos. A exclusão de outras patologias do sono, como a

SAOS, é também importante. Neste caso concreto a abordagem precoce melhorou a qualidade do sono do doente e aumentou a tranquilidade da família.

PO 06

UM CASO DE ENDOMETRIOSE "FORA DA CAIXA"

Madalena Moreira Carvalho[1]; Marta Henriques Oliveira[1]; Ana Luísa Serra[2]
[1]USF Cardilium, Torres Novas, ACeS Médio Tejo, ARSLVT; [2]USF D. Francisco de Almeida, Abrantes, ACeS Médio Tejo, ARSLVT

Introdução: A endometriose é uma doença caraterizada pela presença de tecido endometrial estrogénio-dependente ectópico, ou seja, fora da cavidade uterina, capaz de incitar reação inflamatória crónica. As localizações mais comuns incluem os órgaos intrapélvicos e o peritoneu. Mais raramente, pode ser encontrado em cicatrizes cirúrgicas. Nestes casos, admite-se que a via de disseminação seja iatrogénica, com implantação de tecido endometrial no local da cicatriz, que prolifera sob estímulo hormonal.

A sua apresentação clínica é muito variável podendo desenvolver-se de forma gradual e assintomática ou manifestar-se por dor pélvica intensa ou por sintomatologia em órgãos à distância. A inespecificidade do quadro e a ausência de sintomas patognomónicos, conduzem frequentemente a atraso no diagnóstico. O tratamento consiste na excisão completa da lesão, evitando assim a recorrência.

Com este caso clínico pretende-se salientar a importância de uma abordagem clínica global, principalmente no que toca à colheita da anamnese, garantindo que todas as hipóteses diagnósticas sejam incluídas no diagnóstico diferencial, mesmo aquelas que exigem um maior grau de suspeição, como no caso apresentado.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 28 anos de idade. GIPI (parto eutócito em 2009, com necessidade de episotomia). Menarca aos 12 anos, ciclos regulares. Contraceção com implante hormonal subcutâneo desde 2012. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, nomeadamente de endometriose.

Referenciada à Consulta de Ginecologia por dor recorrente no local da episiorrafia, com meses de duração e agravamento da sua intensidade durante o cataménio. Concomitantemente, referia tumefação no local da cicatriz. Estas queixas já tinham motivado a procura de cuidados médicos anteriormente, inclusive em contexto de urgência.

Ao exame ginecológico, objetivou-se um nódulo com cerca de 5,5 centímetros de maior diâmetro, de consistência endurecida, localizado à direita da cicatriz da episiotomia, com mobilidade restrita e doloroso à palpação. Não foram observadas outras alterações.

Tendo em conta a história clínica e os achados ao exame objetivo, levantou-se a suspeita de endometriose na zona da cicatriz da episiorrafia, tendo sido proposta a exérese cirúrgica da lesão. A doente aceitou o procedimento, que decorreu sem intercorrências, tendo a análise histológica da peça operatória confirmado o diagnóstico.

Conclusão: Apesar de rara, a endometriose extra-pélvica em mulheres em idade fértil pode causar complicações clinicamente significativas e um grande impacto na qualidade de vida.

Este caso salienta a importância de uma correta anamnese individualizada, aliada a um exame objetivo dirigido, com integração holística das queixas e dos achados, muitas vezes inespecíficos, de forma a chegar a uma suspeição diagnóstica correta e atempada, permitindo o tratamento diferenciado mais apropriado.

PO 07

AVALIAÇÃO DE FALHAS NA RENOVAÇÃO DE MEDICAÇÃO DE DOENÇA CRÓNICA

Rita Paraíso[1]; Andreia M. Oliveira[1]
[1]USF Ria Formosa

Introdução: Identificou-se a problemática da renovação de medicação de doença crónica numa Unidade de Saúde Familiar respeitante a falhas na identificação da medicação, das dosagens e método de envio. Apesar de ser um procedimento relativamente rápido, a soma de falhas acaba por culminar em tempo perdido que deveria ser dedicado a outras áreas do trabalho médico.

Objetivos: Identificar falhas no pedido de renovação de medicação de doença e posterior correção.

Material e métodos: Na primeira fase do projeto avaliaram-se as falhas nos pedidos de renovação da totalidade dos médicos durante um dia na USF. As falhas foram classificadas por: nome, dosagem, número de embalagem e opção de emissão. Foi apresentada uma proposta de intervenções destinadas às falhas encontradas.

Na 2ª fase do projeto, avaliaram-se as falhas após as medidas de melhoria.

Resultados e conclusões: Na 1ª fase foram recolhidos 49 pedidos de renovação de medicação, 33 dos quais com falhas identificadas: 2 identificações incorretas da medicação, 14 dosagens incorretas ou não discriminadas, 25 com incorreta identificação do número de embalagens e 3 com falta da especificação da opção de emissão. Foram identificadas falhas não previstas: 12 casos em que se procedeu à impressão da 2ª via de receitas anteriores (os medicamentos já haviam sido receitados, mas não levantados), 5 casos não enquadrados na medicação crónica e 1 caso em que o utente tinha consulta de vigilância no dia seguinte.

O projeto de melhoria envolveu 3 intervenções: formação

aos secretários clínicos (incluindo colocação de lista com os pontos que devem constar nos pedidos no local de atendimento), formação da equipa médica (atualização da medicação habitual na PEM) e responsabilização do utente na autogestão da medicação (promoção do uso da aplicação SNS24). Foi ainda criado um folheto com os pontos a constar nos pedidos e como utilizar a aplicação SNS24.

Na 2ª fase do projeto foram avaliados 49 pedidos de receituário com identificação de 36 falhas em 32 receituários: 1 na identificação da medicação, 7 na identificação da dosagem, 26 no número de embalagens pretendido e 2 na opção de emissão do receituário. Identificaram-se 14 pedidos transformados em impressão de 2ª via de receituário e 1 solicitação de medicação não crónica.

Concluiu-se que ocorreu melhoria no total de receituários sem falhas e no número total de falhas identificadas. Ainda apresentam lacunas significativas os parâmetros: descriminação do número de embalagens e pedidos de medicação não crónica. Como crítica ao trabalho efetuado, destacam-se o curto tempo para implementação das medidas (1 mês), ausência de profissionais durante as formações e dificuldade na distribuição do panfleto por falta de papel. Para melhoria da prestação de serviços na USF pretende-se repetir as medidas implementadas e otimizar a distribuição dos panfletos. Destaca-se ainda a necessidade de ensino à população.

PO 08

NEUROMA CIRCUNSCRITO SOLITÁRIO: O SIMULADOR DE CARCINOMA

Tânia Ferreira[1]; Marina Ribeiro[1]; Margarida Simões[1]
[1]Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: O neuroma encapsulado em paliçada, também chamado de neuroma circunscrito solitário, é um tumor neural benigno constituído por tecido nervoso. Ocorre sobretudo em faixas etárias entre os trinta e sessenta anos, em ambos os sexos e localizado sobretudo na face. Clinicamente apresenta-se maioritariamente como um pequeno nódulo liso, isolado, de crescimento lento e sem queixas álgicas associadas.

Descrição: Relata-se o caso de uma paciente do sexo feminino, de 49 anos de idade, integrada numa família nuclear. Como antecedentes pessoais salientava-se síndrome depressivo, hipertensão arterial e obesidade. Recorre a consulta por tumefação nodular na pálpebra inferior direita com desconforto associado pelo impacto no campo de visão. Foi realizada a referenciação à especialidade de Dermatologia através do Rastreio Teledermatológico. Pelo aspeto sugestivo de carcinoma basocelular e persistência de dúvidas diagnósticas, foi realizada biópsia incisional desta lesão. A análise histológica revelou tecido cutâneo com características morfológicas de neuroma solitário circunscrito, positivo para a proteína S-100 e EMA (antígeno de membrana epitelial), apoiando o diagnóstico. Foi posteriormente agendada e realizada excisão da lesão.

Conclusão: O neuroma solitário circunscrito é uma lesão rara e pouco relatada na literatura. É fundamental conhecer esta patologia de forma a realizar o diagnóstico diferencial com outras lesões, salientando-se o carcinoma baso-celular.

PO 10

AVALIAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE DA TERAPÊUTICA MARCIAL DA ANEMIA FERROPÉNICA NO ADULTO

Oksana Halamay[1]; Olga Silva[1]; Ana Eloísa Ribeiro[1]; Soledade Lopes[1]
[1]USFCondestável

Introdução: A prevalência de anemia ferropénica em Portugal é de cerca de 20%, e a ferropenia sem anemia tem prevalência de 76 % com frequente subdiagnóstico. Caracteriza-se por um significativo impacto na saúde de população afetada, e uma das causas de controlo insatisfatório de doenças crónicas associadas. Estes valores aproximam a anemia de um problema de saúde pública importante.

Objetivos: Avaliação e melhoria contínua da qualidade da adequação da terapêutica marcial na anemia ferropénica.

Métodos/Metodologia: Estudo observacional transversal e descritivo, efetuado numa USF da Zona do Centro sobre a dimensão técnico-científica dos médicos. Amostra seletiva de base institucional, identificando utentes com codificação de B80 no parâmetro A do SOAP, entre Julho e Dezembro de 2021 e Julho e Dezembro de 2022 (1ª e 2ª avaliações, respetivamente), utilizando os programas: MIM@UF ®, SClínico ® e PEM ® .

Foram excluídos: utentes menores de 18 anos, seguidos fora dos cuidados de saúde primários, gravidas ou utentes com necessidade de terapêutica não oral. Intervenção: Educacional, pela apresentação dos critérios de qualidade e sua justificação, e disponibilização de material de apoio à prescrição. Foram definidos como critérios de qualidade: A) É efetuado pedido do Hemograma com reticulócitos perante suspeita de Anemia e não só com trombócitos. B) É realizado o estudo da cinética de ferro para confirmação do caráter de anemia. C) É prescrita terapêutica, por via oral, em posologia que forneça 100 a 200mg de ferro elementar/dia, como 1ª opção; D) É registada justificação da prescrição de terapêutica que forneça menos de 100 mg de fero elementar /dia ; E) É realizada prova terapêutica com hemograma duas a quatro semanas após o início da terapêutica; F) Exis-

te evidência de necessidade de manutenção de terapêutica até ferritina e saturação de transferrina atingirem valores > 50 ng/ml e 30 %, respetivamente .

Resultados: Na 1ª (511 doentes) e 2ª avaliações (521 doentes) foram obtidos seguintes resultados, respetivamente: A) 1,2 % e 3,6 %; B) 11 % e 32%; C) 62% e 96%; D) 0 % em duas avaliações; E) 0% e 1,2 %; F) 47% e 61%. As melhorias foram evidentes nos critérios B, C e F.

Conclusões: A auditoria é um importante instrumento de vigilância de processos, de garantia de qualidade. Os nossos resultados evidenciam que, de uma forma geral, a anemia ferropénica está a ser relativamente bem tratada na nossa Unidade apesar de se terem constatado algumas deficiências na posologia prescrita e na emissão das análises previstos pela respetiva NOC. São limitações o número de utentes, existência de erros nos registos e a venda dos medicamentos sem receita médica nas farmácias. É esperado que após a discussão dos resultados e a intervenção educacional para os profissionais da nossa Unidade , se consiga o atingimento dos objetivos terapêuticos e respetiva melhoria dos indicadores referentes a cuidados aos utentes com Anemia ferropénica.

PO 11

EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO DO PAVIMENTO PÉLVICO – EVIDÊNCIA E EFEITO NA GRÁVIDA E PUERPÉRIO

João Gabriel Marcelino[1]; Cátia Mano Jorge[1]
[1]Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas (Coimbra)

Introdução: Durante o segundo e terceiro trimestres de gravidez e primeiros três meses pós-parto, aproximadamente um terço das mulheres experienciam sintomatologia compatível com incontinência urinária (IU).

Os exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico (EFMPP) consistem na repetição de uma ou mais séries de contrações voluntárias dos músculos pélvicos e são considerados eficazes na prevenção primária da IU no período perinatal.

Objetivo: Avaliar o benefício dos EFMMP na prevenção da IU durante e após a gravidez.

Material e métodos: Revisão baseada na evidência segundo metodologia PICO: população (grávidas ou gravidez há menos de doze meses), intervenção (EFMPP), comparador (grávidas sem indicações precisas acerca dos EFMPP), outcome (benefício dos EFMP para a prevenção da IU durante e após a gravidez).

Foi realizada, em 31/08/2022, uma pesquisa sistemática de artigos de Ensaios Randomisados Controlados (RCT), Revisões Sistemáticas (RS), Meta-análises e Normas de Orientação Clínica em português ou inglês, nos últimos 5 anos, com os termos MeSH "Urinary incontinence", "Pelvic exercises", "Pelvic floor muscle training" e "Pregnancy" nas bases de dados da EAU, SPG (consensos), Cochrane Library, PubMed. Foi utilizada a escala SORT para atribuição de níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR).

Resultados e conclusões: Na pesquisa inicial foram obtidos 34 artigos, sendo excluídos 28 por leitura do título, resumo ou leitura integral.

Selecionados para análise 6 artigos: 3 RS, 2 RCT e 1 guideline. Nestes, verificou-se um NE entre 2 e 3. É descrito benefício dos EFMPP na prevenção da IU na gravidez e pós-parto (FR B).

Em conclusão, a evidência reporta de forma consistente um benefício dos EFMPP na prevenção da IU, tanto durante a gravidez, como após a gravidez, principalmente até aos seis meses após o parto. Após estes seis meses, além do número restrito de estudos, não existe evidência que demonstre o benefício duradouro dos EFMPP na prevenção da IU.

Portanto, este artigo de revisão apresenta uma força de recomendação B.

PO 12

NEOPLASIA CONFUNDIDA COM PNEUMONIA: RELATO DE UM CASO

Beatriz Bartilotti[1]
[1]Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Introdução: as neoplasias pleurais podem ser divididas em primárias (como o mesotelioma) e secundárias. Neste último grupo encontram-se as metástases de outras neoplasias (como do pulmão ou da mama) que invadem a pleura.

A invasão da pleura por um tumor maligno pode levar a sintomas tais como dispneia, tosse, dor pleurítica, mialgias, sensação de aperto torácico, etc. Estes sintomas são também apresentação comum de uma pneumonia e, portanto, estas entidades podem ser facilmente confundidas numa abordagem inicial. Além dos sintomas respiratórios, uma neoplasia pode-se acompanhar também de sintomas consitucionais, como emagrecimento, astenia ou anorexia.

Apresentamos um caso de uma doente jnicialmente diagnosticada com uma penumonia, que em reavaliação se constatou ter uma neoplasia pulmonar com invasão pleural.

Descrição: mulher de 50 anos, autónoma, fumadora de 40 UMA desde a adolescência. Apresentou-se em Agosto no serviço de urgência por episódio de lipotimia, tosse produtiva e dor pleurítica. Negou febre ou hemoptises. Foi descrita como eupneica em ar ambiente, corada, hidratada e emagrecida. Na auscultação pulmonar não foram descritas alterações. Foi feito um Rx de tórax que revelou uma condensação peri-hilar à direita, bem como estudo analítico do qual se salienta uma anemia hipocrómica e microcítica,

sem leucocitose ou elevação da PCR. Teve alta para o domicílio com diagnóstico de broncopneumonia, medicada com antibioterapia dupla e com indicação de repetir o Rx e ser reavaliada pela sua médica de família.
Veio à consulta no centro de saúde passado 2 semanas, sem melhoria da tosse ou da dor pleurítica. Quando questionada, queixou-se nesse momento de astenia, emagrecimento e suores noturnos.
Perante a manutenção de sintomas, associação de sintomas constituicionais e uma apresentação inicial apirética, sem leucocitose ou elevação de PCR, decidiu realizar-se uma TAC de tórax. Esta revelou uma massa sólida e envolvimento broncovascular do hilo direito, com progressão bônquica ao lobo médio e extensão para a pleura mediastínica. Posteriormente foi realizada uma PET e broncofribroscopia compatíveis com diagnóstico de neoplasia pulmonar maligna com atingimento pleural, que foi confirmada por diagnóstico histológico.
Conclusão: Com este caso, salienta-se a importância dos cuidados de saúde primários e do(a) médico(a) de família, que permitem um contacto de proximidade e a rápida reavaliação de patologia avaliada em contexto de urgência.
De relembrar também que uma neoplasia pode ser facilmente confundida com uma pneumonia tanto sintomatica como imagiologicamente, e que deve sempre ser suspeitada quando não há melhoria após o(a) doente fazer um curso de antibioterapia e quando na apresentação inicial se encontra apirético(a) e sem leucocitose ou elevaçáo da PCR.

PO 13

SUPLEMENTAÇÃO COM METILFOLATO *VERSUS* ÁCIDO FÓLICO NA GRÁVIDA – QUAL A EVIDÊNCIA?

Adriana Machado[1]
[1]USF São João da Talha

Introdução: O ácido fólico (AF) é uma vitamina que não é sintetizada no organismo humano devendo, por isso, ser ingerida através da dieta ou suplementação2. O Metilfolato ou 5-metiltetrahidrofolato (5-MTHF) é a forma ativa do AF. Para a transformação na sua forma ativa, é necessário a ação da enzima Metileno-Tetra-Hidro-Folato Redutase1. Aproximadamente 10-20% da população Europeia apresenta variabilidade na utilização desta enzima sendo portadora de polimorfismos genéticos e consequente alteração do metabolismo e absorção do AF2. As grávidas têm necessidades mais elevadas de folato2 sendo a suplementação adequada na pré-conceção e 1º trimestre de gravidez, uma medida preventiva para malformações congénitas como - defeitos do tubo neural (DTN)3.
Objetivo: O objetivo deste trabalho é rever a evidência que existe sobre os eventuais benefícios da suplementação de metilfolato versus o AF na grávida.
Material/Métodos: Fonte de dados: The Cochrane Library, National Library of Medicine (NIH), Norma da Direção Geral de Saúde (DGS): "Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de baixo risco" e "Alimentação e Nutrição na Gravidez, DGS". Foi realizada uma pesquisa nos últimos 10 anos, de normas de orientação clínica, revisões clássicas e sistemáticas, meta-análises e artigos originais, utilizando os termos MeSH "pregnant woman", "(6S)-5-methyltetrahydrofolate", "5 methyltetrahydrofolate", "folic acid" e "neural tube defect risk." Desta pesquisa, obtivemos um total de 12 artigos, sendo apenas 4 selecionados.
Resultados/Conclusões: Os suplementos de AF têm a vantagem de apresentar uma composição estável e serem mais baratos comparativamente aos de 5-MTHF1,2. Teoricamente o 5-MTHF poderá ser também eficaz na prevenção de DTN, pois demonstra ser tão eficaz na sua concentração de folato sérico quanto o AF1.
A elevada ingestão de AF poderá corrigir temporariamente uma anemia perniciosa dificultando o seu diagnóstico1. Uma vantagem na utilização do 5-MTHF é a possibilidade de não mascarar uma deficiência de vitamina B12, mas são necessários mais estudos1. Demonstrou-se que a administração 5-MTHF nas primeiras 48h alcança mais rapidamente o nível alvo de folato sérico comparativamente ao AF. Esta característica poderá ser uma vantagem nas mulheres que não planearam uma gravidez4.
A suplementação com AF revelou a existência de concentrações séricas de AF não metabolizado. O mesmo não foi verificado com o 5-MTHF5.
São necessários mais estudos para aferir qual a dose recomendada de suplementação com 5-MTHF, assim como confirmar a sua prevenção na redução do risco de DTN2.
Conclui-se que para considerar a suplementação com o 5-MTHF mais eficaz do que o AF, seria necessário acompanhar um elevado número de gestações, durante um longo período de tempo, com elevados custos associados e sem a garantia que um estudo controlado randomizado iria apresentar uma "resposta" fidedigna para esta questão2 .

PO 14

UTILIZAÇÃO DE TERAPIAS DE *MINDFULNESS* NO TRATAMENTO DE FIBROMIALGIA – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Nuno Silva Fernandes[1]; Ana Lúcia Vaz[1]
[1]USF Gaya

Introdução: A fibromialgia é uma síndrome frequente (afeta cerca de 1,7% da população adulta portuguesa), caracterizada por uma dor músculo-esquelética generalizada crónica e principalmente mulheres. É uma causa frequente

de incapacidade e absentismo para o trabalho. Não existe causa etiológica, mas assume-se a presença de uma maior sensibilidade aos estímulos. O diagnóstico é clínico e de exclusão. No tratamento existem opções farmacológicas e não farmacológicas. Mindfulness do inglês, ou atenção plena, é a capacidade humana de estar completamente no presente, consciente de onde está, do que está a fazer, livre de julgamentos e consciente dos pensamentos e emoções, sem se deixar sentir demasiado sobrecarregado. Dados recentes demonstram efeitos positivos ao nível da felicidade, paciência, aceitação e redução de stress.

Objetivos: Rever a literatura e as evidências quanto ao benefício da utilização de terapias de mindfulness no tratamento da fibromialgia.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa, a 31/05/2022, nas diversas bases de dados, utilizando as palavras-chave Fibromyalgia e mindfulness. A população avaliada foram indivíduos adultos com fibromialgia, tendo como intervenção a utilização de terapias de mindfulness em comparação com placebo, tratamento habitual, tratamento multicomponente tendo enfoque na qualidade de vida.

Após a pesquisa foram obtidos 17 artigos e com a aplicação dos critérios de seleção obtiveram-se 5 publicações: 1 revisão sistemática, 2 revisões sistemáticas com meta-análise e 2 ensaios clínicos aleatorizados e controlados (RCTs).

Resultados e conclusões: Duas revisões sistemáticas com meta-análises mostraram benefícios ligeiros a moderados na melhoria da qualidade de vida em favor das terapias de mindfulness a curto prazo, mas não a longo prazo (nível de evidência 2). A revisão sistemática não revelou diferença significativa na utilização de mindfulness nesta patologia (nível de evidência 2). Um RCT mostrou melhoria da qualidade de vida após o tratamento com terapias de mindfulness e no seguimento a 6 meses (nível de evidência 2). O último RCT mostrou uma redução significativa no impacto funcional em comparação com o tratamento habitual (TH) no pós-tratamento e após 12 meses. Também revelou que Mindfulness+TH superior a um programa multicomponente no pós-tratamento, mas não a longo prazo (nível de evidência 2).

Os diferentes estudos não são robustos contra os vieses não permitindo obter recomendações fortes. As revisões e meta-analises encontraram poucos estudos com qualidade suficiente para permitir obter recomendações fortes. Porém, os RCTs mais recentemente começam a demonstrar alguma evidência do benefício destas terapias. Em pacientes com uma terapia farmacológica otimizada, bem como estilo de vida saudável, as terapias de mindfulness poderão surgir como possibilidade de complemento terapêutico (força de recomendação B).

PO 15

A DPOC NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – A REALIDADE DE UMA USF

Nuno Silva Fernandes[1]; Ana Lúcia Vaz[1]
[1]USF Gaya

Introdução: A Doença Pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença caracterizada por sintomas respiratórios decorrentes de uma obstrução persistente das vias aéreas por anormalidades das vias aéreas ou dos alvéolos. Doença comum, prevenível e tratável, mas subdiagnosticada e subtratada, recebendo muitas vezes um tratamento inadequado.

O diagnóstico inclui a presença de obstrução no fluxo aéreo persistente após prova de broncodilatação (BD) na presença de sintomas. O tratamento inclui medidas não farmacológicas e farmacológicas. Os broncodilatadores têm um papel central: LABA (Beta-2 agonista de longa duração) e os LAMA (antagonista muscarínico de longa duração) melhoram a função pulmonar, a dispneia e reduzem exacerbações. Podem ser usados em combinação e em doentes exacerbadores a utilização de corticoide inalado.

Objetivos: Avaliar o diagnóstico e tratamento adequado nos doentes com DPOC da USF.

Métodos: Recolhida a listagem, através da plataforma MIM@UF, dos utentes com código R95 – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica ativo na lista de problemas. Consultado processo clínico na plataforma SClinico, resultado de espirometria com prova de broncodilatação nos últimos 3 anos e se o diagnóstico é de DPOC. Consultada PEM, e verificado se nos últimos 6 meses havia prescrição de broncodilatadores de tratamento prolongado.

Excluídos utentes sem médico de família ou óbitos.

Resultados e conclusões: Obteve-se um total de 172 utentes codificados, tendo-se excluído 4 utentes. Total de 168 utentes, 104 do sexo masculino e 64 do feminino. Idade de média de 68 anos. Prevalência da doença de 2%.

55% dos indivíduos tinha resultado de espirometria nos últimos 3 anos, e destes, 73% com diagnóstico correto. Cerca de 40% da população tinha diagnóstico correto de DPOC.

Quanto ao tratamento, 65% da população tinha prescrição de broncodilatadores, sendo mais frequente a prescrição de LABA+LAMA, ICS+LABA e de LAMA. No grupo com diagnóstico espirométrico de DPOC, 81% estavam medicados, sendo a associação LABA+LAMA a mais frequente, seguido de LAMA e de ICS+LABA+LAMA.

Existe maior prevalência nos homens e com idade mais avançada. Apenas 40% tinham diagnóstico espirométrico. A ausência de registos pode dever-se aos utentes que são seguidos a nível hospitalar ou privado. Também o código R95 inclui outras patologias (nomeadamente enfisema), não necessitando, portanto, de espirometria periódica ou medi-

cação inalatória. A prescrição na população total não segue as recomendações atuais, no grupo com diagnóstico correto já se encontra adequada. Uma percentagem significativa de doentes não está medicada nem com doença vigiada.

PO 16

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

João Soares Ferreira[1]; Pedro Magalhães Vieira[1]; Margarida Pistola[1]; Mariana Salgado[1]
[1]USF Côrtes D'Almeirim

Introdução: A Polimedicação é definida como o uso crónico de vários (mais de 5) medicamentos, o que na população idosa é muito prevalente. Esta aumenta a possibilidade de efeitos adversos, bem como diminui a adesão e gera complexidade na gestão terapêutica. É por isso cada vez mais importante enquanto Médicos de Família aplicar estratégias que possam reduzir a sua existência e os riscos associados.
Objetivos: O objetivo desta revisão é analisar a realidade da polimedicação na população idosa, para compreender os riscos associados e identificar as estratégias com maior evidência para os minimizar.
Material e métodos: Pesquisa bibliográfica no Scielo e Pubmed, com destaque para os artigos nacionais, que tivessem como palavras chave, polimedicação e idoso. Foram selecionados 10 artigos, entre 2010 e 2020.
Resultados e conclusões: A população idosa (> 65 anos) em Portugal estima-se que atinja os 35% em 2025, representando o consumo de um terço dos medicamentos prescritos. Sabe-se que 90% dos idosos consomem pelo menos um fármaco, 40% mais de 5 e 12% mais de 10. Este consumo originou em 35% dos casos pelo menos uma reação adversa, o qual é dependente do número de medicamentos, sendo quase 100% para 8 ou mais. É necessário avaliar os factores, tomar medidas preventivas, para diminuir o risco de reações adversas. A polimedicação é um problema prevalente na população idosa, a qual se encontra mais susceptivel às reações adversas medicamentos. Existem medidas preventivas simples e económicas a ser desempenhadas pelo Médico, Farmacêutico, Cuidador e Utente, as quais podem minimizar os riscos associados. Destaca-se a melhoria da comunicação, nomeadamente através de Guias Terapêuticos Ajustados ao Idoso, Correta e Sistemática Avaliação do Risco de Interação, Revisão Terapêutica Frequente, idealmente de 6 em 6 meses, com Diminuição do Número de Fármacos Prescrito, Identificação de Farmácos sem Benefício Terapêutico, Escolha de Fármacos com Dose Única Diária e/ou Promoção de Associações Fixas. Estas medidas incluem-se na Prevenção Quaternária, cada vez mais importante na prática da Medicina, em especial da Medicina Geral e Familiar.

PO 17

PSORÍASE INVERSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro[1]; João Soares Ferreira[1]
[1]USF Côrtes D'Almeirim

Introdução: Em Portugal, estima-se que a Psoríase afete entre 150.000 e 200.000 indivíduos, podendo impactar negativamente a qualidade de vida dos mesmos.
O caso clínico em questão, abordando um subtipo específico de Psoríase, alerta-nos para a necessidade da identificação de pistas no Exame Físico que possam guiar o nosso Raciocínio Clínico a considerar variantes de uma mesma Entidade, principalmente nas situações em que existiu já uma abordagem e tratamento por outros profissionais e sem uma resposta adequada.
Descrição: Recorre à Cosulta um Jovem, de 14 anos, por aparecimento há cerca de 1 mês de lesões cutâneas dispersas pelo corpo, tendo já sido observado e medicado por Dermatologista, mas referindo lesões de novo e com agravamento recente na região das Axilas e Virilhas.
Sem Antecedentes Familiares conhecidos de relevo, mas Mãe com Lesões semelhantes nos Cotovelos, mas sem Diagnóstico.
Esteve medicado com Ácido Fusídico (Tópico), Cicalfate e fez ainda ciclo de Antibioterapia com Flucloxacilina.
À observação, apresentava Lesão em Placa, Eritematosa, Descamativa, na Axila Esquerda. Apresentava ainda um esboço de Lesões Idênticas na Axila Direita e Lesões em Placa, Eritematosas, Descamativas, na Virilhas.
Neste contexto, na nossa Consulta, pela suspeita de Psoríase Inversa, foi medicado com Betametasona + Ácido salicílico, [Diprosalic], 0.5 mg/g + 30 mg/g, bem como foi ainda realizada referenciação a Consulta de Dermatologia, tendo-se agendado contacto na nossa USF para daí a uma semana para reavaliação, dado que a Prova Terapêutica poderia reforçar ou excluir a Hipótese Diagnóstica.
Findo esse tempo, apresentava melhoria franca das Lesões das Axilas, estando planas, bem como melhoria franca das Lesões nas Virilhas, o que nos veio reforçar a Hipótese Diagnóstica de Psoríase Inversa.
Nesta segunda Consulta, em que existiu uma maior suspeita do Diagnóstico, foi ainda possível abordar diversas questões e aconselhamento de medidas e estilos de vidas relacionados com o Diagnóstico de Doença Crónica em Adolescente, dando desta forma destaque ao Papel do Médico de Família não apenas no Diagnóstico de Etiologias Menos Frequentes, mas também numa abordagem Centrada na Pessoa.
Conclusão: O presente Caso Clínico alerta-nos para a necessidade de conhecimento de outras manifestações menos comuns de uma mesma Doença, podendo muitas

vezes um diagnóstico inicial por Médico Especialista não ser o mais adequado. Destaca-se ainda como armas diagnósticas a possibilidade de Prova Terapêutica e de Reavaliação a Curto Prazo, possível a nível dos Cuidados de Saúde Primários, bem como do papel privilegiado do Médico de Família não apenas no correto diagnóstico, mas também na prestação do melhor cuidado ao doente, promovendo também um adequado encaminhamento e esclarecimento adequado à sua Fase de Vida, principalmente no contexto de Doenças Crónicas com elevado impacto na Qualidade de Vida e Auto-Estima.

PO 18

UM CASO DE SENSIBILIDADE

Davide Reis[1]; Ana Rita Rodrigues[2]; Margarida Martins[2]; Olga Silva[2]; Mariana Neves[2]; Leonor Bilreiro[2]; Tânia Gomes[1]
[1]UCSP Portimão; [2]USF Descobrimentos

Introdução: A sensibilidade é central neste caso clínico, tanto pela diminuição desta a nível do exame objetivo, como a sensibilidade requerida do clínico para se aperceber através de sinais inespecíficos da possível gravidade da situação. A esclerose múltipla (EM) é a doença desmielinizante mais comum a nível mundial. É uma doença com uma apresentação clínica variável, muitas vezes caracterizada por sintomas inespecíficos, tendo um curso clínico imprevisível sendo por isso o seu diagnóstico particularmente desafiante.

Descrição: Utente, género masculino, 22 anos, solteiro, estudante de enfermagem na Universidade de Coimbra. Antecedentes pessoais destaca-se, asma diagnosticada em 2002 e um episódio de varicela em 2007. Realiza apenas Budesonida com Formoterol.

Recorreu a consulta do dia a 24 de Agosto de 2022 com o seu médico de família, unidade de cuidados de saúde personalizados de Portimão (UCSP), extensão da mexilhoeira grande, por queixas de hipoestesias e parestesias com uma semana de evolução, que inicialmente se limitavam a ambos os pés e que associou a calcado apertado, mas que ao longo da semana sofreram um agravamento com progressão proximal. Durante a consulta ao exame objetivo neurológico destacava-se uma força motora 4 em 5 em ambos membros inferiores, hiperreflexia patelar bilateral e sensibilidade cutânea nos membros inferiores diminuída até as coxas. De especial relevo é a perda de força distal para proximal, e a necessidade de descartar um possível síndrome guillain barré. Foi por isso redigida uma carta de acompanhamento e enviado o utente para o serviço de urgência do hospital da área de residência, o Centro hospitalar universitário do algarve - Portimão, ao mesmo tempo procedeu-se ainda ao contacto telefónico com a equipa de medicina interna de serviço nesse dia na urgência. Por fim ficou agendada uma teleconsulta de seguimento para essa mesma semana. Nesta onde ficou determinado que o utente ficou internado ao cargo da medicina interna. Dos exames realizados destacou-se a RM do neuro eixo: incontáveis lesões focais com hipersinal na substância branca encefálica, e a nível do canal raquidiano lesão a nível de D4-D5. Assim, aplicando os critérios de McDonalds 2017, foi efetuado o diagnóstico de episódio inaugural de esclerose múltipla e iniciou pulsos de metilprednisolona. A 31 de Agosto de 2020 veio novamente a uma consulta de seguimento, com o objetivo de pedir referenciação para o centro hospitalar universitário de Coimbra, para facilitar o seguimento enquanto finalizava os seus estudos.

Conclusão: Pelo seu grau de proximidade e abordagem holística, o médico de família encontra-se numa posição singular na abordagem deste tipo de patologias, quer pela suspeita inicial durante uma consulta, pelos sintomas inespecíficos e muitas vezes subvalorizados, quer pelo acompanhamento da pessoa, como gestor multidisciplinar e simplificador da situação clínica a nível familiar.

PO 19

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA À CONSULTA DE NEFROLOGIA PELOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Andreia Curto[1]; Mariana Ramos[1]; Inês Alexandre[1]; Ana Catarina Brás[1]; Afonso Santos[1]; Adelaide Serra[1]; Fernando Domingos[1]; Ana Pires[1]
[1]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Portugal é dos países com maior prevalência de Doença Renal Crónica (DRC) em programa de diálise e a nível mundial a DRC é uma das principais causas de anos de vida perdido por doença com maior estimativa de crescimento. Com o intuito de melhoria na prestação de cuidados, o Serviço de Nefrologia do nosso hospital criou em 2019 um protocolo de referenciação dos Cuidados de Saúde Primários à Consulta de Nefrologia (CN). Este protocolo define a informação clínica para a referenciação e inclui os seguintes parâmetros: creatininemias (sCr) seriadas, exame sumário de urina, sedimento urinário, quantificação da proteinuria e avaliação ecográfica.

Objetivos: Caracterizar a população referenciada à CN em termos demográficos, antropométricos, clínicos e laboratoriais, identificar os motivos de referenciação e estudar as diferenças da qualidade da informação clínica enviada após criação do protocolo.

Materiais e métodos: Estudo observacional, retrospetivo e descritivo. Foram incluídos doentes com mais de 18 anos, do ACeS Amadora e Sintra referenciados no 1º semestre de 2019 e 2021 e excluídos os doentes recusados, os que faltaram ou faleceram antes da CN.

Resultados: Dos 422 doentes referenciados, foram incluídos 311, 50% do género masculino e idade mediana de 74 anos (AIQ 62–82), sCr 1,5 mg/dL (AIQ 1,1–1,94) e rácio albuminúria/creatininuria (RAC) 39 mg/g (AIQ 13-370). Destes, 88% tinham hipertensão (HTA), 73% excesso ponderal ou obesidade e 67% dislipidemia. Do total, 46% dos doentes tinham Diabetes mellitus (DM) e 27% doença cardiovascular estabelecida. O motivo de encaminhamento foi DRC em 64% dos doentes. Os doentes com DM apresentaram prevalência significativamente maior de HTA (98% vs. 80%, p<0,01) e doença cardiovascular (34% vs. 22%, p<0,05), assim como níveis significativamente mais elevados de sCr (1,63 mg/dL vs. 1,38 mg/dL, p<0,01) e RAC (130 mg/g vs. 30 mg/g, p<0,01). Após criação do protocolo de referenciação, os doentes consultados apresentaram maior grau de disfunção renal (sCr=1,40 mg/dL vs. sCr=1,62 mg/dL, p<0,01) e maior prevalência de comorbilidades– HTA (83,5% vs. 96,3%, p<0,001) e dislipidemia (61,3% vs. 76,1%, p<0,01), ambos com significado estatístico. Relativamente ao impacto na qualidade da informação clínica enviada no pedido de CN, observou-se um aumento do número de parâmetros, com envio de pelo menos 2 em 38% das CN efetuadas em 2021 versus 24% em 2019, embora sem significado estatístico.

Conclusões: O principal motivo de referenciação à CN foi a DRC. Os doentes referenciados apresentaram elevada prevalência de fatores de risco cardiovasculares, sobretudo na população com DM com doentes em estádios mais avançados de DRC. Menos de 40% das CN efetuadas apresentaram pelo menos 2 dos parâmetros preconizados, mas com tendência para melhoria, mostrando a importância da definição de critérios de referenciação e articulação com os Cuidados de Saúde Primários.

PO 20

INTERVALO INTERGESTACIONAL: RISCOS E TEMPO IDEAL

Andreia Sofia Magalhães Serrinha[1]
[1]USF KosmUS - ACES Cascais

Introdução: O intervalo intergestacional pode estar associado a um aumento do risco de desfechos materno-fetais adversos. Intervalos curtos entre gestações associam-se mais frequentemente a desfechos adversos do que intervalos longos. Um intervalo intergestacional curto pode ser evitado através de uma contraceção pós-parto eficaz. A evicção de um intervalo intergestacional longo poderá ser mais complexa pois está dependente de fatores externos à mulher e/ou casal.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é rever os potenciais desfechos adversos associados a um intervalo intergestacional curto ou longo e o intervalo ideal entre gestações.

Material e métodos: Foram consultados os seguintes documentos: "American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 8: Interpregnancy Care. Obstet Gynecol 2019; 133:e51", "Thiel de Bocanegra H, Chang R, Howell M, Darney P. Interpregnancy intervals: impact of postpartum contraceptive effectiveness and coverage. Am J Obstet Gynecol 2014; 210:311.e1." e "Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing, Geneva, Switzerland, June 2005.".

Resultados: Um intervalo intergestacional curto pode estar associado aos seguintes desfechos adversos: baixo peso à nascença, recém-nascido pequeno para a idade gestacional, parto pré-termo, rutura uterina, nado-morto e morbilidade materna grave com ou sem transfusão sanguínea. Por outro lado, um intervalo intergestacional longo pode estar associado ao aumento do risco de pré-eclâmpsia, de morbilidade materna grave com ou sem transfusão sanguínea e de parto distócico. Para um parto eutócico de termo, a OMS recomenda um intervalo entre gestações superior a 18-24 meses e inferior a 60 meses e a ACOG desaconselha um intervalo intergestacional inferior a 6 meses por ser o período em que os dados que sugerem desfechos adversos são mais convincentes.

Conclusões: Intervalos intergestacionais curtos (inferiores a 6-18 meses) ou longos (superiores a 60-75 meses) podem estar associados a um aumento do risco de desfechos materno-fetais adversos. O risco de um intervalo entre gestações inferior ou superior ao recomendado deve ser discutido com a mulher e/ou casal pois, em parte, esse intervalo está sob o controlo dos mesmos, sendo a contraceção pós-parto eficaz e segura um fator chave na prevenção de uma gravidez indesejada a curto prazo.

PO 21

SÍNDROME GENITURINÁRIA DA MENOPAUSA E O PAPEL DA CONSULTA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Sofia Carvalheiras[1]; Filomena Silva[1]
[1]USF Santa Luzia

Introdução: A Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGUM) é uma das consequências associada à falência ovárica com impacto significativo na qualidade de vida da mulher. Atualmente, ainda existem mulheres com SGUM que não estão a ser ajudadas como deveriam, e, se é verdade que o caminho ainda é longo para desmistificar a menopausa e o envelhecimento da mulher, não é menos verdade que se torna crucial que a comunidade médica se sensibilize para esta temática.

Objetivos: Com esta revisão de tema, pretende-se abordar os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na SGUM, assim como proceder a uma atualização das orientações terapêuticas disponíveis.
Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa de revisões sistemáticas, narrativas, normas orientadoras e guidelines nas bases de dados PubMed, Web of Science e Cochrane, utilizando os termos "Menopausal genitourinary syndrome", "Women", "Treatment" e "Primary care". A pesquisa foi completada com informação contida em manuais e livros acerca do tema, assim como consulta de referências dos artigos consultados.
Resultados: A SGUM é definida como um conjunto de sinais e sintomas associados à diminuição dos estrogénios, e outras hormonas sexuais, envolvendo alterações na genitália externa, vagina, uretra e bexiga. A probabilidade e gravidade dos sintomas é diretamente proporcional à duração do estado de hipoestrogenismo, realçando a importância da vigilância atempada. O principal objetivo terapêutico é o alívio sintomático, sendo que as opções disponíveis, para além do tratamento hormonal, incluem mudanças no estilo de vida e tratamentos não hormonais (hidratantes e lubrificantes). O gold-standard do tratamento continua a ser a opção hormonal, nomeadamente os estrogénios administrados localmente. Novas opções terapêuticas, como os moduladores seletivos dos receptores de estrogénios, de administração oral, nomeadamente o ospemifeno (ainda não disponivel em Portugal), e o uso de terapia LASER, podem ser vistas como alternativas promissoras, sobretudo nos casos de maior persistência e gravidade sintomáticas.
Conclusões: A maioria das mulheres com sintomatologia devido a atrofia urogenital não abordam esse assunto com o/a médico/a. Por um lado, aceitam os sintomas como inevitáveis e parte integrante do processo de envelhecimento. Por outro lado, as crenças, assim como a vergonha, provocam uma maior sensação de desconforto na abordagem dos sintomas. Não obstante, há mulheres que não conhecem a existência das opções terapêuticas. Sendo assim, e aproveitando a maior proximidade com a comunidade, é de salientar a importância da consulta de Medicina Geral e Familiar, como uma oportunidade de rastreio da sintomatologia da SGUM e exposição das ofertas terapêuticas, junto das mulheres na pós-menopausa aquando das suas consultas de rotina, contornando assim, a sua ausência de iniciativa em abordar esta temática.

PO 22

UMA MONTANHA RUSSA DE RESULTADOS ANALÍTICOS: BREVE HISTÓRIA DE UM UTENTE DIFÍCIL

Rita Nércio[1]; Gonçalo Magalhães[1]; Joana Sousa Albuquerque[1]; Sílvia Gomes[1]; Diana Neves Correia[1]; Tânia Boto[1]; Carolina Piloto Lemos[1]; Luís Albuquerque[1]
[1]USF Infante D. Henrique

Introdução: O hipertiroidismo é tipicamente definido por manifestações clínicas e um valor diminuído da Hormona Estimulante da Tiroide (TSH), relacionado, ou não, com valor elevado da tiroxina livre.
Caso clínico: Homem, 50 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, hiperuricemia, insuficiência cardíaca e hipotiroidismo (causado por tiroidectomia total), pouco cumpridor da terapêutica instituída. Devido à última condição, o utente estava medicado com levotiroxina 0,2 mg id. Nos últimos anos, apresentou valores normais de TSH; no entanto, em Junho de 2020, e após ter começado a cumprir diariamente a terapêutica, apresentou um valor de TSH de 0,0225 mIU/L e uma perda de peso de 6kg em 4 meses. Apresentando um hipertiroidismo, provavelmente, por excesso de terapia de reposição, foi então reduzida a dose de levotiroxina para 0,150 mg id. Um mês depois, o utente apresentava um valor de TSH de 9,845 mIU/L. Após observação e um questionário completo, o utente admitiu não ter cumprido a terapêutica prescrita. Foi marcada nova consulta e, dois meses depois, o utente apresentava um valor de TSH de 0,154 mIU/L. Foi decidida nova diminuição da dosagem da levotiroxina e o utente apresenta atualmente valores normais de TSH com a dose de 0,137 mg id.
Conclusão: Por vezes, é difícil manter o valor de TSH dentro dos valores normais. O médico deve estar atento e requisitar periodicamente uma avaliação analítica para atingir um equilíbrio entre dosagem da medicação e o valor de TSH. Para isto acontecer, e como nos mostra este caso, o utente deve estar disponível para cumprir o plano traçado com o médico.

PO 23

PALUDISMO NUMA REGIÃO ENDÉMICA – UMA INTERVENÇÃO ESCOLAR

Alexandra Rocha[1]; Ludovico Ferreira[1]
[1]ÚSF Santo António da Charneca

Introdução: O paludismo, ou malária, é uma doença parasitária do sangue, provocada por um protozoário do género Plasmodium e transmitido através da picada de um mosquito do género Anopheles. O paludismo é endémico em vários países tropicais, como São Tomé e Príncipe, sendo potencialmente fatal se não tratado atempadamente. Ape-

sar de potencialmente muito grave, a malária é uma doença curável, pelo que o seu diagnóstico deve ser o mais precoce possível. Em 2022, o número de casos de paludismo em São Tomé e Príncipe aumentou em mais de 60% relativamente ao ano de 2021, após grandes avanços na sua erradicação, e o país viu-se obrigado a refletir sobre uma nova abordagem ao combate desta doença e a reavaliar a consciência pública sobre os cuidados a ter. Desta forma, importa averiguar o nível de conhecimentos sobre paludismo da população em idade escolar, de forma a envolvê-los e a consciencializá-los como agentes nesta luta.

Objetivos: Determinar o conhecimento dos adolescentes sobre paludismo, nomeadamente sobre a prevenção, vias de transmissão e sintomas/sinais de alarme da doença, numa região onde é endémica, e sensibilizá-los para o problema de saúde pública que constitui.

Metodologia: Estudo transversal e observacional, com aplicação de questionários anónimos e ações de sensibilização interativas e dinâmicas em duas turmas do 9º e 10º anos da Escola Portuguesa de São Tomé e Príncipe, mediante autorização da mesma. A análise dos dados foi feita com recurso ao programa Microsoft Excel.

Resultados: Foram obtidos 131 questionários preenchidos, 61 no 9º ano (46.6%) e 70 no 10º ano (53.4%), com idades compreendidas entre os 13 e 16 anos. Apurou-se que a maioria dos alunos não considera que o país onde vive é uma zona de maior transmissão da doença, apesar do contacto próximo com a mesma. A grande generalidade considera ainda que se trata de um vírus, colocando a hipótese de transmissão interpessoal como uma via possível. As principais dúvidas surgem relativamente aos sintomas/sinais da doença, tempo de incubação, possibilidade de imunidade duradoura e medidas preventivas.

Conclusões: Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que as promova. Cabe ao médico de família contribuir para fomentar a saúde e bem-estar de cada pessoa, família e comunidade, através de intervenções apropriadas, efetivas e eficientes. Um dos contextos com maior potencial de intervenção é nas escolas, onde o impacto nas crianças e jovens pode estender-se aos seus círculos mais próximos. Foi possível verificar que o grau de conhecimento apurado ficou abaixo do expectável, uma vez tratando-se de um país onde a doença é endémica. Esta intervenção possibilitou aferir a importância de envolver professores, pais e famílias neste contexto e fomentar estratégias de promoção da saúde pública nos adolescentes.

PO 24

O SONO NA MENOPAUSA

Alexandra Rocha[1]; Sofia Morgado[1]; Mariana Barreira[1]
[1]USF SAC

Enquadramento: O climatério é o período da vida da mulher compreendido entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva, ao longo do qual, ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Com frequência, está associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas (irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações do humor e do sono, entre outros) que, no seu conjunto, caracterizam a "síndrome climatérica". Compreende três fases (pré, peri e pós-menopausa) cuja individualização não é linear. A menopausa é assim um verdadeiro biomarcador da evolução biológica da mulher, um marco da transição entre a plena capacidade reprodutiva e o seu termo absoluto. Os folículos ováricos existentes ao nascimento vão sofrendo senescência e, por mecanismo ovulatório, mas sobretudo por atrésia, praticamente esgotam-se nesta fase. A idade de estabelecimento da menopausa é, em média, de 51 anos nos países europeus, ocorrendo habitualmente entre os 45 e 55 anos.

Descrição: Mulher, 52 anos, caucasiana, cozinheira, com filho de 19 anos, recorre ao seu médico assistente por apresentar irritabilidade, insónia na maior parte das noites e cansaço generalizado com cerca de 6 meses de evolução. Refere também que acorda "molhada de suor" pela manhã e tem episódios noturnos de calor intenso, com bastante frequência. Antecedentes pessoais: fumadora, hipertensa. Sem outros antecedentes médicos ou psiquiátricos de relevo. Antecedentes ginecológicos: menarca aos 13 anos, interlúnios regulares (28 dias), cataménios habituais de 4-5 dias, com algumas cólicas que consegue gerir com analgésico em SOS. Desde há cerca de 1 ano, tem algumas irregularidades menstruais (começou por menstruar 2 vezes por mês e atualmente está com um atraso menstrual de 3 meses). Relata uso prévio de contracetivo oral combinado, atualmente não faz método contracetivo (usa preservativo apenas). Apesar de ser casada, relata que a sua vida sexual não está muito ativa devido à diminuição de líbido, dispareunia e secura vaginal. Antecedentes obstétricos: parto por cesariana há 19 anos. Nega medicação habitual. Sem alterações relevantes ao exame físico

Discussão e conclusão: A frequência da insónia aumenta muito na fase do climatério, pelo desequilíbrio hormonal e pela queda na produção de estrogénios. Os afrontamentos e suores que acompanham o este desequilíbrio podem ocorrer à noite e perturbar o sono, afetando o dia-a-dia destas mulheres e interferindo na sua qualidade de vida de forma significativa. Desta forma, é importante estar atento à frequência desses episódios para que este problema não

evolua cronicamente. A higiene do sono na transição para a menopausa tem um papel importante, devendo ser sempre despistados outros diagnósticos diferenciais nestas idades e discutidas as possibilidades terapêuticas.

PO 25

A AMAMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Marisa Sousa[1]; Carina Rodrigues[2]; Kristina Rabcheva[2]; Hugo Bento de Sousa[1]
[1]USF Samora Correia; [2]UCSP Sines

Introdução: A nutrição adequada no início de vida é essencial para moldar a saúde futura da criança, nomeadamente, colocá-la no trajeto saudável do crescimento e evitar a obesidade. Vários estudos têm avaliado comparativamente o IMC das crianças que receberam leite de fórmula ou foram amamentadas. Mais recentemente, tem sido investigado o impacto que diferentes fórmulas lácteas têm na obesidade infantil.

Objetivo: Avaliar o papel da amamentação vs fórmulas lácteas na prevenção do desenvolvimento de obesidade infantil.

Material/Métodos: Foram pesquisadas Normas de Orientação Clínica-NOC, Meta-Análises-MA, Revisões Sistemáticas-RS e Ensaios Clínicos-EC publicados nos últimos 5 anos, em inglês/português/espanhol, nas bases PubMed, Cochrane e AHRQ, utilizando os termos MeSH: Breastfeeding AND Childhood Obesity. Foram excluídos artigos duplicados, que não respondem à pergunta de investigação, com baixa qualidade ou onde foram estudadas outras intervenções (fluxograma PRISMA). Para classificar o nível de evidência e força de recomendação foi utilizada a escala SORT.

Resultados/Conclusões: Obtiveram-se 256 artigos, selecionando-se 12 por cumprirem todos os critérios de inclusão: 2 NOC, 2 MA, 1 RS-MA, 1 RS e 6 EC.

A amamentação está inversamente associada ao risco de obesidade precoce em crianças de 2 a 6 anos. Bebés amamentados por ≥6 meses apresentam menor risco de Rápido Crescimento Infantil e peso desadequado.

Além disso, existe um efeito dose-resposta entre a duração da amamentação e a redução do risco de obesidade infantil. Não foi possível identificar por quanto tempo, após 2 anos, a amamentação é promotora de um peso saudável.

A não amamentação e a sua curta duração contribuem para comportamentos alimentares obesogénicos em crianças; sendo que amamentar <4 meses constitui um fator de risco associado ao sobrepeso/obesidade infantil.

A Hipótese da Proteína Precoce sugere que uma maior ingestão de proteína nos primeiros anos de vida, aumenta a atividade adipogénica, derivada do aumento do IGF-1 e insulina.

Em 4 estudos de fórmulas lácteas, foi evidenciado o benefício do uso de fórmula com baixo teor proteico, comparativamente ao alto teor, na prevenção da obesidade. Apenas 1 estudo não encontrou diferenças significativas entre ambas. Todos os estudos reforçam a importância da promoção da amamentação pois, para além de muitos outros benefícios, esta reduz o risco de sobrepeso e obesidade infantil.

À evidência atual descrita é atribuída uma força de recomendação A.

PO 26

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL: A "PEDRA ANGULAR" DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

António Luís Vidinha Pereira[1]; Manuel Teixeira Veríssimo[2]; José Gomes Ermida[3]; Constança Paúl[4]; Inês Rosendo[2]; Luiz Miguel Santiago[2]
[1]USF Pulsar - CS Norton de Matos; [2]Faculdade Medicina Universidade Coimbra; [3] Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra; [4] Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introdução: Portugal é dos países mais envelhecidos do mundo. A Avaliação Geriátrica Global (AGG) – considerada a "pedra angular" da Geriatria, e largamente remetida ao hospital – determina com precisão o estado físico, cognitivo e funcional do idoso, possibilitando cuidados personalizados. A AGG em Medicina Geral e Familiar (MGF), poderá permitir uma resposta precoce em ambulatório, evitando internamentos hospitalares e proporcionando melhor qualidade de vida.

Objetivos: Realizar AGG em Cuidados Primários, percebendo a exequibilidade e resultados.

Material e métodos: Em estudo observacional transversal, avaliar na consulta de MGF os utentes ≥65 anos de um ficheiro clínico, em amostragem de conveniência, durante 4 meses. Caracterizaram-se contexto familiar/social, patologias/medicação e realizou-se avaliação funcional com as escalas de Katz, Lawton & Brody, Yesavage, Mini Mental State Examination, Mini-Nutritional Assessment, Functional March Classification.

Resultados e conclusões: Foram estudados 216 utentes (80 homens e 136 mulheres), representando 75% da população. A AGG era realizável em 30 minutos. Decorreram no domicílio 3,3% das observações, nenhum idoso estando institucionalizado, residindo 86,6% no seu domicílio e os restantes em casa de familiares. Para 2,3% havia acamamento e para 7,9% apoio complementar à família.

Verificou-se uma média de 6,2 problemas crónicos de saúde/idoso e, após desprescrição, 5,2 fármacos/idoso.

Atividades Básicas de Vida Diária: Independência-72,7%; Dependência ligeira-14,4%; Moderada-8,3%; Grave-1,9%; Total-2,8%

Atividades Instrumentais de Vida Diária: Independência–70%; Dependência ligeira-12%; Total–9,7%; Moderada–5%; Grave–3,2%
Marcha: Independência–83,3%; Indep em sup plana–7,8%; Dependente c/ supervisão–3,2%; Marcha ineficaz–2,7%; Dependente nível II–1,4%; Dependente nível I-1,4%
Estado afetivo: pela AGG a prevalência de depressão aumentou de 22,2%, em classificação ICPC2, para 35,5% de risco.
Estado Cognitivo: pela AGG a prevalência de défice aumentou de 6,5%, classificação ICPC2, para 9,7% de risco.
Estado nutricional: Risco de desnutrição-6%; Desnutrição-3,2%
A AGG revelou-se decisiva na gestão do idoso em MGF, permitindo perceber o seu estado, apoiar o diagnóstico médico e adequar a terapêutica. Para ser uma tarefa de equipa nos CSP, deve ser alvo de instrumento específico nos registos eletrónicos, sendo importante a sua colocação em ambiente SClínico.

PO 27

REFLEXO VERMELHO – PORQUE NÃO DEVEMOS DEIXAR DE TESTAR!

Filipe Santos Leal[1]; Ana Sofia Martins[1]; Mariana Mendonça[1]; Maria Inês Queirós[1]
[1]USF Mondego

Introdução: O teste do reflexo vermelho ocular permite a identificação precoce de leucocória, frequentemente presente na catarata congénita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade. É um teste de fácil execução e que deve ser rotineiramente realizado em todas as consultas de Saúde Infanto-juvenil durante, pelo menos, o 1º ano de vida. Perante uma alteração neste exame, é crucial a referenciação para Oftalmologia. A catarata congénita é uma das principais causas de cegueira nas crianças, pelo que o seu diagnóstico precoce é essencial para o seu sucesso terapêutico.
Descrição: Recém-nascido de 12 dias, do sexo masculino, nascido às 39 semanas + 4 dias, parto distócico com ventosas, IA 9/10/10, peso ao nascer de 3670g, fruto de uma gravidez vigiada (G3P3) e sem intercorrências de relevo, filho de um casal não consanguíneo e saudável, natural de São Tomé e Príncipe, que vem a consulta com a enfermeira de família avaliar o peso, ao 12º dia de vida. No decorrer da consulta, a mãe revela preocupação com "mancha no olho esquerdo" (sic), que teria notado há cerca de 3 dias. É solicitada imediata observação pela equipa médica assistente que, perante a presença de leucocória, à esquerda, sem outras alterações ao exame objetivo, referencia ao serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra, para observação por Oftalmologia. Durante a observação e, após dilatação com Ciclopentolato, constata-se que, à esquerda, apresentava opacificação anterior do cristalino e sinequias posteriores. Numa consulta subsequente de Oftalmologia, 2 dias depois, por difícil observação do fundo ocular e por dificuldade na dilatação, é solicitada ecografia ocular que revela catarata congénita à esquerda. Foi solicitada consulta de genética médica, não sendo, até à data, detetada qualquer causa. Foi realizada cirurgia para excisão da catarata, durante o segundo mês de vida, sem intercorrências, com evolução pós operatória favorável. Mantem seguimento em consulta de Oftalmologia, não apresentando, até hoje, novas queixas deste foro.
Conclusão: O relato deste caso destaca a relevância de uma boa articulação entre os elementos da equipa de família na prestação de cuidados de saúde e exalta o papel das consultas de vigilância de SIJ na deteção precoce e referenciação de situações que possam comprometer a saúde, realçando assim o papel do médico de família. Paralelamente, numa era em que a prática clínica está tão dependente de exames complementares de diagnóstico, mostra a importância de se continuarem a realizar técnicas de exame físico, como a observação do reflexo vermelho ocular, de forma a serem rastreadas patologias cujo fator tempo é crucial para um melhor prognóstico.
A rapidez na articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários, permitiu um rápido diagnóstico e a resolução cirúrgica da catarata num período de tempo ótimo, antes das 12 semanas de vida, contribuindo para uma otimização da acuidade visual do RN.

PO 29

PERSPETIVA DE PROFISSIONAIS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS SOBRE A CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR EM HOMENS

Mónica Durães[1]; Joana P. Sousa[2]; Carolina Andrade[3]; Daniel Bertoluci Brito[4]; Joana Meneses Costa[5]; Pedro Martinho Gouveia[6]; Tiago Taveira-Gomes[7]
[1]USF Porto Centro; [2]USF Faria Guimarães; [3] USF Serpa Pinto; [4] USF Espaço Saúde; [5] USF Valbom; [6] USF São Pedro da Cova; [7] Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As atividades de Planeamento Familiar (PF) representam uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva. O Programa de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar da Direção-Geral da Saúde advoga que a saúde reprodutiva consiste no bem-estar físico, psíquico e social e não se resume à ausência de doença do sistema reprodutivo. O mesmo programa é defensor da criação de condições facilitadoras do acesso do homem, sobretudo o jovem, a estes cuidados.
Objetivo: Dada a escassa literatura sobre este tema, este

trabalho pretende averiguar a perceção dos profissionais de saúde acerca da pertinência das consultas de PF no sexo masculino.

Metodologia: Estudo descritivo qualitativo baseado em grupos focais. Foi utilizada uma amostra de conveniência de 17 participantes (médicos internos/especialistas e enfermeiros, com graus distintos de experiência profissional). Realizaram-se três reuniões online em modelo de entrevista semiestruturada, abordando: frequência, pertinência, benefícios e limitações da realização de consultas de PF no sexo masculino. Focou-se também em grupos específicos (adolescente e homossexual) e pertinência da realização da consulta de pré-conceção e em casal. Foram avaliadas estratégias de promoção desta consulta.

Resultados: Foi unânime que a procura dos homens por consultas de PF é reduzida. Algumas explicações apontadas foram os aspetos culturais e a própria nomenclatura, que não espelha os reais objetivos da consulta. Nove participantes não consideraram pertinente a convocatória à consulta, contudo, mencionaram vários benefícios como a educação sexual e para a saúde e a melhoria na abordagem da infertilidade e disfunção sexual. Foram consideradas pertinentes as consultas em casal, de pré-conceção, no adolescente e no homossexual. Relativamente a estratégias, destacou-se a mudança da nomenclatura, a divulgação da consulta e a sua utilidade, assim como a formação dos profissionais.

Discussão: Segundo os participantes dos grupos focais, a consulta de PF no homem traz vários benefícios. No entanto, os entraves previstos fizeram com que cerca de metade dos participantes não considerasse pertinente convocá-los. Ao longo das entrevistas, foi consensual a importância e pertinência desta consulta em inúmeras áreas envolvendo o homem. Os cuidados de saúde primários encontram-se numa posição central e privilegiada na literacia desta população. Assim, é fundamental a formação e disponibilização de normas orientadoras para colmatar as lacunas apontadas pelos participantes

PO 30

DO AVC À TROMBOCITOSE VÃO 8 ANOS DE DIAGNÓSTICO: RELATO DE UM CASO CLINICO

Sofia Carvalheiras[1]; Ana Paula Cruz[1]; Filomena Silva[1]
[1]USF Santa Luzia

Introdução: A trombocitose define-se como um aumento no valor das plaquetas superior a 450.000/microL. Quanto à sua etiologia, é maioritariamente reativa, podendo contudo ser primária, estando associada a sintomas vasomotores (eritromelalgia, prurido e flushing), complicações trombóticas e hemorrágicas (dependendo do valor e qualidade das plaquetas), podendo também ser assintomática. Não raras vezes, as alterações no hemograma passam despercebidas, destacando-se o papel do Médico de Família (MF) na sua deteção, com implicações no diagnóstico de doenças hematológicas menos comuns.

Descrição: Doente do sexo feminino, 58 anos, reformada por invalidez por doença respiratória, pertencente a uma familia nuclear em fase VII do ciclo de Duvall. Como antecedentes pessoais destacam-se hipertensão arterial, dislipidemia, bronquiectasias e acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico criptogênico em 2014. Medicada com ácido acetilsalicílico, brometo de glicopirrónio, perindonpril + amlodipina, rosuvastatina e budesonida + formoterol. Sem hábitos tabágicos ou etanólicos. Em consulta programada de Medicina Geral e Familiar (MGF), em 2022, constatou-se trombocitose persistente nas análises desde 2014 (valor mínimo de 493.000/microL e máximo de 634.000/microL). Sem história conhecida de trauma, cirurgia (incluindo esplenectomia), perdas hemáticas gastrointestinais ou geniturinárias, sintomas constitucionais ou vasomotores. Ao exame objetivo a doente não apresentava hemorragia ativa cutânea ou das mucosas, eritromelalgia, adenopatias ou organomegalias palpáveis. Foi solicitado estudo analítico mais completo, incluindo a avaliação dos parâmetros inflamatórios sistémicos e estudo da cinética do ferro, destacando-se apenas trombocitose (575.000/microL), sem outras alterações. Após exclusão de causas secundárias de trombocitose e tendo em conta a associação entre a mesma e a presença do AVC em 2014, a doente foi referenciada a consulta de Hematologia Clínica. O estudo genético mostrou positividade para a mutação JAK2 V617F, sendo provável o diagnóstico de Trombocitose Essencial (TE). Neste contexto, o AVC em 2014 foi assumido como manifestação desta entidade. Neste momento, a doente mantém-se com antiagregação plaquetária e irá realizar uma biópsia óssea para serem preenchidos os critérios necessários ao diagnóstico definitivo de TE.

Conclusão: As alterações no hemograma constituem um importante desafio para a MGF. Se, por um lado, na maioria das vezes consegue orientar as alterações no eritrograma, por outro lado, tanto o leucograma, como o plaquetograma, suscitam maiores dúvidas. Neste caso, a subvalorização da trombocitose atrasou um diagnóstico, com implicações na prevenção do AVC, que acarreta morbilidade importante. Este caso alerta para a importância da deteção precoce das alterações, permitindo diagnósticos atempados e prevenção de eventos trombóticos.

PO 31

ENTRE VINHAS E RIOS – UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL

Ana Catarina Marques Araújo[1]; Daniela Pinheiro Gonçalves[1]; Mariana R. Carvalho[1]; Célia Barros[1]
[1]USF Entre Homem e Cávado

Introdução: O consumo alcoólico excessivo é causador de um número elevado de doenças. Torna-se particularmente importante a sua caracterização em regiões caracterizadas pelo consumo abusivo, tal como a região em estudo, tendo sido inclusivamente destacado como determinante de saúde no Perfil Local de Saúde.

Objetivo: Estimar a prevalência do consumo de álcool numa população de utentes, caracterizar a população em relação às variáveis sociodemográficas e avaliar se existe relação das variáveis sexo, idade e escolaridade com o consumo de álcool.

Metodologia: Estudo observacional transversal. Para obtenção dos dados foram utlizados o programa MiM@UF e os registos informatizados do programa SClinico.

Resultados: Amostra de 377 utentes com idades entre os 15 e os 94 anos. Destes, 55% eram mulheres, com idade média de 54,0±19,5 e 45% eram homens, com idade média de 54,4±20,3. A prevalência total encontrada para o consumo de álcool foi de 40% (IC 95%: 35-45) e a abstinência da população estudada foi de 59,9% (IC 95%: 55-65). A prevalência para o consumo de risco foi de 17,3% (IC 95%: 13-23) nas mulheres, 34.6% (IC 95%: 26-44) nos homens até aos 64 anos e 74,2% (IC 95%: 62-83) nos homens com 65 ou mais anos de idade.

O consumo médio foi de 74,0±119,0 gramas de álcool por semana, sendo estatisticamente significativa ($p<0,01$) a diferença das médias de consumo entre homens e mulheres. Não foi encontrada correlação entre a progressão da idade e o consumo de álcool ($p=0,261$), bem como entre a escolaridade e o consumo de álcool ($p=0,290$).

Discussão: A prevalência de consumo de álcool na população estudada vai de encontro a outros estudos nacionais do mesmo âmbito, assim como a associação estatisticamente significativa do consumo com o género masculino, facto esse que poderá ser justificado por fatores culturais e sociais próprios da região estudada. Não foi encontrada investigação científica em Portugal que avalie diretamente o consumo de risco para efeitos de comparação. A inexistência de correlação entre a progressão da idade e a escolaridade com o consumo de álcool vai de encontro ao descrito na literatura nacional.

Conclusão: Através deste estudo foi possível identificar o consumo excessivo de álcool como um problema na população em estudo, essencialmente no que concerne ao consumo de risco no homem idoso e a importância de uma abordagem precoce para identificação de casos de risco e sua orientação.

PO 32

UM MÉDICO DE FAMÍLIA VÊ SEMPRE UMA FAMÍLIA

Silvia Gomes[1]; Gonçalo Magalhães[1]; Rita Nércio[1]; Jorge Campos[1]; Carolina Piloto Lemos[1]
[1]USF Infante D Henrique

Introdução: A varicela, apesar de comumente provocar uma doença ligeira na infância, pode causar elevada morbimortalidade no adulto. Na grávida, pode ser particularmente grave e causar importantes anomalias congénitas no feto ou levar ao desenvolvimento de herpes zoster infantil.

A transmissibilidade pessoa a pessoa ocorre por gotículas respiratórias ou contacto com as vesículas, desde 2 dias antes do aparecimento das lesões até estas estarem em crosta. A transmissão vertical deve-se à infeção placentária. Numa grávida não imunizada e exposta ao vírus da Varicela zoster (VVZ), a imunização passiva com imunoglobulina anti-VVZ (Ig anti-VVZ) reduz o risco de desenvolvimento de varicela e a gravidade da doença.

Descrição: Grávida, 37 anos, 16 semanas e 2 dias, previamente saudável, gravidez sem intercorrências, dirigiu-se ao serviço de urgência (SU) de obstetrícia por contacto com a filha diagnosticada com varicela; desconhecendo infeção prévia. Não apresentava sintomas nem exantemas, e estava apirética.

Seguindo o protocolo do serviço, foi feita colheita sanguínea para determinação do estado serológico e acordado contacto telefónico posterior para comunicação dos resultados e, se necessário, administração de Ig anti VVZ. Além disto, reforcei medidas de prevenção de transmissão.

Contudo, antes da alta, não pude deixar de questionar pelo estado clínico da criança doente que não tinha sido ainda orientada por nenhum médico, expliquei-lhe os sinais de alarme e dei alguns conselhos na gestão da doença.

Compreendi que o marido também não tinha evidência de doença prévia e estaria muito exposto, pois seria o cuidador da filha, pelo que lhe recomendei contactar o médico assistente no sentido de poder realizar vacinação.

Conclusão: O reconhecimento precoce da infeção ou exposição a VVZ e abordagem em conformidade poderão diminuir os riscos para a grávida e feto.

Julgo, com a minha abordagem, ter ajudado a gestante na gestão do problema que a levou ao SU, não obstante de a tranquilizar quer em relação à situação clinica da filha quer na prevenção da doença no marido.

Refletindo sobre este caso, compreendo que não importa o contexto laboral, um Médico de Família é sempre um Mé-

dico de Família e além da gestão da doença, enquadra o indivíduo no seu contexto biopsicossocial e familiar.

PO 33

POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATÓRIA CRÓNICA – ABORDAGEM E DIAGNÓSTICO NOS CSP

Armando Manuel Mesquita Felgueiras[1];
Sérgio Miguel Henriques Bolas[1]
[1]USF Cuidar Saúde

Enquadramento: A polineuropatia desmielinizante inflamatória crónica (PDIC) é uma patologia do sistema nervoso periférico, com manifestações clínicas que persistem mais de 8 semanas, de etiologia desconhecida - prováveis mecanismos autoimunes envolvidos.

Apresenta sintomas motores e sensoriais, simétricos, nos membros superiores e inferiores. O diagnóstico é clínico, confirmado por EMG, estudos de condução nervosa ou análise do líquido cefalorraquidiano.

O tratamento inclui corticosteroides, imunoglobulina e plasmaferese.

Descrição: Utente sexo masculino, 51 anos. Vem a consulta aberta a 17/01/2022 por parestesias nos 4 membros, 2 semanas de evolução.

Foi pedida radiografia da coluna: DORSAL - redução da permeabilidade de espaço intersomático do ráquis dorsal, a condicionar eventual compromisso radicular;

LOMBO-SAGRADA - atitude escoliótica lombar (concavidade esquerda), artrose interapofisária posterior com espondilolistesis da charneira lombo-sagrada.

Foi ao SU a 22/03 por "dormência" dos membros, com impacto na marcha, originando episódio de queda. Exame neurológico: arreflexia tetra-apendicular. Diminuição da sensibilidade álgica bilateral e simétrica. Prova de romberg positiva. Marcha com alargamento da base, impossível em linha.

Análises – défice de vit. B12, elevação da VS e Ac IgG positivo para Borrelia Burgdorferi.

RM Lombar: reforço de sinal difuso e intenso ao longo do trajeto intra e extradural das raízes lombo-sagradas, sugestivos de processo inflamatório.

Tendo em conta a evolução do quadro, exame neurológico e MCDTs, estabeleceu-se o diagnóstico de Polineuropatia crónica, sensitiva, de provável carácter desmielinizante, etiologia inflamatória/infecciosa.

Aguarda resultado de EMG. Tratamento com Imunoglobulina EV. Alta a 21/09 referenciado para consulta de Neurologia.

Discussão: Este caso espelha a natureza insidiosa e progressiva das neuropatias periféricas, particularmente desmielinizantes.

O início foi marcado por diminuição da sensibilidade nos MI, afetando progressivamente os MS; com a evolução do quadro, surgiram mais alterações neurológicas - diminuição da força muscular e arreflexia.

A abordagem inicial deve ser feita nos Cuidados de Saúde Primários, com caracterização e determinação da extensão da afeção neurológica, sendo essencial a referenciação para os cuidados secundários, para investigação etiológica, tratamento e seguimento.

Conclusão: A Polineuropatia Desmielinizante Inflamatória Crónica é uma patologia neurológica grave, com impacto progressivo e significativo nas Atividades da Vida Diária, sendo o diagnóstico essencial para o tratamento e follow-up adequados.

O Médico de família tem um papel fundamental na abordagem das primeiras queixas apresentadas pelo utente e suspeita inicial, investigação diagnóstica e orientação adequada da situação clínica.

PO 34

ADENOPATIA INICIAL E EVOLUÇÃO GALOPANTE DE UM LINFOMA AGRESSIVO

Armando Manuel Mesquita Felgueiras[1]; José Luís Carneiro Sousa[2];
Sérgio Miguel Henriques Bolas[1]
[1]USF Cuidar Saúde; [2]Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Enquadramento: A linfadenopatia pode ser causada por uma vasta gama de doenças. A localização ajuda a identificar etiologias específicas. Uma anamnese e exame físico rigorosos permitem um diagnóstico diferencial que determinará a necessidade de avaliação adicional (analítica, imagem e/ou biópsia).

Descrição: Utente sexo masculino, 64 anos. Em consulta aberta a 02/02/2022 referiu aparecimento de "caroços" no pescoço desde há 3 semanas. Tinha sido medicado em consulta particular com amoxicilina+ácido clavulânico e ibuprofeno. Mencionou edema testicular e peniano, disúria, polaquiúria e jato fraco, 1 dia de evolução.

Decidiu-se medicar empiricamente com ciprofloxacina para prostatite, e foram pedidos hemograma e TC cervical para despiste de patologia hematológica.

A 05/02 foi ao SU por dispneia e astenia, febre (38,5ºC) há 3 dias. Ao EO: adenopatias indolores, duras, cervicais, retroauriculares, submandibulares, bilateralmente; adenopatia axilar à esquerda; múltiplas adenopatias inguinais. Foi internado para estudo do quadro de adenopatias generalizadas e febre.

ESP: 10% células linfóides dismórficas, monocitose, eosinofilia.

TC cervico-toraco-abdomino-pélvica: "Volumosa massa infiltrativa retroperitoneal para-aórtica (82x56mm) e para-renal (103x37mm), com conglomerado adenopático ("bulky disease"). Volumosas adenopatias inguinais direitas

(37x31mm) e esquerdas (34x37mm). Exuberante expressão adenopática cervical envolvendo todos os níveis cervicais."
Biópsia: Linfoma alto grau, CD3+, Ki67 elevado, doença infra e supradiafragmática.
Imunofenotipagem: 10,3% células grandes e complexas, monoclonais, positivas a CD3, CD5, CD28, CD27, CCR7, CD45RO, CD15 e CD38.
Foi estabelecido o diagnóstico de Linfoma não Hodgkin de Células T, estadio IV-B. Iniciou tratamento com 1º ciclo de quimioterapia (Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina e Prednisona). Alta a 22/02 orientado para consulta de Hematologia.
Discussão: Este caso permite refletir sobre duas questões: as queixas inespecíficas iniciais e a rápida evolução do mesmo.
Na abordagem diagnóstica de adenopatia é fundamental a realização de um exame físico completo com avaliação da localização, tamanho, consistência e sensibilidade à palpação, associada a uma anamnese rigorosa com especial atenção para a instalação temporal do quadro, presença de sintomas constitucionais e outros sinais de doença sistémica, como hepatoesplenomegalia.
A evolução galopante, com surgimento de múltiplas adenopatias em 3 semanas, coincidiu com a fase avançada à data do diagnóstico.
Conclusão: Na abordagem à linfadenopatia, é papel do médico de família realizar uma anamnese e exame objetivo completos, e garantir vigilância do quadro, estando ciente dos sinais de alarme para considerar patologia hematológica no diagnóstico diferencial.

PO 35

O MEU DOENTE TEM PRÉ-DIABETES: E AGORA? UMA REVISÃO DE TEMA

Inês Sampaio de Macedo[1]; Maria Beatriz Borges[2]; Daniela Coelho[3]
[1]USF Hygeia; [2]USF Fátima - ACeS Médio Tejo; [3] UCSP Amarante - ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega

Introdução: A pré-diabetes (PD) - anomalia da glicemia em jejum (AGJ), tolerância diminuída à glicose (TDG) ou a combinação de ambas - é um fator de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) e as suas complicações. Estudos recentes apontam que as complicações inerentes à DMT2 encontram-se já em doentes com PD. De igual forma, estima-se o aumento da incidência da PD no futuro. Assim, torna-se essencial acompanhar adequadamente as pessoas com esta patologia.
Objetivos: Conhecer as mais recentes orientações existentes para abordagem da PD, nomeadamente a sua adequada vigilância e tratamento.
Material e métodos: Entre abril e setembro de 2022, foram pesquisadas, através de páginas online, guidelines e recomendações nacionais e internacionais, bem como artigos científicos recentes sobre a temática. Após colheita da informação, a mesma foi analisada e organizada de forma a obter resposta ao objetivo proposto.
Resultados e conclusões: O tratamento da PD foca-se em medidas não farmacológicas cujo objetivo principal é a perda de peso, para controlo da glicemia em jejum. Os pilares das medidas não farmacológicas são a atividade física e cuidados alimentares saudáveis. A terapêutica farmacológica, recorrendo a metformina (primeira linha), pioglitazona, liraglutido ou acarbose, deve ser considerada caso os objetivos de perda de peso e glicemia em jejum não sejam atingidos em 3 a 6 meses. Estudos recentes demonstram que fármacos como o topiramato, liraglutido e semaglutido podem ser benéficos em doentes com excesso de peso ou obesidade e síndrome metabólico, que necessitem de perdas de 7-10% do peso corporal.
O seguimento dos doentes com PD é feito inicialmente a cada 3 meses e, posteriormente, anualmente. Não existem recomendações acerca de qual o mais fiável parâmetro analítico de seguimento e controlo desta doença, no entanto estudos recentes utilizam a glicemia em jejum. Não existem, também, recomendações acerca da periodicidade e forma de rastreio das lesões órgão-alvo (LOA).
Sabendo que a PD e a DMT2 são um contínuo, torna-se fulcral identificar e abordar cedo a patologia. O controlo da PD passa primariamente pelo controlo do peso corporal. Das abordagens farmacológicas, a mais utilizada e´ a metformina. Faltam ainda orientações relativas ao seguimento dos doentes com PD, nomeadamente no que respeita ao rastreio da LOA associadas. São necessários mais estudos que permitam estabelecer recomendações para estas áreas.

PO 36

"O OLHAR ATENTO DO MÉDICO DE FAMÍLIA: A SUA IMPORTÂNCIA NA DETEÇÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS"

Diana Neves Correia[1]; Sílvia Gomes[1]; Gonçalo Magalhães[1]; Rita Nércio[1]; Tânia Boto[1]; A. M. Lopes Pires[1]
[1]USF Infante D. Henrique

Introdução: Os tumores da pele são o tipo mais comum de neoplasia, com aparecimento comum entre os 50 e 75 anos, apresentando incidência crescente, sendo o carcinoma basocelular responsável por cerca de 80% destes tumores. Dentro dos principais fatores de risco (FR) está a exposição solar, sendo necessário não esquecer a imunossupressão como outro FR envolvido.
Descrição: Homem, de 60 anos, estadio VII de Duvall, que apresenta, como antecedentes pessoais, espondilite an-

quilosante e hipertensão arterial (HTA), e como medicação habitual terapêutica biológica (etanercept), omeprazol, enalaparil, naproxeno e salazopirina.
A 20/07/2021 foi observado em consulta programa de HTA na Unidade de Saúde Familiar, sendo que durante a realização da mesma foi observada, no canto interno do olho direito, uma lesão ulcerada, com cerca de 6 mm. Foi questionado ao utente o tempo de evolução da lesão, sendo que este comentou que teria vários meses de evolução, desvalorizando-a. Dada a suspeita de neoplasia da pele (carcinoma basocelular), apesar de não ser o motivo principal da consulta programada, o utente aceitou a referenciação para os Cuidados de Saúde Secundários de forma a esclarecer a lesão em causa. O pedido de referenciação incluiu fotografia da lesão, para que fosse possível realizar telerastreio dermatológico, tendo sido realizada marcação de consulta de carácter urgente. No dia 09/09/2021, na consulta de Dermatologia, foi concordante a classificação da lesão como compatível com carcinoma basocelular. Posteriormente, foi realizada excisão cirúrgica que confirmou o diagnóstico.
Conclusão: Sendo a Medicina Geral e Familiar uma especialidade de proximidade, o Médico de Família (MF) torna-se o principal contacto de acesso aos cuidados de saúde, permitindo o diagnóstico precoce de neoplasias cutâneas. Este caso demonstra a importância do MF estar atento às lesões da pele, sendo fundamental realizar o exame objetivo, mesmo em situações oportunísticas, particularmente em doentes com fatores de risco, como a utilização de terapêutica imunossupressora. O MF ao realizar o diagnóstico precoce de neoplasias cutâneas contribui para que estas lesões sejam intervencionadas precocemente, com, na maioria das vezes, remoção total do tumor. Além disso, é crucial na fotoeducação do utente, fomentado medidas de prevenção de exposição, e na identificação de fatores de risco.

PO 37

QUEM TE AVISA, TEU MÉDICO É…

Olga Couto Cardoso[1]; Hugo Cunha Pereira[1]; Clara Oliveira[1]
[1]USF Ribeirão

Introdução: O cancro colo-retal (CCR) apresenta morbimortalidade significativa. Os programas de rastreio reduzem a incidência e mortalidade, estando desde 2017 definido um rastreio de base populacional com pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) bienal, na população assintomática entre os 50-74 anos, sem outros fatores de risco/critérios de exclusão. No caso de PSOF positiva é proposta uma colonoscopia. Esta também pode ser realizada como teste primário, tendo habitualmente menores taxas de adesão. Este programa diminui a mortalidade por CCR em cerca de 16%.
Descrição: Homem, 71 anos, antecedentes de bócio, hiperplasia benigna da próstata e gastrite crónica medicada com omeprazol 20mg. Dos antecedentes familiares salienta-se o irmão com adenocarcinoma do reto aos 65 anos. Em 2018 foi pedida PSOF, com resultado positivo. Foi solicitado estudo endoscópico, que o utente recusou. Não voltou a recorrer a consulta nos anos seguintes. Em outubro de 2022 recorreu a consulta por tenesmo e retorragias. Apresentava-se com bom estado geral, hemodinamicamente estável e sem alterações ao exame abdominal ou toque retal. Foram solicitados estudo analítico, eletrocardiograma e estudo endoscópico, apresentando uma gastrite não erosiva, sem presença de Helicobacter pylori, e uma neoformação vegetante ulcerada com áreas de necrose a condicionar estenose não franqueável no reto aos 7-8 cm da margem anal (histologicamente um adenocarcinoma). Foi pedida consulta urgente de cirurgia e TC toracoabdominopélvica que revelou "espessamento da ampola retal, distribuição praticamente circunferencial com densificação dos planos adiposos perirretais onde se identificam algumas adenopatias". Foi realizada uma RMN pélvica: "lesão tumoral centrada na ampola retal, origem a 6-7cm da junção ano-cutânea, com extensão longitudinal estimada em 5-6cm", definindo-se um estadiamento local T3 MRF+ (com invasão da fáscia mesorretal) e estadiamento linfático N++. Foi solicitada consulta de grupo sendo proposta quimioterapia e radioterapia neoadjuvante.
Conclusão: Este caso revela a importância da realização do rastreio e da possibilidade de alteração da evolução da doença. Os sintomas só começaram a surgir vários anos após a PSOF positiva, levando a um diagnóstico em fase mais avançada. Uma lesão que provavelmente seria superficial e localizada, quatro anos depois exige quimioterapia e radioterapia para a sua redução e eventual abordagem cirúrgica posterior.

PO 40

QUANDO A SITUAÇÃO FICA NEGRA – CONSEQUÊNCIAS DO USO PROLONGADO DE CORTICOTERAPIA

Olga Couto Cardoso[1]; Hugo Cunhapereira[1]; Clara Oliveira[1]
[1]USF Ribeirão

Introdução: Os efeitos secundários do uso prolongado de corticoides (CT) podem afetar o sistema músculo-esquelético, endócrino, gastrointestinal, neuropsiquiátrico, cardiovascular, hematológico, dermatológico, oftalmológico ou imunológico. Alguns dos efeitos mais comuns são: miopatia; alterações metabólicas como dislipidemia e hiperglicemia; hipertensão arterial (HTA), doença coronária e insuficiência cardíaca; atrofia cutânea, equimoses e hirsutismo; depressão, labilidade emocional, entre outros. Podem também surgir alterações analíticas, nomeadamente no hemograma. Assim, é fundamental avaliar o risco-benefício antes de

ponderar um tratamento com CT a longo prazo.

Descrição: Mulher, 58 anos, obesa, com HTA, dislipidemia, hipotiroidismo e dor crónica osteodegenerativa. Seguida em consulta de dor crónica e medicada há vários anos com pregabalina 150mg, morfina 10mg, prednisolona 20 mg e acemetacina 90mg. Recorreu a várias consultas no espaço de um ano por equimoses dispersas pelos membros e tronco, sem trauma. Referia astenia e negava perdas hemáticas, febre, perda ponderal, sudorese noturna, prurido, alterações gastrointestinais ou urinárias. Ao exame físico objetivaram-se apenas as equimoses e um aspeto fragilizado da pele.

Neste período realizou análises seriadas com estudo da coagulação, estudo endoscópico digestivo e TC tóraco-abdómino-pélvico, sendo a única alteração mantida a presença de leucocitose (17000/mm3) com neutrofilia, sem evidência de infeção.

A utente foi referenciada a consulta de Hematologia, onde se suspeitou tratar-se de uma neutrofilia secundária aos CT. Posto isto, realizou prova terapêutica com cessação do uso de prednisolona durante 2 meses, com reversão da leucocitose, desaparecimento das equimoses e melhoria do quadro de astenia, apoiando a hipótese diagnóstica.

Conclusão: Com este caso pretende-se alertar para a importância de, perante sinais e sintomas de novo ou alterações em exames complementares de diagnóstico, pensar na possibilidade de se tratarem de efeitos secundários de algum fármaco, ainda que possam não surgir imediatamente após a Introdução: do mesmo, especialmente em utentes polimedicados. A gestão da multimorbilidade pode ser um desafio e, para se atingir um equilíbrio entre o risco-benefício das nossas intervenções, torna-se importante manter uma vigilância apertada e realizar uma revisão recorrente de todos os seus problemas e terapêuticas, de forma a minimizar os efeitos laterais e a iatrogenia.

PO 41

CONTRACEPÇÃO PRÉ E PÓS GRAVIDEZ INDESEJADA/ INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ POR OPÇÃO DA MULHER

Margarida S. Rocha[1]; Ana Luísa Almeida[1]; Maria João Gomes[2]; Carolina Ribau[1]; Mara Cravid[1]; João Moreira de Sousa[1]
[1]UCSP Sete Rios; [2]USF Prof. Guilherme Jordão

Introdução: Saúde Reprodutiva é "um estado de bem-estar físico, mental e social", que implica a existência de uma vida sexual satisfatória e segura com liberdade para decidir se e quando ter filhos. Um estudo do Fundo de População da ONU (UNFPA) mostrou que quase metade das gestações em todo o mundo (48%) são involuntárias. Falamos, assim, em Planeamento Familiar e Contracepção, com objectivo de evitar gravidez indesejada e interrupção da gravidez por opção da mulher (IGO).

Objetivos: Estudar a adopção de métodos contraceptivos das mulheres com registo de gravidez indesejada/IGO. Determinar os métodos elegidos por esta população.

Metodologia: Através da MIM@UF, seleccionámos as codificações W79 (Gravidez não desejada) e W83 (Aborto Provocado), juntas e separadamente, do ICPC-2 registada nas consultas da unidade entre Janeiro e Agosto de 2022.

Recolhemos dados de contracepção (S. Clínico, Registo de Saúde Electrónico - RSE- e Prescrição Electrónica Médica - PEM) prévia ao episódio e actual (Agosto de 2022). Procedeu-se à análise.

Resultados: Foram admitidas para estudo 40 mulheres. Destas, 6 mantiveram a gravidez por opção, 2 foram legalmente impedidas de realizar interrupção e 2 sofreram aborto espontâneo. 3 apresentavam pelo menos 1 IVG prévia. 18 não tinham médico de família.

Como contracepção prévia, 11 referiam usar métodos naturais, 13 contracepção hormonal e 1 métodos barreira consistentemente. 15 mulheres não utilizavam contracepção.

Não temos informação sobre adesão à contracepção pós-episódio em 21 mulheres, apesar de prescrita à maioria. Das que mantiveram seguimento, 4 optaram pela contracepção oral combinada, 1 pelo anel vaginal, 3 implante subcutâneo, 2 um L-DIU, 2 pílula progestativa e 2 pelo progestativo injectável.

Conclusões: Há ainda muito caminho a percorrer na prevenção da gravidez indesejada. Neste estudo, 37.5% das utentes estudadas não recorriam a métodos contraceptivos antes da gravidez indesejada. É ainda preocupante que em 52.5% das utentes, não tenhamos dados de seguimento contraceptivo. O seguimento hospitalar público ou privado em instituições não consultáveis através do RSE pode justificar uma falha na comunicação destes métodos ao médico de família.

Consideramos, porém, que em mulheres com antecedentes de gravidez indesejada ou interrupção da gravidez por opção é importante a implementação projectos de melhoria dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva, visando a sua convocatória, acompanhamento e evicção da reincidência.

O relatório da UNFPA apontou como principais causas da gravidez involuntária a dificuldade do acesso à educação e a contraceptivos. A escolha consciente e autónoma da mulher sobre o seu método contraceptivo é o factor mais importante na adesão à mesma.

PO 42

OTIMIZAÇÃO DA TÉCNICA DE AUTOMEDIÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL NOS DOENTES HIPERTENSOS

Inês Guedes Oliveira[1]; Mariana Teixeira Horta[1]; Anita Marques[1]; Ana Catarina Araújo[1]; Sara Albuquerque[1]; Ana Isabel Silva[1]
[1]USF Nova Salus

Introdução: A Hipertensão Arterial (HTA) é a principal causa de doença cardiovascular e de morte prematura em todo o mundo. Em Portugal, estima-se uma prevalência de 26,4%. A HTA é definida pelos valores registados no consultório ≥ 140mmHg de Tensão arterial (TA) sistólica e/ou ≥ 90mmHg de TA diastólica. Em ambulatório, consideram-se os valores ≥ 135mmHg de TA sistólica e/ou ≥ 85mmHg de TA diastólica. A medic¸a~o da TA no consulto´rio pode não refletir de forma precisa a TA de cada indivi´duo. As evide^ncias existentes suportam a ideia de que o valor progno´stico da automedição da TA e´ igual ou superior ao da TA casual. Assim, a medic¸a~o correta em ambulato´rio assume particular importa^ncia.

Objetivos: Reduzir o nu´mero de erros na te´cnica de medic¸a~o da TA em ambulatório.

Material e métodos: Trata-se de um estudo observacional, descritivo e longitudinal. Foram incluídos adultos inscritos na USF Nova Salus, com consulta presencial programada realizada pelas investigadoras, entre abril e maio de 2022, com o código ICPC-2 K86 ou K87 na lista de problemas. Foram excluídos os utentes sem possibilidade de automedic¸a~o da TA no domicílio e com um esfigmomanómetro não adequado. Na consulta, foi aplicado um questionário com algumas considerações prévias e com as etapas para a automedição da TA. No final, foi explicada a técnica correta de automedição da TA, foi entregue um folheto informativo e agendada a próxima consulta entre outubro e novembro de 2022 para reavaliação. Os dados recolhidos foram registados no Microsoft® Excel®, com recurso à pseudonimização dos dados.

Resultados e conclusões: Vinte e oito utentes correspondiam aos critérios de inclusão do estudo. Eram maioritariamente do sexo masculino (n=16, 57%) e tinham uma média de idade de 68 anos (mín. 34, máx. 82). Obteve-se uma taxa de cumprimento dos parâmetros avaliados no questionário de 82,5% na primeira avaliação e de 92,1% na segunda avaliação. Relativamente aos 13 parâmetros avaliados, da primeira para a segunda avaliação, em 2 (15,4%) houve cumprimento de 100% nas 2 avaliações, em 9 (69,2%) obteve-se uma melhoria no cumprimento, num (7,7%) manteve-se o número de pessoas cumpridoras e no parâmetro "Não fumou nos últimos 30 minutos" a taxa de cumprimento foi inferior (7,7%). As melhorias mais acentuadas foram nos parâmetros "Não demonstra vontade em ir à casa de banho", "Não bebeu café nos últimos 30 minutos" e "Não comeu nos últimos 30 minutos" com taxas de melhoria de 42,9%, 25% e 21,4%, respetivamente.

A maioria dos utentes incluídos parece conhecer o procedimento de automedição da TA na sua globalidade. No entanto, com este trabalho foi possível verificar que ainda existem alguns erros na técnica de automedição da TA que podem influenciar o ajuste terapêutico e consequente controlo da HTA. Desta forma, reforça-se a importância da abordagem desta temática pela equipa de saúde.

PO 43

POR DETRÁS DA MÁSCARA – RISCOS DA TELECONSULTA

Jose Pedro Machado[1]; Daniela Oliveira[1]; Inês Rebelo[1]; Margarida Mano[1]
[1]USF Montemuro

Introdução: A pandemia COVID19 implicou, nos últimos anos, uma reestruturação da prestação de cuidados de saúde em Portugal, verificando-se um aumento significativo das consultas médicas e de enfermagem de forma não presencial face às consultas presenciais. Esta mudança permitiu a orientação e resolução de inúmeros casos, no entanto apresenta alguns riscos inerentes, nomeadamente, o risco de diagnósticos e tratamentos incorretos devido à ausência do exame objetivo.

Descrição: Mulher de 62 anos, casada, com antecedentes pessoais relevantes de síndrome de forrestier, síndrome metabólica, e paniculite do membro inferior direito, medicada neste contexto com Lepicortinolo 5mg 1cp/dia, Tacrolímus 0.3mg/g pomada e Ácido Fólico 5mg 1cp/dia. Realizou teleconsulta com médico dermatologista particular, descrevendo quadro de aparecimento de lesões na face, eritematosas e descamativas, levemente pruriginosas, sem exsudado, com 1 dia de evolução. Perante a explicação apresentada pela utente, foi diagnosticado eczema atópico e prescrita betametasona 0.5mg/g tópica. Recorre a consulta de agudos presencial na USF, 72h após teleconsulta, por agravamento das lesões depois da terapêutica instituída. Na anamnese constatou-se sintomatologia de dor tipo "choque elétrico", com aparecimento simultâneo às lesões, não abordada na teleconsulta. Ao exame objetivo, observaram-se 3 lesões da face, com fundo eritematoso e múltiplas vesículas de conteúdo seroso, com bordos bem definidos, circunscritas à metade inferior da hemiface direita, que apenas foram visíveis após remoção da máscara cirúrgica. Diagnóstico de Herpes Zóster, medicada com Valaciclovir, 1000 mg 1cp 3X/dia 7 dias e Pregabalina, 150 mg em dose crescente. Reavaliação após 7 dias, com melhoria franca das lesões e bom controlo álgico. Manutenção de dor neuropática após 6 meses, com necessidade de manutenção

de pregabalina 150 1cp/dia.

Conclusão: Perante um diagnóstico de Herpes Zóster, o início de terapêutica antiviral e/ou antiálgica nas primeiras 72 horas de evolução, revela-se particularmente importante pelo seu impacto no prognóstico, com diminuição do tempo de resolução das lesões cutâneas e do risco de nevralgia pós-herpética. A realização de teleconsulta revela-se uma ferramenta útil para colmatar alguns problemas de acessibilidade a cuidados de saúde, contudo apresenta riscos clínicos que temos de estar cientes, sob pena de diminuição da acuidade diagnóstica de situações cujo exame objetivo se revela fundamental.

PO 44

ESTEATOSE HEPÁTICA NÃO ALCOÓLICA – O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA"

Diana Neves Correia[1]; Gonçalo Magalhães[1]; Sílvia Gomes[1]; Tânia Boto[1]; Rita Nércio[1]; Carolina Piloto Lemos[1]; Joana Sousa Albuquerque[1]; A. M. Lopes Pires[1]
[1]USF Infante D. Henrique

Introdução: A esteatose hepática não alcoólica (EHNA) é uma doença prevalente, afetando cerca de 25% da população em idade adulta, estando frequentemente associada a outros patologias, nomeadamente diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. A síndrome metabólica está frequentemente correlacionada com a esteatose, sendo que outras situações menos comuns também deverão ser excluídas. Apesar de ser uma doença silenciosa, quando não controlada atempadamente, pode causar inflamação, e, nos casos mais graves, evoluir para cirrose.

Descrição: Sexo feminino, 31 anos, caucasiana, com antecedentes de hipotiroidismo, obesidade grau I, dislipidemia, insuficiência venosa crónica, fumadora, com hábitos alcoólicos esporádicos, e com levotiroxina e anticoncecional hormonal combinado oral (ACHO) como medicação habitual. Recorreu a consulta programada com o Médico de Família (MF) em Outubro de 2021 por ter realizado controlo analítico a 26/09/2021 que demonstrou Fosfatase alcalina (FA) 97 U/L, Gamaglutamiltransferase (GGT) 63 U/L e Alanina aminotransferase (TGP) 68 U/L. Nesse contexto, e dado os antecedentes pessoais, foram aconselhados cuidados alimentares, prática de exercício físico regular, reforço da importância da perda de peso e solicitada repetição da função hepática, que realizou em Abril de 2022, com agravamento da função hepática (FA 108 U/L, GGT 119 U/L, Aspartato aminotransferase 60 U/L e TGP 134 U/L).

Perante a manutenção da alteração da função hepática, foram excluídas causas secundárias, realizou ecografia abdominal que confirmou marcada esteatose difusa e foi substituído o ACHO para progestativo oral. Foram ainda realizadas serologias víricas, que foram negativas, e as causas autoimunes foram excluídas pela negatividade dos marcadores imunológicos efectuados.

Ao longo das consultas programadas com o MF, a utente referia distensão abdominal, sem outras queixas. Ao exame objetivo, para além da obesidade, não apresentava outras alterações de relevo. Perante o quadro clinico, foi referenciada à Consulta de Medicina Interna, e mantendo seguimento com o MF.

Em Maio de 2022, iniciou cuidados alimentares e prática regular de exercício físico. Foi observada em Outubro/2022, em consulta de Medicina Interna, confirmando o diagnóstico e reforçando as medidas já implementadas. Em Dezembro/22 apresentava perda ponderal de 12,5% e normalização da função hepática e ficha lipídica.

Conclusão: Apesar de não existir terapêutica especifica definitiva para a EHNA, a forte associação desta patologia com a obesidade torna o tratamento não farmacógico, sobretudo a perda ponderal, como uma medida crucial a ser implementada. Este caso vem demonstrar o papel que o MF tem no acompanhamento e monitorização periódica dos indivíduos com EHNA e o seu impacto como pedra basilar no processo de promoção de saúde e prevenção de doença, influenciando a mudança de comportamentos.

PO 46

AUMENTO DA ADESÃO AO RASTREIO DO CCU POR MÉTODO DE AUTO-COLHEITA: QUAL A EVIDÊNCIA?

Mariana Trindade[1]; Ana Simões[1]
[1]USF Coimbra Norte

Introdução: O cancro do colo do útero (CCU) é a terceira causa de morte por cancro na mulher a nível mundial e a principal causa nos países em desenvolvimento. A adesão a programas de rastreio de base populacional é fundamental para reduzir quer a incidência quer a mortalidade por este tipo de neoplasia. Os métodos de rastreio disponíveis incluem a citologia convencional, a citologia em meio líquido e o teste de HPV ou a associação dos dois últimos. O teste de HPV pode ser realizado por auto-colheita que, pela sua facilidade de execução pela própria mulher, pode ter uma maior aceitação e, desta forma, contribuir para uma maior taxa de cobertura.

Objetivos: Determinar, à luz da evidência atual, se o teste de HPV por auto-colheita leva a uma maior adesão ao rasteio do cancro do colo do útero (RCCU).

Materiais e métodos: Revisão baseada na evidência, realizada de acordo com a metodologia PICO, sendo a população constituída por mulheres saudáveis com idade elegível para rastreio, a intervenção o rastreio do CCU por auto-colheita, o comparador o rastreio do CCU por citologia e o outcome a

maior aceitabilidade e aumento da adesão ao rastreio CCU. Pesquisaram-se normas de orientação clínica (NOC), revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA), e estudos originais em português ou inglês, publicados nos últimos 10 anos, utilizando os termos MeSH "Human Papillomavirus DNA test", "uterine cervical neoplasms" e "HPV self sampling" nas bases de dados da Pubmed, Cochrane Library, Bandolier, DARE, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e Canadian Medical Association Practice Guidelines e World Health Organisation.

Para avaliação do nível de evidência (NE) e de força de recomendação (FR) foi utilizada a escala Strength of Recommendation Taxonomy (SORT), da American Family Physician (AFP).

Resultados: Obteve-se um total de 48 artigos dos quais apenas 16 cumpriam os critérios de inclusão: 1 Revisão Sistemática (RS), 12 Ensaios Clínicos Aleatorizados (ECA) e 3 Normas de Orientação Clínica (NOCs). A RS revelou que a técnica de auto-colheita é um método com boa aceitabilidade que pode aumentar a participação no RCCU (NE2). Quanto aos ECA, todos apontam o uso da auto-colheita como uma estratégia eficaz para aumentar a adesão aos programas de RCCU (12 ECA com NE2). As NOCs evidenciam a importância do método de auto-colheita ao permitir de forma custo-eficiente um potencial aumento de adesão ao RCCU (NE 3).

Resultados e conclusões: A evidência atual indica que o método de auto-colheita tem boa aceitabilidade entre as mulheres contribuindo para o aumento da participação no RCCU (FR B). Contudo, são necessários mais estudos que reforcem esta evidência. São igualmente necessárias medidas educativas dirigidas sobre a auto-colheita, visando aumentar a adesão.

PO 47

HIPERPIGMENTAÇÃO CUTÂNEA, UM ENIGMA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Rainho[1]; Elisa Melo Ferreira[1]; Célia Pais[1]; António Marques Teixeira[1]
[1]USF Luísa Todi

Introdução: A doença de Addison é uma patologia rara, com uma incidência estimada em 0,8/100 000 pessoas. A insuficiência suprarrenal relacionada com autoimunidade pode ainda estar associada a outras doenças autoimunes constituindo Síndromes Poliglandulares Autoimunitários (SPA).

Descrição: Doente do sexo feminino, 42 anos, leucodérmica, que recorre a consulta com o MF por astenia, adinamia, perda de peso acentuada, irritabilidade, dejeções diarreicas intercaladas com períodos de trânsito intestinal regular, tonturas e cefaleia. AP: doença de Graves tratada com iodo radioativo há 6 anos e com anticorpos anti-tiroideus positivos, macronódulo benigno da tiróide, mioma uterino, dislipidemia e depressão. Medicada com escitalopram 20mg, atorvastatina 10mg, implante contracetivo. Foi solicitado estudo analítico, ecografia da tiróide, abdominal, estudo cardíaco e radiografia do tórax. Alterações relevantes: TSH 9,53mUI/L, T4L 0,84ng/dL, TGO 101,7U/L, TGP 47,6U/L e descrição de "conglomerado nodular no istmo tiroideu estimado em 19, 10 e 20mm de diâmetros, revelando estabilidade dimensional". Foi introduzida levotiroxina sódica 25mcg.

A doente mantinha os sintomas já descritos, com contínua perda de peso (14 Kg em 6 meses), e agora explicitamente hiperpigmentação progressiva com pelo menos 9 meses de evolução. Foi então solicitada análise sanguínea com cortisol e hormona adrenocorticotrópica (ACTH), EDA, colonoscopia e TC crânio. As análises revelaram cortisol 4,3 mcg/dL (normal 5-23 mcg/dL), ACTH 3210 pg/mL (normal 7-51 pg/mL) e EDA com gastrite crónica antral ligeira.

Foi então colocada hipótese de doença de Addison e estabelecida comunicação com endocrinologista assistente para discussão do caso. Foi requisitado estudo analítico mais alargado: aldosterona 5,4 ng/dL, renina 119,4 pg/ml, anticorpos anti-21-hidroxilase, anti célula parietal gástrica e anti-descarboxilase do ácido glutâmico positivos; e TC das suprarrenais que revelou atrofia suprarrenal bilateral. Foi introduzida hidrocortisona 30mg/dia e mantido acompanhamento nessa consulta.

Tendo em conta os antecedentes de hipertiroidismo com anticorpos positivos e agora insuficiência suprarrenal, é colocada a hipótese de SPA tipo 2 ou Síndrome de Schmidt.

Conclusão: O diagnóstico da doença de Addison é muito complexo. A hiperpigmentação cada vez mais evidente e desproporcional à exposição solar e perda de peso acentuada sem correlação analítica com hipertiroidismo, foram pistas essenciais. Este caso reforça a importância da prestação de cuidados de forma complementar e partilhada entre a MGF e os Cuidados de Saúde Secundários.

PO 48

A IMPORTÂNCIA DE INVESTIGAR CAUSAS REVERSÍVEIS DE DEMÊNCIA

Mariana Santos Miranda[1]; Tatiana Bento[1]; Raquel Landeiro[1]
[1]USF Vale do Sorraia

Introdução: A perturbação neurocognitiva major (demência) caracteriza-se por défice cognitivo significativo em um ou mais domínios com impacto funcional, com apresentação clínica variável e que ocorre mais frequentemente em idosos. Pode dever-se a doenças neurodegenerativas ou a uma causa potencialmente reversível, que deve ser rastrea-

da através de estudo analítico e imagiológico. São exemplos: infeção cerebral (neurossífilis), distúrbios endócrinos (hipo e hipertiroidismo), distúrbios metabólicos (insuficiência renal e hepática) e distúrbios nutricionais (défice de vitamina B12 e ácido fólico).

Objetivo: Avaliar a prevalência de doentes com diagnóstico de demência de uma unidade de saúde familiar (USF) com valor de hemograma, vitamina B12, ácido fólico, hormona de estimulação tiroideia (TSH), teste VDRL e tomografia computorizada crânio-encefálica (TC CE) aquando do diagnóstico.

Materiais e métodos: Estudo observacional descritivo e transversal, em utentes inscritos na USF com diagnóstico de demência (código ICPC-2 P70) em Dezembro de 2022. Analisaram-se variáveis como sexo, idade, hemograma, TSH, ácido fólico, vitamina B12 e VDRL no ano do diagnóstico e TC CE registados no processo clínico. Os dados foram recolhidos dos programas MIM@UF e SClínico® e analisados no Excel2013® e SPSSversão27.

Resultados: Obtiveram-se 268 utentes com o diagnóstico de demência, 70,9% (n=190) do sexo feminino, com média de idades de 83,5 anos. Destes utentes, 86,6% (n=232) tinha registo de hemograma, 42,2% (n=113) vitamina B12, 42.2% (n=113) ácido fólico, 47.8% (n=128) TSH, 18.7% (n=50) VDRL e 50% (n=134) TC CE. 13.1% (n=35) dos utentes realizou estudo completo e 10.4% (n=28) não realizou qualquer estudo.

Discussão e conclusão: A maioria dos utentes realizou hemograma e apenas uma pequena parte tinha teste VDRL registado. Tendo em conta que apenas 13% dos utentes realizou estudo completo de causas potencialmente reversíveis, assume-se que os profissionais de saúde não estão ainda suficientemente alerta para a importância de realizar esta investigação etiológica. Neste sentido, pretende-se que este trabalho seja o ponto de partida para a realização de formação na USF, sensibilização dos médicos de família e desenvolvimento de um estudo de melhoria de qualidade e assim averiguar se houve mudança da prática clínica.

PO 49

PROJETO DE INTERVENÇÃO: ATIVIDADE FÍSICA NA GRAVIDEZ

Tiago Gomes de Oliveira[1]; Hugo Silva Almeida[1]; Inês Baptista Pereira[1]; Joana Fernandes Ribeiro[2]; Joana Pinto Sousa[2]; Leonor Ferreira da Silva[3]; Madalena Braga[3]; Mariana Dias Almeida[1]; Mónica Durães[4]; Pedro Filipe Tavares[3]; Rita Lourenço Vasconcelos[2]; Tiago Costa Freitas[3]; Maria João Sá[2]
[1]USF Barão Nova Sintra; [2]USF Faria Guimarães; [3] USF Arca D'Água; [4] USF Porto Centro

Introdução: Os benefícios da atividade física (AF) durante a gravidez estão amplamente estabelecidos, constituindo uma das estratégias preventivas de complicações na gravidez. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a realização de, pelo menos, 150 minutos de AF aeróbia de intensidade moderada, por semana. Contudo, qualquer grau de AF terá benefício. Sabe-se que, globalmente, o tempo despendido pelas grávidas para AF é inferior ao recomendado.

Objetivos: Aumentar a AF nas grávidas, mensurável em minutos por semana, e/ou diminuir os comportamentos sedentários, avaliados em horas por dia.

Material e métodos: Foram selecionadas grávidas de quatro USFs com uma idade gestacional ≤ 15 semanas com vista a realizar um total de cinco sessões de intervenção. Foram excluídas grávidas com contraindicação absoluta para a realização de AF e analisadas aquelas com contraindicação relativa para o mesmo. O projeto iniciou-se por uma sessão teórico-prática presencial com um médico e um profissional do exercício físico. Foram ainda entregues panfletos sobre os benefícios da AF, possíveis contraindicações e apresentados recursos da comunidade destinados à sua prática. Posteriormente, cada grávida foi contactada em dois momentos no 2º e 3º trimestres (T) a fim de reforçar a sua adesão à prática de AF e esclarecer eventuais dúvidas. Foram aplicados questionários de avaliação no dia da primeira intervenção e via teleconsulta no final dos 2ºT e do 3º T.

Resultados e conclusão: Das 27 utentes elegíveis, apenas seis completaram a totalidade do projeto (± 27 semanas + 3,4 dias de duração). À exceção de uma grávida que apresentou contraindicação para o exercício físico durante o decorrer da gravidez, todas as restantes aumentaram o seu tempo de AF por semana em pelo menos 50% no 2ºT (± 294 min/semana) e 3ºT (± 132 min/semana). De todas as grávidas, 80% (n=4) atingiu o valor mínimo recomendado pela OMS no 2º T. Apenas 33% das grávidas (n=2) apresentou uma redução de 60% de horas sedentárias/dia no 2º T. Os principais tipos de AF realizados foram a caminhada, o exercício funcional e o reforço muscular. As prin-

cipais barreiras à prática de AF foram a falta de tempo e/ou de motivação. Todas as grávidas sentiram benefício com o projeto e com a prática de AF, mantendo interesse em realizá-la após o parto. Num futuro ideal, integrar todas as grávidas das unidades de saúde em programas de atividade física com equipas personalizadas poderá trazer benefícios a longo prazo.

PO 50

SAÚDE A GOSTO

Tânia Matias Mendes[1]; Diana Santos Matos[1]; Sara Mónica Ferreira[1]
[1]Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A Diabetes é uma doença crónica com alta prevalência em Portugal, associada a elevada morbilidade e mortalidade. Na etiologia da sua forma não insulino-dependente, estão diversos factores de risco modificáveis, através da adopção de estilos de vida saudáveis

No ACeS do Baixo Alentejo, existem 13.791 utentes inscritos com o diagnóstico de Diabetes, dos quais 12.815 são diabéticos não insulino-dependentes (codificação T89 do ICPC2 T89).

Com o objectivo de prevenção de Diabetes foi criado um projecto local intitulado "Saúde A Gosto" que consiste numa intervenção nos estilos de vida para a alteração e manutenção de hábitos saudáveis. Para o efeito formaram-se equipas multidisciplinares constituídas por médicos, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas com o objectivo de dinamizar oito sessões educacionais destinadas a utentes com Risco Moderado de virem a desenvolver Diabetes.

Objectivo: Definir a população a que se aplica o Projecto "Saúde A Gosto", relativamente aos utentes inscritos na UCSP de Castro Verde e deste modo perceber a pertinência deste projecto na população alvo.

Material e métodos: Recolheram-se os dados relativos à Avaliação do Risco de Diabetes calculado no Programa SClínico, durante o ano de 2022 na UCSP de Castro Verde, através da Plataforma MIM@UF. Foram selecionados os utentes com Risco Moderado.

Resultados e conclusões: Identificaram-se 358 utentes com Risco Moderado de Diabetes, portanto elegíveis para integrar o Projecto "Saúde A Gosto". Estes utentes correspondem a 4,7% dos utentes inscritos na UCSP, com possibilidade de adoptar estilos de vida saudáveis e evitar o desenvolvimento de Diabetes.

PO 51

NECROSE CORTICAL RENAL, A PROPÓSITO DE UMA APRESENTAÇÃO TÍPICA COM EXAMES ATÍPICOS

Mariana Ramos[1]; Andreia Curto[1]; Ana Catarina Brás[1]; Afonso Santos[1]; Inês Alexandre[1]; Pedro Campos[1]; Fernando Domingos[1]
[1]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A necrose cortical renal (NCR) é uma etiologia rara de lesão renal aguda (LRA), representado apenas 1-2% dos casos de LRA. Tipicamente apresenta-se na forma de anúria (DU <100mL/24 horas). A clínica e exames de imagem podem sugerir NCR, mas é a biópsia renal que confirma o diagnóstico.

Caso clínico: masculino, 80 anos, com história de doença renal crónica estadio 3 A1 (Cr habitual 1.5mg/dL), rim esquerdo atrofico, gamapatia monoclonal de significado indeterminado IgG kappa, hipertensão arterial, dislipidemia e fibrilação auricular hipocoagulada. Recorreu ao serviço de urgência por recusa alimentar e dor abdominal generalizada, mais intensa no flanco direito, de intensidade 8/10. Dos meios complementares realizados destacam-se: leucocitose 20.000/mm3, neutrofilia 87.8%, LDH 1177U/L, Cr 4.67mg/dL (Cr 1.82mg/dL 3 dias antes), proteína C reactiva 5.33mg/dL. Urina II com 100 proteínas, 2+ hemoglobina e 75 leucócitos. Urocultura negativa. Ecografia renal com características de cronicidade e assimetria renal (rim direito 11cm, esquerdo 9cm), veias e artérias renais permeáveis bilateralmente. Radiografia de tórax e abdómen sem evidência de foco infecioso. Evoluiu com anúria e agravamento retenção azotada (Cr máxima 11.32mg/dL). Do estudo etiológico da lesão renal aguda a salientar: estudo imune negativo (incluindo anticorpo Anti-GBM e ANCA e sem consumo do complemento), gamapatia monoclonal IgG kappa já conhecida (IgG 3064, pico 23.8%, cadeias leves kappa 142, lambda 81, ratio 1.75), serologias virais negativas. Por alta suspeita clínica de LRA de causa vascular, realizou ecografia renal com administração de contraste (Sonovue), observando-se opacificação regular do parênquima renal bilateralmente, sem evidência de áreas de hipovascularização periférica (sem sinal do halo invertido), que se possam atribuir necrose cortical aguda. Doente manteve-se em anúria e com necessidade de indução dialítica. Realizou biópsia renal do rim direito que mostrou necrose cortical aguda em >2/3 da amostra, com algumas zonas poupadas. Admitiu-se recuperação renal muito improvável e realizou TC abdominal com contraste com evidência de oclusão da artéria renal direita e heterogeneidade do parênquima renal homolateral com focos hipodensos dispersos, na dependência de alterações isquémicas. Artéria renal esquerda com múltiplos focos cálcicos, com preenchimento irregular, condicionando

estenose de 50%. À data do diagnóstico, encontrava-se em anúria há 3 semanas e foi considerado não existir benefício de terapêutica endovascular.

Este caso clínico reforça a importância de uma elevada suspeição clínica para se fazer o diagnóstico de trombose da artéria renal, devendo ser ponderado precocemente o risco/benefício do contraste endovenoso e biópsia renal na marcha diagnóstica da LRA anúrica de forma a não se perder a janela de oportunidade para intervenção endovascular.

PO 52

MAIS DO QUE REFERENCIAR, IMPORTA ACOMPANHAR E NÃO ABANDONAR

Carolina Pais Neto[1]; Bárbara Ferreira[1]; Carla Almeida[1]
[1]USF Novo Norte

Introdução: Assente no modelo biopsicossocial, o médico de família assume um papel primordial na avaliação clínica inicial dos doentes e sua orientação, nomeadamente, referenciação atempada para os cuidados hospitalares. Este caso clínico salienta a importância da valorização das queixas do doente e respetivo exame objetivo, em detrimento dos achados nos exames complementares.

Descrição: Doente do sexo feminino, 48 anos, operária fabril, a residir com a mãe e o filho, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual. Em maio de 2016 recorreu a uma consulta na Unidade de Saúde Familiar por aparecimento de lesões na língua, sem outras queixas associadas. Objetivamente, apresentava duas lesões leucoplásicas no bordo direito da língua com 0.5cm de diâmetro. Perante a suspeita de neoplasia, foi feita referenciação a consulta de oncologia para realização de biópsia, que não revelou sinais de malignidade. Um ano depois, a doente recorreu novamente ao médico de família por agravamento da dimensão da lesão lingual, com 4cm de diâmetro e acometimento do pavimento da boca, associada a parestesias e ardência da língua. As queixas motivaram nova referenciação, por persistência de suspeita de neoplasia, para repetição de biópsia, que revelou líquen plano. A doente manteve seguimento em consulta hospitalar durante dois anos e em dezembro de 2019 dirigiu-se à Unidade de Saúde Familiar preocupada com recorrência das queixas e expansão da lesão para a mucosa jugal, pelo que foi feita nova referenciação. Após várias biópsias com resultado sobreponível, a doente apresentou progressão da doença e em março de 2022, foi diagnosticado carcinoma espinocelular da língua. Dada a extensão local da doença e envolvimento ganglionar local, a doente foi submetida a quimioterapia neoadjuvante e cirurgia alargada com intenção curativa. Desde então a doente manteve incapacidade para o trabalho e maior dependência da assistência do filho, sem outros sistemas de apoio. Em novembro do mesmo ano, por recidiva local extensa, foi revista a intenção terapêutica e decidido tratamento sistémico paliativo.

Conclusão: A referenciação a consulta hospitalar não prescinde do acompanhamento diagnóstico da condição clínica subjacente pelo médico de família. O caso clínico descrito salienta isso mesmo, a importância da abordagem holística do médico de família na correta orientação dos doentes aleada ao acompanhamento contínuo de todas as fases da doença e suas intercorrências, que não se deve esgotar na referenciação.

PO 53

SÍNDROME DE SECREÇÃO INAPROPRIADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA ASSOCIADA À TOMA DE SERTRALINA

Joana Alegria[1]; Sara Andrade[1]; Joana Soutinho[1]; Ana Luísa Pereira[1]
[1]USF MaxiSaúde

Introdução: Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) podem ser causa de Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH). A SIADH cursa com excreção diminuída de água, causada pelo excesso de Hormona Antidiurética (ADH), levando ao aparecimento de hiponatrémia.

Descrição: Homem de 76 anos, recorreu à consulta com queixas de anedonia, tendo sido introduzida sertralina 50 mg. Uma semana após o início da terapêutica recorreu à consulta aberta com queixas de mal-estar geral e astenia, tendo sido suspendida a terapêutica. Dois dias depois, por agravamento do quadro clínico recorreu ao SU, queixando-se de astenia, desequilíbrio, prostração e noção de diminuição da diurese. Ao exame objetivo encontrava-se desorientado e pouco colaborante, sem défices focais aparentes, corado e hidratado, com TA 180/90 mmHg, com boa perfusão periférica, sem outras alterações de relevo. Analiticamente destacava-se Na+ 102 mmol/L e K+ 3.8 mmol/L, com função renal normal, osmolaridade urinária de 226 mOsm/Kg, Na+ urinário de 52 mmol/L e osmolaridade plasmática calculada de 217 mOsm/Kg. Foi diagnosticada uma hiponatrémia grave sintomática, hipoosmolar, euvolémica, suspeitando-se de SIADH secundário ao ISRS, em doente previamente medicado com irbesartan 300mg + hidroclorotiazida 12.5mg e furosemida 40mg, e com hiponatrémia crónica ligeira assintomática (Na+ 131). O doente ficou internado para correção de hiponatrémia e estudo complementar, com evolução favorável. À data da alta encontrava-se dentro do seu estado habitual e com a hiponatrémia corrigida.

Conclusão: Os ISRS devem ser utilizados com cuidado na população idosa. O risco de desenvolver hiponatrémia severa, com necessidade de internamento, é superior nas

primeiras semanas de tratamento. O equilíbrio hidroeletrolítico deve ser monitorizado durante o tratamento com ISRS, particularmente nos idosos.

PO 54

UM CASO DE SALTAR À VISTA

Patrícia Tuna[1]; Ana Paula Reis[1]; Catarina Rego Carvalho[1]; Francisco Santos Coelho[1]; Tiago Pinto Neto[1]
[1]USF Valongo - ACeS Grande Porto III

Enquadramento: A proptose corresponde à protrusão do globo ocular da cavidade orbitária e pode resultar de várias etiologias, com graus distintos de severidade. A história clínica, exame físico e estudo imagiológico adequado são preponderantes na investigação etiológica desta condição que, por vezes, se torna ameaçadora da capacidade visual e da própria vida.

Descrição do caso: Mulher, 45 anos. Antecedentes de Doença de Graves (DG), submetida a irradiação com Iodo131 em 2010, perturbação depressiva/ansiosa e tabagismo. Medicada com levotiroxina 0.1mg, venlafaxina 37.5mg, trazodona 150mg e diazepam 10mg SOS. A 11/08/2022 recorre a consulta aberta por aumento das dimensões do olho direito com 3 meses de evolução, associado a fotofobia e sensação de olho seco. Apresentava, ainda, uma perda ponderal de 10Kg nos últimos 6 meses e noção de maior fragilidade capilar. Já observada por oftalmologia, sem diagnóstico estabelecido. Ao exame físico, proptose do olho direito, sem sinais inflamatórios das pálpebras e sem alterações à inspeção do olho. Ao exame neurológico, diminuição ligeira dos campos visuais à direita, sem outras alterações. Foi solicitado estudo analítico com hemograma, função tiroideia e ionograma, bem como TC CE e da órbita direita. Observada a 17/08/2022 em consulta programada, com o estudo solicitado a revelar valores de função tiroideia compatíveis com hipertiroidismo subclínico e TC da órbita sugestiva de orbitopatia associada a oftalmopatia de Graves. Restante estudo solicitado sem alterações relevantes. Foi solicitada consulta de endocrinologia. A 22/08/2022 recorreu ao SU de oftalmologia do Hospital S. João por limitação da abdução e elevação do olho direito, com dor e diplopia. Realizado estudo analítico, com valor de TRAb elevado. Após confirmada a oftalmopatia de Graves, iniciou pulsos de corticoide, com posterior seguimento em consulta de oftalmologia. Ainda sem agendamento de consulta de endocrinologia.

Discussão: A proptose é uma possível manifestação da DG, uma doença autoimune, mais prevalente em mulheres, entre os 20-40 anos. Os níveis de TRAbs estão normalmente elevados, sendo úteis em doentes com envolvimento ocular, sem outros sintomas. O tabagismo e a terapia prévia com iodo constituem fatores de risco para o desenvolvimento de oftalmopatia. As manifestações da DG podem, muitas vezes, ser inespecíficas, cabendo ao médico de família o papel atento e uma história clínica detalhada de forma a intervir atempadamente nestes doentes.

PO 55

CONTRACEÇÃO INTRA-ABDOMINAL

Álvaro José Silva[1]; Ana Rita Alves[2]
[1]USFCondestável; [2]Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: O Sistema Intrauterino é um método contracetivo de longa duração com elevada efetividade, segurança, facilidade de utilização e bem tolerado. É o método escolhido por 17% das mulheres europeias. A sua inserção e remoção requer a competência de um profissional de saúde treinado, embora existam complicações como a expulsão, perfuração uterina ou infeção.

Descrição: Utente do sexo feminino, 36 anos, com perturbação depressiva medicada com escitalopram 10mg. Gesta 2, Para 2 (2 partos eutócicos, em 2011 e em 07/2022). Contraceção com SIU de Levonorgestrel (SIU-LNG) 19,5mg há cerca de 1 mês, com hemorragia escassa após colocação, seguido de período de amenorreia. Recorre ao serviço de urgência por dor pélvica tipo cólica com2 dias de evolução, sem queixas urinárias, corrimentos anómalos ou febre. Hemodinamicamente estável, apirética, abdómen com mole, depressível, doloroso à palpação do hipogastro, sem-defesa. Exame ginecológico – sem corrimento, colo sem lesões, fios não visíveis, toque indolor à mobilização uterina, regiões anexiais livres e indolores. Ecografia transvaginal sem alterações. Teste imunológico para gravidez negativo. Radiografia abdomino-pélvica revela SIU a nível pélvico. Iniciou contracetivo hormonal combinado e, dada estabilidade hemodinâmica, foi programada remoção de SIU-LNG por via laparoscópica associada a laqueação tubar bilateral como contraceção definitiva, sem intercorrências. Achados intraoperatórios: fundo de saco de Douglas com SIU e ligeiro derrame serohemático.

Conclusão: O risco de perfuração uterina é mais frequente em mulheres a amamentar e no pós-parto. A maioria ocorre no momento da inserção. O tipo de SIU não parece ter impacto no risco de perfuração. Os fatores de risco que aumentam o risco de perfuração são inexperiência do profissional, colo do útero estenótico, útero imóvel ou retrovertido. Embora a expulsão (3-6% SIU-LNG) seja mais frequente que a perfuração (0.06-0.16%), o clínico deve saber reconhecê-la perante dor abdominal intensa, hemorragia ativa pelo orifício cervical, fios não visíveis, falta de resistência no momento da inserção e instabilidade hemodinâmica.

PO 56

QUANDO SUSPEITAR DE NEOPLASIA PERANTE ECOGRAFIA E MAMOGRAFIA NORMAIS?

Álvaro José Silva[1]
[1]USFCondestável

Introdução: A maioria dos cancros da mama são diagnosticados através de um resultado anormal de uma mamografia. A Ressonância Magnética (RM) tem alta sensibilidade, mas baixa especificidade no cancro da mama. No caso do Carcinoma Ductal In Situ (CDIS), o risco aumenta com a idade e é incomum abaixo dos 30 anos. Cerca de 90% dos CDIS detetados apresentam microcalcificações suspeitas na mamografia. Não há manifestações clínicas específicas no CDIS.

Descrição: Utente de 41 anos, sexo feminino, casada, licenciada, fumadora (5UMA), a tentar engravidar há 8 meses, sem outros antecedentes relevantes. Observada em consulta aberta na Unidade de Saúde Familiar por quadro com 10 dias de evolução de corrimento mamilar hemático, uniporo, à esquerda. Sem dor, assimetrias ou nódulos palpáveis. Foi solicitada ecografia e mamografia que não revelaram alterações relevantes. Pela presença de clínica suspeita, avançou-se com a investigação através de estudo citológico do corrimento. Por indicação do ginecologista assistente, realizou Ressonância Magnética que evidenciou área de realce sem efeito de massa, segmentar, na mama esquerda, sugestiva de poder corresponder a Carcinoma Ductal In Situ, BI-RADS 5, seguida de Biópsia Mamária Assistida por Vácuo orientada por RM que também sugeriu CDIS de baixo grau. Foi orientada pelo médico de família para o serviço de Oncologia. Por atraso menstrual, fez teste imunológico da gravidez na data da primeira consulta, que foi positivo. Decidiu manter a gravidez, durante a qual teve diabetes gestacional. Foi submetida a mastectomia total esquerda com biópsia do gânglio sentinela, com confirmação do diagnóstico e estádio pTisN0. R0. Parto por cesariana às 39 semanas e 4 dias. Após ter amamentado 4 meses, iniciou tamoxifeno para quimioprevenção. A vigilância da mama por RM, 15 meses pós-cirurgia, revelou BIRADS-2. Iniciou contraceção com DIU-Cobre.

Conclusão: Cerca de 85% das neoplasias da mama são detetáveis em exames de imagem, no entanto 10 a 15% destas lesões podem estar ocultas na mamografia. Independentemente dos achados imagiológicos, uma massa clinicamente suspeita deve ser biopsada. O médico de família tem um papel fundamental na identificação, abordagem e reconhecimento de situações clinicamente suspeitas para que possam ser orientadas precocemente. Os métodos de rastreio e diagnóstico de cancro da mama são falíveis, sendo a clínica um fator decisivo na tomada de decisão.

PO 57

O PAPEL DOS *BIFIDOBACTERIUM LONGUM* NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DO COLON IRRITÁVEL

Marlene Miranda[1]; Laura Rego[1]; Sandra Garrido[1]
[1]USF Viatodos - ACES Cávado III

Introdução: O síndrome do colon irritável (SCI) é uma das doenças gastrointestinais mais frequentes, afetando cerca de 10 a 25% de adultos mundialmente. Este é caracterizado pela presença de dor abdominal e alterações no trânsito intestinal e é causa de diminuição acentuada da qualidade de vida. A sua etiologia não é completamente conhecida, mas pensa-se que pode estar relacionada com disbiose intestinal. Os probióticos têm mostrado melhorar a sintomatologia.

Objetivos: Avaliar se o probiótico da espécie Bifidobacterium longum tem efeito benéfico no tratamento do SCI.

Material e métodos: Em dezembro de 2022 foi efetuada pesquisa bibliográfica utilizando os termos MeSH "Bifidobacterium longum" AND "Irritable Bowel Syndrome", nas seguintes bases de dados NHS Evidence, Cochrane, MEDLINE/PubMed e BMJ Journals. Foram incluídos ensaios clínicos controlados e aleatorizados (ECA), meta-análises (MA), estudos observacionais descritivo (EO), revisões sistemáticas e normas de orientação clínicas/guidelines, escritos em português e inglês, nos últimos 10 anos. Critérios de inclusão: adultos com diagnóstico de SCI que receberam probiótico; Critérios de exclusão: estudos com crianças e animais. Para avaliação do nível de evidência (NE) e atribuição de força de recomendação (FR) foi utilizada a Strength of Recommendation Taxonomy (SORT), da American Academy of Family Physicians.

Resultados: Foram obtidos 154 artigos, dos quais 8 cumpriram critérios de inclusão: 6 ensaios ECA, 1 EO e 1 MA. Os artigos analisaram diferentes subsespécies de Bifidobacterium longum, sozinhas ou em associação com outros probióticos e pré-bióticos. Em 6 estudos, este probiótico mostrou melhorar significativamente a sintomatologia do SCI. Um estudo mostrou que este probiótico não revelou diferenças significativas na sintomatologia. Na meta-análise, probióticos compostos contendo Bifidobacterium longum podem melhorar a sintomatologia SCI, no entanto isoladamente não tem esse efeito (NE 1 e 2).

Conclusão: Este probiótico tem mostrado ser benéfico para o tratamento do SCI (FR B). São necessários mais ensaios clínicos alargados para estudar a efetividade deste probiótico.

PO 58

SÍNDROME DE CUSHING NA ADOLESCÊNCIA – IMPORTÂNCIA DO OLHO CLÍNICO

Elsa Regina Dias Araújo[1]; Carla Silva[1]; Adélia Rocha[1]; Sara Santos[1]
[1]USF Santo António da Charneca

Introdução: A síndrome de Cushing refere-se às manifestações decorrentes do hipercortisolismo, entidade rara em idade pediátrica, e em que a doença de Cushing é a causa endógena mais comum. As manifestações clínicas na adolescência podem passar despercebidas, num período de transformações físicas e psicológicas específicas. O olhar atento do clínico pode ser a chave para a suspeita diagnóstica, o que se pretende ilustrar com este caso.

Descrição: Adolescente de 13 anos, sexo feminino, sem história pessoal e familiar de relevo. Recorre a consulta do médico de família por gonalgia bilateral, que o pai associava ao crescimento rápido nos últimos três meses. Em consulta constatou-se: estatura 158 cm, peso 58,8 Kg, aumento ponderal com cruzamento de 2 linhas do percentil do IMC (P15-50 para P85-97), acne, face em lua cheia, hipertricose na face e no tronco, estrias violáceas nas axilas, abdómen, região glútea e membros inferiores, estadio de Tanner 4/5 e tensão arterial 130/86 mmHg (P95-99). Por suspeita de síndrome de Cushing foi realizado estudo laboratorial destacando-se: ACTH (8h): 96,4 pg/mL, cortisol (8h) 45,1 µg/dL, cortisol urinário 5016 µg/24h. Colocada hipótese de hipercortisolismo de etiologia hipofisária por ACTH superior a 20 pg/mL. Realizou TC craneoencefálica que não revelou alterações significativas. Referenciada à consulta de pediatria e encaminhada para internamento eletivo e investigação etiológica. Dos exames realizados constatou-se HOMA > 4, homocisteína 12,10 µmol/L (<10), DHEA-SO4 396 µg/dL (8,6-169,8) e ausência de variação do ritmo de cortisol sérico. Constatou-se em RMN CE: "lesão pituitária sugestiva de microadenoma". O plano terapêutico incluiu metformina (850mg/dia), alopurinol (1500mg/dia), enalapril (10mg), remoção tumoral por cirurgia endoscópica endonasal transesfenoidal e terapêutica de substituição com hidrocortisona. À data de hoje não apresenta clínica de síndrome de Cushing. Analiticamente com resposta de ACTH em crescendo lento, mas ainda com cortisol frustre, pelo que mantém toma de hidrocortisona.

Conclusão: Perante uma suspeita clínica de síndrome de Cushing, o médico tem vários desafios, confirmar a dependência ou não da ACTH e, no caso de ser dependente, identificar a origem da sua produção. A orientação atempada para o tratamento adequado permitirá minimizar complicações da exposição ao hipercortisolismo. A 1ª linha de tratamento da doença de Cushing, por adenoma hipofisário, é a cirurgia, com necessidade de terapêutica de substituição com hidrocortisona até à recuperação de função. O prognóstico é favorável, no entanto, em 15 a 20% dos casos há recorrência nos 10 anos seguintes à cirurgia. O seguimento multidisciplinar é indispensável. Este caso ilustrou a importância do médico de família não descurar, na sua prática clínica, o que é raro.

PO 59

O USO DA BETA-HISTINA NA VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA

Oleksandra Umanets[1]; Margarida Pinto[2]; Diva Oliveira[3]; João Castro Alves[4]; Paulo Lucas[5]; Rafael Filipe[3]
[1]USF Arandis; [2]UCSP de Torres Vedras; [3] USF São Sebastião; [4] USF Sete Moinhos; [5] USF Ouriceira

Introdução: A Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) é um distúrbio vertiginoso caracterizado por uma breve sensação rotatória provocado por deslocação de otólitos que se alojam nos canais semicirculares do ouvido interno. Em 90% dos casos, os cristais deslocam-se para o canal semicircular posterior. A etiologia da VPPB não é clara e a terapêutica protocolada inclui a execução de manobras de reposição dos cristais. As guidelines fornecidas pela American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation e pela American Academy of Family Physicians não recomendam o uso de terapêutica farmacológica no tratamento da VPPB. A beta-histina é um análogo da histamina e um fraco agonista dos recetores H1 e antagonista dos recetores H3. Atua, ainda, nos capilares da stria vascularis aumentado o fluxo sanguíneo na microcirculação coclear. É utilizado para o tratamento de diversos síndromes vertiginosos, nomeadamente na síndrome de Ménière.

Objetivos: O objetivo desta revisão é verificar se a beta-histina poderá ser utilizada como terapêutica farmacológica para controlo sintomático da VPPB.

Material e métodos: Para elaboração desta revisão literária foi realizada pesquisa de artigos publicados nos últimos 12 anos na PubMed:

? Termos de pesquisa: "Vertigo", "Betahistine" e "Benign Paroxysmal Positional Vertigo"

? Critério de exclusão: objetivos discordantes com os da presente revisão, artigos cujo texto completo não tivemos acesso.

Foi utilizada a escala SORT (Strength of Recommendation Taxonomy) para atribuição do nível de evidência e força de recomendação. A pesquisa foi realizada em agosto de 2022.

Resultados e conclusões: De 25 artigos foram selecionados 13, entre os quais 3 revisões sistemáticas, 7 ensaios clínicos e 4 estudos observacionais (coorte prospectivos). No doente com VPPB, a realização da manobra de reposi-

cionamento dos otólitos surge como primeira linha de tratamento, de acordo com a maioria dos estudos, podendo ter uma taxa de sucesso de 95%. Oito dos estudos analisados concluíram que o a combinação de manobras de Epley com terapêutica farmacológica com a beta-histina apresenta maior eficácia conjunta no tratamento de VPPB comparativamente ao uso de manobras isoladas, ao uso da beta histina isolada ou ao placebo.

Esta revisão permite concluir que existe uma força de recomendação B para o uso de Beta-histina como terapêutica farmacológica para controlo sintomático da VPPB, contudo são necessários mais estudos.

PO 60

HÁBITOS PECULIARES

Nuno Dias Neves[1]; Joana Mendo Afonso[1]
[1]USF Cardilium

Introdução: O consumo excessivo de iodo pode ter vários efeitos na tiróide. Em doses elevadas, pode alterar a produção de hormonas tiroideias, podendo originar casos de hipotiroidismo. Pode igualmente favorecer o desenvolvimento de bócio, com formação de nódulos na glândula tiroideia.

Descrição: Utente do sexo masculino de 70 anos, hipertenso bem controlado, que vem à consulta com análises de controlo, onde foi pedida TSH, mas cujo valor se encontrava extremamente elevado (52.87 mUI/L; N 0.55-4.78). O utente não apresentava sintomas de disfunção tiroideia, embora à palpação apresentasse alguns pequenos nódulos dispersos. Tinha um valor de TSH em 2017 normal com 4.52 mUI/L; sem história familiar de patologia tiroideia conhecida. Em tom de brincadeira, questionei se o utente bebia Betadine ® ao que surpreendentemente me respondeu que de facto ingeria todos os dias de manhã, duas gotas de soluto de lugol com sumo de limão!

Indiquei para suspender essa toma e repetiu o estudo tiroideu completo com ecografia. Passadas três semanas, apresentou descida da TSH para 47.58 mUI/L; T4 livre frenada com 0.35 ng/dL (N 0.89-1.76); T3 total com 56 ng/dL (N 60-181); tiroglobulina com 712 ng/mL (N <55) com auto-anticorpos tiroideus negativos.

Na ecografia, a glândula tiroideia apresentava dimensões dentro da normalidade, de ecoestrutura heterogénea à custa de esboços nodulares e alguns nódulos, sendo três deles classificados como TI-RADS 4.

Enviei à Consulta da Tiróide do CHMT, sendo que passados 4 meses já apresentava descida da TSH para 3.5 mUI/L, não tendo sido realizada nenhuma biópsia e mantendo controlo ecográfico anual.

Conclusão: A anamnese é fundamental para a recolha de informação sobre hábitos de vida e alimentares. Os mesmos podem ter um impacto fulcral no desenvolvimento de patologias, particularmente por crenças da população sobre potenciais benefícios de certos suplementos/produtos, mas que nem sempre são mencionados espontaneamente pelos utentes.

PO 61

CONHECIMENTOS DOS MÉDICOS DE MGF SOBRE MENOPAUSA – TRABALHO MULTICÊNTRICO DE MELHORIA DA QUALIDADE

Fábio Gouveia[1]; Mónica Ruivo Rosa[2]; Rita Benzinho[3]; Inês Monteiro[4]; Adriana Machado[5]; António Teixeira[5]; Janete Guimarães[6]; Cláudia Ferreira [7]
[1]USF Ramada; [2]USF Novo Mirante; [3] USF Ars Médica; [4] USF Mosteiro; [5] USF São João da Talha; [6] USF São João Talha; [7] USF Novo Mirante

Introdução: A menopausa constitui o fim do ciclo de fertilidade da mulher e traduz-se pela falência da atividade ovárica e da capacidade de produção de estrogénios. Tendo em conta o impacto que a menopausa poderá ter na saúde da mulher, é fundamental que os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) estejam atentos para os principais sintomas e riscos inerentes a esta condição, sendo fulcral saberemm abordar e tratar as principais queixas da mulher neste período.

Objetivo: Avaliar e melhorar o conhecimento dos médicos de MGF sobre menopausa.

Materiais e métodos: Aplicação de um questionário, elaborado pelos investigadores, com 13 questões sobre menopausa, antes e após uma sessão de formação, em 5 Unidades de Saúde Familiar (USF) de um mesmo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS). Contemplaram-se 3 fases: aplicação do questionário; realização de uma formação baseado no Consenso da Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) de 2020, lecionada pelos investigadores e apresentada na reunião de equipa médica de cada USF; aplicação do questionário após formação. Critérios de inclusão: especialistas e internos de formação especializada de MGF de cada USF; critérios de exclusão: a não participação na formação.

Resultados: Obtivemos 39 respostas ao questionário pré-formação e 32 respostas no questionário pós-formação.

A pontuação das respostas aos questionários foi em média de 7,28 pontos pré-formação e de 10,44 pós-formação num total de 13 pontos, pelo que se verificou uma evolução positiva dos conhecimentos.

As questões erradas mais frequentes, ou seja, em que mais de 50% dos inquiridos respondeu incorretamente, foram questões relacionadas com os seguintes tópicos: tratamento de sintomatologia vasomotora, diagnóstico de menopausa precoce e insuficiência ovárica prematura, contra-indica-

ções à terapêutica hormonal de substituição e respectivas vias de administração.

Conclusões: A aplicação do questionário pré-formação mostrou uma lacuna no conhecimento dos médicos relativamente às últimas atualizações sobre menopausa. Os resultados após intervenção mostraram uma melhoria destes conhecimentos. Adicionalmente, a aplicação de questionários promoveu um maior envolvimento dos profissionais na aquisição de conhecimentos. As principais limitações deste trabalho foram a baixa adesão dos profissionais ao questionário pós-formação e o potencial viés de memória pela sua aplicação precoce em relação à formação. No entanto, considera-se que seria benéfica a aplicação desta intervenção noutros ACeS, de forma a alcançar uma melhoria de conhecimentos mais transversal. Este trabalho demonstrou, assim, que a realização de projetos de melhoria de qualidade pode contribuir para a atualização dos conhecimentos nas diversas áreas da MGF

PO 62

NÃO PERCA O DOENTE DE VISTA – OSTEOPOROSE SECUNDÁRIA A DOENÇA DE CUSHING

Carolina Vaz Calado[1]; Diogo Silva Lobo[1]; José Néri[1]; Raquel Araújo[1]
[1]USF Alves Martins

Introdução: A osteoporose é uma patologia silenciosa com prevalência estimada de 10,2% na população portuguesa. Segundo a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, há fatores de risco para a Osteoporose, não incluídos na ferramenta de cálculo FRAX, que motivam avaliação por Densitometria Óssea (DMO). A Doença de Cushing é um deles.

Descrição: Utente do sexo feminino, 60 anos. Em 2008, apresentou queixas de aumento ponderal, irregularidades menstruais, hirsutismo, galactorreia, fraqueza muscular proximal e osteopénia. Foi submetida a um estudo endocrinológico que permitiu o diagnóstico de doença de Cushing, e realizou uma Ressonância Magnética que revelou um microadenoma hipofisário.

Assim, foi submetida a tumorectomia, cuja análise anatomopatológica confirmou a presença de adenoma secretor de ACTH. Ficou com défice da linha tireotrófica e gonadotrófica, tendo iniciado levotiroxina e desmopressina, por diabetes insípida central.

Por manter hipercortisolismo, iniciou igualmente cetoconazol. Em 2011 entrou em remissão (analiticamente controlada) e suspendeu-se a terapêutica dirigida ao hipercortisolismo. Manteve seguimento em Consulta Externa de Endocrinologia, tendo em 2016, realizado DMO, que revelou osteopénia com risco de fratura.

Sendo a utente pouco assídua, em 2022, foi convocada para Rastreio de Cancro do Colo do Útero. Nesta consulta, trouxe relatórios de duas cirurgias: Artroscopia do ombro direito por rotura parcial da coifa dos rotadores, em contexto de queda, da qual resultou também fratura acromial; Artrodese da coluna lombar, por alterações degenerativas e discopatias múltiplas. A doente referiu ainda que teria feito uma DMO nesse ano, que teria mostrado osteoporose.

Foi utilizada a ferramenta de cálculo FRAX Portugal para avaliar o risco de fratura a dez anos. Utilizando apenas a clínica, o risco calculado foi de 29%. Solicitou-se que trouxesse a DMO mais recente para novo cálculo com a mesma ferramenta e avaliar, assim, a necessidade de iniciar bifosfonatos.

Até à data da submissão deste resumo, a utente não chegou a entregar a DMO.

Conclusão: Quando os utentes são diagnosticados com patologias raras e encaminhados para a especialidade adequada, o médico de família (MF) continua a ter um papel fundamental na sua monitorização, pela proximidade e acesso facilitado, permitindo um acompanhamento mais regular e holístico. Além disso, patologias raras podem estar associadas a problemas de saúde mais prevalentes, que entram na esfera de intervenção do MF.

PO 63

USO DE *LACTOBACILLUS REUTERI* NAS CÓLICAS DO LACTENTE : QUAL A EVIDÊNCIA?

Maria Inês Durães[1]; Anita Tribuzi[2]; Inês Tribuzi[3]
[1]Nova Lousada; [2]USF Longara Vida; [3] UCSP Vila Meã

Introdução: As cólicas no lactente são um problema muito frequente nos primeiros 3 a 4 meses de vida, estimando-se que possam acometer até cerca de 30% dos lactentes. Sabe-se ainda que, nesta faixa etária, 25% das consultas são motivadas por este problema. A etiologia das cólicas do lactente permanece ainda desconhecida, porém várias abordagens de tratamento foram tentadas. Mais recentemente têm sido utilizados probióticos com resultados discrepantes.

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi rever a evidência disponível sobre a eficácia do uso de probióticos contendo exclusivamente Lactobacillus Reuteri DSM 17938 (L.r) no tratamento das cólicas do lactente.

Material e métodos: Pesquisa de meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC) e normas de orientação clínica, publicados entre 01/2017 e 4/2022, usando como fonte de informação a Cochrane Library, PubMed, National Guideline Clearinghouse, DARE, Bandolier. Foram utilizados os termos MeSH "colic" e " probiotic" e "infant OR newborn". Para atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação foi usada a escala Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT), da American Family Physician.

Resultados e conclusões: Foram selecionados 7 entre 30 artigos encontrados: 1 MA, 3 RS, 1RS com MA e 2 ECAC. Na MA verificou-se uma redução estatisticamente significativa da duração do choro e agitação em lactentes sob L.r sob aleitamento materno exclusivo (AM). As RS apresentaram resultados consistentes com diminuição do tempo médio de choro em lactentes suplementados com L.r.. Na RS com MA verificou-se superioridade do uso de L.r. (versus outros métodos) na diminuição da duração dos episódios de choro. Nos 2 ECAC os resultados foram díspares, num dos estudos em lactentes sob AM ou leite de fórmula (LF) verificou-se redução do tempo médio de choro independentemente da colonização intestinal por L.r. ; noutro verificou-se que administração de L.r. não diminuiu de forma significativa o tempo médio de choro.

Parece existir um benefício da suplementação com L.r. no tratamento da cólica intestinal em lactentes sob AM, porém este efeito não parece transponível a lactentes sob LF. Quando comparado o uso de L.r. no tratamento da cólica, este parece existir uma superioridade face a outras alternativas terapêuticas. Existe ainda a necessidade de mais estudos de elevada qualidade com metodologia e participantes homogéneos de forma a suportar esta evidência.

PO 64

QUANDO A CABEÇA NÃO TEM JUÍZO… ÀS VEZES A CULPA É DO MEDICAMENTO!

Maria Inês Durães[1]; Anita Tribuzi[2]; Margarida Barros[3]
[1]Nova Lousada; [2]USF Hygeia; [3] Hospital Magalhães Lemos

Introdução: O Delirium ou Síndrome confusional agudo (SCA) é um distúrbio funcional do sistema nervoso central, de origem exógena ou endógena, que dá origem a alterações em múltiplas esferas (cognitiva, percetiva, comportamental, atenção). O início dos sintomas é agudo ou subagudo e tem curso flutuante. Na maioria, a etiologia é multifatorial, podendo também ser idiopática ou iatrogénica.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa na Pubmed, Cochrane Library, Google scholar, entre 10 a 25 de outubro de 2022, com as mesh words "delirium, SCA, fármacos", para redação desta revisão de tema.

Resultados e conclusão: A SCA é uma entidade clínica muito frequente a nível hospitalar, mais comum nos idosos e indivíduos com baixa "reserva" cerebral.

São várias as manifestações que podem ocorrer, sendo a perturbação da consciência o sintoma cardinal da SCA. Embora clinicamente importante e potencialmente fatal, por vezes não é detetado ou é diagnosticado erroneamente como demência ou outra doença psiquiátrica. Ao contrário da demência, com desenvolvimento gradual, de natureza crónica e geralmente irreversível, a SCA é transitória e geralmente reversível. Os distúrbios hidroeletrolíticos são a causa mais comuns de delirium, seguida de infeções e, em terceiro lugar, os fármacos.

A maior parte do conhecimento científico sobre fármacos indutores de delirium provém de casos clínicos sobre efeitos colaterais. A SCA está fortemente associada à atividade anticolinérgica. Fármacos de diferentes classes, incluindo antidepressivos tricíclicos e neurolépticos de alta dose, constituem um grupo de alto risco. Um grande número de medicamentos, incluindo benzodiazepinas, sedativos, dopaminérgicos, antiepilépticos, digitálicos e analgésicos, são menos frequentemente associados a reações delirantes e constituem um grupo de médio-alto risco. Assim, torna-se importante a revisão das tabelas terapêuticas.

É mais efetivo prevenir a SCA do que tratar, sendo o papel do médico de família fundamental neste processo. No doente idoso, saber gerir a polimedicação, identificar e antecipar possíveis interações farmacológicas, perceber complicações e alterações fisiopatológicas inerentes ao envelhecimento são critérios cada vez mais importante a todo e qualquer médico capaz de exercer prescrição farmacológica. São necessários mais estudos, com qualidade e validade científica para maior orientação, formação clínica e melhor prestação de cuidados.

PO 65

QUANDO A PREOCUPAÇÃO DO UTENTE SE TORNA NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Dinis da Cunha[1]; Inês Macedo[1]; Cília Nogueira[1];
Susana Carla Ribeiro de Sousa Regadas[2];
Rui Alexandre Nunes Teixeira[2]
[1]USF Hygeia; [2]CDP Vale Sousa Norte (Paços de Ferreira)

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma doença infeciosa que afeta o sistema respiratório, em 80% dos casos. Cerca de 10% dos indivíduos infetados desenvolve doença primária ativa. Entre os indivíduos com infeção latente, a reativação ocorre em aproximadamente 5-10% dos casos. Destes, 50% reativam nos primeiros 2-3 anos após a infeção, resultando em elevada contagiosidade. Hodiernamente, a TB deve ser encarada como um problema de saúde pública face ao impacto individual e coletivo que apresenta. Pela proximidade geográfica das Unidades de Saúde (US) com Concelhos de maior prevalência de TB, no Norte de Portugal, torna-se capital a lembrança desta patologia e o seu diagnóstico diferencial.

Descrição do caso: Homem de 75 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, procura os Cuidados de Saúde Primários (CSP), em Consulta aberta (CA), pela terceira vez. Apresentava náuseas esporádicas, com 2 meses de evolu-

ção, associada a dor abdominal difusa esporádica, perda ponderal (+/- 5kg), astenia e dispneia para médios esforços. Durante a colheita da história clínica, objetiva-se uma preocupação extrema com o seu fígado e rins, pois 2 irmãos teriam patologia desse foro. Ao exame objetivo constatou-se uma perda ponderal de 3kg, em seis meses. Nas duas CA anteriores, foi pedido estudo analítico com resultado normal. Na última CA, o estudo revelou um granuloma hepático e um nódulo renal, sugestivo de granuloma. Estes achados levantaram a suspeita de TB, e o doente foi encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) da área geodemográfica de influência. Após estudo complementar, foi diagnosticada TB latente e iniciado respetivo tratamento. Obteve-se o Consentimento Informado, livre, esclarecido e devidamente assinado pelo utente.

Conclusão: A colheita da história clínica cuidada, rigorosa, atenta e adaptada à semiologia das queixas e preocupações do utente, é crucial para o estabelecimento de um diagnóstico efetivo. O enquadramento das características biopsicossociais, valorizando a incidência e prevalência das patologias na área de abrangência das US é concomitantemente premente. A não verificação destas premissas designadamente neste caso clínico, poderiam acarretar repercussões relevantes, nomeadamente na condição de saúde individual e comunitária. Enfatizamos ainda o papel da articulação entre os CSP e o CDP, como elemento facilitador do processo e fator decisivo na aquisição de ganhos em saúde e melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

PO 66

RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA – UMA FORMA DE CUIDAR

Daniela Lima Oliveira[1]; José Pedro Machado[1]; Helena Duarte[1]; Inês Rebelo[1]
[1]USF Montemuro

Introdução: a reconciliação terapêutica consiste na análise da medicação do doente, devendo ser efetuada em todas as consultas. Na Medicina Geral e Familiar (MGF) este procedimento é frequentemente dificultado face ao tempo reduzido de consulta e à falta de colaboração dos utentes. O presente caso permite refletir acerca da necessidade e importância em fazer esta revisão periódica, de forma a evitar discrepâncias na medicação e as suas possíveis consequências.

Descrição: Homem, 77 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diária. Reside com a esposa, que é a cuidadora. Médica de Família em ausência prolongada.

Contacto indireto marcado na USF com pedido de receituário crónico: metformina 1000mg; metformina 700mg; pantoprazol 20mg; pancreatina + dimeticone 170mg + 80mg; clopidogrel 75mg; ácido acetilsalicílico 150mg; cloreto de magnésio 1028,4mg/10ml; atorvastatina 40mg; azilsartan + clorotalidona 40mg + 12,5mg; amlodipina 5mg; lisinopril 5mg; memantina 20mg; sertralina 50mg; suplemento alimentar.

Tendo em conta as incoerências detetadas no pedido e na informação constante no processo clínico, agendou-se consulta presencial para revisão terapêutica, solicitando-se ao utente que fosse portador das respetivas caixas. Na consulta, o utente não apresentava queixas e o exame objetivo era normal (TA: 124/60 mmHg). Foi verificada a medicação, constatando-se que não foram efetuadas as alterações instituídas nas diversas consultas hospitalares em que era acompanhado. Após discussão dos riscos e benefícios em manter ou suspender alguns medicamentos, foi decidido, em concordância com o utente e a esposa, suspender 7 dos 14 solicitados. Por último, foi requisitado controlo analítico que não mostrou alterações relevantes e foi agendada consulta para reavaliação, na qual o utente se manteve assintomático, com perfil tensional normal e se mostrou agradado com a redução de medicação.

Discussão: A revisão da medicação atual com o paciente em todas as consultas é uma prática que pretende evitar discrepâncias na medicação, minimizando os erros e promovendo a segurança do doente. Na prática clínica de MGF é comum o utente ser acompanhado em consultas de outras especialidades ou iniciar medicação sem prescrição médica, ocorrendo alterações que facilmente passam despercebidas. No exemplo relatado, o Médico assumiu um papel fundamental ao procurar desvendar essas mesmas discrepâncias, estimulando a educação e envolvimento do utente e cuidadora neste processo.

PO 67

ROUQUIDÃO E DEPRESSÃO, O QUE AS UNE?

Daniela Lima Oliveira[1]; José Pedro Machado[1]; Helena Duarte[1]; Inês Rebelo[1]
[1]USF Montemuro

Introdução: A depressão é uma perturbação do humor com elevada prevalência mundial e que se pode manifestar de diversas formas, sendo o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer, associados a alteração do funcionamento do indivíduo, condições essenciais ao seu diagnóstico. No entanto, na prática clínica é frequente que outro tipo de sintomas físicos (não atribuíveis a outra condição médica) possam estar associados a um quadro de depressão.

Descrição: Mulher, 54 anos, autónoma, desempregada e divorciada, a residir com a filha, genro e netas. Apresenta antecedentes pessoais de dislipidemia e perturbação depressiva major recorrente, com seguimento em consulta de Psiquiatria. Medicação habitual: sertralina 200mg; amissul-

prida 50mg; ciamemazina 100mg; lorazepam 2,5mg; rosuvastatina 10mg.

Recorre à consulta de doença aguda na USF por queixas de rouquidão com períodos de afonia desde há cerca de 4 dias, sem outros sintomas associados. Ao exame objetivo apresentava rouquidão significativa, não se encontrando outras alterações relevantes. Quando questionada sobre a medicação que estaria a tomar, refere ter parado toda a medicação por iniciativa própria, há cerca de 2 meses, à exceção do lorazepam e da rosuvastatina. Verificou-se que, nessa altura, teria recorrido a uma consulta na USF pelo mesmo motivo - rouquidão.

Ao abordar este problema, constatou-se humor deprimido, com choro fácil. A utente acabou por referir sintomas de tristeza, insónia, cansaço, anedonia e ansiedade desde que suspendeu a medicação, negando ideação suicida. Ao longo da consulta, com a abordagem destas queixas, a rouquidão foi-se resolvendo e a voz foi retornando à normalidade.

Assumiu-se agravamento depressivo por incumprimento terapêutico, tendo sido reiniciada sertralina 25mg e trazodona de libertação modificada 50mg, com esquema de escalada terapêutica. Agendou-se consulta na USF para reavaliação e foi discutido caso com Psiquiatra assistente para antecipar a consulta.

Discussão: A depressão é uma realidade cada vez mais prevalente no dia a dia da Medicina Geral e Familiar, podendo apresentar-se sob a forma de sintomas físicos, como é o caso da rouquidão. É necessária uma elevada suspeita diagnóstica e exclusão de outras causas, pelo que o Médico de Família deve estar alerta perante queixas recorrentes de sintomas físicos, sobretudo quando existe história pessoal ou familiar de doença psiquiátrica.

A integração do doente no seu contexto é fundamental e exige que se questione sobre antecedentes e medicação atual, uma vez que tais respostas podem levantar determinada hipótese diagnóstica e conduzir a um tratamento mais rápido. No caso descrito, o simples facto de se abordar o problema foi suficiente para tranquilizar a doente e melhorar as suas queixas.

PO 68

CUIDADOS PALIATIVOS: FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DOS CUIDADORES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – RBE

Carla Rodrigues[1]; Márcia Gonçalves[2]
[1]USF Pró-Saúde; [2]USF D'As Terras de Lanhoso

Introdução: O apoio aos cuidadores familiares, incluindo o acompanhamento do luto, é uma função central dos cuidados paliativos, integrados nos Cuidados de Saúde Primários. Muitos cuidadores experienciam mal-estar psicológico, social, financeiro, espiritual e físico. Alguns sofrem de luto complicado. Muitos cuidadores não veem as suas necessidades atendidas, o que condiciona redução da qualidade de vida e maior sofrimento. As diretrizes internacionais recomendam que as necessidades do cuidador devam ser avaliadas, para alívio da sua sobrecarga e melhoria da qualidade de vida da família.

O estudo da sobrecarga associada ao "cuidar", constitui, então, uma prioridade de saúde publica, pelo facto de possibilitar a avaliação das consequências negativas ao cuidador informal, tendo o médico de família, inserido no seio dos cuidados de saúde primários, um papel preponderante nesta avaliação dado ser, muitas vezes, o primeiro nível de contacto com os cuidados de saúde da pessoa e da família, bem como pela proximidade de cuidados que pode estabelecer.

Objetivos: Apresentar as principais ferramentas de avaliação do cuidador, nos Cuidados de Saúde Primários.

Materiais e métodos: Revisão sistemática da literatura de guidelines, estudos clínicos, revisões, revisões sistemáticas e meta-análises, publicadas desde 2012 até 15 de junho de 2022, na plataforma PubMed, ISI Web of Science e Scopus. Foram consultados apenas artigos em inglês e português.

Resultados: Com a leitura de vários artigos, constatamos que, várias escalas podem ser usadas para avaliação do cuidador, em diversas áreas, tais como: física, social, financeira, psicológica e sobrecarga do cuidador. Existem já vários instrumentos validados para o contexto português, nomeadamente Carer burden - Zarit Burden Interview (ZBI), Quality of Life in Life-Threatening Illness-Family Carer Version (QOLLTI-F), bem como a Mood symptoms - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), com aplicabilidade nos Cuidados de Saúde Primários.

Conclusão: Após análise e avaliação dos vários artigos, concluímos a existência da necessidade da validação de mais instrumentos de avaliação do cuidador para o contexto português. De referir as inúmeras escalas para avaliação da sobrecarga do cuidador, sendo um tema de extrema importância e com consequências consideráveis no dia a dia do doente e seu cuidador.

PO 69

DPOC NUMA USF: (D)OENTE (P)REVENIDO, (O) TIMIZAÇÃO DO (C)ONTROLO

Ana Rute Carreira[1]; Mónica Reis[1]
[1]USF D. Diniz

Introdução: A nível mundial, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbimortalidade, com grande impacto socioeconómico. Perspetiva-se que a prevalência e os custos associados aumentem nos próximos anos, dado o envelhecimento populacional e a expo-

sição prolongada a agentes tóxicos. Em Portugal, estima-se que a prevalência da DPOC seja 14,2% na população acima dos 40 anos, sendo mais expressiva na população acima dos 60 anos, idade em que a patologia atinge maior gravidade. As intercorrências infeciosas respiratórias estão associadas ao aceleramento da degradação da função pulmonar. A vacinação é uma das recomendações para a prevenção da progressão desta patologia, prevenindo agudizações e o agravamento da função pulmonar subsequente.

Objetivos: O objetivo deste trabalho centra-se na caracterização dos doentes DPOC da unidade de saúde familiar (USF) - idade, sexo, FEV1 nos últimos 3 anos - e na avaliação do respetivo estado vacinal contra a gripe, COVID, doença pneumocócica e tosse convulsa.

Metodologia: Estudo observacional descritivo cuja amostra foram os doentes DPOC da USF. A amostra foi obtida com recurso ao MIM@UF, pela codificação R95 segundo o ICPC2. Os dados foram colhidos pela consulta do SClínico® e do boletim de vacinas eletrónico. Os dados foram tratados com recurso ao Microsoft Excel®.

Resultados: Na USF existem 189 doentes codificados como DPOC, a maioria do sexo masculino (109 homens vs 80 mulheres), com uma média de idades de 68,78 anos. O registo de FEV1 nos últimos 3 anos estava presente em 22.75% dos doentes. No que respeita à vacinação: 23.81% não foi vacinado contra a gripe na época 2021/2022 e 1.59% não se encontrava vacinado contra a COVID. Relativamente às vacinas pneumocócicas: 1,06% estava vacinado com Pn7, 0.53% com Pn10, 30.16% com Pn13, 4.23% com Pn23 e 11.11% com Pn13+Pn23. Por último, 12.17% estava vacinado contra a tosse convulsa.

Discussão/Conclusão: Os resultados do estudo mostram um longo caminho a percorrer na otimização da prevenção do doente com DPOC. De salientar que, por terem sido obtidos através de registos informáticos, os dados poderão apresentar um viés de transcrição, pelo que individualmente deverá ser confirmado o boletim de vacinação físico. Este trabalho foi o ponto de partida para a implementação de um trabalho de melhoria da qualidade na USF com vista à melhoria da cobertura vacinal do doente com DPOC, bem como documentação da progressão da sua doença (registo de FEV1).

PO 70

LOGOTERAPIA E A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO – UMA REVISÃO DE TEMA

Ana Rita Laranjeiro[1]; João Amaral Figueiredo[2]
[1]USF Araceti; [2]USF Nautilus

Introdução: A perturbação depressiva é uma das patologias mais prevalentes nos cuidados de saúde primários, sendo uma importante causa de absentismo, disfunção familiar e discriminação, por alguns denominada até "o cancro do século XXI". Na realidade clínica de 2 unidades de saúde familiares (USF) A e B, verificámos que existem 1217 e 1186 utentes codificados com este problema, respetivamente, o que corresponde a 15,2% e a 10,5% do total de utentes de cada uma das USF. Esta revisão surgiu no âmbito do estágio de Psiquiatria, onde me foi apresentada a logoterapia, tendo ficado deveras "empolgada" com a possibilidade de capacitar as pessoas para lidar com os seus problemas, de forma autónoma, numa altura em que existe uma clara e preocupante carência de estratégias de coping.

Objetivos: Descrever uma abordagem psicoterapêutica em crescimento, com potencial para melhorar os outcomes em diversas patologias do foro mental, nomeadamente a perturbação depressiva.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão da literatura com pesquisa em bases de informação médica (Pubmed, Medline e Cochrane), entre 2020 a 2022.

Resultados e conclusões: A logoterapia teve as suas origens no início do século XX, proposta por Viktor Frankl, tendo tido grande impulsão com o livro do mesmo "Man's Search for Meaning", que relata a sua experiência em campos de concentração e a forma como os princípios da logoterapia contribuíram para a sua sobrevivência. É um exemplo claro de como as pessoas podem reduzir o desespero em circunstâncias extremas, incorporando sentidos pessoais através de atitudes, experiências e comportamentos. Frankl acredita que a principal motivação da vida é a vontade de procurar um sentido. As pessoas têm a liberdade de vontade para escolher os seus pensamentos e comportamentos, vontade para definir os significados de tudo na sua vida e, finalmente, a vontade de procurar o sentido para a sua vida (único, mutável, concreto e incondicional). Este pode ser descoberto através dos valores criativos (associados ao trabalho), de experiências (relacionados com as relações) e de atitudes (através de adaptações a eventos desfavoráveis). A logoterapia clássica baseia-se em terapia "falada", mas existem já variantes escritas. A premissa primária da logoterapia é ajudar os doentes a responder ao sofrimento de forma positiva; é um meio de capacitação, que ajuda as pessoas no desenvolvimento e reconhecimento da sua identidade, encontrando meios para lidar as adversidades. O doente é participante ativo e detém responsabilidade para modificar padrões errados e atualizar os seus sentidos de vida pessoais. A logoterapia demonstrou, já, melhorias na qualidade de vida e auto-estima, bem como na redução de stress, gravidade da depressão, desesperança e ideação suicida. Sendo de simples aplicação, apresenta-se como uma estratégia promissora para a melhoria dos cuidados dos doentes.

PO 71

NEM TUDO O QUE PARECE É, UM CASO DE ARTRITE REUMATÓIDE

Maria Inês Durães[1]; Ana Raposo[2]
[1]Nova Lousada; [2]Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença crónica, inflamatória, auto-imune que se caracteriza pela inflamação das articulações e que pode conduzir à destruição do tecido articular e periarticular. É uma doença crónica, mas se tratada tem bom prognóstico vital e funcional. Os doentes com AR frequentemente sentem dor e dificuldade em mobilizar as articulações, mas os sintomas podem ser muito variados. A AR não é uma doença rara, em Portugal estima-se que afete 0,8 a 1,5% da população. A ocorrência global de AR é duas a quatro vezes maior em mulheres do que em homens. O pico de incidência nas mulheres é após a menopausa, mas pessoas de todas as idades podem desenvolver a doença, incluindo adolescentes. O diagnóstico deve ser o mais precoce possível, com iniciação rápida do tratamento. O desafio para o médico é reconhecer os primeiros sintomas e encaminhar precocemente.

Descrição: Jovem, sexo feminino, 21 anos, estudante de medicina, com antecedentes pessoais de anorexia aos 16 anos, atualmente com peso normal, mas ainda em amenorreia e com hipotiroidismo sob tratamento farmacológico. Aos 18 anos, iniciou um quadro de artralgias inflamatórias dos punhos e pequenas articulações das mãos bilateralmente, com tumefação associada: Inicialmente, queixas pouco valorizadas e medicada com anti-inflamatório oral com resposta. Em maio de 2021, a utente sofreu uma queda com trauma do joelho direito, com persistência das queixas álgicas e agravamento progressivo das mesmas, o que motivou a referenciação a consulta de ortopedia pelo médico de família. No seguimento por ortopedia, o Rx mostrou artrite do joelho direito com condrólise extensa, sendo a utente submetida a artroscopia do joelho, com diagnóstico de gonartrose secundária grau IV. Perante o quadro clínica e diagnóstico foi solicitada consulta de reumatologia, realizada em setembro de 2021, realizando estudo analítico e imagiológico. Analiticamente, VS e PCR aumentadas; factor reumatóide, anticorpo contra péptidos citrulinados, anticorpo antinuclear negativos. Imagiologicamente com marcada redução do espaço articular em múltiplas articulações do punho e dedos, bem como erosão de articulações interfalângicas dos dedos da mão e metatarsofalângica do pé esquerdo. Iniciou prednisolona e metotrexato, com ligeiro controlo dos sintomas , mas alguma intolerância, necessitando de iniciar tratamento biológico que mantém até à data com controlo sintomático e qualidade de vida sustentada.

Conclusão: O presente caso clinico pretende alertar para a necessidade de uma boa anamnese e exame físico musculoesquelético e osteoarticular detalhado e pormenorizado na suspeita de queixas articulares. O diagnóstico precoce de doenças autoimunes, como a artrite reumatóide é crucial para um tratamento eficaz com controlo dos sintomas e qualidade de vida dos doentes. O tratamento precoce, pode resultar em melhoria substancial do prognóstico a longo prazo

PO 73

PLANEAMENTO FAMILIAR NA MULHER COM PLURIPATOLOGIA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Liliana Isabel Oliveira de Jesus[1]; Ana Quelhas[1]
[1]USF Terras de Santa Maria - ACeS Entre Douro e Vouga I

Introdução: O aconselhamento em planeamento familiar integra as competências fundamentais do médico de família e constitui uma oportunidade única de envolvimento dos utentes na promoção da sua saúde.

Descrição de caso: Mulher de 23 anos, solteira, com neurofibromatose tipo I, múltiplos hamartomas cerebrais, hipertensão arterial grave não controlada, estenose pulmonar, coartação da aorta abdominal, anemia ferripriva e hiperplasia gengival crónica, acompanhada em diversas especialidades médicas hospitalares, que recorre a consulta de planeamento familiar por gravidez não planeada, procurando aconselhamento sobre os possíveis riscos da mesma e a possibilidade da sua interrupção. Trata-se de uma doente polimedicada, com idade gestacional calculada em 5 semanas, que utilizava método contracetivo de barreira. A doente foi informada dos potenciais riscos de complicações para o feto e para a própria relacionados às suas comorbilidades, com morbimortalidade materno-fetal associada significativa. Informada dos riscos da interrupção da gravidez, a doente optou pela mesma, tendo sido submetida a interrupção farmacológica da gravidez. Foi explorada a má adaptação ao método contracetivo e possíveis alternativas para prevenir uma futura gravidez não planeada e procedeu-se a avaliação do suporte social da doente, considerando o impacto psicológico da interrupção de gravidez e o eventual desejo por uma gravidez futura, que deverá ser previamente programada com o apoio dos múltiplos profissionais de saúde que a acompanham.

Conclusão: O planeamento familiar nas mulheres com pluripatologia crónica pode constituir um exigente desafio. Contudo, estas devem constituir um grupo privilegiado no acesso a cuidados de saúde integrados e multidisciplinares adequados para promoção de uma saúde sexual, reprodutiva e materno-fetal ótimas.

PATROCÍNIO CIENTÍFICO

MAJOR SPONSORS

SPONSORS

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

admédic
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

+351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)
paula.cordeiro@admedic.pt | clara.malta@admedic.pt
www.admedic.pt

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL

admédic Tours

+351 21 841 89 50 (chamada para a rede fixa nacional)
paula.cordeiro@admedictours.pt
www.admedictours.pt
RNAVT 2526

REDES SOCIAIS

@JORNADAS-NACIONAIS-PATIENT-CARE

@JNPATIENTCARE

@JNPC

#JNPC23