29 ANOS

JNPC

Jornadas Nacionais Patient Care

A melhor prática clínica para o médico atual

20 | 21 fevereiro 2025

Centro de Congressos de Lisboa

PRESIDENTE DE HONRA

Dra. Graça Freitas

PRESIDENTE

Dr. José Canas da Silva

VICE-PRESIDENTE

Dr. Rui Cernadas

SECRETÁRIOS GERAIS

Dra. Rita Ávila e Dr. Tiago Vilarinho

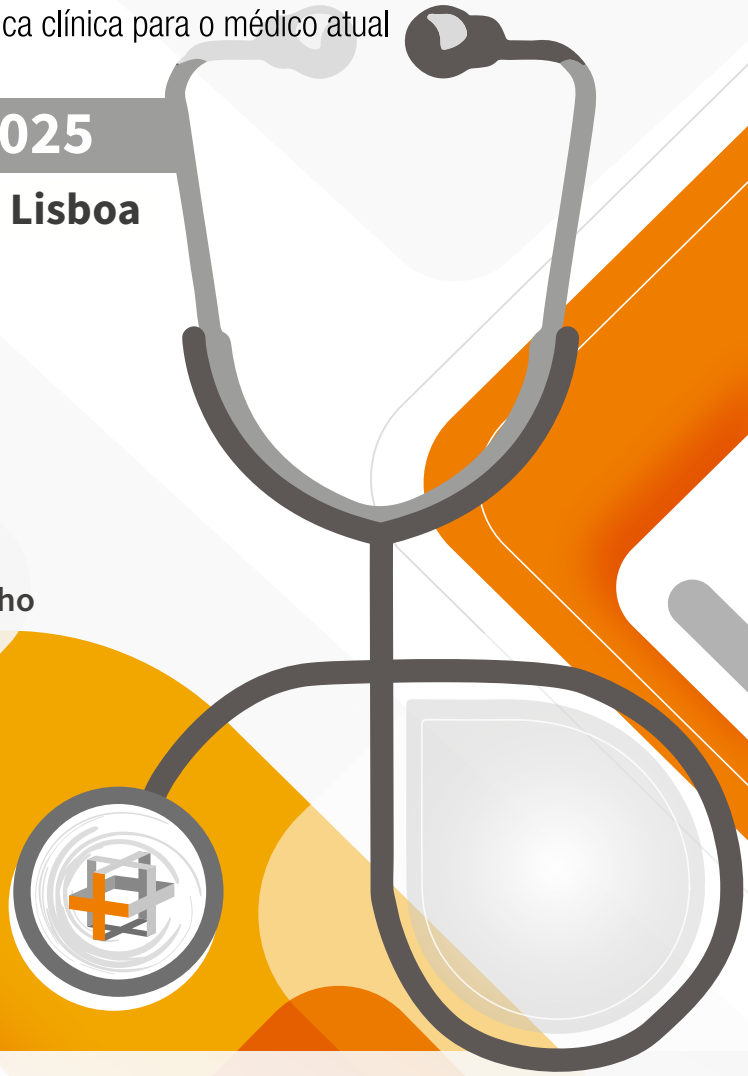


Imagem: AdMédic

PROGRAMA

Participe na elaboração do próximo programa preenchendo o questionário online.

CONTAMOS CONSIGO, CONTE CONNOSCO!

26 E 27 DE FEVEREIRO 2026
CENTRO DE CONGRESSOS DO ESTORIL

Aceda ao questionário através deste QR CODE

29 ANOS JNPC

Jornadas Nacionais Patient Care

A melhor prática clínica para o médico atual

Caros(as) Colegas e Amigos(as)

Bem-vindos às 29ª Jornadas Nacionais Patient Care!

É um grande prazer ter-vos de volta às Jornadas que este ano têm a presidência de Honra da Dra. Graça de Freitas, timoneira da DGS no período sombrio da pandemia.

É uma Homenagem mais do que merecida, a uma grande médica e pessoa a quem todos devemos estar gratos.

O programa destas Jornadas é muito atraente e diversificado: 3 cursos pré-jornadas, mais de 100 trabalhos submetidos como comunicações orais e posters e um programa científico aliciante e atual, que, como sempre, visa a formação continuada a que todos estamos eticamente obrigados.

Espero que todos sintam como muito bem empregue, o tempo que decidiram dedicar a mais esta edição das Jornadas.

Aproveito esta ocasião para vos transmitir que as **30ª Jornadas** terão lugar nos dias 26 e 27 de fevereiro de 2026, no Centro de Congressos do Estoril.

Em meu nome e de todos os Colegas que connosco organizam as jornadas, espero vê-los no próximo ano em que celebraremos os 30 anos, um número invulgar para eventos científicos portugueses e que só tem sido possível devido à Vossa presença e ao apoio continuado da Indústria Farmacêutica.

Bem Hajam!

José Canas da Silva
Presidente das Jornadas

PRESIDENTE DE HONRA
Dra. Graça Freitas

PRESIDENTE
Dr. José Canas da Silva

VICE-PRESIDENTE
Dr. Rui Cernadas

SECRETÁRIOS GERAIS
Dra. Rita Ávila
Dr. Tiago Vilarinho

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

Comissão de Honra

Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde

Bastonário da Ordem dos Médicos

Presidente da APMGF

Presidente da Associação dos Médicos de Saúde Pública

Diretora-Geral da Saúde

Comissão Organizadora

PRESIDENTE

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

Dra. Rita Ávila Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF São João da Talha, ULS São José; Orientadora de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar | **Dr. Rui Cernadas** Diretor médico dos Serviços de Saúde Ocupacional da Continental, S.A.; Colaborador regular dos jornais "Saúde Online", "Jornal Médico" e "HealthNews"; Co-chairman Porto Vascular Conference; Membro da Comissão Cientifica do Congresso Português do AVC | **Dr. Tiago Vilarinho** Médico de Família, ULS Gaia/Espinho

Comissão Científica

PRESIDENTE

Dr. Rui Cernadas Diretor médico dos Serviços de Saúde Ocupacional da Continental, S.A.; Colaborador regular dos jornais "Saúde Online", "Jornal Médico" e "HealthNews"; Co-chairman Porto Vascular Conference; Membro da Comissão Cientifica do Congresso Português do AVC

Dra. Ana Sofia Fernandes Assistente Graduada Hospitalar de Ginecologia Obstetrícia; Serviço de Ginecologia da ULS São João. Colaboradora na CUF Porto e Centro de Estudo e Tratamento de Infertilidade | **Dra. Carina Antunes** Médica Assistente Graduada de MGF na USF de Ronfe da ULS do Alto Ave; Perita médica do Sistema de Verificação das Incapacidades no Centro Distrital de Braga | **Dra. Cristina Maia e Costa** Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sãvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sãvida | **Dra. Ivone Santos Martins** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar na Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Orientadora de Formação de Medicina Geral e Familiar; Pós-graduação em Geriatria | **Dr. Filipe Cabral** Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar USF Marco | ULS Tâmega

e Sousa; Membro do Grupo de Estudos de Doenças Cardiovasculares (GEsDCard) da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; Assistente Convidado no Instituto Português do Desporto e Juventude; Pós Graduado em Medicina Desportiva e Medicina do Futebol; Membro do Departamento Médico do Futebol Clube Famalicão SAD | **Dra. Francisca Andrade** Medicina Geral e Familiar, USF Novo Sentido – ULS São João | **Dr. José Canas da Silva** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa | **Dra. Madalena Rodrigues** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Adjunta da Direcção Clínica CSP da ULS Arrábida (ULSA), USF do Castelo | **Dr. Miguel Martins da Cunha** Médico de Família; Coordenador da USF O Basto; Médico do Trabalho na Continental Mabor – Indústria de Pneus, S.A; Competência em Avaliação do Dano na Pessoa e Peritagem Médica da Segurança Social; Médico da ECL – RNCCI | **Dr. Rui Costa** Assistente de MGF; Médico de Família; Orientador de Formação e Coordenador da USF S. Félix Perosinho, ULS Gaia e Espinho | **Dra. Sara China Pereira** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar na USF O Basto – ULS do Alto Ave; Especialista em Medicina do Trabalho e médica da equipa coordenadora local da RNCCI da ULS 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 Assistente Graduado de MGF na USF Serzedelo da ULS Alto Ave; Médico do Trabalho na Continental Mabor – Indústria de Pneus, SA; Competência em Peritagem Médica da Seg. Social | **Dr. Tiago Pereira** Presidente da Associação Portuguesa de Radiologia de Intervenção; *Coordinator of Interventional Radiology Functional Unit* – Grupo Trofa Saúde | **Dr. Tiago Vilarinho** Médico de Família, ULS Gaia/Espinho

Presidentes, Moderadores e Palestrantes

Prof. Doutor Alexandre Lourenço Presidente do Conselho de Administração da ULS de Coimbra e Professor Auxiliar na Escola Nacional de Saúde Pública | **Dra. Ana Fatela** Assistente graduada sénior de Ginecologia/Obstetrícia do CHULC – Polo MAC; Fundadora e responsável da Consulta de Menopausa da MAC | **Dra. Ana Isabel Ferreira** Médica radiologista de intervenção no Hospital de Santa Maria, ULSSM; Coordenadora da Área de Radiologia de Intervenção; Dedica o seu trabalho a alcançar soluções de tratamento minimamente invasivos para doentes oncológicos ou com patologias vasculares | **Dra. Ana Sofia Fernandes** Assistente Graduada Hospitalar de Ginecologia Obstetrícia; Serviço de Ginecologia da ULS São João; Colaboradora na CUF Porto e Centro de Estudo e Tratamento de Infertilidade | **Dra. Carina Antunes** Médica Assistente Graduada de MGF na USF de Ronfe da ULS do Alto Ave; Perita médica do Sistema de Verificação das Incapacidades no Centro Distrital de Braga | **Dra. Cristina Maia e Costa** Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sãvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sãvida | **Dr. Élin Almeida** Pneumologia, ULS Guarda | **Dra. Elsa Parreira** Assistente Graduada de Neurologia do Hospital Prof. Dr Fernando Fonseca e responsável pela Consulta de Cefaleias deste hospital; Sócia fundadora da Sociedade Portuguesa de Cefaleias, tendo sido sua Presidente no triénio 2018-2021 | **Dra. Fátima Palma** Assistente Graduada de Ginecologia /Obstetrícia da ULS S.José – MAC; Membro da direção da Sociedade Portuguesa de Contraceção | **Dr. Filipe Cabral** Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar USF Marco I ULS Tâmega e Sousa; Membro do Grupo de Estudos de Doenças Cardiovasculares (GEsDCard) da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; Assistente Convidado no Instituto Português do Desporto e Juventude; Pós Graduado em Medicina Desportiva e Medicina do Futebol; Membro do Departamento Médico do Futebol Clube Famalicão SAD | **Dra. Francisca Andrade** Medicina Geral e Familiar, USF Novo Sentido – ULS São João | **Dra. Graça Freitas** Médica Especialista em Saúde Pública e Ex-Diretora-Geral da Saúde | **Dr. Gustavo Jesus** Assistente Hospitalar no Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central; Assistente Convidado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | **Dra. Irina Ramilo** Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Vila Franca de Xira; Centro Especializado de Endometriose, no Serviço de Ginecologia do Hospital Lusíadas Lisboa | **Dra. Ivone Santos Martins** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar na Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Orientadora de Formação de Medicina Geral e Familiar; Pós-graduação em Geriatria | **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. Doutor João Carlos Winck** Professor Catedrático Convidado, Cardiovascular R&D Centre, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Coordenador da Unidade de Pneumologia, Consulta de Fadiga Crónica/COVID Longa, Unidade de Sono e Ventilação - Instituto CUF Porto | **Dr. João Fernandes Costa** Pneumologia, Guarda | **Dra. Joana Ferreira** Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular Hospital de São João | **Dra. Joana Louro** Consultora de Medicina Interna da ULS Oeste – Unidade de Caldas da Rainha; Coordenadora da UID (Unidade Integrada de Diabetes) da ULS Oeste – Caldas da Rainha e Peniche; | **Dr. José Canas da Silva** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa | **Dr. Luís Fonseca** Assistente Graduado de Psiquiatria; Coordenador da Unidade de Psicogeriatria/ Perturbações Cognitivas do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães; Tutor e Supervisor Clínico da Escola de

Medicina da Universidade do Minho; Doutorando em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | **Dra. Madalena Rodrigues** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Adjunta da Direcção Clínica CSP da ULS Arrábida (ULSA), USF do Castelo | **Dra. Mafalda Silva** Linde Saúde | **Dr. Miguel Martins da Cunha** Médico de Família; Coordenador da USF O Basto; Médico do Trabalho na Continental Mabor – Indústria de Pneus, S.A; Competência em Avaliação do Dano na Pessoa e Peritagem Médica da Segurança Social; Médico da ECL – RNCCI | **Prof. Doutor Nuno Neves** Ortopedista no Hospital CUF Porto | **Profa. Doutora Paula Pinto** Coordenadora da Unidade de Sono e VNI do Serviço de Pneumologia da Unidade Local de Saúde Santa Maria; Professora Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Membro da Direção da Associação Portuguesa do Sono | **Dra. Patrícia Trindade** Interna de Pneumologia da Unidade Local de Saúde de Santa Maria | **Dr. Pedro Lopes** Médico Radiologia, com subespecialidade de Radiologia de Intervenção; Aluno do programa doutoral em Medicina da FMUP; Pós-graduação em Gestão em Saúde pela Católica Porto Business School; Radiologista de Intervenção na CUF, ULSAA, ULSM e ULSL | **Dra. Rita Rapazote** Pedopsiquiatra na Unidade de Saúde Mental do Bebé, da Criança e do Adolescente do Hospital CUF Descobertas | **Dr. Rui Cernadas** Diretor médico dos Serviços de Saúde Ocupacional da Continental, S.A.; Colaborador regular dos jornais "Saúde Online", "Jornal Médico" e "HealthNews"; Co-chairman Porto Vascular Conference; Membro da Comissão Cientifica do Congresso Português do AVC | **Dr. Rui Costa** Assistente de MGF; Médico de Família; Orientador de Formação e Coordenador da USF S. Félix Perosinho, ULS Gaia e Espinho | **Dra. Sara China Pereira** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar na USF O Basto – ULS do Alto Ave, Especialista em Medicina do Trabalho e médica da equipa coordenadora local da RNCCI da ULS do Alto Ave | **Dra. Susana Heitor** Assistente Hospitalar Graduada Medicina Interna; Coordenadora Unidade Integrada Diabetes; Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca, EPE | **Prof. Doutor Tiago Bilhim** Radiologista de Intervenção no Hospital SAMS, em Lisboa; Vice-Presidente da APRI | **Dr. Tiago Castro Lopes** Médico Assistente Graduado de MGF na USF Serzedelo da ULS Alto Ave; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, SA; Competência em Peritagem Médica da Seg. Social | **Dr. Tiago Pereira** Presidente da Associação Portuguesa de Radiologia de Intervenção; Coordinator of Interventional Radiology Functional Unit - Grupo Trofa Saúde | **Dr. Tiago Vilarinho** Médico de Família, ULS Gaia/Espinho | **Dra. Verónica Costa** Linde Saúde **Prof. Doutor Valter Fonseca** T*echnical Officer, Health Systems, WHO Athens Quality of Care and Patient Safety, World Health Organization*; Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Especialista em Medicina Interna; Doutorado em Medicina – Imunologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Pós-graduado em Gestão da Saúde pela Católica Lisbon School of Business & Economics; Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde (2018 – 2022); Coordenador da Comissão Técnica para a COVID-19, Direção-Geral da Saúde (2020 – 2022)

Júri das Comunicações Livres

PRESIDENTE

Dra. Cristina Maia e Costa

Dra. Madalena Rodrigues
Dra. Sara China Pereira

Revisores das Comunicações Livres

Dra. Carina Antunes
Dr. Filipe Cabral
Dra. Francisca Andrade
Dra. Ivone Santos Martins
Dra. Madalena Rodrigues
Dr. Miguel Martins da Cunha
Dr. Rui Costa
Dra. Sara China Pereira
Dra. Sara Sousa Oliveira
Dr. Tiago Castro Lopes

29 ANOS JNPC

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

19 de fevereiro 2025 | Quarta-feira

CURSOS PRÉ-JORNADAS

Ver página 63

20 de fevereiro 2025 | Quinta-feira

JORNADAS

08:00h — Abertura do Secretariado

09:00-10:00h — **COMUNICAÇÕES ORAIS I**
Moderadoras: Dra. Carina Antunes e Dr. Rui Cernadas
CO 01 – CO 08

10:00-11:00h — **SESSÃO 1 Sistemas de saúde dinâmicos para tempos incertos**
Presidente e moderadora: Dra. Graça Freitas
Qualidade na saúde na região europeia na era pós-COVID-19
Prof. Doutor Valter Fonseca
Situações de crise: Operar em módulo dual
Gestão e liderança
Prof. Doutor Alexandre Lourenço
Soluções digitais
Dra. Micaela Seemann Monteiro

11:00-11:30h — Intervalo e apresentação de Posters | **POA 01 – POA 05**

11:30-12:00h — **SESSÃO DE ABERTURA**
Homenagem Nacional à Dra. Graça Freitas
Lição pelo Prof. Doutor Valter Fonseca

12:00-12:50h — **SIMPÓSIO Chat Faes Farma** FAES FARMA
Moderador: Dr. José Canas da Silva
Rinoconjuntivite alérgica: Tratar sem medo
Dra. Rita Brás
Vitamina D na prática clínica de gastrenterologista
Dra. Cristina Fonseca
Robaxisal, é DUO mas é ÚNICO
Dr. Tiago Meirinhos

12:50-14:00h	Almoço
14:00-15:00h	**SESSÃO 2** *Hot Topics* em Pneumologia Moderadoras: Dra. Ivone Santos Martins e Dra. Madalena Rodrigues **Asma | Caso clínico** Comentador: Prof. Doutor Filipe Froes Apresentadora: Dra. Patrícia Trindade **DPOC | Caso clínico** Comentador: Prof. Doutor João Carlos Winck Apresentador: Dr. João Azevedo **Discussão**
15:00-15:50h	**SIMPÓSIO** As *fake news* na depressão Moderador: Dr. Rui Cernadas Palestrante: Dr. Gustavo Jesus
15:50-16:20h	Intervalo e apresentação de Posters | **POA 06 – POA 10**
16:20-18:00h	**SESSÃO 3** Atualização terapêutica em MGF Moderadores: Dra. Cristina Maia e Costa e Dr. Filipe Cabral **Insuficiência venosa crónica e TVP** Dra. Joana Ferreira **Dor musculoesquelética aguda** Prof. Doutor Nuno Neves **Enxaqueca** Dra. Elsa Parreira **Obesidade e Diabetes** Dra. Joana Louro **Discussão**
18:00h	Fim das Sessões do 1º Dia

21 de fevereiro 2025 | Sexta-feira

08:00h	Abertura do Secretariado
08:30-09:00h	**COMUNICAÇÕES ORAIS II** Moderadoras: Dra. Francisca Andrade e Dr. Miguel Martins da Cunha **CO 09 – CO 12**
09:00-09:30h	**CONFERÊNCIA 1** Medicina de Precisão em Oncologia – O contributo do Laboratório Germano de Sousa Palestrante: Profa. Doutora Catarina Correia
09:30-10:00h	**CONFERÊNCIA 2** Patologias do sono Presidente: Dr. Rui Cernadas Palestrante: Profa. Doutora Paula Pinto

10:00-10:50h **SIMPÓSIO** **Quando o tratamento falha: 70 000 fraturas são coincidência ou consequência?**
Dr. Tiago Meirinhos e Dra. Ana Rita Machado

10:50-11:20h Intervalo e apresentação de Posters | **POA 11 – POA 14**

11:20-12:10h **SIMPÓSIO** **Polígrafo finerenona: Como tratar a doença renal diabética?**
Palestrantes: Dra. Susana Heitor e Dr. Filipe Cabral

12:10- 13:10h **SESSÃO 4** **Encontros Improváveis: RI e MGF**
Com o apoio da APRI, Associação Portuguesa de Radiologia de Intervenção
Moderadores: Dr. Tiago Vilarinho e Dr. Tiago Pereira

Through the eye of a needle
Dr. Tiago Pereira

Nódulo Tiroideu
Dr. Pedro Lopes

Dor Pélvica e Miomas Uterinos
Dra. Ana Isabel Ferreira

HBP
Prof. Doutor Tiago Bilhim

13:10-14:10h Almoço

14:10- 15:30h **SESSÃO 5** **Problemas de saúde mental em MGF**
Moderadores: Dr. Tiago Castro Lopes e Dra. Sara China Pereira

Na infância e na adolescência
Dra. Rita Rapazote

No adulto
Dr. Gustavo Jesus

No Idoso
Dr. Luís Fonseca

Discussão

15:30- 17:00h **SESSÃO 6** ***Hot Topics*** **em Ginecologia**
Moderadores: Dr. Rui Costa e Dra. Ana Sofia Fernandes

Contraceção
Dra. Fátima Palma

Gravidez
Dra. Irina Ramilo

Menopausa
Dra. Ana Fatela

Discussão

17:00 h **Sessão de Encerramento**
Entrega dos Prémios Melhor Comunicação Oral e Poster

Robaxisal® DUO

AÇÃO DUPLA

Metocarbamol 380 mg + Paracetamol 300 mg

É "Duo" mas é único.

O novo miorrelaxante de dupla ação.

Tratamento sintomático de espasmos musculares dolorosos associados a distúrbios agudos músculo-esqueléticos, a curto prazo[1]

Com menor efeito sedativo[2]

METOCARBAMOL + PARACETAMOL — NOVO

1. RCM do Robaxisal® DUO
2. Emrich OM, et al. Methocarbamol in acute low back pain. A randomized double-blind controlled study. MMW Fortschr Med. 2015 Jul;157 Suppl 5:9-16.

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

Robaxisal duo 380 mg/300 mg comprimido, contém 380 mg de metocarbamol e 300 mg de paracetamol. **Indicações terapêuticas**: Tratamento sintomático de espasmos musculares dolorosos associados a distúrbios do músculo esquelético agudos, a curto prazo. **Posologia**: Via oral. Os comprimidos devem ser tomados com alguma água. O tratamento com metocarbamol deve ser o mais curto possível. Quando a dor desaparecer, a administração do medicamento deverá ser descontinuada. Adultos: 2 comprimidos, a cada 4-6 horas (quatro a seis vezes ao dia), dependendo da gravidade dos sintomas. A dose máxima de 12 comprimidos em 24 horas não deve ser excedida. A duração do tratamento depende dos sintomas induzidos pelo aumento do tónus muscular, mas não deve exceder 30 dias. **Populações especiais**: Em doentes com insuficiência renal a dose deve ser reduzida, dependendo da taxa de filtração glomerular: TFG 10-50 ml/min - 1 comprimido a cada 6 horas; TFG < 10 ml/min - 1 comprimido a cada 8 horas. Em caso de insuficiência hepática, a dose de 2 g de paracetamol/ 24 horas não deve ser excedida (máximo de 6 comprimidos/dia, divididos em 3-6 doses). Como a semivida de eliminação do metocarbamol pode ser superior nestes doentes, poderão ser necessários intervalos mais longos entre as doses. Em doentes idosos foi observado um aumento da semivida de eliminação do paracetamol, sendo metade da dose de metocarbamol suficiente para obter resposta terapêutica. Assim, recomenda-se reduzir a dose para 1 comprimido a cada 4 horas ou 2 comprimidos a cada 8 horas. **Contraindicações**: Hipersensibilidade às substâncias ativas (metocarbamol, paracetamol) ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1; estado de coma ou pré-coma; lesões cerebrais conhecidas; história de convulsões ou epilepsia; miastenia grave. **Advertências e precauções especiais de utilização**: A utilização concomitante de mais de um medicamento contendo paracetamol pode causar intoxicação. Os doentes devem ser alertados para o risco de intoxicação devido à ingestão concomitante de mais do que um medicamento contendo paracetamol. A toxicidade induzida pelo paracetamol pode ocorrer devido à ingestão de uma sobredosagem única ou devido à acumulação após ingestão repetida de doses elevadas de paracetamol. Este medicamento deve ser administrado com precaução e o tratamento prolongado em doentes com deficiência de glucose-6-fosfato desidrogenase, anemia, doença cardíaca ou pulmonar dever ser evitado. A utilização em doentes que consomem regularmente álcool (três ou mais bebidas alcoólicas por dia) pode causar lesões no fígado. Os alcoólicos crónicos não devem tomar mais de 2 g de paracetamol por dia (máximo de 5 comprimidos por dia). Durante o tratamento com paracetamol não deve ser ingerido álcool. É aconselhável precaução em doentes asmáticos sensíveis ao ácido acetilsalicílico, uma vez que foi notificado broncoespasmo ligeiro após toma de paracetamol (reação cruzada) (ver secção 4.8 Efeitos indesejáveis); embora esta situação tenha sido reportada numa minoria destes doentes, pode levar a reações graves, especialmente após a toma de doses elevadas. **Interações medicamentosas e outras formas de interação**: O metocarbamol pode aumentar os efeitos de outros depressores e estimulantes do sistema nervoso central, incluindo álcool, barbitúricos, anestésicos e inibidores de apetite. O metocarbamol pode também potenciar os efeitos de anticolinérgicos, como a atropina, e de alguns medicamentos psicotrópicos. O metocarbamol pode inibir o efeito do brometo de piridostigmina. Assim, deve ser utilizado com precaução em doentes com miastenia gravis tratados com inibidores da acetilcolinesterase. O paracetamol é metabolizado no fígado e os metabolitos hepatotóxicos resultantes podem interagir com medicamentos que utilizem as mesmas vias metabólicas. **Consulte informação completa no RCM disponível em https**://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml ou www.faesfarma.pt Efeitos indesejáveis: O efeito indesejável mais frequentemente notificado com metocarbamol é a dor de cabeça. Os efeitos indesejáveis notificados com maior frequência durante a utilização de paracetamol são hepatotoxicidade, toxicidade renal, doenças do sangue, hipoglicemia e dermatite alérgica. **Para informação completa de classes de sistemas de órgãos e frequência deverá consultar as tabelas no RCM disponível em** https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml ou www.faesfarma.pt

Data da revisão do texto: Abril/2024. Medicamento Sujeito a Receita Médica não comparticipado. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: Sítio da internet: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoram (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos - Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil, 53 - 1749-004 Lisboa | Tel.: +351 21 798 73 73 | Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita) | E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt

Para mais informações deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado: Faes Farma Portugal, S.A., Rua Elias Garcia, 28, 2700-327 Amadora – Portugal www.faesfarma.pt

FAES FARMA

Faes Farma Portugal, S.A.
Rua Elias Garcia, 28 · 2700-327 Amadora · NIPC: 500 162 220 · www.faesfarma.pt

2036-RBX-2025-1 | Material promocional aprovado em fevereiro de 2025

Resumos | Comunicações Orais

09:00-10:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS I** 20 de fevereiro

Moderadoras: Dra. Carina Antunes e Dra. Sara Sousa Oliveira

CO 01

USO DE FÁRMACOS ANTIDEPRESSIVOS EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA SOB TAMOXIFENO – IMPACTO NA MORTALIDADE E RECORRÊNCIA

Bárbara Alvarenga[1]; Mariana Macieira[2]; Rita Silva[3]; Mário José Gomes[1]; Margarida Pereira[2]; Margarida Rosado[3]
[1]USF Faria Guimarães; [2]USF Azevedo Campanhã; [3]USF Lindo Vale

Introdução: O cancro da mama é a neoplasia mais prevalente a nível global, frequentemente associada a comorbilidades como depressão e ansiedade. O tamoxifeno, tratamento hormonal utilizado em alguns cancros, pode ter a sua eficácia comprometida por antidepressivos que inibem a enzima CYP2D6, necessária para a sua ativação. Esta revisão visa analisar o impacto dos antidepressivos na mortalidade e recorrência do cancro da mama em mulheres sob tamoxifeno.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de revisões sistemáticas, meta-análises, estudos observacionais e ensaios clínicos aleatorizados publicados entre 2009 e 2024, nas línguas portuguesa e inglesa e indexadas na PubMed e Cochrane. Os termos MeSH utilizados foram *breast cancer*, *tamoxifen* e *antidepressant*. Para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT). Esta revisão seguiu a orientação das *guidelines Preferred Reporting Items of Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA).

Resultados: A pesquisa inicial obteve 99 artigos, contudo apenas 10 cumpriam os critérios de inclusão e exclusão: 2 revisões sistemáticas, 7 estudos observacionais e 1 ensaio clínico aleatorizado.

Conclusão: A análise dos artigos e da evidência científica atual não mostra consenso sobre o impacto dos antidepressivos na mortalidade e recorrência em doentes com cancro da mama sob tamoxifeno. Conclui-se, no entanto, que deve ser dada preferência aos antidepressivos com pouca ou nenhuma inibição do CYP2D6, como o escitalopram e a venlafaxina, em detrimento de inibidores fortes como a fluoxetina e paroxetina.

CO 03

UMA INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA A MIMETIZAR UM AVC

Beatriz Serpa Pinto; Francisca Ornelas; Mariana Santos
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Enquadramento: As interações medicamentosas são frequentemente motivo de ida ao Serviço de Urgência (SU) e podem constituir ameaça para o doente, podendo originar ausência de efeito/efeitos tóxicos dos fármacos. O aumento da esperança média de vida, das comorbidades e da polimedicação são fatores que contribuem para o aumento do risco de interações. Conhecer este risco é fundamental no momento de nova prescrição de forma a reduzir as interações.

Descrição de caso: Doente do sexo masculino de 66 anos com antecedentes de Hipertensão Arterial e Epilepsia, medicado com Olmesartan medoxomilo 20mg, Levetiracetam 750mg e Carbamazepina 600mg. Em Janeiro de 2024, recorreu à consulta de vigilância com o Médico de Família(MF) com o resultado do estudo endoscópico que mostrava positividade para *Helicobacter pylori (HP).* Foi prescrito um esquema de erradicação com esomeprazol 40mg, amoxicilina 1000mg, metronidazol 250mg e claritromicina 500mg. No quinto dia de tratamento recorreu ao MF por desequilíbrio na marcha, fala arrastada, tonturas e descoordenação motora com 24 horas de evolução. Ao exame objetivo, o doente apresentava-se apirético, normotenso, normocárdico e eupneico. No exame neurológico, destacou-se diminuição da força à esquerda (mais no

membro inferior esquerdo), com dismetria na prova dedo-nariz bilateralmente. Por suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) foi chamado o INEM. À chegada ao SU, o doente encontrava-se consciente mas com nistagmo horizonto-rotatório *gaze-evoked* na levoversão e dextroversão, reflexos cutâneo plantares em fuga e dismetria na prova dedo-nariz, com predomínio esquerdo. Realizou TAC e angio-TC crânio-encefálicas sem alterações. Do estudo analítico realizado, destacou-se níveis tóxicos de carbamazepina. Foi assumida toxicidade da carbamazepina. Fez fluidoterapia e teve alta com indicação para redução da dose de carbamazepina, suspensão do macrólido e observação pelo MF para prescrição de novo esquema de erradicação.
Discussão: A carbamazepina é metabolizada pelo citocromo P450. Sendo a claritromicina metabolizada pelo mesmo citocromo, ocorre inibição competitiva dos fármacos, resultando no aumento de carbamazepina, podendo atingir níveis tóxicos. A toxicidade da carbamazepina apresenta-se com um quadro neurológico podendo simular um AVC. Assim, deverá ser contra-indicada a utilização de claritromicina na erradicação de HP em doentes medicados com carbamazepina. Uma alternativa seria a terapêutica quádrupla com bismuto.

CO 04

EFICÁCIA DA IMUNOTERAPIA BACTERIANA NA PREVENÇÃO DE INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS RECORRENTES NA IDADE PEDIÁTRICA – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Rosana Senra Martins
ULS Barcelos e Esposende

Introdução: As infeções do trato respiratório (ITR) são muito frequentes em idade pediátrica, sendo motivo importante de absentismo laboral e escolar. A evicção dos fatores ambientais que predispõem ao risco de ITR é praticamente impossível, como tal, foram desenvolvidas ao longo dos últimos anos formas de imunoestimulação, como os lisados bacterianos. Em Portugal, apenas estão autorizados e comercializados o *OM-85, o Lantigen B* e o *LW 50020.*
Objetivo: Avaliar a eficácia da imunoterapia bacteriana na prevenção de ITR recorrentes na idade pediátrica, pela frequência de ITR.
Material e métodos: Revisão sistemática da literatura de ensaios clínicos randomizados que avaliem a eficácia da imunoterapia bacteriana isolada na prevenção de ITR recorrentes na idade pediátrica, com lisados bacterianos comercializados em Portugal, publicados em qualquer data.
Resultados: Sete estudos cumpriram os critérios de inclusão e compreenderam 1097 crianças, das quais 606 foram submetidas a intervenção. Destes, 4 foram classificados como de qualidade moderada e 3 como de qualidade alta. Seis estudos avaliaram a eficácia de OM-85 e todos verificaram menos ITR no grupo intervenção (p<0,05). Quatro estudos que avaliaram a prescrição de antibioterapia, verificaram menos antibioterapia no grupo intervenção com OM-85 e 1 estudo no grupo com LW50020 (p<0,05). Dois estudos que avaliaram o absentismo escolar, verificaram menor absentismo no grupo intervenção com OM-85 (p<0,05). Seis estudos descreveram os efeitos adversos, sendo estes em número reduzido e sobretudo sintomas gastrointestinais.
Conclusão: O OM-85 demonstrou eficácia na diminuição de infeções do trato respiratório recorrentes, em crianças, com um bom perfil de segurança. No entanto, são necessários mais estudos que incluam e comparem os diferentes lisados disponíveis.

CO 05

VULVOVAGINITE POR CANDIDA: QUANDO A ESPÉCIE IMPORTA

Bárbara Gameiro; Beatriz Serpa Pinto; Inês Ferreira; Francisca Ornelas; Maria Moreira
USF Serpa Pinto

Introdução: A candidíase vulvovaginal é uma das causas mais frequentes de prurido e corrimento vaginal. O tratamento deve ser aplicado a todas as doentes que se apresentem sintomáticas com evidência de infecção fúngica vaginal laboratorial ou microscópica.
Descrição: Mulher de 63 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e excesso de peso, medicada com dapagliflozina + metformina 5mg + 850mg e atorvastatina 20mg. Surge na consulta com queixas de prurido e corrimento vaginal branco e grumoso, com duas semanas de evolução. Tinha sido avaliada por colega há uma semana e medicada com fluconazol oral 150mg, duas tomas, e antifúngico tópico (clotrimazol 1% 5g), sem melhoria. Abstinência sexual desde há 5 anos, sem outras queixas associadas. Ao exame objectivo confirmado corrimento vaginal branco e espesso, inodoro, e eritema vulvar. Realizou exame bacteriológico de exsudado vaginal que revelou a presença de *Candida glabrata*. A utente foi medicada com óvulos de ácido bórico 600mg, uma vez ao dia, durante 14 dias. A prescrição foi realizada na PEM na secção de manipulados codificados, com 30% de comparticipação. Duas semanas depois, a utente apresentava-se com resolução clínica total do quadro.
Conclusão: As recomendações internacionais actuais apontam no sentido da necessidade de confirmar o diagnóstico de vulvovaginite, dado que nenhuma das suas manifestações clínicas é considerada patognomónica. Essa confirmação poderá ser através de microscopia ou de exames laboratoriais, através da colheita de exsudado vaginal. Apesar de classicamente se afirmar que 90% das candidíases são provocadas por Candida albicans, espécies Não-albicans como a Candida glabrata têm vindo a surgir com

maior frequência. Embora raramente sintomática, a presença de C. glabrata numa doente sintomática deve conduzir a uma marcha terapêutica específica, dada a resistência desta espécie às terapêuticas de primeira linha, como os azóis. Assim, a primeira linha de tratamento da C. glabrata passa pelo ácido bórico por via vaginal, na dose de 600mg, à noite, durante 14 a 21 dias. É importante realçar que o ácido bórico não deve ser prescrito a grávidas e pode ser fatal se ingerido por via oral. Tratamentos alternativos consistem em nistatina vaginal 100.000 unidades, creme de flucitosina 16% 5g ou anfotericina B 50mg em supositórios. A vulvovaginite é uma queixa muito frequente nos Cuidados de Saúde Primários. Dado que a maioria das candidíases são provocadas por *Candida albicans*, é frequente assumir-se o diagnóstico clínico e medicar de acordo. No entanto, os médicos de família devem estar atentos à possibilidade de se tratar de uma espécie resistente ao tratamento habitual e vigiar a evolução clínica destas infecções.

CO 06

ACESSIBILIDADE AO MÉDICO DE FAMÍLIA, CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR E RECURSO À INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ – UM ESTUDO PILOTO

Alysha Amad[1]; Miguel Ambaram[2]; Rita Sebastião[1]; Nelson Calado[2]
[1]USF da Luz, ULS Santa Maria; [2]USF Alvalade, ULS Santa Maria

Introdução: Em Portugal, a interrupção voluntária da gravidez (IVG) por opção da mulher é legal até às 10 semanas + 6 dias de gestação (Lei 16/2007). A legislação exige a realização de consultas prévias para acompanhamento do processo, aconselhamento contracetivo e um período de reflexão obrigatório. Embora a taxa de IVG tenha diminuído nos últimos anos, 2022 registou um aumento de 15% em relação ao ano anterior, destacando a importância de uma análise sobre os fatores que influenciam este fenómeno.
Objetivos: O objetivo deste estudo é avaliar a associação entre o acesso ao Médico de Família (MF) e a consultas de Planeamento Familiar (PF) com o recurso a IVG.
Material e métodos: Foi realizada uma análise dos registos clínicos de 204 mulheres que recorreram à consulta de IVG numa ULS em julho de 2024, obtendo-se uma amostra aleatória de 127 mulheres após aplicação dos critérios de exclusão. Foram recolhidos dados sociodemográficos, histórico de vigilância em PF, acesso a MF e informação sobre os métodos contracetivos adotados após a IVG.
Resultados e conclusões: Da amostra em estudo, constituída por mulheres entre os 15 e os 45 anos, apenas 52.8% eram de nacionalidade portuguesa, 16.5% tinham acompanhamento prévio em consultas de PF (das quais 52.4% em contexto privado) e 56.1% não tinham MF. Realçamos que 32.3% das mulheres já tinham realizado pelo menos uma IVG anterior. Após a IVG, 55.2% adotaram métodos contracetivos de longa duração, com uma maior preferência por implantes hormonais (31.5%) e dispositivos intrauterinos hormonais (21.3%). Contudo, 15% das utentes saíram da consulta sem nenhum método contracetivo, com a maioria a faltar à consulta de reavaliação.
Os dados revelam a importância do acesso a MF e consultas de PF na prevenção de gravidezes indesejadas. A ausência de acompanhamento prévio em PF sugere falhas no acesso aos Cuidados de Saúde Primários, sobretudo em grupos vulneráveis. Este estudo reforça ainda a necessidade de formação contínua dos MF no aconselhamento contracetivo e particularidades culturais relacionadas com saúde sexual e reprodutiva. Assim, as políticas de saúde pública devem focar-se na facilitação do acesso a consultas de PF, com vista a reduzir as gravidezes indesejadas e melhorar a saúde reprodutiva

CO 08

CÁLCULO DO SCORE2 NUMA POPULAÇÃO OBESA: UM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Rosana Senra Martins; Inês Torres; Juliana Magalhães; Mariana Monteiro; Mariana Mota; Márcia Pereira; Tomé Rocha
ULS Barcelos e Esposende

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de mortalidade em Portugal. Em 2021, a Sociedade Europeia de Cardiologia recomendou a utilização do *Systematic Coronary Risk Estimation 2* (SCORE2) para determinar o risco cardiovascular (RCV), em indivíduos com 40 a 69 anos. Um dos principais fatores de RCV modificáveis é a adiposidade, pelo que se recomenda a avaliação sistemática do RCV nas pessoas com obesidade.
Objetivos: Avaliar o cálculo do SCORE2 nos utentes com obesidade e 40 a 49 anos. Determinar o controlo dos fatores de RCV e o seguimento por nutricionista. Verificar se existem diferenças entre os doentes com e sem HTA.
Métodos: Estudo observacional, transversal, multicêntrico. Os critérios de inclusão foram: inscrição ativa nas USF; consulta médica presencial na USF de inscrição; idade entre 40 e 49 anos (inclusive) e último registo de IMC ≥ 30 kg/m^2. Foram excluídos os utentes com último registo de IMC prévio a 01-07-2021 ou cujo cálculo de SCORE2 não seja possível. Todos os utentes cumpriam os critérios foram incluídos.
Resultados: Foram incluídos 663 utentes no estudo, sendo a maioria do sexo feminino, portugueses e com obesidade classe 1. Tendo em conta os valores normais: 33.9% dos utentes tinham um CT >200; 57.3% tinham um c-HDL <50 e 23.5% tinham TG >150 e 66.0% tinham um c-LDL >100 mg/dL. O SCORE2 foi calculado em 3.5% dos utentes, e quando calculado para todos, a mediana do SCORE2 foi 1.7 +/- 1.7 %, variando entre 0.4% e 11.7%. A maioria dos utentes apresentavam um c-LDL inadequado, e destes, apenas 17.2% estavam sob terapia antidislipidemiante. O IMC, a TAS e o SCORE2 eram superiores nos

utentes com avaliação do SCORE2. A GJ, o CT, os TG, a TAS, o SCORE2 e o PAb eram superiores e o c-HDL era inferior nos utentes com c-LDL não controlado. Dentro das terapêuticas antidislipidemiantes usadas destacam-se a atorvastatina 10 e 20 mg e sinvastatina 20 mg, independentemente do controlo do c-LDL. Nos hipertensos, os TG e o SCORE2 eram superiores e o c-HDL era inferior. Já o CT e c-LDL eram superiores nos não hipertensos. No entanto, verificou-se uma associação praticamente nula entre a HTA e o c-LDL adequado.

Conclusão: A maioria dos obesos tem perfil lipídico inadequado, nomeadamente c-LDL e c-HDL. O cálculo do SCORE2 é muito pouco efetuado, e tendencialmente em doentes com mais fatores de RCV. Apesar de c-LDL inadequado, continuam a medicar-se poucos utentes com antidislipidemiantes e utilizarem-se as mesmas estatinas, independentemente do controlo. A junção de várias comorbilidades num só doente deve exigir uma vigilância mais apertada dos vários FRCV, mesmo na ausência de HTA, e um empenho no seu controlo simultâneo. A consulta de nutrição é uma ferramenta crucial para apoio nas medidas não farmacológicas de controlo do RCV. No entanto, é pouco utilizada e em grande parte das referenciações, recusada.

08:30-09:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS II** 21 de fevereiro

Moderadoras: Dra. Francisca Andrade e Dr. Miguel Martins da Cunha

CO 09

DOENÇAS REUMÁTICAS AUTO-IMUNES: O RISCO CARDIOVASCULAR E A PRESCRIÇÃO HIPOLIPEMIANTE

Alexandra Ramos Rodrigues; André Prior; Soraia Vaz Osório; Rita Félix; Carlos Pedro Mendes
USF João Semana

Introdução: Doenças reumáticas auto-imunes, como a artrite reumatóide, artrite psoriática, lúpus eritematoso sistémico e espondilartrite associam-se a um risco aumentado de eventos cardiovasculares. Por esse motivo, estas doenças inflamatórias crónicas deverão ser abordadas como modificadores de risco cardiovascular (CV). O cálculo do mesmo será um passo importante em consulta, de forma a implementar estratégias farmacológicas e não farmacológicas adequadas a cada utente.

Objetivos: Principal: avaliar o risco CV e respetivo alvo de LDL em utentes com doença reumática auto-imune (artrite reumatóide, artrite psoriática, lúpus eritematoso sistémico e espondilartrite), com base em ferramentas de cálculo, nomeadamente SCORE2, SCORE2-Diabetes e SCORE2-OP. Secundário: avaliar a prescrição de terapêutica hipolipemiante nestes utentes.

Material e métodos: Estudo observacional transversal retrospetivo.

Critérios de inclusão: todos os utentes adultos inscritos numa Unidade de Saúde Familiar, com diagnóstico codificado, segundo ICPC-2: L88 (Artrite reumatóide/seropositiva) e/ou L99 (Doença do aparelho músculo-esquelético outra), com pelo menos 1 registo em consulta compatível com diagnóstico de artrite reumatóide, artrite psoriática, lúpus eritematoso sistémico ou espondilartrite; com dados dos últimos 24 meses de perfil lipídico, hábitos tabágicos e registo de pressão arterial.

Critérios de exclusão: não cumprir os critérios de inclusão supramencionados; idade ou valores de ficha lipídica que não permita cálculo de risco CV.

Posteriormente, calculado risco CV (SCORE2, SCORE2-Diabetes e SCORE2-OP) dos utentes, aferição de alvo LDL e análise da terapêutica hipolipemiante. Dados recolhidos no MIM@UF®, SClínico®, PEM® e analisados com recurso ao Excel®. Estudo aprovado pela Comissão de Ética local.

Resultados e conclusões: 71 utentes cumpriam os critérios mencionados para inclusão no estudo, dos quais 77% são do sexo feminino (n=55) e 23% sexo masculino (n=16), com média de idades de 62 anos. Destes, 77% (n=55) têm um valor de LDL fora do alvo, de acordo com o risco CV calculado, sendo que 42% (n=23) estão atualmente medicados com estatina. Estes valores servem, por um lado, de alerta para prescrição de tratamento não farmacológico e farmacológico nesta população, pois apenas 23% (n=16) tem valores de LDL adequados ao seu risco CV e, por outro lado, para otimizar a dosagem da terapêutica, quando esta já está instituída. Espera-se que este trabalho seja um ponto de partida para formulação de estratégias de melhoria, dado o impacto dos eventos cardiovasculares na morbimortalidade da nossa população.

CO 10

INIBIDORES SGLT2 NO TRATAMENTO DA ESTEATOSE HEPÁTICA EM PESSOAS SEM DIABETES – QUAL A EVIDÊNCIA?

Maria Coelho Moreira; Bárbara Gameiro; Beatriz Serpa Pinto; Francisca Ornelas; Inês Ferreira; Ana Castanheira
USF Serpa Pinto

Introdução: A doença hepática esteatótica associada a disfunção metabólica (MASLD), previamente conhecida como não alcoólica (NAFLD), é uma condição comum, que

traduz a acumulação de gordura a nível hepático e que se associa a obesidade, insulinorresistência e diabetes mellitus (DM) tipo 2. A sua evolução pode originar esteato-hepatite, cirrose e carcinoma hepatocelular. À exceção de alterações do estilo de vida e perda de peso, não existem abordagens farmacológicas aprovadas para a gestão desta condição. Diversos estudos têm demonstrado um efeito benéfico dos inibidores do co-transportador de sódio e glucose 2 (iSGLT2) em doentes com diabetes e MASLD/NAFLD concomitante.

Objetivos: Analisar a evidência científica atual sobre o efeito dos iSGLT2 na MASLD/NAFLD em pessoas sem DM.

Material e métodos: Revisão sistemática realizada em novembro de 2024, nas bases Pubmed e Cochrane, de artigos publicados em língua inglesa nos últimos 10 anos, utilizando uma combinação dos termos *sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor, ertugliflozin, canagliflozin, empagliflozin, dapagliflozin, fatty liver disease,* NAFLD, MASLD, NASH, MASH e *steatosis.* Critérios de inclusão: tipologia: estudos primários; intervenção: iSGLT2; população: doentes com MASLD/NAFLD, sem DM; *outcomes*: parâmetros metabólicos e hepáticos.

Resultados e conclusões: Dos 613 artigos obtidos, 136 foram submetidos a leitura integral e 4 preencheram os critérios de inclusão: 3 estudos randomizados controlados (RCT) e 1 estudo transversal. No total, 223 pessoas com MASLD/NAFLD, sem diabetes, foram intervencionadas com empagliflozina (n=2), na dose 10 mg por dia, ou dapaglifozina (n=2), na dose 10 mg por dia, sendo que a duração do tratamento variou entre 75 dias e 52 semanas. Foi verificada alguma heterogeneidade nos *outcomes* avaliados, com todos os artigos a reportar parâmetros antropométricos e laboratoriais e apenas dois a avaliar variações na gordura e/ou fibrose hepáticas através de métodos imagiológicos. Todos os estudos demonstraram uma redução estatisticamente significativa no peso corporal e nos valores de aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) no final do período de tratamento, com 2 estudos observar uma redução significativa dos níveis de ferritina. Em 2 estudos, a empaglifozina reduziu o conteúdo hepático de gordura quando comparada com placebo, e 1 estudo mostrou uma redução significativa da fibrose hepática. Não foram observados efeitos adversos major no grupo intervencionado com iSGLT2.

Os resultados parecem indicar um potencial efeito benéfico dos iSGLT2 na melhoria dos parâmetros hepáticos de doentes com MASLD/NAFLD sem DM, além de um bom perfil de tolerância e segurança. No entanto, são necessários estudos de larga escala de modo a obter evidência robusta sobre os efeitos hepáticos e segurança a longo prazo dos iSGLT2 em pacientes com MASLD/NAFLD sem DM.

CO 11

O DESAFIO DO MÉDICO DE FAMÍLIA: ENTRE A EVIDÊNCIA E A PRÁTICA CLÍNICA

Rita Vale Lima; Filipa Alves Ribeiro; Carlota Afonso
USF Ronfe

Introdução: A osteoporose é uma doença crónica que se caracteriza pela perda de massa e deterioração da microarquitetura ósseas, resultando no aumento do risco de fratura. A ferramenta FRAX® é utilizada para rastreio e para avaliar o risco de fratura, enquanto que a osteodensitometria óssea (DEXA) avalia a densidade mineral óssea (DMO). A literatura científica tem apresentado evidência sobre o potencial benefício da combinação de ambos os métodos para o cálculo do risco individual de fratura. Adicionalmente, reforça a necessidade de otimizar as ferramentas já existentes.

Descrição: Mulher de 78 anos, autónoma. Antecedentes de excesso de peso, HTA, AVC isquémico, osteoartrose dos joelhos e malformação Arnold-Chiari I. Medicada com olmesartan 20 mg, atorvastatina 20 mg e ácido acetilsalicílico 100 mg. Recorreu a consulta de rotina para vigilância da HTA. Foi avaliada, de forma oportunística, a presença de fatores de risco para a osteoporose, neste caso somente a idade, e o risco de fratura pela ferramenta FRAX® sem DEXA. O risco de fratura major e da anca a 10 anos foi de 13% e de 5,2%, respetivamente, o que favorecia o início imediato de tratamento farmacológico. Apesar das recomendações nacionais, o confronto com estudos científicos mais recentes levou-nos a prosseguir o estudo com a DEXA. Após quatro meses, a utente trouxe os resultados da DEXA, que revelaram um T-SCORE do colo do fémur +1.0 e da coluna lombar +1.4, ambos considerados normais. O risco de fratura major e da anca a 10 anos, calculado através da FRAX® com DEXA, foi de 7,1% e 1,5%, respetivamente, o que conferia um risco baixo. Atendendo aos resultados obtidos e à ausência de outros fatores de risco, além da idade avançada, foram aconselhadas medidas preventivas, como o exercício físico, a dieta rica em cálcio e foi prescrita a suplementação com vitamina D.

Conclusão: As fraturas osteoporóticas são frequentes nos idosos e apresentam uma significativa morbimortalidade, sendo comumente a primeira manifestação da osteoporose. Deste modo, é fundamental apostar na prevenção, bem como na deteção precoce desta patologia e na identificação dos indivíduos de alto risco. O presente caso clínico demonstra a dificuldade que o médico de família enfrenta na prática clínica ao decidir com base nas ferramentas e evidências disponíveis. Cabe, portanto, ao médico de família a atualização constante e a avaliação criteriosa da evidência.

CO 12

GESTÃO DO PERFIL LIPÍDICO E TERAPÊUTICA ANTIDISLIPIDÉMICA NA POPULAÇÃO DIABÉTICA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR EM FUNÇÃO DA CATEGORIA DE RISCO CARDIOVASCULAR (SCORE2-DIABETES VERSUS SCORE)

André Cunha; João Correia; Joana Calheiros Lobo; Francisca Botelho Elias; Pedro Costa Leite; Catarina Brazão
USF RENASCER

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são uma importante causa de morbimortalidade e acarretam custos elevados. A DM2 é um fator de risco major, pelo que a estratificação do risco cardiovascular nos utentes diabéticos é imperativa, assim como o controlo dos fatores de risco cardiovascular, funções da responsabilidade dos CSP.

Objetivos: Pretendeu-se avaliar as características clínicas, o valor alvo de LDL em função da categoria de risco cardiovascular (RCV) e a terapêutica antidislipidémica numa amostra da população diabética tipo 2 de uma USF.

Métodos: Tratou-se de um estudo transversal com uma amostra aleatória de 245 utentes. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: registo do código de Diabetes não insulino-dependente (T90), idade entre 40 e 69 anos, nos 12 meses anteriores ter pelo menos uma consulta com registo do perfil lipídico e creatinina sérica. Como critérios de exclusão foram considerados: existência de DVC aterosclerótica (códigos K74, K75, K76, K89, K90, K91, K92, K93); TFG<45 ml/min/1,73m2; TFG 45-59 ml/min/1,73m2 e RACU 30-299mg/g; RACU≥300mg/g; presença de doença microvascular em pelo menos três locais diferentes (nefropatia, retinopatia e neuropatia).

Resultados: Quase 60% da população apresentava um valor LDL acima do alvo, da qual mais de 75% era de risco alto ou muito alto. Nos utentes com valor de LDL acima do alvo, mais de 25% não estava medicado e menos de 10% estava medicado com estatina de alta intensidade, em monoterapia ou em associação com ezetimiba. Dos que estavam medicados com associação de estatina de alta intensidade e ezetimiba, 78.9% tinha o valor de LDL dentro do alvo. Interessa referir que 5.6% dos utentes fora do alvo lipídico não tinha qualquer estatina prescrita, mas estava sob fenofibrato e/ou ezetimiba.

Em 56.7% dos casos, o nível de RCV atribuído pelo SCORE foi superior ao calculado pelo SCORE2-Diabetes, em 40% houve concordância e em apenas 3.3% o SCORE subestimou o nível de risco cardiovascular. Com o SCORE (*vs* SCORE2-Diabetes), 20% (*vs* 40.8%) dos utentes tinha o LDL dentro do alvo e 80% (*vs* 59.2%) não tinha (diferença estatisticamente significativa, p=0.014).

Conclusão: O nosso estudo revelou que uma grande proporção de utentes diabéticos tipo 2 desta USF tinha valores de LDL-C acima do valor alvo definido para o respetivo nível de risco cardiovascular e que a terapêutica antidislipidémica não estava otimizada, principalmente nas categorias de risco alto e muito alto, pelo que existe margem para intensificar terapêutica, nomeadamente com recurso a estatinas de alta intensidade e associações com ezetimiba.

O modelo SCORE demonstrou uma tendência de sobrestimação do risco cardiovascular a 10 anos face ao SCORE-2-Diabetes, pelo que consideramos que a sua atualização no Programa da Diabetes do SClínico dos CSP seria uma importante medida a adotar para melhorar a avaliação do risco cardiovascular dos utentes diabéticos tipo 2 seguidos nos CSP.

Resumos | Posters com Apresentação

11:00-11:30h APRESENTAÇÃO DE POSTERS 20 de fevereiro

POA 01

SEGURANÇA E TOLERABILIDADE DA COLCHICINA NA PREVENÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA DOENÇA CORONÁRIA

Luísa Belo Vieira; Joana G. Matias; Luís Rafael Afonso; Joana Fernandes
USF Herminius, ULS Cova da Beira

Introdução: O reconhecimento do papel central da inflamação na patogénese da doença aterosclerótica impulsionou o estudo de terapêuticas anti-inflamatórias como a colchicina na prevenção secundária da doença arterial coronária (DAC).

As atuais recomendações apontam o regime de baixa dose de colchicina como uma possibilidade de redução de risco cardiovascular (CV), especialmente se controlo insuficiente dos restantes fatores de risco e recorrência de eventos cardiovasculares em doentes com terapêutica otimizada.

No entanto, receios sobre a tolerabilidade da colchicina a longo prazo têm dificultado a sua aplicação clínica rotineira, tornando-se essencial uma revisão focada na segurança desta terapêutica.

Objetivos: Avaliar a evidência científica atual sobre a segurança e tolerabilidade da colchicina na prevenção de eventos CV em doentes com DAC.

Material e métodos: Seguindo as diretrizes PRISMA, foi realizada uma pesquisa sistemática nas bases PubMed, NHS e Cochrane Library para identificar estudos publicados entre 2022 e 2024 sobre segurança e tolerabilidade da terapêutica com colchicina em indivíduos com DAC. Os artigos foram selecionados com base em critérios rigorosos de inclusão e exclusão. A qualidade dos estudos e a força de recomendação da intervenção foram avaliadas usando a escala SORT.

Resultados e conclusões: A revisão inclui 10 artigos, abrangendo ensaios clínicos, meta-análises e revisões narrativas. A maioria dos estudos indica que a colchicina na dose de 0,5 mg/dia é bem tolerada. Os efeitos secundários mais comuns são gastrointestinais, levando à descontinuação em até 20% dos casos. O risco de interações medicamentosas é elevado em doentes com insuficiência renal, hepática ou uso concomitante de inibidores da CYP3A4, exigindo monitorização rigorosa. Alguns estudos sugeriram um ligeiro aumento no risco de infeções respiratórias e mortalidade não CV, especialmente em tratamentos prolongados.

A variabilidade na duração e desenho dos estudos limita a análise abrangente do perfil de segurança. São necessários estudos adicionais para confirmar a segurança a longo prazo e estabelecer protocolos de monitorização, especialmente para populações de alto risco.

Apesar destas limitações, os estudos de maior qualidade proporcionam uma base sólida para a recomendação moderada (Nível B) da colchicina em doses baixas como terapêutica adjuvante na prevenção secundária em doentes com DAC com controlo inadequado do risco inflamatório.

POA 02

NEM TODO O ACUFENO É IDIOPÁTICO – RELATO DE CASO DE SHUNT ARTERIOVENOSO DURAL

Jacinta Pereira[1]; Inês Nogueira Lima[1]; Isabel Chão[2]
[1]USF Lethes; [2]USF Gil Eanes

Introdução: O acufeno representa perceção do som junto à cabeça, na ausência de fonte externa. Se contínuo, pulsátil, unilateral, com perda auditiva súbita, tonturas, otalgia ou dor facial, merece referenciação urgente a Otorrinolaringologia. Pode ter causa idiopática, distúrbios vasculares/não vasculares, estar associado a doenças neurológicas, disfunção da trompa de eustáquio ou medicação ototóxica. Perante queixas de acufeno com as caraterísticas descritas, é importante que o Médico de Família (MF) fique alerta para uma maior gravidade.

Descrição: Homem, 61 anos, bancário, com antecedentes

de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade.
Em abril de 2024, recorre a consulta com a MF, por queixas de acufeno à direita pulsátil com aumento de intensidade. Negava hipoacusia, sintomas respiratórios agudos, exposição a ruídos ou ototóxicos. Na otoscopia apresentava cerúmen, sem alterações da membrana timpânica, referenciando-se a Otorrinolaringologia.
Por persistência das queixas em nova consulta, foi pedida TC cranioencefálica, para avaliação de lesões estruturais e audiograma com acufenometria, para exclusão de patologia do ouvido interno.
No exame imagiológico, destacava-se a existência de shunt arteriovenoso dural convergindo para o golfo da jugular e seio sigmóide.
Assim, foi pedida consulta de Neurocirurgia muito prioritária, tendo sido encaminhado a Neurorradiologia para realização de RMN e angiografia para melhor caraterização/classificação e possibilidade de tratamento.
Conclusão: O acufeno pode ter uma causa idiopática, mas certos casos podem sugerir patologia de maior gravidade, implicando uma elevada suspeita perante determinadas particularidades.
Neste sentido, destaca-se a importância do estudo e rápida orientação do MF para um diagnóstico e tratamento mais atempado e adequado.
Palavras-chave: Acufeno, pulsátil, shunt arteriovenoso dural.

POA 03

AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM UTENTES COM DPOC – REALIDADE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL

Maria Coelho Moreira; Bárbara Gameiro; Beatriz Serpa Pinto; Francisca Ornelas; Inês Ferreira; Elvira Teles Sampaio
USF Serpa Pinto

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) são duas das principais causas de morbimortalidade a nível mundial, com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e nos sistemas de saúde. Estudos recentes demonstram uma associação bidirecional entre estas patologias. Esta relação sublinha a necessidade de uma avaliação sistemática e precoce do risco cardiovascular (RCV) em pessoas com DPOC num contexto de prevenção de complicações e melhoria dos desfechos clínicos.
Objetivo: Avaliar a prevalência de doenças cardiovasculares e o risco cardiovascular nos doentes com DPOC, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF).
Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal. População: utentes inscritos na unidade de saúde familiar (USF) em estudo, com codificação ICPC-2 R95 e R79 como problema ativo no processo clínico eletrónico (PCE), à data de 31/12/2023. Critérios de inclusão: registo de status tabágico, perfil lipídico, pressão arterial (PA) e creatinina sérica no PCE do utente, em 2023. Critérios de exclusão: ausência de diagnóstico confirmado de DPOC. Variáveis em estudo: dados sociodemográficos, biométricos, perfil lipídico, comorbilidades e categoria de RCV. Colheita de dados: consulta do PCE. Análise estatística: programa SPSS®.
Resultados e conclusões: Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a população final em estudo totalizava 158 utentes, 67.6% do sexo masculino, média de 71.0 ± 10.7 ano. Na sua maioria tinham idade superior a 70 anos (54.3%) e eram fumadores ativos (49.7%) ou passados (33.1%). Relativamente ao peso corporal, 34.0% tinham excesso de peso e 15.6% obesidade. A maioria dos utentes apresentava bom controlo tensional (60,3%). Os valores medianos de colesterol total e HDL eram 176.5 mg/dL e 51.5 mg/dL e o valor médio de colesterol LDL (cLDL) 100.1 mg/dL. As comorbilidades mais frequentes eram a hipertensão arterial (61.5%) e a dislipidemia (60.8%). No que concerne à categoria de RCV, este era baixo a moderado em 12.8%, alto em 46.6% e muito alto em 40.5%, com 81.8% a apresentarem valores de cLDL superiores ao alvo.
Os resultados obtidos destacam a prevalência muito significativa de RCV elevado ou muito elevado em doentes com DPOC (87,1%). A elevada proporção de níveis de cLDL acima do alvo (81,8%) evidencia a necessidade de intervenções mais eficazes no controlo do RCV. Os achados deste estudo são concordantes com a literatura existente, que associa a DPOC a fatores de risco cardiovasculares como tabagismo, obesidade e dislipidemia, e maior prevalência no sexo masculino e em idosos.
O presente estudo sublinha a importância do rastreio sistemático do RCV e da abordagem e controlo dos fatores de risco, nas pessoas com DPOC. É fundamental promover intervenções precoces, direcionadas e baseadas na evidência, que visem reduzir o impacto das DCV nesta população de elevado risco.

POA 04

PARA ALÉM DO PRURIDO: UM RELATO DE CASO DE LINFOMA DE HODGKIN

João Miguel Ferreira Santos; Céline Gama; Rita Carvalho
USF Terras de Ferreira

Prurido é uma queixa frequentemente apresentada pelos doentes. Embora os mecanismos fisiopatológicos não sejam totalmente compreendidos, é uma possível manifestação de diversas patologias, não exclusivamente dermatológicas. O linfoma de Hodgkin (LH) é um cancro com origem no sistema linfático que pode apresentar-se com adenopatias, sintomas B e prurido.
Este trabalho descreve um caso de LH e alerta para a importância do prurido como manifestação inicial da doença. Homem, 67 anos, com antecedentes de DM tipo 2. Apre-

sentou-se na consulta em fevereiro/2023 com queixas de prurido intenso generalizado, de agravamento noturno, sem melhorias com uso de bilastina. Ao EO com diversas micropápulas eritematosas, escoriações e suspeita de trajetos subcutâneos. Foi medicado com hidroxizina, benzoato de benzilo e creme hidratante por suspeita de escabiose. Por persistência das queixas, 15 dias depois, foi medicado com enxofre precipitado a 6%.

Um mês depois, por ausência de melhoria do prurido, regressou à consulta, mantendo micropápulas a nível dos joelhos e lesões de coceira generalizadas. Foi solicitado EA que revelou anemia normocítica normocrómica e neutropenia de novo, com hipereosinofilia, e trombocitopenia. Neste contexto, foi avaliado por Dermatologia e realizou biópsia cutânea que se revelou inconclusiva.

Em abril/2023, por quadro de odinofagia e otalgia esquerda com adenopatias cervicais, foi internado para antibioterapia por suspeita de supraglotite aguda. O TC cervical mostrava a presença de abcesso parafaríngeo esquerdo e gânglios cervicais aumentados, de provável natureza reativa. Foi realizada amigdalectomia esquerda e drenagem do abcesso. Passados 3 meses, novo internamento por tumefação submandibular à esquerda, desta vez submetida a biópsia aspirativa - estudo microbiológico e resultado anatomopatológico negativos. Foi posteriormente reavaliado imagiologicamente mantendo a presença de adenopatias submandibulares, cervicais, supraclaviculares e retroperitoneais e realizou biópsia aspirativa de gânglio cervical cujo resultado confirmou LH clássico.

Durante este período nunca manifestou sintomas B e o prurido foi controlado com recurso a anti-histamínicos e corticoide tópico.

O prurido no contexto de LH é um exemplo de como sintomas aparentemente benignos podem associar-se a condições mais graves e ser a sua manifestação inicial. Assim, o seu reconhecimento como possível apresentação de doença oncológica pode ser crucial para o diagnóstico e tratamento precoce, com impacto no prognóstico.

POA 05

MERALGIA PARESTÉSICA – UM DIAGNÓSTICO A RELEMBRAR

Maria Coelho Moreira; Bárbara Gameiro; Inês Ferreira; Ana Castanheira
USF Serpa Pinto

Introdução: A abordagem de alterações da sensibilidade carece de uma anamnese e exame físico completos e minuciosos, que, aliados ao conhecimento da anatomia do sistema sensitivo, permitirão localizar as estruturas afetadas, evitando meios complementares de diagnóstico desnecessários.

Descrição: Sexo masculino, 41 anos, com antecedentes de litíase renal e doença de refluxo gastroesofágico, sem medicação habitual. Recorre a consulta aberta por quadro de hipostesia e parestesia com 1 semana de evolução, que localiza à face anterolateral da coxa direita. Refere dor coxofemoral bilateral, com cerca de 2 semanas de evolução, sem irradiação ou fatores agravantes ou aliviantes. Nega traumatismo, alterações da marcha ou outra sintomatologia de relevo. Objetivamente apresentava índice de massa corporal (IMC) de 23,9. Ao exame neurológico, apresentava diminuição da sensibilidade tátil na face anterolateral da coxa direita, com distribuição em formato oval de 15 x 10 cm de dimensão. Sem alterações da sensibilidade proprioceptiva, força ou marcha. Ausência de outros sinais neurológicos focais. Apresentava-se vestido com calças de ganga justas e cinto. Perante os achados foi realizado o diagnóstico de meralgia parestésica e o doente foi tranquilizado, aconselhado evitar utilizar cintos e roupa apertados e instruído a recorrer novamente em caso de manutenção prolongada dos sintomas ou de aparecimento de outros sintomas neurológicos de novo. Apesar da informação transmitida, o utente insistiu na realização de exames complementares uma vez que teria indicação para realizar ecografia reno-vesical em contexto de vigilância de litíase urinária. Assim, combinou-se a possibilidade de prescrição de tomografia computadorizada lombar em caso de manutenção ou agravamento das queixas. Não houveram contactos subsequentes do utente.

Conclusão: A meralgia parestésica caracteriza-se por dor, parestesias e hipostesia unilaterais da face anterolateral da coxa. Esta entidade resulta da compressão do nervo cutâneo femoral ao longo do seu trajeto, sendo este um nervo sensitivo proveniente das raízes nervosas L2 e L3 que derivam do plexo lombar. A compressão ocorre maioritariamente a nível do ligamento inguinal, sendo frequentemente provocada por panícula adiposa extensa, por roupa e cintos apertados, pela carteira ou até mesmo pelo apoio prolongado da coxa contra um banco ou mesa. Pretende-se com o presente caso relembrar esta entidade benigna e autolimitada, de diagnóstico clínico, e cujo tratamento assenta na educação do doente e na adoção de medidas que evitem a compressão do nervo cutâneo femoral, nomeadamente através da perda de peso corporal. Perante a persistência de sintomas poderão ser prescritos fármacos anticonvulsivantes como carbamazepina e gapentina, bloqueio anestésico do nervo ou cirurgia como última linha.

POA 06

ANEMIA GRAVE PERNICIOSA: UM RELATO DE CASO

Andreia Pacheco; Leonor Raposo
USF Conde de Oeiras

Introdução: A anemia perniciosa é uma patologia pouco frequente e com manifestações clínicas subtis e inespecíficas que podem atrasar o diagnóstico.
Descrição: Homem, 36 anos, melanodérmico, trabalhador na área da construção civil. Integra uma família nuclear, na fase V do ciclo de Duvall. Sem antecedentes patológicos relevantes e medicação habitual. Recorre a uma consulta aberta nos Cuidados de Saúde Primários por queixas de astenia e cansaço, associado a maior dificuldade em realizar carga nas atividades laborais, com três meses de evolução. Concomitantemente queixava-se de sensação febril não objetivada desde há dois dias acompanhada de congestão nasal, rinorreia e mialgias. Negava outros sintomas como tosse, toracalgia, dispneia, febre, náuseas, dor abdominal ou perdas hemáticas. Ao exame objetivo, apresentava-se apirético, com saturação de O2 de 98% em ar ambiente, tensão arterial de 108/79 mmHg; frequência cardíaca de 82 bpm. Pele pálida, mucosas descoradas. Objetivou-se um episódio de vómito em consulta. Neste contexto foi pedido estudo analítico urgente. No dia seguinte, o utente foi contactado pelo laboratório, onde havia realizado as análises, que encaminhou para o Serviço de Urgência por apresentar na avaliação analítica pancitopénia com Hb 4.7 g/dL, leucócitos 3.4x10^9/L e plaquetas 78x10^9/L, VGM 101.9 fL. No hospital apresentava anemia, leucopénia, trombocitopénia, défice de vitamina B12 (<74 pmol/L), folatos (25,3 nmol/L), bilirrubina total 2.12 mg/dL, bilirrubina direta 0.58 mg/dL, LDH 5273 U/L, haptoglobina <10 mg/dL. Coombs direto fraco, ANCAs negativos, eletroforese das proteínas sem alterações de relevo e anticorpos anti-célula parietal e fator intrínseco positivo. Foi internado na Unidade de Cuidados Intermédios. Iniciou reposição de cianocobalamina intramuscular. Assumido o diagnóstico de anemia grave perniciosa com hemólise intramedular. O utente teve alta clínica ao fim de sete dias de internamento medicado com cianocobalamina intramuscular de quinze em quinze dias em hospital de dia. Posteriormente realizou endoscopia digestiva alta que excluiu tumor neuroendócrino concomitante. Dois meses após a alta, na consulta de Medicina Interna, o utente apresentava-se assintomático, com resolução da anemia, e com vitamina B12 e folatos corrigidos.
Conclusão: Apesar da anemia perniciosa ser uma doença potencialmente tratável, o diagnóstico muitas vezes é tardio devido à sua apresentação insidiosa. As deteções precoces podem evitar desfechos adversos.

POA 07

TESTOSTERONA COMO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Catarina Brazão; Francisca Botelho Elias; Pedro Costa Leite; André Cunha; Joana Calheiros Lobo
USF Renascer

Introdução/Objetivos: A disfunção sexual feminina (DSF) tem um impacto significativo na qualidade de vida das mulheres, especialmente daquelas em menopausa e, segundo a DSM-5, pode ser categorizada em três domínios: transtorno de interesse/excitação sexual, perturbação do orgasmo e dispareunia, ou transtorno da penetração.
Metodologia: A pesquisa bibliográfica foi realizada na PubMed, *Cochrane Library, National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), e *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE). Utilizando os termos MeSH *"female sexual dysfunction" AND "testosterone",* foram selecionadas revisões sistemáticas, metanálises e ensaios clínicos randomizados publicados em português, espanhol, inglês e italiano, entre 2014 e 2024, que incluíssem mulheres adultas diagnosticadas com DSF e tratadas com testosterona. Os estudos com mulheres com antecedentes de doença oncológica, tratadas com outros fármacos além da testosterona isolada, ou potencialmente causadores de disfunção sexual foram excluídos.
Resultados/Conclusão: Foram identificados 637 estudos, sendo que após análise de títulos e resumos, 613 foram excluídos. Dos 24 estudos restantes, 7 foram excluídos por indisponibilidade de texto completo e 11 após revisão. A avaliação dos 6 estudos incluídos demonstrou que apesar da terapêutica com testosterona ser promissora na melhoria da função sexual, são necessários mais estudos para estabelecer a dose, duração de tratamento e segurança a longo prazo, principalmente a nível cardiovascular. A terapêutica com testosterona parece melhorar a satisfação sexual em mulheres com o diagnóstico de DSF, em particular em mulheres na menopausa. Contudo, considerando as dúvidas sobre a segurança a longo prazo, a prescrição de testosterona deve ser feita de forma cautelosa e sob supervisão médica.

POA 08

MELHORIA DA TÉCNICA INALATÓRIA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Catarina Brazão; Francisca Botelho Elias; André Cunha; João Correia; Joana Calheiros Lobo; Pedro Leite
USF Renascer

Introdução: A asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) são doenças respiratórias crónicas que impactam a qualidade de vida e a gestão clínica dos doentes. A escolha do inalador apropriado e a sua correta utilização é essencial para a eficácia do tratamento, melhorando o controlo dos sintomas e reduzindo exacerbações.
Objetivos: O principal objetivo deste projeto foi otimizar a técnica inalatória dos diferentes dispositivos existentes no mercado, em pelo menos 70% dos participantes, entre as fases pré e pós-intervenção,mantendo até ao final da intervenção uma percentagem de participantes de pelo menos 80%.
Métodos: Foram selecionados 33 utentes com asma ou DPOC numa Unidade de Saúde Familiar, em tratamento com inaladores, com diagnóstico confirmado, maiores de 18 anos, e que aceitaram participar no projeto. Foram excluídos indivíduos sem possibilidade de contacto telefónico, utentes dependentes e/ou com dificuldades de deslocação, indivíduos que apesar do diagnóstico não realizavam terapêutica inalatória e utentes sem critérios de diagnóstico, mesmo com codificação de asma ou DPOC no processo. As técnicas inalatórias foram analisadas em dois momentos de consulta pelos autores do estudo, intervaladas por 1 mês, com base em tabelas de apoio ao profissional de saúde disponibilizadas pela Direção Geral de Saúde. Nestas duas consultas foram explicadas as técnicas inalatórias adequadas a cada tipo de dispositivo de forma simples, prática e intuitiva e corrigidos os erros identificados.
Dos participantes iniciais, 30 completaram as duas consultas (91% de adesão). A técnica inalatória melhorou em 73,3% dos casos, manteve-se inalterada em 23,3% e agravou em apenas 3,3%. Os erros mais frequentes incluíram: expiração lenta inadequada antes da inalação, não sustentação da respiração por 10 segundos após a inalação e ausência de lavagem da boca após o uso de corticóides, contudo, estes resultados não se relacionam com nenhum inalador em específico.
Conclusão: Este projeto resultou numa melhoria da técnica inalatória dos utentes da amostra selecionada e sensibilizou os mesmos para a adesão terapêutica e gestão de sintomas. Contribuiu também para o desenvolvimento de competências dos autores na área da patologia respiratória, sublinhando a importância da necessidade de avaliação contínua da técnica em consultas de rotina ou até mesmo da criação de consultas especializadas em patologia respiratória.

POA 09

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS E O SEU IMPACTO NOS CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS GRAVEMENTE DOENTES

Diana Patrícia Pereira Costa; André Filipe Sousa
ULS Entre Douro e Vouga

Introdução: Intervenções dirigidas aos cuidadores familiares (CF) de pessoas gravemente doentes promovem, potencialmente, um significado e um propósito dos cuidados, com resiliência e crescimento pessoal do cuidador, amortecendo os efeitos negativos da sua sobrecarga e sofrimento existencial. A Medicina Geral e Familiar assume um papel fundamental neste contexto, pela abordagem holística e integrada dos cuidados.
Objetivos: Sistematizar intervenções psicossociais dirigidas aos CF de pessoas gravemente doentes, analisando o seu impacto.
Metodologia: pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed®, *Cochrane Library®* e *Scopus®* em abril de 2024, e de acordo com a *guideline* PRISMA, utilizando os termos MeSH (ou palavras-chave, se não aplicáveis) *palliative care, caregivers, burden care* e *psychosocial interventions.* A força de recomendação e o nível de evidência dos estudos foram atribuídos em conformidade com a escala *Strengh of Recomendation Taxonomy* (SORT), da *American Family Physician*.
Resultados: Selecionados 11 artigos científicos concordantes com os critérios de inclusão. As características das intervenções psicossociais foram variáveis, sendo a maioria concebida para CF de doentes oncológicos ou em cuidados paliativos. Maioritariamente, *outcomes* com significância estatística na redução do sofrimento psicológico e da sobrecarga, e na melhoria da qualidade de vida, autoeficácia e competência para cuidar. Todavia, inconsistência da utilização de medidas de avaliação.
Conclusão: A evidência científica mais recente descreve inúmeras intervenções psicossociais promissoras, com elevado potencial para ajudar os CF a encontrar um sentido maior nas suas experiências de cuidado (SORT B). Todavia, necessários grandes ensaios clínicos randomizados, com amostragens mais diversas, para demonstrar a sua viabilidade, eficácia e significado ao longo da trajetória da doença e no luto.

POA 10

LITERACIA EM SAÚDE – O PODER DE UMA INTERVENÇÃO

Rita Chavães; Andréia Bandeira; Roberta Barros Parreira; João Mário Marques; Catarina Roteia; Adriana Marques Ferreira; Simone Rodrigues
ULS Braga

Introdução: A saúde, entendida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, requer o empoderamento dos utentes, sendo a literacia em saúde (LS) um fator essencial na sua promoção.

Objetivos: Avaliar, através de um questionário adaptado do *Health Literacy Survey* (HLS), o grau de LS dos utentes dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da Unidade Local de Saúde de Braga (ULS Braga) e posteriormente realizar uma intervenção para aumentar o grau de LS da amostra em estudo, com avaliação do impacto da intervenção.
Material e métodos: Estudo de intervenção longitudinal com uma amostra de utentes de seis Unidades de Saúde Familiar (USF), com idade igual ou superior a 18 anos, que recorreram à respetiva USF no período em estudo. Foi entregue aleatoriamente, aos utentes que aceitaram participar, um questionário de autopreenchimento construído pelos autores, adaptado do HLS e aprovado pela Sociedade Portuguesa de LS, incluindo dados socioeconómicos e questões sobre acesso, compreensão e utilização dos cuidados de saúde, prevenção e promoção da saúde. Foi feita uma intervenção educacional pelos autores, em formato de vídeo, enviada por e-mail aos utentes que completaram o primeiro questionário, um mês após a sua aplicação. Posteriormente, foi aplicado o mesmo questionário para avaliação do impacto da intervenção.
Resultados: Obtiveram-se inicialmente 134 questionários, com predomínio do género feminino (67,9%), média de idades de 43,6 anos, a maioria com o Ensino Secundário (40,3%). Os participantes eram utentes de 6 USF (Saúde Oeste - 35%, Gualtar - 22%, Pelaez Carones – 15%, Esporões – 12%, MaxiSaúde – 11% e Ruães – 5%). A pontuação média no primeiro questionário foi de 34. Após a intervenção, 24 utentes responderam ao questionário. A maioria era do género feminino (66,7%), com média de idades de 45 anos e a maioria tinha o Ensino Superior (37,5%) ou Pós Graduado (37,5%). A pontuação média aumentou para 38,3, com uma diferença estatisticamente significativa (p=0,007) em comparação com o questionário prévio, revelando uma melhoria na LS dos participantes após a intervenção.
Discussão/Conclusão: A intervenção educacional mostrou ser eficaz no aumento da LS, reforçando a importância da educação para a saúde. A principal limitação foi a baixa adesão dos utentes à intervenção, mesmo sendo oferecida em formato de vídeo, acessível através do e-mail, o que aponta para a necessidade de repensar estratégias mais atrativas para aumentar a LS na população.

POA 11

QUALIDADE DE VIDA E DERMATITE ATÓPICA: UMA ABORDAGEM CENTRADA NO DOENTE

Rita Vargas[1]; Teresa Leitão[1]; Tomás Pessoa e Costa[2]; Cátia Santos[1]; Maria Augusta Pereira[1]
[1]USF Planície; [2]ULS São José

Introdução: A dermatite atópica (DA) é uma doença crónica e recidivante, cujo impacto na qualidade de vida (QdV) pode ser significativo, especialmente nos casos mais severos, pela presença de sintomas como prurido significativo e afetação do sono. Estima-se que, em Portugal, 440 mil pessoas sofram de DA e cerca de 70 mil apresentem formas moderadas a graves. Estes dados sublinham a importância de uma abordagem centrada na experiência do doente e no impacto na DA na QdV.
Objetivos: Identificar e caracterizar os doentes com DA da USF Planície; Avaliar grau de controlo da doença e dos sintomas com impacto na QdV;
Materiais e métodos: Estudo observacional e descritivo, realizado entre abril 2024 e fevereiro 2025. População alvo: utentes da USF Planície, ≥ 18 anos, codificados com "Dermatite/Eczema atópico". Critérios de inclusão: diagnóstico confirmado de DA, consentir participar no estudo. Critérios de exclusão: recusa em participar, não responder às tentativas de contacto ou negar o diagnóstico.
Os dados foram recolhidos através de um questionário telefónico, utilizando ferramentas validadas (POEM, INRS, SNRS) para avaliar a gravidade, prurido, sono; foi também avaliada a presença de lesões em áreas de elevado impacto (face, mãos, genitais) e terapêutica utilizada.
Resultados: População alvo: 213 utentes. Foram incluídos 96 utentes (66 mulheres, 30 homens, média de idade 35 anos). A DA foi classificada como ligeira (81,3%), moderada (13,5%) e grave (5,2%). Na DA ligeira não há registo de prurido significativo ou afetação do sono, 25,6% apresentam lesões em áreas críticas. Na DA moderada e grave, 88,9% referem prurido significativo, 27,8% afetação do sono e 83,3% lesões em áreas críticas. Nestes, a associação entre prurido e afetação do sono é observada em 27,8%, e 33,3% apresentam prurido e lesões em zonas de elevado impacto. Quanto à terapêutica, 47,4% dos utentes com DA ligeira utiliza emoliente e/ou óleo de banho (EM/OB). Nos casos moderados e graves, 33,3% utilizam apenas EM/OB e 66,7% utilizam combinação de EM/OB e Dermocorticóide e/ou inibidor da calcineurina (DC/IC).
Conclusões: Na DA moderada e grave, o prurido intenso, afetação do sono e lesões em áreas visíveis ou sensíveis são mais prevalentes, existindo maior afetação da QdV *vs* os casos ligeiros. Na DA ligeira não foram relatados

prurido significativo ou distúrbios do sono, contudo 25,6% apresentam lesões em zonas críticas. A abordagem terapêutica reflete a gravidade da doença, com maior necessidade de tratamentos mais intensivos nos casos moderados e graves. A prevalência de sintomas e outros fatores associados à DA e seu impacto na QdV sublinham a necessidade de uma abordagem centrada no doente, com foco no bem-estar geral do utente.

POA 13

INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO DA DIABETES NO CONTROLO GLICÉMICO, ADESÃO AO TRATAMENTO E NO AUTOCUIDADO NUMA POPULAÇÃO DIABÉTICA

Ana Catarina Baptista Fernandes[1]; Teresa Rei Silva[2]
[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; [2] USF Gualtar

Introdução: A diabetes mellitus é uma doença metabólica crónica muito prevalente em Portugal. O conhecimento sobre a diabetes desempenha um papel fundamental na gestão eficaz da doença.
Objetivos: Pretende-se avaliar a influência do conhecimento da diabetes no controlo glicémico, adesão ao tratamento e autocuidado numa população diabética. Consequentemente, será possível detetar lacunas específicas no conhecimento sobre a diabetes, com o intuito de fornecer evidência para apoiar a importância da educação para a saúde.
Métodos: Estudo observacional, transversal e analítico, desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar de Gualtar em Braga. Utilizou-se uma amostra de conveniência de doentes diabéticos que frequentaram as consultas de Medicina Geral e Familiar de maio a agosto de 2023. Foram recolhidas variáveis sociodemográficas e clínicas e aplicados três questionários: Questionário dos Conhecimentos na Diabetes (QCD), Medidas de Adesão aos Tratamentos (MAT) e a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes. Para a análise dos dados, efetuou-se uma descrição estatística e análise correlacional com o coeficiente de correlação de Spearman. Foi considerado um valor estatisticamente significativo quando $p<0,05$, com intervalo de confiança (IC) de 95%.
Resultados: Incluíram-se 267 doentes com idade média de 68 anos ± 12,8 anos, sendo 54,7% do sexo masculino. Objetivaram-se bons níveis de conhecimento da diabetes em 70%. Verificou-se uma correlação significativa entre o conhecimento sobre a diabetes e o autocuidado (p=0,007). Não se identificou uma correlação estatisticamente significativa entre o conhecimento da diabetes e o controlo glicémico ($p=0.59$) e a adesão ao tratamento ($p=0.94$).
Conclusão: O conhecimento sobre a diabetes influencia o autocuidado, no entanto, não foi observada uma correlação significativa entre o conhecimento e o controle glicémico ou a adesão ao tratamento, sugerindo a existência de outros fatores que desempenham um papel nesse aspeto.

Palavras-chave: Adesão terapêutica; Autocuidado; Conhecimento; Controlo glicémico; Diabetes mellitus.

POA 14

PERTURBAÇÕES DO NEURODESENVOLVIMENTO: TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA

Joana Costa Alves[1]; Margarida Capitão[2]; Vanessa Costa[3]; Gemma Foscarini[1]; Iolanda S. M. Silva[1]
[1]USF Rainha Santa Isabel; [2]USF Coimbra Norte; [3]USF Pulsar

Introdução: As perturbações do neurodesenvolvimento (PND) são caracterizadas pelo atraso ou alteração na aquisição de capacidades em vários domínios do desenvolvimento: motor, social, de linguagem e cognitivo. Deste modo, as PND podem manifestar-se desde a infância até à vida adulta, sendo preponderante a continuidade dos cuidados de saúde. Contudo, vários estudos mostram que existe um acesso limitado aos cuidados de saúde do adulto.
Objetivo(s): Rever estudos sobre PND, que reflitam sobre os obstáculos para usufruir de uma transição para a vida adulta favorável e sobre o papel da Medicina Geral Familiar (MGF) nesta problemática.
Material e métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed, restritiva aos últimos 10 anos, limitada a artigos nas línguas portuguesa e inglesa, utilizando os termos MeSH: *neurodevelopmental disorders, autism spectrum disorder, attention deficit disorder with hyperactivity, transition to adult care* e *primary health care.*
Resultados e conclusão: A pesquisa resultou em 76 artigos, dos quais apenas 5 foram selecionados para leitura integral, após análise dos títulos e resumos.
O período de transição para a vida adulta é complexo e crítico para qualquer jovem que começa a assumir a sua autonomia e responsabilidades da vida adulta. Para os adultos jovens com PND, é um período ainda mais vulnerável e desafiante, tornando a organização e a acessibilidade dos serviços de saúde fulcrais nesta fase, para o seguimento e bem-estar destes doentes.
A análise dos artigos selecionados permitiu enumerar alguns obstáculos para que estes doentes usufruam de uma transição para a vida adulta favorável: carência de conhecimento na área, falha na comunicação entre serviços, falta de protocolos específicos, escassez de equipas multidisciplinares e assimetria na distribuição de cuidados de saúde diferenciados.
A MGF, como acompanha o doente em todas as faixas etárias, lidando com problemas de saúde em todas as dimensões, poderá ter um papel importante a atenuar esta problemática.

tecnimede

O TEMPO NÃO PÁRA,

A OSTEOPOROSE TAMBÉM NÃO.

Ácido Ibandrónico 150 mg + Colecalciferol 22.400 U.I.

TENOSSIS®

APENAS 12 TOMAS/ANO[1]

TENOSSIS®

Ácido Ibandrónico 150 mg + Colecalciferol 22.400 U.I.

1. Tenossis® [Resumo das Características do Medicamento]. Sintra: Tecnimede - Sociedade Técnico Medicinal S.A.; 2020.

Tenossis 150 mg + 22400 U.I. comprimidos revestidos por película
COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA. Cada comprimido revestido por película contém 150 mg de ácido ibandrónico (na forma de ibandronato de sódio mono-hidratado) e 22400 U.I. (560 µg) de colecalciferol. Cada comprimido contém 269,26 mg de lactose mono-hidratada. Este medicamento contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por comprimido revestido por película ou seja, é praticamente "isento de sódio". FORMA FARMACÊUTICA. Comprimido revestido por película. Comprimidos revestidos por película brancos, oblongos e convexos. INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS. Tenossis está indicado como terapêutica de substituição no tratamento da osteoporose pós-menopáusica, em mulheres com risco de insuficiência de vitamina D e risco aumentado de fratura e que se encontram medicadas com a administração concomitante, mensal, de ácido ibandrónico 150 mg e de colecalciferol 22400 U.I.. Foi demonstrada a redução do risco de fraturas vertebrais, a eficácia nas fraturas do colo do fémur não foi estabelecida. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO. Posologia: A dose recomendada é de um comprimido revestido por película uma vez por mês. O comprimido deverá ser tomado de preferência sempre no mesmo dia de cada mês. Tenossis deve ser tomado após o jejum noturno (de pelo menos 6 horas) e 1 hora antes da ingestão da primeira refeição ou bebida (se esta não for água) do dia ou de qualquer outro medicamento ou suplemento (incluindo cálcio), administrado por via oral. No caso de omissão de uma dose, os doentes devem ser instruídos a tomar um comprimido de Tenossis na manhã seguinte do dia em que se lembrarem, exceto se a dose seguinte estiver programada para daí a menos de 7 dias. Posteriormente, os doentes devem voltar a tomar o comprimido uma vez por mês, na data originalmente estabelecida para a administração. Se a dose seguinte estiver programada para um dos 7 dias seguintes os doentes deverão aguardar até ao dia originalmente estabelecido para a administração da dose seguinte e depois continuar a tomar o comprimido uma vez por mês, tal como anteriormente. Os doentes não devem tomar dois comprimidos na mesma semana. Na osteoporose, devido à natureza da doença, Tenossis está indicado para tratamento prolongado. Não foi estabelecida a duração adequada para o tratamento da osteoporose com bifosfonatos. A necessidade da continuação do tratamento deve ser reavaliada periodicamente de acordo com os benefícios e potenciais riscos de Tenossis em cada doente individualmente, particularmente após 5 ou mais anos de utilização. *Populações especiais: Doentes com compromisso renal:* Não é necessário ajuste da dose em doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado, nos quais a taxa de filtração glomerular apresente um valor igual ou superior a 30 ml/min, devendo ser administrado com precaução. Tenossis não deve ser administrado em doentes com insuficiência renal grave (taxa de filtração glomerular inferior a 30 ml/min). *Doentes com compromisso hepático:* Não é necessário ajuste da dose. *População idosa* (> 65 anos): Não é necessário ajuste da dose. *População pediátrica:* Tenossis não se destina para utilização em doentes com menos de 18 anos de idade e não foi estudado na população pediátrica. Modo de administração: Para administração por via oral. - Os comprimidos devem ser deglutidos inteiros com o auxílio de um copo de água não gaseificada (180 a 240 ml) estando o doente sentado ou em pé, em posição vertical. Águas com uma elevada concentração de cálcio não devem ser utilizadas. Se houver preocupação quanto à existência de níveis de cálcio potencialmente elevados na água da torneira (água dura), recomenda-se usar água engarrafada com um baixo teor mineral. - Os doentes não devem deitar-se durante a hora que se segue à toma de Tenossis. - A água é a única bebida que deve ser tomada com Tenossis. - Os doentes não devem mastigar nem chupar o comprimido devido ao potencial para ulceração orofaríngea. CONTRAINDICAÇÕES. Hipersensibilidade à substância ativa. Hipervitaminose D. Nefrolitíase. Doença ou condição resultante de alterações nas concentrações séricas de cálcio (hipocalcemia ou hipercalcemia) e/ou hipercalciúria. Insuficiência renal grave. Anomalias do esófago que atrasem o esvaziamento esofágico, tais como aperto ou acalasia. Incapacidade de permanecer de pé ou sentado na posição vertical durante, pelo menos, 60 minutos. EFEITOS INDESEJÁVEIS. As reações adversas encontram-se listadas por classes de sistemas de órgãos segundo a MedDRA e por categoria de frequência. As categorias de frequência definem-se usando a seguinte convenção: muito frequentes (≥ 1/10), frequentes (≥ 1/100 a < 1/10), pouco frequentes (≥ 1/1.000 a < 1/100), raros (≥ 1/10.000 a < 1/1.000), muito raros (< 1/10.000), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Dentro de cada categoria de frequência, as reações adversas apresentam-se por ordem decrescente de gravidade. Efeitos indesejáveis associados ao Ácido ibandrónico: Doenças do sistema imunitário – Frequentes: Exacerbação da asma. Raros: Reação de hipersensibilidade. Muito raros: Reação anafilática/choque anafilático. Doenças do metabolismo e da nutrição – Pouco frequentes: Hipocalcemia. Doenças do sistema nervoso – Frequentes: Cefaleia. Pouco frequentes: Tonturas. Afeções oculares – Raros: Inflamação ocular. Afeções do ouvido e do labirinto – Muito raros: Osteonecrose do canal auditivo externo (reação adversa de classe aos bifosfonatos). Doenças gastrointestinais – Frequentes: Esofagite, Gastrite, Afeção de refluxo gastroesofágico, Dispepsia, Diarreia, Dor abdominal, Náuseas. Pouco frequentes: Esofagite incluindo ulcerações ou apertos esofágicos e disfagia, Vómito, Flatulência. Raros: Duodenite. Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos – Frequentes: Erupção cutânea. Raros: Angioedema, Edema facial, Urticária. Muitos raros: Síndrome de Stevens-Johnson, Eritema multiforme, Dermatite bolhosa. Afeções músculo-esqueléticas e dos tecidos conjuntivos – Frequentes: Artralgia, Mialgia, Dor musculosquelética, Cãibra muscular, Rigidez musculosquelética. Pouco frequentes: Dorsalgia. Raros: Fraturas femorais subtrocantéricas e diafisárias atípicas. Muito raros: Osteonecrose da mandíbula. Perturbações gerais e alterações no local de administração – Frequentes: Estado gripal. Pouco frequentes: Fadiga. Efeitos indesejáveis associados ao Colecalciferol: Doenças do metabolismo e da nutrição – Pouco frequentes: Hipercalcemia e hipercalciúria. Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos – Raros: Prurido, exantema e urticária. Notificação de suspeitas de reações adversas: A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: INFARMED, I.P. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos • Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53 • 1749-004 Lisboa • Tel: +351 21 798 73 73 • Linha do medicamento: 800222444 (gratuita) • Sítio da internet: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoram • E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt
DATA DA REVISÃO DO TEXTO: setembro 2023. Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado. MSRM. Medicamento comparticipado no escalão B.

TECNIMEDE - Sociedade Técnico-Medicinal, S.A. • Rua da Tapada Grande, n.º 2, 2710-089 ABRUNHEIRA, PORTUGAL • Tel.: +351 210 414 100 • Fax: +351 219 412 157 • NIF: 500626413 http://www.grupotecnimede.com

TECNIMEDE GROUP tecnimede

FARMACOVIGILÂNCIA 800 20 28 38 LINHA VERDE

PT-M0664, janeiro 2024
revalidado anualmente

Resumos | Posters

PO 01

SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD: QUANDO A AUSCULTAÇÃO FALA MAIS ALTO QUE A IMAGEM

Pedro Dias Cardoso; Inês Correia Conde; Sandra Carvalho Cruz; Joana Ferreira
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A síndrome de Swyer-James-Macleod (SSJM) é uma patologia pulmonar rara, adquirida frequentemente durante a infância, e fortemente associada a infeções respiratórias precoces, como a bronquiolite obliterante. Caracteriza-se pela hiperlucência e hipovascularização de um pulmão, sendo a sua prevalência baixa e frequentemente subdiagnosticada, descobrindo-se de forma incidental em exames de rotina. Sintomas como dispneia de esforço e tosse crónica, muitas vezes ligados à presença de bronquiectasias, sublinham a importância do diagnóstico precoce. Este diagnóstico precoce permite evitar o avanço da doença para estados graves, como a insuficiência respiratória, realçando o papel preventivo do médico de família na vigilância e gestão de fatores de risco, com destaque para o controlo do tabagismo e a vacinação profilática.
Descrição: Este estudo relata um caso de um homem de 64 anos com um quadro clínico complexo de tosse crónica persistente, cuja abordagem reflete a importância da observação clínica criteriosa. A discrepância inicial entre os achados auscultatórios e os exames de imagem iniciais alertaram para a necessidade de uma avaliação mais aprofundada, culminando numa tomografia computadorizada (TC) que revelou sinais de bronquiectasias cilíndrivas e rarefação vascular. Estes achados, aliados ao resultado de uma cintigrafia de ventilação-perfusão com mismatch ventilação-perfusão, característico da SSJM, reforçam a necessidade de uma abordagem diagnóstica minuciosa e multidisciplinar. Este caso destaca a importância de uma colaboração próxima entre os cuidados de saúde primários e a pneumologia para garantir uma abordagem terapêutica completa e eficaz.
Conclusão: A abordagem deste caso sublinha a relevância do médico de família na deteção precoce de patologias raras e complexas, como a SSJM, mesmo perante exames complementares inconclusivos. Este caso ilustra o valor da auscultação e do seguimento clínico contínuo, que permitiram uma intervenção atempada e a prevenção de complicações a longo prazo. A gestão desta condição evidencia a relevância de uma prática médica integrada, onde o médico de família desempenha um papel central na coordenação de cuidados e na articulação com especialidades hospitalares, garantindo uma abordagem holística e personalizada. Este caso serve como exemplo inspirador da prática clínica vigilante e proativa, capaz de transformar positivamente a qualidade de vida do paciente e de otimizar a resposta aos desafios de saúde.

PO 02

FADIGA POR COMPAIXÃO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Carla M. Carneiro[1]; Sónia Rocha[2]
[1]ECSCP-E/G ULS Gaia-Espinho; [2]Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais. A fadiga por compaixão (FC) é um stress traumático secundário vivenciado pelos profissionais após presenciarem o sofrimento dos pacientes.
Objetivos: Verificar a ocorrência da fadiga por compaixão (FC) em profissionais de CP, assim como possíveis estratégias de coping e adaptação psicológica.
Materiais e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos publicados entre 2014 e 2024, na *Pubmed,* efetuada em novembro de 2024, com os termos MeSH *Fatigue, Compassion,* e *Palliative care.*
Resultados: A compaixão é um elemento-chave nos CP de alta qualidade. Existem vários fatores que podem bloquear a compaixão nos CP, incluindo sobrecarga de trabalho,

pressões económicas, dificuldades de comunicação, tempo insuficiente, falta de autocuidado, coping inadequado da própria resposta emocional ao luto, exposição à morte, depressão ou culpa. São fatores de proteção o autocuidado, empatia, conhecimento e atitudes e competências perante a morte. A FC é encontrada principalmente nos cuidados de saúde. A exaustão por lidar com o sofrimento de outras pessoas ocasiona uma diminuição da capacidade de compaixão. A satisfação por compaixão (SC) deriva dos sentimentos positivos dos cuidadores sobre a sua capacidade de ajudar os outros. Também pode incluir sentimentos de camaradagem entre colegas ou o significado sentido por contribuir para um bem maior. As estratégias de autocuidado são um dos métodos mais eficazes para recuperar a SC.

O *Palliative Care Buddy System,* programa inspirado num sistema do exército americano consiste em emparelhar dois membros da equipa que atuam como apoio um do outro. Este programa, implementado no *UMass Memorial Health* teve como principal objetivo neutralizar o sofrimento pessoal e a FC, bem como melhorar a SC e a resiliência entre os membros da equipa. Os intervenientes reportaram que o programa reduziu os seus níveis de stress emocional, ao proporcionar-lhes uma pessoa e um ambiente seguros para expressar os seus sentimentos.

Conclusões: A compaixão é um elemento chave na qualidade dos cuidados prestados em CP. Os profissionais dos CP, pela continuada exposição à vulnerabilidade e ao sofrimento, aliados à sobrecarga de trabalho e à dificuldade na gestão de sentimentos e emoções, estão suscetíveis ao desgaste e exaustão, impossibilitando uma atuação efetiva e ocasionando FC.

A SC pode ser um antídoto para a FC e estratégias de autocuidado são fundamentais para a alcançar/recuperar. Assim, é importante refletir e implementar estratégias de autocuidado nos locais de trabalho, de forma a promover a satisfação dos profissionais, reduzir o stress emocional e prevenir a FC.

PO 05

A IMPORTÂNCIA DA EPIDEMIOLOGIA: A PROPÓSITO DE UM CASO

Beatriz Serpa Pinto[1]; Francisca Ornelas[1]; Nuno Capela[1]; Carolina Andrade[2]
[1]Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António;
[2]Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Enquadramento: A febre é um sintoma frequente na consulta aberta (CA) existindo diversas etiologias. Uma história clínica pormenorizada e um exame físico alargado são essenciais para determinar a etiologia da febre, sobretudo aquando de uma febre sem foco.

Descrição do caso: Homem de 25 anos, Brasileiro, a viver no Porto há 7 anos. Apresenta como antecedentes pessoais Nefrolitíase, Rim em Ferradura e Dengue há 8 anos. Como medicação habitual realiza a Profilaxia pré-exposição. Em maio de 2024, o utente recorreu à CA por febre com resposta frustre ao paracetamol, astenia, dor abdominal generalizada, náuseas, anorexia e disúria com 4 dias de evolução. Apresentava temperatura axilar de 38,1ºC, frequência cardíaca de 106 bpm e dor abdominal à palpação dos quadrantes inferiores, sem sinais de irritação peritoneal. Restante exame físico sem alterações. Foi realizado Combur que estava sem alterações. No fim do exame objetivo, o doente mencionou regresso do Brasil há 1 semana. Dado o contexto epidemiológico do doente, foi encaminhado para o serviço de urgência (SU). No SU, mantinha sintomatologia e o exame físico estava sobreponível. Analiticamente, apresentava leucopenia, com neutropenia e linfopenia, trombocitopenia, aumento de AST, GGT, PCR e da creatinina. Apresentava teste rápido de antigénio de dengue positivo. O utente foi diagnosticado com Dengue com sinais de alarme, tendo sido internado e iniciado fluidoterapia e controlo da febre. Apresentou boa evolução clínica e analítica, tendo alta com medidas sintomáticas, nomeadamente metamizol 575 mg de 12 em 12 horas e consulta de reavaliação.

Discussão: O dengue é provocado por um flavivírus e transmite-se através da picada dos mosquitos infetados com o vírus, não ocorrendo transmissão de pessoa para pessoa. Tem um período de incubação de 3 a 7 dias, podendo prolongar-se até 14. Os sintomas são: febre, cefaleias, dores musculares, ocular e articular, vómitos e hemorragias. O diagnóstico implica a identificação do vírus por testes laboratoriais e o tratamento é sintomático. Em pessoas entre os 6 e os 45 anos, com história de infeção prévia pelo vírus e residentes de áreas endémicas, podem realizar a vacina. A infeção é mais frequente nas regiões tropicais e subtropicais, no entanto devido à globalização, assistimos a um aumento de infeções não endémicas em Portugal. Assim, através deste caso clínico pretendemos mostrar a importância de questionar sobre viagens recentes e dados epidemiológicos.

PO 06

DOUTOR, EU TENHO VONTADE DE COMER GELO!

Beatriz Serpa Pinto; Francisca Ornelas; Nuno Capela
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Enquadramento: No dia-a-dia de um médico de família, vários assuntos são abordados nas consultas, o que faz com que por vezes algumas das queixas sejam menosprezadas. No entanto, por vezes as coisas mais inespecíficas que os doentes mencionam são aquelas que nos levam no caminho certo do diagnóstico.

Descrição do caso: Mulher de 50 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes insipidus, medicada com indapamida 1,5 mg 1 comprimido por dia.

Recorre à consulta de rotina com o seu médico de família, por se sentir mais cansada. Menciona ainda vontade de comer gelo constantemente. Traz estudo analítico pedido na consulta anterior que apresenta Hemoglobina de 9 mg/dL, com hemoglobina globular média de 21,0 pg e volume globular médio de 70,8 fl. Sendo assim, a doente apresenta uma anemia microcítica hipocrômica de novo com síndrome de PICA desenvolvido. Apresenta estudo endoscópico de 2022 sem alterações. Foi pedido estudo da cinética do ferro, vitamina B12, ácido fólico e uma ecografia ginecológica.

Discussão: A síndrome de PICA é definido no DSM-5 como a vontade de ingerir substâncias não alimentares por mais de um mês numa idade em que comer tais objetos é considerado inadequado para o desenvolvimento, não fazendo parte da prática culturalmente aceite, e suficientemente grave para justificar atenção clínica. A síndrome de PICA está frequentemente associado a défice de nutrientes. O desejo de comer gelo é um tipo de PICA e é conhecido como Pagofagia, sendo que a sua principal causa é a deficiência de ferro, com ou sem anemia, embora o motivo não seja claro.

PO 09

DESAFIOS DO MÉDICO DO TRABALHO: SÍNDROME DA BOCA ARDENTE

Carla Leitão; Diogo Cruz; Patrícia Van Beveren; Mário Beleza; Luís Silva; Gonçalo Botelho-Rodrigues; Tiago Rodrigues; Ricardo Silva; Alexandre Afonso; Isabel Antunes
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A síndrome da boca ardente (BMS) engloba um conjunto de sintomas atípicos, pouco específicos, presentes em várias doenças sistémicas. Pode ter diferentes apresentações clínicas o que acarreta atrasos no diagnóstico e consequente tratamento. É por este motivo um diagnóstico de exclusão. Integra um quadro de dor neuropática a nível da orofaringe, cuja manifestação mais típica é a sensação de dor tipo queimadura, frequentemente localizada aos 2/3 anteriores da língua, geralmente bilateral e de variável intensidade, acompanhada em 2/3 dos casos de outros sintomas orais.

Acomete maioritariamente o género feminino estimando-se que a sua incidência seja 7:1 com média de idades entre os 50 e 61 anos.

Durante a pandemia COVID-19, constatou-se a ocorrência de sintomatologia compatível com BMS em doentes infetados com SARS-COV2 que se estabelecia durante e após a infeção inicial, persistindo por vezes após resolução da infeção.

Descrição do caso: Assistente operacional de um centro hospitalar, 53 anos, antecedentes de sarcoidose pulmonar e cutânea e síndrome depressivo. Negava consumo de substâncias lícitas e ilícitas. Medicada com fármacos psicotrópicos.

Avaliada em 2022 em Exame Ocasional de Medicina do Trabalho (MT) por quadro de dor e ardor na mucosa oral, de predomínio nos 2/3 anteriores da língua, com 7 meses de evolução, relacionando a trabalhadora com infeção prévia por SARS-COV2, 2 meses antes do início de sintomas. Apresentava quadro exacerbado de ardor, encortiçamento da língua, alteração do paladar, episódios subjetivos de xerostomia, sem noção de anestesia e sem úlceras orais. Referiu agravamento da sintomatologia no decorrer do dia, em situações de stress e na ingestão de alimentos frios. Não apresentava défices nutricionais ou alterações analíticas.

Observada previamente em Estomatologia, Gastroenterologia e Otorrinolaringologia, sem melhoria do quadro clínico após a medicação prescrita, mantendo-se sem diagnóstico presumível.

Após observação por MT colocou-se a hipótese de se tratar de um quadro de dor neuropática. Constatou-se melhoria clínica após introdução de pregabalina, com posterior resolução da sintomatologia.

Discussão/Conclusão: A manifestação desta sintomatologia, descrita várias vezes no desenrolar de infeções por SARS-Cov2 e em patologias de difícil diagnóstico, atrasou o estabelecimento de diagnóstico e início do tratamento adequado. Os tratamentos infrutíferos realizados ao longo de meses criaram um sentimento de angústia e desespero na profissional.

Pela sintomatologia descrita, faixa etária e género, presumiu-se o diagnóstico de BMS após exclusão de outras patologias locais e sistémicas.

A MT enquanto especialidade não se esgota na área de prevenção, podendo desempenhar um papel crucial na investigação, diagnóstico diferencial e tratamento de patologias não relacionadas com o trabalho, que afetam a saúde e bem-estar dos trabalhadores.

PO 10

CEFALEIA, O QUE ESCONDES TU?

Francisca Ornelas; Beatriz Serpa Pinto; Maria Moreira; Ana Castanheira
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Enquadramento: As cefaleias correspondem a uma das causas mais comuns de procura de cuidados de saúde primários (CSP). Sendo uma queixa frequente, esta poderá ser desvalorizada em consulta, esquecendo diagnósticos diferenciais raros mas importantes. A abordagem da cefaleia deve ser sistematizada, pesquisando e alertando para sinais de alarme que permitam despistar quadros sugestivos de cefaleia secundária potencialmente ameaçadora de vida.

Descrição de caso: Doente do sexo masculino de 65 anos com dislipidemia e hipertensão arterial (HTA), medicado com perindopril+amlodipina 5mg + 5mg e rosuvastatina 20mg. Em agosto de 2023,em consulta de HTA nos CSP, apurou-se o aparecimento,na semana anterior, de cefaleia

bifrontal com 1 dia de duração, que acordou o doente, mas que aliviou com analgesia. Realizou auto-medicação da pressão arterial com valores a rondar os 110/70 mmHg. Sem cefaleia no dia da consulta. Em janeiro de 2024, recorreu ao serviço de urgência (SU) por cefaleia frontal e orbitária bilateral constante,de intensidade 10/10 associada a náuseas com cerca de 48 horas, medicado com ibuprofeno 400mg de 8/8h sem alívio sintomático.Negados outros sintomas neurológicos. Optou-se por optimização da analgesia e reavaliação, no entanto como manteve dor, realizou TC cerebral que identificou: "macroadenoma com sangramento - apoplexia hipofisária.Superiormente contacta o quiasma óptico". À reavaliação, doente mantinha dor orbitária direita e aparecimento de ptose de novo e visão desfocada à direita. Objetivamente, apresentava sinais de paresia do III par direito.Assumida Apoplexia Hipofisária com paresia do III par direito e o doente foi submetido a descompressão cirúrgica urgente. Esteve internado no serviço de Neurocirurgia com melhoria gradual do défice do III par e onde confirmou o diagnóstico com RM cerebral.
Discussão: A apoplexia hipofisária é uma patologia rara que corresponde a "morte súbita" da glândula pituitária,geralmente causada por enfarte isquémico agudo ou hemorragia, mais prevalente em doentes com um adenoma hipofisário pré-existente. Trata-se de uma emergência neuroendocrinológica potencialmente fatal que exige uma atitude terapêutica imediata. Clinicamente pode-se apresentar com cefaleia súbita retro-orbitária/bifrontal/difusa, oftalmoplegia, alterações visuais e alteração do estado de consciência, ou uma apresentação insidiosa. O meio complementar de diagnóstico ideal é a RM cerebral.O tratamento consiste em descompressão selar urgente.

PO 11

A POLINEUROPATIA ASSOCIADA À MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM

Francisca Ornelas; Beatriz Serpa Pinto; Ana Catarina Fonseca; Diogo Santos Costa
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Enquadramento: A polineuropatia é uma patologia neurológica que afeta os nervos do sistema nervoso periférico. Nos cuidados de saúde primários, as etiologias de polineuropatia mais comumente observadas são a diabetes, o alcoolismo e as neoplasias. A investigação etiológica inicial deve incluir estudo analítico e eletromiografia.
Descrição do caso: Doente do sexo feminino de 77 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e gamopatia monoclonal de significado indeterminado medicada com fluvastatina 80 mg, ezitimibe 10 mg e indapamida 1.5 mg. Em abril de 2023, referiu aparecimento desde há 3 anos de adormecimento dos dedos das mãos e pés (inicialmente na ponta dos dedos dos pés e depois progredindo), tremor das mãos (predominante em movimentos finos) e sensação de "andar sobre borracha, com desequilíbrio". Foi pedida uma eletromiografia e estudo analítico. A eletromiografia mostrava "achados compatíveis com polineuropatia sensitivo-motora de caráter desmielinizante e atingimento dos 4 membros, com algum gradiente distal-proximal, que pode apontar para provável polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crónica (CIDP); a ponderar contexto de possível doença hematológica associada, tal como sugerido nos antecedentes da doente" e o estudo analítico mostrava pico monoclonal gama, sem outras alterações. Foi assumida polineuropatia e a doente foi referenciada a consulta de Neurologia que diagnosticou Polineuropatia desmielinizante em agravamento clínico, com provável relação com pico monoclonal e encaminhou para consulta de Hematologia urgente. Nessa consulta, foi diagnosticado polineuropatia desmielizante secundária a macroglubulinemia de waldenstrom (MW), tendo iniciado rituximab.
Discussão: A MW é uma doença plasmocitária, associada ao excesso de proteína imunoglobulina monoclonal IgM. Corresponde à segunda gamopatia monoclonal mais frequente, depois do mieloma múltiplo. Durante o curso da doença, os pacientes com MW podem desenvolver sintomas relacionados com a infiltração dos tecidos hematopoiéticos (por exemplo citopenias, fadiga, hemorragias e hepatoesplenomegalia) e/ou sintomas relacionados com a proteína monoclonal IgM no sangue (sintomas de hiperviscosidade como tonturas, vertigens e neuropatia periférica). A neuropatia desta doença é comumente sensório motora, distal, simétrica e lentamente progressiva. Em doentes sintomáticos, preconiza-se o início de tratamento, frequentemente com rituximab, prednisolona e quimioterapia.

PO 12

CONHECIMENTO, PRÁTICAS E EXPETATIVAS DOS PAIS NA GESTÃO DA FEBRE DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: ESTUDO OBSERVACIONAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Beatriz Mestre[1]; Liliana Borges[1]; Joana Miranda[2]; Tiago Lopes Santos[1]
[1]ULS Médio Tejo - USF Almonda; [2]ULS Médio Tejo - UCSP Abrantes

Introdução: A febre é uma das razões mais frequentes para a procura de cuidados de saúde em idade pediatrica, muitas vezes associada a receios e práticas desajustadas por parte dos pais. Este estudo pretende compreender o nível de conhecimento, práticas e expectativas parentais relativamente à febre na criança em idade escolar, no contexto dos cuidados de saúde primários, visando orientar estratégias de intervenção educativa e práticas mais eficazes.
Objetivos: Identificar conhecimentos, práticas e expectativas parentais perante episódios febris, explorar variáveis associadas às atitudes dos pais e propor medidas para capacitação parental e melhoria da gestão da febre.
Material e métodos: Trata-se de um estudo transversal

e observacional, assente numa scooping review previamente realizada pelos autores (https://doi.org/10.29352/mill0225.36474), que decorreu entre Julho e Dezembro de 2024. Foi obtido parcer favorável da comissão de ética e conselho de administração da ULS Médio Tejo para aplicação de um questionário online a pais de crianças com idades entre 2 e 6 anos inscritas na USF Almonda (n=294, com 111 respostas válidas). Após leitura e valiadação de consentimento informado, foram recolhidos dados sociodemográficos, conhecimentos, práticas e expectativas dos Pais na gestão da febre. A análise foi realizada com IBM-SPSS®, incluindo estatística descritiva e testes de correlação (Spearman e Mann-Whitney U).

Resultados e conclusões: De forma sumária, apurou-se que a maioria dos pais avaliou corretamente os valores de febre (95%), utilizando preferencialmente o paracetamol como antipirético preferido (87%). Cerca de 47% consideraram que todas as febres requerem medicação, a maioria (73%) repete a medicação apenas em caso de novo episódio febril e 51% associaram febre a riscos graves, como convulsões, Destaca-se o facto de 19% recorrem a serviços de saúde nas primeiras 24 horas de um episódio febril. No que respeita à estatítitica inferencial, não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre o nível de conhecimento e variáveis como escolaridade, idade ou número de filhos. No entanto, o medo e as práticas inadequadas refletem lacunas importantes no conhecimento parental no que respeita à abordagem da febre. Recomenda-se a implementação de intervenções educativas simples e direcionadas, como sessões formativas presenciais e materiais informativos, para desmistificar a febre e promover a gestão adequada. Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pais, com maior uniformização de orientações, é essencial para reduzir a ansiedade, evitar a procura indevida de cuidados de saúde e otimizar a autonomia e eficácia das atitudes parentais na gestão da febre.

PO 16

INFEÇÃO POR PARVOVÍRUS B19 NA GRAVIDEZ: UM RELATO DE CASO

Helena Sampaio da Costa
USF Fafe Sentinela

Introdução: A probabilidade de infeção por parvovírus B19 durante a gravidez é considerada baixa a moderada. Estima-se que entre 34 a 65% das mulheres grávidas não são imunes ao parvovírus B19, sendo que a taxa de seroconversão na gravidez encontra-se entre 1 e 15%. O risco de complicações fetais depende da idade gestacional no momento da infeção, com maior risco nas infeções que ocorrem nas primeiras 20 semanas de gestação.

Descrição do caso: Mulher de 27 anos, grávida, 2G1P, vigiada na Unidade de Saúde Familiar. Recorreu ao serviço de urgência do hospital de referência encaminhada de clínica privada por hidrópsia fetal na ecografia do 2º trimestre. Encontrava-se assintomática e não apresentava alterações ao exame objetivo. Desconhecia história prévia de infeção por parvovírus B19 ou contacto com pessoas infetadas. Foi internada para vigilância e esclarecimento etiológico. Colheu serologias. Foi confirmada infeção recente por parvovírus B19 (IgM e IgG positivas). Realizou 3 transfusões in útero com regressão de hidrópsia e anemia fetais. Manteve vigilância em consulta hospitalar de Obstetrícia e na Unidade de Saúde Familiar. Foi programado o parto para as 39 semanas. O recém-nascido não apresentava qualquer alteração ao exame objetivo e as análises sanguíneas do mesmo não apresentavam anemia.

Comentários: O caso clínico descrito pretende realçar a necessidade do conhecimento por parte do médico de família da abordagem das grávidas com contacto com parvovírus B19, bem como das medidas de prevenção da infeção. Para além disso, tem como objetivo alertar para a importância da avaliação do estado de imunidade em idade fértil, principalmente em profissões de risco.

Palavras-chave: Gravidez; Parvovírus B19; Eritema infecioso; 5ª doença; Cuidados pré-natais; Hidrópsia fetal; Anemia fetal; Relato de caso.

PO 17

COMPLICAÇÕES RARAS DE IMPLANTES SUBCUTÂNEOS: UM CASO DE CELULITE

Francisca Ornelas; Beatriz Serpa Pinto; Diogo Santos Costa; Mariana Santos
USF Serpa Pinto

Enquadramento: As atividades de planeamento familiar são parte integrante dos cuidados de saúde primários. Os métodos contracetivos reversíveis de longa duração (LARCs), implicam treino técnico para a sua colocação e remoção, bem como o desenvolvimento de competências clínicas para a abordagem de possíveis complicações. Estas competências são essenciais para garantir a segurança do procedimento e para lidar com eventuais efeitos adversos, que, embora raros, podem ocorrer.

Descrição do caso: Doente de 37 anos, sexo feminino, com antecedentes de útero difelfo, Pertubação Depressiva e Síndrome do Intestino Irritável, medicada com sertralina 100 mg od. De antecedentes ginecológicos/obstétricos: 1G1P0A, com implante subcutâneo. Doente observada em consulta aberta em dezembro/2024 por tumefação eritema, calor e dor no membro superior esquerdo, ao nível do bicípite esquerdo, com 1 semana de evolução, com agravamento dos sinais inflamatórios nos últimos 3 dias. Doente referiu substituição do implante subcutâneo há cerca de 10 dias, sem intercorrências no imediato. Ao exame objetivo, encontrava-se apirética, hemodinamicamente estável, com tumefação eritematosa e quente com

cerca de 8 cm de maior diâmetro, bordos mal definidos, sem flutuação. Adicionalmente, observada cicatriz infracentimétrica, mas dificuldade em palpar implante subcutâneo. Tendo em conta o procedimento cirúrgico e os achados clínicos, assumida celulite sem sinais de gravidade, e como porta de entrada a incisão para colocação do implante subcutâneo. Prescrita antibioterapia para o domicílio com flucloxacilina 500 mg 1 comprimido de 8/8 horas durante 8 dias e corticoterapia oral com deflazacorte 30 mg 1 comprimido e meio por dia durante 5 dias. Explicados sinais de alarme que deveriam motivar nova observação médica, como progressão/agravamento dos sinais inflamatórios e aparecimento de sinais sistémicos.

Discussão: O implante subcutâneo de etonogestrel constitui um método contracetivo reversível de longa duração, eficaz e seguro, aprovado pela FDA para utilização de 3 anos, mas com eficácia demonstrada para 5 anos. A colocação, remoção e substituição são procedimentos simples que devem ser realizados por profissionais treinados. De entre as reações pouco frequentes, está descrito o aparecimento de hematoma, dor e, em casos raros, infeção.

PO 18

LINFOMA FOLICULAR: UM ACHADO INESPERADO NA ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA

Beatriz Serpa Pinto[1]; Francisca Ornelas[1]; Carolina Andrade[2]; Nuno Capela[1]
[1]Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António;
[2]Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Enquadramento: O linfoma folicular intestinal primário é uma doença rara, representando 1-3,6% dos linfomas gastrointestinais não-Hodgkin. O trato gastrointestinal é o local mais envolvido no linfoma folicular extranodal, sendo o duodeno o local mais afetado, seguido do jejuno e íleo. As manifestações endoscópicas incluem nódulos polipoides esbranquiçados, com 1-5 mm. Afeta mais adultos de meia idade, com preponderância feminina. Apresenta uma evolução indolente, com baixo risco de progressão para estadios avançados. Frequentemente assintomático é subdiagnosticado até ao surgimento de complicações graves como perfuração/hemorragia. O tratamento não está totalmente estabelecido, sendo habitualmente utilizadas quimioterapia, radioterapia e/ou anticorpos monoclonais.

Descrição do caso: Doente de 46 anos, sexo masculino com antecendentes de hipertensão arterial (HTA), asma, ansiedade e obesidade. Medicado com amlodipina + olmesartan medoxomilo, 5 mg + 20 mg 1 comprimido de manhã, budesonida + formoterol 160 µg/dose + 4.5 µg/dose (SOS) e loflazepato de etilo 2 mg (SOS).

Em consulta de vigilância de HTA, refere alteração do trânsito intestinal há 3 meses (redução de 3 dejeções diárias para 1). Nega alteração da consistência das fezes, sangue ou muco, assim como mudanças na alimentação. Nega azia, refluxo gastroesofágico, enfartamento precoce ou antecedentes familiares de neoplasia gastrointestinal. Detetou-se algum endurecimento na palpação dos quadrantes direitos do abdómen, sem defesa.

Foi solicitada endoscopia digestiva baixa que mostrou lleíte inespecífica/hiperplasia nodular linfóide do íleon terminal. O estudo histológico relevou padrões compatíveis com linfoma folicular de padrão folicular. O doente foi encaminhado para consulta urgente de Hematologia, tendo sido pedido estudo analítico, TAC-TAP, revisão das lâminas e agendada consulta em 1 mês. O exame às lâminas corroborou o diagnóstico anteriormente descrito. O TAC-TAP mostrou hepato-esplenomegalia, paniculite mesentérica e adenomegalias mesentéricas retroperitoneais, sugerindo doença linfoproliferativa.

Discussão: As queixas gastrointestinais são altamente frequentes nos Cuidados de Saúde Primários(CSP). Uma das principais características da Medicina Geral e Familiar é a orientação de patologias que se apresentam de forma indiferenciada num estadio precoce da sua história natural, o que realça a importância de uma anamnese cuidadosa e um exame físico minucioso nos CSP.

PO 19

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE 2018 E 2022

Tiago José Rodrigues; Carla Leitão; Gonçalo Rodrigues; Luís Silva; Mário Beleza; Diogo Cruz; Patrícia Van Beveren; Vânia Pacheco; Ricardo Batista-Silva; Alexandre Afonso; Isabel Antunes
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução/Objetivos: A hipertensão arterial (HTA) é um importante fator de risco cardiovascular. Estudos sugerem uma associação entre elevados níveis de stress ocupacional e o desenvolvimento de HTA. No entanto, pouco se sabe sobre o impacto das categorias profissionais na pressão arterial, especialmente entre os profissionais de saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto das funções de diferentes categorias profissionais hospitalares na pressão arterial sistólica (PAS).

Metodologia: Foram analisados 102 profissionais de um Serviço de Imagem Médica de um Centro Hospitalar Universitário presentes a exames de saúde periódicos de Medicina do Trabalho em 2018 e 2022. Definiu-se HTA como PAS ≥ 140 mmHg ou uso de medicação anti-hipertensiva.

Resultados: Em 2018, 20 trabalhadores (19,6%) cumpriam critérios de HTA, dos quais 12 (11,8%) estariam medicados. Em 2022, os valores foram 21 (20,6%) e 16 (15,7%), respetivamente. Dos 8 não medicados, apenas um iniciou medicação entre 2018 e 2022, apresentando valores normais em 2022. Dos restantes 7 profissionais, 2 mantiveram valores elevados em 2022.

A distribuição de PAS teve medianas de 117 mmHg (2018) e 124 mmHg (2022), com uma diferença estatisticamente sig-

nificativa entre os dois anos (p<0,0005). Esta diferença observou-se nos trabalhadores não medicados, mas não nos medicados (p=0,937). Não houve diferenças significativas na presença de HTA ou PAS ≥ 140 mmHg (p=1, p=0,607).
A PAS foi significativamente mais elevada no sexo masculino em ambos os anos (p=0,001 e p=0,01).
Não se encontraram diferenças significativas nos valores de PAS ou na presença de HTA entre categorias profissionais, idade ou faixa etária.
Discussão/Conclusão: Destaca-se uma diferença elevada na PAS entre os dois momentos nos profissionais não medicados, de forma transversal a todas as categorias profissionais, provavelmente de causa multifatorial, assim como no sexo masculino, tendo como possível explicação fatores biológicos e fatores comportamentais, tais como eventuais diferenças na vigilância de saúde entre os sexos ou na eficácia/adesão terapêutica.
A HTA não parece estar diretamente associada à função hospitalar, com a literatura existente a mostrar associações mais consistentes com fatores como trabalho por turnos e perceção de stress laboral. A HTA não controlada é um problema comum em várias categorias profissionais, sublinhando a importância do diagnóstico precoce e da identificação de fatores de risco.

PO 20

EMERGÊNCIAS VASCULARES FATAIS: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SINTOMAS INESPECÍFICOS

Carlota Jardim Gomes; Inês Abundância; Marta Heitor; Joana Albuquerque; Carlos Dos Santos
Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Delegação Sul

Introdução: O diagnóstico precoce de doenças vasculares graves, como dissecções e aneurismas, é crucial para a sobrevida dos doentes. A maioria dos aneurismas localizam-se ao nível da aorta abdominal e são assintomáticos ou manifestam-se por sintomas inespecíficos, como dor abdominal ou lombalgia. A rotura destes aneurismas, frequentemente precedida por trauma abdominal recente ou esforço isométrico, apresenta uma taxa de mortalidade estimada em 65-85%. O diagnóstico desta patologia pode ser efetuado por meio de uma ultrassonografia abdominal, principalmente em contexto emergente.
Descrição: Os autores apresentam o caso de um homem de 70 anos, com antecedentes pessoais de "patologias cardíacas" não especificadas, polimedicado. Apresentou um episódio súbito de dor abdominal com irradiação para o dorso, tendo recorrido ao Centro de Saúde, onde foi prescrito butilescopolamina e regressou ao domicílio. Persistiu a sensação de mal-estar, evoluindo para paragem cardiorrespiratória, presenciada pela mulher. Acionados os meios de emergência, que efetuaram manobras de reanimação, sem sucesso, tendo sido verificado o óbito. Foi submetido a autópsia, que revelou hematoma retroperitoneal e hemoperitoneu, formações aneurismáticas na artéria aorta abdominal e artérias ilíacas comuns, com disseção e rotura na ilíaca comum esquerda. A morte foi admitida como sendo devido a hemorragia retroperitoneal e pélvica, consequente a rotura de aneurisma dissecante da artéria ilíaca comum esquerda.
Conclusão: Este caso evidencia a necessidade de uma avaliação cuidadosa de sintomas inespecíficos, sublinhando a relevância da identificação precoce de emergências vasculares fatais. Pretende-se, desta forma, sensibilizar os cuidados de saúde primários para esta patologia, para o seu mau prognóstico em contexto de rotura e para a importância do rastreio de base populacional e do controlo de fatores de risco cardiovasculares.

PO 21

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES COMO CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: UM RELATO DE CASO

Carina Rocha de Sousa; Mariana Ferreira Rocha
USF Egas Moniz de Ribadouro, ULS Tâmega e Sousa

Introdução: A hemorragia digestiva alta (HDA) traduz patologia gastrointestinal superior, podendo estar associada a lesões da mucosa ou neoformações. A úlcera péptica e esofágica, varizes gastroesofágicas, Síndrome de Mallory-Weiss e neoplasias são as etiologias mais frequentemente encontradas. Apesar disso, e após adequada estabilização hemodinâmica do doente, a marcha diagnóstica implica um estudo endoscópico que poderá revelar causas raras. É o caso do tumor de células granulares, que representa 1% de todas as lesões benignas do esófago, típica em homens jovens, podendo causar disfagia e HDA. Cerca de 4% dos tumores tem transformação maligna pelo que o tratamento implica a resseção endoscópica da lesão, podendo ser curativa.
Descrição: Homem, 33 anos, fumador e com excesso de peso, sem outros antecedentes médicos relevantes, recorre à consulta de agudos do seu centro de saúde por hematémeses de pequeno volume desde há 3 meses, associadas a epigastralgias, náuseas, vómitos, enfartamento pós-prandial e pirose. Relaciona início de sintomas com consumo excessivo de álcool pontual. Nega outras perdas hemáticas e queixas de outros sistemas. Ao exame físico, apresentava-se corado, sinais vitais normais e hemodinamicamente estável, epigastro doloroso à palpação, sem outros achados. Inicia tratamento com alta dose de IBP e domperidona e é orientado para realizar endoscopia digestiva alta (EDA).
Regressa à consulta de agudos uma semana após, sem melhoria das queixas com a farmacoterapia. Analiticamente, sem anemia ou outras alterações no hemograma, sem distúrbios da coagulação, função hepática e renal normais. A EDA revela lesões amarelo-esbranquiçadas milimétri-

cas na mucosa do esófago distal, compatíveis com tumor de células granulares. Aguarda confirmação histológica e orientação em consulta hospitalar de gastroenterologia.
Conclusão: O caso alerta para uma causa rara de hemorragia digestiva alta (HDA) em idade jovem, o tumor de células granulares, manifestado por sintomatologia confundidora e sobreponível a outras etiologias mais prevalentes, como a úlcera péptica ou esofágica. Alertamos por isso, para a importância da investigação adicional da HDA com estudos endoscópicos, para um adequado diagnóstico diferencial. Apesar do achado de uma lesão benigna, esta tem potencial maligno, principalmente quando associada ao tabagismo como fator de risco. A resseção endoscópica é o tratamento indicado, com potencial curativo, revelando-se fulcral para a gestão do caso do doente apresentado.

PO 23

MEDICAÇÃO ANTI HIPERTENSORA: AFINAL, QUANTO CUSTA? UMA ANÁLISE ENTRE MARCAS E GENÉRICOS

Joana Andreia Silva; Inês Campos Pinto; Marisa Freire
ULS Algarve - USF Ria Formosa

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é a principal causa de morte em Portugal, com uma estimativa de 100 mortes/dia por problemas cerebrovasculares, apresentando uma prevalência estimada de 36% no nosso país. Mais de 70% do orçamento da saúde é gasto no tratamento destes problemas. Quando as mudanças de estilos de vida não alcançam as metas de controlo, introduz-se terapêutica farmacológica. Sabe-se que o salário médio anual em Portugal é de 20.483€. Importa pensar nos custos da medicação, em particular nos idosos, onde os valores das pensões são inferiores e os gastos mensais na farmácia podem acometer uma fatia importante do orçamento familiar. No entanto, o controlo adequado da HTA implica medicação que pode ser, mais ou menos, barata.
Objetivos: Identificar os medicamentos comercializados para a HTA e comparar o preço entre genéricos e marca registada.
Material e métodos: Identificaram-se as substâncias ativas, através do prontuário terapêutico do Infarmed®, da plataforma de prescrição eletrónica médica (PEM®) e da informação disponibilizada pela indústria farmacêutica. Incluíram-se todos os medicamentos com substância ativa única e as várias combinações entre classes farmacológicas, disponíveis para prescrição à data de maio de 2024. Verificou-se, através da PEM®, o valor mínimo e máximo do genérico e da marca, bem como a diferença no valor das embalagens de 28 e 56 comprimidos/cápsulas (as formulações mais comuns). Sempre que um medicamento não tem embalagem de 28 ou 56, atribuiu-se o valor da embalagem mais próxima (p.e.: 30 comprimidos/cápsulas ao invés de 28), e registou-se a diferença.
Resultados e conclusões: Enquanto prescritores, devemos estar atentos ao valor dos medicamentos, não só para ir de encontro à capacidade financeira do utente, mas também para minimizar custos orçamentais, sem comprometer a eficácia do tratamento. Quando se prescreve por denominação comum internacional, o valor custeado baseia-se no 5º genérico com preço de venda ao público (PVP) mais barato. Ao compararmos este PVP com a marca registada conseguiremos ter um documento de fácil consulta, que apoiará o médico na adequação do fármaco à capacidade monetária da pessoa. Pela análise feita até à data, percebe-se que, nem sempre, a marca registada é mais cara. É fundamental educarmo-nos a estar atentos à diferença nos valores, não só para garantir uma prescrição ajustada, mas também para orientar o utente aquando da dispensa na farmácia, de modo a não pagar mais por algo que poderia custar menos.

PO 24

DESAFIOS DO PLANEAMENTO FAMILIAR NA MULHER COM EPILEPSIA EM IDADE FÉRTIL: UM RELATO DE CASO

Sofia Carvalheiras[1]; Carla Fraga[2]; Maria José[2]
[1]USF Santa Luzia; [2]Serviço de Neurologia, ULSTS

Introdução: A Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (LPCE) estima que em Portugal existam cerca de 20 000 mulheres com epilepsia (MCE), metade em idade fértil. O planeamento da gravidez deve ser discutido no acompanhamento destas mulheres. Os métodos contracetivos previnem uma gravidez não desejada ou não planeada, existindo fármacos anticrise epilética (FACE) que apresentam interações medicamentosas com alguns métodos hormonais. Destaca-se a importância das consultas de planeamento familiar (PF) dirigidas às MCE em idade fértil nos centros de saúde.
Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 28 anos, escriturária, pertencente a uma família nuclear em fase VI do ciclo de Duvall. Diagnóstico de epilepsia mioclônica juvenil com fotossensibilidade, desde os 25 anos, medicada com lamotrigina 150mg/dia. Medicada também com drospirenona + etinilestradiol 3mg + 0,03 mg, com pausa na toma durante 7 dias. Em consulta de Neurologia (CN), em 2023, revela vontade de engravidar a curto-prazo, mantendo-se sem crises há mais de 1 ano e o doseamento sérico da lamotrigina encontrava-se em níveis terapêuticos. Realizou avaliação preconceção, em consulta de Obstetrícia, com indicação para iniciar suplementação com ácido fólico 5mg/dia, 3 meses antes de tentar engravidar. Em janeiro de 2024 tem uma crise e, na CN, é aumentada a dose de lamotrigina para 200mg/dia. No mesmo mês tem consulta com a sua médica de família (MF) onde é aconselhada a adiar a gravidez. Até ao momento, a doente teve mais uma CN, onde foi introduzido, no esquema terapêutico, levetiracetam 1g/dia, e uma consulta de PF com a sua MF. Em ambas as consultas foi reforçada a importância das medidas contracetivas. A doente mantém-se com o mesmo

método contracetivo, não tendo sido revisto o método de toma, quer na consulta de Obstetrícia, quer na consulta com a MF. O etinilestradiol reduz a concentração sérica da lamotrigina, por aumento da sua excreção renal, o que pode levar a diminuição do controlo das crises de epilepsia na fase ativa da toma e, por outro lado, a um aumento desta concentração, na pausa da toma, com risco de toxicidade. É recomendado o uso contínuo do contracetivo, evitando possíveis oscilações nos níveis sanguíneos do fármaco durante o ciclo menstrual, sem necessidade do seu doseamento periódico.

Conclusão: Neste caso, permanecerá a dúvida quanto à influência das possíveis variações dos níveis séricos da lamotrigina, como resultado da toma não contínua da pílula, na crise ocorrida. É importante corrigir o método de toma do contracetivo nesta doente. Este caso clínico pretende alertar os médicos de família para o aconselhamento de métodos contracetivos, assim como regimes de toma, adequados, nas MCE em idade fértil, sugerindo-se consultas de PF regulares, nomeadamente aquando do diagnóstico de epilepsia, aquando de alteração no esquema terapêutico e quando for manifestada vontade de gravidez.

PO 25

CONHECIMENTOS, ATITUDES E CRENÇAS DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA RELATIVAMENTE À VACINAÇÃO DA POPULAÇÃO ADULTA EM PORTUGAL: ESTUDO VAXVISION

Jaime Correia-De-Sousa[1]; Rui Costa[2]; Cláudia Vicente[3]; João Romano[4]
[1]Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga; [2]Sãvida Medicina Apoiada, SA, Porto; [3]USF Araceti, ULS Baixo Mondego; [4]MSD Portugal

Introdução: Os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, são considerados pela população como a fonte de informação mais fiável e com maior impacto na vacinação. Desta forma, as crenças e práticas dos profissionais de saúde relativamente à vacinação e a sua competência para envolver ativamente os doentes são fatores importantes que influenciam a aceitação e adesão à mesma.

Objetivos: Avaliar e descrever os conhecimentos, atitudes e crenças dos médicos de Medicina Geral e Familiar relativamente à vacinação em geral, em Portugal.

Materiais e métodos: Estudo transversal, que se baseou na resposta a um questionário eletrónico por uma população de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, de várias regiões de Portugal continental. As respostas foram recolhidas entre dezembro de 2023 e junho de 2024.

Resultados: Um total de 95 médicos de família participaram no estudo, a maioria especialista há mais de 15 anos (59, 62%), que exercem a sua atividade profissional no Serviço Nacional de Saúde (69, 73%), principalmente em unidades de saúde familiar (USF) modelo B (40, 58%). Quase todos os médicos concordaram que as vacinas são eficazes (94, 99%) e apresentam um bom perfil de segurança (94, 99%). Sobre as autoridades públicas, 87 (92%) indicaram possuir confiança relativamente às decisões que melhor servem o interesse da comunidade, 93 (98%) indicaram que, para cada recomendação de vacinação, têm em conta as características individuais de cada doente, e 93 (98%) avaliam os riscos e os benefícios quando consideram vacinar um doente, de forma a tomar a melhor decisão possível. A maioria dos médicos também indicou ser importante compreenderem completamente o tema da vacinação antes de vacinarem os seus doentes (92, 97%). Por fim, 82 (86%) médicos indicaram que, durante as suas consultas, revêm o estado vacinal extra Programa Nacional de Vacinação dos seus doentes, verificando quais as vacinas que estão em falta.

Conclusões: A maioria dos médicos estão confiantes quanto à segurança e eficácia das vacinas, confiam nas recomendações das autoridades de saúde, e aconselham a vacinação dos seus doentes, de acordo com as características e necessidades individuais. É essencial garantir a formação continua de profissionais de saúde e o acesso a fontes fiáveis de informação que permita continuar a suportar o seu papel na promoção da vacinação da população.

PO 26

EFICÁCIA E CUSTO-EFETIVIDADE DO DENOSUMABE *VS* BIFOSFONATOS NA OSTEOPOROSE – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Rita Vale Lima[1]; Sofia Silva Costa[2]; Diana Dias Gonçalves[2]
[1]USF Ronfe; [2]USF Joane

Introdução: A osteoporose consiste na diminuição da densidade mineral óssea (DMO) e ocorre principalmente em mulheres pós menopáusicas, causando maior risco de fraturas. O tratamento da osteoporose consiste em alterações de estilo de vida e fármacos. Os ifosfonatos (BIS) são considerados terapêutica de 1a linha, enquanto que o denosumab (DEN) é uma alternativa farmacológica mais recente. É escassa a informação comparativa entre estas duas classes farmacológicas.

Objetivos: Analisar e comparar a eficácia e custo-efetividade da terapêutica com bifosfonatos *vs* denosumab no tratamento da osteoporose em adultos sem terapêutica ou fratura prévia.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com os termos *Mesh: Denosumab, Bisphosphonate* e *Osteoporosis* nas bases de dados Cochrane, Pubmed e Embase de artigos publicados entre 2013 e outubro de 2023. Foram selecionados artigos que comparassem a eficácia e o custo-efetividade entre a utilização de bifosfonatos e denosumab na população adulta e utilizou-se a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Family Physician* para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação.

Resultados e conclusões: Foram encontrados 694 artigos, 25 dos quais cumpriam os critérios de inclusão. Totalizaram-se 11 meta-análises, 1 revisão sistemática, 5 estudos de modelagem e 9 ensaios clínicos aleatorizados. A literatura disponível não é unânime em nenhum dos parâmetros analisados. Quanto à eficácia avaliada pelo risco de fratura, parece praticamente equivalente, em número e em termos de força de recomendação, a quantidade de estudos que defendem a superioridade e a não superioridade do DEN. Relativamente à DMO, existe superioridade no número e no nível de evidência dos estudos que determinam a preeminência do DEN face aos BIS. Quanto à custo-efetividade, apesar de o denosumab parecer demonstrar ser mais custo-efetivo, a MA encontrada parece não defender esta superioridade. Em nenhum estudo analisado o denosumab se revelou inferior, na sua eficácia ou custo-efetividade, comparativamente aos bifosfonatos. Esta revisão não demonstrou superioridade inequívoca do denosumab face aos bisfosfonatos (ou vice-versa) no que diz respeito à eficácia, avaliada a partir do risco de fratura, nem em relação à custo-efetividade. A evidência analisada parece demonstrar uma tendência de maior eficácia do denosumab quanto ao aumento da densidade mineral óssea (FR 2C), o que, por si só, não sustenta a alteração das *guidelines* atuais. São necessários estudos mais robustos, nomeadamente estudos prospectivos controlados, que comparem diretamente a eficácia destes fármacos e utilizem *outcomes* clínicos, nomeadamente mortalidade, para se poderem estabelecer relações estatisticamente significativas e clarificar a superioridade, ou não, do denosumab versus os bisfosfonatos no tratamento da osteoporose.

PO 28

SÍNDROME DE TAKOTSUBO EM PROFISSIONAL DE SAÚDE: TRIGGER EMOCIONAL E DOENÇA DE GRAVES

Tiago José Rodrigues; Carla Leitão; Gonçalo Rodrigues; Luís Silva; Mário Beleza; Diogo Cruz; Patrícia Van Beveren; Vânia Pacheco; Ricardo Batista-Silva; Alexandre Afonso; Isabel Antunes
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A síndrome de Takotsubo (STT) é uma miocardiopatia transitória associada a hiperatividade simpática ou excesso de catecolaminas, caracterizada por disfunção súbita da contratilidade miocárdica. Afeta sobretudo mulheres pós-menopáusicas após *triggers* de stress físico ou emocional.

A sintomatologia, semelhante à de um síndrome coronário agudo, inclui dor precordial, dispneia e palpitações, podendo evoluir para insuficiência cardíaca aguda, arritmias ou tromboembolismo. Os exames complementares revelam disfunção contrátil do miocárdio sem obstrução coronária, supraST e/ou inversão da onda T em ECG e elevações das troponinas e do NT-proBNP.

Caso clínico: Enfermeira do serviço de Neurocirurgia, de 46 anos, recorreu ao serviço de Urgência por dor torácica em aperto, desconforto epigástrico e taquicardia. Os sintomas surgiram durante cuidados na enfermaria. Refere episódio semelhante no dia anterior, após defesa de tese de mestrado. Era medicada com propranolol por enxaqueca crónica.

O ECG revelou taquicardia sinusal, supraST em V2-V3 e inversão da onda T em V4-V6. As análises demonstraram troponinas de 633.9ng/L (n<16), (550.6ng/L após 3 horas), NT-proBNP de 3531pg/mL (n<125), e tireotoxicose (TSH<0.004uUI/mL [n 0.4-4], T4L 2.42ng/dL [n 0.7-1.5], T3L 14pg/mL [n 1.8-1.2]), com TRAbs positivos. A angiografia excluiu lesões coronárias e a ventriculografia demonstrou hipocinésia dos segmentos médios da parede anterior e inferior do ventrículo esquerdo. O ecocardiograma transtorácico revelou disfunção ventricular esquerda grave e ausência de trombos intracavitários.

Após 3 dias de internamento, teve alta medicada com propranolol, metimazol, empagliflozina, mexazolam, metoclopramida e furosemida. Foram marcadas consultas de cardiologia, endocrinologia e reabilitação cardiorrespiratória.

Discussão: Trata-se de uma STT associada a um *trigger* emocional facilmente identificável. Contudo, a presença de tireotoxicose por doença de graves inaugural e o trabalho por turnos numa enfermaria potencialmente extenuante provavelmente terão contribuído para o quadro.

Embora geralmente benigna, a STT pode apresentar complicações graves. O diagnóstico precoce e a abordagem multidisciplinar, incluindo a gestão do stress a nível ocupacional, são essenciais para a recuperação.

Do ponto de vista da Medicina do Trabalho, recomendou-se a evicção de trabalho por turnos e esforços intensos. Caso a sintomatologia subsista, pode até ser equacionada uma mudança de local de trabalho.

PO 31

REVISÃO TERAPÊUTICA NO DOMICÍLIO: QUANDO AS TONTURAS ABREM UMA CAIXA DE PANDORA

Daniela Inácio Ribeiro; Ana Andreia Matos; Madalena Vieira da Costa; Carolina Sotana
USF Jardim dos Plátanos, ULS Lisboa Ocidental

Introdução: O envelhecimento da população e a prestação de cuidados a idosos com multimorbilidade representam um desafio crescente na prática clínica, sobretudo na abordagem da polifarmácia. O uso inadequado de medicamentos pode resultar em interações farmacológicas, efeitos adversos e complicações, comprometendo a segurança dos doentes. O médico de família (MF) tem um papel crucial no acompanhamento desses utentes, sendo a visita domiciliária uma atividade essencial no processo de revisão terapêutica, permitindo identificar riscos que não seriam detetáveis na consulta em gabinete.

Descrição: O presente caso descreve uma utente do sexo feminino, 84 anos, autónoma (reside sozinha), com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, hérnia do hiato, distimia, insónia, obstipação, neoplasia maligna da mama e dor crónica. Recorreu à sua MF em consulta programada por queixas de tonturas, tendo sido objetivada hipotensão arterial (89/51 mmHg), sem outras alterações significativas no exame objetivo. A utente não conseguiu mencionar a sua medicação habitual e a neta levantou a suspeita de possíveis trocas na medicação. Foi entregue à utente um guia terapêutico, discutida a hipótese da medicação ser preparada pela farmácia e agendada uma visita domiciliária. Na visita ao domicílio, foram identificadas várias situações de risco, nomeadamente várias caixas abertas de medicamentos de: diferentes marcas do mesmo princípio ativo, diferentes dosagens do mesmo princípio ativo, diferentes benzodiazepinas, diferentes antihipertensores não conciliados. A utente foi informada das situações de risco e foram definidas estratégias para a sua prevenção, incluindo nova revisão terapêutica.

Conclusão: Este caso clínico destaca a importância da revisão terapêutica em cada interação com os utentes, especialmente naqueles com multimorbilidade e polimedicados, dado que o processo de polimedicação é progressivo e nem sempre adequadamente percecionado pelos doentes e pelos diversos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados. A visita domiciliária foi crucial na identificação das dificuldades da utente na gestão terapêutica, possibilitando a correção e prevenção de situações de risco, que contribuíam para os efeitos adversos experienciados. A abordagem holística centrada na utente, aplicada pelo MF nos diferentes contextos de consulta, foi essencial para promover a segurança da utente ao longo de toda a sua jornada de cuidados.

PO 32

TUMOR RARO UROGENITAL EM CONTEXTO SOCIAL DESFAVORÁVEL: RELEVÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Camila Tapadinhas; Alice Cardoso
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A prestação de cuidados de saúde centrados na doença e não no doente tem como consequência uma abordagem reativa, fragmentada e episódica, não integradora, pouco eficiente, com atrasos diagnósticos e inadequação terapêutica. O modelo organizacional desejável dos Cuidados de Saúde centrado no cidadão e no seu percurso de vida, incluindo a sua trajetória de doença em todas as vertentes física, social, psicológica e espiritual, necessita de uma integração adequada das Unidades Prestadoras desses cuidados facilitando e flexibilizando as suas interconexões com relevância variável ao longo da vida do cidadão/doente: Cuidados de Saúde Primários e de Saúde Pública na fase de prevenção da doença, Hospital de Agudos na fase de doença instalada e em fases mais avançadas os Cuidados de Saúde Continuados e Paliativos.

Descrição: Mulher de 56 anos casada (família reconstruída) com 3 filhos de casamento anterior com quem mantém uma relação distante.Classificação Social Adaptada de Graffar V (classe baixa).

Antecedentes pessoais de depressão major, tabagismo crónico, magreza extrema e miopia.

Em consulta de MGF em dezembro de 2023 refere estar desempregada apresentando-se mais emagrecida,com má higiene e deambulando em cadeira de rodas. Em julho de 2024 é novamente observada com agravamento da fragilidade.

Em agosto de 2024 é-lhe diagnosticada uma neoplasia ureterovesical após internamento no serviço de Medicina por episódio de ITU e hematúria. Durante o internamento é submetida a nefrostomia bilateral por lesão renal aguda em contexto obstrutivo. Só em setembro de 2024 (D45) é transferida para o serviço de Urologia sendo submetida a RTU-V bipolar objetivando-se a presença de metástases ganglionares e lesões ósseas suspeitas de secundarização. Após um mês (D71) é transferida para o serviço de Oncologia Médica (ECOG3 PPS 40% PPI 3,5) com diagnóstico provável de neoplasia primária ginecológica (tumor raro mesonéfrico) estadio IV a merecer revisão histológica. A cintigrafia óssea confirma a metastização óssea do esqueleto axial e periférico. Durante o internamento em Oncologia é proposta para imunoterapia (que não chega a realizar) e radioterapia antiálgica suspensa por fratura patológica do fémur dtº.

Referenciada em D75 à Medicina Paliativa evoluindo em PPS 20% PPI 6,5 sendo acompanhada pela EIHSCP nos últimos 55 dias de vida até ao seu falecimento em 18 dezembro de 2024. Cognitivamente integra até 3 dias antes do óbito e com identificação e abordagem de necessidades significativas nas dimensões física, psicológica e espiritual da doente e marido.

Conclusão: O caso descrito de uma patologia oncológica rara e grave em contexto social desfavorável realça, em simultâneo, a importância de uma abordagem multidisciplinar não só holística e integradora mais eficaz como paliativa precoce, com promoção do bem-estar físico, psicológico e espiritual da doente e dos seus familiares.

PO 33

QUAL O PAPEL DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CUIDADO DOS DOENTES IDOSOS COM FRAGILIDADE?

Diana Martins Manso
Centro Hospitalar do Oeste/Hospital Distrital de Torres Vedras

Introdução: A fragilidade, que é uma síndrome geriátrica que afeta 5% a 17% dos adultos mais velhos, caracteriza-se por um declínio nas capacidades físicas e cognitivas

e uma maior vulnerabilidade a fatores de stress, como doenças e lesões. À medida que a população global envelhece, a prevalência da fragilidade aumenta.
Nos últimos anos, o papel dos Cuidados Paliativos (CP) tem sido reconhecido na literatura como um recurso importante porque a fragilidade está associada a um aumento da morbilidade e mortalidade.
Os CP podem ajudar na comunicação com os doentes e os familiares, estabelecendo metas de cuidados e preferências de tratamento, melhorando a dor e o controlo sintomático, avaliando as necessidades psicossociais e espirituais, planeando antecipadamente os cuidados, avaliando as necessidades dos cuidadores e os cuidados em fim de vida.
Neste sentido é importante que os médicos possam reconhecer e medir objetivamente a fragilidade para que possam envolver os doentes e as suas famílias nas discussões e decisões sobre planos de tratamento e prognóstico.
Objetivos: Rever a literatura disponível relativamente ao papel dos CP no cuidado dos doentes idosos com fragilidade.
Material e métodos: Utilizando os termos MeSH *Palliative Care* e *Frail Older Adult* foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos na base de dados Pubmed. Não foi utilizado nenhum limite temporal. Apenas foram selecionados artigos escritos na língua castelhana, inglesa e portuguesa e que estivessem disponíveis para leitura completa. Os critérios de inclusão foram idosos (>65 anos) com presença de critérios de fragilidade. Foram excluídos estudos com idosos com diagnóstico de cancro, mesmo que reunissem critérios de fragilidade.
Resultados e conclusões: Foram encontrados 17 artigos, dos quais se selecionaram 4. De uma forma geral, os artigos referem que os CP têm o potencial de ajudar a melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos idosos frágeis e das suas famílias, reduzindo tratamentos e hospitalizações indesejados ou não benéficos e, por sua vez, diminuindo os custos dos cuidados de saúde.
Este trabalho é uma revisão da literatura e não uma revisão sistemática, pelo que as suas conclusões estão limitadas. De futuro, mais estudos são necessários por forma a obter evidência mais consistente.

PO 34

DIARREIA CRÓNICA E INFEÇÃO POR VIH: UM CASO CLÍNICO

Carolina Inverno[1]; Patrícia Barreira[2]
[1]USF Vista Tejo - ULS Almada Seixal; [2]USF Cova da Piedade - ULS Almada Seixal

Introdução: A diarreia crónica é uma condição complexa, que pode ter diversas etiologias, envolvendo tanto fatores infeciosos quanto não infeciosos.
A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) pode manifestar-se por diarreia crónica, que pode ser o primeiro sintoma da doença ou surgir em estádios mais avançados, com imunossupressão significativa.
Descrição de caso: Mulher, 46 anos, divorciada há 6 meses. Previamente saudável, sem medicação habitual. Recorre a consulta no centro de saúde por 2-3 episódios diários de diarreia (urgência e cólica abdominal, seguidas de fezes líquidas) com 7 meses de evolução. Desde há 2 meses refere febre noturna, com temperatura máxima de 38,5ºC e que cede a antipiréticos. Relata também perda de cerca de 6 kg (em 5 meses), relacionando com ansiedade gerada pelo divórcio. Nega melenas, hematoquezias, diarreia noturna, prurido anal, viagens, abuso de laxantes ou melhoria dos sintomas com evicção de laticínios. Sem alterações a destacar no exame físico.
Recorreu previamente a consulta particular de gastroenterologia pelas mesmas queixas, tendo realizado exames sem alterações: hemograma, glicemia, função tiroideia, serologias da doença celíaca, marcadores de lesão hepática, função renal, ionograma, coprocultura e colonoscopia (identificação e excisão de um pólipo inflamatório).
Perante este quadro, requisitaram-se testes rápidos para exclusão ISTs que revelaram infeção por VIH. O diagnóstico foi transmitido à doente, tendo-se solicitado exames de caracterização da doença para posterior instituição de terapêutica antirretroviral.
Conclusão: O médico de família tem um papel preponderante na investigação inicial da diarreia crónica, devendo manter alto índice de suspeição para a infeção pelo VIH, particularmente em casos de diarreia crónica com sintomas constitucionais associados.
A associação entre diarreia crónica e o VIH pode ser atribuída a vários processos, incluindo a infeção direta do trato gastrointestinal pelo próprio VIH, a coinfecção por outros agentes patogénicos ou mesmo efeitos adversos dos medicamentos antirretrovirais

PO 35

O MISTERIOSO CASO DO PESCOÇO INCHADO: DOENÇA DO BEIJO EM AÇÃO!

Daniela Raposo; Madalena G. Faustino; Soraia Correia; Natália Guerreiro; Paula Novais Guimarães; Ana Sardo
ULS Algarve - USF Mirante, Olhão

Introdução: A mononucleose infeciosa (MI), conhecida por "doença do beijo", é uma infeção causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Afeta sobretudo adolescentes e jovens adultos e é transmitida por fluídos corporais, como a saliva. Os sinais e sintomas incluem febre, odinofagia, fadiga, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia. O diagnóstico é clínico, confirmado com serologias, e o tratamento é sintomático, com resolução expectável dentro de 2-4 semanas. A MI pode ter uma apresentação insidiosa e muitas vezes pouco específica pelo que o reconhecimento desta patologia pelo médico de família (MF) é importante na sua

orientação e acompanhamento dos doentes, incluindo a fase de recuperação.

Descrição: Criança de 6 anos, do sexo feminino, recorreu à consulta do dia no Centro de Saúde por febre com 3 dias de evolução, temperatura máxima de 39ºC, intervalos de 8-12 horas e cedência com toma de Paracetamol. Os pais mostraram preocupação por a criança apresentar o "pescoço inchado e doloroso" (sic), bem como rinorreia, cefaleia, cansaço e mal-estar geral. Sem contexto epidemiológico conhecido. Sem antecedentes pessoais de relevo. Programa Nacional de Vacinação atualizado.

Ao exame objetivo apresentava-se febril (38.8ºC), prostrada e com edema palpebral bilateral (sinal de Hoagland). À avaliação cervical apresentava tumefação dolorosa bilateral, maior à esquerda, com 2-3 cm de extensão na região superior. Orofaringe com hipertrofia marcada em ambas as amígdalas, pior à esquerda.

Colocadas as hipóteses diagnósticas de parotidite epidémica, amigdalite bacteriana, abcesso amigdalino e MI, foi referenciada ao serviço de urgência de Pediatria. A avaliação analítica revelou elevação de parâmetros inflamatórios (com linfocitose) e transaminases. Estudo serológico posterior mostrou infeção ativa por EBV, confirmando o diagnóstico de MI.

Conclusão: O caso descrito evidencia a complexidade do diagnóstico de MI, que pode ser facilmente confundida com condições mais prevalentes, como infeções respiratórias superiores. Um quadro de febre, edema palpebral e linfadenopatia cervical, associado a linfocitose e elevação de transaminases, é sugestivo do diagnóstico, embora este se manifeste em apenas 10% das crianças com idade inferior a 10 anos. O MF neste caso clínico teve um importante papel no primeiro contacto, na orientação para cuidados diferenciados e no acompanhamento contínuo até resolução completa da sintomatologia.

PO 39

ENTRE VEIAS E VIDA: UM CASO RARO DE VARIZES DO LIGAMENTO REDONDO NA GRAVIDEZ

Célia Carvalhal; Filipa Soares do Couto; Ana Ramoa
USF Espaço Saúde

Introdução: As varizes do ligamento redondo constituem uma patologia rara, maioritariamente observada em mulheres grávidas. O diagnóstico deve sempre ser considerado no diagnóstico diferencial de tumefação inguinal durante a gestação, sendo o ecodoppler um exame fundamental para a correta identificação da condição.

Descrição do caso: Trata-se de uma utente do sexo feminino, 29 anos, com antecedentes pessoais de asma e rinite alérgica, e antecedentes ginecológicos de gestação 1, partos 0.

Apresentou-se às 25 semanas de gestação, na consulta de vigilância materna, com queixas de tumefação dolorosa na região inguinal direita, com cerca de uma semana de evolução e agravamento progressivo.

No exame objetivo, observou-se uma tumefação na região inguinal direita, de consistência mole, com aparente agravamento durante a realização da manobra de Valsalva. Foi solicitada uma ecografia de partes moles, que acabou por ser convertida em ecodoppler venoso dos membros inferiores. Este exame descreveu uma "estrutura vascular com origem profunda, multilobulada e irregular, com fluxo venoso lento e sem evidência de trombo após compressão, podendo corresponder a malformação venosa, a esclarecer com angio-RM".

Por iniciativa própria, a utente procurou reavaliação em consulta de cirurgia vascular. Após uma segunda avaliação, foi realizado novo ecodoppler venoso, que revelou: "tumefação palpável na região inguinal direita, correspondendo a um conjunto de varicosidades permeáveis, associadas a algumas varicosidades supra-púbicas, que se relacionam, com maior probabilidade, com varizes do ligamento redondo".

A utente foi submetida a tratamento conservador. Os sintomas resolveram-se completamente até duas semanas após o parto.

Conclusão: As varizes do ligamento redondo são frequentemente diagnosticadas erroneamente como hérnia inguinal, resultando, em muitos casos, em tratamentos cirúrgicos desnecessários. Considerando o papel fundamental do médico de família no acompanhamento da mulher grávida, é essencial aumentar a sensibilização para esta patologia, promovendo um diagnóstico mais preciso e evitando intervenções desnecessárias.

PO 40

DESAFIOS NA AVALIAÇÃO DE UM ADOLESCENTE

Rafaela Pulquério Santos[1]; Carolina Inverno[2];
Ricardo Bettencourt Morais[3]; João Saldanha[1]
[1]ULS Almada-Seixal - USF São João do Pragal; [2]USF Vista Tejo - ULS Almada Seixal; [3]USF Costa do Mar - ULS Almada Seixal

Introdução: Os cavernomas cerebrais são malformações vasculares; podem ser assintomáticos ou causar cefaleias, convulsões ou défices neurológicos focais, frequentemente relacionados com hemorragias espontâneas ou compressão das estruturas adjacentes. O diagnóstico confirma-se imagiologicamente com observação de lesões típicas e hemorragias antigas. Distinguem-se as formas esporádica e familiar, esta mais rara, associada a síndromes genéticas.

Descrição de caso: Rapaz, 17 anos, estudante, previamente saudável. Recorre ao Serviço de Urgência por parestesias no ombro esquerdo, com progressão para o membro superior e inferior esquerdo, episódicas, com duração de 4 minutos e frequência 2x/dia. Na véspera, cefaleia parietal intensa com despertar noturno, com resposta parcial a paracetamol. Teve avaliação médica 5 dias antes;

assumido diagnóstico de perturbação ansiosa, medicado com benzodiazepina sem melhoria. Negava trauma, infecção ou abuso de substâncias. Antecedentes familiares relevantes: avó paterna falecida com aneurisma, tio materno com epilepsia e história de acidente vascular cerebral hemorrágico sem causa conhecida.
À admissão, exame neurológico sem alterações exceto queda ligeira do membro superior esquerdo, mas Mingazzini negativo. Avaliação analítica e pesquisa de tóxicos sem alterações. Pela presença de sinais de alarme, realizou tomografia computorizada cranioencefálica documentando hemorragia intraparenquimatosa fronto-parietal direita com aspecto heterogéneo e edema circundante. Avaliado por Neuropediatria, foi internado para estudo e vigilância: ressonância magnética cranioencefálica revelou cavernomatose múltipla; eletroencefalograma sem alterações. Iniciou levetiracetam por suspeita de epilepsia focal associada. Três semanas após alta, avaliado em consulta externa com resolução completa de sintomas. Aguarda painel de genes e consulta de genética.
Conclusão: A investigação de sintomas neurológicos em adolescentes requer uma abordagem cuidadosa e sistemática. Para além de exame neurológico detalhado, deve ter-se em consideração a anamnese completa, incluindo antecedentes familiares, aos quais o médico de família tem acesso privilegiado. O acompanhamento contínuo e a comunicação com a família são essenciais para garantir o apoio médico e psicossocial do adolescente.

PO 41

FRAÇÃO DE EJEÇÃO PRESERVADA, FERRO ESGOTADO: NOVAS ABORDAGENS DA FERROPENIA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Alexandre Campos[1]; Leena Mira[2]; Ana Cláudia André[1]; Ana Maria Pinto[1]
[1]UCSP Pinhel; [2]USF Cândido Figueiredo

Introdução: A ferropenia e a consequente anemia é um achado frequente nos doentes com insuficiência cardíaca (IC). A prevalência varia em função da população estudada, mas tende a ser maior em estadios mais avançados. Mesmo na ausência de anemia, a ferropenia tem vindo a ser estudada como predisponente a *outcomes* negativos. Esta situação e o seu tratamento estão bem estudados e estabelecidos no que diz respeito à IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr), mas a sua abordagem ainda não está bem esclarecida na IC com fração de ejeção preservada (ICFEp). Os doentes com ICFEp com ferropenia, sem anemia, parecem ter também intolerância adicional à atividade física, qualidade de vida reduzida e mortalidade aumentada.
Objetivos: Atualização da abordagem da ferropenia na insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.
Material e métodos: Revisão de evidência recente, usando os termos *iron deficiency + heart failure with preserved ejection fraction.*
Resultados e conclusões: A ferropenia pode ser de difícil diagnóstico na insuficiência cardíaca. É frequente o uso da ferritina como valor laboratorial, por vezes até de forma isolada, na pesquisa de ferropenia. Contudo, nas situações de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada, é expectável um ambiente metabólico pró-inflamatório, consequência da síndrome de insuficiência cardíaca ou de outras comorbilidades possíveis. Atendendo a que a ferritina é uma proteína de fase aguda que pode estar falsamente elevada, justifica-se a pesquisa regular através de um perfil de cinética de ferro alargado, com avaliação de parâmetros inflamatórios.
Sendo a abordagem da ferropenia na ICFEr já conhecida e estabelecida, a evidência mais recente parece apontar para o benefício do tratamento da ferropenia também na ICFEp, mesmo na ausência de anemia. A suplementação com ferro oral apresenta-se como uma opção prática em ambulatório, enquanto a suplementação por via endovenosa associa-se a maior eficácia.

PO 42

ANEMIA E APTIDÃO PARA O TRABALHO: CASO CLÍNICO DE SÍNDROME RENDU-OSLER-WEBER

Luís Ramos Silva; , Tiago José Rodrigues; Carla Leitão; Gonçalo Botelho Rodrigues; Alexandre Afonso; Isabel Antunes
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH), também denominada síndrome de Rendu-Osler-Weber, é uma doença autossómica dominante com prevalência estimada de 1 em 5000. Caracteriza-se por malformações vasculares clinicamente significativas na pele, mucosa nasal, trato gastrointestinal, bem como no cérebro, pulmão e fígado.
Descrição: Enfermeira de 39 anos, de serviço cirúrgico, avaliada após 20 dias de isolamento devido a COVID-19. Referiu queixas de epistaxis frequentes de fácil controlo e menorragias. Não apresentava antecedentes pessoais relevantes nem medicação habitual. No decurso da anamnese, apurou-se que tinha um familiar de 1.º grau com diagnóstico de síndrome de Rendu-Osler-Weber. Em controlo analítico, foi diagnosticada uma anemia de novo (Hb 9,5g/dl). Solicitou-se a colaboração de Imuno-hemoterapia para seguimento clínico. Após 6 meses, foi estabelecido o diagnóstico de THH tipo 2 por estudo molecular. Realizou tratamento com suplementação de ferro (oral e endovenoso), ácido fólico e ácido aminocapróico. Cerca de 1 ano após o início dos sintomas, foi avaliada em consulta de Psiquiatria sendo-lhe diagnosticada reação de ajustamento e traços de personalidade anancástica. Iniciou tratamento com vortioxetina e intervenção psicoterapêutica em Psicologia Clínica. Avaliada em exame ocasional de Medicina do Trabalho, foi emitida ficha de aptidão para o trabalho, com resultado apto condicional com recomen-

dação de isenção de trabalho noturno até estabilização clínica, quer pela patologia psiquiátrica quer pela astenia resultante da anemia.

Conclusão: A anemia tem um impacto importante na população ativa, estando associada a sintomas de astenia, cansaço, baixa produtividade no trabalho e dificuldades de concentração. Um estudo transversal realizado em 2015 na população adulta portuguesa mostrou uma prevalência de anemia de 19,9% e 5,8% de anemia por deficiência de ferro. Este estudo revelou também que 84% dos doentes desconheciam ter anemia e não estavam a receber qualquer tratamento. Revelou-se de grande importância a investigação cuidada das queixas da trabalhadora, que poderiam, de outra forma, ser interpretadas como parte de um quadro de convalescença pós-viral, levando à perpetuação das mesmas e ao atraso no diagnóstico etiológico. O apoio da Medicina do Trabalho na fase de tratamento e estabilização da síndrome e comorbilidades permitiu à trabalhadora manter a sua atividade e contribuiu para o seu bem-estar.

PO 43

ADENOCARCINOMA DO COLO DO ÚTERO – UMA REALIDADE POTENCIALMENTE PREVENÍVEL

Mariana Castro; Joana R. Brandão Silva; João Beleza Bernardes; Filipe Cabral; Teresa Magalhães
USF Marco - ULS Tâmega e Sousa

Introdução: Em 2022, o cancro do colo do útero foi o quarto tipo de cancro mais comum nas mulheres em todo o mundo. Em Portugal, o seu rastreio é realizado, maioritariamente ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP) de forma gratuita. O caso evidencia a importância do rastreio na identificação precoce de lesões precursoras.

Discussão: Utente, sexo feminino. 40A. 3G2P 1 aborto espontâneo. Antecedentes pessoais de tuberculose ganglionar e hipotiroidismo, sob levotiroxina 0,100 ug. Fumadora 20 UMA. RCCU desatualizado por recusa da utente. Desde 07/2023 com consultas frequentes nos CSP por lombalgia à direita com irradiação para a região inguinal ipsilateral e provável tendinopatia da coxa direita, com fraca resposta a AINEs, opioide e medicina física e reabilitação. Em 03/2024 recorre aos cuidados de saúde por dor abdominal suprapúbica e disúria tendo sido diagnosticada e medicada para cistite. Devido à persistência dos sintomas, é pedido urocultura que se revela negativa. Após revisão da anamnese, refere corrimento vaginal de características anormais. Questiona-se a possibilidade de doença inflamatória pélvica (DIP), sendo, por conseguinte medicada com doxiciclina e pedido ecografia ginecológica endocavitária, que revela "prováveis alterações de adenomiose". Por manter sintomatologia e aumento da hemorragia menstrual, de novo, com 1 mês de evolução, é solicitada tomografia computorizada (TC) pélvica. Devido ao atraso da marcação do exame e ao aumento da sintomatologia, pede-se ecografia renovesical urgente que demonstra "dilatação pielocalicial e do ureter proximal direito, medindo o diâmetro AP do bacinete 16 mm, não se visualizando causa obstrutiva". Pede-se TC renal. Em 28/05/2024 mostra resultado da TC renal e pélvica: "Neoplasia do colo do útero invasiva das paredes da vagina e compressiva do uréter direito distal." É solicitado o encaminhamento urgente para o IPO do Porto e realizado o diagnóstico de Carcinoma do colo do útero localmente avançado.

Conclusão: A ausência de rastreio, associada a fatores de risco como tabagismo, contribuiu para um diagnóstico tardio de carcinoma localmente avançado. O diagnóstico precoce permite a resolução atempada das alterações e diminuição de transformação maligna. No caso descrito, apesar de ter sido ativamente proposto a sua realização, a utente recusou, culminado num diagnóstico potencialmente evitável, realçando a importância que a prevenção secundária assume nos cuidados de saúde.

PO 45

CRISE ADRENAL – EDUCAÇÃO E GESTÃO DO DOENTE EM CSP

João Soares Torres[1]; Célia Pais[2]; Daniel Alves[3]
[1]ULS Arrábida - USF Serra Mãe; [2]ULS Arrábida - USF Baía Azul; [3]ULS Arrábida - UCSP Azeitão

Introdução: A insuficiência da suprarrenal caracteriza-se por défice de produção de glucocorticoides no córtex da glândula.

A crise adrenal é uma emergência médica, sendo uma das principais causas de morte em doentes com insuficiência da suprarrenal. A educação e gestão do doente é a base da sua prevenção.

Objetivos: Rever as evidências científicas atuais disponíveis acerca da crise adrenal, de forma a compreender a gravidade da mesma, e assim, estar mais atento ao diagnóstico, abordagem e prevenção.

Material e métodos: Revisão clássica, através de pesquisa em PubMed entre 2018 e 2023 com os termos: *(adrenal) AND (crisis)*. Desta pesquisa resultou um total de 136 revisões e 14 revisões sistemáticas. Após a leitura dos abstract, foram selecionadas 10 revisões e 1 revisão sistemática.

Pesquisa de informação no site da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia: www.spedm.pt.

Resultados e conclusões: A insuficiência da suprarrenal manifesta-se com semiologia inespecífica, como fadiga, anorexia, dor abdominal difusa e emagrecimento. Pode ainda surgir hiperpigmentação cutânea, hipotensão e *salt craving* na insuficiência de etiologia primária.

Nestes doentes, qualquer situação que aumente a necessidade de glucocorticoides (tal como gastroenterite, febre, infeção, gravidez, cirurgia, trauma, atividade física extenuante ou stress emocional) pode desencadear uma crise adrenal.

A crise adrenal pode ser a primeira manifestação de insuficiência da suprarrenal, sendo uma combinação de mal-estar geral e dois ou mais dos seguintes: hipotensão, náuseas ou vómitos, fadiga intensa, sonolência, hiponatremia, hipoglicemia e hipercalemia.
A crise adrenal é uma emergência médica e requer tratamento imediato. O pilar de tratamento é administração precoce de glucocorticoides (100 mg de hidrocortisona intramuscular/endovenoso). Neste sentido, os utentes devem ter sempre consigo um cartão de emergência e glucocorticoide injetável.
Em suma, nos doentes com insuficiência da suprarrenal estabelecida é essencial prevenir a crise adrenal. O reconhecimento dos triggers e o ajuste adequado de corticoide são a chave na prevenção da mesma. Existem guias de instruções sobre como ajustar a dose de hidrocortisona a cada situação. Desta forma, a capacitação do doente relativamente à sua doença é essencial, tendo o médico de família um papel primordial no apoio e educação do mesmo.

PO 46

DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL

Célia Nascimento Pais[1]; João Soares Torres[2]; Erik Brzezicki[1]
[1]ULS Arrábida - USF Baía Azul; [2]ULS Arrábida - USF Serra Mãe

Introdução: A doença pulmonar intersticial (DPI) abrange um grupo de doenças que se caracterizam por cicatrização progressiva do tecido pulmonar, através de inflamação e fibrose. Dada a dificuldade diagnóstica desta doença, o Médico de Família tem um papel crucial na suspeita precoce da mesma.
Objetivos: Rever as evidências científicas da DPI, nomeadamente antecedentes pessoais, exposições, sinais e sintomas importantes aos quais se deve estar alerta para um diagnóstico precoce.
Material e métodos: Revisão clássica, através de pesquisa em PubMed dos termos *interstitial lung disease* e *primary care,* entre 2014 e 2024. Desta pesquisa, e após leitura dos abstracts, selecionaram-se seis revisões pertinentes para a revisão.
Resultados e conclusões: A doença pulmonar intersticial divide-se em 4 subgrupos: o grupo de etiologia conhecida (Doenças do tecido conjuntivo, de causa ocupacional e de causa iatrogénica por fármaco); as doenças granulomatosas (sarcoidose, pneumonite de hipersensibilidade e infeciosa); Pneumonias intersticiais idiopáticas (Fibrose pulmonar idiopática, pneumonia intersticial não específica, pneumonia intersticial aguda); e o quarto grupo, "outras formas" (Linfagioleiomiomatose, histiciotose X).
Para um diagnóstico precoce destas doenças, a nível dos cuidados de saúde primários (CSP), é importante estar atento a sintomas como tosse seca crónica e dispneia, a exposições prolongadas (a nível laboral/ambiental), ao uso de determinados medicamentos (sulfonamida, nitrofurantoína, amiodarona, quimioterapia). É ainda importante estar atento a sintomas extrapulmonares, como fadiga, dor e rigidez articular. A nível do exame objetivo, doentes com DPI apresentam comumente "crepitações" inspiratórias, tipo velcro. Geralmente têm origem nas bases do pulmão, progredindo para zonas superiores à medida que a doença avança. O hipocratismo digital é comum.
A nível dos CSP é fundamental uma suspeita precoce da DPI, com referenciação para os cuidados de saúde secundários, onde o diagnóstico será realizado em equipa multidisciplinar, que inclui um radiologista e um especialista na área das Doenças Intersticiais. O *gold-standard* é a TC de tórax de alta resolução.
Dado o prognóstico desfavorável destas doenças, o diagnóstico precoce é crucial, de forma a obter tratamento adequado atempadamente (com fármacos antifibróticos – nintedanibe e pirfenidona – que têm mostrado um atraso na progressão da doença) e, eventualmente, o transplante pulmonar.

PO 48

UMA MANIFESTAÇÃO DA VACINA BCG CADA VEZ MENOS ENCONTRADA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Diana Patrícia Pereira Costa; Claúdia Almeida
ULS Entre Douro e Vouga

Introdução: Em Portugal, a vacina bacilo Calmette-Guérin (BCG) está apenas recomendada em crianças que pertençam aos grupos de risco definidos em Norma própria. As complicações associadas à vacinação ocorrem em <1:1000 vacinados, sendo a complicação loco-regional mais frequente a adenite axilar (BCGite) ipsilateral ao local de inoculação. O diagnóstico é clínico e a linfadenite pode surgir nos primeiros 6 meses após a vacinação. A abordagem terapêutica de complicações loco-regionais ainda se mantém controversa e não é consensual.
Descrição: Menino, 28 meses, caucasiano. Gestação de termo vigiada, sem intercorrências, serologias maternas para VIH e Treponema *pallidum* negativas. PNV atualizado. Não elegível ao nascimento para a vacina BCG. Desenvolvimento estaturo-ponderal e psicomotor adequados.
Por contacto com avô materno ex-toxicodependente, realizou prova de Mantoux em junho/2024, com inoculação de vacina BCG 72h depois. Em 3 semanas, tumefação no local de inoculação (deltoide esquerdo), com drenagem espontânea, que resolveu. Cerca de 2 meses após a inoculação, aparecimento de tumefação axilar ipsilateral, crescimento progressivo, sem drenagem, sinais inflamatórios locais ou febre. Avaliado em setembro no SU em contexto de celulite da mão esquerda concomitante (24h de evolução), sendo medicado com amox/clav 50 mg/kg/dia 7 dias e referenciado a consulta externa de Pediatria para vigilância da adenite axilar. Realizou ecografia axilar, a descrever: "imagem nodulariforme de conteúdo misto hipoecogénico heterogéneo e sonolucente, com trajeto

fistuloso para a profundidade que poderá traduzir coleção inflamatória inespecífica ou em alternativa uma adenopatia com degenerescência quística, a valorizar no contexto clínico…". Na consulta em outubro, pedida colaboração de Cirurgia Pediátrica por sinais inflamatórios locais exuberantes e zona flutuação. Por esta, sem indicação para drenagem prévia a antibioterapia, sendo medicado com cefuroxima 38mg/kg/dia, a qual suspensa em D1 por intolerância. Entretanto, drenagem espontânea da linfadenite axilar com conteúdo purulento, sendo medicado com antibioterapia tópica e cuidados de penso. Serologia VIH negativa, bioquímica e imunofenotipagem sem alterações. Atualmente, evolução favorável do quadro, mantendo tumefação estável e drenagem vestigial.

Conclusão: Dada a pouca frequência da adenite axilar pela vacina BCG, pretende-se alertar os médicos, em particular Pediatras e de Medicina Geral e Familiar, para o seu carácter benigno, apesar do aspeto exuberante. A supuração espontânea é frequente, apresentando evolução benigna e autolimitada na maioria dos casos, embora a evolução possa ser muito lenta. Assim, na ausência de doença disseminada, recomenda-se atitude expectante, com esclarecimento da natureza benigna junto dos pais, sem necessidade de investigação adicional ou tratamento farmacológico.

PO 49

A ELA QUE SE ESCONDE NUMA DISARTRIA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Diana Patrícia Pereira Costa; Ana Dias
ULS Entre Douro e Vouga

Introdução: A disartria é uma perturbação neuromotora caracterizada por anormalidades no controlo do discurso e, na esclerose lateral Amiotrófica (ELA), pode preceder a fraqueza dos membros em 3 a 5 anos. A ELA é uma doença neurodegenerativa rara, assimétrica e progressiva, de etiologia não esclarecida, com envolvimento variável de neurónios motores superiores e inferiores, além de um perfil neuropsicológico, o que dificulta o diagnóstico clínico, neurofisiológico e de exclusão. Em regra, atrofia muscular generalizada em 2 a 3 anos após início dos sintomas.

Descrição: Mulher, 74 anos, reformada, autónoma nas atividades de vida diária. Família nuclear, altamente funcional, classe socioeconómica média. Antecedentes: hipertensão artrial, dislipidemia, fibrilhação auricular hipocoagulada, patologia nodular da tiroide, rosácea, osteoporose e patologia musculosquelética. Infeção SARS-CoV2 maio/22 (3 doses vacina anti-COVID19). Desde julho/2023, "fala enrolada" descrita pelos conviventes, mordedura involuntária e frequente do lábio inferior e disfagia progressiva (mais para líquidos). Recorreu à unidade de Saúde Familiar em setembro e foi referenciada para o SU, onde realizou (angio)TC-CE, sem alterações. Em contexto privado, RMN-CE "lesões glióticas microvasculares". Em novembro, consulta com a médica de família (MF), mantinha as mesmas queixas, além de disfonia ocasional, cãibras e fasciculações nos membros inferiores, sendo referenciada com urgência a consulta externa de Neurologia. Na consulta hospitalar, solicitada eletromiografia com prova de estimulação repetitiva –"sinais de disfunção do neurónio motor em todos os segmentos explorados". Realizou ainda videoendoscopia da deglutição – "atraso da deglutição por alguma limitação no controlo da língua e estase alimentar ligeira na valécula". Em março/2024, estabelecido o diagnóstico de ELA, subtipo bulbar, e iniciou terapêutica com riluzol. Referenciação intra-hospitalar para MFR/disfagia e Pneumologia. Desde o diagnóstico, vários contactos com a MF para gestão de sintomas físicos e psicológicos. Sem evolução das queixas, mantendo-se sem dificuldades motoras nos membros.

Conclusão: A prestação de informação médica sobre a ELA constitui, frequentemente, um choque existencial para o doente. Na prestação de cuidados longitudinais, pela proximidade e conhecimento dos antecedentes pessoais e da estrutura familiar do doente com ELA, a MGF poderá ter um contributo fundamental na abordagem holística, proativa e antecipatória dos cuidados.

PO 51

LABIRINTO DE CHARME – COMO VALORIZAR UTENTES COM MÚLTIPLAS QUEIXAS SEM DEIXAR ESCAPAR UMA ZEBRA?

Cláudia Pinto Silva
USF São Marcos

Introdução: A abordagem de doentes com múltiplas queixas nos cuidados de saúde primários, frequentemente inespecíficas, representa um desafio significativo. Muitos não apresentam patologias de relevância clínica ou diagnósticos raros, sendo, contudo, utilizadores frequentes dos serviços de saúde, por vezes sem necessidade clínica claramente justificada. Este caso clínico pretende destacar a importância de desenvolver estratégias eficazes para lidar com utentes difíceis e queixosos, gerindo o que não se deve valorizar do que não se pode subestimar, ilustrando o ditado informal da medicina: "Quando ouves cascos, pensa em cavalos, mas não ignores as zebras".

Descrição: Apresenta-se o caso de JM, mulher de 47 anos, natural de Cabo Verde, residente em Portugal há 20 anos. Antecedentes de hipotiroidismo, anemia crónica e lesão do colo do útero. Desde 2019, vem a várias consultas de doença aguda e de intersubstituição com múltiplas queixas, desde queixas álgicas em diferentes localizações, fadiga persistente, alterações do humor, insónias e, em duas consultas, ligeira hiperpigmentação nas palmas das mãos. Paralelamente apresenta episódios de descompensação do hipotiroidismo, sendo que muitas vezes não cumpre a

terapêutica. No ano de 2023, por quadro descompensado associado a hiponatremia severa, realiza vários exames complementares e ajustes terapêuticos. Em outubro de 2023, é encaminhada ao serviço de Urgência, fica internada por desidratação severa, hiponatrémia e hipercaliémia, culminando o caso no diagnóstico de insuficiência suprarrenal primária (doença de Addison), com melhoria substancial após início de corticoterapia.
Conclusão: Este caso ilustra o equilíbrio delicado entre considerar diagnósticos diferenciais abrangentes e manter um foco prático na gestão das queixas dos doentes. Mais do que salientar a importância de identificar condições raras, pretende reforçar a necessidade dos médicos criarem mecanismos para lidar com doentes difíceis, incumpridores da terapêutica, que consomem recursos de forma desproporcional e que podem gerar frustração na prática clínica. Nestes casos, a preparação do estado físico e emocional do médico para receber os utentes em consulta, a relação médico-doente e o pensamento crítico equilibrado são pilares fundamentais para evitar tanto o sobre como o subdiagnóstico, garantindo uma prática clínica eficiente e empática.

PO 52

FINERENONA E O SEU PAPEL TERAPÊUTICO NA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E DOENÇA RENAL CRÓNICA – UMA REVISÃO DA LITERATURA

Marta Ferreira Rodrigues; Samuel Filipe Canelas Rocha
USF São Bento

Introdução: A doença renal crónica é uma das principais complicações da diabetes mellitus tipo 2, e representa uma das principais causas de morbimortalidade. Os tratamentos convencionais, como os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona e/ou inibidores da SGLT2 proporcionam benefícios, mas muitas vezes são insuficientes para travar a progressão da doença. A finerenona, um antagonista seletivo não esteroide dos recetores de mineralocorticóides, surge como uma nova alternativa terapêutica, com efeitos antifibróticos e anti-inflamatórios promissores.
Objetivos: Revisão da literatura atual sobre o uso da finerenona em diabéticos com doença renal crónica, com o objetivo de avaliar a sua eficácia e segurança, além de compreender melhor o seu papel na prática clínica.
Métodos: Foi realizada uma revisão da literatura científica, através da PubMed e incluindo ensaios clínicos de grande relevância, como o FIDELIO-DKD e o FIGARO-DKD, que avaliaram a eficácia da finerenona em pacientes com doença renal crónica e diabetes mellitus tipo 2. Foram incluídos artigos dos últimos 5 anos, em português e inglês. Foram excluídos artigos que abordavam doentes não diabéticos e sem doença renal crónica, não avaliavam o efeito da finerenona nesta população, relatos de caso e ensaios ainda a decorrer.
Resultados e conclusão: Os estudos clínicos mostraram que a finerenona oferece benefícios significativos na redução da progressão da doença renal crónica em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, retardando o declínio da taxa de filtração glomerular e diminuindo a albuminúria. Adicionalmente, mostrou reduzir o risco de eventos cardiovasculares, como insuficiência cardíaca e mortalidade cardiovascular, em pacientes com doença renal crónica e diabetes mellitus tipo 2. No que diz respeito à segurança, este fármaco apresentou um perfil globalmente positivo, no entanto deve-se monitorizar os níveis de potássio séricos devido ao risco de causar hipercalemia, particularmente em pacientes com estadios mais avançados de insuficiência renal. Deste modo, constata-se que a finerenona pode ser uma adição valiosa ao tratamento da doença renal crónica em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, melhorando tanto os efeitos renais quanto cardiovasculares.

PO 53

HEMATÚRIA E A IMPORTÂNCIA DO EXAME OBJETIVO – UM CASO DE CANCRO DO PÉNIS

Cristiana Lajas Matos; Sara Cardoso Ferreira; Tiago Silva Duarte; Ricardo Martins
ULS Entre Douro e Vouga

Introdução: O cancro peniano é raro, mais frequentemente diagnosticado entre 60-70 anos. Principais fatores de risco são infeção por HPV, fimose, tabagismo, idade avançada e obesidade. Pode apresentar-se com lesões cutâneas, ulceração, rubor, dor, hemorragia, dificuldade a urinar e corrimento uretral. Se dx precoce, tem prognóstico favorável – 40% com sobrevida global a 5 anos de ~90%.
Descrição: Homem, 88 anos, parcialmente dependente, antecedentes de hiperplasia benigna da próstata (HBP), dislipidemia e doença vascular cerebral. Medicação habitual: rosuvastatina 20mg, tansulosina 0,4mg, vit. D. Recorre a Consulta Aberta (CA) a 23/09/2024, acompanhado pela cuidadora, por hematúria macroscópica, sem outros sintomas. Tira teste urinária (TTU) com leucocitúria e hematúria. Solicitada urocultura, PSA e ecografia próstata + reno-vesical. PSA 9,07 ng/ml e ecograficamente "próstata com volume estimado de 83cc", sem outras alterações de relevo. Diagnóstico (dx) de prostatite, medicado com ciprofloxacina, 500mg, com melhoria clínica e descida do PSA 1,09 ng/ml. Recorre a CA a 22/11 por recidiva de hematúria, febre com início nesse dia (temperatura axilar 38,2ºC) e tensão arterial 78/31mmHg - encaminhado ao SU. Analiticamente leucocitose (18,000/mL) e função renal normal. Drenagem de urina límpida aquando da algaliação. Assumiu-se cistite não complicada e foi medicado com amoxicilina + ácido clavulânico, 875mg+125mg. Por manter episódios diários de hematúria, a 02/12 recorre a Consulta de Urologia em regime privado. Exame objetivo "pénis com fimose cerrada com glande endurecida dorsal-

mente, sugestiva de neoplasia peniana". Discutidas hipóteses terapêuticas com a família, optam por atitude paliativa.
Discussão: As causas mais comuns de hematúria são cistite, cálculos renais e, em idosos, HBP ou neoplasia trato urinário. Este caso salienta a importância da realização do exame objetivo cuidado, nomeadamente dos genitais, que, muitas vezes por constrangimento, é desvalorizado. A ausência de avaliação completa e detalhada levou a um atraso no dx, com possível impacto na qualidade de vida do doente e familiares, e no prognóstico.

PO 54

DA AUTONOMIA À DEPENDÊNCIA: UM CASO DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Inês Magalhães Ferreira; Susana Carvalho; Bárbara Gameiro
USF Serpa Pinto

Introdução: A ELA é uma doença neurodegenerativa do neurónio motor, com instalação progressiva. Surge entre os 60 e os 75 anos e a sobrevida ronda os 2-3 anos. É uma doença rara, afetando cerca de 1000 pessoas em Portugal. O diagnóstico é desafiante e o impacto que esta patologia tem no utente e na sua família é significativo.
Descrição: Homem de 73 anos, autónomo, trabalhava como técnico de reparação de eletrodomésticos. Antecedentes de DM, HTA, dislipidemia, HBP e patologia osteoarticular. Medicado com rosuvastatina, metformina, azilsartan medoxomilo + clorotalidona, esomeprazol e tansulosina. Em março de 2024 notou alterações da marcha que foram agravando progressivamente. Recorreu a consulta de Neurologia, não tendo sido objetivadas alterações de relevo. O quadro foi evoluindo, surgindo diminuição importante da força muscular dos membros inferiores, pior à esquerda, com instabilidade da marcha associada, sem défices sensitivos. Foi realizado estudo infeccioso, endocrinológico e de neoplasias ocultas, que não apresentou alterações. Em junho de 2024, recorreu ao SU por agravamento, tendo sido assumido síndrome lacunar sensitivo-motor deficitário à esquerda por provável doença de pequenos vasos. Foi medicado com dupla antiagregação durante 1 mês e posteriormente aspirina até ser visto em consulta de Neurologia. A estatina foi suspensa para exclusão de miopatia induzida pelas estatinas. A paraparésia progressiva manifestada pelo doente não foi valorizada na consulta e o utente foi referenciado pela médica de família para outro hospital. Do estudo realizado, a eletromiografia mostrava processo degenerativo difuso dos neurónios motores inferiores espinhais, compatível com o diagnóstico de Eesclerose lateral amiotrófica. Iniciou tratamento dirigido com riluzol.
Atualmente desloca-se em canadianas, apresentando défices motores nos membros inferiores e superiores, bem como disfonia e disfagia para líquidos, ligeiras. Reativo a esta situação e pela crescente perda de autonomia, o doente desenvolveu um quadro depressivo, encontrando-se medicado com escitalopram. Mantém seguimento multidisciplinar por Neurologia, Psiquiatria, MFR, Pneumologia e Cuidados Paliativos, para além da médica de família.
Conclusão: Este caso mostra que o diagnóstico de ELA pode ser desafiante, embora deva ser feito o mais precoce possível. O papel do médico de família é crucial na gestão e orientação do doente e a abordagem multidisciplinar é fundamental para otimizar a qualidade de vida.

PO 55

DERMATITE DE CONTACTO: ALÉRGICA OU IRRITATIVA? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO OCUPACIONAL

Gonçalo Botelho Rodrigues; Tiago José Rodrigues; Carla Leitão; Luís Silva; Mário Beleza; Diogo Cruz; Patrícia Van Beveren; Alexandre Afonso; Isabel Antunes
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A dermatite de contacto é uma patologia dermatológica comum frequentemente relacionada com o trabalho. A distinção entre uma natureza alérgica (DCA) ou irritativa (DCI) é fundamental para a adaptação das funções do doente-trabalhador, mas a apresentação clínica é quase totalmente sobreponível.
Descrição: Apresentamos um caso de uma enfermeira de um serviço hospitalar de internamento, 38A, observada em exame ocasional de saúde da Medicina do Trabalho (MT) por recomendação do médico de família (MF). Referia 3 episódios recidivantes num intervalo de 10 meses (4 meses depois de iniciar funções) com quadros de eritema macular bilateral das mãos com fissuração cutânea, dor e hiperqueratose. No primeiro episódio, recorreu ao MF, que prescreveu clobetasol cutâneo id 1sem, tendo o quadro revertido parcialmente. O segundo episódio teve evolução semelhante, mas com necessidade de CIT de 1semana. No terceiro, os sintomas reverteram totalmente sem terapêutica, visto ter iniciado férias, mas agravaram 1 semana após regresso ao trabalho.
O MT emitiu uma aptidão condicionada para o trabalho com evicção de utilização de solução de base alcoólica, encaminhando para estudo com testes dermatológicos epicutâneos por suspeita de DCA. Foi apurada uma alergia "++" a metilcloroisotiazolinona (MCI) – conservante comum em produtos hospitalares. Clinicamente, verificaram-se poucas melhorias.
Foram analisadas as fichas técnicas dos produtos de lavagem e desinfeção de mãos utilizados no serviço, não estando a MCI presente em nenhum deles. Perante uma suspeita de DCI, optou-se por uma aptidão condicionada mais restritiva, com utilização de luvas de algodão interiormente às de nitrilo e lavagem de mãos apenas com sabão neutro.
Após 3 semanas, as melhorias clínicas foram frustres dada a imperiosidade das lavagens de mãos, motivando

uma intervenção mais drástica com a alteração das tarefas para atividades de promoção da saúde, sem contacto direto com doentes. Reavaliada, a trabalhadora encontra-se apenas com sintomas residuais que relaciona com atividades não-profissionais.

Conclusão: A dermatite de contacto continua a ser um desafio clínico, sobretudo em profissões nas quais é difícil evitar fatores desencadeantes. Este caso exemplifica a relevância da atuação médica em equipa e o papel fundamental que a avaliação flexível e dinâmica da aptidão para o trabalho tem ao permitir, simultaneamente, a continuidade do desempenho profissional e a salvaguarda da saúde do doente-trabalhador.

PO 56

COMUNICAR É O MELHOR REMÉDIO

Teresa Leitao; Jorge Ramos; Anjos Silva; Rita Vargas; Cátia Silva
USF Planície

Introdução: As complicações são riscos inerentes a qualquer procedimento, assim como o erro diagnóstico é um risco que se corre a cada contacto entre doente e médico. Este caso fala-nos de uma complicação de um procedimento, que permaneceu indetectada, apesar de múltiplos contactos do utente com vários médicos de várias especialidades.

Descrição do caso: Homem de 61 anos, seguido regularmente pelo seu médico de família, com antecedentes de HTA controlada, abuso do tabaco no passado, e carcinoma pavimentoso bucal há 19 anos. Durante o seu seguimento em oncologia, fez uma TAC torácica de rastreio para cancro do pulmão, que mostrou um nódulo suspeito, que após biópsia revelou ser um adenocarcinoma do pulmão. O doente foi submetido a lobectomia, sem complicações descritas. O internamento decorreu sem intercorrências, o doente queixava-se apenas de tosse seca, e deu pela falta de uma peça dentária no dia seguinte à cirurgia. Fazem-se rx de tórax em que não se identifica nenhuma peça dentária. Iniciou-se então um período de cerca de 8 meses em que o doente recorreu a consulta aberta por oito vezes por queixas de cansaço, febre e tosse seca, por vezes associadas a alterações analíticas como leucocitose, neutrofilia e hiponatremia, que motivaram pelo menos quatro ciclos de antibioterapia e ajuste na medicação antihipertensora. O motivo por trás destas queixas só se descobriu numa TAC torácica de controlo no seguimento por oncologia, em que se revela finalmente a causa deste quadro respiratório arrastado: um corpo estranho alojado no brônquio lobar inferior direito, de aspeto compativel com um dente.

Conclusão: Existem várias formas de minimizar o erro médico, que devem ser expostas e discutidas para que possamos contribuir para sistemas de saúde cada vez mais seguros. A comunicação entre médico e utente e entre colegas revela-se um factor chave

PO 57

SIDEROSE SUPERFICIAL: IMPACTO FUNCIONAL E REINTEGRAÇÃO LABORAL

Inês Pereira Ribeiro; Margarida Cardoso Oliveira; Catarina Tavares Oliveira; Gonçalo Eiras; Carla Couto; Alexandra Lima Roque; Andrea Rodrigues; Jacinta Carvalhas
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A siderose superficial é uma condição rara causada pela deposição crónica de hemossiderina nas superfícies do sistema nervoso central, frequentemente associada a hemorragias subclínicas recorrentes. Esse processo resulta em manifestações como síndrome cerebelosa progressiva e surdez neurossensorial. Na Medicina do Trabalho, a gestão destes desses casos exige adaptações individualizadas, considerando limitações funcionais e estratégias para preservar a qualidade de vida e segurança do trabalhador no ambiente laboral.

Descrição do caso: Os autores descrevem o caso de um homem de 43 anos, que trabalhava como serralheiro na secção de corte de madeiras numa loja de materiais de construção e bricolage desde 2015.

Como antecedentes de relevo, apresenta surdez neurossensorial e síndrome cerebelosa progressiva secundárias a siderose superficial que, neste caso, tem como etiologia uma fístula espontânea que drena líquor e sangue no espaço subaracnoideu.

Esta patologia condiciona-lhe: disartria escândida, com crescente dificuldade na fala; descoordenação dos membros; diminuição da precisão nos movimentos finos e grosseiros das mãos; desequilíbrio em ortostatismo e na marcha. Estes sintomas foram progredindo lentamente desde os seus 30 anos.

Em abril de 2024 teve exame periódico de Medicina do Trabalho onde, tendo em conta o quadro clínico, teve a sua aptidão condicionada a não poder operar com equipamento elétrico cortante ou exercer trabalhos em altura. Consequentemente, houve necessidade de realocar o seu posto de trabalho, tendo sido transferido para a secção de jardinagem.

Em junho verificou-se um agravamento da sua surdez, que o limitava o atendimento aos clientes. Recorreu a exame ocasional de Medicina do Trabalho, verificando-se nova reafectação do seu posto, desta vez, para a logística. Foi também avaliado em junta médica, onde lhe foi atribuído o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, com um grau de incapacidade permanente de 74%.

Conclusão: A siderose superficial, embora de origem natural, pode causar limitações funcionais significativas, exigindo adaptações no contexto laboral para garantir a segurança e o bem-estar do trabalhador. Este caso destaca a importância da Medicina do Trabalho na gestão contínua da aptidão e na reafetação profissional, promovendo a reintegração em funções compatíveis e a manutenção da qualidade de vida, mesmo face ao agravamento progressivo desta patologia.

PO 58

CARBAMAZEPINA E O ENIGMA DA CONFUSÃO: REFLEXÕES DE UM CASO CLÍNICO

Filipa Couto; Célia Carvalhal; Ana Ramôa Castro
USF Espaço Saúde

Introdução: O médico de família, com a sua abordagem holística e conhecimento dos doentes, tem um papel fundamental para diagnóstico e seguimento de comorbilidades. É fundamental garantir um diagnóstico certo para a segurança dos utentes, sendo, para isso, importante uma abordagem multidisciplinar.

Descrição: Utente, sexo feminino, 56 anos, com antecedentes de fibromialgia, nevralgia do trigémio, osteoartrose, síndrome de ardência bucal e xerostomia, medicada com escitalopram, carbamazepina, tramadol, celecoxib, clonazepam gotas e lidocaína gel SOS. É cuidadora da mãe com demência de Alzheimer.

Referenciada a 15 de janeiro de 2024 pelo CODU ao serviço de urgência (SU) da ULS Santo António por suposta hemiparésia esquerda de aparecimento súbito. Avaliada por Neurologia, sem alterações ao exame objetivo, ECG normal e TC-CE sem achados de relevo. Alta por abandono. No dia seguinte, regressa ao SU com afasia motora e manutenção das queixas. Ao exame, pupilas mióticas e desvio da comissura labial à esquerda (?), tendo tido alta após reavaliação por Neurologia, com suspeita de contexto psicogénico. Fica com agendamento de consulta da especialidade 2 meses depois.

Dois dias depois, em consulta aberta na USF, o marido refere discurso incoerente e confusão mental. Ao exame objetivo, pupilas aparentemente mióticas, prova dedo-nariz de interpretação difícil e Romberg aparentemente negativo. Perante a manutenção das queixas e exame neurológico inconclusivo, é referenciada novamente ao SU. A utente é observada por Psiquiatria, sendo assumido possível agravamento progressivo de ansiedade precipitada por circunstância vivencial, tendo sido titulado o escitalopram e iniciado clonazepam 1 mg id.

Três dias depois, em reavaliação na USF, persistem queixas e é referida sensação de corpo estranho na orofaringe, tendo sido solicitados exames complementares. No dia seguinte, utente e marido recorrem novamente ao SU da ULS Santo António, sem alterações no plano prevaimente estabelecido.

A 31 de janeiro, a unidade de cuidados na comunidade informa a médica de família sobre a institucionalização da mãe da utente, devido à incapacidade de prestação de cuidados pela cuidadora. É feita revisão do processo clínico e é feito contacto com o marido para esclarecimento. Solicita-se entrega das caixas de medicação para despiste de iatrogenia farmacológica. É entregue pelo marido uma caixa de clozapina 100mg (1/2 comprimido bid), não prescrita previamente e que é suspensa de imediato. Marido e utente são informados dos riscos e são agendadas consultas de reavaliação.

Este caso destaca o papel crucial do médico de família na abordagem holística e no acompanhamento contínuo dos doentes, bem como a relevância da autogestão e da literacia em saúde. É de destacar também a importância da colaboração multidisciplinar, tendo sido fundamental a abordagem de diversos profissionais de saúde e de variadas áreas.

PO 61

OBESIDADE: O IMPACTO DO TRATAMENTO NA GESTÃO DAS SUAS COMPLICAÇÕES – RELATO DE CASO

Sílvia Cunha Oliveira; Catarina Portugal Gaspar; Luisa Vilalonga Pereira; Helga Alhinho; Ricardo Bettencourt Morais; Joana Neves Pereira; Carlos Quirino Silva; Marta Fé Santos
USF Costa do Mar

Introdução: Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2019, cerca de 17% da população portuguesa apresenta obesidade. A obesidade está relacionada com opções individuais de estilo de vida, mas também é uma doença multifactorial influenciada por hábitos alimentares culturalmente instituídos, alterações ambientais e sociais com uma suscetibilidade genética subjacente. A obesidade surge associada a mais de 200 doenças e complicações nomeadamente cancro, diabetes, doença cardiovascular, infertilidade, depressão e ansiedade. Sendo uma doença associada à diminuição da esperança e qualidade de vida, importa ao médico de família (MF) abordar e prevenir esta doença na sua prática clínica diária.

Descrição: Mulher 62 anos, natural de Portugal, 9 anos de escolaridade, cozinheira. Antecedentes pessoais: obesidade, hipertensão arterial essencial, diabetes mellitus tipoll, dislipidémia e bócio multinodular (função tiroideia normal). Antecedentes familiares: obesidade na mãe e avó paterna. Medicada com losartan 50mg + hidroclorotiazida12,5mg 1 comp/dia e metformina 1000mg + dapaglifozina 5mg 1 comp 12-12h. Hábitos tabágicos 2-3cigarros/dia, sem consumos etílicos. Alimentação sem horários e adição por doces; caminhadas 40 min 5 vezes/semana. Seguimento regular nos cuidados de saúde primários (CSP) e com múltiplas tentativas de perda de peso sem sucesso. Após várias referenciações hospitalares (desde 2015) para realização de cirurgia bariátrica, realizou a primeira consulta hospitalar em dezembro/2022 – na primeira avaliação 124,8 kg (IMC50, 6kg/m2); submetida a bypass gástrico em setembro/2024 (113 kg IMC43,8 kg/m^2); 2 semanas após a cirurgia suspendeu antidiabéticos orais; 1 mês após cirurgia perdeu 10,2 kg e reduziu antihipertensor para metade; 2 meses após cirurgia, suspende medicação antihipertensora. Mantém seguimento hospitalar e nos CSP.

Conclusão: A obesidade é considerada uma epidemia,

afetando de forma negativa a longevidade e qualidade de vida. Este caso evidencia o enorme impacto do tratamento da obesidade na gestão das comorbilidades. Importa salientar que a obesidade é uma doença e que o estigma e a discriminação associados a esta também existem entre médicos. Segundo o estudo ACTION IO, a pessoa com obesidade leva cerca de 6 anos para abordar o assunto com o seu MF e 71% dos médicos não inicia a conversa sobre o peso porque acreditam que as pessoas com obesidade não estão interessadas em perder peso. Por isso, é essencial abrir um canal de comunicação com o doente – destaca-se então o papel essencial do MF como primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde, gestor e prestador de cuidados de saúde longitudinais e centrados na pessoa, articulação com outras especialidades e advocacia do paciente.
Por fim, é fundamental uma abordagem multidisciplinar que inclua suporte nutricional, psicológico e médico para garantir o sucesso a longo prazo.

PO 63

PRESCRIÇÃO DE FOSFOMICINA EM UTENTES DE UMA USF COM DIAGNÓSTICO DE CISTITE – MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Serenela Ventura da Luz; Helena Nogueira Martins; Pedro Azevedo; Sara Pinheiro; Vanessa Costa; Teresa Pascoal
USF Pulsar

Introdução: A cistite aguda não complicada (CANC) na mulher é uma condição frequente nos cuidados de saúde primários, que pode ser tratada com fosfomicina 3000mg em toma única (considerada terapêutica de primeira linha). Face à crescente resistência aos antibióticos, é essencial assegurar a prescrição racional destes fármacos. É então, por este motivo, fulcral apurar a adequação das prescrições numa Unidade de Saúde Familiar (USF) às normas orientadoras acerca da CANC.
Objetivos: Análise e melhoria contínua da qualidade da prescrição de fosfomicina para o tratamento de CANC em utentes de uma USF.
Métodos: O estudo, observacional e transversal, foi realizado em duas fases. Na primeira, analisaram-se as prescrições realizadas entre 1 de julho e 31 de dezembro de 2023, com dados colhidos no MIM@UF©, PEM© e S Clínico©: sexo, idade, número de utente, prescrição de fosfomicina, respetiva posologia e codificação ICPC-2 na Avaliação (A) do SOAP.
No mês de abril de 2024, realizou-se uma intervenção junto da equipa médica, composta por apresentação em PowerPoint com revisão das normas da Direção Geral da Saúde (DGS) e das *Guidelines* da Associação Europeia de Urologia, bem como pela exposição dos resultados iniciais. Na segunda fase, analisaram-se as prescrições realizadas entre 1 de maio e 1 de novembro de 2024, para avaliar o impacto da intervenção.
Resultados: Na análise inicial, identificaram-se 78 prescrições de fosfomicina: 43,59% apresentavam indicação para duas tomas, 6,41% envolviam duas saquetas para toma única, e 50% estavam adequadas. Após a intervenção, entre as 85 prescrições identificadas, 25.62% indicavam duas tomas, 4.29% envolviam duas saquetas para toma única, e 70,09% estavam adequadas, representando uma melhoria de 26.5% na conformidade com as normas.
Discussão e conclusão: A intervenção mostrou-se eficaz, reduzindo significativamente as prescrições inadequadas. No entanto, este estudo tem como limitação o facto de depender de dados secundários, como a codificação do problema nos registos clínicos. Não obstante, reforça o potencial da formação contínua das equipas médicas, e cria oportunidade para discussão acerca de possíveis futuras intervenções. Nomeadamente, sobre a implementação de ferramentas electrónicas com lembretes que promovam a prescrição com posologia adequada, contribuindo para combater a resistência aos antibióticos.

PO 66

EM DIA DE CONSULTA ABERTA – CASO CLÍNICO DE DORSALGIA E O 'JÁ AGORA' DA TORACALGIA

Margarida Capitão; Margarida Carmo; Filipa Santos; Mariana Trindade; Brigite Ferreira
USF Coimbra Norte

Introdução: O seguimento de doentes com multicomorbilidade representa um desafio crescente na prática de Medicina Geral e Familiar (MGF). Este caso descreve um doente de muito alto risco cardiovascular cuja fraca adesão aos cuidados de saúde dificultou a identificação precoce de doença macrovascular.
Descrição do caso: Homem de 59 anos, fumador (40 UMA), taxista, com antecedentes de fibrilação auricular (FA), dislipidemia e hipertensão arterial sob perindopril 10 mg, bisoprolol 5 mg e atorvastatina 20 mg. Ciclo Duvall I. Recorre esporadicamente a consultas abertas, sem acompanhamento regular em Cuidados de Saúde Primários (CSP's).
Recorreu a consulta aberta por dorsalgia habitual com 4 dias de evolução. Na exploração da história clínica, relatou sintomas compatíveis com angina estável, desde há um ano - dor torácica retroesternal em aperto, irradiada para o membro superior esquerdo e região cervical, agravada em esforço. Descreveu disfunção erétil. Negou episódios compatíveis com acidente isquémico transitório. Ao exame objetivo, apresentava PA 170/ 90 mmHg, FC 78 bpm, IMC 25,1 kg/m2, contratura muscular do trapézio direito justificativa de queixas de doente.
Em consulta programada, traz o estudo complementar solicitado: LDL 112 mg/dL, HbA1C 6.2%, ECG com FA e sinais de provável isquemia lateral, holter com FA paroxística, ecocardiograma com dilatação da aorta (42 mm) e hipertrofia ventricular esquerda (FEj 64%), EcoDoppler

carotídeo revelou oclusão esquerda e estenose de 50% à direita, espirometria normal e cintigrafia negativa para isquemia. Atualizados rastreios de saúde.

Foi realizado aconselhamento de alteração de estilos de vida e consulta de cessação tabágica, apresentando baixa motivação (Teste de Richmond 4) e alta dependência (Teste de Fagerström 6). Foi otimizada terapêutica com azilsartan 40 mg e rosuvastatina 40 mg + ezetimiba 10 mg. Iniciou anticoagulação com edoxabano 60 mg por CHADsVASC >2.

A clínica anginosa, associada ao risco cardiovascular elevado, levantou a suspeita de doença coronária, encaminhando-se a Cardiologia para investigação adicional, considerando-se coronariografia. Referenciado a Cirurgia Vascular e Urologia.

Conclusão: Neste caso, a fraca adesão às consultas de vigilância e apresentação tardia dos sintomas sublinham a importância da proatividade na MGF. Além disso, a disfunção erétil, muitas vezes subvalorizada, levanta a suspeita de patologia macrovascular significativa. A discussão multidisciplinar é essencial, particularmente, na decisão de estudo complementar em doentes com alta probabilidade pré-teste e estudo inicial negativo. Perante FA e estenose carotídea significativa concomitante, a escolha entre anticoagulação isolada ou combinada com antiagregação simples deve ser ponderada. Estratégias de sensibilização para adesão terapêutica e vigilância são cruciais para otimizar a gestão e prevenir complicações.

PO 67

SERÁ QUE A CULPA É DA VACINA? – EXACERBAÇÃO DE ARTRITE REUMATÓIDE APÓS VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 – CASO CLÍNICO

Ana Silva; Hugo Salgueiro; Diogo Vale
ULS Alentejo Central - USF Salus

Enquadramento: Os doentes com artrite reumatoide (AR) sofrem uma maior carga de morbilidade e mortalidade relacionadas com doenças infeciosas, e têm o dobro do risco de adquirir uma infeção grave, devido a fatores relacionados com a doença auto-imune e as terapêuticas imunossupressoras utilizadas. A imunização anual contra o vírus da gripe é recomendada para todos os doentes com AR, e a imunização contra a COVID-19 para aqueles que estão a fazer ou irão iniciar terapêutica imunossupressora, não estando neste último caso indicada suspensão temporária da imunossupressão. Apesar da evidência científica ter afastado a hipótese de aumento de exacerbações de AR após vacinação contra a gripe, o mesmo ainda não se verifica em relação à COVID-19, com prevalências de exacerbação de 2-11% nalguns estudos observacionais, e de 21,3% num estudo multicêntrico retrospetivo com uma amostra de 2377 doentes.

Descriçaõ do caso: Homem 80 anos, autónomo, com diagnóstico há vários anos de artrite reumatoide, à data controlada com hidroxicloroquina 400 mg id e deflazacort 6 mg bid, vem a consulta de vigilância no Centro de Saúde no final de Novembro de 2024. Queixa-se de agravamento de dor nas mãos, punhos e joelhos, bem como aumento da rigidez articular, com inicio cerca de 6 semanas antes – "desde que levei a vacina" (sic). Fez vacinação contra a gripe e COVID-19 a 10/10/2024. À observação, apresentava deformidade das pequenas articulações das mãos e limitação dolorosa da mobilidade das mãos e punhos, com impacto funcional – dificuldade em despir o casaco para observação. Era portador de avaliação analítica de 19/11, e foi também possível aceder a análises realizadas a 8/11 e a 12/07. Avaliação analítica 12/07/2024: Hb 12.6 g/dL, Leucócitos 7,3 x109/L; PCR 1.2 mg/dL; Avaliação analítica 8/11/2024: Hb 11.7 g/dL, Leucócitos 10x109/L; PCR 7.2 mg/dL. Avaliação analítica 19/11/2024: Hb 11.6 g/dL, VGM 90fL, Leucócitos 9,37 x109/L, PCR 8.27 mg/dL, Ferro sérico 35 µg/dL Ferritina 165 ng/mL, Fator reumatoide 235 UI/mL, anticorpos anti-peptídeos citrulinados positivo.

Discussão: Apresenta-se um caso de exacerbação clínica e laboratorial de artrite reumatoide, com início no período temporal de 3 meses após vacinação contra gripe e COVID-19. O caso apresentado evidencia a importância de acompanhar com maior proximidade os doentes com AR no período de imunização contra COVID-19. Além do esclarecimento sobre a vacinação, deve ser programada a abordagem e controlo sintomático de eventuais exacerbações (eventualmente em articulação com Reumatologia), de forma a promover o maior bem estar do utente, aumentar a sua segurança na vacinação, e evitar que acontecimentos adversos o afastem futuramente desta medida protetora de desfechos infeciosos graves nos doentes com AR.

Quando a vida dos seus doentes com depressão pesa, ajude-os a libertar a carga.

ANTIDEPRESSIVO PRIMEIRA LINHA[1] BRINTELLIX®

Brintellix® vortioxetina

Brintellix® **um antidepressivo de 1ª linha**[1] que trata a **depressão**, os **sintomas cognitivos** e que permite alcançar a **recuperação funcional** do doente.[2-5]

- A titulação da dose de **Brintellix®** para **20 mg/dia** na fase inicial do tratamento permite alcançar a otimização do benefício terapêutico sem comprometer a tolerabilidade.[6]
- **Brintellix®** não demonstrou alterações significativas na função cardiovascular, no peso, no sono e na função sexual, em comparação com o placebo.*[2,8,9]
- Melhora a motivação, a energia e o aplanamento emocional.[7]
- Permite a melhoria objetiva e subjetiva da sintomatologia cognitiva.[2]
- Apresenta um baixo risco de interações medicamentosas.[2]

Brintellix 5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg Comprimidos revestidos por película; Brintellix 20 mg/ml gotas orais, solução. Cada comprimido revestido por película contém bromidrato de vortioxetina equivalente respetivamente a 5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg de vortioxetina. Cada ml de solução (gotas orais) contém lactato de vortioxetina (D,L) equivalente a 20 mg de vortioxetina. Cada gota contém 1 mg de vortioxetina. Forma farmacêutica Comprimido revestido por película. 5 mg: Comprimido revestido por película cor-de-rosa, amendoado (5 x 8,4 mm) e gravado com "TL" num dos lados e "5" no outro lado. 10 mg: Comprimido revestido por película amarelo, amendoado (5 x 8,4 mm) e gravado com "TL" num dos lados e "10" no outro lado. 15 mg: Comprimido revestido por película cor-de-laranja, amendoado (5 x 8,4 mm) e gravado com "TL" num dos lados e "15" no outro lado. 20 mg: Comprimido revestido por película vermelho, amendoado (5 x 8,4 mm) e gravado com "TL" num dos lados e "20" no outro lado. Gotas orais, solução. Solução límpida quase incolor a amarelada. Indicações terapêuticas Tratamento de episódios depressivos major em adultos. Posologia e modo de administração Posologia A dose inicial recomendada de Brintellix é de 10 mg de vortioxetina uma vez por dia em adultos com idade inferior a 65 anos. Dependendo da resposta individual do doente, a dose pode ser aumentada até um máximo de 20 mg de vortioxetina uma vez por dia, ou diminuída até um mínimo de 5 mg de vortioxetina uma vez por dia. Após o desaparecimento dos sintomas depressivos, é recomendado o tratamento durante, pelo menos 6 meses, para consolidação da resposta antidepressiva. Interrupção do tratamento Pode ser considerada uma redução gradual na dose para evitar a ocorrência de sintomas de descontinuação. No entanto, não existem dados suficientes para fornecer recomendações específicas sobre um esquema de redução gradual para doentes tratados com Brintellix. Populações especiais Doentes idosos A dose mínima eficaz de 5 mg de vortioxetina uma vez por dia deve ser sempre utilizada como a dose inicial em doentes com idade ≥65 anos. É recomendada precaução ao tratar doentes com idade ≥ 65 anos com doses superiores a 10 mg de vortioxetina uma vez por dia, para os quais os dados são ainda limitados. Inibidores do citocromo P450 Dependendo da resposta individual do doente, pode considerar-se uma dose mais baixa de vortioxetina se for adicionado um potente inibidor do CYP2D6 (por exemplo, bupropiom, quinidina, fluoxetina, paroxetina) ao tratamento com vortioxetina. Indutores do citocromo P450 Dependendo da resposta individual do doente, pode considerar-se um ajuste da dose de vortioxetina se for adicionado um indutor extenso do citocromo P450 (por exemplo, rifampicina, carbamazepina, fenitoína) ao tratamento com vortioxetina. População pediátrica Brintellix não deve ser utilizado em doentes pediátricos (com menos de 18 anos de idade) com perturbação depressiva major (PDM) porque a eficácia não foi demonstrada. Compromisso renal ou hepático Não é necessário qualquer ajuste de dose com base na função renal ou hepática. Modo de administração Brintellix é para administração oral. Os comprimidos revestidos por película e as gotas orais podem ser tomados com ou sem alimentos. Contraindicações Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Utilização concomitante com inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) não-seletivos ou inibidores seletivos da MAO-A. Advertências e precauções especiais de utilização Utilização na população pediátrica Brintellix não deve ser utilizado em crianças e adolescentes com 7 a 17 anos de idade com PDM porque a eficácia não foi demonstrada. De um modo geral, o perfil de reações adversas de vortioxetina em crianças e adolescentes foi semelhante ao observado em adultos, à exceção de uma maior incidência de acontecimentos relacionados com dor abdominal, e de uma maior incidência de ideação suicida em adolescentes, especificamente, em comparação com os adultos. Em ensaios clínicos com crianças e adolescentes tratados com antidepressivos, foram mais frequentemente observados comportamentos relacionados com o suicídio (tentativa de suicídio e ideação suicida) e hostilidade (predominantemente agressão, comportamento de oposição e fúria) do que naqueles tratados com placebo. Suicídio/ideação suicida ou agravamento clínico. O tratamento deve ser acompanhado por uma monitorização rigorosa dos doentes, em particular daqueles que apresentem maior risco, especialmente na fase inicial do tratamento e após alterações posológicas. Os doentes (e aqueles que lhes prestam cuidados) devem ser alertados para a necessidade de monitorizar qualquer agravamento clínico, comportamento ou ideação suicida e alterações pouco habituais no comportamento e para procurar assistência médica imediatamente caso estes sintomas ocorram. Convulsões A vortioxetina deve ser iniciada com precaução em doentes com história de convulsões ou em doentes com epilepsia instável. O tratamento deve ser descontinuado em qualquer doente que desenvolva convulsões ou em doentes nos quais se verifique um aumento da frequência de convulsões. Síndrome Serotoninérgica (SS) ou Síndrome Maligna dos Neurolépticos (SMN) A SS ou a SMN, condições potencialmente fatais, poderão ocorrer com vortioxetina. O risco aumenta com o uso concomitante de substâncias ativas serotoninérgicas, medicamentos que comprometem o metabolismo da serotonina, antipsicóticos, e outros antagonistas da dopamina. Os sintomas da SS incluem mudanças do estado mental, instabilidade autonómica, anomalias neuromusculares e/ou sintomas gastrintestinais. Se isto ocorrer, o tratamento com vortioxetina deve ser descontinuado imediatamente e deve ser iniciado tratamento sintomático. Mania/Hipomania Deve ser utilizada com precaução em doentes com história de mania/hipomania e deve ser descontinuada em qualquer doente que entre numa fase maníaca. Agressão/agitação Os doentes (e aqueles que lhes prestam cuidados) devem ser alertados para a necessidade de procurar assistência médica caso ocorra ou se agrave o comportamento de agressão/agitação. Hemorragia Perturbações hemorrágicas foram raramente notificadas com o uso de antidepressivos com efeito serotoninérgico, incluindo vortioxetina. Hiponatremia A hiponatremia tem sido raramente notificada com o uso de antidepressivos com efeito serotoninérgico, Deve ser tida precaução em doentes de risco ou doentes tratados concomitantemente com medicamentos conhecidos por causarem hiponatremia. A descontinuação do tratamento com vortioxetina deve ser considerada em doentes com hiponatremia sintomática e deve ser instituída intervenção médica apropriada. Glaucoma Foi relatada ocorrência de midríase em associação com o uso de antidepressivos, incluindo a vortioxetina. Este efeito midriático tem o potencial de encurtar o ângulo ocular, resultando em aumento da pressão intraocular e glaucoma de ângulo fechado. Idosos Deve ser tida precaução no tratamento de doentes com idade ≥ 65 anos com doses superiores a 10 mg de vortioxetina uma vez por dia. Compromisso renal ou hepático Deve ser tida precaução ao tratar estes doentes. Sódio Este medicamento contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por comprimido, ou seja, é praticamente "isento de sódio". Interações: A vortioxetina é extensamente metabolizada no fígado, principalmente por oxidação catalisada pelo CYP2D6, e numa menor extensão pelo CYP3A4/5 e CYP2C9. Consultar RCM completo para mais informação. Efeitos indesejáveis As reações adversas mais frequentes foram náuseas. As reações adversas classificam-se em: muito frequentes (≥1/10), frequentes (≥1/100, <1/10), pouco frequentes (≥1/1.000, <1/100), raros (≥1/10.000, <1/1.000), muito raros (<1/10.000), ou desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Baseiam-se em informações obtidas de ensaios clínicos e da experiência pós-comercialização. Doenças do sistema imunitário Desconhecido Reação anafilática Doenças endócrinas Desconhecido Hiperprolactinemia, em alguns casos associada a galactorreia Doenças do metabolismo e da nutrição Desconhecido Hiponatremia Perturbações do foro psiquiátrico Frequentes Sonhos anormais Desconhecido Insónia, agitação, agressão Doenças do sistema nervoso Frequentes Tonturas Pouco frequentes Tremores Desconhecido Síndrome Serotoninérgica, Cefaleia, Acatisia, Bruxismo, Trismo, Síndrome das pernas inquietas Afeções oculares Pouco frequentes Visão turva Raros Midríase (que pode causar glaucoma de ângulo fechado agudo) Vasculopatias Pouco frequentes Afrontamento Desconhecido Hemorragia (incluindo contusão, equimose, epistaxe, hemorragia gastrointestinal ou vaginal) Doenças gastrointestinais Muito frequentes Náuseas Frequentes Diarreia, Obstipação, Vómitos, Dispepsia Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos Frequentes Prurido, incluindo prurido generalizado, Hiperidrose Pouco frequentes Suores noturnos Desconhecido Angioedema, Urticária, Erupção cutânea Perturbações gerais e alterações no local de administração Desconhecido Síndrome de descontinuação. Notificação de suspeitas de reações adversas. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas ao INFARMED, I.P. via http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoram, (preferencialmente), telefone 21 798 73 73, Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita) ou e-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt, Titular da Autorização de Introdução no Mercado: H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9,2500 Valby, Denmark Data de Revisão do Texto: 01/2024 Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: http://www.ema.europa.eu. Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento comparticipado pelo escalão C (regime geral 37%). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Representante Local: Lundbeck Portugal Produtos Farmacêuticos Unipessoal, Lda.

*A disfunção sexual associada ao tratamento manteve-se ao nível do placebo durante o tratamento de curta e longa duração com Brintellix® nas doses de 5 mg a 15 mg. Na experiência pós-comercialização, foram notificados casos de disfunção sexual com doses de vortioxetina abaixo de 20 mg.[2] **Referências: 1.** Lam RW, Kennedy SH, Adams C, *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023: Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. Can J Psychiatry. 2024;69(9):641-687.doi:10.1177/07067437241245384; **2.** RCM de Brintellix®; **3.** Mahableshwarkar AR, *et al.* Neuropsychopharmacology; 2015;40(8):2025–2037; **4.** Greer TL, *et al.* CNS Drugs. 2010; 24(4): 267–284; **5.** Jacobson W, *et al.* Apresentado em: Edición 168 de la reunión anual APA 2015; Toronto, Canadá; **6.** Christensen MC. CNS Spectrums. 2021; **7.** Fagiolini A, *et al.* J Affect Disord. 2021;283:472-479; **8.** Baldwin DS, *et al.* J Psychopharmacol. 2016;30(3):242-52; **9.** Wang Y, *et al.* Clin Pharmacol Drug Dev. 2013;2(4):298-309.

Lundbeck Portugal, Rua Quinta da Fonte, Nº 13 Edifício Q34 Forum, Piso 1,
Fração F. 2770-192 Paço de Arcos, Portugal. NIF: 503573922 | BRX202501002

19 de fevereiro 2025 | Quarta-feira

14:00-18:00h **CURSO 1 Incapacidades, falamos de quê?**

Formadores: Dr. Tiago Castro Lopes, Dra. Carina Antunes e Dr. Miguel Cunha

Doença natural ou Doença Direta – Emissão do C.I.T.
Doença profissional – Da suspeita à confirmação
Incapacidades – Enquadramento jurídico e tipologias
Incapacidades permanentes e tabela nacional de incapacidades
Complemento de dependência
Acidente de Trabalho – O percurso global
Reafectação ou recolocação?
Atestado multiusos
Estatuto cuidador informal
Casos práticos

Apoio

14:00-18:00h **CURSO 2 Patologia Respiratória do Sono**

14:00-14:30h **Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono – Fisiopatologia e diagnóstico**
Dra. Élin Almeida

14:30-15:00h **Referenciação à consulta, critérios de alta para os CSP e *follow-up***
Dr. João Fernandes Costa

15:00-15:30h **Estudos do sono – Exemplos**
Dra. Mafalda Silva

15:30-16:00h **Tratamento**
Dra. Élin Almeida e Dr. João Fernandes Costa

16:00-16:30h Intervalo

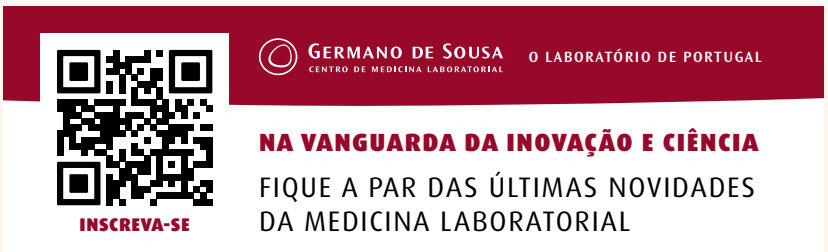
16:30-18:00h **Sessões práticas**
Dra. Élin Almeida, Dr. João Fernandes Costa, Dra. Verónica Costa e Dra. Mafalda Silva

Estudos cardiorrespiratórios
Ventiladores e interfaces
Leitura de dados de ventiloterapia

14:00-18:00h **CURSO 3 Genética clínica e laboratorial: Integração na prática da MGF**

Formadoras: Dra. Marta Amorim e Dra. Ana Guia Pereira

Objetivo: Capacitar os Médicos de MGF na referenciação para estudos genéticos e na capacidade de interpretação de resultados genéticos para uma adequada orientação familiar.



Kerendia®
finerenona

BAYER

Prevenir a progressão da DRC está nas suas mãos[1]

14% RRR
HR = 0,86
(IC de 95%: 0,78-0,95)

Na redução do risco de morte e eventos CV[2]

23% RRR
HR = 0,77
(IC de 95%: 0,67-0,88)

No atraso da progressão da DRC[2]

▼ Medicamento sujeito a monitorização adicional. **Nome: Kerendia 10 mg, 20mg comprimidos revestidos por película. Composição:** 10 mg, 20 mg finerenona. **Indicação:** tratamento da doença renal crónica com albuminúria associada a diabetes tipo 2 em adultos. Para resultados dos estudos relativos a acontecimentos renais e cardiovasculares, ver secção 5.1 no RCM. **Posologia e modo de administração:** Dose alvo recomendada: 20 mg uma vez dia. Dose máxima recomendada 20 mg uma vez dia. O potássio sérico e a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) têm de ser medidos para determinar se o tratamento pode ser iniciado e para determinar a dose inicial. (Ver RCM). Via oral. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa / excipientes, tratamento concomitante com inibidores fortes do CYP3A4, doença de Addison. **Advertências e precauções:** Tem sido observada hipercaliemia em doentes tratados com finerenona. Os fatores de risco incluem TFGe baixa, potássio sérico mais elevado e episódios anteriores de hipercaliemia. Nestes doentes considerar uma monitorização mais frequente. O tratamento não deve ser iniciado em doentes com potássio sérico for > 5,0 mmol/l, com TFGe < 25 ml/min/1,73 m^2, ou compromisso hepático grave. Se o potássio sérico for > 5,5 mmol/l, o tratamento tem de ser suspenso, quando o potássio sérico for ≤ 5,0 mmol/l, o tratamento pode ser reiniciado com 10 mg uma vez por dia. O potássio sérico e a TFGe têm de ser medidos em todos os doentes 4 semanas após o início ou reinício do tratamento ou após o aumento da dose. Não deve ser administrada concomitantemente com diuréticos poupadores de potássio, outros antagonistas dos recetores mineralocorticoides (ARM) e indutores fortes ou moderados do CYP3A4. Toranja ou sumo de toranja não devem ser consumidos durante o tratamento. Deve ser utilizada com precaução e o potássio sérico deve ser monitorizado quando é tomada concomitantemente com suplementos de potássio, trimetoprim ou trimetoprim/sulfametoxazol, inibidores moderados ou fracos do CYP3A4 e em doentes com compromisso hepático moderado. Devido a dados clínicos limitados, o tratamento deve ser interrompido em doentes que tenham progredido para doença renal em fase terminal (TFGe < 15 ml/min/1,73 m^2). Não deve ser utilizada durante a gravidez, a menos que tenha havido uma ponderação cuidadosa do benefício para a mãe e do risco para o feto. As mulheres devem ser aconselhadas a não amamentar durante o tratamento. contém lactose. **Efeitos indesejáveis:** *Muito frequentes:* hipercaliemia. *Frequentes:* hiponatremia, hiperuricemia, hipotensão, prurido, diminuição da taxa de filtração glomerular. *Pouco frequentes:* diminuição de hemoglobina. **Medicamento de receita médica e comparticipado [regime geral 69% e regime especial 84% para tratamento da doença renal crónica (estádio 3 e 4 com albuminúria) associada com diabetes tipo 2 em adultos]. Titular de AIM:** Bayer AG, Alemanha. **Representante local:** Bayer Portugal Lda., Portugal. **Data da revisão do texto:** 09/2024. **Números de Registo:** 5832415, 5832423, 5832449, 5832456. Para mais informações deverá contactar o Titular de AIM ou o seu representante local. Notifique acontecimentos adversos a: INFARMED (farmacovigilancia@infarmed.pt), Bayer Portugal (pharmacovigilance.sweu@bayer.com).

CV = cardiovascular; DRC = doença renal crónica; DT2 = diabetes tipo 2; HR = razão de risco; IC = intervalo de confiança; RRR = redução de risco relativo.
Referências: 1. Resumo das Características do Medicamento (RCM), Fevereiro 2023. 2. Agarwal R, et al. Eur Heart J. 2022;43(6):474-484.

Kerendia® é indicado para o tratamento da doença renal crónica com albuminúria associada a diabetes tipo 2 em adultos.
Medicamento sujeito a receita médica e comparticipado (regime geral 69% e regime especial 84%).
Bayer Portugal, Lda, Av. Vitor Figueiredo Nº4 - 4º Piso 2790-255 Carnaxide - Portugal

PP-KER-PT-0333-1 02/25

Patrocínio Científico

ORDEM DOS MÉDICOS

MAJOR SPONSORS

BAYER · FAES FARMA · Lundbeck · TECNIMEDE GRUPO

SPONSORS

A. MENARINI PORTUGAL · Aboca phytoderm. · AMGEN · Atral · Bial Keeping life in mind.

DECOMED · EUROIMMUN · FERRAZLYNCE ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS, S.A. · FRESENIUS KABI · GAMEIROS PHARMA

GERMANO DE SOUSA CENTRO DE MEDICINA LABORATORIAL · GRÜNENTHAL · PiLeJe LABORATOIRE · SERVIER moved by you · SIDEFARMA PRODUZIMOS SAÚDE

Théa let's open our eyes · URSAPHARM

APOIOS

apri ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE RADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO SCIENCE | INTERVENTION | LEARNING · LIDEL · INSTITUTO PORTUGUÊS DE PSICOLOGIA E OUTRAS CIÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

admédic ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

paula.cordeiro@admedic.pt
clara.malta@admedic.pt
www.admedic.pt

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL

admédic Tours

paula.cordeiro@admedictours.pt
www.admedictours.pt
RNAVT 2526