

JORNADAS DE GINECOLOGIA

Etapas da vida feminina
Evidências e enigmas

09 & 10 dezembro 2024

Auditório Carlos do Carmo | Lagoa

PROGRAMA

JORNADAS DE GINECOLOGIA

Etapas da vida feminina
Evidências e enigmas



SEGUNDA-FEIRA | 09 DEZEMBRO 2024

08:15h Abertura do Secretariado

WORKSHOP PRÉ-JORNADAS

09:00 | 10:15h **Workshop Parte teórica**
Moderadores: Dra. Ana Codorniz e Dr. Victor Costa
Contraceção oral
Dra. Maria Inês Ruela e Dra. Inês Albano
Contraceção intrauterina
Dra. Matilde Vilela
Implantes subcutâneos
Dra. Catarina Sabbo

 ORGANON

10:15 | 10:30h Coffee-break

10:30 | 12:30h **Workshop Parte prática**
Treino prático em simuladores para colocação de implantes e DIUs

12:30 | 14:00h Almoço/Brunch

14:00 | 14:30h Sessão de Abertura

DESAFIOS NA ADOLESCÊNCIA

SESSÃO 1

Moderadores: Dra. Elsa Rocha, Dr. Rodrigo Mata e Dra. Tânia Gomes

14:30 | 14:50h **Consulta da adolescente: Como abordar, termos legais**
Dra. Eduarda Luzia

14:50 | 15:30h **A visão da Pediatria**
Desenvolvimento normal
Dra. Sara Laranja
Contraceção e alterações frequentes na puberdade
Dra. Joana Amado

15:30 | 16:10h A visão da Ginecologia
DST
Dra. Madalena Faustino
HUA na adolescência
Dr. Joaquim Neves

16:10 | 16:40h Coffee-break

SESSÃO 2

Moderadoras: Dra. Conceição Santos, Dra. Nicole Kuenzel
e Dra. Joana Aldeias

16:40 | 17:20h A visão da Endocrinologia
SOP na adolescência
Dra. Ema Virga
Amenorreia 1º e 2º
Dr. Ricardo Almeida

17:20 | 17:40h A visão da Dermatologia: Acne e hirsutismo
Dra. Ana Rita Mateus

17:40 | 18:00h A visão da Psiquiatria: Disforia de género e não só
Dra. Catarina Murta

18:00h Fim das sessões do 1º dia

TERÇA-FEIRA | 10 DEZEMBRO 2024

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-09:20h Visita aos Posters

DESAFIOS NA MENOPAUSA

SESSÃO 3

Moderadores: Dr. Fernando Guerreiro e Dra. Mónica Lopes

09:20 | 10:00h Diagnóstico
Dra. Carolina Barbosa
Quando e como tratar
Dra. Ana Rita Martins

10:00 | 10:30h **Simpósio Desafios na menopausa**
Dr. Cláudio Rebelo



10:30 | 11:00h Coffee-break

SESSÃO 4

Moderadores: Dr. Pedro Guedes, Dra. Flávia Vicente e Dra. Tânia Gomes

11:00 | 11:40h **Síndrome GU da menopausa**
Dra. Catarina Neves
IU – Abordagem prática
Dra. Magdalena Buruian

11:40 | 12:00h **Sexualidade na menopausa**
Dra. Sílvia Roque

SESSÃO 5

Moderadoras: Dra. Natividad Galan e Dra. Carla Granja

12:00 | 12:40h **Casos Clínicos**
Caso Clínico MGF
Dra. Inês Costa
Caso Clínico Ginecologia
Dr. Duarte Teodoro

12:40 | 13:30h **COMUNICAÇÕES ORAIS**

CO 01 ENDOMETRIOSE UMBILICAL PRIMÁRIA – UM CASO RARO

Dra. Beatriz Palmeira

CO 02 INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ NO CANCRO DA MAMA

Dra. Ana Margarida Mourato

CO 03 SUPRESSÃO OVÁRICA MÉDICA COMO MÉTODO DE PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE

Dra. Ana Margarida Mourato

CO 04 SUPRESSÃO OVÁRICA MÉDICA COMO TRATAMENTO ADJUVANTE NO CANCRO DA MAMA

Dra. Ana Margarida Mourato

CO 05 CONTRACEÇÃO INTRAUTERINA EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL: ANÁLISE DO USO DE DIU E CIU POR FAIXA ETÁRIA

Dr. Luís Bicheiro

CO 07 APLICABILIDADE DOS PADRÕES DE DESEMPENHO DA EFC EM UMA UNIDADE DE COLPOSCOPIA PERIFÉRICA PORTUGUESA

Dr. Moacyr Freire

13:30 | 14:30h Almoço

DESAFIOS APÓS CANCRO GINECOLÓGICO

SESSÃO 6

Moderadoras: Dra. Vera Ribeiro, Dra. Marcella Bragança e Dra. Lina Moreira

14:30 | 14:50h Desafios após cancro ginecológico – Cuidados e contraceção após alta
Dra. Ana Luisa Coutinho

14:50 | 15:10h A visão da Senologia
Dra. Gabriela Valadas

SESSÃO 7

Moderadores: Dr. Virgílio Flor e Dra. Ana Santos

15:10 | 15:40h Simpósio Cancro do colo do útero
Dra. Amália Pacheco



15:40 | 16:10h Coffee-break

SESSÃO 8

Moderadores: Dra. Diana Pissarra, Dr. Moacyr Freire e Dra. Lina Moreira

16:10 | 16:30h A visão da Obstetrícia: Fertilidade e gravidez após doença oncológica
Dra. Daniela Encarnação

16:30 | 16:50h A visão da Oncologia
Dra. Ana Varges

16:50 | 17:10h A visão da Radioterapia
Dr. Domingos Roda

17:10 | 17:30h A visão da Cirurgia Plástica: Implante mamário e cicatriz após cirurgia oncológica
Dra. Nicole Cardoso

17:30 | 18:00h ENTREGA DE PRÉMIOS E SESSÃO DE ENCERRAMENTO

JORNADAS DE GINECOLOGIA

Etapas da vida feminina
Evidências e enigmas



COMUNICACOES ORAIS

CO 01

ENDOMETRIOSE UMBILICAL PRIMÁRIA – UM CASO RARO

Beatriz Palmeira; Catarina Paiva; Bruna Vieira;
Ângela Silva; Vera Correia
ULSMAve

Introdução: A endometriose, definida pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, é uma patologia ginecológica crônica benigna que afeta cerca de 5-10% das mulheres em idade reprodutiva. Na grande maioria dos casos, os implantes endometriais encontram-se na cavidade pélvica, mas a sua localização pode ser extra-pélvica em cerca de 12% dos casos, sendo a implantação, nestas ocasiões, mais frequente a nível da parede abdominal.

A endometriose umbilical, também por vezes denominada nódulo de Villar, foi descrita pela primeira vez em 1886, e apesar de ser a forma de manifestação em cerca de 30-40% da endometriose da parede abdominal, representa apenas cerca de 0,5-1% de todos os casos de endometriose.

A endometriose umbilical surge na forma de um nódulo umbilical vermelho-violáceo ou preto, com um tamanho de 0,5-3 cm, associado a hemorragia, crescimento e dor com carácter cíclico. Pode ser primária, se surgir na ausência de antecedentes cirúrgicos, ou secundária, se surgir na sequência de cirurgia abdominal. O seu risco de malignidade é cerca de 3%, pelo que a sua exérese é recomendada. **Descrição do Caso:** Mulher de 39 anos, 2G 2P

(2 partos eutócicos), saudável. Menarca aos 12 anos, com ciclos regulares, catamênios com 5 dias de duração, sem dismenorrea associada. Recorreu ao Serviço de Urgência por nódulo umbilical com drenagem cíclica de conteúdo castanho com um ano de evolução. Referia, adicionalmente, dor e aumento do tamanho do nódulo previamente à drenagem espontânea do mesmo. Ao exame objetivo, identificado nódulo umbilical pericentimétrico, sem sinais inflamatórios para além da dor à palpação. No momento da avaliação, sem saída de conteúdo hemático. Exame ginecológico sem alterações. Ecografia ginecológica sem alterações sugestivas de endometriose. Realizou ecografia de partes moles, que revelou uma nodularidade alongada hipoeecogénica, de 11x6mm, heterogénea com microquistos centrais, com vascularização própria, sem continuidade com a cavidade peritoneal, mas com extensão entre a porção membranosa que liga os músculos retos abdominais e a gordura subcutânea – imagem e clínica sugestivos de nódulo de endometriose. A paciente teve alta do Serviço de Urgência medicada com estroprogestativo contínuo, tendo sido posteriormente submetida a exérese do referido nódulo. Exame histológico confirmou suspeita de nódulo de endometriose. **Conclusão:** A endometriose umbilical é uma apresentação rara de endometriose, mas com um aspeto e clínica característicos.

O caso acima descrito surge como um caso-

-tipo desta entidade, com o aumento e hemorragia cíclicas do nódulo umbilical coincidente com a fase catamenial. A avaliação com exame de imagem pode ser importante em casos com clínica duvidosa, sendo a confirmação do diagnóstico realizada com o exame histológico após exérese.

CO 02

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ NO CANCRO DA MAMA

Ana Margarida Mourato; Vera Ribeiro
ULS Algarve; Hospital de Faro

Introdução: O cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre mulheres em idade fértil.¹ O diagnóstico durante a gravidez cria desafios clínicos e éticos, com decisões difíceis sobre tratamento oncológico e viabilidade da gravidez, pelo potencial impacto dos tratamentos no desenvolvimento fetal.

Objetivos: Analisar os motivos clínicos e pessoais que influenciam a decisão de IVG em mulheres diagnosticadas com cancro da mama; Averiguar os métodos utilizados com segurança no processo de IVG em pacientes oncológicas.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, utilizando os termos “*breast cancer; pregnancy; induced abortions*”, com seleção dos artigos mais revelantes, publicados nos últimos 5 anos, em língua inglesa, bem como diretrizes da ESMO, ASCO e FIGO.

Resultados: A decisão de IVG em mulheres com cancro da mama ocorre entre 72 e 28%³ desta população, mais 20-30%⁴ do que a população geral. Esta escolha levanta questões éticas relacionadas com o equilíbrio entre direito à vida do feto e proteção da saúde materna. A autonomia da mulher deve ser respeitada, garantindo que tem acesso a todas as informações para tomar uma decisão informada. No entanto, em alguns casos, a IVG pode ser clinicamente recomendada para proteger a saúde da mãe, nomeadamente

quando é necessário tratamento oncológico urgente, não compatível com a gravidez.^{5,6} De acordo com as guidelines da ESMO e ASCO, a quimioterapia com antraciclinas é considerada segura a partir do 2.º trimestre, mas a radio e hormonoterapia não.^{5,6} Fatores pessoais também podem influenciar a decisão, como ansiedade sobre: saúde materna; efeitos do cancro e tratamentos sobre o feto; questões socioeconómicas.² A IVG medicamentosa, com mifepristone e misoprostol, é frequentemente a 1.ª escolha em gravidezes precoces (até 9-10 semanas). Para gestações avançadas, a IVG cirúrgica é preferida, ao permitir o início imediato dos tratamentos.⁷ As guidelines da FIGO salientam a importância de garantir que as decisões sobre a gravidez sejam discutidas em equipa multidisciplinar, com oncologistas, ginecologistas e psicólogos, para garantir a segurança da doente e o suporte necessário.⁸

Conclusão: A IVG em mulheres com cancro da mama é uma decisão difícil, influenciada por fatores clínicos e pessoais. A escolha do tratamento depende da fase da gravidez e da urgência do tratamento oncológico. O aconselhamento multidisciplinar é essencial para garantir uma decisão consciente e informada.

CO 03

SUPRESSÃO OVÁRICA MÉDICA COMO MÉTODO DE PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE

Ana Margarida Mourato; Vera Ribeiro
ULS Algarve; Hospital de Faro

Introdução: Mulheres em idade fértil com cancro da mama enfrentam um desafio duplo: tratamento oncológico e risco de infertilidade, secundário aos tratamentos que podem causar falência ovárica.¹ Precocemente, a quando do diagnóstico, devem ser oferecidas técnicas de preservação da fertilidade.² Uma das abordagens a ser considerada é a supressão ovárica médica, com análogos da hormona

libertadora de gonadotrofina (aGnRH).

Objetivos: Explorar a eficácia da supressão ovárica médica com aGnRH, na preservação da fertilidade em mulheres pré-menopáusicas com cancro da mama.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica na PubMed, utilizando os termos “*ovarian suppression; breast cancer; fertility preservation*”, com seleção dos artigos mais pertinentes ao tema, publicados nos últimos 15 anos, em língua inglesa.

Resultados: Os aGnRH, ao induzirem libertação inicial de gonadotrofinas hipofisárias, provocam um flare-up, durante 1 semana, seguido de hipogonadismo hipogonadotrófico por subregulação do recetor da GnRH, suspendendo temporariamente, e por isso preservando, a função ovárica.^{2,3} Os aGnRH devem ser iniciados pelo menos 1 semana antes da quimioterapia e o seu efeito deve durar até pelo menos 1-2 semanas após o final do tratamento. Se a quimioterapia precisar de ser iniciada imediatamente, deve ser utilizado simultaneamente um antagonista da GnRH durante 7 dias.⁴ Ensaio clínico demonstram que mulheres que realizam aGnRH durante a quimioterapia têm menos probabilidade de desenvolver insuficiência ovárica prematura, apresentando taxas mais elevadas de reversão da amenorreia, comparativamente às que não fizeram aGnRH.^{4,5,6,7,8} No entanto, outros estudos, onde foi avaliada taxa de gravidez e parâmetros de reserva ovárica, não demonstraram benefícios com aGnRH.^{7,8} Assim, os dados sobre aGnRH protegerem contra falência ovárica, com preservação da fertilidade, são contraditórios, pelo que as entidades internacionais permanecem inconsistentes sobre a sua recomendação.^{9,10}

Conclusões: A supressão ovárica médica com aGnRH é uma estratégia promissora de preservação da fertilidade em mulheres pré-menopáusicas submetidas a quimioterapia.³ No entanto, os dados sobre a sua eficácia são

contraditórios, sendo necessários mais estudos a longo prazo. Assim, a criopreservação de ovócitos ou embriões permanece como método mais seguro e eficaz.^{5,6} A escolha do método deve ser individualizada, considerando riscos e benefícios, e baseada nas características clínicas e preferências de cada paciente.⁵

CO 04

SUPRESSÃO OVÁRICA MÉDICA COMO TRATAMENTO ADJUVANTE NO CANCRO DA MAMA

Ana Margarida Mourato; Vera Ribeiro
ULS Algarve; Hospital de Faro

Introdução: O cancro da mama é o cancro mais comum e a principal causa de morte por cancro, entre mulheres¹. O aumento da incidência em mulheres jovens (25% na pré-menopausa²), levanta preocupações sobre a preservação da função ovárica. O tratamento depende de fatores como subtipo, estágio, mutação BRCA, idade, comorbilidades e estado pré/pós-menopausa.³ Pode incluir cirurgia, quimio, radio, hormono e imunoterapia.³ Nos tumores hormonodependentes (80% dos cancros da mama em mulheres na pré-menopausa⁴), a terapia adjuvante inclui frequentemente supressão ovárica, que pode ser realizada por castração cirúrgica (ooforectomia) ou médica com agonistas da GnRH (aGnRH).⁵

Objetivos: Avaliar a eficácia e efeitos secundários da supressão ovárica com aGnRH em mulheres pré-menopáusicas com cancro da mama.

Metodologia: Pesquisa na base de dados PubMed, utilizando os termos “*ovarian suppression; breast cancer*”, com seleção dos artigos pertinentes ao tema, publicados nos últimos 10 anos, em língua inglesa.

Resultados: Os cancros da mama de doentes mais jovens tendem a ser mais agressivos, pelo que, sobretudo nos hormonodependentes, está indicada a adição da supressão ová-

rica, ao tratamento adjuvante.⁵ A ooforectomia é um método definitivo, amplamente utilizado em mulheres com elevado risco de recidiva, nomeadamente com mutação BRCA, e/ou que pretendem abordagem definitiva. A castração médica, com aGnRH é reversível e preferencialmente utilizada quando se deseja preservar a fertilidade. Estudos indicam que a adição de aGnRH, durante 5 anos, ao tamoxifeno e/ou quimioterapia adjuvantes, melhora a sobrevivência global e livre de doença.^{2,4-9} A dose 10,8mg trimestral vs. 3,6mg mensal, não revelou inferioridade na eficácia e apresentou melhor qualidade de vida.^{2,5} No entanto, estão associados a agravamento dos efeitos secundários, associados à menopausa.^{4,5,6,10,11}

Conclusão: A supressão ovárica com aGnRH, adicionada ao tratamento adjuvante, parece diminuir o risco de recidiva e melhorar a sobrevivência, sobretudo em tumores hormonodependentes. Como método reversível deve ser ponderada, em detrimento da castração cirúrgica, em mulheres que desejam preservar a fertilidade ou quando não são candidatas à cirurgia por comorbilidades. A ooforectomia é recomendada se elevado risco de recidiva, nomeadamente com mutação BRCA, ou quando preferem abordagem definitiva. A escolha deve ser individualizada, considerando preferências da paciente, situação clínica e potenciais efeitos adversos.

CO 05

CONTRACEÇÃO INTRAUTERINA EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL: ANÁLISE DO USO DE DIU E CIU POR FAIXA ETÁRIA

Luis Bicheiro; Catarina Aurélio; Beatriz Varanda Gonçalves; Inês Terleira; Ana Santos
USF Portas do Arado

Introdução: Os contraceptivos intrauterinos (CIU) são métodos de longa duração altamente eficazes e seguros. Existem dois tipos: o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e o sistema intrauterino (SIU) com levonorgestrel.

Embora o uso de CIU tenha aumentado globalmente nas últimas décadas, a prevalência deste método varia consideravelmente entre países e estudos. A contraceção é um dos pilares do planeamento familiar, contribuindo para a saúde reprodutiva. Assim, para melhor atender às necessidades da população, torna-se essencial compreender as preferências nas escolhas dos métodos contraceptivos.

Objetivos: Determinar a prevalência da utilização de CIU em mulheres em idade fértil e identificar a preferência por DIU ou SIU, por faixa etária.

Metodologia: Neste estudo observacional, descritivo, e transversal foram incluídas as mulheres inscritas numa unidade de saúde familiar com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos (n= 2989), correspondendo a 40,6% do total de mulheres seguidas na referida unidade. A identificação das utilizadoras de CIU foi feita através do MIM@UF, SClinico e registos de Consentimentos Informados, excluindo-se casos por erros de registo, por CIU cujo tempo de vida útil tivesse sido ultrapassado, bem como por CIU entretanto removido. As não-frequentadoras da unidade de saúde familiar foram igualmente excluídas.

Resultados: A prevalência do uso de CIU na população estudada foi de 7,3%. A média de idades das utilizadoras foi de 39,0 anos (desvio padrão de 6,9 anos). Observou-se um aumento no uso de CIU com a idade, de 0% na faixa etária de 15-19 anos, até 12,6% na faixa 40-44 anos, onde foi atingido o pico máximo de uso. A maioria das utilizadoras preferiu o SIU (67%) em comparação com o DIU (33%). Não se verificou diferença significativa na média de idades das utilizadoras dos dois tipos de CIU (39,3 anos para SIU versus 38,6 anos para DIU; P=0,5). O SIU foi o mais usado em todas as faixas etárias, sendo essa diferença estatisticamente significativa (P=0,01) na faixa dos 40-44 anos, onde 78,1% das mulheres preferiu o SIU ao DIU.

Discussão/conclusões: A prevalência da utilização de CIU em mulheres em idade fértil foi de 7,3%, aumentando com a idade, o que sugere maior procura por métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, possivelmente associada à conclusão do projeto reprodutivo. Observou-se igualmente que o SIU é o mais usado em todas as faixas etárias, especialmente nas mulheres de 40 a 44 anos, o que poderá estar relacionado com a sua utilidade no tratamento das perturbações do ciclo menstrual, comuns nesta fase da vida. É importante a consciencialização de que a contraceção se traduz em ganhos de saúde, sendo necessária a compreensão das decisões tomadas para melhorar o aconselhamento sobre o método mais adequado a cada mulher.

CO 07

APPLICABILITY OF THE EFC PERFORMANCE STANDARDS IN A PORTUGUESE PERIPHERAL COLPOSCOPY UNIT

Moacyr Freire

Overview and Aims: *The European Federation of Colposcopy (EFC) aims to promote the best possible quality in colposcopy and establishes Performance Standards through periodic meetings. These quality indicators serve as benchmarks for achieving best practices in colposcopy on multiple countries and are regarded as the “Gold Standard” for evaluating women with abnormal cervical cancer screening results and other cervical pathologies. This study aims to analyse and discuss the applicability of these protocols in a Colposcopy Unit of a peripheral hospital in Portugal.*

Study Design: *Descriptive retrospective study.*
Methods and Population: *We collected data from clinical records of 99 patients who underwent a total of 106 excisions of the Transformation Zone in a colposcopy unit of a peripheral Portuguese hospital during 2023. The six quality indicators (QI) defined by the EFC Performance Standards (EFC-PS) were*

applied to evaluate the service’s performance. Results: Our results demonstrate that the service meets 4 of the 6 QI targets outlined in the 2017 update of the EFC-PS. However, the criteria were not met for the percentage of excisional treatments/conizations with definitive histology of CIN2+ (78.02%, target 85%) and for excised lesions/conizations with clear margins (60.38%, target 80%). The profile of these patients may partially explain the deviation from the targets. Additionally, we observed that 100% of the patients underwent colposcopic examination with proper documentation of the Transformation Zone (ZT) prior to the procedure.

Conclusion: *The EFC Performance Standards are a widely recognized tool for internal and external evaluation of care quality in colposcopy. Although the service did not fully meet the QI targets, this analysis identifies specific factors that may justify the results and addresses opportunities for improvement. It also motivates the team to achieve higher levels of specialisation in addressing the new challenges of diagnosing and managing cervical dysplastic lesions. While the EFC-PS are continually under discussion and adapting to new evidence, our findings are closely comparable with data from other countries, such as Italy and the UK, demonstrating the comparability of our performance to international standards.*

PO 01

CASO CLÍNICO: “UM ROUBO EM FAMÍLIA – SÍNDROME DE TRANSFUÇÃO FETO-FETAL”

Tânia Sousa¹; Ana Dias²; Carina Rodrigues³

¹Centro Saúde Faro; ²Centro Saúde Loulé; ³Centro Saúde Sines

Introdução: A Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF) é uma complicação rara que afeta 8-10% das gestações gemelares com placenta monocoriónica onde existe fluxo sanguíneo desequilibrado entre os fetos através das anastomoses presentes na placenta, nomeadamente as arterio-venosas. Estas alterações hemodinâmicas vão gerar mecanismos fisiopatológicos compensatórios que são diagnosticados através de ecografia, sendo o principal critério de STFF a discrepância do volume de líquido amniótico entre as duas cavidades - o gémeo dador com oligodrâmnios (maior lago vertical < 2cm) e o gémeo receptor com polidrâmnios (maior lago vertical > 8cm). A ecografia permite a classificação da gravidade da STFF em 5 estádios (“Quintero Staging System”), sendo que 25% dos casos em estágio 1 progride para estádios graves.

Descrição do caso: Primigesta, 30 anos, nacionalidade nepalesa, saudável, sem antecedentes relevantes, grupo sanguíneo AB Rh+, medicada com ácido fólico 5mg/dia e iodo 200mcg/dia. Seguida no Centro de Saúde, com data provável do parto a 4/11/2022. Através da Consulta de Diagnóstico Pré-Natal no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA)-Portimão, foi referenciada para a Consulta de Medicina Materno-Fetal (MMF) do mesmo hospital onde foi identificada gravidez gemelar monocoriónica biamniótica com ecoanatomia normal às 12 semanas e 5 dias de gestação. Na 1ª consulta de MMF (13 semanas e 5 dias) foi pedida nova ecografia obstétrica para as

16 semanas onde foi diagnosticado STFF - Estádio 1 de Quintero (um dos fetos apresentava maior lago vertical de 9cm e bexiga visível; o outro feto apresentava maior lago vertical de 4cm e bexiga não visível).

Foi referenciada para a Maternidade Alfredo da Costa (MAC) e teve a 1ª consulta às 18 semanas e 6 dias e foi internada na MAC às 20 semanas para realização de fotocoagulação a laser das anastomoses placentárias, com internamento de 8 dias sem intercorrências. Teve uma 2ª consulta na MAC às 22 semanas e 3 dias de gestação, onde se verificou em ecografia um aumento da velocidade de crescimento do feto ex-doador, com diferença de pesos entre fetos de cerca de 60gr, líquido amniótico normal, bexigas visualizadas e membrana interamniótica livre.

Às 27 semanas e 1 dia é admitida no CHUA-Faro por rotura prematura de membranas, teve parto por cesariana, sem intercorrências. As recém-nascidas apresentaram um APGAR 7/9/10 e pesos de 950gr e 880gr. Estiveram internadas na Neonatologia até atingirem autonomia alimentar, sendo encaminhadas para seguimento em Consulta de Pediatria.

Conclusão: A STFF apresenta alto risco de mortalidade (80-100% em casos com gravidade ≥ Estádio III). O tratamento de eleição é a fotocoagulação a laser das anastomoses placentárias entre as 16 e as 26 semanas de gestação, com taxa de sobrevivência entre 50-70%. A maioria dos bebés pode ter uma vida normal, mas devem ser acompanhados a longo prazo pelo risco de comprometimento do neurodesenvolvimento.

PO 02

CONTRACEÇÃO E INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: O QUE SABEM AS NOSSAS ADOLESCENTES?

Ana Rita Mateus; Joana Amado; Diana Almeida;
João Dias

Hospital Distrital De Faro

Introdução: A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta caracterizada por inúmeras mudanças anatómicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Nesta etapa da vida, a vivência da sexualidade pode manifesta-se através de práticas sexuais desprotegidas, muitas vezes relacionadas com a falta de informação.

Objetivos: Avaliar o nível de conhecimento das adolescentes acerca das infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) e contraceção.

Material e métodos: Estudo quantitativo de carácter descritivo, que incluiu adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos. A colheita de dados foi realizada entre Agosto e Outubro de 2024, através da aplicação de um questionário elaborado no *Google Forms* e posteriormente distribuído através das redes sociais.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao *SPSS Statistics 28.0.0.0*.

Discussão/conclusões: Responderam ao questionário 59 adolescentes, com uma média de idades de 16,1 anos (DP \pm 1,7). Quando questionadas acerca dos métodos contraceptivos conhecidos, a maioria (91,5%) referiu preservativo masculino, 48 (78%) responderam contraceção hormonal oral, 12 (20%) conheciam também métodos contraceptivos de longa duração e apenas 2 (3,4%) adolescentes referiram conhecimento acerca de métodos contraceptivos cirúrgicos.

Observou-se diferença quanto ao conhecimento dos métodos contraceptivos quando foram constituídos grupos etários, sendo o conhecimento superior no grupo de adolescentes entre os 17 e 18 anos ($p > 0,05$). O

mesmo se verificou em relação ao conhecimento acerca das infeções sexualmente transmissíveis ($p > 0,05$).

Em suma, é necessário considerar a necessidade de aprimoramento do conhecimento das adolescentes a respeito da saúde sexual. Ressalta a pertinência em realizar atividades educativas a respeito da promoção da saúde sexual e reprodutiva no âmbito escolar.

PO 03

INSÓNIA E MENOPAUSA – UM TEMA A MERECEER A ATENÇÃO DO MÉDICO

Ana Rita Mateus¹; Matilde Vilela²; Ema Virga²;
Diana Almeida¹; João Dias¹

¹*Hospital Distrital De Faro*; ²*Hospital do Barlavento Algarvio*

Introdução: Vários estudos apontam para uma elevada prevalência de distúrbios do sono em mulheres na pós-menopausa. Durante esta fase da vida, que marca o fim do ciclo reprodutivo feminino, muitas mulheres experimentam alterações hormonais significativas, especialmente a diminuição dos níveis de estrogénio e progesterona, o que pode afetar negativamente a qualidade do sono.

Objetivos: Avaliar a qualidade do sono e a prevalência de queixas de distúrbios do sono em mulheres na pós-menopausa.

Material e métodos: Estudo quantitativo de carácter descritivo, que incluiu mulheres residentes em Portugal, na pós-menopausa. Foram excluídas mulheres hysterectomizadas ou com menopausa iatrogénica. A colheita de dados foi realizada entre Agosto e Outubro de 2024, através da aplicação de um questionário elaborado no *Google Forms* que incluiu o questionário do Índice de qualidade do sono de *Pittsburgh* – versão portuguesa (PSQI-PT) e posteriormente distribuído através das redes sociais.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao *SPSS Statistics 28.0.0.0*.

Discussão/conclusões: Responderam ao questionário 43 mulheres, com uma média de

idades de 56,7 (DP \pm 1,4), com tempo médio em menopausa 6,1 anos. Destas, apenas 3 (7%) faziam ou já tinham feito algum tipo de terapêutica da menopausa.

De acordo com os resultados do PSQI-PT, 13 (30,2%) mulheres foram classificadas com tendo uma boa qualidade do sono e 30 (69,8%) mulheres como tendo uma pobre qualidade do sono.

A prevalência de insônia subjetiva neste grupo de mulheres foi de 62,8%.

Em suma, a presença de insônia na pós-menopausa tem uma prevalência significativa e sabemos que está associada a prejuízo sociofuncional significativo para estas mulheres, afetando a sua qualidade de vida. Portanto, ressalta aqui a importância de termos profissionais de saúde alerta e com conhecimento adequado em relação a este tema, para proporcionar a estas mulheres uma melhor qualidade de vida.

PO 04

GRAVIDEZ VIÁVEL COM DIU DE COBRE INTRAUTERINO: RELATO DE CASO

Noemi Curzel

Hospital Prof. Doutor Fernando

Atualmente, a paciente está grávida de 21 semanas e 2 dias, sem intercorrências até a data exceto uma anemia ferropénica, sob tratamento com ferro oral.

Na ecografia morfológica de 21 de Outubro, o DIU continuava visível, com uma localização cervical.

O DIU de cobre é um método anticoncepcional altamente eficaz, com uma taxa de falha estimada em menos de 1% ao ano. No entanto, quando ocorre uma gravidez com o DIU in situ, há riscos aumentados de complicações, como aborto espontâneo, parto prematuro, e infecções intrauterinas. Além disso, a presença do DIU pode aumentar o risco de gravidez ectópica, embora no caso relatado a gestação tenha sido intrauterina. A remoção precoce

do DIU, quando possível, é recomendada para minimizar os riscos associados.

PO 05

O FLUXO MIGRATÓRIO DAS CEGONHAS E OUTRAS MUDANÇAS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Mariana Paublini¹; Kristine Sica¹; Beatriz Bartilotti¹; Carina Rodrigues¹; Inês Vale¹; Kristina Rabcheva¹; Tânia Barcelos¹; Zaida Alves²

¹USF Porto do Mar; ²UCSP Sines

Com a globalização, temos visto um aumento constante do fluxo migratório, exigindo que os serviços de cuidados de saúde primários (CSP) se adaptem e desenvolvam estratégias para promover benefícios de saúde no presente e para o futuro. As mulheres migrantes são uma população especialmente vulnerável, enfrentando desafios no acesso aos cuidados de saúde. Neste contexto, criou-se um projeto de intervenção comunitária voltado para as necessidades de saúde das mulheres migrantes em Sines, Portugal, com foco no planeamento familiar (PF).

Através de uma parceria entre a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano e a Associação Cabo-Verdiana, o projeto visa estabelecer uma consulta de PF dedicada a todas as mulheres migrantes, independentemente do seu estado de regularização no país.

O método incluiu a identificação de barreiras no acesso aos cuidados de saúde, definição de objetivos específicos e estratégias operacionais, como a formação de profissionais, agendamento de consultas e criação de materiais informativos. Indicadores de desempenho, como taxas de comparecimento e *feedback* dos envolvidos, orientam a avaliação do projeto.

Os resultados indicam a criação bem-sucedida de uma consulta dedicada ao PF, com aumento da acessibilidade e das taxas de comparecimento das mulheres migrantes.

A discussão do projeto destaca a importância

de enfrentar as disparidades nos cuidados de saúde entre populações migrantes, ressaltando o papel dos CSP na promoção de serviços inclusivos. Esforços colaborativos e intervenções direcionadas podem contribuir para um sistema de saúde mais equitativo para essas mulheres. Conclui-se que o projeto reforça a relevância da Medicina Geral e Familiar (MGF) ao abordar as necessidades específicas das populações migrantes, particularmente no contexto dos serviços de PF. A MGF pode ter um papel central na melhoria dos resultados de saúde e na promoção do bem-estar comunitário entre as mulheres migrantes em Portugal e além. Este é um projeto pioneiro no concelho de Sinus, contudo a manutenção do seu sucesso permitirá a sua reprodução em outros concelhos do Alentejo Litoral.

PO 06

CONTRACEÇÃO NO CANCRO DA MAMA E SOBREVIVENTES

Ana Margarida Mourato; Vera Ribeiro
ULS Algarve; Hospital de Faro

Introdução: Com a melhoria da taxa de sobrevivência do cancro da mama, surgem desafios na saúde reprodutiva, incluindo na contraceção eficaz e segura, essencial para evitar gravidezes contraindicadas ou indesejadas, sem prejudicar a saúde da mulher.¹

Objetivos: Analisar opções contraceptivas para mulheres com cancro da mama e sobreviventes.

Metodologia: Pesquisa na base de dados PubMed, utilizando os termos “*breast cancer; contraception; contraceptive methods; reproductive; survivors*”, com seleção dos artigos mais pertinentes ao tema, publicados nos últimos 20 anos, em língua inglesa.

Resultados: Mulheres com cancro da mama precisam de contraceção eficaz e segura, dado a gravidez ser contraindicada durante os tratamentos oncológicos.^{1,2,3,4,5,6} Sobre tudo em tumores hormonodependentes, não de-

vem ser utilizados métodos hormonais, pelo risco de proliferação de células tumorais^{5,6}, estando apenas indicados os não hormonais.^{2,6}

Nas sobreviventes, após completarem o tratamento, permanece o risco de recidiva, pelo que os contraceptivos hormonais combinados permanecem contraindicados^{1,4,7}, sobretudo se tumores com recetores de estrogénio positivos. O uso de progestativos isolados é incerto, com estudos a demonstrarem baixo impacto no risco de recorrência. No entanto, faltam dados robustos a longo prazo para confirmar a sua segurança, além de exigirem monitorização regular.⁶ Assim, permanecem recomendados os métodos não hormonais. O DIU de cobre é uma opção segura e eficaz de longa duração.^{2,7} Métodos de barreira, como preservativos, são alternativas seguras, embora menos eficazes e dependentes do uso correto e consistente, sendo opção para quem não quer métodos intrauterinos ou definitivos.^{7,8,9,10} A contraceção definitiva (laqueação tubária e vasectomia) é eficaz, segura e definitiva, sendo recomendada para casais com plano reprodutivo concluído.^{7,8,11,12}

Conclusões: Nas mulheres com cancro da mama, a contraceção eficaz é essencial, sendo os não hormonais as únicas opções seguras. Para as sobreviventes, mesmo após a conclusão do tratamento, o risco de recorrência persiste, requerendo gestão individualizada. Embora os progestativos isolados possam ser considerados, os métodos não hormonais permanecem como a escolha ideal. A contraceção definitiva é adequada para mulheres com plano reprodutivo concluído. A escolha deve basear-se nos fatores de risco e preferências da mulher, com vigilância contínua para garantir a segurança a longo prazo.

PO 07

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ EM SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA

Ana Margarida Mourato; Vera Ribeiro

ULS Algarve; Hospital de Faro

Introdução: Nas mulheres sobreviventes de cancro da mama, a gravidez é geralmente segura e não aumenta o risco de recidiva.¹ No entanto, a taxa de interrupção voluntária da gravidez (IVG) nesta população é cerca de 20-30% mais alta do que na população geral.^{2,3} Com o aumento da sobrevivência ao cancro da mama, é crucial entender os principais motivos da decisão pela IVG.

Objetivo: Analisar a taxa de IVG entre sobreviventes de cancro da mama, bem como os fatores que as levam a optar pela IVG; discutir o conceito “*healthy mother effect*”⁴ e como pode influenciar a decisão de prosseguir com gravidez.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica na PubMed utilizando os termos “*breast cancer; pregnancy; induced abortions; cancer survivors*”, com seleção dos artigos mais revelantes, publicados nos últimos 5 anos, em língua inglesa.

Resultados: A taxa de IVG entre sobreviventes de cancro da mama é cerca de 10-20%³, sendo 20-30% superior à da população geral. Este aumento pode estar relacionado com incertezas quanto ao impacto da gravidez na saúde da mulher, bem como à pressão emocional e física da experiência oncológica.¹ A decisão de optar pela IVG é influenciada pela falta de informações fidedignas sobre os riscos da gravidez na saúde da mulher, incluindo o receio desta comprometer o prognóstico, ao aumentar o risco de recidiva, especialmente em casos de cancro hormonodependente.⁵ Além disso, há preocupações quanto aos efeitos tardios dos tratamentos oncológicos, sobre a fertilidade, gravidez e desenvolvimento fetal.⁶ O conceito “*healthy mother effect*”

sugere que apenas as mulheres mais saudáveis, com menos risco de recidiva e fisicamente aptas, engravidam após tratamento oncológico.³ Este facto pode explicar o porquê da gravidez em sobreviventes de cancro da mama não estar associada a risco elevado de recidiva.¹ No entanto, muitas sobreviventes desconhecem este efeito, optando pela IVG por medo e falta de informação adequada.⁷

Conclusão: A IVG entre sobreviventes de cancro da mama está frequentemente associada a medos sobre a recidiva do cancro e à incerteza sobre a saúde materna e fetal.⁸ Embora o “*healthy mother effect*” sugira que as sobreviventes que engravidam tendem a ser mais saudáveis, o desconhecimento sobre este conceito pode contribuir para taxas mais altas de IVG. É essencial um acompanhamento multidisciplinar e psicológico, bem como aconselhamento personalizado com informações claras sobre os possíveis riscos e sobre a gravidez após o tratamento oncológico.

PO 08

ESTOU PROIBIDA DE FAZER PTGO... E AGORA? – RELATO DE CASO

Jéssica Nunes; Tiago Pedro; Duarte Meneses

ULS Algarve

Introdução: A obesidade, uma condição multifatorial com sérios impactos à saúde pública, afeta 20,8% da população portuguesa. A cirurgia bariátrica (CB) tem sido eficaz no tratamento da obesidade, especialmente em mulheres em idade reprodutiva, e estudos mostram que mais de 20% das mulheres portuguesas já apresentam obesidade no início da gestação. Durante a gravidez, a obesidade aumenta os riscos de diabetes gestacional (DG), hipertensão e complicações neonatais. Um estudo de 2018 com 1182 pacientes bariátricas num centro português apontou que 3,3% das pacientes estavam grávidas. O seguimento de grávidas que realizaram CB apresenta particularidades, principalmente

na monitorização glicémica, devido ao risco de síndrome de dumping desencadeado pela prova de tolerância à glicose oral (PTGO), método padrão para diagnóstico de DG no segundo trimestre. Este relato explora o caso de uma grávida com antecedentes de CB tipo sleeve, em seguimento na Unidade de Saúde Familiar (USF), que recorre à consulta de vigilância.

Relato de Caso: O caso refere-se a uma paciente de 26 anos, grávida de 16 semanas e 2 dias, com histórico de cirurgia bariátrica do tipo sleeve realizada em 2016 e anemia ferro-pénica. Durante consulta de rotina, a paciente apresentou sinais leves de anemia (Hb 11,1g/dL, ferritina 10ng/mL). Ao ser questionada sobre exames de rotina do segundo trimestre, informou contra-indicação à PTGO devido ao risco de síndrome de dumping. Esse risco surge da absorção rápida de carboidratos na PTGO, causando sintomas como náuseas, sudorese e tonturas, e comprometendo a interpretação dos resultados.

Diante disso, foi adotado um protocolo alternativo para diagnóstico de DG em grávidas pós-CB, utilizando a monitorização da glicemia capilar em jejum e uma ou duas horas após as refeições, quatro vezes ao dia entre as 24 e 28 semanas, por pelo menos 14 dias. Diagnóstico ou intervenção são indicados se mais de 20% das medições excederem 95 mg/dL em jejum, 140 mg/dL uma hora após refeição ou 120 mg/dL duas horas após refeição.

Conclusão: O acompanhamento de grávidas pós-CB requer modificações, especialmente com a exclusão da PTGO, substituída pela monitorização capilar da glicemia. Dada a crescente prevalência de CB em Portugal, é essencial que os médicos estejam capacitados para utilizar métodos alternativos, promovendo uma abordagem segura e eficiente para o controle glicémico, visando reduzir riscos materno-fetais.

Referências Bibliográficas:

American Diabetes Association. *Diabetes Care in Pregnancy. Diabetes Care*, 2019;
Bradley, D., et al. *Gestational Diabetes Following Bariatric Surgery: Diagnosis and Management Challenges. Journal of Obesity and Weight Loss Therapy*, 2021;
Santos, A. R., et al. *Complicações da Cirurgia Bariátrica e a Vigilância em Gravidez. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 2020;

PO 09

RELAÇÕES PERIGOSAS, CONTRACETIVO ORAL COMBINADO E TROMBOEMBOLISMO VENOSO – CASO CLÍNICO

Cristina Figueiredo Dos Santos¹; Ana Cristina Dias²
¹USF Albufeira; ²USF Lauroé

Introdução: A incidência do tromboembolismo venoso (TEV) aumenta exponencialmente com a idade, tendo-se mantido estável nos últimos 25 anos, apesar das medidas preventivas. Em idades mais jovens, são as mulheres as mais afetadas; este rácio inverte-se em idades mais avançadas. Globalmente, a incidência é superior no sexo masculino em todas as idades, se fatores de risco específicos das mulheres forem excluídos - contraceptivos orais (COC) e gravidez. Quase dois terços de TEV são casos isolados de trombose venosa profunda (TVP), 80% dos quais são proximais. TVP ocorrem maioritariamente na presença de fatores de risco comuns ao tromboembolismo pulmonar (TEP). TVP distais (abaixo do joelho) são mais frequentemente associadas a situações transitórias enquanto as proximais estão mais associadas a condições crónicas. Em 25-50% de casos de DVP, não é identificado nenhum fator de risco. O risco de recorrência é elevado, especialmente nos 6 meses subsequentes. Complicações a curto e médio prazo incluem extensão do trombo, TEP e recorrência da TVP. Complicações a longo prazo incluem o síndrome pós-trombótico.

Descrição do caso: Mulher de 37 anos, caucasiana, não fumadora, IMC normal, vegetariana, praticante regular de exercício físico, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, medicação habitual: COC (Dienogest 2 mg/ Etinilestradiol 0,03 mg). Inicia quadro súbito de dor gemelar à direita com agravamento progressivo ao longo de 5 dias e dor na dorsiflexão da tibiotársica, associado a sensação de ardor na perna e pé frio; nega benefício sintomático após toma de magnésio, anti-inflamatório não esteroide (Diclofenac 75mg) ou relaxante muscular (Diazepam). Ao exame objetivo (EO) apenas com ligeira dilatação do sistema venoso superficial. Analiticamente, D-dímeros aumentados oito vezes o valor basal de referência e ecodoppler com sinais compatíveis com TVP de uma das veias tibiais posteriores. Foi medicada com anticoagulante oral (Rivaroxabano 15 mg 2 id durante 21 dias, depois Rivaroxabano 20 mg 1 id 3 meses), recomendado suspender COC e uso de meia de compressão elástica. Realizado doppler venoso de controlo e doseamento de D-Dímeros após 3 meses, sem alterações.

Discussão: O único fator de risco de TVP identificado para esta utente é a toma de COC e mesmo sem sinais muito evidentes no EO deve ser colocada a hipótese diagnóstica de TVP e descartada a mesma perante queixas algícas semelhantes uma vez que a decisão de início precoce de terapêutica anticoagulante ou a evicção de demais fatores precipitantes pode ser decisiva na evolução clínica, nomeadamente de complicações graves a curto, médio e longo prazo. Para apoiar a decisão diagnóstica temos disponíveis os Critérios de Wells que são uma ferramenta pré-teste útil na avaliação da probabilidade de TVP.

PO 10

PROMOÇÃO DA LITERACIA FAMILIAR EM SEXUALIDADE E PLANEAMENTO FAMILIAR

Paula Temudo¹; Ana Paula Gato²

¹UCSP Lagoa; ²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Introdução: A sexualidade e o planeamento familiar são áreas críticas na adolescência, sendo o enfermeiro de família um facilitador essencial na promoção da saúde. Este profissional é responsável por implementar intervenções que envolvem o adolescente e a família, favorecendo uma abordagem integrada de cuidados em saúde reprodutiva e juvenil. O projeto “Promoção da Literacia Familiar em Sexualidade e Planeamento Familiar” está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Enfermagem de Saúde Familiar, no Instituto Politécnico de Beja, em colaboração com a Unidade Local de Saúde do Algarve. **Objetivos:** identificar os conhecimentos de famílias com adolescentes sobre sexualidade e planeamento familiar e as necessidades de intervenção de enfermagem para a promoção da literacia em saúde nessa área.

Material e metodologia: o estudo é exploratório e descritivo, com uma abordagem qualitativa, trata-se de estudo de caso de três famílias com adolescentes entre os 15 e os 18 anos, utilizando o Modelo *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e um questionário sobre conhecimento familiar em sexualidade e planeamento familiar, às famílias participantes. A análise dos dados foi realizada através de análise de conteúdo.

Resultados: Observou-se um desconhecimento significativo das famílias sobre a consulta de planeamento familiar e os recursos de saúde sexual disponíveis, nomeadamente quanto às intervenções que os profissionais de saúde podem realizar para promover a literacia em saúde sexual. Identificaram-se

ainda dificuldades das famílias em abordar o tema e em comunicar com o enfermeiro, além de lacunas na aplicação do Programa Nacional de Saúde Escolar.

Discussão/conclusão: Conclui-se que, para o sucesso das consultas com adolescentes, o enfermeiro deve ajustar as suas estratégias, envolvendo o adolescente/família. A utilização da entrevista motivacional e de comunicação clara e objetiva por parte do enfermeiro de família, são fatores essenciais que facilitam a adesão e a eficácia das intervenções de enfermagem nesta área. Para responder às necessidades identificadas, recomenda-se ainda a criação de recursos informativos, tanto físicos quanto digitais, que promovam a literacia familiar em sexualidade e planeamento familiar, assim como a intervenção da equipa de saúde escolar no sentido de desenvolver as atividades solicitadas pelos alunos/famílias/professores sobre estes temas, permitindo maior compreensão e autonomia nas decisões dos adolescentes e famílias.

Palavras-chave: Sexualidade, planeamento familiar, família, adolescente, enfermeiro

PO 11

TOXINA BOTULÍNICA APLICADA À GINECOLOGIA

Teresa Helena Gonçalves
ULS Algarve

Introdução: Dos 7 serótipos de toxina botulínica (BoNT) derivados da bactéria anaeróbia Gram positiva *Clostridium botulinum*, o BoNT-A é o mais potente e preferido para fins terapêuticos, ao inibir a ação da acetilcolina na contração muscular.

O uso da BoNT-A tem sido estudado em algumas patologias ginecológicas e na incontinência urinária na mulher, com grande impacto na qualidade de vida, nomeadamente no humor, atividades diárias e vida sexual. Ainda que existam opções terapêuticas, estas variam em grau de eficácia e efeitos secundários, e são marcadamente insuficientes.

dários, e são marcadamente insuficientes.

Objetivos: Analisar o estado-de-arte sobre o uso da toxina botulínica em patologias ginecológicas com impacto na qualidade de vida. **Material e métodos:** A presente revisão sistemática foi efetuada em novembro de 2024 na PubMed, e direcionada a estudos sobre as aplicações da aplicação da toxina botulínica na patologia ginecológica, usando os termos “toxina botulínica” AND “ginecologia”. Foram selecionados artigos de revisão, ensaios clínicos e meta-análises, com publicações entre 2018-2024, escritos na língua inglesa, e sobre pacientes adultos femininos.

Resultados:

VAGINISMO

Contração involuntária, recorrente ou persistente dos músculos perineais no terço externo da vagina na penetração na relação sexual e/ou no exame ginecológico. Opções terapêuticas incluem exercícios de *Kegel*, dos músculos perineais ou de relaxamento, assim como ansiolíticos, cremes lubrificantes ou anestésicos. Em casos refratários, a aplicação da BoNT-A bilateralmente nos músculos levantadores do anus, têm tido evidência de melhoria das vertentes sexual e algica, com baixa taxa de recidiva.

VULVODINIA

Dor vulvar intensa de etiologia pouco esclarecida. Anti-inflamatórios, analgésicos ou psicoterapia dão melhoria sintomática, mas continuam insuficientes. A BoNT-A, aplicada nos músculos bulbo-esponjosos em torno do orifício vaginal, tem demonstrado diminuir a hipertonicidade e assim a dor e desconforto durante ou após a relação sexual e melhorar a qualidade de vida.

DOR PÉLVICA CRÓNICA

Associada ao espasmo dos músculos pélvicos. Estudos têm demonstrado eficácia na diminuição da dor pélvica por diminuição da hipertonicidade muscular, por mecanismos variados.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

BoNT-A injetada intra-vesical por uretrócistoscopia, sob anestesia local, é considerada uma opção eficaz no tratamento da bexiga hiperativa, quando a terapêutica farmacológica oral e comportamental é ineficaz. Retenção urinária, hematúria e infecção urinária são as complicações, que apesar de raras, mais são reportadas.

Discussão/conclusão: Estudos têm explorado o uso da BoNT-A em determinadas patologias ginecológicas. Contudo, a estandardização da dose ideal, local de administração e durabilidade ainda não existe, pelo que é necessária mais investigação neste sentido.

PO 12

GRAVIDEZ ECTÓPICA NA ADOLESCÊNCIA

Ana Luísa Coutinho¹; Joana Amado¹;
Ana Rita Martins¹; Roxane Van Hauwaert¹;
Ricardo Almeida²; Diana Almeida¹; João Dias¹
¹Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro; ²USF Levante

Introdução: A gravidez ectópica (GE) é uma causa crescente de morbidade e mortalidade em mulheres em idade reprodutiva, sendo lesão tubária a causa mais provável desta patologia. Nas adolescentes, é necessário promover uma consciencialização para a realização do rastreio e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), de modo a reduzir o risco de lesão tubária e de uma eventual gravidez ectópica. O tabagismo é também um fator de risco e estas mulheres devem ser encorajadas a não começar a fumar ou a deixar de o fazer, caso já o façam. Embora a GE seja mais prevalente na idade adulta, as adolescentes também estão em risco, e o diagnóstico precoce permite a possibilidade de um tratamento conservador, com vista à preservação da fertilidade futura.

Objetivo: Analisar os casos de gravidez ectópica em mulheres adolescentes admitidas no serviço de ginecologia do CHUA – Unidade de Faro entre 2022 e 2023.

Métodos: Foram consultados e analisados os registos dos processos clínicos das mulheres com diagnóstico de gravidez ectópica no período em estudo.

Resultados: Entre 1 de Janeiro de 2022 e 31 de Dezembro de 2023, foram admitidas no serviço de ginecologia 348 mulheres com patologia ginecológica aguda, das quais 63 (18%) foram diagnosticadas com gravidez ectópica. Destas, cerca de 5% (3) eram adolescentes, com uma idade média de 18 anos. Todas as mulheres eram primigestas e não utilizavam contraceção. Não foi possível identificar fatores de risco, nomeadamente o consumo de tabaco ou a antecedentes de DST, uma vez que estes dados não se encontravam descritos no processo clínico. A abordagem cirúrgica com salpingectomia foi instituída em 67% (2) dos casos e o tratamento médico com metotrexato foi realizado com sucesso em 33% (1) dos casos.

Conclusões: Durante o período em estudo, foram admitidas três adolescentes com diagnóstico de gravidez ectópica, o que representa uma incidência de 5%. Na abordagem à adolescente sexualmente ativa, é particularmente importante realizar uma anamnese detalhada para diagnosticar e tratar precocemente um quadro clínico potencialmente grave, diminuindo assim a mortalidade e morbidade associadas.

PO 13

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA NA PERI E PÓS-MENOPAUSA

Ana Luísa Coutinho¹; Joana Amado¹;
Ana Rita Martins¹; Roxane Van Hauwaert¹;
Ricardo Almeida²; Diana Almeida¹; João Dias¹
¹Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro; ²USF Levante

Introdução: A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma complicação grave de doenças sexualmente transmissíveis comum em mulheres jovens, mas raramente é diagnosticada-

da em mulheres pós-menopáusicas, sendo desconhecida a sua incidência neste grupo etário.

Apesar da sua ocorrência ser rara neste grupo, o reconhecimento precoce e uma abordagem terapêutica adequada podem diminuir a morbidade e a mortalidade associadas a uma infecção potencialmente grave.

Objetivo: Analisar os casos de doença inflamatória pélvica em mulheres peri e pós menopausicas admitidas no serviço de ginecologia do CHUA – Unidade de Faro em 2023.

Métodos: Foram consultados e analisados os registos dos processos clínicos das mulheres com diagnóstico de doença inflamatória pélvica no período em estudo.

Resultados: Entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2023, foram admitidas no serviço de ginecologia 168 mulheres com patologia aguda, das quais 19 (11%) foram diagnosticadas com doença inflamatória pélvica. Destas, cerca de 16% (3) eram mulheres peri e pós-menopáusicas, com idades compreendidas entre os 51 e os 62 anos, sendo a média de idades de 56 anos. Clinicamente, todas as mulheres apresentaram dor abdominal, febre e dor à mobilização do colo do útero. Todas as mulheres foram admitidas com o diagnóstico de doença inflamatória pélvica (DIP) com abscesso tubo-ovárico, sendo que 67% (2) delas apresentaram boa resposta à terapêutica médica. Em 33% (1) dos casos, foi necessário recorrer a uma abordagem cirúrgica, devido à falência da terapêutica médica.

Conclusões: Durante o período em estudo, foram admitidas três mulheres peri e pós-menopáusicas com diagnóstico de doença inflamatória pélvica com abscesso tubo-ovárico, o que representa uma incidência de 16%. Embora a DIP seja uma entidade diagnóstica rara neste grupo etário, deve sempre ser considerada como diagnóstico diferencial, de modo a diminuir a mortalidade e morbidade associadas.

Organização



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE



AFIMBA
ALGARVE

Patrocínio Científico



SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEÇÃO

Apoio



Sponsors

Secretariado

ad⁺medic

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

paula.cordeiro@admedic.pt

www.admedic.pt