

28 ANOS JNPC



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

22 | 23 fevereiro 2024

Centro de Congressos de Lisboa

PRESIDENTE DE HONRA

Profa. Doutora Maria Júlia Maciel

PRESIDENTE

Dr. José Canas da Silva

VICE-PRESIDENTE

Dr. Rui Cernadas

SECRETÁRIOS GERAIS

Dra. Rita Ávila e Dr. Tiago Vilarinho

21 fevereiro 2024


Cursos Pré-Jornadas

PROGRAMA



Versão digital do programa

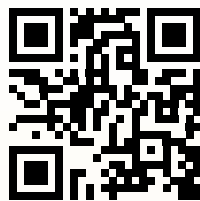




Participe na elaboração do próximo programa preenchendo o questionário online.

**CONTAMOS CONSIGO,
CONTE CONNOSCO!**

**PRÓXIMAS JORNADAS
20 E 21 DE FEVEREIRO 2025
LISBOA**



Aceda ao questionário
através deste QR CODE

28^{ANOS} JNPC

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



Bem-vindos!

Caros Colegas e Amigos,

Sejam muito bem-vindos a Lisboa e às 28^{as} Jornadas Nacionais Patient Care.

Este ano sob a Presidência de Honra da Profa. Doutora Maria Júlia Maciel, uma das mais prestigiadas figuras de Medicina e da Cardiologia Portuguesa, e com um amplo currículo de colaborações com a Medicina Geral de Familiar.

É um privilégio tê-la conosco.

Todo o programa foi desenhado para poder dar lugar a temas que nos foram sugeridos por vós e serão tratados por Colegas com especial interesse e experiência nestas áreas.

Acreditamos assim que uma vez mais seremos fiéis ao lema que desde a primeira edição das Jornadas elegemos para este evento: “A melhor prática clínica para o médico atual”.

Esperamos que no final sintam que foi um tempo útil e bem empregue, sempre com a ideia de que a formação curricular é uma obrigação de cada médico e que por isso nos sentimos gratos por fazer parte dessa formação.

Boas Jornadas!

José Canas da Silva
Presidente das Jornadas





JNPC

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

PRESIDENTE DE HONRA

Profa. Doutora Maria Júlia Maciel Cardiologista, Porto

PRESIDENTE

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

VICE-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 Científica do Congresso Português do AVC

SECRETÁRIOS GERAIS

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. Tiago Vilarinho Médico de Família, ULS Gaia/Espinho

Comissão de Honra

Ministro da Saúde | Dr. Manuel Pizarro

CEO do Serviço Nacional de Saúde | Prof. Doutor Fernando Araújo

Bastonário da Ordem dos Médicos | Dr. Carlos Cortes

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

Presidente do Colégio de Especialidade de MGF da Ordem dos Médicos | Profa. Doutora Paula Broeiro

Comissão Organizadora

PRESIDENTE

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

Doutora Cristina Galvão Médica paliativista, ECS Cuidados Paliativos Beja+ | **Dra. Cristina Maia e Costa** Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sãvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sãvida | **Dra. Helena Beça** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Gaia, ACES Gaia |

Dra. Rita Ávila Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, 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 Científica 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 Científica do Congresso Português do AVC

Dra. Cristina Maia e Costa Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sâvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sâvida | **Dra. Ivone Santos Martins** Assistente de Medicina Geral e Familiar na Unidade Local Saúde Matosinhos, Orientadora de formação de MGF, Auditora Interna da Qualidade na ULSM | **Dr. João Azevedo** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Master internacional em Medicina Estética (Madrid); Cirurgia transplante capilar (USA); Pós graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde (Porto Business School); Serviço Clínico Continental Mabor | **Dr. José Canas da Silva** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa | **Dr. Luís Ferraz** Especialista em Urologia e Andrologia | **Dra. Mariana Portugal** Assistente de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora USF São João da Talha; UCF Todos os Santos, Vertente da Saúde da Mulher e Neonatal, ACES Loures-Odivelas | **Dr. Miguel Martins da Cunha** Médico de Família, Coordenador da USF O Basto e SAP de Cabeceiras de 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 | **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 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** Especialista em medicina geral e familiar na usf o basto – Aces alto ave, especialista em medicina do trabalho e médica da equipa coordenadora local da RNCCI do Aces do alto ave | **Dra. Sara Sousa Oliveira** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da USF Génesis, ACeS Loures-Odivelas; Assistente de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | **Dra. Sónia de Moraes Cardoso** Médica de Família na USF Vil’Alva (Santo Tirso), ULS Médio Ave; Pós-Graduação em Geriatria; Orientadora da Formação Especializada de Medicina Geral e Familiar (MGF); Diretora de Internato de MGF, da Direção de Internato Nuno Grande II | **Dr. Tiago Castro Lopes** Médico de Família na USF Serzedelo da ULS do Alto Ave; Médico do Trabalho na Continental Mabor – Indústria de Pneus, SA; Pós-graduado em Medicina Social | **Dr. Tiago Teixeira** Especialista em doenças infecciosas no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho E. P. E. | **Dr. Tiago Vilarinho** Médico de Família, ULS Gaia/Espinho

Presidentes, Moderadores e Palestrantes

Dra. Ana Sofia Fernandes Assistente Hospitalar de Ginecologia/Obstetrícia, Serviço de Ginecologia da ULS São João | **Dr. António Diniz** Pneumologista; Membro da Comissão de Trabalho de Infecçologia Respiratória da SPP; Membro da APECS | **Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro** Diretor do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Diretor da Faculdade de Medicina de Coimbra; Professor Catedrático de Pneumologia na Faculdade de Medicina de Coimbra | **Dra. Carolina Gomes** Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures | **Dra. Cristina Amaro** Assistente Hospitalar de Dermatologia, no Hospital de Egas Moniz (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental) e na CUF Descobertas; Responsável pela Consulta de Dermatologia pediátrica | **Profa. Doutora Cristina Gavina** Diretora do Serviço de Cardiologia e Serviço de Investigação da ULS de Matosinhos; Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; MSc in Clinical Trial, NDPH University of Oxford | **Dra. Cristina Maia e Costa** Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sâvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sâvida | **Prof. Doutor Filipe Froes** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e especialista em Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pulido Valente – CHULN; Doutorado em Saúde Pública pela ENSP, Universidade NOVA de Lisboa; Membro do Conselho Nacional de Saúde Pública | **Dra. Guida Gomes** Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULS São José, Lisboa | **Dr. Hugo Cordeiro** Especialista em Medicina Geral e Familiar (Hospital Trofa Saúde Gaia, Residências Montepio Gaia); Pós-Graduado em Medicina da Dor pela FMUC; Membro do Grupo de Estudos de Dor da APMGF; Especializado em Geriatria Clínica pela FMUP | **Dra. Ivone Santos Martins** Assistente de Medicina Geral e Familiar na Unidade Local Saúde Matosinhos, Orientadora de formação de MGF, Auditora Interna da Qualidade na ULSM | **Dr. João Azevedo** Especialista em

Medicina Geral e Familiar; Master internacional em Medicina Estética (Madrid); Cirurgia transplante capilar (USA); Pós-graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde (Porto Business School); Serviço Clínico Continental Mabor | **Prof. Doutor João Morais** Diretor do Serviço de Cardiologia e Coordenador do Centro de Investigação, Centro Hospitalar de Leiria, EPE; Presidente Honorário da Sociedade Portuguesa de Cardiologia; Presidente da European and Mediterranean League Against Thrombotic Diseases (EMLTD) desde Junho 2023; Professor Afiliado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | **Dr. José Canas da Silva** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa | **Dr. José Pimenta** Interno de Formação Específica de Medicina Física e de Reabilitação (3º ano), Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães; Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Especialização em Medicina Desportiva pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | **Prof. Doutor Júlio Machado Vaz** Licenciado em Medicina e Cirurgia pela Universidade do Porto; Especialista em Psiquiatria pela Ordem dos Médicos; Professor Auxiliar a título definitivo do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; Responsável pelo ensino dos módulos de Antropologia da Sexualidade na Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica; Responsável pela disciplina de Antropologia Médica no ICBAS até à data da sua aposentação; Autor e apresentador da rúbrica “Por falar nisso” da Multicare Seguros | **Dra. Lídia Roque Ramos** Especialista em Gastrenterologia; Assistente hospitalar de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures; Gastroenterologista no Hospital da Luz Lisboa e na Clínica de Odivelas | **Dr. Luís Correia** Especialista em Gastrenterologia, Lisboa | **Dr. Luís Ferraz** Especialista em Urologia e Andrologia | **Prof. Doutor Luís Madeira** Especialista em Psiquiatra, licenciado em Medicina pela Universidade de Lisboa; Coordenador da Psiquiatria do Hospital CUF Descobertas; Mestre em Filosofia pela Universidade de Central Lancashire; Doutorado na área da Filosofia da Psiquiatria; Professor Auxiliar de Ética e Deontologia médica e de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Presidente-Eleito da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental; Psicoterapeuta pela Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa | **Prof. Doutor Luís Malheiro** Assistente Hospitalar de Infeciologia, Unidade Local de Saúde de Gaia / Espinho (ULSGE) e Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | **Dra. Maria Beatriz Cardoso** Advogada, pós-graduada em Direito do Trabalho; responsável pelo Departamento de Contencioso e Assessoria Jurídica da Direção de Acidentes de Trabalho da Fidelidade – Companhia de Seguros, SA | **Dra. Margarida Neto** Psiquiatra, Casa de Saúde do Telhal, Instituto São Joao de Deus. Coordenadora da Unidade de Alcoologia da Casa de Saude do Telhal | **Dra. Maria do Céu Santo** Ginecologista e obstetra, com uma pós-graduação em Medicina Sexual e outra em Anti-envelhecimento; Tem a competência em Sexologia Clínica pela Ordem dos Médicos; Atualmente a exercer no Hospital da Luz e na X-Clínica; É autora de vários livros e artigos | **Profa. Doutora Maria Júlia Maciel** Cardiologista, Porto | **Dr. Miguel Martins da Cunha** Médico de Família, Coordenador da USF O Basto e SAP de Cabeceiras de 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 | **Dra. Patrícia Amaral** Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULS São José, Lisboa | **Dra. Paula Dias** Assistente Hospitalar Graduado de Cardiologia no CHUSJ; Responsável pelo Internamento do Serviço de Cardiologia, pela Consulta de Doença Coronária / Programa de Reabilitação Cardíaca e pelo Programa de Telemonitorização após EAM do CHUSJ; Assistente Convidada do Mestrado Integrado de Medicina da FMUP | **Dr. Ricardo Veloso** Especialista em Gastrenterologia no Porto; Diretor do Serviço de Gastrenterologia da ULS-EDV / Pós-Graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde | **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 Científica 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 | **Dr. Rui Vaz** Fisiatra do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE | **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 | **Dra. Sónia de Moraes Cardoso** Médica de Família na USF Vil’Alva (Santo Tirso), ULS Médio Ave; Pós-Graduação em Geriatria; Orientadora da Formação Especializada de Medicina Geral e Familiar (MGF); Diretora de Internato de MGF, da Direção de Internato Nuno Grande II | **Dr. Tiago Castro Lopes** Médico de Família na USF Serzedelo da ULS do Alto Ave; Médico do Trabalho na Continental Mabor, Indústria de Pneus, SA; Pós-graduado em Medicina Social | **Dr. Tiago Teixeira** Especialista em Doenças Infeciosas na ULS Gaia/Espinho; Diretor do Serviço de Doenças Infeciosas ULS Gaia/Espinho; Diretor da UL-PPCIRA ULS Gaia/Espinho; Assessor da Direção Clínica ULS Gaia/Espinho | **Prof. Doutor Tiago Torres** Professor Associado Convidado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; Assistente Hospitalar Graduado, Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; Responsável pela Unidade de Ensaios Clínicos do Centro Académico Clínico ICBAS-CHUdSA | **Dr. Tiago Vilarinho** Médico de Família, ULS Gaia/Espinho

Júri das Comunicações Livres

PRESIDENTE

Doutora Cristina Galvão Médica paliativista, ECS Cuidados Paliativos Beja+

Dra. Mariana Portugal Assistente de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora USF São João da Talha; UCF Todos os Santos – Vertente da Saúde da Mulher e Neonatal – ACES Loures-Odivelas | **Dra. Sara China Pereira** Especialista em Medicina Geral e Familiar na USF o basto – Aces Alto Ave, especialista em Medicina do Trabalho e médica da equipa coordenadora local da RNCCI do Aces do Alto Ave

Revisores das Comunicações Livres

Dra. Ivone Santos Martins

Dr. João Azevedo

Dr. Miguel Martins da Cunha

Dra. Rita Ávila

Dr. Rui Costa

Dra. Sónia de Moraes Cardoso

Dr. Tiago Castro Lopes

Dr. Tiago Vilarinho



ad medic⁺

EVENTOS

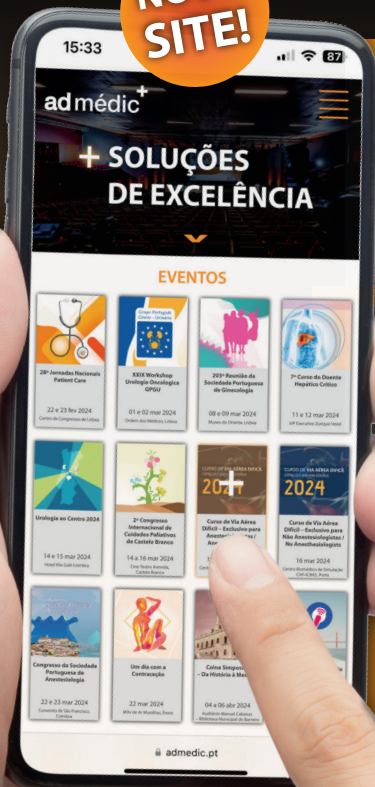
SECRETARIADO

PUBLICAÇÕES

AD MÉDIC TOURS

+ SOLUÇÕES DE EXCELÊNCIA

NOVO SITE!



MAIS INFORMAÇÕES:

www.admedic.pt
info@admedic.pt



28^{ANOS} JNPC

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



21 de fevereiro 2024 | Quarta-feira

CURSOS PRÉ-JORNADAS

14:00-18:00h

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEÇÃO

CURSO 1 Contraceção na Mulher

Coordenadora: Dra. Ana Sofia Fernandes

Aspetos gerais da contraceção

Dra. Patrícia Amaral

Contraceção na adolescência e peri-menopausa

Dra. Guida Gomes

Comorbilidades e contraceção

Dra. Carolina Gomes

SESSÃO TEÓRICO-PRÁTICA

Dispositivos intra-uterinos

APOIO  GEDEON RICHTER
Health is our mission

16:00-16:30h

Intervalo

SESSÃO TEÓRICO-PRÁTICA

Colocação de implante subcutâneo

APOIO  ORGANON

14:00-18:00h

CURSO 2 Patologia músculo-esquelética para MGF

Coordenadores: Dr. Rui Vaz e Dr. José Pimenta

Síndromes clínicas do joelho

Síndromes clínicas do ombro

Síndromes clínicas da anca

Síndromes clínicas do ráquis

16:00-16:30h

Intervalo

SESSÃO PRÁTICA

14:00-18:00h

CURSO 3 Avaliação de Incapacidades – Guia Prático 2024

Coordenador: Dr. Rui Cernadas

Formadores: Dra. Maria Beatriz Cardoso, Dr. Miguel Martins da Cunha e Dr. Tiago Castro Lopes

Abertura

Doença natural ou doença direta – Emissão do C.I.T.

Tabela nacional de incapacidades

Doença profissional – Da suspeita à confirmação

Incapacidades – Enquadramento jurídico e tipologias

15:45-16:00h

Intervalo

Acidente de trabalho – O percurso global

Reafetação ou recolocação?

Atestado multiuso

Contencioso

Incapacidades decorrentes de situações de doenças profissionais ou de acidente:

Casos práticos e questões

Encerramento

28^{ANOS} JNPC

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



22 de fevereiro 2024 | Quinta-feira

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-10:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS I**

Moderadoras: Dra. Sónia de Morais Cardoso e Dra. Ivone Santos Martins

CO 01 – CO 08

10:00-11:00h

SESSÃO 1 Doença coronária: A clínica em constante mudança

Presidente: Profa. Doutora Maria Júlia Maciel

Moderador: Dr. Rui Cernadas

Avanços terapêuticos que revolucionaram a abordagem da doença coronária

Prof. Doutor João Morais

Novos conceitos na doença coronária

Profa. Doutora Cristina Gavina

Prevenção cardiovascular em 2024

Dra. Paula Dias

11:00-11:30h

Intervalo

11:30-12:00h

SESSÃO DE ABERTURA

Homenagem Nacional à Profa. Doutora Maria Júlia Maciel

Lição pela Dra. Cristina Maia e Costa

12:00-12:50h



SIMPÓSIO *Flashes* Faes Farma

Moderadora: Dra. Rita Ávila

De vitamina D à hormona D

Dra. Sandra Sousa

O papel do médico de família na conjuntivite alérgica

Dr. Ricardo Nunes

É urticária? Como tratar?

Profa. Doutora Helena Pité

12:50-14:00h	Almoço
14:00-15:00h	SESSÃO 2 Hot topics em Dermatologia Moderadores: Dr. Rui Costa e Dr. Tiago Castro Lopes Problemas em Pediatria Dra. Cristina Amaro Psoríase Prof. Doutor Tiago Torres Discussão
15:00-15:50h	 SIMPÓSIO Realidade ou miragem: À procura de um tratamento limpo na depressão Moderador: Dr. José Canas da Silva Palestrante: Prof. Doutor Luís Madeira
15:50-16:20h	Intervalo
16:20-18:00h	SESSÃO 3 Os novos horizontes das doenças infecciosas Moderadores: Dr. Tiago Teixeira e Dr. Tiago Vilarinho Monkeypox Prof. Doutor Luís Malheiro Herpes Zoster Dr. António Diniz Pneumonias Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro Pós-COVID Prof. Doutor Filipe Froes Discussão
18:00h	Fim das sessões do 1º Dia

23 de fevereiro 2024 | Sexta-feira

08:00h	Abertura do Secretariado
08:30-09:30h	COMUNICAÇÕES ORAIS II Moderadores: Dr. João Azevedo e Dr. Rui Cernadas C0 09 – C0 16
09:30-10:00h	CONFERÊNCIA A Depressão no Séc. XXI – Como podemos hoje compreender e explicar? Presidente: Dra. Margarida Neto Palestrante: Prof. Doutor Luís Madeira

10:00-10:50h

sanofi

SIMPÓSIO Prurido e eczemas na inflamação tipo 2
Casos clínicos interativos sobre dermatite atópica moderada a grave

Moderador: Dr. Tiago Vilarinho

Palestrante: Dr. Tomás Costa

10:50-11:20h

Intervalo

11:20-12:10h



SIMPÓSIO Finerenona, o novo pilar para a mudança do prognóstico cardiorrenal em doentes com DT2

Palestrantes: Dra. Joana Louro e Dr. João Nobre

12:10-13:10h

SESSÃO 4 Prevenir e atuar

Moderadores: Dr. Miguel Martins da Cunha e Dra. Sara Sousa Oliveira

Osteoporose em 2024: Podemos fazer mais e melhor?

Dr. José Canas da Silva

Tratamento da dor aguda em ambulatório

Dr. Hugo Cordeiro

Discussão

13:10-14:10h

Almoço

14:10-15:30h

SESSÃO 5 Diagnosticar e tratar em MGF

Moderadoras: Dra. Cristina Maia e Costa e Dra. Rita Ávila

Diagnóstico do cancro coloretal

Dr. Ricardo Veloso

Doença inflamatória do intestino

Dr. Luís Correia

Erradicação do *Helicobacter pylori*

Dra. Lídia Roque Ramos

Discussão

15:30-16:00h



CONFERÊNCIA PATROCINADA

Drovelis® – O estrogénio nativo faz toda a diferença

Moderadora: Dra. Ana Sofia Fernandes

Palestrante: Dra. Patrícia Amaral

16:00-17:00h

DEBATE Sexualidade: O corpo e a mente

Moderador: Dr. Luís Ferraz

Intervenientes: Prof. Doutor Júlio Machado Vaz e Dra. Maria do Céu Santo

17:00h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Entrega de Prémios da Melhor Comunicação Oral e Poster

28 ANOS JNPC

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



Resumos | Comunicações Orais

09:00-10:00h

COMUNICAÇÕES ORAIS I

22 de fevereiro

Moderadoras: Dra. Sónia de Moraes Cardoso e Dra. Ivone Santos Martins

CO 01

CYBERBULLYING NA INFÂNCIA E PRÉ-ADOLESCÊNCIA – A REALIDADE DE UM CONCELHO DO NORTE DO PAÍS

Vanda Melo¹; Pedro Grosso¹

¹ACES Alto Ave

Introdução: A rápida evolução das tecnologias de comunicação possibilitou um acesso prematuro de crianças e jovens a redes sociais, internet e smartphones. O uso indiscriminado destas tecnologias levou ao aparecimento do *cyberbullying* (CB), que se define como um tipo de agressão intencional, repetidamente utilizada no contexto eletrónico ou digital. A vitimização crónica de CB desde a infância é particularmente alarmante, podendo acarretar um aumento de problemas do foro psicológico.

Objetivos: Analisar a prevalência de *cyberbullying* em crianças do 2º e 3º ciclos do ensino básico de um concelho do norte do país, conhecer as formas de CB mais frequentes nesta faixa etária e determinar a qualidade dos comportamentos relacionados com CB do ponto de vista de agressor e vítima.

Material e métodos: Estudo observacional transversal, obtido através de questionários anónimos distribuídos em escolas do 2º e 3º ciclo do ensino básico do concelho. Os dados recolhidos foram registados e submetidos a análise descritiva em SPSS® e Microsoft Excel®.

Resultados e conclusões: De uma amostra de 482 alunos, as idades distribuíram-se entre os 9 e os 15 anos, sendo que a mediana é de 12 anos, com uma proporção semelhante entre géneros. Quanto ao tempo diário dispensado no ecrã, 20,5% respondeu passar menos de 1 hora, 47,7% entre 1 a 3 horas, enquanto 31,1% mais de 3 horas por dia.

Foi definido como vítima de CB, os alunos que pontuaram

em pelo menos 1 dos itens correspondentes às tipologias de CB do “Questionário de Cybervitimização”. Desta forma, a prevalência registada nesta amostra foi de 30,9% (149 alunos), sendo que 34,9% dos mesmos assumem ter sido vítimas nos últimos 3 meses. As tipologias mais implicadas nesta população foram “Fui removido ou simplesmente não me deixaram entrar em algum chat ou rede social frequentada pelos meus amigos” e “Recebi chamadas ou mensagens com insultos ou para gozar comigo”. Quanto ao espaço digital onde acontecem estas agressões, o Instagram é o local mais referido, seguido do Whatsapp. A razão mais frequentemente identificada pelos alunos para a prática de CB foi “Inveja” (55,4%), sendo que “Discriminação” e “Diversão de outros” foram também salientadas como causas. 3,3% dos alunos assumem terem praticado CB. 64,9% das vítimas não chegam a pedir ajuda. Na subamostra de alunos que sofreram de CB, o sexo feminino é mais predominante (61,8%) e a percentagem de bullies é consideravelmente superior em relação aos alunos que nunca passaram pelo processo (8,1% vs 2,4%).

Apesar dos estudos mostrarem variações significativas na prevalência de CB, tem-se assistido a uma exposição crescente de vitimização em idades cada vez mais precoces. Com este trabalho, foi possível perceber que a exposição à tecnologia digital nestas idades é praticamente universal (98,8%), sendo que a prevalência de CB foi de 31%, um valor alarmante de vitimização numa fase crucial de desenvolvimento social e emocional da criança.

CO 02

HIPERPLASIA GENGIVAL DESENCADEADA PELA AMLODIPINA? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jeni Vicente¹; Andreia Lasca¹; Pedro Vasconcelos¹
¹UCSP Sao Pedro do Sul

A hiperplasia gengival corresponde a um aumento localizado ou generalizado da gengiva, podendo na sua origem estar fatores locais como placa bacteriana ou tártaro, doenças sistêmicas, alterações hormonais e determinados fármacos como anti-epiléticos, bloqueadores dos canais de cálcio e imunossuppressores.

Descrevemos o caso de um homem de 59 anos de idade com antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipidemia, AVC, obesidade classe II, medicado com: metformina 700mg bid; rosuvastatina 20mg id; apixabano 5mg bid; lisinopril+amlo-dipina 20+5mg id.

Recorreu a consulta de DM e HTA, tendo referido noção de aumento das dimensões das gengivas, principalmente do maxilar superior.

Ao exame objetivo apresentava má higiene oral e hiperplasia gengival generalizada bimaxilar.

Tendo por base a possível etiologia farmacológica subjacente da hiperplasia gengival neste utente, optou-se por alterar a medicação antihipertensora, substituindo o bloqueador dos canais de cálcio. Assim, suspendeu lisinopril+amlo-dipina 20+5 mg id e iniciou perindopril+indapamida 10+2,5mg id. Além disso foi aconselhado reforço das medidas de higiene oral e consulta de Medicina Dentária.

Foi consultado pelo médico dentista, onde realizou destar-tarização total e início de uso de elixir. Na consulta da Unidade de Saúde, decorridos 3 meses, apresentava objetivamente diminuição da hiperplasia gengival e controlo da TA.

Após 6 meses, mantinha bom controlo tensional e franca melhoria da hiperplasia gengival.

Perante um sinal ao exame objetivo como a hiperplasia gen-gival, devem ser indagados os possíveis fatores etiológicos. O papel do médico de família centra-se na prevenção e trata-mento destas situações. A nível preventivo, deve estar atento aos vários fatores etiológicos, reforçar uma boa higiene oral e aconselhar consulta no médico dentista para um protocolo mais rigoroso de higienização oral, sobretudo se vai iniciar a toma de fármacos que poderão estar associados a possível hiperplasia gengival, que pode ter uma manifestação clínica mais exacerbada na presença de fatores locais como tárta-ro e placa bacteriana. No que concerne ao tratamento, deve alterar a posologia ou substituir o fármaco desencadeante. Referenciando para tratamento cirúrgico (gengivoplastia e/ ou gengivectomia) s casos refratários.

CO 03

HPV E CARCINOMA ESPINOCELULAR DOS DEDOS DA MÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Silva¹; Conceição Azeda²; Manuel Vieira²
¹Hospital de São José; ²Hospital da Luz Setúbal/Hospital de Santiago

Introdução: A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) é considerada comum e a maioria dos indivíduos terá uma infecção por HPV de pelo menos um subtipo ao longo da sua vida. Fora da área genital, o HPV está associado ao carcino-ma espinocelular (CEC) nos dedos das mãos, predominan-temente na área periungueal e subungueal, sendo que em alguns casos é referida história de trauma digital e nail biting. 60 a 80% dos CEC digitais estão associados a subtipos de alto risco, predominantemente o HPV16 (associado a lesões nas mucosas, como o colo do útero e orofaringe). Estes fac-tos sugerem a transmissão genital-digital e oral-digital.

Descrição: Homem de 67 anos, referenciado à consulta de Cirurgia Plástica por uma infecção crónica da falange dis-tal do polegar, cuja radiografia dos dedos da mão revelava erosão óssea. Submetido amputação da falange distal do polegar, cujo resultado histológico revelou CEC com excisão total. Cinco meses depois da primeira cirurgia, surgiram vá-rias lesões cutâneas no antebraço ipsilateral e adenopatias axilares. Submetido a excisão destas lesões e a linfadenec-tomia axilar, cujo resultado histológico confirmou metastiza-ção cutânea e ganglionar. A pesquisa anátomo-patológica do HPV nas peças operatórias, revelou p16 fortemente posi-tivo, tanto na primeira lesão (peça de amputação) como nas lesões posteriores. O doente realizou tratamento adjuvante com radioterapia. Após a radioterapia, registaram-se novas metástases cutâneas, tendo sido submetido a um total de oito cirurgias para excisão das lesões. O caso foi discutido em consulta multidisciplinar, tendo sido proposto para qui-mioterapia. Nas consultas de seguimento, verificou-se um agravamento progressivo da sua condição clínica, com ema-grecimento, anemia e astenia, tendo vindo a falecer 5 anos após o diagnóstico.

Conclusão: O CEC digital constitui um desafio clínico, a apre-sentação clínica inicial faz diagnóstico diferencial com várias lesões benignas e poderá ser diagnosticado tardiamente, com consequências nefastas para o doente. CEC digital associa-do ao HPV de alto risco é localmente mais agressivo, com maior expressão dos marcadores Ki-67 e p16. Tem uma taxa de metastização entre 2% e 3%, com uma taxa de recorrên-cia de 20%. O CEC dos dedos associado ao HPV pode ser um problema de saúde pública, com envolvimento de várias especialidades médicas, onde a referência correcta, o diagnóstico atempado e a utilização de medidas preventivas do HPV, constituem a chave para a gestão deste problema.

CO 04

CISTITES CORRETAMENTE TRATADAS?

Sandy Granados Andrade¹

¹USF Conde Saúde

Cistite é um dos problemas de saúde mais frequentemente encontrado nas consultas urgentes de uma USF. Embora os benefícios do uso de antibióticos (AB) para os pacientes sejam claros, o uso excessivo e indevido contribui para o crescente problema de resistência de bactérias uropatogênicas, sendo uma séria ameaça à saúde pública.

O principal objetivo foi quantificar número de consultas codificadas com U71 (CISTITE/INFECÇÃO URINÁRIA OUTRA) e avaliar a adequação na escolha AB e posologia, conforme a evidência científica mais recente (*Guidelines*-Associação Europeia de Urologia–EAU).

No MIM@UF identificaram-se utentes codificados com U71 no 2º trimestre de 2023 numa USF, sendo depois usado o SCLÍNICO para confirmar o diagnóstico e a terapêutica instituída. Como U71 inclui várias entidades clínicas, para este trabalho foram consideradas: Cistite não complicada e complicada, cistite recorrente e bacteriúria assintomática.

Total de 107 episódios de U71, 99 mulheres de 1-93 anos de idade, e 8 homens de 28-90 anos de idade. Os fatores de risco para cistite complicada na amostra: Sexo masculino, diabetes, artrite reumatoide, doença renal crônica, gravidez, neoplasia próstata e urolitíase. Nas mulheres, encontrados 44 episódios de cistite não complicada, 11 cistites não complicadas recorrentes, 15 cistites complicadas, 13 cistites complicadas recorrentes, 14 bacteriúrias assintomáticas e 2 situações de codificação U71 errada. A antibioterapia empírica mais utilizada neste grupo foi: Fosfomicina, Amoxicilina/Ác.Clavulânico, TMP/SMX, Nitrofurantoina e Norfloxacin; sendo que a ordem de frequência da prescrição AB orientadas por TSA foi: Amoxicilina/Ác.Clavulânico, Cefuroxima, Fosfomicina e TMP/SMX. Das 14 Bacteriúrias assintomáticas, 3 foram corretamente não medicadas e as restantes receberam fosfomicina, probióticos, nitrofurantoina ou Ciprofloxacina. Nos homens, 4 U71 foram tratados com TMP/SMX ou Ciprofloxacina, e os restantes casos foram medicados com Fosfomicina, Amoxicilina/Ác.Clavulânico ou Cefuroxima. Resumidamente 86 Cistites foram tratados na USF, 82% seguiram uma escolha AB adequada, mas só 45% com a posologia indicada. Das 14 bacteriúrias assintomáticas, só 21% dos casos seguiu as *Guidelines* EAU 2023. Cinco U71 foram tratados noutras instituições. A formação continua da equipa é essencial para manter a melhor prática clínica na adequação AB nos casos de U71 e reduzir o uso excessivo ou inadequado dos AB.

CO 05

ADESÃO AOS MÉTODOS DE CONTRACEÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA DURAÇÃO NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DO NORTE

Ana Catarina Fonseca¹; Bárbara Gameiro¹; Carolina Andrade¹; Inês Ferreira¹; Maria Moreira¹; Filipe Sala¹; Diogo Santos Costa¹

¹USF Serpa Pinto

Introdução: Os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs) incluem métodos hormonais com progestativo (injetável, subcutâneo (IScP) e intrauterino (SIU)) e não hormonais (dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)). Estes métodos, independentes do coito e da utilizadora, permitem uma contraceção efetiva e duradoura. Assim, pela sua comodidade e eficácia, têm vindo a ser preferidos por muitas mulheres. O domínio das técnicas de colocação, substituição e retirada dos dispositivos subcutâneos e intrauterinos assume particular destaque na atividade dos médicos de família (MF), que apresentam um papel central na promoção da contraceção.

Objetivos: Avaliar os motivos de desistência de LARCs numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em contexto urbano.

Material e métodos: Ao longo de 3 anos, todos os procedimentos com LARCs da USF dos autores foram registados num ficheiro anonimizado, contendo a informação da idade da utente e do procedimento efetuado (“colocação”, “retirada” ou “troca”). Os motivos de desistência destes métodos foram analisados através da recolha de informação no SCLínico.

Resultados e conclusões: Entre janeiro de 2021 e dezembro de 2023, foram realizados 77 procedimentos relacionados com o IScP, 4 relacionados com DIU-Cu e 9 com SIU. As utentes tinham idades entre os 15 e 55 anos.

Quanto ao IScP, 31 utentes renovaram o método, 28 iniciaram e 18 retiraram definitivamente. Quanto aos motivos para a remoção do IScP, 17% das utentes encontravam-se em idade da menopausa, 17% apresentavam spotting, 11% apresentavam hemorragia uterina anómala, 11% revelavam variação do peso, 11% pretendiam engravidar e em 28% o motivo era desconhecido. Nestes casos, as principais alternativas escolhidas foram método barreira (17%), progestativo oral (17%), contraceção oral combinada (11%), DIU-Cu (11%) e SIU (6%).

Foi retirado um DIU-Cu por a utente se encontrar na idade da menopausa e colocados 3 de novo.

Quanto aos SIU, 1 foi retirado por a utente se encontrar na idade da menopausa, foram colocados 3 de novo e feita a troca de 5 dispositivos.

Deste modo, a maioria das mulheres na população estudada optou por manter o LARC iniciado. Entre os motivos de desistência salientam-se efeitos secundários indesejáveis do método, apenas observado no subgrupo IScP, e o atingimen-

to do limite da idade fértil.

O MF deve ter em conta que a escolha do LARC apropriado deve decorrer de uma decisão partilhada e informada, empoderando a mulher para o seu planeamento familiar.

CO 06

PRESCRIÇÃO DE CONTRACEÇÃO HORMONAL COMBINADA NA ENXAQUECA: MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

Ana Catarina Fonseca¹; Bárbara Gameiro¹; Carolina Andrade¹; Inês Ferreira¹; Maria Moreira¹

¹USF Serpa Pinto

Introdução: A enxaqueca é uma cefaleia primária incapacitante com uma prevalência de 16% em Portugal e maior incidência em mulheres em idade fértil. Os contraceptivos hormonais combinados (CHC) estão associados ao aumento do risco de eventos vasculares, incrementado por outros fatores de risco como a enxaqueca. Assim, os CHC encontram-se formalmente contraindicados na mulher com enxaqueca com ≥ 35 anos de idade.

Objetivos: Promover a otimização terapêutica das utentes com enxaqueca com idade ≥ 35 anos e ≤ 55 anos medicadas com CHC, através da troca de método contraceptivo.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal da qualidade da prescrição médica realizado numa USF durante 4 meses. A população em estudo foram utentes do sexo feminino, entre os 35 e 55 anos, inscritas na USF, que apresentassem o problema ativo “Enxaqueca” (ICP-C-2:N89). Foram excluídos: utentes sem programa de Planeamento Familiar (PF) aberto, sem registo sobre o método contraceptivo e óbitos. A informação foi recolhida através do SClínico e MIM@UF. Foi estudado o número de utentes com prescrição “adequada”/“não-adequada” de CHC. O padrão de qualidade para a proporção de utentes com otimização terapêutica no final do estudo foi: 100% - muito bom; $\geq 80\%$ e $< 99\%$ - bom; $\geq 50\%$ e $< 79\%$ - razoável; $< 50\%$ - insuficiente.

Resultados e conclusões: Das 150 utentes avaliadas 24% usavam CHC. Verificou-se um erro de codificação em 4 utentes, 2 estavam em menopausa, 7 eram não utilizadoras, 1 mudou de USF e 2 estavam contactáveis. Assim, 20 mulheres necessitavam de alterar o método contraceptivo. Destas, 6 alteraram para progestativo oral, 6 deixaram de usar contraceção, 1 colocou DIU de cobre, 1 o implante subcutâneo e 1 optou por método de barreira. Assim, foi melhorada a terapêutica em 15 utentes (75%). Duas utentes mostraram-se resistentes à mudança e em 3 utentes não foi possível efetuar a troca por inércia terapêutica.

A melhoria obtida ficou aquém da almejada por impossibilidade de contacto com algumas utentes, inércia terapêu-

tica e resistência à mudança. O diagnóstico de enxaqueca com e sem aura deve ser cuidadosamente avaliado antes da escolha de CHC, assim como um diagnóstico de novo de enxaqueca deverá levar à revisão terapêutica, com particular atenção à presença de CHC. O aconselhamento do método anticoncepcional é uma componente fulcral da consulta de PF, devendo resultar de um processo de decisão clínica informada, esclarecida e partilhada entre o médico de família e a utente.

CO 07

O QUE SABEM OS MÉDICOS DE FAMÍLIA EM PORTUGAL SOBRE PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO?

Ana Catarina Fonseca¹; Joana Calheiros Lobo²; Inês Vaz Mato³; Sara Soares⁴

¹USF Serpa Pinto; ²USF Renascer; ³Centro Materno-Infantil do Norte;

⁴Centro Materno-Infantil do Norte

Introdução: Perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) é a perturbação do neurodesenvolvimento mais prevalente na infância. O diagnóstico consiste em três sintomas chave: desatenção, hiperatividade e impulsividade, coexistindo compromisso significativo do funcionamento pessoal, académico e social. Dois terços das crianças com critérios de PHDA não recebem tratamento adequado.

Objetivos: Avaliar o conhecimento dos MF portugueses sobre PHDA, identificar mitos e crenças e aferir a sua aptidão para diagnosticar e tratar PHDA.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão da literatura na Pubmed com os termos MeSH “General practice physician” e “Attention deficit disorder with hyperactivity” entre 2013 e 2022, da qual resultaram 11 artigos que serviram para elaborar um inquérito online, que foi divulgado a nível nacional e esteve disponível para resposta durante 3 meses.

Resultados e conclusões: 112 MF (internos e especialistas) responderam ao inquérito. A maioria dos participantes reconheceu a desregulação de neurotransmissores e fatores hereditários/genéticos como causas da PHDA (85% e 81%, respetivamente). 61% considerou a terapia farmacológica com psicoestimulantes como o tratamento de primeira linha embora 37% acredite que a PHDA é sobremedicada. 87% admitiu não ter conhecimento suficiente sobre PHDA e apenas 13% teve formação prévia na área. Contudo, 91% dos MF tem utentes com PHDA e apenas 19% se sentem aptos para iniciar tratamento.

Os MF consideram ter conhecimentos insuficiente sobre PHDA e seu tratamento, o que é consistente com a literatura. Esta desinformação contribui para o subdiagnóstico e subtratamento, sendo fundamental melhorar a formação e o apoio dos médicos nesta área.

CO 08

HPV: UM INIMIGO SILENCIOSO

Andrea Gi¹; Sofia Amado Ferreira¹; Ana Raquel Teixeira²; Susana Mendonça¹

¹UCSP Santa Maria II; ²UCSP Mirandela I

Introdução: A literacia em saúde ginecológica deve ser promovida sempre que haja oportunidade na consulta médica. Nos estádios iniciais, o carcinoma da vulva pode passar despercebido e os primeiros sinais são muitas vezes desvalorizados pelas utentes.

Descrição do caso: Utente do sexo feminino, 51 anos, G1P1, em peri-menopausa, recorreu à consulta por coitorragias com 3 semanas de evolução, com dor apenas à penetração. Notou aparecimento de nodularidade vulvar, não incomodativa, desde há 2 meses. Negou outras queixas genitourinárias, retorragias e sintomas anais. Ao exame objetivo, observou-se lesão ulcerada, com cerca de 3 cm, no bordo inferior direito da vulva, com componente infiltrativo, mas sem evidente envolvimento da mucosa retal. Dos antecedentes pessoais, destacavam-se os hábitos tabágicos prévios e a continuidade de seguimento na consulta de Ginecologia pós-conização de lesão cervical intraepitelial de alto grau de tipo CIN 2 realizada no ano anterior, associada a vírus do papiloma humano (HPV) de alto risco (HPV-16 e HPV-45 positivos). Apresentava também antecedentes familiares oncológicos (um irmão com neoplasia da próstata e outro com cancro da cabeça).

Face a esta história clínica, referenciou-se a utente ao serviço de Urgência para observação por Ginecologista, que realizou biópsia da lesão e solicitou estudo analítico, tendo agendado reavaliação em 1 semana. A biópsia revelou carcinoma epidermóide bem diferenciado queratinizante da vulva, HPV associado, com 1,1 mm de invasão. Solicitou-se então tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pélvica (que não demonstrou alterações) e ressonância magnética da escavação pélvica, onde se visualizou lesão expansiva com início no períneo, na região vulvar, bilateral, envolvendo a parede posterior vaginal medindo 42 x 25 x 30 mm. A lesão estendia-se superiormente até à transição entre o terço inferior e o terço médio da vagina. Posteriormente invadia o reto inferior nomeadamente a muscular própria e ainda a submucosa em pelo menos 2 cm de extensão longitudinal. No bordo esquerdo a lesão encontrava-se adjacente ao músculo elevador do ânus, o qual mantinha aparentemente plano de clivagem.

A doente foi assim encaminhada para o Instituto Português de Oncologia, onde lhe foi proposta amputação abdominopérineal, que resultará num estoma definitivo.

Conclusão: Apesar do desfecho não ser o desejado, a correta abordagem nos cuidados de saúde primários e a rápida articulação entre os cuidados de saúde hospitalares permitiram que a utente tivesse um acesso célere ao tratamento, evitando a progressão da doença oncológica.

08:30-09:30h

COMUNICAÇÕES ORAIS II

23 de fevereiro

Moderadores: Dr. João Azevedo e Dr. Rui Cernadas

CO 09

O SILÊNCIO DA CONTRACEÇÃO

Rosália Oliveira¹; Ana Isabel Vasques¹; Mariana Caboz¹; Carmen Taboada¹

¹UCSP Guarda

Introdução: O adenoma hepático (AH) é um tumor sólido benigno raro que surge em 1:100.000 mulheres, com maior prevalência na idade reprodutiva. No entanto, após a introdução dos contraceptivos hormonais orais (CHO), sua prevalência aumentou. Predomina no sexo feminino (90%), entre 20 e 40 anos. É solitário em 80% dos casos e localiza-se preferencialmente no lobo hepático direito. O adenoma tem elevada propensão a sangramento e alguns podem transformar-se em hepatocarcinomas (<10%).

Descrição: Mulher, de 42 anos, com antecedentes de hemiteroectomia direita por microcarcinoma papilar e de endome-

triose desde 2014, sob uso de 20 mcg etinilestradiol+0,15 mg desogestrel de forma contínua na maior parte do tempo. Recorre a consulta por ligeiro desconforto no hipocôndrio direito que piora com a inspiração. Ao exame objetivo, apresentava bom estado geral, mucosas coradas e hidratadas. No exame abdominal, ligeira hepatomegalia no hipocôndrio direito sem sinais de irritação peritoneal. Foi pedido estudo analítico que não apresentou alterações do hemograma, da enzimologia hepática, coagulograma, marcadores tumorais, marcadores virais e toxoplasmose. A ecografia abdominal observou “volumoso nódulo em lobo esquerdo do fígado com 12 cm de maior eixo”. Em seguida foi submetida a RNM do abdómen que revelou “lobo esquerdo do fígado completamente ocupado por volumosa massa com 12x5,7cm com indícios de provável hemorragia”. A utente foi referenciada à consulta de

Medicina Interna, tendo feito biópsia hepática que confirmou o diagnóstico de AH, pelo que se suspendeu o uso de CHO.

Discussão: Os AH, devido à relativa facilidade na identificação através de exames de imagem e ao uso rotineiro dos CHO, apresentaram uma incidência crescente na população nos últimos anos, sendo frequentemente diagnosticados na prática clínica. É de particular interesse, pois pode apresentar evolução tanto benigna como complicações potencialmente letais. Do ponto de vista da Medicina Geral e Familiar, a probabilidade de nos depararmos com situações deste tipo é cada vez maior, pois para além da questão hormonal, outros fatores já começam a ser aceites na sua patogénese, como obesidade e síndromes metabólicas.

CO 10

SILÊNCIO INQUIETANTE – UM CASO DE DISFONIA CRÓNICA MULTIFATORIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Rodrigo Raposo Dos Santos¹; Telma Ferreira¹

¹USF Samora Correia

Introdução: A disфония é frequente nos cuidados de saúde primários. Quando crónica, o diagnóstico da patologia subjacente pode ser complexo. A morosidade do seu diagnóstico e gestão impacta severamente a qualidade de vida dos doentes, pelo que a sua abordagem deve ser cuidada e atenta.

Descrição: Apresenta-se o caso de uma mulher de 33 anos, consultora de sistemas de informação, com necessidade de viagens frequentes nesse contexto laboral. Tem filha de 2 anos. Antecedentes de hiperémese gravídica, pneumonia hipoxemiante a COVID-19 (janeiro de 2022). Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos. Múltiplas neoplasias na família: colo do útero (mãe com 39 anos), vias biliares (avó materna), cerebral e pulmonar (avô paterno, fumador) e mama (tia paterna com 39 anos e recidiva aos 75 anos). Em dezembro de 2022, vem a consulta com disфония importante, febre, tosse seca com 1 semana de evolução, tendo sido medicada com antibioterapia. Regressa após 1 mês, apirética, mas com manutenção das restantes queixas, tendo sido medicada com outro antibiótico e associação de corticoide com anti-histamínico. Após 2 semanas, mantém disфония, agora com diarreia com sangue e úlceras orais, com perda de peso associada (7,7% em 2 semanas). Foram solicitados estudo analítico, endoscopia digestiva alta (ambos sem alterações) e colonoscopia, onde se excisou pólipó séssil de 5mm, sem displasia. Foi solicitada consulta de Otorrinolaringologia para orientação da disфония. A avaliação em abril de 2023 revelou: "Fuga glótica, rinorreia posterior, sinais de refluxo. Plano: terapia da fala – 5 sessões e inibidor de bomba de prótons". Em outubro, apresentava-se desanimada com a ausência de resultados, apesar de cumprir o plano instituído. Revelava concomitante perda

de apetite e diminuição da quantidade e qualidade do sono, preocupada com a disфония e desperta pelo choro da filha, na maior parte das noites. Aplicou-se questionário Patient Health Questionnaire-9, onde pontuou 13 (depressão moderada), tendo-se iniciado mirtazapina e recomendado psicoterapia. Regressa em novembro sem alterações da voz, com melhoria do apetite e do sono, afirmando que volta a ficar disfónica quando suspende aquela medicação.

Conclusão: A disфония pode ser um sintoma complexo com origem multifatorial. Uma abordagem holística é crucial na gestão do doente e da doença. Neste caso, apesar de todos os potenciais fatores causais e medidas instituídas, só após o tratamento da depressão se conseguiu a reversão da disфония.

CO 11

ALEITAMENTO MATERNO: CUIDAR PELOS DOIS – UM PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Sofia Padilha¹; Pedro Arantes¹; Teresa Beires²; Joana Ribeiro¹; Andreia Eiras¹

¹USF Rainha D. Amélia; ²UCSP Oliveira do Douro

Introdução: O aleitamento materno apresenta múltiplos benefícios para a saúde da díade mãe-filho. Vários estudos sugerem que intervenções comunitárias contribuem para aumentar a literacia sobre esta temática e, consequentemente, a adesão e duração da amamentação. Neste sentido, os autores deste trabalho desenvolveram um projeto de intervenção comunitária dirigido às grávidas de uma USF da cidade do Porto, focado na importância e aspetos técnicos da amamentação, aplicando um questionário antes e depois da intervenção.

Objetivos: Promover a aquisição de conhecimentos sobre a amamentação, pelo atingimento de, pelo menos, 75% dos itens corretos no questionário após a intervenção e pela melhoria dos resultados em, pelo menos, 50% dos participantes; Avaliar o impacto de diferentes variáveis no conhecimento basal dos participantes e na evolução deste conhecimento após a intervenção.

Materiais e métodos: Foi realizada uma sessão formativa sobre aleitamento materno para as grávidas da USF Rainha D. Amélia e companheiros e aplicado um questionário antes, imediatamente após e um mês após a intervenção. Foi realizada a análise estatística dos dados, nomeadamente caracterização da amostra, avaliação das respostas obtidas e comparação entre questionários e, ainda, avaliação estatística do efeito de múltiplas variáveis na evolução do conhecimento.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 33 participantes, 78,8% do sexo feminino. No questionário inicial obtiveram-se 67,3% de respostas corretas vs. 91,5% no questionário imediatamente após a sessão, contabilizando uma

melhoria de 36% no conhecimento ($p < 0,001$). A escolaridade foi o único fator preditor para maior conhecimento no questionário pré-intervenção ($p = 0,023$). Verificou-se que a idade e escolaridade tiveram um efeito significativo na evolução do conhecimento ($p = 0,034$), contudo, quando avaliada a interação das variáveis ajustada para confundidores, apenas a participação prévia em curso de amamentação foi um preditor de maior progressão ($p = 0,023$). Estes resultados corroboram a efetividade de uma intervenção comunitária sobre a amamentação realizada por profissionais de saúde. Confirmou-se também o impacto da idade, da escolaridade e da formação prévia da mãe na decisão de amamentar. Concluímos assim que este projeto teve um impacto positivo na literacia sobre aleitamento materno destes futuros pais, esperando-se que possa ser replicado no futuro e noutras comunidades.

CO 12

COMORBILIDADES EM ADULTOS INTERNADOS COM DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCICA EM PORTUGAL CONTINENTAL – ESTUDO SPHERE

Filipe Froes¹; Cecília Pardal²; Carlos Robalo Cordeiro³; Pedro Viegas⁴; Ulisses Brito⁵; Jorge Ferreira⁶; António Morais⁷; João Romano⁸

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente;

²Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra;

⁴Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; ⁵Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro; ⁶Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião; ⁷Centro Hospitalar de S. João, EPE; ⁸MSD Portugal

Introdução: A doença invasiva pneumocócica (DIP) representa a forma mais grave de infeção por *Streptococcus pneumoniae* com significativas morbidade e mortalidade. Ela afeta principalmente crianças <5 anos, adultos ≥65 anos e indivíduos com comorbilidades específicas ou imunocomprometidos, sendo por isso considerados doentes de risco.

Objetivos: Avaliar a prevalência e impacto económico de comorbilidades adjacentes à DIP em adultos hospitalizados em Portugal continental.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e multicêntrico com recolha secundária de dados de 7 centros hospitalares em Portugal continental. O estudo incluiu adultos (≥18 anos) hospitalizados com DIP entre 2017-2018.

Resultados e conclusões: Os 395 doentes incluídos eram maioritariamente do sexo masculino (61,8%) e com ≥65 anos (55,4%). A maioria (285; 72,2%) tinha pelo menos uma comorbilidade com risco acrescido para DIP, sendo a doença cardíaca crónica (27,1%), diabetes mellitus (25,6%), doença respiratória crónica (20,5%), doença neoplásica ativa (17,5%) e insuficiência renal crónica (11,6%) as mais pre-

valentes. A pneumonia bacteriémica foi a principal manifestação da DIP, em 80,0% dos doentes. Apenas 19 adultos (4,8%) estavam vacinados, dos quais 18 tinham pelo menos uma comorbilidade associada a risco acrescido para DIP. Nenhum dos doentes incluídos tinha informação sobre os serotipos de *S. pneumoniae* associados à infeção.

O custo médio total por adulto hospitalizado por DIP foi de €6.101, não apresentando diferenças significativas na presença de comorbilidades. Nos doentes com comorbilidades, o custo médio variou entre €5.162/doente para doentes com doença neoplásica ativa e €8.145/doente para aqueles com imunossupressão iatrogénica. No entanto, observou-se uma tendência para custos mais elevados nos indivíduos com imunossupressão iatrogénica (+€2.203), HIV (+€1.546) e insuficiência renal crónica (+€1.352), em relação aqueles sem estas condições.

Este estudo de mundo real evidencia o elevado encargo económico do internamento de adultos por DIP, a presença frequente de comorbilidades e a reduzida taxa de cobertura vacinal nesta população. O custo direto médio do internamento, tendencialmente mais elevado na presença de comorbilidades, alinha-se também com a tendência de um estudo de maior dimensão conduzido nos EUA.¹ Os resultados deste estudo enfatizam a necessidade da prevenção e do reforço da cobertura vacinal na população de risco.

Referências: 1Weycker D, et al. BMC Health Serv Res. 2016, 13;16:182.

CO 13

DESPRESCRIÇÃO DE ANTIDEPRESSIVOS

Susana Couto¹; Ana Catarina Martins¹

¹USF Freamunde

Introdução: O uso de antidepressivos é muito prevalente, em cuidados de saúde primários. As diretrizes recomendam a descontinuação de antidepressivos 6 a 18 meses após remissão de sintomas ansiosos e 4-12 meses após remissão de sintomas depressivos. O uso a longo prazo é recomendado para doentes com elevado risco de recorrência de depressão. É comum na prática clínica, uma certa inércia em desprescrever antidepressivos. Do mesmo modo, em alguns casos verifica-se uma descontinuação precoce dos antidepressivos.

Objetivo: Esta revisão, tem como objetivo reunir evidências e identificar o perfil de pacientes onde é benéfico manter os antidepressivos a longo prazo, assim como identificar barreiras à desprescrição dos mesmos.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa na Pubmed com as seguintes palavras *MESH*: " (Recurrence[Mesh]) AND (Depressive Disorder[Mesh])"; "(Long-Term Care [Mesh]) AND (Depressive Disorder[Mesh])"; "(Deprescriptions [Mesh])

AND (*Depressive Disorder[Mesh]*)”. Foram selecionadas meta-análises e artigos originais. Após esta primeira seleção, foram excluídos artigos em grávidas, artigos referentes a depressão psicótica e artigos cujo objeto de estudo não se incluía no nosso objetivo. Obtiveram-se 24 artigos.

Resultados e discussão: Na maioria dos estudos, verificou-se uma recorrência de depressão inferior no grupo dos doentes que mantêm antidepressivo a longo prazo, comparativamente com os doentes que suspendem. Contudo, em alguns estudos não foi demonstrada uma diferença significativamente estatística. Estes dados, foram demonstrados quer na fase aguda, de continuação ou manutenção do tratamento. São mais escassos os estudos, em doentes com tratamento com uma duração superior a um ano. O maior número de recorrências ocorreu logo após a retirada do antidepressivo, ou nos primeiros meses após descontinuação. Fatores como crenças, baixo nível socioeconómico, sensação de cura ligada ao desaparecimento de sintomas, e até características do prescriptor foram identificados em mais do que um dos estudos como barreiras à desprescrição. Em alguns estudos, doentes atribuíram ao médico a responsabilidade da desprescrição.

Fatores como idade, número de recorrências, gravidade do episódio depressivo, sintomas residuais após tratamento, mostraram-se como fatores preditores de recorrências/ recidivas, daí a importância de tratamento de longo prazo nestes indivíduos.

É sempre uma decisão personalizada e caso-a caso a manutenção *versus* desprescrição do antidepressivo. Devemos ter em conta, o perfil do utente que mais beneficia do uso prolongado do antidepressivo e fomentar a continuação nestes doentes. A retirada de um antidepressivo administrado por um longo prazo pode estar associada a sintomas de descontinuação. Para um tratamento eficaz é necessária uma boa aliança terapêutica.

CO 14

A CONTRACEÇÃO NUMA UNIDADE FAMILIAR – UM ESTUDO DESCRITIVO

Renato Nogueira Fernandes¹; Ana Rita M Marques¹; Beatriz Coelho¹; Diogo Loureiro de Sousa¹; Joana Montenegro Paulo¹; Maria de Almeida¹; Maria Santos¹; Mário António Lopes¹

¹USF Viseu-Cidade

Introdução: O planeamento familiar é uma dimensão da saúde sexual e reprodutiva das mulheres em idade fértil, desempenhando os métodos contraceptivos um papel central nesse contexto. Embora tradicionalmente associados à prevenção da gravidez, esses métodos têm um impacto muito mais amplo, contribuindo para a promoção geral da saúde feminina.

Objetivos: Caracterizar os métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres em idade fértil na USF Viseu-Cidade. Análise descritiva da população com código W11 (“Contraceção Hormonal Oral”) e análise das principais comorbilidades relacionados com os critérios de elegibilidade (K86, K87, T89, T90, P17, K73, K75, K90, K91, K83, X76, D94 e D97).

Metodologia/Materiais: Trata-se de um estudo observacional transversal, cuja recolha de dados foi feita através das plataformas MIM@UF[®] e SClínico[®], em novembro de 2023, seguindo a seleção de códigos ICP-2 pré-definida, com consulta posterior do processo clínico, para identificação do tipo de contraceção oral (combinada *versus* progestativa). Foram analisadas as seguintes variáveis: tipo de método contraceptivo, idade, antropometria (índice de massa corporal) e comorbilidades que contraindicam o uso de contraceptivos orais combinados (COC).

Resultados: Obtiveram-se dados de 1549 mulheres com a seguinte distribuição de códigos: 1012 com W11, 199 com W12, 138 com W13 e 200 com W14. Deste último grupo, a maioria não tem classificado o método (53%), 19,5% usa implante subcutâneo e 18% método de barreira.

Em relação a W11, salienta-se que 53 mulheres tinham IMC superior a 35 kg/m² e 129 tinham código P17, das quais 63 se encontravam na faixa etária “acima ou igual a 35 anos”. Foram identificadas ainda 95 outras comorbilidades. Perfazendo um total de 97 mulheres com categoria III ou IV para o uso de COC. Destas e após consulta dos processos individuais, 55 (57%) encontrava-se a fazer COC.

Discussão: Da população estudada, constata-se que 55 mulheres cumprem critérios que, segundo o “Consenso sobre Contraceção de 2020”, contraindicam o uso de contraceptivos hormonais combinados, principalmente devido ao aumento do risco cardiovascular individual.

Conclusão: O médico assistente deve rever o método e o aconselhamento em consulta, através do fornecimento de informações detalhadas sobre a eficácia, acessibilidade e possíveis efeitos colaterais dos diferentes métodos contraceptivos disponíveis com base na sua utilização responsável.

CO 15

ENTRE EXPECTATIVAS E REALIDADE – UM CASO DE PSICOSE PUERPERAL

Diana Alves Andrade¹; Isabel Schulze¹

¹USF São Martinho

Introdução: A psicose pós-parto caracteriza-se por alucinações, delírios e angústias paranoides, que surgem sobretudo nas duas primeiras semanas após o parto. Apesar de não ser frequente, trata-se de uma patologia grave, que pode por em risco a vida da mulher e do bebé, tratando-se assim de uma emergência psiquiátrica. A sua orientação e tratamento

devem ser céleres, pelo que o reconhecimento precoce de sinais de alarme é fundamental.

Descrição: S.P., sexo feminino, de 28 anos, técnica de análises clínicas, sem medicação habitual, antecedentes pessoais ou familiares de relevo, primigesta, teve gravidez desejada e planejada, em seguimento em consulta de obstetrícia por translucência da nuca >P95, tendo tido parto eutócico às 40 semanas e 1 dia, sem intercorrências. Após 17 dias do parto, a utente recorre a consulta aberta na Unidade de Saúde Familiar (USF), apresentando-se verborreica, com ideias de ruína, desatenção da filha recém-nascida e ideias delirantes de perseguição em relação ao marido e a outros familiares. Foi assim referenciada à urgência metropolitana de psiquiatria (UMP). Após a entrevista da doente e do marido, esta foi proposta para internamento por psicose puerperal em contexto de episódio maniforme. Deste modo, a doente esteve internada 19 dias no serviço de Psiquiatria, tendo apresentado uma melhoria psicopatológica gradual, nomeadamente, do humor, pensamento e discurso, com um aumento crítico progressivo. À data de alta, foi medicada com olanzapina e lorazepam. Foi então orientada para consulta externa de psiquiatria, onde foi iniciado tratamento com lítio, tendo sido suspensa a amamentação. Para além disto, a utente foi ainda acompanhada na USF, tendo também sido aproveitados os momentos de consulta de saúde infantil para avaliar a sua evolução clínica, promovendo o vínculo materno e a sua progressiva autonomia nos cuidados à filha.

Conclusão: A fase da gravidez e do puerpério são momentos cruciais na vida da mulher e da sua família, acarretando múltiplas mudanças e desafios. Desta forma, este período constitui uma oportunidade crucial na avaliação da saúde mental das mulheres, bem como de eventuais fatores de risco para patologia deste foro. O médico de família tem um papel preponderante nesta apreciação, pois não só conhece o seu contexto biopsicossocial, como também acompanha todo este período da vida da mulher, estando num lugar privilegiado para a identificação precoce de sintomas, atempada orientação da doente, bem como suporte à mesma e à sua família.

CO 16

UMA DOCE GASTROENTERITE

Marta Bordalo¹; Ana Carrondo de Matos¹; Mónica Albino¹
¹USF

Introdução: A cetoacidose diabética (CAD) é uma emergência médica que ocorre maioritariamente em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1, sendo por vezes a primeira manifestação da doença. Consiste na presença de hiperglicemia, cetonemia e acidose metabólica. Está associada a um elevado número de hospitalizações e sem tratamento pode evoluir

para coma e morte.

Descrição: Homem de 33 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos ou medicação habitual. Recorreu à consulta aberta da unidade de saúde familiar por náuseas e vômitos com 4 horas de evolução. Referia perda de peso não intencional de 10 kg (13% do peso total) nos últimos 3 meses que associava a morte do melhor amigo e stress no trabalho. Negava outras queixas. Exame objetivo sem alterações. Medicou-se com ondansetron, aconselhou-se hidratação oral e pediram-se análises para realizar em ambulatório. Sugeriu-se marcação de consulta de saúde do adulto e explicaram-se sinais de alarme.

Após 12 horas, recorreu ao serviço de Urgência (SU) hospitalar por manter náuseas e vômitos, apesar da toma da medicação prescrita. Exame objetivo sem alterações e nas análises pedidas (hemograma, PCR, ionograma, creatinina, AST, ALT, bilirrubinas) destacava-se apenas ligeira leucocitose (12500g/dL). Foi medicado com pantoprazol, metoclopramida, fluidoterapia e após administração da terapêutica referiu melhoria significativa. Teve alta com diagnóstico de gastroenterite aguda.

5 horas depois, recorreu novamente ao SU por manutenção das queixas, apresentando-se polipneico e taquicárdico. Foi realizada gasimetria arterial que revelou acidemia metabólica (pH 6.1, pCO₂ 6.1mmHg, pO₂ 150.5mmHg, satO₂ 98.6%, HCO₃ 7.1mmHg, Na 143mEq/L, Cl 115mEq/L, AG 31.9, lactatos 3.19mmol/L, glicemia >500mg/dL). Apresentava uma cetonemia de 5.3 mmol/L. Foi contactada a unidade de cuidados intensivos e transferiu-se o doente com o diagnóstico de CAD em contexto de Diabetes Mellitus Tipo 1 inaugural.

Conclusão: Neste caso, a CAD não foi detectada na consulta aberta, porque não foi medida a glicemia capilar, nem na primeira ida ao SU, porque na avaliação analítica inicial também não foi pedida glicemia. A perda de peso não foi valorizada dado o contexto psicossocial.

Este caso alerta-nos para as diferentes formas de apresentação da CAD e diagnósticos diferenciais da gastroenterite aguda. É de extrema importância termos presente a emergência de um quadro de CAD, assim como a evolução célere que pode culminar com um desfecho fatal.

28 ANOS JNPC

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



Resumos | Posters

PO 01

SEGUIMENTO DE DPOC NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: TRABALHO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Vera Cardoso¹; Ana Luísa Vicente¹; Arménio Ramos¹; Sara Ferraz¹
¹USF Farol, ARS Algarve

Introdução: Nos doentes com DPOC, a avaliação da função respiratória anual por espirometria, e o cumprimento do plano vacinal contra o pneumococos é fundamental. De acordo com a norma da DGS nº 005/2016, é recomendado que estes doentes façam um seguimento bianual nos Cuidados Primários e realização de espirometria anual.

Objetivos: Avaliar e melhorar a taxa de adesão à realização espirometria anual e à cobertura vacinal anti-pneumocócica (Pn13 e/ou Pn23) dos utentes com DPOC, de acordo com as normas da DGS nº 005/2019 e nº 011/2015.

Métodos: Estudo piloto observacional de garantia de melhoria de qualidade, dimensão adequação técnico-científica. A população em estudo inclui utentes de ficheiro próprio com codificação ICPC-2 R95 na lista de problemas activos, à data da 1ª avaliação. Os dados foram colhidos no MIM@UF® e Vacinas® e tratados no Microsoft Excel®. Critérios de exclusão: duplicação de utentes e não frequentadores. A intervenção foi feita com base numa consulta médica telefónica, com o objetivo educacional e de prescrição, no momento, da vacina (Pn13/Pn23) e espirometria. A meta proposta foi uma adesão mínima de 25%. A avaliação inicial teve lugar em março 2022 e a final em março 2023.

Resultados: Foram identificados um total de 25 doentes com DPOC, cinco duplicados e um não frequentador, perfazendo um total de 19 utentes elegíveis (n = 10 homens e n = 9 mulheres). As idades variaram entre os 48 e 87 anos (média 69,65 anos). 57,9% (n = 11) dos utentes já estavam vacinados com a Pn13 e destes, 54,5% (n = 6) já tinham a vacina Pn23. A intervenção feita revelou que, dos 5 utentes (45,5%) que já tinham feito Pn13, três (60%) fizeram Pn23

após intervenção. Dos 8 utentes (42,1%) que não tinham feito Pn13, dois (25%) fizeram Pn13 após intervenção. Em 2021, apenas 1 utente (5,3%) tinha realizado espirometria. Após intervenção 57,9% dos utentes (n = 11) fizeram espirometria.

Discussão e conclusão: Os resultados apresentados demonstram que o contacto telefónico, assim como a sensibilização e educação para a saúde se revelaram bastante animadores e com impacto nos resultados. Partindo deste estudo piloto, será proposto a todos os grupos médico/enfermeiro da USF que se opte, caso o utente não tenha comparecido à sua consulta de vigilância, por um contacto telefónico de modo a sensibilizar ou relembrar a importância da vacinação e da espirometria, para melhor controlo da sua doença. Esta estratégia foi considerada benéfica, sendo importante na vigilância e controlo da DPOC.

PO 02

ABORDAGEM AO HIPOTIROIDISMO REFRACTÁRIO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Vanda Raquel Mendes Melo¹

¹ACES Alto Ave

Enquadramento: O hipotiroidismo primário é uma doença multissistémica complexa com um espectro de manifestações muito variável. A monitorização da terapêutica é realizada com o doseamento plasmático de TSH (e eventualmente da T4 livre). Diversos contextos clínicos podem influenciar os valores de TSH. O hipotiroidismo refratário é considerado quando existe níveis de TSH superiores ao normal apesar de doses crescentes de levotiroxina, com ou sem sintomas. Apesar de não existir um critério definido, considera-se hipotiroidismo refratário sempre que sejam necessárias doses superiores a 1,9 mcg/kg/dia.?

Descrição de caso: Mulher 36 anos, com antecedentes de hipotiroidismo por tireoidectomia total há 20 anos em contex-

to de carcinoma papilar da tireoide e um diagnóstico recente de endometriose pélvica difusa. Apresenta-se medicada há vários anos com levotiroxina, com necessidade de ajustes progressivos desde há 2 anos, atualmente sob alta dose de 225mcg/dia (peso 59kg). Antecedentes ginecológicos de menarca aos 12 anos, catamênios regulares com 5 dias e ciclos de 28 dias. Gestação única, cesariana. Método contraceptivo de barreira. Em análises de rotina verificou-se uma subida abrupta sustentada de TSH (241,6 mUI/L) com T4 livre de 0,16 ng/dL, sem melhoria com o aumento de dose de levotiroxina. A doente negou qualquer sintomatologia relacionada com hipotireoidismo, referindo apenas dor pélvica crónica e dispareunia. A doente garantiu assertivamente a adesão terapêutica correta e regular, negou consumo de outra medicação ou produto suplementar. Foram excluídas todas as causas conhecidas de aumento de TSH com níveis normais/reduzidos de T4 livre. A Ecografia tiroideia não apresenta alterações na lóculo tiroideia. Um mês depois denotou-se restabelecimento da função tiroideia para níveis normais (TSH 3,42mUI/L, T4 livre 0.93ng/dL).

Discussão/Conclusão: A abordagem frequente em doentes com hipotireoidismo é a titulação progressiva da levotiroxina até que a TSH fique frenada. Essa abordagem no hipotireoidismo refratário pode revelar-se nociva pela exposição prolongada a doses supratrapêuticas de levotiroxina, com o risco de hipertireoidismo iatrogénico e com prejuízo da massa óssea e do aparelho cardiovascular. Assim, na suspeita de um hipotireoidismo refratário, o clínico deverá investigar e excluir condições de adesão deletéria ou situações médicas que possam comprometer a absorção do fármaco antes do escalamento desnecessário de dose. Em 15% dos casos a etiologia permanece oculta.

PO 03

UM OLHAR ATENTO: DA ASSIMETRIA AO DIAGNÓSTICO

Marta Partidário¹; Ana Carneirinho Guiomar¹

¹USF Emergir Cascais

Introdução: A esclerose sistémica é uma doença autoimune rara, atinge sobretudo mulheres, entre os 20 e os 50 anos, desconhecendo-se a sua etiologia. Tem como paradigma a esclerodermia, expressa por fibrose cutânea com possível envolvimento extra-cutâneo, sendo o subtipo mais frequente na criança a esclerodermia linear (EL). O diagnóstico baseia-se nas manifestações clínicas, pesquisa de anticorpos antinucleares e capilaroscopia. As principais complicações são deformidades músculo-esqueléticas, alterações neurológicas, gastrointestinais e vasculares, sendo fundamental excluir precocemente envolvimento de órgão para eventual melhoria do prognóstico.

Descrição: LB, menina, 7 anos, seguimento por médico de

família (MF) e pediatra, sem intercorrências até aos 6 anos altura em que destaca quadro com 6 meses de evolução, de sensação de peso, espasmos involuntários do 3º dedo da mão esquerda e emagrecimento dos dedos. Ao exame objetivo (EO), verificava-se descida de percentil de peso <P3, mancha seca espessada e hiperpigmentada de 6 cm na face dorsal do antebraço esquerdo e faixa brilhante na face dorsal do 2º metacarpo esquerdo, bem como, assimetria franca dos antebraços e mãos, por perda provável de massa muscular à esquerda. Foram prescritos meios complementares de diagnóstico e referenciada a consulta de reumatologia pediátrica, que em 2 semanas confirmou o diagnóstico de EL, estando atualmente medicada com metilprednisolona, metotrexato, betametasona tópica e posterior tacrolimus, com melhoria franca do quadro clínico descrito e mantido seguimento regular.

Conclusão: A observação global da criança e pesquisa de assimetrias é essencial ao diagnóstico atempado de uma doença rara, com impacto na qualidade de vida da criança e sua família. Este caso reflete a importância do olhar atento no exame objetivo e o papel central do MF no seguimento da evolução e desenvolvimento da criança, sendo o elo entre a família e as restantes especialidades, basilar na orientação e o aproveitamento de tempo e recursos.

PO 04

AFETOS E SEXUALIDADE – A ESCOLA COMO UM CONTÍNUO DE CUIDADOS

Vanda Raquel Mendes Melo¹; Pedro Pacheco¹

¹ACES Alto Ave

Introdução: A autodeterminação sexual, o género, as relações, os comportamentos sexuais e a contraceção são temas que integram o acrónimo HEEDSSS e que devem fazer parte da consulta do adolescente. Nem sempre estes temas são procurados ativamente pelos médicos ou pelos adolescentes. Ademais, os adolescentes têm atualmente ao seu dispor uma vasta informação não validada cientificamente que pode suscitar ideias erradas e comportamentos de risco. A comunidade escolar é o principal espaço de aprendizagem dos jovens, no entanto, os docentes estão deficientemente preparados para abordar estas temáticas.

Objetivos: Diagnosticar as principais lacunas no conhecimento sobre a saúde sexual nas turmas do 11º ano da área de abrangência e atuar de forma a colmatar essas falhas, promovendo a literacia em afetos e sexualidade.

Métodos: Os autores aplicaram um questionário (pré-intervenção – Q1) a todos os alunos do 11º ano para avaliação de conhecimentos e da recetividade e procura de apoio sobre sexualidade junto das unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os autores realizaram sessões de educa-

ção para a saúde para alunos e docentes, instauraram um Gabinete de Informação e Apoio ao aluno mensal e criaram um posto de correspondência eletrônico para dúvidas e reflexões. 7 meses após o início do projeto, foi aplicado novamente questionário (pós-intervenção – Q2) de forma a reavaliar os conhecimentos dos alunos no final das intervenções.

Resultados e conclusões: Foram inquiridos 151 alunos no Q1 e 136 no Q2. Ambas as amostras foram homogêneas quanto ao sexo biológico e ao gênero, sendo que 0,7% dos alunos se assumem como não-binário. Quanto à orientação sexual, cerca de 83% da amostra diz ser heterossexual e cerca de 6% tem dúvidas quanto à orientação sexual. Ligeira variabilidade entre as avaliações foram verificadas entre homossexual e bissexual. O conhecimento acerca da confidencialidade, da autonomia para agendar consulta e abordar a sexualidade e do rastreio de ISTs nos CSP teve taxas de acerto superiores a 64,2%, com uma melhoria média de 11,55% no Q2. No entanto, na prática, o recurso a esta consulta de forma autônoma foi feito por 16% dos alunos e a abordagem destes temas em contexto de consulta aconteceu em cerca de 30% dos alunos. Apenas cerca de 40% dos adolescentes tiveram um momento a sós na consulta nos CSP com um profissional de saúde. Na avaliação de conhecimentos 18 em 21 questões tiveram uma melhor taxa de acerto no Q2, sendo que as restantes apresentaram resultados sobreponíveis. Foi obtida uma melhoria de 15,83% da taxa de acerto entre o Q1 (58,47%) e o Q2 (74,3%), o que pode traduzir um ganho real em literacia dos adolescentes. Contudo, não é possível inferir que se traduza numa diminuição de comportamentos de risco. É perentório estreitar o relacionamento dos CSP com a saúde escolar e proporcionar um espaço de consulta em que o adolescente se possa exprimir de forma autônoma, sigilosa e sem juízos de valor.

PO 05

NEUROPATIA PERIFÉRICA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA: UM DESAFIO

Júlia Montalvão Neves¹

¹USF D. Diniz

Introdução: A dor neuropática periférica afeta frequentemente doentes oncológicos submetidos a quimioterapia, traduzindo-se em alteração da sensibilidade espontânea ou a estímulos dolorosos e não dolorosos.

Descrição: Utente do sexo feminino, com 72 anos de idade, assintomática, sem medicação habitual ou antecedentes pessoais relevantes. Analiticamente, apresentava anemia ferropénica. A investigação etiológica por colonoscopia permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma colorretal direito (estadio IV). Após colectomia direita, histerectomia total e ooforectomia bilateral, foi submetida a quimioterapia com FOL-

FOX (ácido folínico, 5-fluorouracilo e oxaliplatina). Como efeitos adversos atribuídos à quimioterapia foram identificados: alopecia, astenia, anorexia, náuseas, aftas orais, síndrome palmo-plantar, câibras e dor neuropática. Esta era descrita como “dormência nas mãos e pés” (impossibilitada de usar as mãos para preparar alimentos), “sensação de choque elétrico e queimadura com exposição ao frio” (ao retirar objetos do frigorífico) e “sensação de formigueiro nas plantas dos pés” (agravada ao pisar areia da praia). Foi medicada com tramadol e duloxetina. Apesar da melhoria gradual após cessação da quimioterapia, um ano após o último ciclo apresenta ainda hipoestesia nas extremidades distais dos dedos das mãos, disestesia nas plantas dos pés sobretudo em repouso e, conseqüentemente, insónia, sensação de desesperança e diminuição marcada da qualidade de vida.

Conclusões e discussão: Os sintomas variam em tipologia e intensidade consoante o agente quimioterapêutico usado e o tempo de exposição, podendo tornar-se incapacitantes, condicionar risco aumentado de feridas e motivar eventual redução da dose ou descontinuação da quimioterapia. A abordagem desta dor deve ser uma prioridade uma vez que é frequentemente crónica e condiciona um impacto importante na qualidade de vida. Apesar de existir evidência no uso de duloxetina e estudos que contemplam terapêuticas não farmacológicas como potenciais alternativas, a terapêutica disponível tem eficácia limitada e o controlo da dor neuropática induzida por quimioterapia continua a ser um desafio.

PO 06

SOMATIZAÇÃO – UM DESAFIO

Júlia Montalvão Neves¹

¹USF D. Diniz

Introdução: A somatização caracteriza-se pela apresentação repetida de sintomas físicos associada a pedidos persistentes de investigação médica, apesar de achados repetidamente negativos e tranquilização pelo médico de que não têm causa física.

Descrição: Utente do sexo feminino, com 16 anos de idade. Frequenta o Conservatório Nacional onde pratica ballet. Com antecedentes pessoais de traumatismo do pé esquerdo, tendinopatia de inserção do tendão de Aquiles esquerdo e artroscopia da anca direita. Antecedentes familiares irrelevantes. Refere dieta saudável e equilibrada. Nega hábitos tabágicos, alcoólicos, toxicófilos e alergias medicamentosas e alimentares conhecidas. Medicação habitual: Livetam 500mg e Artrozen. Recorre a consulta de doença aguda acompanhada pela mãe por quadro de vômitos alimentares recorrentes com 1 mês de evolução, sem padrão associado e cujo início coincide com o regresso à escola. Nega presença de sangue, conteúdo bilioso ou fecaloide, disfagia,

dor abdominal, náuseas, febre, trânsito intestinal alterado e cefaleias. Nega que o vômito seja provocado e restrições na dieta. Última menstruação há 2 meses. Nega atividade sexual e gravidez. Assintomática durante as férias. Associa o quadro à ansiedade provocada pelo impacto nos projetos de vida, com agravamento na escola quando questionada se voltará a dançar. Após a artroscopia retomou o ballet, com melhora temporária. Atualmente não realiza exercício físico por incapacidade. É seguida regularmente na consulta de Psicologia, de Ortopedia e Fisioterapia. Refere como atividades de tempos livres “ir ao médico, à fisioterapia e estar com amigos”. Refere ansiedade, tristeza, insônia, aproveitamento escolar e capacidade de concentração diminuídas com 1 ano de evolução. Nega pensamentos de morte, comportamentos auto-lesivos e ideação suicida. Traz avaliação analítica e ecografia abdominal normais, referindo melhora com metoclopramida. Ao exame objetivo sem alterações, excetuando o fácies triste e ansioso.

Conclusão: Apesar de ser um quadro sugestivo de desenvolvimento de perturbação depressiva/de ajustamento associada a doença física incapacitante com potencial somatização, é essencial excluir doença orgânica e avaliar o risco de perturbação do comportamento alimentar numa adolescente com estilo de vida rígido e preocupação com a aparência e performance, apresentando como fator de risco o desejo de pertencer a grupos onde existe um ideal de magreza.

PO 07

USO INDEVIDO DE MEDICAÇÃO NA PRÁTICA

Júlia Montalvão Neves¹

¹USF D. Diniz

Introdução: A prescrição de AINEs deve ser feita com precaução nos idosos, em caso de insuficiência cardíaca ou renal, hipertensão e uso concomitante de diuréticos ou fármacos que alteram significativamente a função renal, devendo esta ser monitorizada. Normalmente, a interrupção da terapêutica origina recuperação do estado pré-tratamento.

Descrição: Homem com 81 anos de idade. Apresenta como antecedentes pessoais diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, hiperplasia benigna da próstata, síndrome de coluna, gonartrose submetida a colocação de prótese total do joelho bilateral, doença diverticular e hemorroidária. Antecedentes familiares irrelevantes. Medicação Habitual: sitagliptina 25mg, dapagliflozina 10mg, lisinopril 20mg + hidroclorotiazida 12,5mg, atorvastatina 20mg, clopidogrel 75mg, tansulosina 0,4mg, finasterida 5mg, fluoxetina 20mg, alprazolam 1mg, omeprazol 20mg, alopurinol 300mg, diclofenac 75mg. Na consulta de Diabetes do Centro de Saúde com parâmetros alterados na avaliação analítica (Creatinina 4.31 e Ureia 166) e análise do sedimento com leucocitose,

eritrócitos e cilindros hialinos granulosos. Comparativamente a avaliações anteriores com valores em crescendo. Na avaliação prévia creatinina 1.84 e ureia 111. Recorreu a consulta particular urgente de Nefrologia. Realizou Ecografia Renal, da qual se destaca “aumento da ecogenicidade do parênquima, traduzindo sofrimento renal. No parênquima de ambos os rins observamos formações quísticas, a maior bilateralmente com cerca de 6cm.”. Realizou também ecografias Vesical e Prostática, ambas sem alterações de relevo. Apresentando TFG de 10, teve indicação para suspender diclofenac e reavaliação analítica, com referência a Nefrologia hospitalar se manutenção de creatinina >3. Na reavaliação analítica após 1 mês com creatinina 2.76 e Ureia 135. Na consulta subsequente de Nefrologia foi aconselhada perda ponderal e alterada a terapêutica (Alopurinol 300 passa a ½ por dia e Lisinopril + hidroclorotiazida passa a irbesartan 300 id), com nova consulta agendada dentro de 4 meses.

Conclusão: Este caso traduz um agravamento progressivo da função renal nos últimos meses atribuído ao uso indevido de diclofenac oral que o utente consumia de forma livre por queixas osteoarticulares, suscitando reflexão acerca da desprescrição no idoso polimedicado com função renal diminuída e da necessidade de questionar o utente sobre a toma indevida de anti-inflamatórios.

PO 09

CRIAÇÃO DE UM NÚCLEO DE ESTUDOS NUMA USF – CASUÍSTICA DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

Marisa Lopes Sousa¹; Mariana Assis Rocha¹; Luís Paulino¹; Telma Ferreira¹; Felícia Volosciuc¹; Rodrigo Raposo dos Santos¹

¹USF Samora Correia

Introdução: Em junho de 2022, surge a proposta para a criação de um Núcleo de Estudos (o NES) por parte de duas internas. Este núcleo viria a ser constituído por médicos internos e assistentes de Medicina Geral e Familiar (MGF) e por enfermeiros da unidade.

Tendo em conta a abrangência clínica da MGF, a constante atualização constitui um desafio. Para além disso, o internato de MGF prima não só pela exigência clínica, mas também pela enorme exigência científica, sendo valorizada a investigação, organização de eventos científicos e a dinamização de sessões clínicas e núcleos de formação. O NES surge assim como um projeto de intervenção desenhado para fomentar o trabalho de equipa e tornar os seus membros mais proativos neste sentido.

Objetivos: Os objetivos estabelecidos foram: 1) Promover a investigação clínica e atividade científica na USF; 2) Aperfeiçoar competências da prática clínica baseada na evidência; 3) Organizar eventos médico-científicos e promover sessões clínicas na USF; 4) Promover a discussão de temas perti-

nentes; 5) Aprimorar as competências da comunicação; e 6) Promover atividades de educação para a saúde.

Material e métodos: Após a proposta inicial, o NESC foi oficialmente constituído em dezembro de 2022. Reúne com uma periodicidade bi-mestral e apresenta um comité técnico-científico constituído por 2 médicos assistentes e 1 enfermeiro.

Resultados e conclusões: Como resultado desta intervenção, foram promovidos: 2 trabalhos de investigação (1 com bolsa de investigação), 3 revisões sistemáticas (1 premiada), 1 trabalho de melhoria contínua da qualidade; discutidos e apresentados 7 casos clínicos (1 publicado em revista indexada no Pubmed; 1 premiado), bem como guidelines da prática clínica. Foram ainda promovidas atividades de educação para a saúde e realizadas sessões de treino prático de casos clínicos/comunicação com o doente.

Este projeto veio promover a atividade científica na USF, bem como atividades de educação para a saúde. Otimizou o trabalho de equipa, através da articulação dos seus elementos nos diversos projetos, trazendo dinamismo na procura de respostas a questões da prática clínica. Ainda com alguns objetivos por desenvolver, contamos com a vontade dos seus elementos para a sua continuidade.

A iniciativa foi enriquecedora em várias vertentes, constituindo uma mais valia para a própria USF e em especial para os elementos deste núcleo, salientando-se as oportunidades formativas e os conhecimentos adquiridos.

PO 10

INFECÇÕES HERPÉTICAS EM CIRURGIA PLÁSTICA FACIAL

Sara Silva¹; Catarina Maio²; Beatrice Neves²; Conceição Azeda²; Manuel Vieira²

¹Hospital de São José; ²Hospital da Luz Setúbal / Hospital de Santiago

Introdução: A rinoplastia tem uma taxa de incidência de complicações em 5-18%, algumas relacionadas com a cirurgia, outras não relacionadas e não intencionais. O herpes labial causado pelo vírus Herpes simplex-1 (HSV), é uma doença que persiste durante a vida na maioria das vezes em estado latente. A reactivação do vírus pode ser induzida por diversos factores internos e externos tais como: stress psicológico, exposição a alterações de temperatura, febre, imunossupressão. O risco de infecção cutânea por HSV está descrito em procedimentos como rejuvenescimento da pele com laser, dermabrasão ou peeling químico. Apenas três casos estão descritos na literatura da associação entre a rinoplastia e a infecção por HSV.

Descrição: Mulher, 31 anos de idade, foi submetida a cirurgia de Rinoplastia primária para correcção de deformidade nasal externa, desvio do septo nasal e colapso alar durante

a inspiração profunda. Foi realizada Rinoplastia aberta, sob anestesia geral, com septoplastia, remodelação da ponta nasal com enxerto de cartilagem e suturas, remodelação do contorno alar com enxerto de cartilagem. No pós-operatório imediato, a doente apresentou hipertermia, que resolveu com arrefecimento corporal, sem mais complicações. No 3º dia de pós-operatório surgiram vesículas brancas no bordo medial do lábio inferior. Nessa altura a doente referiu história de herpes labial no passado. Foi feito o diagnóstico de reactivação de HSV, realizou medicação tópica com antivirais e a mucosa cicatrizou sem complicações ou cicatrizes.

Conclusão: Embora não exista nenhuma relação directa entre a rinoplastia e a infecção por HSV, qualquer procedimento cirúrgico pode enfraquecer o sistema imunitário e aumentar o risco de reactivação do herpes. Neste caso a reactivação pode ter sido devido ao stress, à administração de corticoides, cirurgia prolongada, a hipertermia no pós-operatório, o posicionamento ou trauma local no lábio pelo tubo endotraqueal (Ring-Adair-Elwyn). Nos casos de HSV após rinoplastia, o maior risco é a extensão da infecção para a ferida cirúrgica, região nasal e periocular. O que pode levar a complicações graves como sobreinfecção bacteriana, tempo de recuperação prolongado e possibilidade de cirurgia de revisão. Assim, adoptando medidas apropriadas de prevenção e gestão terapêutica, os doentes podem ser submetidos a rinoplastia com o mínimo risco de HSV, recuperação rápida sem complicações graves.

PO 11

TRATAMENTO PRIMÁRIO DO MELANOMA MALIGNO: EPIDEMIOLOGIA E EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA

Sara Silva¹; Diogo Casal¹; Joaquim Bexiga¹

¹Hospital de São José

Introdução/Objectivos: A incidência do melanoma cutâneo tem vindo a aumentar. Em Portugal a taxa de incidência de melanoma é de 6-8casos/100.000 habitantes. O Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) disponibiliza a Consulta Multidisciplinar com uma equipa multidisciplinar para a avaliação de planeamento terapêutico dos doentes com Melanoma.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo de excisões primárias de melanoma maligno e biópsia de gânglio sentinela (BGS) no CHLC entre Janeiro de 2019 e Junho 2023. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos. Os dados demográficos recolhidos incluíram a idade, sexo, histopatologia do melanoma primário (espessura de Breslow, localização anatómica, nível de Clark, estado ulcerativo e regressão, índice mitótico, infiltrado linfocitário, invasão perineural, fase de crescimento vertical e subtipo

histológico), histopatologia do gânglio sentinela (número de gânglios positivos e tamanho do depósito metastático).

Resultados e conclusões: Foram incluídos um total de 62 doentes. 58 doentes foram submetidos a excisão alargada do melanoma e BGS e 4 doentes apenas a excisão alargada. A idade média foi de 65 anos, 55% do sexo masculino e 44% do sexo feminino. A média de dias à espera para ser operado foi de 34,2 dias. Lesões com uma espessura de Breslow de <1,5mm (41,7%) foram as mais comuns, seguidas das lesões entre 1,5 e 3,5mm (30,6%) e >3,5mm (27,8%). A localização anatómica mais frequente foi tronco (41,7%), seguido pelos membros superior e inferior (25%), cabeça e pescoço (17,7%) e pé (14,9%). O subtipo histológico mais frequente foi extensão superficial com nódulo (44,4%). A taxa de ulceração foi baixa (36,1%) relativamente as lesões não ulceradas (61,1%). O índice mitótico mais frequente foi >10/mm² (36,1%) e a fase de crescimento vertical estava presente na maioria dos casos (55,6%). Um dos doentes com BGS negativa apresentou, ao fim de 2 anos, adenopatias palpáveis cuja citologia revelou metástases de melanoma. Dos 62 doentes incluídos no estudo, 3 (5%) foram submetidos a linfadenectomia.

O tratamento está de acordo com as guidelines Internacionais da NCCN, nomeadamente a realização da excisão alargada com BGS no mesmo tempo cirúrgico, utilizando a técnica de verificação tripla (linfocintigrafia, azul patente e sonda gamma portátil), resultando numa melhor qualidade dos cuidados prestados, com consequências positivas nosoutcomes dos doentes.

PO 12

INSULINA, A ARMA TERAPÊUTICA A TER EM CONTA

Bárbara Duarte Ferreira¹; Diana Oliveira²

¹ARS Norte, IP; ²Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Existe um grande estigma relacionado com a utilização da insulina no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Mitos/desafios como o risco de hipoglicemia, e a complexidade e administração do tratamento subsistem. Esta inércia terapêutica é o alvo a abater em prol de resultados favoráveis. Este caso pretende elucidar a necessidade de reconhecer a insulina como um recurso terapêutico disponível e eficiente. Homem, 46 anos, escriturário. AP: obesidade, ex-fumador e amputação bilateral inferior - portador de próteses (acidente agrícola). Sem MH. Referenciado por MGF para avaliação multidisciplinar para tratamento cirúrgico de obesidade (TCO). Avaliado pela Cirurgia/TCO – ao cumprir critérios para cirurgia bariátrica, foi proposto para bypass gástrico.

É avaliado pela Endocrinologia/TCO, onde referia aumento ponderal gradual após a cessação tabágica. Admitia astenia,

polidipsia e poliúria. Objetivamente: obesidade generalizada, acantose nigricans cervical e peso 122kg. Analiticamente: A1c 10.0%, LDL 139, e valores de perfil hepático aumentados. Após o diagnóstico de DM2, foi iniciada insulina glargina, 300U/mL e canagliflozina+metformina, 50mg+1000mg bid. O processo de TCO ficou pendente até melhoria do controlo metabólico.

Na consulta de reavaliação, o utente refere ter alterado significativamente os seus hábitos alimentares. Nesta altura, realizava 20U de insulina. Analiticamente: A1c 6.4%, com melhoria dos valores de perfil hepático. Dada a melhoria significativa, procedeu-se à redução progressiva da dose de insulina, prosseguindo-se no processo de TCO.

Na consulta seguinte, o utente cumpriu a redução progressiva da dose de insulina, com posterior suspensão. Mantinha glicemias em jejum 112-124mg/dL. Assim, foram reforçados os cuidados gerais, mantendo a metformina+canagliflozina, até à realização da cirurgia bariátrica.

A existência de uma equipa multidisciplinar é fundamental no ensino, educação e seguimento de um utente com DM2 e, no sucesso da insulinoterapia, vencendo assim a inércia clínica, o que implica e responsabiliza o doente no tratamento e gestão da sua doença. Tal como recomendado pela norma da DGS (025/2011), nos doentes recentemente diagnosticados, com sintomatologia marcada e/ou com elevação dos valores glicémicos ou A1c, considera-se mandatório ter em consideração a insulinoterapia isolada ou em combinação com ADO, sendo que depois, e perante melhoria do controlo metabólico, a insulina poderá ser reduzida e até mesmo suspensa. Assim, em alguns doentes com DM2 após melhoria da glucotoxicidade é possível suspender a insulina. O tratamento da DM2 deve ser individualizado e deve ter em conta armas terapêuticas potentes e eficazes como a insulina.

PO 13

OBESIDADE MÓRBIDA, QUANDO A CIRURGIA NÃO É O CAMINHO...

Bárbara Duarte Ferreira¹; Cátia Almeida¹

¹ARS Norte, IP

Enquadramento: O controlo e seguimento de uma utente com obesidade mórbida é um verdadeiro desafio multidisciplinar. Pretende-se elucidar essa complexidade clínica e reconhecer os recursos disponíveis que garantem uma prestação de cuidados de saúde com níveis elevados de competência.

Descrição do caso: Sexo feminino, 59 anos, casada, reformada (invalidez). AF: irmão DM2, filha obesa e filho oligofrénico. AP: obesidade, HTA, DM2 e consumo prévio grave de álcool. Seguimento nos CSP desde 2007, destacando-se como principal problemática a obesidade mórbida, com re-

ferenciação precoce para Cirurgia/Obesidade. Relatado IMC normal até 2003, ano em que terá realizado desintoxicação alcoólica, tendo posteriormente iniciado um aumento exponencial ponderal. Após suspeita de DHCA e de gastrite erosiva e úlcera duodenal, as opções cirúrgicas foram sendo descartadas, apesar do parecer favorável de MI, Gastroenterologia e Endocrinologia relativamente ao risco cirúrgico. O diagnóstico de cirrose hepática micronodular impossibilitou a realização deste procedimento. O agravamento do estado de saúde, com recorrência frequente à CA e com necessidade de internamentos por complicações, levou-a a um estado de dependência elevada. Procedeu-se ao pedido de avaliação pela UCC - ECCI, fisioterapia, nutrição e psicologia, de forma a dar resposta a uma utente que se apresentava, claramente, em pedido de ajuda.

Discussão/Conclusão: O MGF é um facilitador na articulação externa com as especialidades hospitalares, e na articulação interna, com a UCC e as suas áreas de saúde, tendo como principal objetivo a melhoria do estado de saúde da população visando assegurar respostas de proximidade perante as necessidades de cuidados de saúde da população.

PO 14

O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DO CARCINOMA ESPINOCELULAR DA CABEÇA E PESCOÇO

– RELATO DE CASO

Mariana Cardoso Ribeiro¹; Marisa Maurício¹; Sónia Gala¹; Filipe Prazeres¹

¹USF Beira Ria

Introdução: O carcinoma espinocelular da cabeça e pescoço (CECP) tem aumentado de incidência, com maior impacto no sexo masculino e idade média de diagnóstico de 60 anos. Distingue-se dois tipos: o associado ao papilomavírus humano (HPV), cuja incidência tem aumentado, e o não associado ao HPV, relacionado principalmente com o uso de tabaco e consumo de álcool. O prognóstico do CECP HPV-negativo é pior em comparação com o HPV-positivo.

Descrição de caso: Homem, 63 anos, hábitos etílicos moderados, ex-fumador desde há 14 anos recorre à sua médica de família em dezembro de 2022 com queixas de presença de sangue na saliva à noite, odinofagia e disfagia superior para sólidos. Negava sintomas de dispepsia, tosse noturna ou rouquidão. Ao exame objetivo, orofaringe e auscultação pulmonar sem alterações. Após vários meses, desenvolveu desconforto na região cervical esquerda e objetivou-se uma massa na mesma região, de consistência endurecida, com cerca de 4 cm de maior eixo, concomitantemente com os sintomas anteriores.

Ao longo das consultas solicitaram-se: radiografia do tórax e dos seios perinasais, endoscopia digestiva alta e ecografia

da tireoide, todas sem alterações. Em junho/julho de 2023, com a evolução dos sintomas, solicitaram-se ecografia do pescoço, e tomografia computadorizada (TC) pulmonar e cervical. A ecografia do pescoço apresentou adenomegalias suspeitas na cadeia jugulo-carotídea esquerda e a TC cervical identificou uma lesão de aspeto expansivo nas amígdalas linguais e adenomegalias suspeitas, com sinais de necrose na cadeia jugulo-carotídea e submandibular à esquerda.

Encaminhou-se para otorrinolaringologia no IPO, onde se confirmou uma neoformação no pólo inferior da amígdala esquerda, na base da língua e valécula ipsilateral, com diagnóstico de carcinoma espinocelular da orofaringe (CEO) com metastização cervical esquerda (cT3 N3b M0), HPV negativo. Atualmente, mantém seguimento no IPO e encontra-se sob quimioterapia.

Conclusão: O CEO HPV-negativo tem mau prognóstico, sendo importante a valorização pelo médico de família dos sinais e sintomas suspeitos para um diagnóstico precoce e otimização do prognóstico. Pretende-se com este caso relembrar o diagnóstico de CEO e os seus fatores de risco, tendo o médico de família a possibilidade de intervir precocemente na promoção de hábitos de vida saudáveis como a cessação tabágica e diminuição do consumo de álcool, impactando a diminuição da incidência desta patologia.

PO 15

QUANDO UMA DOENÇA EXANTEMÁTICA NÃO VEM SOZINHA: CO-INFEÇÃO DE VARICELA E ESCARLATINA EM CRIANÇA PREVIAMENTE SAUDÁVEL

Luis Bicheiro¹; Catarina Afonso²; Ana Santos¹

¹USF Portas do Arade; ²USF Planície

Introdução: A varicela é uma doença altamente contagiosa causada pelo vírus herpes varicela zoster caracterizada por exantema e prurido. A escarlatina, igualmente uma doença exantemática, é causada por *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A.

Descrição: Utente do sexo feminino, 4 anos de idade, sem antecedentes relevantes, alergias conhecidas ou medicação habitual, acompanhada pela mãe, refere febre ligeira e mal-estar geral desde há dois dias e lesão exantemática com prurido desde há um dia. Ao exame objetivo apresenta máculas, pápulas e vesículas na face, tronco, dorso e membros. É feito o diagnóstico de varicela e são prescritos paracetamol e hidroxizina, além de evicção escolar e recomendação de cortar as unhas.

No dia seguinte recorre novamente a consulta com queixas de odinofagia e náuseas com evolução aproximada de 24h. Ao exame objetivo apresenta as já referidas máculas, pápulas e vesículas e, de novo, exantema micro-maculopapular áspero sensível à digitopressão, que se estende pelo tronco

e dorso; o sinal de Filatov não é evidente; na orofaringe observa-se língua em framboesa, pilares amigdalinos hiperemiados mas sem exsudado e uma vesícula no palato duro. Mantém-se o diagnóstico de varicela e é feito o diagnóstico de escarlatina. Adiciona-se à tabela terapêutica amoxicilina 50mg/kg/dia, 12/12h durante 10 dias.

Após 10 dias a utente não apresenta queixas e, objetivamente, tem crostas e áreas hipopigmentadas na face, tronco, dorso e membros, e descamação da pele da ponta dos dedos das mãos. É emitida declaração para regresso ao infantário.

Conclusão: A complicação mais frequente da varicela é a infeção bacteriana secundária, que pode originar impetigo, abscesso, fásceite necrotizante, piomiosite, otite média aguda, pneumonia e, mais raramente, escarlatina e outros. É muito mais raro as erupções exantemáticas destas duas doenças evoluírem concomitantemente e independentemente uma da outra. As complicações da escarlatina (febre reumática e glomerulonefrite aguda) são raras e ocorrem principalmente aquando de tratamento inadequado. É importante estar atento e realizar um exame objetivo cuidado pois a presença de varicela não exclui outra(s) doença(s) exantemática(s) e o risco e a gravidade de complicações aumentam na co-infeção de varicela e escarlatina, o que reforça a necessidade de medidas terapêuticas ajustadas. Instituir terapêutica antibiótica é fundamental no caso de escarlatina e desnecessária no caso de doenças exantemáticas virais.

PO 16

FENTERMINA/TOPIRAMATO – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA DO SEU BENEFÍCIO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE

Cláudia Mourato Silva¹

¹USF Villa Longa

Introdução: O excesso de peso e a obesidade são dois dos maiores problemas de saúde no mundo e estão associados a uma maior taxa de mortalidade e incapacidade, pelo que é essencial a sua prevenção e tratamento adequados.

Objetivos: O objetivo desta revisão é investigar o benefício do uso da associação fentermina/topiramato no tratamento da obesidade.

Material e métodos: Realizou-se uma pesquisa de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises na plataforma Medline/Pubmed, nos últimos 5 anos, em inglês, com as palavras chave: *topiramate*, *phentermine* e *obesity treatment*. Foram excluídos artigos duplicados, referentes a estudos em animais ou moleculares, revisões sobre mecanismos fisiopatológicos e que não se enquadrassem na tipologia de artigos pretendidos. O nível de evidência foi estratificado de acordo com a classificação SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*) da *American Family Physician*.

Para a pergunta de investigação e pesquisa bibliográfica, foi aplicada a estratégia PICO em que: a População considerada foram todos os doentes com obesidade, a Intervenção foi a toma da associação fentermina/topiramato, o controlo foram os doentes a fazer placebo ou outros fármacos dirigidos à obesidade e o *outcome* foi a redução do peso ou índice de massa corporal.

Resultados e conclusões: Foram encontrados 94 artigos, dos quais 85 foram excluídos. Selecionaram-se 9 publicações no total: 2 ensaios clínicos, 4 revisões sistemáticas e 3 meta-análises. A associação fentermina/topiramato mostrou ter eficácia e segurança similar ou superior comparativamente a outros fármacos. A dose diária recomendada foi 46/7.5mg. Os efeitos adversos mais frequentemente reportados foram disgeusia, parestesia e boca seca, sobretudo com a dose máxima (92/15mg). Foi destacado que o uso da associação fentermina/topiramato está contraindicado na gravidez.

A associação fentermina/topiramato é bem tolerada, eficaz e segura no tratamento da obesidade, à exceção da gravidez. Porém, são necessários mais estudos para obter uma evidência científica mais robusta. De acordo com a classificação SORT, o grau de recomendação da associação fentermina/topiramato no tratamento da obesidade é o grau A.

PO 18

PEQUENA CIRURGIA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – AVALIAÇÃO DE UM PROJETO PILOTO

Ana Catarina Fonseca¹; Bárbara Gameiro¹; Carolina Andrade¹; Inês Ferreira¹; Maria Moreira¹; Filipe Sala¹; Diogo Santos Costa¹

¹USF Serpa Pinto

Introdução: As queixas relativas a lesões cutâneas benignas são frequentes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Sendo geralmente pequenas e de fácil excisão, estas são passíveis de serem retiradas através de pequena cirurgia em ambiente de consulta, de forma segura e custo-efetiva. Assim, com a intenção de melhorar a acessibilidade dos utentes a este tipo de procedimentos, vários médicos de família (MF) têm vindo a apostar na formação nesta área. A oferta de serviços diferenciados, como a pequena cirurgia, valoriza os CSP. **Objetivos:** Avaliar o grau de satisfação dos utentes face à implementação de um projeto piloto de uma consulta de Pequena Cirurgia (CPCx), na Unidade de Saúde Familiar (USF) dos autores.

Material e métodos: Implementou-se uma CPCx na USF dos autores em junho de 2023, com duas consultas semanais. Perante lesões cutâneas benignas passíveis de excisão, o MF preencheu um formulário de referenciação interna, indicando o diagnóstico clínico e localização da lesão. Na CPCx a lesão foi reavaliada, fotografada e excisada, após consentimento

informado. Perante uma dúvida diagnóstica, solicitou-se análise externa por anatomia patológica. A consulta de reavaliação ocorreu um mês depois, com preenchimento de um formulário de satisfação (satisfação global, do atendimento, do procedimento e do resultado). Ao fim de seis meses foi realizada uma avaliação do grau de procura da consulta, satisfação dos utentes e principais lesões orientadas

Resultados e conclusões: Ao longo dos seis meses em estudo foram agendadas 32 CPCx, com tempo médio de espera entre dois e três meses. Foi realizado pelo menos um procedimento cirúrgico em 66% delas. Em 16% das consultas verificou-se ausência da lesão por resolução espontânea ou procedimentos prévios. 13% dos utentes faltaram à consulta agendada.

As lesões referenciadas consistiram em fibromas (59%, dos quais 41% eram fibromas pêndulos), queratoses seborreicas (22%), nevos (7%), verrugas (4%), quistos sebáceos (4%) e lipomas (4%).

Verificou-se que 100% dos utentes estavam “Muito satisfeitos” na avaliação global, 94% estavam “Muito satisfeitos” com o atendimento, 100% estavam “Muito satisfeitos” com o procedimento e 100% estavam “Muito satisfeitos” com o resultado.

Lesões cutâneas com < 3cm e sem características de malignidade podem ser removidas em CPCx. Os procedimentos são bem aceites pelos utentes, que preferem o serviço de proximidade e a resposta mais rápida dos CSP.

PO 20

SONO DO BEBÉ: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA NOITES MAIS TRANQUILAS

Mafalda Caetano Neves¹; Alexandra Viseu Silva¹; Sofia Soares Franco¹; João Andrés Santos¹; Raquel Afonso Gomes¹; Irma Melendez¹

¹USF Castelo

Introdução: Os primeiros meses de vida são períodos de elevada adaptação para o bebé e para as famílias, repletos de desafios e grandes marcos no desenvolvimento. O sono reparador é essencial para o bom desenvolvimento dos bebés, tendo igualmente impacto na qualidade de vida dos pais, sendo alvo de muitas dúvidas e receios por parte dos cuidadores.

A promoção da literacia em saúde é uma competência da Medicina Geral e Familiar, tendo elevado impacto na prevenção em saúde.

Objetivo: Promover a literacia sobre o sono nos primeiros meses de vida de um recém-nascido a grávidas e puérperas

Material e métodos: O grupo executor selecionou as utentes grávidas e puérperas do mês de novembro de 2022 da respetiva unidade, tendo obtido 43 utentes elegíveis. Posteriormente foi feito o contacto com estas utentes telefoni-

amente, tendo sido aplicado um questionário, após o seu consentimento verbal, sobre o sono do bebé nos primeiros meses de vida composto por 22 perguntas. Nesta primeira fase foram excluídas 2 utentes que não desejaram participar e 10 que não atenderam a chamada telefónica ficando 31 utentes elegíveis (24 grávidas e 7 puérperas) para participar nesta intervenção. Após este questionário foi fornecido um folheto A4 e um áudio informativo, realizados pelos autores. Após 1 semana as utentes contactadas novamente para aplicação do mesmo questionário, tendo excluído nesta segunda fase mais 6 utentes que não desejaram responder novamente ao questionário, ficando assim com 25 utentes (19 grávidas e 6 puérperas).

Resultados e conclusão: Como resultados finais das 22 perguntas aplicadas, das 25 utentes, obtivemos 75% de respostas corretas no primeiro questionário, aumentando para 96% no segundo questionário. De destacar a pergunta “Deve-se colocar os pés do bebé a tocar na extremidade do berço?” que tínhamos inicialmente apenas 44% de respostas corretas e após a nossa intervenção de 100%.

O sono do recém-nascido é um tópico crucial que envolve o bem-estar da criança, contribuindo para um desenvolvimento saudável da mesma mas também o equilíbrio da vida familiar. O sono desempenha um papel fundamental no desenvolvimento cognitivo e emocional tendo sempre em conta a segurança do recém-nascido.

A intervenção realizada demonstrou uma clara melhoria da literacia no tópico do sono dos bebés, desmistificando alguns mitos neste tópico, num período no qual esta informação tem elevado relevo e pertinência para o grupo alvo da intervenção.

PO 21

URTICÁRIA ADQUIRIDA AO FRIO APÓS MESOTERAPIA HOMEOPÁTICA: RELATO DE CASO

Ana Rita Monteiro Marques¹; Joana Montenegro Paulo¹; Rita Bernardino Figueiredo¹

¹USF Viseu Cidade

Enquadramento: A urticária adquirida ao frio é um subtipo de urticária frequente, mais comum em mulheres e adultos jovens, embora raramente associado a intervenções terapêuticas. Caracteriza-se pelo surgimento de eritema e pápulas minutos após a exposição da pele ao frio, limitado às áreas expostas. Apesar da sintomatologia geralmente autolimitada, um contacto mais prolongado com o frio pode induzir reações anafiláticas graves.

Descrição do caso: Mulher de 38 anos, caucasiana, empregada doméstica. Integra uma família nuclear, na fase V do ciclo de Duvall. Apresenta hipertensão arterial (medicada com lisinopril 5mg) e faz desogestrel 0,075 mg para contra-

ção. Sem antecedentes pessoais ou familiares de atopias. Recorreu a uma consulta de agudos, por eritema cutâneo paroxístico, associado ou não a micropápulas, calor e prurido discreto, aquando da exposição a água ou a ar frio, com cerca de 4 meses de evolução. Os sintomas surgiram após tratamento de mesoterapia homeopática a quisto de baker, realizado por fisioterapeuta. Sem outros sinais ou sintomatologia acompanhante. Ter-se-á automedicado com bilastina sem resolução ou alívio das queixas. À data da consulta, a utente não tinha lesões cutâneas visíveis, impossibilitando a sua avaliação. Sem dermatografismo. Fez-se acompanhar, contudo, de fotografias que revelavam manchas eritematosas e lesões papulares coalescentes nas pernas e braços (regiões desprotegidas), após contacto com ar ou água fria. Foi pedido estudo analítico com pesquisa de autoimunidade dirigida, que não demonstrou alterações de relevo. A utente referiu ainda sensação de ansiedade despoletada por estes sintomas e pela ausência de melhoria com o tratamento, a qual comprometia o seu desempenho profissional e relacionamento familiar. Colocou-se a hipótese de urticária adquirida ao frio e iniciou-se tratamento experimental com cinarizina 75 mg. Foram explicados os sinais de alarme de reação urticariforme grave que devem motivar ida ao serviço de Urgência e aconselhada evicção de exposição a águas muito frias (como nadar no mar) e alimentos frios ou gelados, sob o risco de anafilaxia/edema das vias aéreas. A utente foi encaminhada para consulta hospitalar de Dermatologia – alergologia cutânea.

Discussão: Após o primeiro episódio, a urticária adquirida ao frio dura geralmente 4 a 5 anos, havendo remissão completa ou melhoria dos sintomas em 50% dos casos até aos 5 anos. Importa conhecer esta patologia para melhor orientar os doentes que surjam com esta apresentação incomum de urticária, com surgimento após uma intervenção terapêutica, alertando para os riscos associados à mesma, assim como intervir adequadamente na gestão sintomática.

PO 22

“SR DR DÓI-ME OS OSSOS TODOS”. QUANDO UM SINTOMA COMUM É SINÓNIMO DE DOENÇA RARA

Ana Lemos Teixeira¹; Andreia Gi²

¹UCSP Mirandela II; ²UCSP Santa Maria II

Introdução: As dores ósseas e articulares são das principais queixas em consulta nos Cuidados de Saúde de Primários. As causas são múltiplas e não se devem desvalorizar pois, por vezes, são tradução de patologias raras que só em estadios mais avançados se diagnosticam. A miopatia inflamatória idiopática ou Síndrome da anti-sintetase caracteriza-se por miosite, artropatia e doença pulmonar intersticial. O diagnóstico geralmente é feito quando a doença já tem atingimento

pulmonar e cardíaco, o que traduz um estado mais avançado e com mais morbidade.

Descrição do caso: Utente do sexo feminino, 71 anos, reformada que recorre a consulta aberta em fevereiro de 2022 por gonalgias e dores ósseas que já não cediam a medicação (fazia vários anti-inflamatórios e analgésicos). A utente recorria muitas vezes a consulta com as mesmas queixas. No entanto, apresentava ainda cansaço para médios esforços, mialgias e dispneia. Por apresentar SatO₂ <90% foi encaminhada para o serviço de urgência. Fez TC-Torax que evidenciou consolidações irregulares, com broncograma aéreo, difusamente dispersas, poupando apenas os ápices pulmonares. Foi-lhe diagnosticada pneumonia por Sars-Cov2. A utente fez ciclo de corticoterapia e as dores também melhoraram.

Contudo, em 2023 vem novamente a consulta aberta por aumento da intensidade das poliartralgias, com rigidez matinal e que pioravam com o movimento, com mialgias e dispneia. Ao exame objetivo com SatO₂ de 96% em a.a., com várias articulações tumefactas. Pediu-se estudo analítico urgente que mostrou agravamento da citólise, ANAs positivos e lesão renal aguda (esta muito provavelmente por abuso de anti-inflamatórios) e ainda, Ecocardiograma transtorácico que mostrou “Morfologia do fluxo pulmonar sugestivo de hipertensão pulmonar e aparente espessamento pericárdico/pleural ao nível da parede posterior e lateral do VE.” Chegou-se a conclusão de que relativamente ao tempo de evolução era coincidente com o diagnóstico da pneumonia organizativa e agravamento do padrão habitual de cansaço, pelo que se encaminhou a utente para a consulta de Medicina Interna. A utente realizou vários exames complementares de diagnóstico em regime de internamento e foi-lhe diagnosticada Miopatia inflamatória idiopática com atingimento muscular, articular e pulmonar com indicação para fazer ciclofosfamida uma administração mensal.

Conclusão: A correta abordagem nos cuidados de saúde primários e a articulação com os cuidados hospitalares permitiram que fosse feito um diagnóstico raro de uma doença com elevada morbidade que facilmente passaria despercebido uma vez que as principais queixas da utente eram as poliartralgias e dores ósseas.

PO 23

GESTÃO DA POLIMEDICAÇÃO NO UTENTE CRÔNICO, COMPLEXO E FRÁGIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Bárbara Vinagre¹; Joana Raquel Vieira Salvado²;

André Coelho dos Santos³

¹USF São Domingos Gusmão; ²Farmacêutica hospital ARSLVT; ³USF Carcavelos

Introdução: A polimedicação conduz à não adesão terapêutica. A multimorbilidade e seguimento por diferentes especialidades aumentam o risco de duplicação de medicação, interações medicamentosas e efeitos adversos. Alterações fisiológicas associadas à idade, dificultam a gestão da terapêutica.¹

Objetivos: Avaliação da consulta de gestão da polimedicação no utente crónico, complexo e frágil na USF Ilumina, São Domingos de Rana.

População: Utentes de ≥ 65 anos e/ou ≥ 7 medicamentos prescritos e/ou não aderentes à terapêutica e/ou seguimento em múltiplas especialidades, e/ou prescrição de medicamentos de elevado risco, e/ou terapêutica inalatória.

Material e métodos: O médico de família (MF) referencia e o Farmacêutico foca-se na adesão à terapêutica, no conhecimento do utente sobre as suas patologias e terapêutica e no ensino/reforço de medidas não farmacológicas, efetua também revisão farmacoterapêutica. Os problemas relacionados com o medicamento (PRM) são discutidos com o MF e implementa-se o Plano de Cuidados Farmacoterapêuticos.

Resultados: Realizaram-se 42 consultas a 24 utentes, com média de idades de 73,5 anos. Apresentam uma média de 10 diagnósticos do ICPC, com uma média de 10,3 fármacos. Identificaram-se discrepâncias relativamente à medicação prescrita e à que tomam. Identificaram-se PRM, ao nível da segurança, efetividade, necessidade, adesão e custo-efetividade.

Conclusão: É fundamental criar estratégias de revisão e monitorização do plano terapêutico, para promoção do correto uso do medicamento, evitando PRM, obtendo assim ganhos em saúde.

Bibliografia: ¹.Mair A,Fernandez-Llimos F e Consortium, SIMPATHY Polypharmacy management programmes: the SIMPATHY Project. Eur J Hosp Pharm. 2017 Jan;24:1:5-6

PO 24

A MAIOR DAS IMITADORAS

Mariana Abrahams¹; Andreia Mendes¹; Diana Silva¹; Marcia Ferreira¹

¹USF Gama

A vitamina B12 é necessária na síntese de DNA e RNA celular, como co factor enzimático. A sua deficiência manifesta-se subagudamente após extinção das reservas corporais. Pode ser produto de deficiências nutricionais, ausência de fator intrínseco, acloridria, doença ileal, síndromes malabsortivas, entre outros. Quer o diagnóstico, quer o tratamento, são de grande importância pelo progressivo compromisso neurológico e /ou hematológico resultantes.

Dentre as manifestações cutâneas, foram descritas: hiperpigmentação generalizada, glossite, alterações ungueais e envelhecimento precoce. A hiperpigmentação tende a ser mais acentuada nas extremidades, principalmente dorso das mãos e pés, áreas flexurais e, menos frequentemente, nas unhas, língua ou mucosa oral. Dada a natureza inespecífica da hiperpigmentação, uma ampla gama de diagnósticos diferenciais deve ser considerada: Diabetes mellitus, doença de Addison, síndrome de Cushing, lesões pós-inflamatórias, amiloidose, melanose cutânea, depósitos de metais pesados, doença da tireoide, neoplasias, reações a medicamentos, porfiria cutânea tardia, entre outros.

Os autores apresentam o caso de um homem de 68 anos, com quadro de 1 anos de evolução de lesões papulares violáceas, não pruriginosas e indoloras, localizadas em membros superiores e inferiores com atingimento das palmas das mãos e plantas dos pés.

Como única outra queixa associava epigastralgia de longa data, mas sem necessidade de tratamento.

Como antecedentes pessoais destaca-se; HTA, dislipidemia, tabagismo ativo, e cirúrgicos; colecistectomia laparoscópica 5 anos antes.

Medicação habitual com perindopril 5mg/dia, sinvastatina 20mg/dia

Exame objetivo: Vígil, colaborante, normotenso (TA 125/70 mmHg), eupneico, auscultação cardiopulmonar com tons rítmicos, sem sopros e/ou extras sons, com uma frequência de 70 bpm, murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. Sem edema periférico. Pulsos palpáveis e simétricos, amplos e síncronos. Sem alterações ao exame neurológico. Lesões em membros superiores e inferiores que respeitam palmas das mãos e plantas dos pés, violáceas e sendo a maior de 2cm tipo papular.

Dos exames complementares feitos destaca-se:

Leu 6.900 N:55% Hb 15 Pla: 188 VS: 5 CFF: 222 FR :47
Trasferrina: 262 ferritina : 98 vitamina B12: 104 ácido fólico 4.2 VDRL negativo

- EDA: Gastropatia atrófica a esclarecer por histologia
- Biopsia: Gastrite atrófica em fundo e corpo
Inicia reposição com vitamina B12 Intramuscular semanal, com melhoria das lesões e com reversão quase total de estas após 3 meses.

PO 25

SÍNDROME DE GITELMAN

Mariana Abrahams¹; Andreia Mendes¹; Diana Silva¹; Marcia Ferreira¹
¹USF Gama

A síndrome de Gitelman, também denominado hipocaliémia-hipomagnesiémia familiar ou variante benigna da síndrome de Bartter, é uma tubulopatia de transmissão autossômica-recessiva caracterizada por hipocaliemia, alcalose metabólica, hipomagnesiémia, hipocalciúria e hiperaldosteronismo secundário. A mutação no gene SLC12A3 (transportador de soluto da família 12, membro do gene 3), que codifica o co-transportador de NaCl tiazido-sensível (NCCT), é responsável por esta entidade nosológica. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 55 anos, com antecedentes de trombose venosa do olho direito e dislipidemia. Foi observada na consulta aberta por quadro de síncope precedido de tonturas, com história de episódios frequentes e autolimitados de tonturas nas últimas semanas. Pelo antecedente de trombose venosa e recorrência dos sintomas foi encaminhada ao SU para avaliação com MCDT. Inicialmente fez estudo vascular que excluiu origem neurológico e vascular, embora nos resultados laboratoriais foi objetivada Hipocaliemia grave. Negava história de vômitos, diarreia ou laxantes, sudoração profusa ou uso de diuréticos. Dos antecedentes familiares não foi evidenciado quadros similares.

Objetivamente: Vigil, colaborante, (TA 100/60 mmHg), eupneica, auscultação cardiopulmonar com tons rítmicos, sem sopros e/ou extras sons, com uma frequência de 84 bpm, murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios, abdômen globoso, mole depressível, sem organomegalias palpáveis, sem Murphy renal e RHA mantidos, ligeiro edema MID sem dor a palpação gemelar e pulsos amplos, simétricos, e síncronos distalmente.

Decidiu-se o internamento para esclarecimento da causa e estudo.

Avaliação laboratorial global revelou Hb:13.4mg/dL, Leucócitos: 6.700 (N:68%), Plaquetas: 170.000, TP:89%, aPTT:40 seg, INR 0.4, AST:14mg/dl, ALT:12mg/dl, Creatinina: 0.9 mg/dL, bilirrubina total 0.36mg/dl e direita:0.16mg/dl, K:2,5, Na: 142, fibrinogenio: 556.20.

ECG: Ritmo sinusal, com FC 68 bpm, sem alterações de relevo. Feito estudo de doenças autoimunes e estudo para hiperaldosteronismo revelando anticoagulante lúpico: positivo, anticardiolipina IgG neg, anticorpos antinucleares e cito-

plasmáticos: neg, Ac. anti-DS-DNA: neg, c-ANCA: Negativo. Cortisol 20,9, aldosterona 120, renina 52,7 Desde o início do internamento, iniciou tratamento com cloreto de potássio e espironolactona com boa resposta. Foi admitido síndrome Gitelman. Os autores fazem uma revisão da literatura sobre a abordagem clínica e diagnóstica da hipocaliemia e da incidência do síndrome de Gitelman.

PO 26

DOENÇA CELÍACA, UMA APRESENTAÇÃO POUÇO FREQUENTE

Mariana Abrahams¹; Andreia Mendes¹; Diana Silva¹; Marcia Ferreira¹
¹USF Gama

A doença celíaca é uma intolerância à ingestão de glúten, contido em cereais como cevada, centeio, trigo e malte, em indivíduos geneticamente predispostos, caracterizada por um processo inflamatório que envolve a mucosa do intestino delgado, levando a atrofia das vilosidades intestinais, má absorção e uma variedade de manifestações clínicas. As manifestações clínicas da doença celíaca podem envolver o trato gastrointestinal, assim como pele, fígado, sistema nervoso, sistema reprodutivo, ossos e sistema endócrino.

Os pacientes apresentam sintomas variados. A forma clássica é caracterizada por sintomas de má absorção de nutrientes pelo intestino (diarreia, falta de apetite, retardo do crescimento, deficiência de vitaminas, ferro, cálcio e ácido fólico). Os autores apresentam o caso de um homem de 61 anos, com quadro de 5 anos de anemia por déficit de folatos, seguido na Hematologia e a fazer reposição com ácido fólico sem resposta.

Consulta por quadro 1 mês de artralhas inespecíficas, cansaço fácil e parestesias em membros inferiores.

Antecedentes de hipertensão arterial, extrassístole frequentes seguido em cardiologia, Osteoporose.

Objetivamente: Vigil, colaborante, normotenso (TA 125/70 mmHg), pele descamativa, com lesões de aspecto psoriático em joelhos. Aspecto emagrecido, eupneico, auscultação cardiopulmonar com tons arrítmicos, sem sopros e/ou extras sons, com uma frequência de 70 bpm, murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. Sem edema periférico. Sem alterações ao exame neurológico.

Dos MCDT realizados destaca-se

- Laboratorialmente: Leucocitos 6,60 ×10⁶/neutrófilos 64,5%, hemoglobina 12,3 g/dl, VGM 90,6 fl, HGM 29,9 pg, CHCM 33,0, plaquetas 336 x10³, VSE 10 mm/h, ureia 41 mg/dL, bilirrubina total 0,2 mg/dL, AST (GOT) 29 U/L, ALT (GPT) 27 U/L, ferro 69 mg/dL, vitamina B12 266,0 pg/mL, transferrina 319 mg/dL, ácido fólico < 1,5 ng/mL, CFF 285 pg/dL, Ac anti células parietais gástricas (APCA), NEGATIVO Ac anti factor intrínseco NEGATIVO, Homocisteína 16,0, áci-

do metilmalónico 11,2, Ac. anti-nucleares e citoplasmáticos
NEGATIVO

- EDA: Ésófago sem lesões da mucosa, o estômago inversão mucosa e fundo sem lesões. Antro: mucosa aspecto atrófico, biopsia, BULBO sem alterações D2 com franco apagamento das pregas

- Biopsia de EDA infiltrado de linfocíticos intra epiteliaes e áreas de ligeira atrofia vilositaria, sugerimos exclusão de doença celíaca.

Inicia medidas alimentares para doença celíaca, e 3 meses apos medidas alimentares, mais suplementação de acido fólico 10 mg dia, o doente aumenta níveis de acido fólico, e aumenta de peso.

De aí a importância de estudar as alterações laboratoriais a profundidade, e utilizar as medidas básicas como ajuste alimentar para melhorar o prognóstico das doenças.

PO 27

NOAC OU AVK? EIS A QUESTÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Inês Cunha¹; Carla Pereira Gomes¹; Joana Carvalho Antunes¹; Elizabeth Pinto¹

¹USF Terras de Azurara

Introdução: A fibrilhação auricular (FA) é uma causa importante de morbimortalidade na população idosa, sendo frequentemente gerida nos Cuidados de Saúde Primários. Segundo a Sociedade Europeia de Cardiologia, para a prevenção do acidente vascular cerebral em doentes com FA, estão recomendados preferencialmente os novos anticoagulantes orais (NOACs) relativamente aos Antagonistas da Vitamina K (AVKs), exceto se contraindicado.

Descrição: Homem, 74 anos, caucasiano, reformado, dependente para a realização das atividades de vida diárias, integra um agregado familiar alargado. Apresenta antecedentes relevantes de FA, insuficiência venosa e retinite pigmentada (com diminuição importante da acuidade visual). Medicado com varfarina 5mg segundo esquema. Dirigiu-se a consulta aberta da sua Unidade de Saúde Familiar (USF), em agosto de 2023, por desconforto torácico e hematoma da região peitoral. Referia dor ligeira na região precordial, sem irradiação, sem fatores de alívio ou agravamento e sem relação com traumatismo ou esforço. Ao exame objetivo, detetou-se volumoso hematoma no hemitórax esquerdo, região esternal e abdominal superior, sem outras alterações, para além da auscultação cardíaca arritmica e edema bilateral dos membros inferiores. Apresentava um valor de INR (international normalized ratio) de 3,1. Decidiu-se enviar o utente ao serviço de Urgência (SU) do hospital de referência para observação e orientação por Medicina Interna. No SU, realizou análises que revelaram INR 4,16, sem outras alterações,

radiografia de tórax sem alterações e eletrocardiograma com FA com resposta ventricular controlada, sem sinais de isquémia. Como plano terapêutico, foi suspensa a varfarina e introduzido o edoxabano 60mg. Veio novamente a consulta na USF, onde foram esclarecidas dúvidas do utente acerca da nova medicação e necessidade de controlo.

Conclusão: Segundo o estudo *Safety of Switching from a Vitamin K Antagonist to a Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant in Frail Older Patients with Atrial Fibrillation: Results of the FRAIL-AF Randomized Controlled Trial*, a mudança de AVK para NOAC não deve ser considerada, sem indicação clara, em idosos frágeis com FA, podendo resultar num aumento das complicações hemorrágicas. Contudo, decidiu-se manter a alteração efetuada dada a significativa dificuldade física do utente para se dirigir a consultas presenciais na USF para controlo de INR e dada a existência de evidência de que, nos idosos diagnosticados com FA não valvular, os NOACs se associam a melhor qualidade de vida.

PO 28

GRÁVIDA COM ANTI-M POSITIVO, E AGORA?

Jeni Vicente¹; Renata Costa¹; Pedro Vasconcelos¹; Mónica Mota¹

¹UCSP S. Pedro do Sul

A doença hemolítica fetal e neonatal resulta da incompatibilidade entre os antigénios dos eritrócitos maternos e fetais. O antigénio D do sistema Rhesus (RhD) é o mais frequentemente envolvido na aloimunização, fundamentando o uso profilático da imunoglobulina em grávidas Rh-. No entanto, outros antigénios não-RhD podem contribuir para a morbimortalidade perinatal.

O sistema MNS consiste em 46 antigénios incluindo antigénios M, N e S. O anticorpo anti-M é primariamente um anticorpo IgM, no entanto, quando produzido sob a forma IgG, pode atravessar a placenta e originar vários graus de hemólise no feto.

Apresentamos o caso de uma mulher de 31 anos, grupo sanguíneo B Rh-, 2 gesta, 2 para. Gestações anteriores de baixo risco que decorreram sem intercorrências.

Atualmente grávida de 6 semanas e 3 dias, acompanhada nos Cuidados de Saúde Primários. Nas análises de 1º trimestre apresentava um resultado positivo no teste de Coombs indireto para anticorpos anti-M, título=2.

Após contacto telefónico com obstetra do serviço de urgência, a utente foi referenciada a consulta de gravidez de alto risco do hospital de referência.

Nessa consulta, decorrido 1 mês, foi aconselhada a uma vigilância mais apertada com realização de ecografias com doppler para medição da velocidade do pico sistólico na artéria cerebral média, a partir das 18 semanas de gestação, para deteção de uma eventual anemia fetal.

Embora a percentagem de casos de doença hemolítica fetal e neonatal por anti-M IgG seja baixa, quando ocorre, pode dar origem a hidropsia fetal ou morte fetal por anemia hemolítica grave. A deteção precoce, bem como o recurso a transfusões intrauterinas ou a eventual plasmaforese podem evitar desfechos adversos, potencialmente fatais. Assim, deve o médico de família estar ciente destas situações, para que possa fazer um diagnóstico atempado e dar a orientação adequada, não desvalorizando o achado de aglutininas irregulares incomuns no teste de Coombs indireto.

PO 29

ESPASTICIDADE NO PÓS-AVC NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS. COMO INTERVIR?

Ana Rita Pereira Almeida Vieira¹; João Capelo¹
¹Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Introdução: O desenvolvimento de espasticidade no pós-AVC apresenta uma prevalência variável (17%-43%) entre estudos, e instala-se nos primeiros dias a semanas, após o evento. O tratamento deve ser orientado pelo impacto na funcionalidade e bem-estar do doente, e não apenas no exame objetivo (ex: perda de amplitude do movimento).

As abordagens terapêuticas concentram-se em estratégias de ação central e/ou periférica, através de tratamentos farmacológicos e/ou físicos. Determinados fatores são identificados como preditores de espasticidade, tais como: presença de hemihipostesia; hemiparésia grave; história prévia de AVC, entre outros.

Objetivos: Alertar para um diagnóstico precoce de espasticidade. Analisar opções de tratamento disponíveis e quando enviar o doente para consulta de Medicina Física e de Reabilitação.

Métodos: Pesquisa de artigos entre novembro a dezembro de 2023 na plataforma PubMed[®] sobre a abordagem e tratamento da espasticidade no pós-AVC. Foram encontrados 147 artigos, através de critérios de exclusão, foram selecionados 10 artigos para análise.

Discussão: O tratamento isolado da espasticidade, irá comprometer a recuperação funcional, uma vez que é necessário integrar outras terapias no programa de reabilitação para alcançar melhorias funcionais significativas.

Atualmente, estão disponíveis as seguintes opções terapêuticas: tratamentos farmacológicos orais, com destaque para baclofeno, tizanidina e diazepam; bomba de baclofeno intratecal; toxina botulínica; neurólise; neuroestimulação elétrica transcutânea e intervenção cirúrgica (esta última, em casos de encurtamento muscular ou tendinoso, por manutenção prolongada da espasticidade).

Conclusão: Os preditores de espasticidade, apresentam limitações na: previsão da instalação de espasticidade no

pós-AVC; gravidade e distribuição regional da espasticidade e no prognóstico terapêutico.

Nestes casos, um dos tratamentos mais utilizados é a toxina botulínica, pois tem aplicação e efeito local, com bom perfil de segurança. Estudos demonstraram que a toxina botulínica tem maior eficácia e segurança, quando comparada com a neurólise.

Apesar da escassez de estudos comparativos sobre a eficácia dos diferentes tratamentos, evidencia-se que o tratamento ideal da espasticidade engloba um conjunto integrado e coordenado de terapêuticas, envolvendo intervenções farmacológicas, físicas e/ou cirúrgicas, aliadas a um programa de reabilitação.

PO 30

CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA DOS DOENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO II

Oleksandra Umanets¹; Margarida Moreira Pinto²; Catarina Pinheiro Rombert Pinhão³; Cátia Sofia da Silva Brito¹; Diana Maria Ameixa Palma³; Diva Daniela Patrício Oliveira⁴; Jéssica Cristina Fonseca⁴; João Castro Alves³; Luísa Margarida Pereira Lopes Rodrigues³; Paulo André da Costa Lucas⁵; Rafael Henriques da Silva Dinis³
¹USF Arandis; ²UCSP Torres Vedras; ³USF Andreas; ⁴USF São Sebastião; ⁵USF Ouriceira

Introdução: O médico de família tem um papel essencial na avaliação e caracterização da atividade física dos seus utentes, atendendo aos seus benefícios nas diversas patologias, nomeadamente no controlo metabólico da Diabetes Mellitus (DM) e das suas complicações. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é recomendada a prática semanal de 150 a 300 minutos de exercício aeróbico de intensidade moderada, ou 75 minutos de atividade aeróbica de alta intensidade.

Objetivo: Caracterizar a atividade física dos utentes com diagnóstico de DM tipo II em diversas Unidades de um ACeS da ARSLVT, com intuito de verificar a realidade dos hábitos de exercício e compará-la com as recomendações elaboradas pela OMS.

Metodologia: Foi realizado um estudo transversal, descritivo e observacional. A população deste estudo é composta pelos utentes com diagnóstico de diabetes mellitus não insulino-dependentes, entre os 18 e os 64 anos de idade, que frequentaram as consultas de DM de quatro Unidades de Saúde Familiar e uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do ACeS Oeste Sul, no período compreendido entre 1 de julho a 31 de agosto de 2023, inclusive. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário com as questões incluídas na secção da caracterização da atividade física na ficha individual de cada utente no programa SClínico[®], para

além dos dados relativos à idade, sexo e IMC.

Resultados: A amostra foi de 178 utentes, sendo a maioria do sexo masculino (60%), com idades entre os 21-64 anos e uma média de 57 anos. O valor médio de IMC foi de 30,2 kg/m². Verificou-se que 72% dos utentes realizam menos de 150 minutos de exercício aeróbico de intensidade moderada/intensa, e que 46% do total dos utentes não praticam qualquer tipo de exercício. O número de horas por dia em sedentarismo foi em média 5 horas. A média da duração de cada período de exercício foi de 31,5 minutos.

Discussão: Neste estudo verificou-se que a maioria dos utentes não cumprem as recomendações da OMS. Contudo, a média da duração do exercício aeróbico praticada é acima de 10 minutos, conforme as recomendações, não se podendo excluir viés de resposta. Face aos resultados encontrados, identificou-se a necessidade de uma intervenção neste ACeS em relação à prática de exercício físico em utentes com DM. Este estudo pode ser um ponto de partida para outros estudos de investigação noutros ACeS, de forma a melhorar os cuidados prestados nesta população.

PO 31

UTENTES SEM MÉDICO DE FAMÍLIA – UMA TRISTE REALIDADE

Helena Manso¹; Luisa Alfonso²

¹UCSP Brandoa; ²USF Venda Nova

Introdução: Existe uma iniquidade no acesso aos cuidados de saúde por parte de utentes sem médico de família atribuído. O facto de terem consultas de uma forma oportunística e não organizada, com diferentes profissionais, ao longo do tempo, impossibilita a criação de uma relação médico-paciente coesa e saudável. Isto tem um impacto negativo no diagnóstico de novos problemas de saúde e na gestão de problemas crónicos.

O programa de formação especializada em Medicina Geral e Familiar (MGF), ao contemplar a realização de um estágio de um mês numa unidade diferente da unidade de colocação, torna possível o contacto com essa realidade, sobretudo no caso de internos de unidades de saúde familiares (USF).

Descrição: Descreve-se o caso de um utente de 60 anos, unido de facto, sem médico de família atribuído, que recorreu a uma consulta programada na UCSP Brandoa (ACES Amadora) para mostrar exames, nomeadamente análises e uma ecografia abdominal. Foi consultado por um médico interno de MGF que se encontrava a realizar um estágio fora da sua unidade de colocação.

Analicamente, este doente tinha um aumento marcado das transaminases (ALT/TGP = 445U/L e AST/TGO = 239 U/L) e da GAMA-GT (275 U/L), que já existia em análises realizadas no ano anterior, mas que não tinha sido investigado. Na eco-

grafia abdominal, o fígado apresentava alterações compatíveis com esteatose e 4 formações quísticas.

Quando questionado revelou um consumo de cerca de 110g de álcool por dia, tendo sido recomendada abstenção alcoólica e pedida uma avaliação analítica mais completa. Foi ainda solicitada uma consulta hospitalar de gastroenterologia.

Já depois de concluído o estágio, o médico foi contactado pela unidade de Saúde Pública (SP) no seguimento da detecção de anticorpos para o vírus da hepatite C neste doente, a fim de proceder à notificação em SINAVE.

Após o diagnóstico de hepatite C foi convocado para uma nova consulta a ser realizada por outro médico interno de MGF. Das possíveis formas de transmissão desta doença, o utente negou o consumo de drogas injectáveis, mas revelou que tinha feito uma tatuagem de “forma artesanal” na adolescência (desconhecia se as agulhas teriam sido utilizadas por mais pessoas) e tinha tido comportamentos sexuais de risco no passado.

Conclusão: Este caso clínico mostra a importância da MGF no acompanhamento global e em continuidade das pessoas, e a importância da MGF e da SP na quebra da transmissão de doenças infecciosas. Os utentes sem médico de família não beneficiam de um acompanhamento regular, mas este caso demonstre de que forma é que o contacto entre diferentes profissionais pode ajudar nestas situações.

PO 32

“DRA, TENHO UMA COBRA NA GARGANTA”

Oleksandra Umanets¹; Cátia Brito¹; Duarte Santos¹; Cristina Carvalho¹; Gilda Ferreira¹; Tânia Leandro¹

¹USF Arandis

Introdução: O diagnóstico diferencial entre os pólipos fibrovasculares e os divertículos de Zenker é extremamente difícil. Os pólipos fibrovasculares do esófago são benignos e raros com curso geralmente indolente. Os divertículos de Zenker consistem em exteriorização posterior da mucosa e submucosa através do músculo cricofaríngeo. Os sintomas mais comuns de ambos são a disfagia, vômitos, perda de peso e por vezes obstrução da via aérea.

Descrição: Homem de 53 anos, caucasiano, sem antecedentes. Recorre em fevereiro/23 ao serviço de urgência por sensação de sufocamento por massa vinda da hipofaringe, com recuperação espontânea, tendo abandonado a urgência. Recorre a sua Médica de Família, dizendo que “tinha uma cobra que vinha da garganta”, que prolapsa para a cavidade oral com reflexo da tosse, acompanhada de dispneia súbita. Solicitou-se EDA: “aparente início na orofaringe observa-se massa pediculada, com mais de 20cm, com ulceração na extremidade distal que prolapsa para o interior do esófago, duro ao toque da pinça”. Enviado a uma consulta urgente

de Otorrinolaringologia - O utente encontrava-se eupneico, eufónico, eufágico. Na nasofibrosopia: hipofaringe com prolapso em forma de cordão em toda a parede posterior que com tosse culmina no prolapso à cavidade de massa digitiforme, consistência fibrosa, de 8 cm x 3 cm. Cirurgia realizada a 29/03/2023, abordagem combinada de esofagoscopia e cervicotomia com hipofaringotomia e exérese de lesão pediculada com mais de 15cm, que foi enviada para anatomia patológica. Ao 6 dia de internamento realizou Rx trânsito esofágico: “presença de clips cirúrgicos. Ligeiro aumento do espaço pré-vertebral nos níveis C4-C6, que relacionamos com estado pós-cirúrgico.” Tolerou dieta, tendo tido alta ao fim de 7 dias. O resultado da anatomia patológica revelou divertículo de Zenker. Devido a dúvidas quanto ao diagnóstico correto foi solicitada uma nova revisão da peça.

Conclusão: A especialidade de Medicina Geral e Familiar é bastante abrangente, sendo assim de elevada complexidade. Por vezes, irão surgir diagnósticos raros em que é importante que os Médicos de Família tenham um alto grau de suspeição e agilidade no pedido de meios complementares de diagnóstico. Apesar do resultado da anatomia patológica, pensa-se que clinicamente fazia mais sentido se tratar de um pólipio fibrovascular. A intervenção do médico de família neste caso foi fulcral para um rápido diagnóstico e prontidão no encaminhamento do utente.

PO 33

TUBERCULOSE OCULTA

Amélia R. Gaspar¹; Filipe Santos Leal¹; Cristina Costa Silva¹; João Arcaño¹; Clárisse Calça Coelho¹

¹USF Mondego

Enquadramento: A tuberculose (TB) é a infeção com maior taxa de mortalidade no mundo, com uma prevalência estimada de TB latente de cerca de 25%. Atinge sobretudo o pulmão, mas pode afetar vários outros órgãos ou sistemas, podendo ter uma apresentação muito variada, o que torna o seu diagnóstico desafiante.

Descrição do caso: Senhora de 66 anos. Antecedentes: Diabetes tipo 2 (DM), dislipidemia, ansiedade. Medicação: atorvastatina 40mg, ezetimiba 10mg, metformina 850mg 2id; trazodona 100mg; sertralina 50mg. Peso 61kg, IMC 23.2 kg/m².

Objetivada perda ponderal de 7kg em consulta de vigilância de DM (11% em 4 meses), correlacionada com quadro de ansiedade por problemas familiares, com anorexia e diminuição da ingesta. Otimizada terapêutica: aumentada sertralina para 100mg e pedidas análises (hemograma completo, função renal, hepática e tiroideia, ionograma, IgA e Ac anti-transglutaminase, parâmetros de fase aguda, vitaminas B9 e B12, HIV e PSOF). Por PSOF positivo, pediu-se colonoscopia:

“pólipio com 3mm no sigmóide”.

Nos 2-3 meses seguintes, houve melhoria da ansiedade e das questões familiares, com aumento do aporte alimentar (feito diário alimentar, corroborado pelo marido), mas mantendo perda ponderal (4kg). Feita revisão dos exames realizados nos 7 meses anteriores: ecografia abdominal, TC crânio e mamografia normais. Pedidas endoscopia e radiografia de tórax, cujos resultados não revelaram alterações. Nos 3 meses seguintes, perdeu 3kg, e foi pedida consulta de medicina interna.

Na consulta de medicina interna, foi pedido estudo hormonal e auto-imune, peptídeo C, serologias, proteinograma, TC craniotoracoabdominopélvica, cujos resultados revelaram quantiferão positivo. Pedidas broncofibrosopia com lavado bronco-alveolar, hemoculturas, urocultura e cultura de fezes para bacilo de koch, com resultados negativos.

Foi enviada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico para tratamento de tuberculose latente.

Veio após 5 meses a consulta de DM, tendo já recuperado 7kg.

Discussão: A TB pode apresentar-se de forma variada e inespecífica, dificultando o seu diagnóstico. Apesar de a vacinação ter diminuído muito a sua incidência em Portugal, a TB continua a persistir, e com o aumento da imigração de pessoas de países com elevada incidência, é importante que haja uma maior sensibilização a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) para a suspeita desta doença. De realçar que, a nível dos CSP, os exames que permitem o rastreio da TB não são comparticipados, limitando o seu diagnóstico.

PO 34

AMILOIDOSE CARDÍACA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Renato Nogueira Fernandes¹; Teresa Monteiro Camurça¹

¹USF Viseu-Cidade

Introdução: A amiloidose é causada pela deposição de proteína amilóide em vários órgãos, nomeadamente o coração. A amiloidose cardíaca embora seja uma forma rara de cardiomiopatia, é considerada a forma restritiva mais frequente no mundo Ocidental. Existem dois principais tipos: a de cadeias leves (AL) e a hereditária ou wild (ATTR). Em Portugal, a amiloidose ATTR é considerada uma doença endémica subdiagnosticada.

Relato de caso: Homem, 80 anos, acompanhado no seu médico assistente, por quadro de insuficiência cardíaca em estudo. Antecedentes patológicos de relevo hipertensão arterial, dislipidemia, asma, medicado com olmesartan, sinvastatina e ácido acetilsalicílico. Periodicamente realizava eletrocardiograma e ecocardiograma, os quais demonstraram, respetivamente, alterações na condução cardíaca e dilatação auricular moderada, com função sistólica prejudicada (FEVE

de 41%), associada a hipertrofia septal assimétrica. Para estudo etiológico realizou uma cintigrafia miocárdica de perfusão com stress farmacológico e de repouso que negaram aparentes sinais de isquémica. Analiticamente apresentava eletroforese de proteínas e imunofixação sérica e urinária normais. Neste sentido, foi pedida uma cintigrafia óssea que mostrou um aumento difuso da atividade do radiofármaco a nível miocárdio, com provável doença cardíaca infiltrativa. Critérios diagnósticos compatíveis com amiloidose cardíaca ATTR, tendo o doente sido referenciado para consulta de cardiologia do hospital de referência, onde foi proposto tratamento com Tafamidis. Posteriormente detetou-se proteinúria e elevação da creatinina sérica, com ecografia renal sem alterações dimensionais nem morfológicas, tendo sido referenciado a consulta de nefrologia, por suspeita de síndrome cardiorenal tipo 2.

Discussão/Conclusão: Perante a suspeita clínica, apoiada com estudos condizentes, o diagnóstico de amiloidose cardíaca ATTR é confirmado perante a negatividade de proteínas monoclonais e captação positiva na cintigrafia óssea. O diagnóstico geralmente é tardio, uma vez que se trata de uma patologia em que as manifestações são pouco específicas. É de extrema importância o diagnóstico precoce e a referência adequada às especialidades, de modo a evitar complicações e retardar a progressão de doença, com afeção de novos órgãos, como os rins ou o sistema nervoso periférico. Cabe ao médico de família o seguimento regular dos seus doentes, agindo muitas vezes como um agente promotor de gestão de saúde.

PO 36

COVID-19 E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: CAUSA OU COINCIDÊNCIA?

Cristina C. Silva¹; José Eduardo Mendes¹; Amélia Gaspar¹; Filipe Leal¹; Clarisse Coelho¹

¹USF Mondego (ACES Baixo Mondego)

Introdução: Diversos estudos têm demonstrado uma relação entre a infeção por COVID-19 e sequelas cardiovasculares (CV). Estas alterações nem sempre se manifestam na fase aguda da doença, mas como uma complicação a posteriori. Pode existir dano cardíaco mesmo em pessoas com formas leves a moderadas da doença, que não estiveram hospitalizadas e sem comorbilidades relevantes. Uma lista de problemas atualizada e de fácil acesso nos registos clínicos do médico de família pode aumentar o grau de suspeição nestes casos.

Descrição: Mulher, 37 anos, raça caucasiana, assistente comercial, fumadora (20 UMA). Antecedentes pessoais: litíase renal, displasia fibrosa da mandíbula, líquen escleroso vulvar e COVID-19 em 2021. Antecedentes familiares: pai trans-

plantado renal, com cardiopatia isquémica e insuficiência cardíaca (IC), fibrilhação auricular e diabetes mellitus. Recorreu à consulta com o médico assistente, no início de 2022, por valores de tensão arterial em ambulatório elevados bem como no consultório compatíveis com hipertensão arterial (HTA), tendo sido medicada com perindopril + indapamida, 5 mg + 1.25 mg e aconselhada cessação tabágica. No estudo de HTA secundária, o ecocardiograma revelou depressão grave da função sistólica global (FEVE 32%). O restante estudo não mostrou alterações de relevo. A doente negava sintomas compatíveis com IC, referindo apenas cansaço ligeiro, sem impacto funcional e que atribuía ao stress laboral. Foi medicada com dapagliflozina, 10 mg e encaminhada para consulta de Cardiologia, onde iniciou sacubitril/valsartan, carvedilol e espirolactona, com titulação progressiva. Realizou RMN cardíaca e estudo genético, sem alterações. Aguarda Angio-TC coronária, permanecendo em cima da mesa a hipótese de secura pós-COVID-19 na investigação etiológica.

Conclusão: Na origem da IC podem estar diversas causas, nomeadamente doença isquémica, HTA, doença valvular, miocardite, etc. É uma doença que não é comum em idades mais jovens, o que nos deve deixar alerta. Apesar de existirem fatores de risco pessoais, como o tabagismo, e a história familiar de doença CV, não devemos excluir hipóteses menos óbvias, nomeadamente o passado recente de COVID-19 nesta doente. A incerteza do impacto da COVID-19 a longo prazo deve levar-nos a ponderar manter esta doença na lista de problemas ativos e a considerá-la como causa para esta e outras situações clínicas.

PO 37

OS AGLP-1 NA PERDA DE PESO – UM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Renato Nogueira Fernandes¹; Ana Rita M. Marques¹;

Diogo Silva Lobo²; M. Inês Cunha³

¹USF Viseu-Cidade; ²USF Alves Martins; ³USF Terras de Azurara

Introdução: A obesidade é uma problemática crescente em Portugal, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários, já que a sua prevalência se associa a elevada morbimortalidade e, consequentemente, a elevados gastos em saúde. Os agonistas do recetor GLP-1 (aGLP1) são uma arma farmacológica com ação anti-hiperglicémica, na diminuição do apetite e no atraso da absorção dos hidratos de carbono. São considerados fármacos antidiabéticos, usados como terapêutica injetável de primeira linha. Em Portugal, atualmente os únicos comercializados são os de longa ação: Liraglutide, semaglutide, dulaglutide e exenatide.

Objetivos: Analisar a eficácia dos diversos aGLP-1 na redução de peso, considerando variáveis individuais. Comparar

essa eficácia dentro da mesma classe, além de realizar comparações com outros estudos científicos.

Material e métodos: Será realizado um estudo coorte retrospectivo, com caracterização dos utentes de três unidades de saúde de Viseu, que durante o ano de 2022 tenham tido uma prescrição de aGLP-1. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro. Analisar-se-ão as variáveis: antropometria (índice de massa corporal (IMC) e perímetro abdominal) e tensão arterial em três períodos diferentes de consulta: na introdução do fármaco, numa primeira consulta (3 a 6 meses após) e numa segunda consulta (12 a 18 meses após). Para avaliar a perda de peso serão aplicados cálculos de variação do peso, do perímetro abdominal e do IMC (será calculado através da fórmula altura/peso²). Serão ainda registadas as comorbilidades – Diabetes mellitus e hipertensão arterial, bem como o uso de outros antidiabéticos orais ou insulina. A análise descritiva e o estudo estatístico inferencial será realizado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29.0.0.0.

Resultados e conclusão: Tem-se verificado um crescente uso da classe aGLP-1, muito graças às novas indicações e impacto positivo nos doentes obesos. Este estudo vem complementar informação científica e materializar resultados da prática clínica.

PO 38

LESÕES CUTÂNEAS. QUE DIAGNÓSTICO?

Jéssica Ferreira Santos¹; Maria Goreti Ferreira Oliveira Alves¹; Ana Isabel Morgado de Carvalho¹; Liliana da Conceição Almeida Ferreira¹
¹ACES Espinho-Gaia

Introdução: Podendo ser as lesões cutâneas a primeira ou mesmo a única manifestação clínica de diversas patologias, compete ao médico de família estar atento para um diagnóstico precoce, com uma intervenção atempada e adequada, de forma a evitar agravamento da doença subjacente.

Descrição: A.S.O, 68 anos, antecedentes de uso de drogas intravenosas no passado, consumo de canabinóides, hábitos etílicos moderados, fumador. Vigilância em consulta de hepatologia por hepatite C crónica, fez tratamento com peguinton+ribavirina de 02/2008 a 07/2008, com carga viral indetetada no final do tratamento. Teve recidiva após 1 ano, com elevação das transaminases e ecografia abdominal com “hepatopatia crónica”; foi assumida provável cirrose hepática por VHC e alcoólica. Tem várias faltas a consultas nos anos seguintes e em 2016 volta à consulta, tendo sido proposto para tratamento com Peg.IFN-2^a+sofosbuvir+ribavirina. À 6^a semana de tratamento, por surgimento de rash cutâneo pruriginoso generalizado, foi medicado com deflazacorte e ebastina na urgência e suspendeu ribavirina. Na consulta de

Hepatologia seguinte mantinha as lesões cutâneas e foi proposto pela Dermatologia alterar para prednisolona, tendo sido interpretado o rash como toxicodermia aos novos fármacos introduzidos – Síndrome de Dress. Numa nova observação por Dermatologia observaram-se “placas eritemato-desquamativas, escoriações e liquenificação dos antebraços”, pelo que manteve corticoterapia e tratamento antivírico para VHC. Efetuou desmame do corticóide quando acabou o tratamento antivírico, com melhoria do exantema e das transaminases. A 10/2023 surge um exantema generalizado, tendo sido medicado com prednisolona com melhoria significativa das lesões. Foram pedidas novas análises, aguardam-se os resultados, terá consulta a 02/2024.

Conclusão: Tendo em conta que as queixas de distúrbios de pele são muito frequentes é importante na realização da história clínica estar ciente de uma ampla gama de condições sistêmicas que podem manifestar-se como condições dermatológicas.

PO 39

EM BUSCA DO MOTIVO ESCONDIDO

Carolina Duarte Nobre¹; Rita Viola¹; Conceição Maia¹
¹USF Briosa, Coimbra

Introdução: O modelo clínico centrado no doente (MCCD) é um orientador da consulta em Medicina Geral e Familiar (MGF), e pressupõe uma integração entre exame subjetivo e objetivo, com capacidade de escuta ativa e empatia.

Descrição: Mulher de 44 anos, sem antecedentes patológicos relevantes e sem medicação habitual. Vem à consulta com queixas de tensão arterial (TA) elevada (reporta valores entre os 154 e os 183mmHg) nas últimas semanas. Refere também cefaleia do tipo tensão e sensação de aperto torácico. Dois dias antes tinha recorrido ao serviço de urgência hospitalar por dois episódios de síncope, um no domicílio e outro no local de trabalho, também associados a episódios de TA elevada. Sem alterações ao exame objetivo, além da TA discretamente elevada (154/84mmHg). Análises sanguíneas e eletrocardiograma sem alterações. Teve alta para estudo no médico de família, com sugestão de ecocardiograma, holter e ecodoppler carotídeo, e é neste contexto que recorre à consulta na USF. Ainda na anamnese, quando questionada sobre a existência de mais algum assunto além dos enumerados, particularmente acerca de alterações de vida recentes, desaba em choro e revela que iniciou um novo emprego onde tem sido vítima de assédio sexual e moral por parte do seu superior hierárquico. Isto tem influenciado o seu padrão de sono e condicionado uma ansiedade marcada ao longo do dia, muitas vezes com palpitações associadas. Quando questionada, considera haver relação temporal entre o aparecimento dos sinais e sintomas que reporta com o início

dos problemas laborais. Foi medicada com diazepam 5mg 2id, emitido certificado de incapacidade temporária (CIT) e agendada consulta de reavaliação após uma semana. Nessa consulta entrega resultados de ecocardiograma e holter, sem alterações relevantes. Refere valores de TA normalizados desde a introdução da medicação e alívios dos restantes sintomas. Foi ajustada a terapêutica e renovado o CIT por 30 dias, ficando com consulta de reavaliação no final desse período.

Conclusão: Perante este caso, era sem dúvida fundamental excluir patologia orgânica. Não obstante, o objetivo deste caso clínico é destacar a importância fulcral da relação médico-doente numa correta anamnese, e consequentemente em toda a abordagem ao doente. Poderia ter passado despercebido este distúrbio de ansiedade relacionado com a situação laboral, não fosse a capacidade do médico de família para uma verdadeira abordagem biopsicossocial através do MCCD.

PO 41

THE (UN)USUAL SUSPECT

Alexandra Rocha Campos¹; Maria Gomes¹; José Campelos¹; Marco Alves¹

¹USF Valflores

A depressão afecta cerca de 280 milhões de pessoas mundialmente. Apesar das terapêuticas disponíveis, o estigma social ainda constitui uma das principais barreiras no tratamento desta patologia. Os antidepressivos são das classes de fármacos mais prescritos nos CSP, pelo que é fundamental conhecer os seus perfis individuais, interações medicamentosas e efeitos adversos. O médico de família (MF) desempenha um papel crucial na prevenção e promoção da saúde mental, o que torna pertinente a divulgação deste caso.

Homem de 57 anos, professor. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, sem medicação habitual. Fumador de 28 UMA. Recorre ao MF por anedonia, adinamia, anorexia, tristeza e irritabilidade desde há mais de seis meses. Não tem ido trabalhar, diz que só veio porque o filho o obrigou e recusa ser medicado. Refere que “a vida não vale a pena, não ando aqui a fazer nada”(sic), situação que associa a conflitos familiares constantes. À observação com humor deprimido, diminuição do débito do discurso, falhas na memória recente, labilidade emocional e ideação suicida. Sem crítica para a situação clínica ou necessidade de tratamento. Após explicação dos benefícios e esclarecimento de dúvidas, aceita iniciar terapêutica antidepressiva com Sertralina. Passado um mês volta à consulta referindo alguma melhoria da sintomatologia depressiva, contudo com queixas de noctúria e poliaquiúria. Nega febre, disúria ou hematuria. O estudo analítico revelou dislipidemia, sem outros achados de relevo.

Toque rectal, Ecografia prostática e Urocultura sem alterações. Na sequência, foi alterada a terapêutica para Venlafaxina. Atualmente a aguardar consulta de reavaliação em Fevereiro de 2024.

Na presença de sintomas do tracto urinário inferior num homem com idade superior a 50 anos, devemos suspeitar de hiperplasia benigna da próstata (HBP), uma patologia bastante comum nesta faixa etária. No entanto, o valor de PSA e os achados da ecografia prostática não são congruentes com esta hipótese. Adicionalmente, não se verificam outros sintomas sugestivos, como retenção urinária, urgência miccional ou diminuição da força do jacto, além da ausência de historial familiar de HBP. Ainda que pouco frequente, a Sertralina pode causar queixas urinárias, assim como outros fármacos da classe dos SSRIs, pelo que se deve considerar a hipótese de reacção adversa quando existe a introdução recente de um fármaco. Os efeitos indesejáveis mais frequentes incluem náuseas, cefaleias, tonturas e insónia, sendo geralmente transitórios. Em suma, a perturbação depressiva acarreta um impacto significativo na vida diária e os efeitos adversos são um motivo comum de abandono da terapêutica. Este caso destaca não só o estigma perante a doença mental, ainda bastante presente na população portuguesa, como a importância de uma relação terapêutica com o MF que permita um acompanhamento próximo e eventual reconciliação terapêutica.

PO 42

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NO SONO DAS CRIANÇAS

Oleksandra Umanets¹; Cátia Brito¹; Duarte Santos¹; João Serra Martins²; Cristina Carvalho¹; Gilda Ferreira¹; Tânia Leandro¹

¹USF Arandis; ²USF Âncora

Introdução: O sono tem uma elevada importância para a manutenção da saúde e em situações de recuperação da doença. A sua privação afeta todos os sistemas de órgãos do ser humano, desde a capacidade de raciocínio, interação social e capacidade de trabalho, à regeneração celular e função imunitária. Assim sendo, podemos concluir que o sono apresenta um papel preponderante no nosso organismo e na manutenção da saúde e bem-estar.

Objetivos: Com esta revisão pretendemos perceber qual a importância do sono no desenvolvimento infantil e o papel do médico de família.

Material e métodos: Pesquisa de artigos desde 2000 a 2020 nas línguas portuguesas, inglês e espanhol na base de dados indexada. Selecionados de acordo com pertinência do resumo. As palavras chave foram: *infant sleep, sleep assessment, sleep disorders, primary health care, sleep disordersm,*

sleep strategies for children, family doctor.

Resultados e conclusões: Dada a dificuldade em se realizarem estudos em idades precoces, fundamentalmente por questões éticas, a maior parte dos estudos nesta faixa etária são observacionais. As intervenções comportamentais para os problemas do sono em idade pediátrica (como são exemplo disso a extinção gradual, a educação dos pais, e as rotinas positivas na hora de dormir), especialmente em crianças pequenas, mostraram produzir melhorias clinicamente significativa. Isso é particularmente importante dada a relativa falta de dados sobre o uso de intervenções farmacológicas. Os distúrbios do sono em idade pediátrica são frequentes e, ao contrário do que geralmente ocorre na idade adulta, eles irão afetar não só o desenvolvimento da própria criança, mas também a orgânica de toda a família.

Os médicos de família podem dessa forma ser uma peça determinante para a melhoria da qualidade de saúde das famílias e cuidadores, uma vez que geralmente são o primeiro contacto médico dentro do sistema de saúde. O sono desempenha um papel fundamental nas mais diversas áreas: neurodesenvolvimento, comportamento, crescimento e desempenho das crianças. Como tal, torna-se imperioso que o médico de família esteja sensível a este tema já que tem uma posição privilegiada para ajudar as famílias dada a sua proximidade e conhecimento do contexto das mesmas.

Na consulta de Medicina Geral e Familiar é imperioso investigar quais os rotinas e rituais de sono das crianças para se garantir o seu adequado descanso. Apresentando-se assim o sono como um dos temas centrais nas consultas de saúde infantil.

PO 43

A IMPORTÂNCIA DO REGISTO DE ALERGIAS NO PROCESSO CLÍNICO DOS UTENTES – MELHORIA DA QUALIDADE

Oleksandra Umanets¹; Cátia Brito¹; Duarte Santos¹; Cristina Carvalho¹; Gilda Ferreira¹; Tânia Leandro¹

¹USF Arandis

Introdução: As alergias ou reações adversas são eventos indesejáveis que ocorrem após contacto com um estímulo definido. Podem traduzir-se em quadros clínicos de gravidade variável, podendo constituir emergências médicas. A sua identificação revela-se particularmente importante nos cuidados de saúde, pois permite a antecipação de eventos adversos fatais, tornando a prestação de cuidados mais segura.

Objetivos: Garantir o registo no aplicativo do SClinico, da presença ou ausência de alergias e outras reações adversas em todos os utentes que tiveram contacto com a USF, garantindo assim a qualidade dos cuidados de saúde e consequente segurança do utente.

Métodos: A colheita de dados foi realizada entre 29 de maio e 2 de junho de 2023. A população consistiu na totalidade dos utentes que recorreram à consulta médica ou de enfermagem no período avaliado. Recorreu-se aos registos em SClinico analisados com o programa informático Excel, tendo sido selecionada uma amostra aleatória simples através do Excel. Foi efetuada uma sessão de intervenção clínica na USF para apresentação dos resultados, discussão de procedimentos e proposta de melhoria. Para além disto foram colocados cartazes para os utentes nas salas de espera. Em 6 meses foi realizada uma reavaliação com os mesmos critérios.

Resultados: Na primeira amostra foram analisados 20 processos por equipa de família, num total de 180 em 1272 ilegíveis. Destes, 94,4 % tinham o registo de alergias efetuado e em 96,5% foi feito pelos médicos de família. Dos que foram avaliados 12,7% apresentavam algum tipo de alergia ou reação adversa. Numa segunda avaliação constatamos 97,3 % de registos de alergias, continuando em 95,2% a ser realizado pelos médicos de família.

Discussão: Observou-se, portanto, uma equipa mais sensibilizada e que demonstra preocupação no registo de alergias no processo clínico do utente mas é desejável que tal aconteça em 100%, assim é essencial dar continuidade ao ciclo da melhoria contínua da qualidade do registo de alergias e outras reações adversas. Relativamente ao profissional que realizou o registo, na amostra constata-se que a maioria foi efetuada pela equipa médica, recordando-se que os enfermeiros também devem estar mais atentos. Sugere-se também a sensibilização dos utentes para a importância de abordar esta temática com os profissionais de saúde.

PO 44

TRICOMONÍASE, UM EXEMPLO DA ABORDAGEM HOLÍSTICA DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Ana Isabel Vasques¹; Mariana Caboz¹; Rosália Oliveira¹; Rui Ferraz¹

¹ULS Guarda - UCSP Guarda

Introdução: A tricomoníase é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comuns e é causada pelo parasita *Trichomonas vaginalis*. As mulheres podem ser infetadas após relações sexuais com homens ou mulheres, enquanto os homens geralmente só transmitem a mulheres. Quando não tratada, há aumento de complicações como a doença inflamatória pélvica, infertilidade, aumento do risco de contágio e/ou transmissão VIH, de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aumento do risco de neoplasia do colo do útero.

Descrição do caso: Mulher, 22 anos, recorre à consulta, pela primeira vez, após mudança de local de residência, por corrimento vaginal esverdeado, associado a prurido vaginal, que agrava com menstruação, recorrente, com um ano de

evolução. No ano anterior fez colheita de exsudado vaginal que revelou *Trichomonas vaginalis* e foi medicada com metronidazol 2g toma única. Nessa altura, foi aconselhado tratamento da parceira sexual. No entanto, o médico de família (MF) da parceira não concordou e não foi prescrito o tratamento adequado. No mês anterior, por persistência do quadro, a utente recorreu ao serviço de urgência e foi medicada com metronidazol 500mg óvulos, fluconazol 150mg toma única, benzidamina e clindamicina 20mg/g. Na consulta no centro de saúde, refere melhoria transitória inicial, mas novo retorno dos sintomas. Ao exame ginecológico apresenta eritema vulvar e vaginal, corrimento vaginal esverdeado e odor fétido; sem dor à palpação bimanual. Foi pedido estudo complementar de outras DST, que foi negativo. Assumida tricomoníase complicada, foi medicada com amoxicilina 1000mg 1cp 12/12h durante 8 dias e, em seguida, metronidazol 2g id durante 5 dias. A equipa de família reforçou a importância do tratamento da parceira sexual, que acabou por realizar, e abstinência sexual até o término do tratamento e resolução dos sintomas. Atualmente, sem recorrência do quadro.

Conclusão: Na presença de um caso de tricomoníase persistente, o MF deve avaliar a não adesão à terapêutica, reinfecção pelo parceiro sexual ou resistência à medicação. Neste caso, a parceira sexual da utente não realizou tratamento pelo que se manteve como fonte de re-infecção. Realça-se a importância do acompanhamento adequado pela equipa de família, de forma a intensificar a necessidade do tratamento de ambas e promover a resolução do quadro

PO 45

A GENÉTICA POR DETRÁS DA COXALGIA

Ana Isabel Vasques¹; Mariana Caboz²; Rosália Oliveira¹; Rui Ferraz¹
¹ULS Guarda - UCSP Guarda

Introdução: A drepanocitose (DR) deve-se a uma mutação na cadeia β da hemoglobina (Hb) que se traduz na formação de HbS. As manifestações clínicas podem ser várias, agudas ou crónicas, afetando os diferentes sistemas. Numa perspetiva histórica, verificou-se que os indivíduos com DR não progrediam para formas mais graves da malária, pelo que se estima que a prevalência desta patologia seja entre 20-40% em algumas tribos africanas. Em Portugal (PT), não há estudos de prevalência mas há um registo de 2011 onde apenas 590 doentes estavam a ser seguidos nas unidades hospitalares.

Descrição do caso: Homem de 47 anos, natural de Angola, residente em PT há 3 meses, recorre à consulta por coxalgia bilateral, mais intensa à direita, sem irradiação, intensidade 7/10, com vários anos de evolução, mas noção de agravamento nos últimos 2 anos. Agravava em ortostatismo prolongado e aliviava com anti-inflamatórios. Nega antecedentes

personais e medicação habitual. Relativamente aos antecedentes familiares, refere sobrinha-neta e 3 sobrinhos, por parte do pai, com “doença do sangue” (sic). Ao exame físico, apirético, bom estado geral, marcha com apoio de canadianas e dor à mobilização das ancas. Foi pedido estudo analítico que revelou Hb 9,7mg/dL; eritrocitos 2970 10E6/mm³ – eritoblastos, drepanócitos; policromatofilia; plaquetas 275 10E6/mm³; VGM 93,6fL; HGM 32,7pg; CHGM 34,9g/dL; bilirrubina direta 0.46mg/dL; bilirrubina total 5.93mg/dL; eletroforese de Hb: HbA 0%, HbA2 2.8%, HbF 10.8%, HbS 86.4% - traçado eletroforético compatível com homozigotia SS. A radiografia da bacia mostrou “protusão acetabular bilateral, com coxartrose, traduzida por diminuição dos espaços interarticulares, esclerose subcondral, deformação dos colos femorais e osteofitose acetabular e dos colos femorais. Aspeto mosqueado de ambos os iliacos, coxofemorais e coluna”. Estabelecido o diagnóstico de drepanocitose SS, o doente foi referenciado para as consultas de hematologia e de ortopedia. Atualmente medicado com hidroxiureia, estável clinicamente, e aguarda artroplastia total da anca por necrose avascular das cabeças dos fémures.

Conclusão: A DR passou de uma doença fatal da idade pediátrica para uma doença crónica da idade adulta. No entanto, está associada a uma grande diminuição da qualidade de vida e a uma esperança média de vida de 50 anos. Como médicos de família é importante estarmos alerta para este diagnóstico, para que os doentes tenham um acompanhamento adequado, de forma a evitar complicações da doença graves.

PO 47

DIABETES MELLITUS DE NOVO: PISTA PARA ALGO MAIS? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Diogo Silva Lobo¹; José Néri¹; Carolina Calado¹; Raquel Araújo¹
¹USF Alves Martins

Introdução: A diabetes mellitus (DM) constitui um problema de saúde pública e estima-se que atinja cerca de 13,6% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos. A DM tipo 2 é o tipo mais comum e surge, habitualmente, na vida adulta, associada a excesso de peso ou obesidade, sedentarismo e a estilos de vida nocivos.

Estudos epidemiológicos indicam que diabéticos têm maior risco de desenvolver cancro do pâncreas (CP). Por outro lado, prevê-se que a DM possa surgir secundariamente a CP em pelo menos 30% dos pacientes que sofrem desta patologia.

Descrição: Homem, 61 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial, doença vascular cerebral e esofagite eosinofílica. Sem antecedentes familiares relevantes. Recorreu a consulta na sequência de diagnóstico recente de DM em instituição privada. Negou sintomas como poliúria, polidipsia ou polifagia. Referiu ter iniciado empaglifozina e dulaglutido.

Não trazia estudo analítico (EA) recente. Ao exame objetivo (EO) apresentava bom estado geral, peso 73 kg, IMC 24,7 kg/m², sem outras alterações. Depois de explicadas medidas de estilo de vida, optou-se por suspender dulaglutido e iniciar metformina, mantendo a restante medicação habitual. Agendou-se consulta de reavaliação e requisitou-se EA e ecografia abdominal (EcoAbd). Na consulta subsequente, 2 meses mais tarde, referiu perda ponderal, queixas álgicas inespecíficas, acolia fecal e colúria. Negou hábitos etílicos marcados. Ao EO apresentava-se emagrecido, pele e mucosas com ligeira icterícia, peso 62kg, IMC 21 kg/m². Abdómen mole e depressível, indolor e sem massas palpáveis. Sem outras alterações. No EA destacava-se HbA1C 11%, TGO 487, TGP 836 e GGT 1164. Na EcoAbd apresentava “Fígado globoso, com pequeno nódulo de natureza inespecífica com 12,5mm no lobo esquerdo. Vesícula biliar distendida. Pâncreas e baço de aspecto normal”. Dadas as alterações encontradas, o doente foi referenciado ao serviço de urgência do hospital de referência, onde foi diagnosticada neoplasia da cabeça do pâncreas com metastização hepática. O doente acabou por falecer nos 6 meses seguintes.

Conclusão: Apesar da relação complexa entre DM e CP, acredita-se que o diagnóstico precoce da DM secundária a esta condição possa viabilizar a sua deteção atempada, potencialmente num estadio curável.

Neste sentido, o médico de família deve estar alerta perante um doente com diagnóstico de DM de novo, principalmente se não apresentar o habitual quadro clínico ou fatores de risco associados.

PO 48

UMA DOR DE GARGANTA QUE ACABOU NA UTIC

Sónia C. Gonçalves¹

¹Centro de Saúde de Câmara de Lobos

A miopericardite é uma condição pouco frequente que descreve a inflamação simultânea do miocárdio e do pericárdio. Ocorre mais frequentemente em indivíduos do sexo masculino com mais de 6 anos. A maioria dos casos são idiopáticos, associando-se também a infeções – na sua maioria virais. A apresentação clínica varia desde sintomas inespecíficos a insuficiência cardíaca grave e risco de morte elevado. O diagnóstico definitivo é histológico, mas presumido na presença de dor torácica aguda associada a pelo menos um dos seguintes parâmetros: supradesnívelamento ou elevação do segmento ST, inversão da onda T ou bloqueio aurículo-ventricular, elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica ou alterações da contratilidade cardíaca. O prognóstico a curto prazo é muito bom, mas pode ocorrer comprometimento ventricular, aumentando o risco de complicações. Os doentes podem apresentar boa resposta a colchicina ou anti-inflama-

tórios não esteroides.

Descreve-se o caso de um homem com 23 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorreu ao centro de saúde por um quadro de odinofagia, febre e mialgias com 2 dias de evolução. Regressou 3 dias depois por manter odinofagia apesar do cumprimento da terapêutica prescrita, associada a dor pré-cordial intensa que o acordava durante a noite e que cessava espontaneamente 2 horas depois. O eletrocardiograma evidenciou alterações inespecíficas da repolarização e o trop-test foi positivo. Foi encaminhado à urgência hospitalar, onde a avaliação analítica mostrou biomarcadores cardíacos elevados. Foi internado na Cardiologia com o diagnóstico de miopericardite. Teve alta após remissão da sintomatologia e descida de biomarcadores, medicado com ibuprofeno e colchicina.

Com este caso pretende-se salientar a importância da colheita adequada da história clínica e do grau de suspeição perante sintomas cardíacos na presença de infeções virais/bacterianas.

PO 49

DOUTORES, A MINHA LÍNGUA ESTÁ NEGRA!

Filipe Santos Leal¹; Beatriz Frias Lopes¹; Amélia Gaspar¹; Cristina Silva¹; Clarisse Calça Coelho¹

¹USF Mondego

Enquadramento: Perante alterações da coloração da língua, o Médico de Família deve procurar hábitos, sinais e sintomas de alarme e incluir no seu diagnóstico diferencial a língua vilosa, a acantose nigricans, o líquen plano oral ou a leucoplasia oral. A língua vilosa negra é uma doença da mucosa oral, de diagnóstico clínico, caracterizada por projeções no dorso da língua, semelhantes a pelos. Na sua origem pode estar a toma excessiva de chá ou café, tabagismo, uma higiene oral deficitária, ou a toma de fármacos.

Descrição: Mulher de 59 anos, caucasiana, vem a consulta, muito assustada, por escurecimento da língua com 15 dias de evolução, associada a sensação de “pelos na língua” (sic), halitose e desconforto orofaríngeo. Sem outras queixas. Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Antecedentes patológicos de esclerose múltipla. Medicada com alprazolam 0,5 mg 2id; venlafaxina 225mg id; teriflunamida 15mg, id. Antecedentes familiares de irmão com cancro gástrico e mãe com cancro da vesícula biliar. Ao exame objetivo, apresentava coloração acastanhada na base da língua, mantida após raspagem, e adenopatias cervicais, bilaterais, infracentimétricas, móveis e dolorosas. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia recentes sem alterações. Teria terminado tratamento com Pylera[®], para erradicação de *H. pylori*, três semanas antes do início dos sintomas.

Solicitadas análises com função tiroideia e ecografias tiroi-

deixa e cervical, cujos resultados não mostraram alterações, e reforçados cuidados de higiene oral. Perante algumas dúvidas em relação ao diagnóstico, a doente foi referenciada à consulta de Dermatologia. No momento dessa consulta (cerca de 2 meses depois) a doente apresentava resolução completa das suas queixas, sendo assumido o diagnóstico de língua vilosa, secundário à antibioterapia, motivando alta hospitalar.

Discussão: A proximidade temporal das queixas com a terapêutica de erradicação de *H. pylori* e a sua regressão espontânea, tornaram claro o diagnóstico de língua vilosa, que poderá ter tido na sua etiologia a antibioterapia ou o bismuto, que compõem o Pylora.

Este caso traduz um desafio clínico em Medicina Geral e Familiar, uma vez que a língua vilosa é uma patologia pouco frequente, o que gerou dúvidas em relação ao seu diagnóstico e motivou a solicitação de exames complementares de diagnóstico e a referência hospitalar desnecessários.

Para a maior parte dos Médicos de Família, o contacto com a especialidade de Estomatologia, durante o curso ou internato, é escasso. Dada a abrangência clínica da Medicina Geral e Familiar, é realçada a importância da aquisição de conhecimentos na área da Medicina Oral, de forma a garantir uma orientação e gestão de recursos adequados, perante queixas deste foro.

PO 50

TUNGA PENETRANS – UM SOUVENIR DAS FÉRIAS EM ÁFRICA

Emanuel Marques Martins¹; Joana Lopes Loureiro¹

¹USF Santiago de Palmela

Introdução: Com o progressivo movimento de globalização, a circulação de pessoas por todos os continentes tem-se tornado cada vez mais fácil e acessível e, em consequência, mais frequente. Deste feito resulta não só a partilha e difusão de culturas, mas também o contacto com patógenos e doenças habitualmente inexistentes em determinado local, quer por fluxos de migração, quer por fenómenos turísticos. A tungíase é exemplo disso.

Neste poster apresentamos um caso de tungíase num homem português de 48 anos que recorre à consulta aberta da USF Santiago de Palmela, 2 semanas após regressar de uma viagem a Cabo Verde, com uma lesão dolorosa e nodular no 1º dedo do pé direito.

Descrição: A tungíase é uma doença provocada pela infeção da epiderme por um parasita da família das pulgas aquáticas, o *Tunga penetrans*. Este inseto, originário da América do Sul, é encontrado atualmente também em várias regiões de África em consequência do transporte de pessoas e bens infetados, através da 'Rota dos Escravos' entre os séculos

XVI e XIX. Um hospedeiro de sangue quente é parte do ciclo de vida desta pulga, provendo este o ambiente necessário à reprodução destes seres cujo habitat natural é a areia próxima de água, isto é, zonas de praia. A infeção ocorre pelo contacto do pé com solo contaminado, penetrando o inseto na epiderme do hospedeiro nos espaços interdigitais ou nos leitos ungueais, dos pés. A extremidade distal deste organismo permanece exterior à epiderme, permitindo a excreção de ovos e fezes. Surge habitualmente uma lesão dolorosa e pruriginosa de aspeto nodular. O desenvolvimento de complicações, relacionadas com a inflamação da lesão, é frequente, sendo habitualmente benignas, caracterizadas por pequenos processos supurativos localizados, podendo, no entanto, em casos raros e de persistência e recorrência de infeções, resultar em necrose e gangrena. A primeira linha de tratamento é a cirurgia com biópsia para confirmação do diagnóstico.

Conclusão: Esta entidade clínica pode ser apresentada a médicos europeus aquando da assistência a pessoas que viajaram recentemente a regiões endémicas ou a imigrantes provenientes de tais territórios, sendo como tal uma doença que deve ser reconhecida por clínicos em todo o continente.

PO 51

REFLEXÃO: INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Soares Jorge¹; Beatriz Santos Silva²

¹Usf Salus- Évora; ²USF Lusitânia

Introdução: A Medicina Geral e Familiar (MGF) tem como objetivos proporcionar cuidados de saúde abrangentes, centrados na pessoa e na comunidade, assentando os seus pilares na promoção da saúde e na prevenção da doença. A inteligência artificial (IA) tem sido cada vez mais utilizada no sector da saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade, a eficiência e a acessibilidade dos cuidados de saúde.

O objetivo deste trabalho é refletir sobre os benefícios e desafios da utilização da IA nos CSP e aferir a sua compatibilidade. Enfrentaremos com a IA uma desumanização da medicina ao ganharmos uma medicina cada vez mais personalizada e exacta? Ou ganharemos tempo, e Saúde Mental, para nos focarmos no que mais importa " a pessoa" na comunidade e finalmente um sistema de saúde mais acessível e centrado na pessoa?

Os potenciais benefícios da IA incluem a melhoria de outcomes em saúde, utilizando algoritmos de apoio à decisão clínica que poderão aumentar a precisão diagnóstica, personalização e otimização terapêutica, e como pode melhorar as estratégias de prevenção e gestão de doenças crónicas, integrando a *Wearable technology*. Por outro lado a IA pode ser utilizada para automatização de tarefas administrativas,

reduzindo o tempo dedicado a “burocracias”. A inovação tecnológica poderá permitir que os profissionais de saúde consigam dedicar tempo à relação médico-doente sem que isso comprometa a recolha de informação.

Existem igualmente desafios a serem superados, incluindo considerações éticas, nomeadamente, a privacidade dos dados, *accountability* e a manutenção do espírito crítico e “controlo humano” na sua utilização. A IA tem assim o potencial de revolucionar a prestação de cuidados de saúde primários, mas é essencial que esta transição seja feita de forma ética e regulamentada. É necessário investimento no seu desenvolvimento para melhorar a fiabilidade e a segurança da sua utilização. Tendo em conta o impacto da digitalização no futuro dos cuidados de saúde, dever-se-á promover a formação da literacia digital, capacitando os utentes e profissionais de saúde garantindo a acessibilidade e integração com a inovação.

PO 52

AMILOIDOSE COM ENVOLVIMENTO CARDÍACO – CASO CLÍNICO

Paulo Gomes¹

¹USF Ribeirinha

Introdução: A amiloidose constitui uma doença multissistémica, rara, que pode ser adquirida ou hereditária, e resulta da deposição extracelular de amiloide – fibrilas insolúveis de proteínas com conformação anómala. A apresentação clínica é heterogénea, estando associada ao grau de disfunção dos órgãos envolvidos pela deposição do amiloide. O seu diagnóstico é habitualmente tardio, pelo facto de apresentar manifestações clínicas pouco específicas, habitualmente atribuídas a outras patologias. O envolvimento cardíaco é frequente e pode-se manifestar como uma cardiomiopatia infiltrativa a condicionar insuficiência cardíaca. Pretende-se, com este caso, demonstrar a complexidade da gestão dos utentes com esta patologia, nomeadamente pelas alterações que implicam na sua terapêutica crónica e pelo potencial impacto a nível familiar.

Descrição: Este artigo relata um caso de um utente do sexo masculino de 84 anos, parcialmente autónomo, com múltiplos problemas ativos dos quais destaco adenocarcinoma da próstata em estágio IV, doença renal crónica, insuficiência cardíaca de fração de ejeção recuperada e um diagnóstico de novo de amiloidose cardíaca. Para a insuficiência cardíaca encontrava-se medicado com sacubitril/valsartan e nebivolol como terapêutica modificadora de prognóstico. Contudo, considerando a evidência existente e as preferências do doente, optou-se pela suspensão do betabloqueante. Paralelamente, o doente foi referenciado a consulta de Cardiologia e a consulta de Genética. Realizou pesquisa no gene TTR que

revelou mutação compatível com amiloidose familiar relacionada com a transtirretina. Tendo em conta tratar-se de uma patologia de transmissão autossómica dominante, os filhos do doente foram convocados para teste genético.

Conclusão: Perante um diagnóstico de amiloidose cardíaca, uma das intervenções prioritárias é a suspensão de fármacos com efeito cronotrópico negativo, de modo a diminuir o risco de bloqueios auriculoventriculares iatrogénicos. Para além do consequente encaminhamento para despistar forma hereditária da doença, este caso ilustra que poderá caber ao médico especialista de Medicina Geral e Familiar a revisão inicial da terapêutica dos utentes com esta patologia e a vigilância ativa dos seus descendentes que apresentarem a mutação.

PO 53

ENIGMA ARTICULAR: OS DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DA ARTRITE REUMATÓIDE

João Miguel F. Santos¹; Céline Gama¹; Hugo Rocha¹; Rita Carvalho¹
¹USF Terras de Ferreira

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma poliartrite inflamatória simétrica e periférica, de etiologia desconhecida, que cursa com a destruição das articulações através da erosão cartilaginosa e óssea. O estado inflamatório crónico associa-se a um aumento do risco cardiovascular, de osteoporose e de doenças oncológicas. Assim, o seu reconhecimento precoce e tratamento atempado são fundamentais para prevenir a deformidade articular e incapacidade associada. Contudo, o diagnóstico em estádios iniciais não é fácil, pois as manifestações da AR são difíceis de distinguir de outras poliartrites inflamatórias.

Descrição: Homem de 57 anos, iniciou em março/2023 quadro de poliartralgias, com predomínio das articulações das mãos que motivaram vinda a várias consultas abertas (CA) na USF. Inicialmente, com atingimento monoarticular da articulação metacarpofalângica (MCF) do 3º dedo da mão direita com progressivo envolvimento simétrico das articulações dos punhos, ombros e ancas, com resposta parcial aos anti-inflamatórios. Em maio/2023, apresentou-se novamente em CA por dor e edema intermitentes de ambas as mãos e ao exame objetivo apresentava edema da articulação MCF do 2º dedo da mão esquerda. Foi iniciado ciclo de corticoterapia, com resposta favorável, e requisitado estudo imagiológico e analítico, sendo normal a radiografia de ambas as mãos, ligeira ferropenia com hemograma normal, VS e PCR no limite superior do normal e ANA, anti-DsDNA e Fator Reumatóide (FR) negativos. Por agravamento das queixas e limitação articular progressiva nas MCF e interfalângicas proximais (IFP), agravadas no período noturno, o doente realizou ecografia articular, que revelou alterações tenossinovíticas dos tendões

dos flexores do 3º dedo da mão direita, e repetiu estudo analítico, positivo para o anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP). Neste contexto, foi assumido o diagnóstico de AR e iniciou terapêutica com Metotrexato, com alívio sintomático.

Conclusão: O diagnóstico de AR é difícil e desafiante. Este caso clínico pretende abordar as formas mais comuns da sua apresentação e o papel dos exames complementares no seu diagnóstico. Assim, evidencia-se que o médico de família lida frequentemente com sintomas indiferenciados, na fase inicial de apresentação das doenças, sendo a continuidade de cuidados uma arma ao seu dispor para a gestão da incerteza na prática clínica. Além da terapêutica específica, a abordagem da dor é crítica para a gestão da doença e melhoria da qualidade de vida do doente.

PO 54

O LUTO DO CUIDADOR

Claudia G. Silva¹; Melani Morais Noro¹; Catarina Monteiro¹
¹USF Carolina Beatriz Ângelo

Introdução: O processo de luto afeta as pessoas de forma diferente e refere-se à forma como reagimos quando experienciamos a perda, sendo uma resposta normal e inevitável à mesma. No entanto existem fatores de risco para o desenvolvimento de um luto patológico tais como ser do sexo feminino, ser idoso, ter antecedentes psiquiátricos, morte do filho ou cônjuge ou morte súbita do ente querido.

Descrição: Mulher de 74 anos, sem antecedentes de relevo, cuidadora do marido de 89 anos, desde 2020, após acidente vascular isquémico que o deixou acamado e dependente para as atividades de vida diária. O casal tem uma filha, que reside a mais de 300 km de distância. Durante este período, tiveram visitas domiciliárias regulares da equipa de família, para avaliação de ambos. A utente apresentou sempre humor eutímico e boa capacidade para prestar os cuidados necessários. Em novembro de 2022 o marido foi diagnosticado com carcinoma invasivo da língua de rápida evolução e com mau prognóstico. Alguns meses depois a utente apresentava um discurso com pensamentos ruminativos que a angustiavam “tenho medo que se acabem as fraldas e os resguardos” (sic) e deterioração do auto-cuidado. O marido foi então internado para descanso do cuidador e acabou por falecer em maio de 2023. No mês seguinte, a filha reportou apatia da utente e acabou por encontrar a mesma na varanda do seu apartamento prestes a saltar, tendo sido internada por depressão major com tentativa de suicídio. Atualmente encontra-se estável, autónoma e com auto-crítica para o sucedido, mantendo seguimento em consulta externa de psiquiatria.

Conclusão: O cuidador informal é uma pessoa que presta apoio diário, não remunerado, a uma pessoa incapaz de realizar as atividades inerentes à vida diária. Este papel tem im-

pacto emocional, físico e económico, levando a uma menor qualidade de vida, ao aumento de prevalência de depressão, sintomas do foro emocional e também ao desenvolvimento de complicações no luto. Estes utentes ficam na retaguarda da pessoa de quem cuidam, e são muitas vezes deixados em segundo plano, não só por familiares como também pelos profissionais de saúde que os acompanham. O médico de família tem um papel privilegiado na proximidade com a família, o que o torna essencial no reconhecimento de sinais de alarme de burnout do cuidador e eventualmente de luto patológico.

PO 55

SARCOIDOSE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Sousa Alves¹; Margarida Silva Neto¹
¹Usf VII Alva

Introdução : A toracalgia é um sintoma complexo e multifacetado, podendo ser manifestação de uma ampla diversidade patologias, entre as quais a sarcoidose, uma doença inflamatória crónica, de etiologia desconhecida, caracterizada pela formação de granulomas em órgãos e tecidos. Os sintomas da sarcoidose podem incluir astenia, dispneia, tosse, erupções cutâneas, e artralgias. O diagnóstico é muitas vezes desafiador, requerendo uma combinação de exames clínicos laboratoriais e radiológicos.

Descrição: Homem de 53 anos com antecedentes pessoais de DM2, HTA, dislipidemia, vitiligo e fumador. Recorre à consulta aberta por quadro de dor de costas e dispneia súbita para pequenos esforços. Foi referenciado ao serviço de Urgência (SU), por suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP), tendo realizado Angio-TC. Foram objetivadas múltiplas adenopatias mediastínicas e espessamento pleural bilateral, mas excluído TEP. Teve alta medicado com antibioterapia. Por manutenção das queixas após 48 horas da terapêutica instituída, recorreu novamente à consulta. Referia precordialgia em aperto, agravada com a inspiração profunda, mantinha dispneia com fala entrecortada e tosse produtiva. Quando questionado, relatava quadro de hipersudorese noturna e perda ponderal nas duas semanas anteriores, sem anorexia associada. Ao exame objetivo, apresentava-se taquipneico, com saturação periférica de oxigénio de 92% e diminuição acentuada do murmúrio vesicular nas bases. Foi novamente referenciado ao SU, onde realizou vários meios complementares de diagnóstico (MCDT), destacando-se estudo analítico com macrocitose, eosinofilia e elevação de D-dímeros; radiografia de tórax com derrame pleural bilateral, reforço parahilar bilateral, e hipodensidades nodulares. Neste contexto, realizou novo angio-TC, objetivando-se reticulação parenquimatosa subpleural dispersa, com padrão micronodular periférico subpleural, sugestivo de doença granulomatosa.

Foi programado internamento para estudo. Realizou vários MCDT's tendo-se confirmado o diagnóstico de Sarcoidose.

Conclusão: Sintomas como dispneia e tosse são comuns e altamente inespecíficos, podendo enquadrar vários diagnósticos. Dada a natureza inespecífica destes sintomas, uma avaliação clínica detalhada, incluindo a caracterização do contexto clínico do doente, os seus antecedentes pessoais e exposições ambientais, exame físico e MCDT's são geralmente necessários para determinar a sua etiologia, desempenhando um papel crucial no diagnóstico diferencial.

PO 57

VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA NOS DOENTES DIABÉTICOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

João Mário Carvalho Oliveira Marques¹; Gisela Pereira Pinto¹; Daniela Cruz Pinto¹; Olga Ferreira¹; Vítor Portela Cardoso¹
¹USF Esporões (ULS Braga)

Introdução: O *Streptococcus pneumoniae* é uma das mais importantes causas de infeção em humanos, podendo a mesma causar doença invasiva pneumocócica (DIP). Doentes com diabetes estão mais suscetíveis e vulneráveis a infeção e doença grave, recomendando-se a vacinação antipneumocócica (VApn) como prevenção da DIP. A prevalência estimada de diabéticos em Portugal é de 13,6% e, apesar dos benefícios da VApn, apenas 5% destes se encontram imunizados. O objetivo deste trabalho é identificar a cobertura vacinal com esquema de vacina pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13) seguido de vacina pneumocócica polisacarídica 23-valente (VPP23) nos adultos com diabetes da Unidade de Saúde Familiar Esporões (Braga, Portugal) (n = 310) e incrementá-la.

Material e métodos: Colheita e análise inicial de dados recorrendo ao MIM@UF e microsoft excel para conhecimento da cobertura vacinal. Planeamento das intervenções, formação dos profissionais e criação de material de suporte. Medidas de sensibilização dos utentes do grupo-alvo para a vacinação e educação para a saúde. Implementação do projeto entre abril e novembro de 2023. Análise de resultados.

Resultados: A taxa de cobertura vacinal pré-intervenção com esquema incompleto (VPC13 ou VPP23) foi 21,29% (n = 66) e com esquema completo (VPC13 seguido de VPP23) de 4,84% (n = 15). Após a intervenção a cobertura vacinal com esquema incompleto aumentou para 26,45% (n = 82) e com esquema completo para 15,16% (n = 47).

Discussão e conclusão: Os autores consideram que este trabalho atingiu os objetivos propostos e que o mesmo foi de grande utilidade e relevância, manifestando a vontade em continuar o seu desenvolvimento.

PO 58

SUPLEMENTAÇÃO COM INOSITOL NA INFERTILIDADE – QUAL A EVIDÊNCIA? ARTIGO DE REVISÃO

João Mário Carvalho Oliveira Marques¹; Marina Rodrigues²; Ana Amélia Azevedo³; Catarina Roteia⁴; Ana Isabel Pereira⁵
¹USF Esporões (ULS Braga); ²USF Vida + (ULS Braga); ³UCSP Santa Maria I (ULS Nordeste Bragança); ⁴USF Saúde Oeste (ULS Braga); ⁵USF; ⁷Fontes (ULS Braga)

A infertilidade define-se pela incapacidade de conceção após doze meses de relações sexuais regulares desprotegidas, resultando frequentemente de fatores femininos como a falha na ovulação ou defeitos nos óvulos. A evidência sugere que antioxidantes (como inositol) melhoram a fertilidade, induzindo a ovulação e melhorando a qualidade dos óvulos e embriões. Esta revisão pretende avaliar o papel da utilização de inositol em mulheres inférteis. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica utilizando os termos MeSH *inositol AND infertility*. Incluíram-se artigos publicados nos últimos 10 anos em português, inglês e espanhol referentes a estudos em mulheres. Recorreu-se à *Strength of Recommendation Taxonomy* para a avaliação da qualidade da evidência e a força de recomendação. Dos 57 artigos, 7 foram incluídos: 2 revisões, 3 revisões sistemáticas, 1 ensaio clínico randomizado (ECR) e 1 meta análise de ECR. Não existe evidência consistente suportando o uso de inositol na infertilidade (Força de recomendação B), sendo necessários mais estudos.

PO 59

VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA EM GRUPOS DE RISCO – A REALIDADE DE UMA USF EM PORTUGAL

Carolina Pais Neto¹; Bárbara Duarte Ferreira¹; Carla Almeida¹
¹USF Novo Norte

Introdução: A doença pneumocócica é uma importante causa de morbilidade e mortalidade potencialmente prevenível através da vacinação. Apesar da recomendação da vacinação antipneumocócica em adultos pertencentes a grupos de risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP), esta permanece mundialmente subutilizada. O nosso objetivo foi avaliar o perfil de vacinação antipneumocócica nos adultos pertencentes a grupos de risco, numa unidade de saúde familiar (USF) portuguesa.

Métodos: Foi desenvolvido um estudo observacional transversal e descritivo nos adultos inscritos na USF Novo Norte em julho de 2023, mediante idade ≥ 65 anos ou codificação ICPC-2 correspondente aos grupos de risco para DIP, de acordo com a Norma de Orientação Clínica nº 011/2015.

Resultados: Dos 2463 adultos de risco identificados, foi obtida uma amostra representativa de 333 utentes, 53,8% do sexo feminino e com uma idade média de 72 anos (mínimo = 19 e máximo = 97). Verificou-se uma taxa de vacinação

antipneumocócica de 24,6%, dos quais 58,5% apresentavam vacinação incompleta. O esquema vacinal predominante foi a vacina conjugada 13-valente seguida da vacina polissacarídea 23-valente (90,3%) e 65% das prescrições tiveram origem nos cuidados de saúde primários. A taxa de vacinação entre os grupo de risco para DIP foi variável, sendo superior nos adultos com maior número de fatores de risco ($p = 0,023$). Verificou-se ainda uma tendência para o aumento da vacinação na ausência de insuficiência económica ($p = 0,327$) e em níveis de escolaridade superiores ($p = 0,413$).

Discussão e conclusão: A reduzida cobertura vacinal antipneumocócica em grupos de risco e o predomínio da vacinação incompleta implicam uma reflexão sobre os determinantes da prescrição e adesão relacionados com o médico e utente. Os cuidados de saúde primários, pelo contacto privilegiado com o utente e abordagem holística de cuidados, apresentam um papel importante na prevenção da doença pneumocócica. A implementação de medidas estruturais e educativas dirigidas a profissionais de saúde e utentes parece essencial para a promoção da vacinação antipneumocócica.

PO 60

ONDE SE SITUA A FAMÍLIA NO BINÓMIO SAÚDE/DOENÇA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Moura Junqueira¹; Diogo Phalempin Cardoso¹; Nuno Pina Soares¹

¹USF Tondela

Introdução: Na prática clínica em Medicina Geral e Familiar importa compreender que o utente não é uma entidade unidimensional e que vários fatores relacionados com o seu contexto vão ter uma forte influência no seu estado de saúde. Um dos contextos com maior relevância na abordagem ao utente é o contexto familiar, determinante para o bem-estar físico e emocional do utente.

Descrição: Mulher de 22 anos, recorre à consulta por dor lombar irradiada para a fossa ilíaca direita com 10 dias de evolução, sem outras queixas. Ao exame objetivo destaca-se massa no quadrante inferior direito de grandes dimensões. É pedida avaliação complementar no serviço de Urgência, onde é realizado estudo, tendo sido colocada a hipótese de tumor de células germinativas do ovário. A utente foi proposta para laparotomia exploradora e o estudo anatómopatológico revelou teratoma imaturo do ovário metastizado. Atualmente, a utente encontra-se a realizar quimioterapia com boa tolerância ao tratamento. Durante este período, a irmã, de 14 anos, vem à consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, acompanhada pela mãe e pela utente, que demonstram ansiedade relativa a aparente assimetria mamária. À inspeção constata-se assimetria mamária muito

ligeira, sem outras alterações ou sinais de alarme presentes no exame físico. Tendo em conta provável origem fisiológica, opta-se por manter vigilância. De forma a tranquilizar o agregado familiar, foi explicada a normalidade do quadro e o seu enquadramento no desenvolvimento pubertário, desmistificando possível relação com quadro neoplásico da irmã. Após um mês, a mãe da utente, de 47 anos, fumadora e com antecedentes de depressão, recorre à consulta com queixas de ansiedade, humor depressivo e insónia terminal. Durante a exploração dos sintomas foi possível estabelecer uma relação do quadro clínico com a doença da filha. Tendo em conta as queixas manifestadas e o seu enquadramento num quadro depressivo foi iniciado tratamento e agendada nova consulta de reavaliação a curto prazo.

Conclusão: O caso clínico deste agregado familiar realça a gestão da doença oncológica da doente, a dinâmica das relações familiares e as suas ansiedades vividas. De igual modo, destaca a importância da avaliação familiar e o papel do médico de família como elemento fulcral para o enquadramento das queixas partilhadas pelos utentes em todas as suas dimensões, de forma à sua melhor compreensão e com vista à melhor tomada de decisão clínica.

PO 62

E QUANDO O CORAÇÃO DILATA SEM MOTIVO – RELATO DE CASO CLÍNICO

Diana Costa¹; Ana Dias¹

¹USF Saúde Mais | ACeS Entre Douro e Vouga I

Introdução: A cardiomiopatia dilatada (CMD) caracteriza-se por uma disfunção sistólica que evolui, progressivamente, para depressão grave da FEVE. Prevalência subestimada pela ausência, numa fase inicial, de sintomas evidentes de insuficiência cardíaca. Os *outcomes* dependem da etiologia, da FE e das comorbilidades. O prognóstico é reservado (~50% morre em 5 anos), podendo o doente ser candidato a transplante cardíaco. A terapêutica farmacológica adequada pode potenciar uma qualidade de vida razoável.

Descrição do caso clínico: Sexo feminino, 55 anos, caucasiana, casada, 2 filhos. Trabalha na mediação de seguros. Estrutura e dinâmica familiar nuclear, integrando uma família altamente funcional (APGAR), de classe socioeconómica média-alta. Sem hábitos etílicos ou tabágicos (exposição passiva no passado). Sedentarismo. Antecedentes: dislipidemia (SCORE2 3,2%; sob medidas dietéticas) e obesidade classe I, com sinais de hipertrofia ventricular esquerda em ECG (2021). Sem medicação habitual. História familiar de EAM (irmã, 47 anos), patologia cardíaca não especificada (irmão, 42 anos) e morte súbita (prima 1º grau, 55 anos). Em fev/2023, consulta de rotina na USF com queixas de dispneia para pequenos a médios esforços, progressiva ao longo

de meses, após 3.^a dose vacina anti-COVID19, associada a tosse noturna, ortopneia, dispneia paroxística noturna e marcado edema periférico bilateral. Estudo analítico dirigido e espirometria sem alterações de relevo, mas ECG com “taquicardia sinusal, BCRE e extrassístoles ventriculares isoladas” e EcoTT a revelar cardiopatia dilatada, depressão severa da função sistólica global do VE (FEVE 24%), doença valvular mitral e tricúspide moderadas e hipertensão pulmonar. Diagnóstico de hipertensão arterial de novo. Medicada com bisoprolol e dapaglifozina, sob medidas de educação para a saúde. Referenciação para consulta hospitalar de Cardiologia com critério de urgência, com vigilância (NTproBNP 3195 > 825 pg/mL), abordagem da sintomatologia (furosemda e nitroglicerina) e gestão da terapêutica modificadora de prognóstico de ICrFE (adição e titulação de sacubitril + valsartan e espironolactona). Realizou coronariografia, RM cardíaca e Holter 24h, com diagnóstico de CMD não isquêmica, sem etiologia específica. Iniciou programa de reabilitação cardíaca, com vigilância trimestral por EcoTT. Atualmente, melhora clínica significativa, com autonomia e funcionalidade preservadas.

Conclusões: A suspeição e investigação precoce de uma IC em evolução é fundamental para diminuir a morbimortalidade associada. Para a gestão da cardiomiopatia dilatada, a educação do doente para adesão à terapêutica, restrições alimentares e acompanhamento regular com programa de exercícios adequados é fundamental. O médico de família, na abordagem holística e centrada no doente, apresenta um papel determinante na abordagem inicial e referenciação atempada.

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



MAJOR SPONSORS



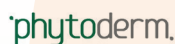
SPONSORS



A. MENARINI PORTUGAL



Health is our mission



moved by you



GRUPO



let's open our eyes

APOIOS



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

ad medic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL

ad medic⁺
Tours

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

REDES SOCIAIS



@JORNADAS-NACIONAIS-PATIENT-CARE



@JNPATIENTCARE



@JNPC

#JNPC24