



III jornadas de ortopedia para medicina geral e familiar

20 e 21 de maio 2021

Online

Programa Científico

08.50h Abertura

09.00-12.00h **Workshop de exame objetivo e imagiologia básica por áreas anatômicas – Coluna, Anca, Joelho, Pé, Ombro, Punho e Mão**
Formadores: Dr. Marino Machado, Dra. Ana Ferrão, Dr. Diogo Constantino, Dra. Joana Correia, Dr. Rui Gonçalves e Dr. Vicente Campos

13.45h Abertura da Plataforma

14.00-14.10h **Boas-Vindas**
Dr. Luís Branco Amaral

14.10-14.50h **Sessão de Abertura**
Moderador: Dr. Augusto Martins

14.10-14.20h **Prevalência da patologia músculo-esquelética nos Cuidados de Saúde Primários**
Dr. Nuno Diogo

14.20-14.30h **Referenciação à Consulta de Ortopedia**
Dr. José Simões

14.30-14.40h **Princípios de reabilitação em patologia osteoarticular**
Dra. Denise Seixas Marruaz

14.40-14.50h **Dor osteoarticular**
Dr. Nuno Marques

14.50-15.40h **Sessão 1: Ortopedia infantil**
Moderador: Dr. Delfin Tavares

14.50-15.00h **Traumatologia infantil**
Dra. Patrícia Rodrigues

15.00-15.10h **Patologia da anca em idade pediátrica**
Dra. Susana Norte

15.10-15.20h **Desvios angulares e rotacionais dos membros inferiores**
Dr. Pedro Jordão

15.20-15.30h **Alterações da arcada plantar**
Dra. Joana Arcângelo

15.30-15.40h **Discussão**

15.40-16.00h Intervalo

16.00-17.00h

Sessão de Apresentações Orais 1

Moderador: Dr. André Grenho

CO 01 Evidência da Glucosamina no tratamento da Osteoartrose

Dr. João Pedro Amorim

CO 02 “O Essencial é Invisível aos Olhos”

– A Importância de Uma Abordagem Multimodal

Dra. Filipa S. Carvalho

CO 03 Osteocondromatose Múltipla Hereditária – revisão dos casos do Serviço de Ortopedia de um hospital de nível III

Dra. Catarina Santiago Gonçalves

CO 04 Um caso raro de dor na adolescência

Dra. Ana Sofia Rijo

CO 05 Diabetes Mellitus e Contratura de Dupuytren: Ligação Perigosa – casuística de três Unidades de Saúde Familiar

Dra. Daniela Roque

CO 06 Rótula Bipartida... Por Fratura?

Dra. Diana Ferreira da Silva

CO 07 Conhecer a Lesão de Morel Lavallée

– A propósito de um caso clínico

Dra. Sofia Luís Ferreira

CO 08 Dor lombar – um diagnóstico do passado

Dra. Joana Coelho

17.00h

Fim das Sessões do 1º dia



08.45h	Abertura da Plataforma
09.00-09.40h	Sessão 2: Anca Moderador: Dr. Pedro Dantas
09.00-09.10h	Coxalgia no jovem adulto Dr. Sérgio Gonçalves
09.10-09.20h	Coxartrose Dr. André Grenho
09.20-09.30h	Necrose asséptica da cabeça do fémur Dra. Ana Ferrão
09.30-09.40h	Discussão
09.40-10.30h	Sessão 3: Joelho Moderador: Dr. Thiago Aguiar
09.40-09.50h	Dor anterior do joelho Dr. Vicente Campos
09.50-10.00h	Lesões menisco-ligamentares Dr. Vicente Campos
10.00-10.10h	Gonartrose Dr. João Torrinha Jorge
10.10-10.20h	Referenciação para MFR Dra. Ana Lúcia Pereira
10.20-10.30h	Discussão
<hr/>	
10.30-10.50h	Intervalo
<hr/>	
10.50-11.40h	Sessão 4: Pé e tornozelo Moderador: Dr. Augusto Martins
10.50-11.00h	Deformidades do antepé Dra. Mariana Barreira
11.00-11.10h	Tendinopatia do Aquiles Dr. Marino Machado
11.10-11.20h	Entorse do tornozelo Dr. Hugo Santos
11.20-11.30h	Talalgia Dr. Marino Machado
11.30-11.40h	Discussão

- 11.40-12.30h Sessão 5: Ombro e cotovelo**
Moderador: Dr. Luís Tavares
- 11.40-11.55h **Patologia da coifa dos rotadores**
Dr. Diogo Constantino
- 11.55-12.10h **Patologia do ombro e cotovelo no doente jovem**
Dr. Rui Gonçalves
- 12.10-12.20h **Princípios de reabilitação**
Dra. Mariana Castro Martins
- 12.20-12.30h **Discussão**
- 12.30-13.30h Sessão de Apresentações Orais 2**
Moderador: Dr. André Grenho
- CO 09 Dois anos de rastreio ecográfico de displasia de desenvolvimento da anca num hospital de nível II**
Dra. Catarina Santiago Gonçalves
- CO 10 A dor músculo-esquelética em idade escolar – O papel do pGALS nos cuidados de saúde primários**
Dra. Maria João Orfão
- CO 11 Doenças profissionais músculo-esqueléticas participadas nos últimos 5 anos no IPO do Porto. Como agir?**
Dra. Diana Ramos Rocha
- CO 12 Eficácia de AINE tópico vs. oral na Gonartrose: Uma Revisão Baseada na Evidência**
Dra. Maria Beatriz Morgado
- CO 13 Avaliação da qualidade prescrição de tomografia computadorizada da coluna lombar numa USF**
Dra. Sílvia Sousa Neves
- CO 14 Fraturas do escafóide – Lembrar para não deixar escapar**
Dra. Margarida Cardoso Coelho
- CO 15 Costela cervical – O culpado improvável**
Dra. Ana Rita Caldeano
- CO 16 Lombalgia ocupacional: Revisão sistemática da literatura**
Dra. Kamila Troper

13.30-14.30h **Almoço**

14.30-15.20h	Sessão 6: Punho e mão Moderador: Dr. Frederico Teixeira
14.30-14.40h	Tenossinovites e quistos sinoviais Dr. Bruno Morais
14.40-14.50h	Síndrome do canal cárpico Dr. André Branquinho
14.50-15.00h	Doença de Dupuytren Dra. Sandra Alves
15.00-15.10h	Rizartrose Dr. Diogo Constantino
15.10-15.20h	Discussão
<hr/>	
15.20-15.40h	Intervalo
<hr/>	
15.40-16.30h	Sessão 7: Coluna Moderador: Dr. Nelson Carvalho
15.40-15.50h	Lombalgia Dra. Joana Correia
15.50-16.00h	Ciatalgia Dra. Andreia Mercier
16.00-16.10h	Estenose lombar Dra. Joana Correia
16.10-16.20h	Deformidades no adolescente e no adulto Dr. Ricardo Almeida
16.20-16.30h	Discussão
16.30-17.20h	Sessão 8: Urgências Ortopédicas em Medicina Geral e Familiar Moderador: Dr. Sérgio Gonçalves
16.30-16.40h	Artrite séptica Dr. Rui Gonçalves
16.40-16.50h	Fratura: Como lidar? Dr. António Camacho
16.50-17.00h	Imagens suspeitas Dr. Carlos Pedrosa
17.00-17.10h	Patologia vertebral aguda Dr. João Pedro Jorge
17.10-17.20h	Discussão
17.20-17.30h	Sessão de entrega de Prémios
17.30h	Encerramento das Jornadas



III jornadas de ortopedia para medicina geral e familiar

Resumos das Comunicações Orais

16.00-17.00h **Sessão de Apresentações Orais 1**

CO 01

EVIDÊNCIA DA GLUCOSAMINA NO TRATAMENTO DA OSTEOARTROSE

João Pedro Amorim¹; Florinda Ribeiro²; Cláudia Penedo¹

¹ACes Cascais, USF Emergir; ²ACes Cascais, USF Costa do Estoril

Introdução: A osteoartrose é uma patologia degenerativa crónica para a qual não existe um tratamento consensual nem totalmente eficaz. Atualmente as opções terapêuticas estão direccionadas para o alívio das queixas álgicas. A glucosamina é um componente da estrutura óssea e cartilaginosa, sendo que a sua suplementação a longo não é consensual como tratamento da osteoartrose.

Objetivos: Rever a evidência da suplementação de glucosamina no tratamento da osteoartrose relativamente à dor e funcionalidade.

Material e métodos: Pesquisamos os termos Mesh “Glucosamine” e “Osteoarthritis”, nas seguintes bases de dados: Pubmed, BMJ, Evidence Based Medicine online, National Guideline Clearinghouse, National Library of Guidelines, Cochrane Database, American College of Physicians Journal Club, Primary Care Clinical Practice Guidelines, US Preventive Services Task Force. Seleccionamos artigos publicados a partir de 2015, escritos em língua inglesa, portuguesa, espanhola e francesa.

Os critérios de inclusão utilizados foram in-

divíduos adultos com diagnóstico de Osteoartrose em qualquer articulação em que a glucosamina foi terapêutica em monoterapia. Admitimos também estudos que comparem o tratamento com glucosamina versus outras terapêuticas ou placebo. Excluimos artigos que apenas abordassem terapêutica combinada com glucosamina.

Resultados: Obtivemos 122 artigos, dos quais após aplicação dos critérios de exclusão ficamos com 16 artigos. Estes compreendem 7 Revisões Sistemáticas, 4 Artigos de Revisão, 2 Artigos Originais e 3 Artigos de Opinião.

Dos artigos analisados existe evidência robusta que a única formulação com eventual eficácia é o sulfato de glucosamina. A eficácia da glucosamina não é robusta, mas caso exista evidência a sua aplicabilidade centra-se apenas na osteoartrose do joelho. Parece não existir benefício na associação da glucosamina com outras substâncias. Devido à ausência de efeitos adversos com as doses habitualmente prescritas e devido à forte evidência da eficácia da glucosamina in vitro comparativamente com a fraca evidência in vivo, é questionado em diversos estudos se as doses administradas não serão subterapêuticas.

Discussão e conclusões: A evidência a favor da suplementação não é robusta, pelo que deverá ser ponderado o benefício da instituição desta terapêutica.

Propomos que deverão ser realizados mais estudos para compreender se existe melhoria dos resultados com dosagens de sulfato de glucosamina > 1500mg/dia. O nível de evidência deste trabalho é SORT B

CO 02

“O ESSENCIAL É INVISÍVEL AOS OLHOS” – A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM MULTIMODAL

Filipa S. Carvalho; Maria Liberal; Filipa Vale; Joana Veloso; Rui Guedes
ACeS Ave - Famalicão - USF S. Miguel o Anjo

A Síndrome Dolorosa Regional Complexa (SDRC) Tipo I caracteriza-se por um quadro de dor neuropática intensa devido a alterações sensitivomotoras e autonómicas, sem lesão nervosa associada. Afeta principalmente as extremidades após trauma. É frequentemente unilateral atingindo, em particular, o membro superior nos adultos. A sua incidência na Europa é de 26.2/100.000 (predomínio no sexo feminino) – 37% de casos após fratura distal do rádio.

Senhora caucasiana, 59 anos, casada, professora, com antecedentes de Perturbação Ansiosa e Depressiva, medicada com duloxetine 60mg, sofreu queda da própria altura com fratura distal do rádio. Ao exame objetivo apresentava palpação dolorosa da apófise estilóide do rádio, edema e rubor, sem deformidades nem défices sensitivos ou motores. Foi colocada tala gessada para imobilização. O controlo radiográfico após 4 semanas revelou artropatia de desuso com sinais de desmineralização óssea, tendo o osso um padrão mosqueado típico de Síndrome de Sudeck, compatível com a hiperalgesia e hiperestesia manifestadas pela doente. Foi iniciado programa de medicina física e reabilitação (MFR) e terapia cognitivo comportamental (TCC) no sentido de minorar as complicações desta patologia.

Fisiopatologicamente este é um síndrome multifatorial, incluindo mecanismos de sen-

bilização periféricos e centrais, exacerbação inflamatória, hiperexcitabilidade simpática e catecolaminérgica, fatores genéticos e psicológicos.

Após a lesão inicial, verifica-se, nas fibras nociceptivas da região atingida, um aumento da expressão de receptores β -adrenérgicos responsáveis por aumentar os estímulos nociceptivos aquando da estimulação do sistema nervoso simpático (SNS) e das catecolaminas circulantes em parte relacionadas com fatores psicológicos, sobretudo emocionais, tal como neste caso.

A abordagem da SDRC exige uma componente multimodal, englobando terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, com grande ênfase para a MFR e TCC, pela modulação funcional e cognitiva que podem proporcionar, melhorando qualidade de vida do doente.

CO 03

OSTEOCONDROMATOSE MÚLTIPLA HEREDITÁRIA – REVISÃO DOS CASOS DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL III

Catarina Santiago Gonçalves¹; Joana Ovídio²
¹*Serviço de Pediatria, Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de Évora;* ²*Serviço de Ortopedia do Hospital Dona Estefânia*

Introdução: A Osteocondromatose Múltipla Hereditária (OMH) é uma patologia rara de transmissão autossómica dominante ou esporádica e que se caracteriza pelo crescimento de tumores ósseos/cartilagueos benignos nas metáfises dos ossos longos (osteocondromas). Tornam-se sintomáticos por compressão das partes moles adjacentes, nomeadamente nervos periféricos, ou quando limitam a mobilidade articular.

Objetivos: Avaliação clínica e epidemiológica dos doentes com OMH.

Metodologia: Análise descritiva retrospectiva dos processos clínicos dos doentes portado-

res de OMH seguidos no Serviço de Ortopedia de um hospital de nível III.

Resultados: Foram incluídos no estudo 5 doentes, média de idades ao diagnóstico 4,5 anos e com predomínio do sexo masculino (80%). 2 doentes apresentam história familiar positiva e apenas 3 têm teste genético confirmado até à data. As principais queixas foram a dor por provável compressão das estruturas adjacentes (n = 5) e o aparecimento de osteocondromas (n = 5), seguida da limitação funcional (n = 3) e das deformidades dos membros. O punho, a tibia, os joelhos e o fémur foram os locais anatómicos mais afectados. A ressecção simples foi realizada em 3 doentes sem intercorrências, verificando-se apenas 1 caso de recidiva. A localização mais frequente de ressecção foi a tibia direita, seguida do rádio. Não houve casos de degeneração sarcomatosa.

Conclusão: A OMH é uma doença que afeta várias localizações e que pode ser incapacitante para os doentes. Estes tumores devem ser cirurgicamente removidos apenas quando causam dor ou compressão de outras estruturas ou limitação da mobilidade articular. É necessária uma vigilância periódica uma vez que a doença pode interferir com o crescimento ou sofrer degeneração maligna em osteossarcoma. Se a mutação exata for conhecida, é possível realizar um diagnóstico pré-natal.

Palavras-chave: Osteocondromatose múltipla hereditária, osteocondromas, exostoses, osteossarcoma, limitação funcional

CO 04

UM CASO RARO DE DOR NA ADOLESCÊNCIA

Ana Sofia Rijo; Daniela Almeida Sousa;
Maria João Moura; Silva Lopes
USF Terras de Antuã

Introdução: O síndrome do tunel cárpico (STC) após fratura do rádio distal pode-se apresentar de três formas: aguda, transitória ou tardia. A apresentação tardia tem uma in-

cidência 0.5% a 22%, podendo apresentar-se meses a anos após a fratura. O STC é raro na adolescência, sendo que nesta faixa etária a etiologia traumática é comum.

Caso clínico: Sexo feminino, 15 anos, com antecedentes de ansiedade seguida em pedopsiquiatria e fratura do rádio distal há 6 anos gerida com tratamento conservador.

Recorreu à consulta de ortopedia com queixas de dor e parestesias em território do nervo mediano de predomínio noturno, com 9 meses de evolução, mobilidades do punho normais, sem atrofia tenar e com manobras provocativas para STC positivas. Inicialmente foi observada em neurologia e neurocirurgia, tendo realizado ressonância magnética cerebral e da coluna, sem nenhuma alteração. Posteriormente realizou eletromiografia que revelou STC. Realizou tratamento fisiátrico e utilizou tala amovível sem melhoria da sintomatologia. Na consulta de ortopedia repetiu eletromiografia que confirmou STC e radiografia do punho que mostrou fratura consolidada em boa posição. Medicada com suplemento ácido α -lipoico, ácido γ -linolênico, vitaminas e selênio, sem melhoria. Submetida a libertação do nervo mediano sem intercorrências. O pós cirúrgico decorreu sem complicações e a doente encontra-se assintomática.

Conclusão: O caso relatado alerta para uma apresentação pouco comum de STC, não só pela idade do doente mas também pela etiologia. É importante o médico assistente estar alerta para diagnósticos mais raros, de modo a ser feito o tratamento orientado e atempado para o problema e uma melhoria no prognóstico.

CO 05

DIABETES MELLITUS E CONTRATURA DE DUPUYTREN: LIGAÇÃO PERIGOSA – CASUÍSTICA DE TRÊS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Daniela Roque; Guilherme Oliveira;

Marta Carvalhinho; Pedro Ruivo

Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar Baixo

Vouga; USF Esgueira +; USF Águeda + Saúde; USF

Santa Joana

A Contratura de Dupuytren é uma doença fibroproliferativa da fáscia palmar cuja etiologia permanece controversa. Guillaume Dupuytren inicialmente descreveu a patologia e no mesmo ano de 1833 foi confirmado o componente hereditário de dominância autossômica, associado com epilepsia.

Tipicamente afeta o sexo masculino, com predominância sobre homens escandinavos e oriundos da Europa de Leste. O diagnóstico da Doença de Dupuytren é realizado clinicamente através da presença dos seguintes sinais: nódulos palmares, digitais ou interdigitais; cordões palmares ou digitais e Tabletop Test positivo.

Funcionalmente proporciona défice na extensão digital do raio da mão afetado, sendo o quarto e quinto os mais comuns.

Outro fator associado a etiopatogenia da Contratura de Dupuytren é a Diabetes mellitus, com prevalência de 16-32% nos doentes diabéticos. Existem, no entanto, estudos que contestam a relação entre as duas entidades. Os autores realizaram um estudo retrospectivo em doentes portadores de Doença de Dupuytren, pertencentes a 3 diferentes Unidades de Saúde Familiar, com o objetivo de avaliar a concomitância e importância da Diabetes mellitus na sua etiologia.

De todos os doentes pertencentes aos ficheiros pessoais das 3 Unidades de Saúde Familiar, constituindo 949 doentes na totalidade, 20 possuíam diagnóstico concomitante de Contratura de Dupuytren e Diabetes mellitus,

com incidência de 2,11%. 50% dos doentes eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino, com uma média de idade de 69,45 anos. O intervalo de idades era constituído por uma amostra dos 53 aos 87 anos. 25% possuíam patologia bilateral, predominantemente sobre o quarto e quinto raios da mão.

Pode concluir-se que a incidência de Diabetes mellitus e Doença de Dupuytren incidiu superiormente em doentes mais idosos, com história avançada de Diabetes em média de 8,66 anos. 8 dos doentes haviam já sido intervencionados cirurgicamente com Fasciectomia Palmar Seletiva, correspondendo a 40% da amostra.

Relatou-se superior incidência de Contratura de Dupuytren nos doentes mais idosos, em igualdade de género e com história mais longa de Diabetes. Não se pôde concluir que a concomitância de ambas as patologias se correlacione com a gravidade da doença, embora a literatura o afirme. A diferença de prevalência desta patologia na Diabetes entre esta amostra e o descrito na literatura poderá estar relacionada com a dificuldade na identificação da mesma nos cuidados de saúde primários.

CO 06

RÓTULA BIPARTIDA... POR FRATURA?

Diana Ferreira da Silva; Ana Alexandre Calado;

Clarisse Aguiar; Rafaela Sousa; Raquel Rosa;

Rita Ramos de Carvalho

ACES Lezíria: USF Almeida Garrett, USF São

Domingos, USF Planalto

Enquadramento teórico: A rótula origina-se a partir de um único centro de ossificação, sendo que entre os 8 e os 12 anos, surge um centro de ossificação acessório, que corresponde a um fragmento ósseo ligado à rótula por tecido fibrocartilaginoso. A rótula bipartida é uma condição congénita causada pela falha na fusão deste centro de ossificação acessório (tipicamente no pólo superolateral), correspondendo a uma variante do normal. Afeta 2-3% da população, sendo bilateral em cerca

de 50% das pessoas. Na maioria das vezes é uma condição assintomática, sendo o seu achado incidental através da realização de Rx do joelho. É confundida frequentemente com a fratura da rótula, mas os achados radiológicos permitem o seu diagnóstico diferencial. **Descrição do caso:** Homem de 79 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e hiperplasia benigna da próstata, para os quais estava medicado com lisinopril 20 mg + amlodipina 5 mg id, atorvastatina 40 mg id e tansulosina 0.4 mg id. Recorreu a consulta por queda da própria altura há 5 dias, com trauma do joelho direito, da qual resultou gonalgia de ritmo mecânico, intensidade 6/10. Ao exame objetivo observou-se a existência de hematoma moderado no joelho direito, bem como dor à palpação do pólo superoexterno da rótula. Foi requisitado Rx do joelho direito em carga que colocou a dúvida de fratura do pólo superoexterno da rótula, pelo que se encaminhou o doente para o serviço de urgência de ortopedia. Neste seguimento, foi requisitado Rx da rótula que confirmou a existência de rótula bipartida, tendo sido descartada a hipótese de fratura. O doente teve alta medicado com analgésicos em SOS, tendo indicação para repouso e vigilância dos sinais de alarme.

Discussão/Conclusão: E se uma fratura afinal não o é? Este caso clínico pretende alertar para uma condição que, apesar de rara, ganha importância ao fazer diagnóstico diferencial com a fratura da rótula. Cabe ao Médico de Família saber identificar os critérios de diagnóstico radiológico da rótula bipartida, bem como o reconhecimento dos sinais que permitem a sua distinção da fratura. Dado que, muitas vezes, o seu achado é incidental no seguimento de trauma do joelho, é importante o médico estar familiarizado com esta variante do normal, no sentido de esclarecer o doente acerca da sua benignidade e da provável ausência de relação entre esta e a sintomatologia apresentada.

CO 07

CONHECER A LESÃO DE MOREL LAVALLÉE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Ferreira; Frederico Rocha; Avelina Pereira
USF Tejo

Introdução: A lesão de Morel-Lavallée é uma entidade incomum, descrita pela primeira vez em 1853, como uma lesão fechada causada pela avulsão violenta e rápida das partes moles sobre a fáscia.

Caso clínico: Homem de 45 anos, vendedor, atleta de triatlo, sem MH ou AP relevantes, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos. Recorreu a consulta a 8/4/2021 referindo limitação funcional da coxa direita e sensação de tumefação líquida profunda na face ântero-lateral da mesma, associada a alterações da coloração da pele, com 1 mês de evolução. Referia uma queda violenta de bicicleta em Outubro de 2020. Reiniciou atividade física há 2 semanas com sensação de peso na coxa direita. À observação apresentava incremento do diâmetro da coxa direita, palpação dolorosa da coxa, sem limitação funcional da anca e joelho e sem diminuição da força muscular. Rx da anca direita: sem sinais de patologia traumática, défice da cobertura da cabeça femoral. Ecografia - heterogeneidade marcada e hiperecogeneidade da gordura do tecido celular subcutâneo, associado a coleção líquida com cerca de 5 cm de eixo longitudinal, achados atribuíveis a lipodistrofia pós-traumática com lesão de Morell-Lavallée.

Discussão/Conclusões: A lesão de Morel-Lavallée é consequência de trauma tangencial e abrupto que separa a pele e tecido celular subcutâneo da fáscia muscular, causando disrupção dos vasos e nervos perfurantes e criando um espaço potencial para coleção de sangue, linfa, tecido necrótico/lipomatose. Ocorre predominantemente na face ântero-lateral da coxa após acidentes de viação ou outros traumas violentos. São frequentes

fraturas associadas da pélvis e do acetábulo. Deve suspeitar-se nas situações de trauma seguido de lesão tumefacta com flutuação, dor e alterações da sensibilidade ou da cor da pele. O diagnóstico é confirmado por exames de imagem, a RM é o *gold-standard*, a ecografia pode ser útil, a TC não está indicada. As principais complicações são a necrose ou infeção dos tecidos.

O tratamento poderá ser conservador para lesões pequenas (<50cm³), utilizando compressão externa e vigilância; pode utilizar-se a aspiração percutânea, mas nos casos mais graves é imperativo a intervenção cirúrgica para irrigação e desbridamento.

Apesar da raridade destas lesões, o médico família é muitas vezes o primeiro contacto destes doentes com cuidados de saúde. É importante conhecer esta entidade para uma abordagem atempada e impedir as complicações que podem ser graves e mutilantes.

CO 08

DOR LOMBAR – UM DIAGNÓSTICO DO PASSADO

Ariana Afonso¹; Joana Coelho¹;

João Pedro Bragada¹; João Rebelo de Sousa¹;

Mariano Marcos²; António Gonçalves²

¹Interna/o de MGF na UCSP Santa Maria – ULS do Nordeste; ²Assistente Graduado em MGF na UCSP Santa Maria - ULS do Nordeste

Enquadramento: A Tuberculose tem ainda uma grande expressividade a nível mundial e Portugal é um dos países da União Europeia com maior taxa de incidência. O envolvimento do sistema músculo-esquelético ocorre em 3%-10% dos doentes e metade dos casos atinge a coluna vertebral – Doença de Pott. Esta apresentação extrapulmonar é mais comum nos países menos desenvolvidos, mas a sua incidência tem aumentado no mundo ocidental. A natureza insidiosa e a sintomatologia inespecífica tornam o diagnóstico num desafio, que não sendo atempado e prontamente tra-

tado pode resultar em múltiplas complicações.

Descrição de caso: Homem de 23 anos, de raça negra, natural de São Tomé e Príncipe sem antecedentes patológicos ou alergias conhecidas e sem medicação habitual, recorreu a uma consulta com o Médico de Família por queixas de lombalgia, com características mecânicas. Após colheita de história e exame físico, foi prescrita analgesia, com melhoria da sintomatologia, e a radiografia lombar requisitada nessa consulta não identificou alterações de relevo. O doente regressou 4 meses depois por perda ponderal de cerca de 10% e astenia, tendo sido realizado estudo analítico, sem alterações. O jovem não compareceu nas consultas subsequentes agendadas e 8 meses depois do primeiro episódio regressou com reincidência das queixas álgicas lombares. Repetiu RX lombar onde apresentava alterações sugestivas de lesão traumática/processo infeccioso. Foi encaminhado ao Serviço de Ortopedia, tendo realizado em internamento RMN da coluna vertebral e biópsia da lesão cujos resultados foram compatíveis com Espondilodiscite Tuberculosa. Após a alta, iniciou acompanhamento em consulta de CDP para instituição de terapêutica, monitorização e rastreio de contactos, tendo cumprido o esquema terapêutico proposto em regime de toma de observação direta. Os controlos clínicos, analíticos e radiológicos revelaram até à data uma boa evolução do quadro clínico.

Discussão: Nas comunidades que acolhem estudantes de outros países é importante que o sistema de saúde se encontre preparado para os desafios que a mobilidade global coloca. Os médicos devem estar alerta para diagnósticos menos comuns na clínica diária e o apoio das equipas de saúde a estes jovens que temporariamente integram a comunidade deve incluir a prevenção, a sua inclusão e o devido acompanhamento na doença. A interdisciplinaridade e a terapêutica adequada contribuem para um desfecho favorável em quadros complexos como o descrito.

CO 09

DOIS ANOS DE RASTREIO ECOGRÁFICO DE DISPLASIA DE DESENVOLVIMENTO DA ANCA NUM HOSPITAL DE NÍVEL II

Catarina Santiago Gonçalves;
 Leonor Aires Figueiredo; Rui Rosado
Serviço de Pediatria, Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A displasia do desenvolvimento da anca (DDA) é uma patologia congénita caracterizada por displasia ou malformação acetabular que condiciona quadros clínicos variáveis. A clínica pode estar ausente ao nascimento. Na maternidade do nosso hospital aplica-se um protocolo de rastreio baseado na observação clínica do recém-nascido (RN) e na presença de fatores de risco.

Objetivo: Avaliar o impacto dos fatores de risco (FR) e/ou alterações ao exame objetivo estabelecidos no protocolo de rastreio de DDA.

Metodologia: Análise descritiva retrospectiva dos processos clínicos dos recém-nascidos rastreados para DDA entre setembro de 2017 e setembro de 2019. Análise dos dados através do SPSS.25, nível de significância de 0,05.

Resultados: Foram incluídas no rastreio ecográfico 289 crianças, com predomínio do sexo feminino (n = 170; 59.9%). 67 (23.3%) apresentavam apenas sinais clínicos, 175 (60.6%) apenas FR e 25 (8.7%) ambas as condições. Identificaram-se 31 crianças com alterações ecográficas sugestivas de DDA, com uma prevalência de 74.2% nas raparigas e 25.8% nos rapazes. As crianças do sexo feminino tiveram mais ecografias alteradas (OR = 2.17; IC95% 0.93-5.03), porém não existiu uma associação significativa (p-value = 0.07) entre o sexo e estas alterações. Os sinais de Barlow e Ortolani foram preditores significati-

vos de alterações ecográficas (X²(2)=41.72, p-value <0.001; Barlow: OR 40.22 IC95% 4.22-383.09, p-value 0.001; Ortolani OR 7.84 IC95% 1.57-39.05 p-value 0.012). O sinal de Ortolani teve especificidade de 98.4% e sensibilidade de 29.0%, enquanto que o sinal de Barlow teve especificidade de 99.6% e sensibilidade de 29.0% para o diagnóstico. Objetivaram-se alterações ecográficas em 12 crianças sem alterações ao EO. A apresentação pélvica (12 de 96; 12.5%) e os sinais de instabilidade da articulação coxo-femoral (manobras de Barlow e Ortolani) foram os FR com maior proporção de achados ecográficos sugestivos de DDA, seguido da história familiar de DDA e limitação da abdução da anca. Quatro dos 42 doentes que apresentavam clique na anca tinham alterações ecográficas, todos eles com outros sinais clínicos e/ou FR associados. Embora a gemelaridade constitua uma situação de menor mobilidade fetal in utero, dos 42 gémeos rastreados nenhum apresentou alterações ecográficas.

Conclusões: O seguimento do protocolo de rastreio permitiu a deteção precoce de DDA, bem como o seu seguimento e tratamento atempados. Não obstante a presença do sinal de Barlow e de Ortolani ter demonstrado uma elevada especificidade, foram diagnosticados 12 casos de DDA em crianças sem sinais clínicos e que de outro modo teriam falhado ao rastreio ecográfico.

Palavras-chave: Displasia do desenvolvimento da anca, rastreio, ecografia, articulação coxo-femoral.

CO 10

A DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA EM IDADE ESCOLAR – O PAPEL DO pGALS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria João Orfão
USF Pedro e Inês

Introdução/Objetivo: A dor musculoesquelética na criança é uma queixa frequente nos Cuidados de Saúde Primários. O diagnóstico diferencial pode ser extenso, pelo que é importante uma avaliação estruturada, que englobe a história clínica dirigida e um exame físico detalhado e validado que possa ser realizado em consultório, sem prejuízo para o tempo de consulta.

O objetivo é incorporar uma ferramenta “amiga das crianças” e de fácil aplicabilidade na abordagem da dor musculoesquelética da criança em idade escolar na consulta de Medicina Geral e Familiar.

Material e métodos: Revisão clássica através da pesquisa em bases de dados científicas (Pubmed e UptoDate), livros e revistas, publicadas entre 2016 e 2021, em Inglês e Português, usando as palavras chave: “pGALS”, “*pediatric*” and “*musculoskeletal pain*”.

Resultados: Na abordagem da dor musculoesquelética, o recurso a ferramentas diagnósticas de fácil uso e exequíveis em consultório é fundamental. O pGALS (pediatric Gait, Arm, Leg e Spine) é o único exame físico de rastreio musculoesquelético validado para a idade escolar. Os cuidados de Saúde Primários, face ao pouco tempo disponível de consulta, deverão abordar a criança com dor musculoesquelética de forma a extrair a máxima informação no mais curto espaço de tempo, sem perder o foco no bem-estar da criança, sendo o pGALS a opção mais consensual para este fim.

Discussão/Conclusão: O diagnóstico diferencial na dor musculoesquelética na criança em idade escolar pode ser desafiante, pelo que uma história detalhada e um exame físico

completo podem fornecer pistas cruciais na avaliação e orientação da criança. O uso rotineiro do pGALS nos Cuidados de Saúde Primários pode servir de ferramenta facilitadora no exame físico, minimizando o dispêndio de tempo, evitando a cronicidade da dor e o impacto negativo na qualidade de vida da criança.

CO 11

DOENÇAS PROFISSIONAIS MÚSCULO-ESQUELÉTICAS PARTICIPADAS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS NO IPO DO PORTO. COMO AGIR?

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

As lesões musculoesqueléticas (LME) consistem em alterações de estruturas corporais como os músculos, as articulações, os tendões, etc., que caso sejam causadas ou agravadas pelo trabalho, são designadas LME relacionadas com o trabalho (LMERT).

Na UE, três em cada cinco trabalhadores apresentam queixas relacionadas com LME e 60% identificam-nas como o problema de saúde mais grave relacionado com o trabalho. A prevalência encontra-se acima da média entre os trabalhadores da área da saúde, sendo superior nas mulheres.

Objetivo: Relatar a prevalência das doenças profissionais (DP) músculo-esqueléticas participadas no IPO do Porto de 2015 a 2020, refletindo sobre a necessidade de adoção de medidas preventivas das mesmas.

Métodos: Estudo transversal descritivo, abrange as DP participadas no IPO do Porto (IPOP) entre 2015 e 2020.

Resultados: No IPOP nos últimos 5 anos, foram participadas 333 DP, sendo que 81% correspondem a LMERT.

O grupo mais frequentemente participado são: “Tendinites, tenossinovites e miotenosinovites crónicas, periartrite da escápulo-

-humeral, condilite, epicondilite, epitrocleíte e estiloidite”. Correspondem a 90% das LMERT participadas. Seguem-se o Síndrome do Túnel Cárptico (8%) e a Bursite Olecraniana (1%). Os grupos profissionais mais implicados são os assistentes operacionais e os enfermeiros (70%) e o género mais frequente nas participações é o feminino (93%).

Discussão: Com o envelhecimento da população ativa, idade da reforma mais elevada e a exposição cumulativa dos trabalhadores a fatores de risco físicos e psicossociais temos um aumento do risco de LME.

Uma grande percentagem das LMERT é temporária (aguda), sendo possível a recuperação dos trabalhadores através da adoção de medidas assim que surge sintomatologia inicial, de modo a evitar a cronicidade e a ausência laboral prolongada.

Novas formas de trabalho (teletrabalho) resultam num desafio a nível de prevenção das LMERT pela necessidade de adequação ergonómica do espaço pessoal a espaço de trabalho funcional.

Conclusão: Devem ser aplicadas medidas como a disponibilização de equipamento ergonómico, o incentivo a intervalos de descanso regulares e rotação de tarefas.

O desafio consiste em transferir estes conhecimentos para os locais de trabalho (através de campanhas, instrumentos práticos, orientações), pois a intervenção precoce na área da prevenção minimiza a incapacidade, resultando em poupanças efetivas na saúde, bem-estar social e na redução do absentismo.

CO 12

EFICÁCIA DE AINE TÓPICO VS. ORAL NA GONARTROSE: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Maria Beatriz Morgado; Patrícia Pires
*USF Cova da Piedade; Hospital Professor Doutor
Fernando Fonseca E.P.E.*

Introdução: A osteoartrite é uma patologia comum que condiciona a degeneração da cartilagem articular, inflamação sinovial e remodelação óssea. O joelho é a articulação mais acometida e a gonartrose é frequentemente incapacitante. Na abordagem da gonartrose, os Anti-inflamatórios Não-Esteróides (AINEs) orais apresentam um efeito analgésico e anti-inflamatório desejável, mas a sua utilização é limitada pelos seus efeitos secundários e interações. Os AINEs tópicos surgem como uma alternativa mais segura, com poucos efeitos adversos, dada a sua reduzida distribuição sistémica. Contudo, verifica-se alguma relutância na sua prescrição, causada por dúvidas quanto ao seu real potencial analgésico.

Objetivo: Rever a melhor evidência disponível sobre a eficácia analgésica dos AINEs tópicos em comparação com os AINEs orais em doentes com gonartrose.

Métodos: Pesquisaram-se normas de orientação clínica (NOC), revisões sistemáticas (RS), meta-análises e ensaios clínicos aleatorizados (ECA), publicados entre 2011 e 2021, nos idiomas português, inglês, francês e espanhol, usando os termos MeSH: *Osteoarthritis Knee; Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal; Therapeutics; Administration, Topical e Administration, Oral*. Foram utilizadas as fontes de dados: NGC, Guidelines Finder, CMA, AHRQ, The Cochrane Library, Bandolier, BMJ Evidence based Medicine, TRIP, DARE e Pubmed. Para avaliação do nível de evidência (NE) e atribuição de força de recomendação foi utilizada a Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) da American Academy of Family Physicians.

Resultados: Foram pré-selecionados 26 artigos, dos quais 8 cumpriam os critérios de inclusão: 3 NOC (NE 1, 2 e 3), 3 RS (NE 2), 1 RS com meta-análise (NE 2) e 1 ECA (NE 1). Os estudos são consistentes e apontam para a ausência de diferenças significativas entre a eficácia analgésica dos AINEs tópicos e dos AINEs orais no tratamento da gonartrose.

Discussão: Os estudos sugerem não existir diferença quanto à eficácia analgésica proporcionada por AINEs tópicos e por AINEs orais na gonartrose (SORT B). Este é um resultado clinicamente relevante, dada a elevada prevalência e morbidade desta patologia. Contudo, salienta-se a heterogeneidade dos estudos, que avaliam diferentes princípios ativos, esquemas posológicos distintos e utilizam diferentes medidas de avaliação de eficácia analgésica, sendo desejável a produção de evidência mais robusta neste âmbito.

CO 13

AValiação DA QUALIDADE PRESCRiÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR NUMA USF

Sílvia Sousa Neves; Mariana Rodrigues; Bárbara Barbosa; Rita Pereira; Tânia Coelho; Cristina Moura

USF VitaSaurium, AceS Baixo Mondego

Introdução: A lombalgia aguda é um motivo de consulta frequente nos cuidados de saúde primários. Estima-se que cerca de 70 a 80% da população seja afetada por um episódio de lombalgia nalgum período da sua vida, constituindo uma das principais causas de dor crónica e de absentismo laboral. A tomografia computadorizada da coluna lombar (TC lombar) é útil na avaliação de deformidade estrutural e constitui o exame inicial no estudo da lombalgia aguda com sinais de alarme e na lombalgia subaguda ou crónica nos cuidados de saúde primários. No entanto, em cerca de 85% dos indivíduos não se identifica nenhuma patologia específica, recupera em 4 a 6 semanas, e pode prescindir de exames de imagens.

Objetivos: Caracterizar os motivos subjacentes à requisição de TC lombar e avaliar a qualidade da prescrição da mesma no ano de 2020.

Métodos: Tipo de Estudo: Avaliação da qualidade. Dimensão estudada: Competência técnico-científica. Unidade de estudo: ficheiros dos médicos. Tipo de Avaliação: Interna retrospectiva. Foram analisadas as requisições de TC lombar durante o ano de 2020 através dos registos clínicos na aplicação SCLinico® e analisados no Microsoft Office Excel 2010®. Os critérios utilizados estão definidos na Norma Nº 47 de 26/12/2011 da DGS e as requisições classificadas como “adequada” ou “não adequada”.

Resultados: Foram requisitadas 65 TC lombar ao longo do ano de 2020. 57% dos utentes eram do sexo feminino e uma idade média de 55 anos. Verificou-se uma prescrição adequada da TC lombar em cerca 63% dos casos. Os motivos para a requisição de TC lombar foram a lombalgia crónica com défice neurológico (26,2%), subaguda sem melhoria após terapêutica (27,7%), reavaliação após cirurgia (3,1%), suspeita de fratura (4,6%) ou tumor (1,5%). A falta de informação à duração e evolução da sintomatologia (13,8%) e o pedido de tomografia no primeiro episódio de lombalgia (16,9%), foram as principais causas para “não adequação” do pedido.

Discussão: Segundo algumas recomendações, a ressonância magnética é considerada o exame de eleição quando existem sinais de alarme ou para confirmação de compressão radicular. Além disso, a TC lombar tem pouca utilidade em lombalgias crónica sem alterações da mesma, expondo os doentes a riscos desnecessários e aumentando os custos em Saúde.

Perante os resultados deste estudo verificou-se a necessidade de intervenção no sentido de sensibilizar os médicos na USF VitaSaurium para a melhoria dos registos clínicos e da qualidade da prescrição da TC lombar.

CO 14

FRATURAS DO ESCAFÓIDE – LEMBRAR PARA NÃO DEIXAR ESCAPAR

Margarida Coelho; Carlos João; André Santos; Laura Silva; Miguel Pereira; Daniel Melo; Lisa Pires; Ana Paula Sardo; Fernando Mautempo
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

O osso escafoide é o osso do carpo mais comumente fraturado. A fratura do escafoide ocorre mais frequentemente em homens entre os 15 e os 30 anos, sendo rara em crianças. O diagnóstico atempado revela-se importante, uma vez que uma fratura não diagnosticada e tratada rapidamente tem maior probabilidade de progredir para uma pseudoartrose, com necessidade de tratamento cirúrgico. Se a pseudoartrose persistir por um período de tempo significativo, quer falta de tratamento quer por falência terapêutica, o risco de evoluir para osteoartrite pós-traumática do punho é alto.

Uma das razões para a falha no diagnóstico prende-se com a baixa sensibilidade (de 80%) das radiografias do escafoide na primeira semana após a lesão. Assim, um alto índice de suspeição, a par de uma anamnese e exame físicos cuidados, são essenciais no diagnóstico. O mecanismo de lesão é tipicamente a hiperextensão forçada do punho, como acontece no caso de uma queda sobre a mão estendida. O doente queixa-se de dor na região radial do punho, que muitas vezes é ligeira. Os achados clínicos comuns ao exame físico incluem: dor na região da tabaqueira anatômica, dor à compressão do tubérculo escafoide e dor à compressão longitudinal do polegar. Quando estes 3 testes são positivos nas primeiras 24h após o traumatismo, apresentam uma sensibilidade de 87-100% e uma especificidade de 74%. Em caso de suspeita de fratura do escafoide e radiografia negativa, deverá ser considerada a colocação de uma tala imobilizadora do punho e a repetição da radiografia em 2 semanas.

Neste trabalho apresenta-se o caso de um jovem de 25 anos, que sofreu uma queda sobre a mão esquerda em extensão enquanto corria. Apesar de ter procurado assistência médica prontamente e de ter uma anamnese e exame objetivo sugestivos de fratura de escafoide, teve alta do serviço de urgência, porque não foi observada a fratura na radiografia do punho. Passado um ano, por persistência de dor no punho, repetiu a radiografia em contexto de consulta de Medicina do Trabalho, tendo sido diagnosticado um SNAC – colapso do carpo associado à pseudoartrose do escafoide – sequelar da fratura prévia. O trabalhador teve então que ser sujeito a cirurgia do punho, com subsequente imobilização do punho durante 6 semanas, e posterior reabilitação física.

CO 15

COSTELA CERVICAL – O CULPADO IMPROVÁVEL

Caldeano, A. R.; Ferreira, D.; Pereira, M.
USF Bordalo Pinheiro

Introdução: A compressão do plexo braquial, artéria subclávia e/ou veia subclávia na região do desfiladeiro torácico designa-se por Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT). A forma de apresentação mais comum desta síndrome envolve compromisso neurológico em 95% dos casos, sendo as complicações vasculares muito menos frequentes. De entre as causas passíveis de desencadear esta compressão destaca-se a presença de costelas cervicais. Esta condição é uma variante anatômica rara (incidência 0.45%-1.5%), geralmente assintomática e mais frequente no sexo feminino (7:3) entre as 2ª e 3ª décadas de vida. A cascata diagnóstica perante uma suspeita de SDT, inicia-se pela elaboração da história clínica detalhada, seguida de exames complementares de diagnóstico (ECDs) com vista à determinação da etiologia, a qual determinará a proposta de tratamento. Na maio-

ria das situações o tratamento é conservador. A cirurgia tem indicação em cerca 15% dos casos, sendo primeira linha na presença de alterações ósseas.

Relato de caso: Homem, 38 anos, eletricitista, casado, ciclo familiar de Duvall IV. Antecedentes pessoais: excesso de peso, abuso de tabaco e síndrome do túnel do carpo (STC) bilateral (Cirurgia à direita em 2014). Sem medicação habitual. Recorre aos CSP em março de 2021, em contexto de doença aguda, por cervibraquialgias mais intensas à esquerda, com irradiação aos 4º e 5º dedos da mão homolateral. A radiografia da coluna cervical evidenciou a presença de costelas cervicais bilateralmente e uncodiscartroses de C3 a C7. Da investigação clínica posterior apurou-se manter desde a adolescência episódios frequentes de cervibraquialgia à esquerda, associada a parestesias e sensação de choques elétricos, com irradiação aos dedos da mão e agravamento nos últimos meses. Negava hipotermia, cianose ou edemas dos membros superiores. Ao exame objetivo salienta-se dor à palpação da região cervical com manobras de Adson e de Allen positivas à esquerda. Foi pedida eletromiografia dos membros superiores para eventual confirmação de SDT provocado pela presença de costelas cervicais.

Conclusão: O caso apresentado mostra a necessidade de um diagnóstico abrangente, com atenção às causas menos prováveis das diferentes patologias. Frequentemente, os ECDs simples, como o Rx, fornecem informação diagnóstica valiosa. Apesar da presença de costelas cervicais ser uma variante anatómica rara, nesta situação pode estar na etiologia dos sintomas apresentados, determinando assim o percurso do tratamento.

CO 16

LOMBALGIA OCUPACIONAL: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Kamila Vasconcelos Neves Troper¹; Pedro Miguel Garcia Mestre²; Marlene Tagide Vieira Coimbra³

¹Hospital Fernando Fonseca - Interna da especialidade de Medicina do Trabalho; ²Hospital Fernando Fonseca - Interno da especialidade de Medicina do Trabalho; ³UNL - Escola Nacional de Saúde Pública - Mestrado Medicina do Trabalho

Introdução: A utilização da expressão “lombalgia ocupacional” refere-se àquela cujo surgimento ou piora esteja relacionada ao ofício do indivíduo. Acomete principalmente adultos jovens e é a maior causa isolada de transtorno relacionado ao trabalho, incluindo absentismo e incapacidade total ou parcial para o trabalho.

A saúde do trabalhador tem sido definida por um conjunto de ações de vigilância e assistência que visam a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da pessoa submetida aos riscos e agravos laborais. Dessa forma, deve-se reconhecer, avaliar, prevenir e analisar os fatores de riscos impostos pelo local de trabalho, pela forma em que é realizado o serviço, as condições do local, o clima, contato com substâncias nocivas, riscos de acidentes, de injúrias mentais e posturais. Sendo assim, fica mais provável a possibilidade de uma intervenção prévia a fim de evitar, eliminar ou controlar os danos causados no trabalho. A relação das lombalgias com o trabalho pode acontecer, basicamente, de três modos: aquelas que têm o trabalho como causa direta do adoecimento, aquelas para as quais o trabalho é um dos fatores envolvidos e, por último, aquelas em que o trabalho pode funcionar como agravante de problemas já existentes.

Objetivos: Reconhecer os principais fatores de risco relacionados à lombalgia ocupacional e as principais medidas preventivas.

Material e métodos: Revisão sistemática da

literatura com os descritores lombalgia ocupacional, dor lombar, fatores de risco musculoesqueléticos. Artigos publicados entre 2010 e 2021 em português, inglês e espanhol nas principais bases de dados: LILACS, BIREME, PUBMED.

Resultados: Encontraram-se inicialmente 2620 artigos. Numa segunda etapa, 124 artigos foram selecionados. Após a última seleção resultaram 22 artigos para análise.

Discussão/Conclusões: A lombalgia ocupacional, percebida pelo trabalhador como relacionada a solicitações do contexto laboral, é uma das principais causas de absenteísmo já descrita na literatura. Os principais fatores de risco identificados foram: levantamento manual de carga acima de 15 kg, vibração, jornadas intensas de trabalho, turno noturno, além de fatores psicossociais. O Índice de Massa Corporal, a idade, a história pregressa de lombalgia e o sedentarismo foram observados como fatores de risco individuais que contribuem ao agravamento. Os achados deste estudo podem servir à prevenção da lombalgia crônica através de programas realizados pelos serviços da Saúde Ocupacional.



Organização



Presidente das Jornadas

Luís Branco Amaral

Comissão Organizadora

Augusto Martins
Ana Ferrão
Diogo Constantino
Vicente Campos
Rui Gonçalves
Joana Correia
Marino Machado

Comissão Científica

Nuno Diogo
Nelson Carvalho
André Grenho
Frederico Teixeira
Sérgio Gonçalves
Pedro Dantas
Patrícia Rodrigues
Catarina Miguéns

Apoios



A. MENARINI PORTUGAL



Secretariado



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa

T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19

E: paula.cordeiro@admedic.pt | ana.montes@admedic.pt

W: www.admedic.pt