

# Urologia ao CENTRO

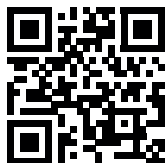
*A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE*

18 e 19 de maio de 2023

Hotel Dona Inês  
Coimbra



Imagem: Ad. Médico



Aceder à versão digital  
do programa com resumos

**PROGRAMA**  
Científico

## Intervenientes no programa

**Dra. Ana João Guerra**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dra. Ana Maria Ferreira**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dra. Bárbara Figueiredo**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Prof. Doutor Belmiro Parada**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dra. Carolina Nobre**

*USF Briosa*

**Dra. Célia Mendes**

*USF Figueiró dos Vinhos*

**Dra. Daniela Gomes**

*USF Serra da Lousã*

**Dr. Edgar Tavares da Silva**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. Edson Retroz**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. Gil Correia**

*USF CelaSaúde*

**Dr. Helder Balouta**

*USF São Martinho de Pombal*

**Dr. Henrique Dinis**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dra. Inês Pessanha**

*CHUC, Hospital Pediátrico de Coimbra, Serviço de Cirurgia Pediátrica*

**Dra. Iolanda Silva**

*USF Rainha Santa Isabel*

**Dra. Joana Alves**

*USF Briosa*

**Dr. João Lima**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. João Lorigo**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. João Marcelino**

*USF Cruz de Celas*

**Dr. José Alberto Pereira**

*CHUC/IPO Coimbra*

**Dr. José Pedro Lopes**

*CHUC, Hospital Pediátrico de Coimbra, Serviço de Cirurgia Pediátrica*

**Dr. Lorenzo Marconi**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. Luís Pimenta**

*USF CelaSaúde*

**Dr. Luís Sousa**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dra. Luísa Ramos**

*USF Serra da Lousã*

**Dr. Manuel Lopes**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dra. Maria João Samora**

*USF Rainha Santa Isabel*

**Dra. Marta Ferreira**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. Miguel Eliseu**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dra. Patrícia Mendes**

*CHUC, Serviço de Medicina Interna, Consulta de hipertensão e aterosclerose*

**Dr. Paulo Azinhais**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. Paulo Temido**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. Pedro Moreira**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. Pedro Nunes**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. Pedro Simões**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dra. Rafaela Ventura**

*UCSP Norte*

**Dra. Rita Marques**

*UCSP Soure*

**Dr. Roberto Jarimba**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dr. Rui Pedrosa**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dra. Susana Miguel**

*UCSP Montemor-o-Velho*

**Dra. Teresa Pascoal**

*USF Pulsar*

**Dr. Vasco Quaresma**

*CHUC, Serviço de Urologia de Transplantação Renal*

**Dra. Viviana Ribeiro**

*USF Penela*

# PROGRAMA CIENTÍFICO

QUINTA-FEIRA . 18 de MAIO . 2023

08:00h Abertura do Secretariado

## 09:00-10:00h SINTOMAS DO APARELHO URINÁRIO BAIXO MASCULINO

*Moderadores:* Dr. Henrique Dinis, Dr. Lorenzo Marconi e Dra. Rafaela Ventura

*Palestrantes:* Dra. Marta Ferreira e Dr. Hélder Balouta

- LUTS de esvaziamento – Tratamento médico e estudo na MGF.  
Indicações para referenciação para a consulta e exames que o doente deve realizar para essa mesma consulta
- LUTS de armazenamento
- Novos avanços no tratamento da HBP
- Sinais de alarme

## 10:00-11:00h DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS

*Moderadores:* Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo, Prof. Doutor Belmiro Parada e Dra. Joana Alves

*Palestrantes:* Dr. Vasco Quaresma e Dra. Carolina Nobre

- PSA – Quando começar? Quando terminar? Estudo possível na Medicina Geral e Familiar para esclarecimento de dúvidas diagnósticas.  
Abordagem ao doente com mais de 75 anos?
- Imagiologia renal – Imagiologia renal benigna, dúbia e maligna.  
Que exames pedir e quando.  
Quistos renais

11:00-11:30h Intervalo

## 11:30-12:00h Apresentação de Comunicações Orais

*Moderadores:* Dr. Miguel Eliseu e Dr. Roberto Jarimba

CO 01 | CO 02 | CO 03 | CO 04 | CO 05 | CO 06 | CO 15

## 12:00-13:00h INCONTINÊNCIA URINÁRIA

*Moderadores:* Dr. Miguel Eliseu, Dr. Paulo Temido e Dra. Maria João Samora

*Palestrantes:* Dr. Rui Pedrosa e Dra. Iolanda Silva

- Abordagem diagnóstica
- Papel do tratamento conservador e tratamento médico
- Beta3-agonistas: 10 anos depois, do desenvolvimento à prática clínica
- Critérios de referenciação – Qual o momento de pedir a consulta de urologia?

13:00-14:30h Almoço

14:30-15:00h **Visita aos Pósteres**

15:00-16:00h **UROLOGIA PEDIÁTRICA**

*Moderadoras:* Dra Inês Pessanha, Dra. Susana Miguel

*Palestrantes:* Dr. José Pedro Lopes e Dr. João Marcelino

- Fimose: Tratamento médico e idades para tratamento
- Testículo mal descido e testículo retráctil
- Hidronefrose
- Escroto agudo

16:00-16:30h Intervalo

16:30-17:30h **PATOLOGIA BENIGNA UROLÓGICA “GERAL”**

*Moderadores:* Dr. Edson Retroz, Dr. Roberto Jarimba e Dra. Luísa Ramos

*Palestrantes:* Dr. Manuel Lopes, Dra. Bárbara Figueiredo e Dra. Daniela Gomes

- Patologia dos genitais externos
- Carúncula uretral
- Hematúria microscópica

17:30h Fim das sessões do 1º dia

## SEXTA-FEIRA . 19 de MAIO . 2023

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-10:00h **ANDROLOGIA E DISFUNÇÕES SEXUAIS**

*Moderadores:* Dr. Luís Sousa, Dr. Edgar Tavares da Silva, Dra. Patrícia Mendes e Dr. Gil Correia

*Palestrantes:* Dr. João Lorigo, Dra. Ana Maria Ferreira e Dr. Luís Pimenta

- Abordagem ao doente com DE – Avaliação do risco CV, prova de esforço
- Início do tratamento na MGF
- Critérios de referenciação
- Ejaculação prematura – Como se aborda. Diferente papel da Urologia e da Sexologia

10:00-11:00h **LITÍASE RENAL**

*Moderadores:* Dr. Pedro Simões, Dr. Pedro Moreira e Dra. Célia Mendes

*Palestrantes:* Dr. José Alberto Pereira e Dra. Viviana Ribeiro

- Microlitíase renal – Papel da vigilância
- Terapêutica conservadora e médica da litíase no âmbito da MGF
- Doentes a referenciar para estudo BQ ou para tratamento

11:00-11:30h Intervalo

11:30-12:00h **Apresentação de Comunicações Orais**

*Moderadores:* Dr. Edgar Tavares da Silva e Dr. Pedro Moreira

CO 07 | CO 08 | CO 09 | CO 10 | CO 11 | CO 12 | CO 13 | CO 14

12:00-13:00h **SEGUIMENTO APÓS A ALTA**

*Moderadores:* Dr. Pedro Nunes, Dr. Paulo Azinhais, Dra. Teresa Pascoal

*Palestrantes:* Dr. João Lima, Dra. Ana João Guerra e Dra. Rita Marques

- O doente com alta do seguimento oncológico
- O doente com alta após tratamento de patologia benigna

13:00h Entrega de prémios e encerramento das Jornadas

# Urologia ao CENTRO

## A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

### COMUNICAÇÕES ORAIS

#### CO 01

#### MANUAL DE REFERENCIAÇÃO DA CONSULTA HOSPITALAR DE UROLOGIA DO HOSPITAL DE BRAGA

Mariana Capinha<sup>1</sup>; Mariana Capinha<sup>1</sup>; Sara Anacleto<sup>1</sup>; Ricardo Matos<sup>1</sup>; Catarina Tinoco<sup>1</sup>; Andreia Cardoso<sup>1</sup>; Ana Sofia Araújo<sup>1</sup>; Luís Pinto<sup>1</sup>; Emanuel Dias<sup>1</sup>; Mário Alves<sup>1</sup>; João Nuno Torres<sup>1</sup>; Paulo Mota<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Hospital de Braga*

**Introdução:** A carta de referenciação é o canal de comunicação entre os cuidados de saúde primários (CSP) e os cuidados de saúde secundários (CSS). A referenciação de um doente á consulta hospitalar tem como objetivo o seu acompanhamento especializado quando o tratamento se encontra fora do âmbito dos cuidados de saúde primários. O seguinte manual permite a padronização da referenciação e apresenta uma base científica objetivável que auxilia na tomada de decisão.

**Objetivos:** O seguinte trabalho tem como objetivo apresentar o manual de referenciação para a consulta hospitalar em vigor no Hospital de Braga.

**Material e métodos:** Para a realização do seguinte trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica exaustiva sobre catorze temas da Urologia geral.

**Resultados:** Cada tema encontra-se dividido em três tópicos: História clínica, métodos complementares de diagnóstico e tratamento de primeira linha. São apresentadas também

as situações de referenciação de cada tema após a falência do tratamento. É assim possível consultar os critérios de referenciação relativos aos seguintes temas: 1) sintomas do trato urinário inferior no homem/ retenção urinária, 2) sintomas do trato urinário inferior na mulher/ incontinência urinária, 3) infeções urinárias de repetição, 4) litíase urinária, 5) hematúria macroscópica, 6) hematúria microscópica, 7) PSA elevado/ adenocarcinoma da próstata, 8) lesão sólida renal, 9) lesão quística renal, 10) lesão da supra-renal, 11) disfunção erétil, 12) curvatura peniana, 13) varicocele/ hidrocele/ quistos do epidídimo e 14) infertilidade.

**Discussão/Conclusões:** O seguinte manual irá permitir a otimização do trabalho de ambas as partes que se irá repercutir numa melhor gestão das listas de espera e na poupança em despesas de saúde e em recursos humanos. Para finalizar, a referenciação dos doentes para os cuidados de saúde secundários difere consoante a região do país e o hospital de referenciação. Assim, seria de interesse a padronização da referenciação a nível nacional de modo a que esta fosse realizada de igual forma independentemente da área de residência do doente.

## CO 02

### "NEM TUDO É RISCO CARDIOVASCULAR" – O PARADIGMA DOS iPDE-5

Margarida Guilherme<sup>1</sup>; M<sup>o</sup> João Marques<sup>1</sup>;  
Rebeca Cunha<sup>1</sup>; Marina Pires<sup>1</sup>; Carlos Cardoso<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF Trilhos Dueca; <sup>2</sup>USF Condeixa

**Introdução:** A doença cardiovascular e a saúde sexual partilham fatores de risco e mecanismos mediadores. A disfunção erétil (DE) é um fator de risco significativo e independente para eventos cardiovasculares e mortalidade, podendo ser vista como um marcador precoce de dano vascular. Hipotetizou ser-se possível reconhecer uma conexão bilateral, analisando tendências de prescrição de inibidores seletivos da fosfodiesterase 5 (iPDE-5), cuja indicação primária é o tratamento da DE, e variações nos indicadores relacionados com fatores de risco cardiovascular (FRCV).

**Objectivo:** Fazer uma leitura da realidade de prescrição de iPDE-5 e controlo de fatores de risco cardiovascular, nos cuidados de saúde primários (CSP).

**Metodologia:** Estudo observacional descritivo realizado entre janeiro e fevereiro de 2023, através de colheita de dados do 'BI-CSP' relativos aos anos de 2020 a 2022 inclusive, estudando-se a tendência de prescrição de iPDE-5 a homens inscritos nos CSP com médico de família atribuído e a tendência de variação de indicadores nesse intervalo de tempo, relativos a FRCV, como HTA e DM; nas diversas ARS. Realizada estatística descritiva e calculadas dinâmicas de crescimento e variação em Excel<sup>®</sup>.

**Resultados e conclusões:** Entre 2020 e 2022 prescreveram-se 519 240 embalagens de iPDE-5. Destas, 59,97% foram prescritas em contexto de medicina privada e 62% a homens com menos de 65 anos. A nível nacional, verificou-se uma diminuição de homens inscritos nos CSP com médico atribuído (exceto na ARS Norte), um aumento da prescrição de iPDE-5 em todo o território, e uma melhoria geral dos

indicadores de controlo de FRCV. A prescrição de iPDE-5 per capita é maior na ARS LVT, seguida da Norte, Centro, Algarve e Alentejo. O crescimento de prescrição na ARS Norte foi o mais subtil. Excetuando a ARS Algarve, nos sítios com menor índice de cumprimento de indicadores, existe maior variação positiva de prescrição de iPDE-5.

Considerando a variação positiva na prescrição de iPDE-5 e no controlo dos valores de TA, será que os alvos de TA propostos estão a ser atingidos à custa de terapêutica que impacte a função erétil? Se, por um lado, o primeiro sinal de uma TA descompensada possa ser a DE, por outro, um frequente efeito secundário de alguns tipos de tratamento anti-hipertensivo é a DE. Esta dualidade é problemática e impõe cautela na gestão da saúde sexual do homem hipertensivo, a quem o anti-HT mais prescrito nos CSP é o bisoprolol.

Por fim, se há menos homens nos CSP, mas mais prescrições de iPDE-5 por parte do MGF, significa que a nossa especialidade tem estado mais sensibilizada para estas questões. Temos *guidelines* que nos exigem alvos cada vez mais exigentes, mas até que ponto os utentes exercem um verdadeiro consentimento informado no diagnóstico e tratamento dos seus FRCV? Que peso tem a qualidade de vida? Que peso tem a prevenção quaternária? Onde entra a medicina centrada na pessoa? Afinal, nem tudo é risco cardiovascular.

## CO 03

### EXERCÍCIOS MUSCULARES DO ASSOALHO PÉLVICO APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Vânia Oliveira<sup>1</sup>; Tânia Coelho<sup>1</sup>; Tiago Santos<sup>1</sup>;  
João Martins<sup>1</sup>; Paula Miranda<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Vitasaurium

**Introdução:** O cancro da próstata é dos mais comuns no homem e a prevalência aumenta com a idade. A prostatectomia radical (PR) é uma opção terapêutica em doentes com ex-

pectativa de vida > 10 anos e sem metástases. Com a diminuição da mortalidade desta doença, os efeitos colaterais do seu tratamento assumem um novo nível de importância. Até 75% dos homens após a PR relatam incontinência urinária e é essa adversidade iatrogénica que tem mais impacto na qualidade de vida pós-cirurgia. A incontinência iatrogénica, geralmente, diminui com o tempo, mas 5–20% dos homens continuarão a ter algum grau de incontinência 1–2 anos após a cirurgia. As terapêuticas comportamentais não invasivas - dieta, treino da bexiga, exercícios musculares do assoalho pélvico (EMAP), *biofeedback* (BFB) e estimulação elétrica funcional - devem constituir a primeira linha de tratamento da incontinência, em casos elegíveis. Os EMAP, definidos por Arnold Kegel, pretendem aumentar o volume muscular e a força de contração aquando do aumento da pressão intra-abdominal.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia dos EMAP na prevenção e tratamento da incontinência urinária pós-PR, baseado numa revisão da literatura.

**Material e métodos:** Definiu-se o P (homens prostatectomizados), I (EMAP), C (ausência de EMAP), O (efeito na continência urinária). Posteriormente, fez-se uma pesquisa na base de dados PubMed, aplicando os termos “*Urinary Incontinence*” [Mesh] AND “*Prostatectomy*” [Mesh] AND Kegel, com obtenção de 16 artigos. Destes, selecionaram-se 12 artigos, pela leitura dos respetivos resumos, dos quais se conseguiram obter 10, datados entre 2005 - 2022. Foi aplicada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), para avaliação dos níveis de evidência (NE) e força de recomendação (FR).

**Resultados e conclusões:** Da pesquisa obtiveram-se 5 ensaios clínicos controlados randomizados, 1 revisão narrativa e 4 estudos caso-controlado, com NE a variar entre 1 e 3. Prevê-se uma recuperação mais célere da continência quando se institui EMAP no pós-operatório imediato, sobretudo em diabéticos com próstatas volumosas (FR B). O método pode ser ensina-

do no pré-operatório (FR A). Os programas de reabilitação devem ser individualizados e adaptados ao tipo de incontinência presente e ao tónus da musculatura do assoalho pélvico sendo, provavelmente, vantajosa a combinação de técnicas assistidas (EMAP + BFB/ pilates/ treino da interrupção da micção/ concentração dirigida ao EMAP). (FR B) Os EMAP são facilmente administrados por profissionais de saúde, baratos, eficazes e sem efeitos colaterais, mas é um método dependente do doente, o que pode ser deletério da adesão. Adicionalmente, os requisitos de memória tornam-se problemáticos com o envelhecimento.

## CO 04

### RASTREIO DO CANCRO DA PRÓSTATA – DA CONTROVÉRSIA À REALIDADE DE UMA USF

Tânia Coelho<sup>1</sup>; Vânia Mendes de Oliveira<sup>1</sup>; Tiago Silva Santos<sup>1</sup>; Rita Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Vitasaurium

**Introdução:** O cancro da próstata é a segunda neoplasia mais frequente no homem e o rastreio faz-se através da pesquisa do Antígeno Prostático Específico (PSA). A US *Preventive Services Task Force* não recomenda este rastreio para homens acima dos 70 anos e recomenda que, para homens entre os 55 e os 69 anos, os riscos e benefícios do rastreio sejam discutidos com o utente para que a decisão seja individualizada. A direção Geral da Saúde recomenda que o rastreio oportunístico só deve ser realizado entre os 50 e os 75 anos e não recomenda a realização de rastreio populacional desta neoplasia.

**Objetivos:** Analisar os novos diagnósticos de neoplasia da próstata numa unidade de saúde comparativamente com a prescrição de PSA.

**Material e métodos:** Obtenção da lista de utentes com diagnóstico de novo de neoplasia da próstata, durante 1 ano numa unidade de saúde, com recurso ao MIM@UF®. Análise dos processos clínicos quanto a: idade, PSA ao diagnóstico, tempo decorrido desde o PSA



anterior e presença de sintomatologia ao diagnóstico. Obtenção do número de PSA prescritos durante o mesmo ano e dos gastos associados a essa prescrição.

**Resultados e conclusões:** Durante o ano de 2022 foram diagnosticados com neoplasia maligna da próstata 12 homens, com média de idade de 67 anos (mín. 53, máx. 81), com PSA médio ao diagnóstico de 28,5ng/mL (mín. 3.46, máx. 95.76). Destes homens, quatro (53-77 anos de idade) nunca tinham realizado avaliação do PSA previamente ao diagnóstico. Dos utentes que já tinham feito avaliação prévia do PSA, a última tinha sido realizada em média há 3.25 anos (mín. 1, máx. 8).

Dos utentes a quem foi pedido PSA, apenas 3 apresentavam sintomas *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS). Na unidade foram prescritas, durante 2022, 1031 requisições de PSA, correspondendo a um custo de 9794€.

O Médico de Família tem um papel fundamental na prevenção secundária, disponibilizando à população os vários rastreios disponíveis, informando acerca dos riscos e benefícios de cada rastreio. O rastreio do cancro da próstata é ainda controverso entre a comunidade científica. Este trabalho ilustra a realidade de uma unidade: se por um lado é necessário gastar quase 10000€ em prescrição de PSA para diagnosticar 12 neoplasias, por outro temos doentes que nunca tinham realizado este rastreio e cujo diagnóstico poderia ter sido feito de forma mais precoce.

## CO 05

### **AValiação DA PRESCRIÇÃO DE QUINOLONAS NO TRATAMENTO DE ITU'S NUMA USF**

Ana Carolina Pereira<sup>1</sup>; Carlos Braga<sup>1</sup>; Joana Santos<sup>1</sup>; Paulo Almeida<sup>1</sup>; Ana Rufino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Norton de Matos-Coimbra

**Introdução:** O desenvolvimento dos antibióticos tem sido acompanhado por um aumento das resistências aos mesmos graças ao aumento da utilização de antibióticos e ao seu consumo irra-

cional, o que representa um problema de saúde pública global. As quinolonas encontram-se entre os antibióticos mais associados ao desenvolvimento de resistências e com uma ampla gama de efeitos adversos. Pelo que é essencial a prescrição adequada e racional dos diversos antibióticos visando a diminuição do surgimento de novas resistências.

**Objetivos:** Análise da prescrição de quinolonas para o tratamento de infeções do trato urinário em utentes pertencentes a uma USF.

**Material e métodos:** Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. A amostra consiste em utentes com registo de prescrição de quinolonas pela unidade funcional em estudo durante o período de 1 de janeiro de 2021 a 30 de junho de 2022. Realizou-se uma base de dados anonimizada, com os dados colhidos através da consulta dos programas SClínic© e PEM© por parte do gabinete de informática da ARS Centro: sexo, idade, prescrição de quinolonas e respetiva substância ativa e codificação ICPC-2 no A do SOAP. Selecionaram-se apenas as prescrições de Quinolonas relacionadas com os seguintes códigos: U70 – pielonefrite/pielite ; U71 - cistite / infeção urinária outra; Y73 – prostatite.

**Resultados e conclusões:** Durante o período em estudo foram identificadas 97 prescrições de quinolonas, sendo 88,7% das prescrições atribuídas a Cistite, 6,2% atribuídas a Prostatite e 5,1% a Pielonefrite. Destas 97 prescrições também se verificou que 58,8% ocorreram no sexo feminino e a maioria das prescrições foi como tratamento de primeira linha, o que contraria as *guidelines* mais recentes . De notar que uma das grandes limitações deste trabalho passa pela ausência de registos clínicos completos, que por vezes limitava a interpretação da prescrição. Assim, este trabalho permitiu a sensibilização da equipa médica para a adequação da prescrição farmacológica de acordo com as normas atualizadas e o reforço do seu papel fundamental no controlo do surgimento de novas resistências.

## CO 06

### TERÁ A DESMOPRESSINA UM PAPEL NA REDUÇÃO DA NOCTÚRIA ASSOCIADA A HBP? – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Carolina Moura Pereira<sup>1</sup>; Carlos Braga<sup>1</sup>;  
Joana Santos<sup>1</sup>; Paulo Almeida<sup>1</sup>; Ana Rufino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Norton de Matos-Coimbra

**Introdução:** A noctúria define-se como o aumento da frequência urinária no período noturno,  $\geq 2x$ /noite. A poliúria noturna (PN) é definida como um aumento do débito urinário noturno, correspondendo a aproximadamente 33% do débito urinário total diário, e é uma das principais causas de noctúria. A PN frequentemente coexiste com os sintomas do trato urinário inferior relacionados com a hiperplasia benigna da próstata (HBP) e pode não responder ao tratamento farmacológico convencional da HBP, sendo que de acordo com um estudo 83% dos homens com noctúria apresentam PN. Neste contexto surge então a desmopressina, que é um análogo sintético hormona anti-durético e está recomendada em patologias poliúricas como a enurese noturna primária ou a diabetes insípida central. Assim, esta revisão pretende avaliar se o uso de desmopressina terá um papel de relevo no tratamento da noctúria relacionada com HBP.

**Objetivos:** Efetuar uma revisão baseada na evidência sobre a eficácia da desmopressina na redução da noctúria associada a HBP.

**Material e métodos:** Selecionaram-se artigos segundo os critérios de inclusão. População: homens com noctúria relacionada com HBP. Intervenção: uso de desmopressina. Comparador: Sem tratamento ou com tratamento adicional/placebo. *Outcome:* melhoria da frequência urinária. Pesquisaram-se normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos originais, publicados em português ou inglês, desde 2000. Foram utilizados os termos MeSH "Deamino Arginine Vasopressin" e "Prostatic Hyperplasia". Das bases de dados usadas,

salientam-se Cochrane Library, National *Guideline* Clearinghouse, Pubmed e Sociedades de Urologia. Foi utilizada a *Strenght of Recommendation Taxonomy* (SORT) da American Family Physician para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação.

**Resultados e conclusões:** Obtiveram-se 10 artigos, tendo-se excluído os duplicados e os que não cumpriam os critérios de inclusão. Selecionaram-se 7 artigos: 2 revisões sistemáticas, 2 RCT, 1 CT e 2 *guidelines*. As limitações encontradas correspondem a amostras reduzidas, heterogeneidade da população e das medidas instituídas. Após a análise dos diferentes artigos verificou-se que existe uma melhoria da noctúria associada a poliúria noturna na HBP com o tratamento com desmopressina, com prolongamento do sono até à primeira micção e diminuição da frequência urinária noturna. Não se verificou um aumento significativo dos efeitos adversos, mas destaca-se o risco de hiponatremia. A associação de desmopressina com um bloqueador alfa mostrou ter efeito sinérgico na melhoria da noctúria. Assim, sendo a noctúria na HBP atribuível em grande parte à poliúria noturna, o uso de desmopressina deve ser equacionado como uma opção terapêutica.

## CO 07

### HEMATÚRIA, RED FLAGS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gabriela Lopez<sup>1</sup>; Claudia Silva<sup>1</sup>; Catarina Monteiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Carolina Beatriz Angelo

**Introdução:** A hematúria é um problema frequente na prática clínica. Pode ser dividida em microscópica e macroscópica, esta última requer avaliação urológica completa por tratar-se da forma mais comum de apresentação da neoplasia urotelial. Ainda não há consenso entre as diretrizes relacionadas a quais pacientes requerem investigação para hematúria. A hematúria nos Cuidados de Saúde Primários está associada a valores preditivos positivos de 1-10%

para cancro de bexiga, é maior em homens (5-14%) e aumenta com a idade (até 22,1%) (NICE 2020). O cancro de bexiga é o 10º cancro mais comum em todo o mundo (WHO 2020).

**Descrição do caso:** Homem de 70 anos, farmacêutico, com antecedentes pessoais de dislipidemia, Hipertensão Arterial (HTA), doença isquémica, medicado com simvastatina 20mg, bisoprolol 5mg, perindopril+ indapamida 10mg+5mg. Nega hábitos tabágicos, etanólicos, toxicofílicos ou antecedentes familiares de relevo. Recorre a consulta aberta por quadro de vários dias de disúria, polaquiúria, hematúria macroscópica, nega febre, nega traumatismos, exercício físico intenso ou esforços, nega episódios de hematúria prévios, refere ainda queixas de cansaço de várias semanas de evolução. Teste combur com sangue ++, nitritos +, foi lhe diagnosticado cistite com a indicação de cumprir antibioterapia, após colheita de uro cultura e foi lhe indicado fazer ecografia vesical e renal, BH, química sanguínea e PSA total. Após 2 meses, em consulta de seguimento, mantém queixas de hematúria intermitente, traz resultado negativo da uro-cultura, ecografia renal com litíase de 13mm sem aparente hidronefrose e presença de quistos renais (o maior com 11mm no rim esq.) e na ecografia vesical, na parede lateral direita da bexiga, próximo do meato ureteral direito presença de irregularidade de 12mm. Perante a presença de múltiplas alterações ao nível renal e vesical e na suspeita de malignidade foi encaminhado para consulta de urologia ao nível hospitalar. Após 3 meses foi lhe realizado RTU (Ressecção Transuretral) com obtenção de fragmentos de tumor vesical tendo sido diagnosticado de Carcinoma urotelial papilar não invasor.

**Comentário:** O médico de família representa a primeira linha de intervenção relativamente à patologia urológica, nomeadamente no sexo masculino, pelo que assume um papel importante na abordagem. Com este caso clínico pretendeu-se chamar a atenção para os fatores

de risco ou “*red flags*” para neoplasia urológica vesical: hematúria assintomática, associada a fatores de risco, idade avançada, possíveis antecedentes de exposição ocupacional, que aumentam a suspeita diagnóstica para patologia neoplásica, fazer um diagnóstico célere e uma referenciação atempada à consulta de especialidade.

## CO 08

### TESTE DE RASTREIO DE HPV NOS HOMENS – DEVE SER FEITO?

Hélder Balouta<sup>1</sup>; Carolina Aires<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF São Martinho Pombal

**Introdução:** O papiloma vírus humano (HPV) é, segundo a Organização Mundial de Saúde, a infeção viral mais comum do aparelho reprodutivo e a doença sexualmente transmissível mais prevalente em todo o mundo. A maioria das homens e mulheres sexualmente ativos serão infetados em algum momento das suas vidas, podendo até ser reinfetados. Os fatores de risco incluem a coitarca precoce, o número de parceiros sexuais e o sexo oral. Mais de 90% dos indivíduos infetados eliminam a infeção espontaneamente. Existem cerca de 200 tipos de HPV e pelo menos 40 podem infetar a área anal e genital.

**Objetivos:** Aferir a existência de métodos de rastreio definidos e validados para o diagnóstico de infeção de HPV nos homens.

**Materiais e métodos:** Recorreu-se à Pub-Med e à Cochrane Library utilizando as palavras-chave selecionadas. O ponto de partida foi a revisão sistemática mais atual do tema e todos os artigos posteriores. Como critérios de inclusão considerou-se a presença das palavras-chave, artigos escritos em inglês e texto disponível integralmente. Como critérios de exclusão considerou-se a ausência das palavras-chave, artigos noutra idioma que não o inglês, o rastreio pós diagnóstico de cancro do colo do útero, bem como estudos que avaliavam apenas a relação da presença de HPV e diferentes neoplasias.

**Resultados e conclusões:** Inicialmente obtiveram-se 34 artigos, reduzidos para 9 aplicando os critérios de exclusão. Destes, apenas 5 cumpriam o âmbito deste trabalho. Após análise concluiu-se que há sugestões de técnicas de rastreio embora sobretudo orientadas em indivíduos com lesão neoplásica verificando-se a presença ou não do HPV. Num estudo no Japão, em doentes com carcinoma urotelial a técnica de hibridização de RNA in situ (RNAscope) teve melhores resultados na deteção do HPV comparando com a imunohistoquímica ou PCR. Na China constatou-se que a pesquisa de DNA de HPV na urina era mais fiável em mulheres do que em homens. O uso do anticorpo HPV16-L1 DRH1 também foi considerado, apresentando elevada sensibilidade e especificidade na deteção de HPV16. O rastreio por citologia da região anal foi hipótese em 2 estudos analisados. Apesar da mortalidade e morbilidade associadas a lesões como consequência direta da infeção por HPV, o Centro Americano de Controlo e Prevenção de Doenças não recomenda, atualmente, o teste de HPV em homens. A literatura apoia este facto pela elevada prevalência da infeção, a falta de um teste aprovado pela US *Food and Drug Administration* para o HPV nos homens, e a inexistência de terapia adequada para a infeção estabelecida. Embora o uso de técnicas de rastreio do HPV por rotina pareça desnecessário na população masculina, estudos recentes sugerem que a incidência e prevalência da infeção por HPV são mais elevadas em populações de alto risco, como homens que fazem sexo com homens e homens seropositivos, justificando a adoção de rastreios adicionais que ainda não estão estabelecidos nem aprovados.

## CO 09

### ABORDAGEM DAS INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO NO HOMEM: A EXPERIÊNCIA DE DUAS UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Soraia Vaz Osório<sup>1</sup>; Inês Guimarães<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF João Semana; <sup>2</sup>USF Laços

**Introdução:** As infeções do trato urinário (ITU) são uma patologia frequente nos Cuidados de Saúde Primários. As ITUs no homem, embora sejam menos comuns, constituem uma causa frequente de ida à consulta em contexto agudo. A causa mais comum da ITU no homem está relacionada com processos obstrutivos das vias urinárias, frequentemente devido a patologia prostática. As normas de orientação clínica (NOC) nesta população recomendam o pedido de urocultura (UC) previamente ao início do tratamento e a duração do mesmo deve ser de 7-10 dias. O médico de família deve estar familiarizado com as recomendações com maior evidência científica de forma a otimizar a prática clínica.

**Objetivos:** Avaliar a abordagem da ITU em utentes do sexo masculino com diagnóstico de cistite. Secundariamente avaliar e comparar a abordagem em duas Unidade de Saúde Familiar (USF).

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo observacional, analítico e transversal. A amostra foi obtida através da plataforma MIM@UF. Foram incluídos todos os homens inscritos nas USFs, com idade  $\geq 18$  anos, com episódios com codificação ICPC-2, U71, em 2022. Critérios de exclusão: observação e antibioterapia instituída em outra instituição. Foi utilizado o SClinico® para a colheita de dados clínicos e sociodemográficos: pedido de UC, antibioterapia, episódios prévios de ITU, recidivas e fatores de risco para ITU. Para a análise estatística foi utilizado o SPSS®.

**Resultados e conclusão:** Foram identificados 91 doentes com episódios de cistite em 2022, dos quais 79 (86,81%) cumpriam os critérios

de inclusão, 24 da USF A (30,4%) e 55 da USF B (69,6%). A média de idades foi 68.04 ( $\pm 19,71$ ) anos. A *E. coli* foi o agente microbiano isolado mais frequente (66,7%). Em relação aos fatores de risco para ITU, apresentavam DM tipo 2 (n=19; 24,4%), hipertrofia prostática (n=28; 35,9%) e litíase urinária (n=7; 8,9%). Os antibióticos em 1ª linha mais prescritos foram a amoxicilina + ácido clavulânico (n=16 (20,3%) de 875+125mg e n=14 (17,7%) de 500+125mg) e a ciprofloxacina 500mg (n=15; 19,0%). A USF B tendencialmente prescreve mais quinolonas em 1ª linha (n=15; 27,3%), mas sem significância estatística (p=0,310). Em 58,2% dos doentes, o tratamento teve duração 7-10 dias (n=46). No que concerne ao pedido de UC, na USF A foram pedidas em 17 doentes (70,8%) enquanto na USF B em 24 doentes (43,6%), sendo esta diferença estatisticamente significativa (p=0,026).

Com os resultados deste estudo pode-se verificar que há ainda algumas discrepâncias na abordagem das ITUs no homem, nomeadamente na terapêutica instituída e na prescrição de UC. Este estudo vem mostrar a importância da revisão das NOCs, constituindo uma oportunidade de discussão e melhoria em equipa de procedimentos e práticas clínicas.

## CO 10

### A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE PARES

Pedro Azevedo<sup>1</sup>; Sara Pinheiro<sup>1</sup>; Ana Sofia Oliveira<sup>1</sup>; Salomé Silva<sup>1</sup>; João Quadrado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF PULSAR

**Introdução:** A comunicação entre especialidades hospitalares e cuidados de saúde primários é fundamental para garantir um seguimento clínico de excelência. A existência desta “ponte” favorece o acompanhamento dos doentes, conciliando a orientação hospitalar mais espaçada com a proximidade inerente aos cuidados de saúde primários.

**Descrição do caso:** Sexo feminino, 73 anos,

autónoma, estadio VIII do ciclo de vida de Duvall, antecedentes de neoplasia do colo do útero, submetida a operação de Wertheim-Meigs, RT e QT adjuvante, há 20 anos, epilepsia, hipertensão arterial, incontinência urinária, acidente isquémico transitório, nefrostomias bilaterais durante 11 anos. Com sequelas de ureterite rádica e uretero-hidronefrose bilateral e consequente substituição ileal completa dos ureteres e cistoplastia de aumento. Acompanhada em consultas de Urologia no CHUC, com periodicidade anual, pelos antecedentes e quadro de incontinência urinária grave. Por indicação do Urologista, realiza regularmente lavagens vesicais no centro de saúde ou no domicílio. Por causa das marcadas alterações do trato urinário, quer estruturais quer funcionais, bem como pela utilização regular de sondas urinárias, apresenta infeções urinárias de repetição, com sintomatologia pouco específica, pelo que tem necessitado de antibioterapia recorrentemente e acompanhamento em consulta no médico de família.

**Discussão/Conclusão:** Estamos na presença de uma doente que, pelos antecedentes que possui, necessita de um acompanhamento regular. A periodicidade da consulta hospitalar não cobre as necessidades da pessoa, levando a que esta dependa largamente dos cuidados de saúde primários, seja pelas infeções urinárias de repetição, que têm de ser orientadas, ou pela lavagem vesical regular. Por esta razão, tem de existir um fluxo de comunicação constante e claro, que permita rentabilizar as vantagens de cada área, permitir uma utilização rentável dos recursos e fornecer o acompanhamento mais rigoroso possível aos utentes, que se sentirão confiantes e comprometidos com os planos estabelecidos.

## CO 11

### QUAL O PAPEL DO *SERENOA REPENS* NA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA? – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

João Figueiredo<sup>1</sup>; Ana Rita Laranjeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Nautilus; <sup>2</sup>USF Araceti

**Introdução:** A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma patologia frequente em homens, caracterizando-se pelo aumento do tamanho da glândula prostática. Este pode levar à compressão da uretra e, conseqüentemente, a sintomas do trato urinário inferior (LUTS), com impacto importante na qualidade de vida. Dependendo da severidade dos sintomas, o tratamento da HBP pode ir desde a vigilância até terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica. Existem várias terapêuticas farmacológicas possíveis, como bloqueadores  $\alpha$ -1, inibidores da 5 $\alpha$ -redutase, entre outros. A fitoterapia é também frequentemente usada na prática clínica, especialmente o extrato de *Serenoa Repens* (ESR), também conhecido como Saw palmetto, e derivado de uma planta nativa da América.

**Objetivo:** Reunir evidência sobre a eficácia e segurança do ESR no tratamento da HBP.

**Materiais e métodos:** Revisão baseada na evidência. Critérios de inclusão pela metodologia PICO - População: Homens com HBP com LUTS moderados a severos; Intervenção: tratamento farmacológico com ESR; Comparação: eficácia e segurança de diferentes terapêuticas farmacológicas usadas na HBP; *Outcomes*: melhoria sintomática e efeitos adversos. Pesquisa de ensaios clínicos randomizados e controlados (RCT), revisões clássicas (RC), revisões sistemáticas (RS) e meta-análises (MA), em inglês, publicados de janeiro/2018 a março/2023, nas bases de dados Pubmed<sup>®</sup>/MEDLINE<sup>®</sup> e Cochrane Library<sup>®</sup>, utilizando os termos MESH “*Serenoa Repens*” e “*Prostatic Hyperplasia/drug therapy*” em combinação. Pesquisa acessória de *guidelines* acerca do tema. Utilizada a escala SORT para atribuição de níveis de evidência e forças de recomendação.

**Resultados e conclusões:** Listados 27 artigos e 1 *guideline* após a pesquisa, eliminando duplicados. Excluídos 16 artigos após leitura do título e/ou resumo. Foram incluídos 11 artigos no total (4 RCT, 2 RC, 2 RS e 3 MA) e 1 *guideline*. Os resultados da literatura analisada demonstraram, de uma forma geral, que o ESR tem efeito similar comparando com a tansulosina e eficácia superior em comparação com placebo, no tratamento da HBP sintomática. Contudo, há a referir que, na *guideline* apresentada e em alguns artigos, é identificada diferença de eficácia importante relativa ao extracto hexânico, que parece ser aquele com maior benefício comprovado. No que diz respeito à segurança, verificou-se que o ESR apresentou menos efeitos secundários, nomeadamente relacionados com a função sexual, em comparação com as terapêuticas referidas, e elevada tolerabilidade. Atendendo à similaridade/superioridade da eficácia e à segurança do ESR, sugerida pela literatura, surge como uma opção útil para homens com HBP sintomática. Assim, preconiza-se a utilização deste fármaco nas doses de 160mg, 1 cápsula em formulação oral, 2 vezes por dia (ou 2 cápsulas, 1 vez por dia). No entanto, existe ainda necessidade de definir a subpopulação com maior benefício desta terapêutica.

## CO 12

### MELHORIA CONTÍNUA NA PRESCRIÇÃO DE QUINOLONAS –RESULTADOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Ana Raquel Dias<sup>1</sup>; Afonso Carvalho<sup>1</sup>; Márcia Moreira Costa<sup>1</sup>; Ângela Costa<sup>1</sup>; Ana Margarida Adão<sup>1</sup>; Anabela Andrade<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Senhora de Vagos

**Introdução:** As infeções bacterianas constituem grande motivo de consultas nos cuidados de saúde primários. As indicações para a prescrição de quinolonas neste âmbito é limitada e o seu uso excessivo pode levar a problemas de resistência antibiótica e efeitos adversos graves.

**Objetivos:** Primário: Reduzir a taxa de prescri-



ção de quinolonas. Secundário: Melhorar a qualidade da prescrição de quinolonas.

**Material e métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo e longitudinal. Amostra: Utentes com prescrição de quinolonas. A colheita dos dados de prescrição foi realizada pelo BI-CSP; a pesquisa dos utentes pelo MI@MUF. Períodos de colheita: 2º trimestre 2022 (pré-intervenção), 4º trimestre 2022 (pós-intervenção). Intervenção: Descrição e adequabilidade dos casos com prescrição de quinolonas e formação dos profissionais em antibioterapia.

**Resultados e conclusões:** Taxa de prescrição de quinolonas, considerando dose diária definida, variou de 8% para 3,2%, pós-intervenção. Prescrições em inconformidade diminuíram de 10 para 8 casos. Principal motivo de prescrição: Cistite não complicada em homem. O ciclo de melhoria contínua foi bem-sucedido no seu objetivo primário dada a redução da taxa de quinolonas prescritas, cumprindo o critério de melhoria estabelecido. Contudo, o mesmo não aconteceu relativamente à qualidade da prescrição, consequência do elevado número de inconformidades, pelo que será necessário implementar novas estratégias de melhoria e correção. A implementação de um ciclo de melhoria contínua pode ser uma estratégia eficaz na redução do uso de quinolonas, promovendo a qualidade da prescrição de antibióticos. É necessário verificar os problemas que permanecem na prescrição e intervir de forma a melhorar a segurança do doente e a atuação sob *a legis artis*.

## CO 13

### INCONTINÊNCIA URINÁRIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, COM QUE ESTAMOS A TRATAR?

Gabriela Lopez<sup>1</sup>; Cláudia Silva<sup>1</sup>; Catarina Monteiro<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Carolina Beatriz Angelo

**Introdução:** De acordo com a *International Continence Society* (ICS), incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina. É uma con-

dição prevalente na população acima dos 60 anos (WHO 2017). Segundo o Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021 a prevalência da IU em mulheres com idade superior a 20 anos, não grávidas, varia entre 25 e 45%. Estima-se na população idosa uma prevalência entre 9.9% a 36.1%, este valor é 2 vezes mais alto nas mulheres. A incontinência urinária tem um profundo impacto no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas, pelo que o principal objetivo das intervenções é melhorar a continência, reduzindo a frequência dos episódios de incontinência urinária.

**Objetivos:** Conhecer qual é a abordagem terapêutica dos utentes com diagnóstico ativo codificados com o ICPC2: U04. Incontinência Urinária, de um ficheiro médico numa Unidade de Saúde Familiar (USF), e o seu impacto na qualidade de vida.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo longitudinal de avaliação Interna. Unidade de estudo e critérios de avaliação: Utentes do sexo masculino e feminino, acima dos 18 anos, codificados com o diagnóstico ICPC2: U04. Incontinência Urinária (IU) num ficheiro médico de uma USF. Fonte e tratamento dos dados: MIM@UF®, SciLí-nico®, PEM® e Excel Microsoft Office 2019®.

**Resultados e conclusões:** foram analisados 47 utentes que cumpriam o critério diagnóstico ICPC2: U04. IU, de um ficheiro médico de uma USF, dos quais 94% (44 utentes) do sexo feminino e 6% (3 utentes) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 42 e os 91 anos de idade. Encontrou-se outros diagnósticos concomitantes de relevo, dos quais, 36% (8 utentes) com excesso de peso, 14% (3 utentes) com obesidade, 32% (7 utentes) com Diabetes Mellitus, 14% (7 utentes) com obstipação, 4% (1 utente) Hipertensão Arterial, 1 com episódio de pielonefrite, 2 utentes homens com Hiperplasia prostática benigna. Relativamente à abordagem terapêutica de incontinência urinária, encontrou-se que: 7% (2 homens e 1 mulher) não estavam a fazer nenhum tipo de tratamento

específico, 23% (10 utentes) faziam flavoxato 300mg (urispas<sup>®</sup>), 27% (12 utentes) faziam cloreto triospio 20mg (Spasmoplex<sup>®</sup>) e 43% (19 utentes) faziam estriol creme vaginal. Sendo que os exercícios dos Músculos do Pavimento Pélvico devem ser recomendados como tratamento conservador de primeira linha em qualquer tipo de IU, e ainda ser tomado em conta todas as medidas gerais: tratamento da doença de base, baixar de peso, dieta e exercício e treino vesical, existe disponível o tratamento não conservador relacionado com a abordagem cirúrgica e a farmacológica. Embora o tratamento farmacológico possa reduzir os sintomas de incontinência urinária, deve-se ter em conta o risco benefício que cada tratamento oferece. De acordo às últimas evidências científicas, alguns destes tratamentos demonstraram ser eficazes, nomeadamente o uso de anticolinérgicos.

## CO 14

### DA DISÚRIA À NEOPLASIA MALIGNA DA BEXIGA

Carolina Moura Pereira<sup>1</sup>; Joana Santos<sup>2</sup>;  
Carlos Braga<sup>2</sup>; Paulo Almeida<sup>2</sup>; Ana Rufino<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>ARS Centro; <sup>2</sup>USF Norton de Matos-Coimbra

**Introdução:** A neoplasia maligna da bexiga é uma entidade comumente diagnosticada no sexo masculino, sendo cerca de 3 vezes mais frequente no homem do que nas mulheres. O carcinoma do urotélio é o tipo histológico mais frequentemente diagnosticado, representando cerca de 90% de todas as neoplasias da bexiga.

**Descrição do caso:** Utente do sexo feminino de 73 anos, autónoma nas AVDs, com os seguintes antecedentes pessoais: Edema Reinke; Enfise- ma panlobular pós Covid; HTA; Dislipidemia; Glaucoma; Perturbação do sono; Depressão; Gastrite crónica, com metaplasia e esofagite péptica de grau A; Nódulo tiroideu em estudo; Hérnia do hiato. Hábitos tabágicos: 40 UMA, mas atualmente não fumadora.

Vem a consulta de agudos a 10/05/2022 por quadro arrastado de disúria, polaquiúria e ur-

gência miccional ocasional. Nega hematúria, febre, dor abdominal ou outras queixas associadas e sem alívio com a toma de flavoxato. Dado o quadro arrastado, foi pedida urocultura antes do início do tratamento e ecografia vesical. A urocultura detetou vestígios de sangue e foi positiva para *E. coli* sensível a nitrofurantoína, pelo que realizou ciclo de tratamento e na ecografia vesical observou-se “formação hipoeocogénica, bem delimitada com cerca de 15x17x10mm de eixos máximos (...). Não conseguimos determinar se se trata de uma lesão expansiva ou de um pequeno ureterocelo.”. Realiza TC-Pélvica a 13/06/2022 com observação de “espessamento da parede irregular na face postero medial esquerda na face lateral da entrada da porção intramural do ureter esquerdo com cerca de 1,8 cm ligeiramente irregular na face superior a sugerir lesão expansiva a avaliar por cistoscopia com avanço histológico”.

Neste sentido, foi encaminhada para consulta de urologia e realizou RTU-TV a 31/01/2023 com as seguintes conclusões: Carcinoma urotelial infiltrativo de alto grau da bexiga, com padrão minoritário micropapilar (5%), com invasão maciça da túnica muscular própria e com suspeita de invasão dos tecidos moles perivesicais. pT3 - neoplasia em 80% do tecido ressecado. Atualmente, encontra-se a realizar QT neoadjuvante e a aguardar cistectomia.

**Conclusão:** A hematúria continua a ser um sinal de alerta e não deve passar despercebida, independentemente da menor prevalência no sexo feminino. O correto acompanhamento e encaminhamento destes utentes é essencial para um diagnóstico atempado.



## CO 15

### ALGALIAÇÃO CRÓNICA E MULTIMORBILIDADE: RELATO DE CASO

Maria João Samora<sup>1</sup>; Francisca Montenegro<sup>2</sup>;  
Melanie Magalhães<sup>1</sup>; Inês Francisco<sup>1</sup>; Pedro Pereira<sup>1</sup>;  
Joana Alves<sup>1</sup>; Joana Costa<sup>1</sup>; Iolanda Silva<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF Ranha Santa Isabel, Coimbra; <sup>2</sup>CHUC

**Relato de caso:** Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, nomeadamente com a otimização dos métodos de diagnóstico e de estadiamento, mas sobretudo com avanços terapêuticos, o cancro do pulmão continua a estar entre os tipos de cancro com maior mortalidade. Em Portugal, estimaram-se 5415 novos casos em 2020, sendo, em ambos os sexos, a 4ª causa de cancro, depois do colorretal, mama e próstata. O tabaco é responsável por cerca de 85% dos casos de cancro de pulmão.

Por sua vez, o cancro da bexiga é o 7º cancro mais diagnosticado em Portugal, representando 3,3% de todos os novos casos de cancro. Em 2020, estima-se que tenham sido diagnosticados 1.578 novos casos de cancro da bexiga em Portugal, com maior incidência no sexo masculino do que no sexo feminino. Tem um pico de incidência na sexta e sétima décadas de vida e pode aparecer em qualquer pessoa, sabendo-se, contudo, que o tabaco é um fator de risco importante, responsável por 50% dos casos.

Apresentamos um doente com diagnóstico de cancro de pulmão, bem como antecedentes de cancro vesical, provavelmente associados a uma longa e pesada história de tabagismo.

Paciente do sexo masculino, 73 anos, fumador desde os 12 anos de idade. Aos 16 anos já fumava cerca de 1 maço por dia. Por volta dos 30 anos, atingiu os 2 maços diários, que foi aumentando até aos 40 anos, altura em que fumava 2 a 3 maços. Fumava em todos os locais, ao ar livre ou em espaços fechados, incluindo dentro de casa, com exceção do quarto. Nesta altura, começou a sentir mal-estar, a tossir mais frequentemente, com falta de ar em esforço,

referindo já não subir 2 lanços de escadas sem iniciar dispneia e palpitações.

Estas queixas não eram uma preocupação em termos de saúde pois, sendo Militar, tinha provas físicas frequentes e sempre com muito boa pontuação, exceto nas provas de resistência, nas quais faria 1 milha em 12 minutos.

Aos 47/48 anos, começou a ter episódios hipertensivos, com tensões sistólicas na ordem dos 170, especialmente em situações de stress, associadas a palpitações.

Em dezembro 2018, teve um episódio de hematuria durante 2 dias. Não recorreu a serviços de saúde, pois resolveu por completo.

Em Junho de 2021, volta a ter um episódio de hematuria. Acabou por ir a uma consulta, tendo realizado cistoscopia e sido intervencionado para remover as lesões suspeitas. Veio a confirmar-se o diagnóstico de neoplasia vesical, com remoção completa das lesões. Em Janeiro de 2022 foi reavaliado, não tendo sido detetadas mais lesões. Contudo, nesta altura teria sido algaliado e, aquando da remoção do dreno, iniciou um quadro de disúria que se manteve por semanas. Depois de ter sido reavaliado em urologia, concluiu-se que teria ficado com uma estenose uretral, que lhe condiciona incontinência, bem como infeções do trato urinário recorrentes e episódios de retenção urinária com várias idas ao SU.

Entretanto, em Julho de 2022 faz uma viagem até Istambul, onde acaba por desenvolver um AVC e é lá assistido. No sentido de continuar o estudo deste episódio TE, adiou a consulta de urologia para estudo do episódio de AVC. Durante este estudo, fez também TC coronário, cateterismo e acabou por colocar um stent coronário. Também realizou entretanto uma espirometria, que estava muito alterada, e uma radiografia torácica, que evidenciou um nódulo pulmonar. Foi desde este diagnóstico que deixou de fumar por completo.

O estudo do nódulo do pulmão acabou por evidenciar malignidade, não podendo ser realizada

uma intervenção cirúrgica, devido à reduzida capacidade pulmonar. Por este motivo, mantém-se a realizar ciclos de radioterapia, com bons resultados.

Na perspetiva do doente, apesar de a sua vida ter mudado por completo em apenas 3 anos, com o surgimento de diversas patologias graves, confessa que o que mais o incomoda é, indubitavelmente, a estenose uretral. Reporta todo o desconforto que sente por ter inúmeras micções diárias, tendo mesmo de usar fralda. Começou a fazer uma caminhada de 30 minutos todos os dias para melhorar a sua saúde e disposição, afirma normalmente estar bem disposto, mas por vezes reporta episódios de revolta e sensação de impotência por não ter ainda resolvido as queixas urológicas.

# Urologia ao CENTRO

## A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

### POSTERS

#### PO 01

#### INDICAÇÕES PARA O DOSEAMENTO DE TESTOSTERONA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: REVISÃO DA LITERATURA

Ana Raquel Dias<sup>1</sup>; Afonso Carvalhal<sup>1</sup>;  
Márcia Moreira Costa<sup>1</sup>; Ana Margarida Adão<sup>1</sup>;  
Anabela Andrade<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Senhora de Vagos

**Introdução:** O défice de testosterona pode ter impacto na qualidade de vida do homem. Também denominado de hipogonadismo, está associado muitas vezes a sintomas inespecíficos como diminuição da libido, disfunção erétil, diminuição da energia, redução da massa muscular, diminuição da densidade óssea e depressão. O aumento da informação relativa a este tema leva a que cada vez mais homens procurem ajuda médica com o intuito de dosear os níveis de testosterona. A necessidade de *guidelines* ou normas orientadoras que refiram em que situações deve ser pedido este doseamento em cuidados de saúde primários (CSP), justifica a necessidade de agrupar e resumir a evidência clínica atual.

**Objetivos:** Rever a literatura relativa às indicações para o doseamento da testosterona em homens nos cuidados de saúde primários.

**Material e métodos:** Revisão narrativa com base na pesquisa bibliográfica em motores de pesquisa científica, como a Pubmed e MEDLINE, e pesquisa manual de artigos em português e inglês, com os seguintes termos “*testosterone deficiency*” e “*primary health care*” publicados

nos últimos 10 anos. Foram incluídos revisões, revisões sistemáticas e metanálises, ensaios clínicos e *guidelines*.

**Resultados e conclusões:** Foram obtidos 42 artigos na pesquisa, dos quais 18 artigos foram excluídos por serem artigos duplicados, de opinião ou pela população em estudo incluir doentes do sexo feminino. As recomendações mais consensuais para doseamento da testosterona nos CSP incluem homens com sintomas específicos e sugestivos de deficiência de testosterona como: desenvolvimento sexual incompleto, perda de características sexuais secundárias (ex. pilosidade corporal), diminuição da libido, diminuição das ereções espontâneas, desconforto mamário/ginecomastia, infertilidade, diminuição da massa óssea. Nestes casos, deve ser pedido o doseamento da testosterona total em jejum, devendo um resultado anormal ser confirmado com repetição do doseamento. Sinais e sintomas inespecíficos, como diminuição da energia, depressão, anedonia, entre outros, não devem levar numa avaliação inicial, ao doseamento de testosterona. Não está recomendado o doseamento por rotina na população da testosterona. Saber quando dosear a testosterona é um passo fundamental na orientação e referenciação adequada dos doentes.

## PO 02

### CARCINOMA DA PRÓSTATA – RELAÇÃO DA REFERENCIAÇÃO COM O ISUP

Rui Guilherme Costa<sup>1</sup>; Mário Lourenço<sup>2</sup>; Duarte Vieira e Brito<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Manuel Cunha; <sup>2</sup>IPO Coimbra

**Introdução:** Em Portugal, o carcinoma da próstata (CaP) é o principal cancro no sexo masculino. Apesar de ser o mais diagnosticado, o comportamento indolente do CaP reflete-se na maior taxa líquida de sobrevivência entre câncros. A agressividade e potencial metastático do CaP correlacionam-se com o grau da escala da ISUP, que depende da diferenciação encontrada na biópsia prostática transretal (BP-t). As referenciações precoces com base na suspeita clínico-laboratorial são fundamentais para a melhor orientação destes doentes. Os serviços de Urologia recebem referenciações de vários tipos de unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, bem como referenciações internas. Do médico de família, por beneficiar do seguimento longitudinal do doente, espera-se que tenha competência na identificação precoce de sinais e sintomas sugestivos de CaP e da sua consequente referenciação.

**Objetivos:** Este estudo teve como objetivo avaliar a existência de uma relação entre a origem da referenciação e o grau da escala da ISUP.

**Material e métodos:** Estudo observacional, descritivo, de base institucional. A amostra é constituída por homens com suspeita clínica prévia de CaP, submetidos à BP-t no IPO de Coimbra, entre novembro de 2021 e julho de 2022. Com recurso aos registos clínicos foi levantada a unidade de origem da referenciação inicial. A realização de BP-t nos 6 meses prévios constituiu um critério de exclusão. A análise estatística foi realizada através do Microsoft Excel e IBM SPSS.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídos 124 doentes do sexo masculino, com idade mediana de 68 anos. Destes, 53 são provenientes

de UCSPs (43,1%), 31 de USF A, 21 de USF B e 18 de especialidades hospitalares. O valor mediano de idades e de PSA entre as diferentes proveniências era comparável. As USFs modelo B foram as únicas a referenciar utentes com valores de PSA exclusivamente acima dos 4ng/ml. Não se encontraram diferenças significativamente estatísticas entre o grau na escala de ISUP e a origem da referenciação. Destaca-se que as USF B apresentam uma menor taxa de referenciação de utentes que vêm a revelar ausência de tumor na BP-t (15%). A taxa de BP-t positiva é de 85% nas USF B, 74,2% nas USF A, 66% nas UCSP e 61,1% nas referenciações internas. As USFs A e B apresentam cerca do dobro da percentagem de utentes com o grau de 4 e 5 na escala de ISUP. A grande maioria dos doentes submetidos a BP-t tinham toque retal anormal, em dissonância com as taxas de tumor detetado, refletindo a sua baixa especificidade para rastreio de CaP. Assim, podemos concluir que, embora sem significância estatística, parece haver uma diferenciação na qualidade das referenciações, com as USF B a referenciar mais utentes com CaP com carácter agressivo e menos utentes sem tumor.

## PO 03

### VASECTOMIA VS LAQUEAÇÃO

Ana Sofia Monteiro<sup>1</sup>; Ana Catarina Nascimento<sup>1</sup>; Cátia Solis<sup>1</sup>; Patrícia Fragoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Coimbra Centro

**Introdução:** A contraceção em Portugal passa maioritariamente pelo uso de preservativo ou contraceção hormonal (usada apenas pelo sexo feminino). No entanto existem duas formas definitivas que estão ao dispor da população: a vasectomia e a laqueação de trompa. Apesar de serem duas opções disponíveis à população, não são usualmente escolhidas, podendo ser desconhecidas pelos utentes e profissionais.

**Objetivos:** Indicar vantagens e desvantagens de cada método de contraceção definitiva.

**Material e métodos:** Revisão narrativa com

seleção de artigos que explicitem vantagens e desvantagens/complicações dos métodos de contracepção definitiva. Pesquisa de revisões, estudos de intervenção e relatos de séries ou casos na base de dados pubmed (palavras chave: *vasectomy, tubar ligation, advantages, complications*) e em sites de sociedades de ginecologia, urologia e contracepção.

**Resultados e conclusões:** Foram encontrados 2888 artigos na base de dados pubmed, dos quais foram selecionados 7, e usados sites, nomeadamente da sociedade portuguesa da contracepção e associação para o planeamento da família, bem como o consenso sobre contracepção 2020. O método feminino foi eficaz em menos tempo, no entanto, tem uma taxa de arrependimento de 2-26%, tendo o método masculino uma taxa de eficácia mais elevada, um custo-efeito mais positivo, maior segurança e menos riscos.

#### PO 04

### ANSIEDADE E PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA EM UTENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Vanessa Costa<sup>1</sup>; Salomé Costa e Silva<sup>1</sup>; Sofia Oliveira<sup>1</sup>; Helena Martins<sup>1</sup>; Sara Pinheiro<sup>1</sup>; Pedro Henriques<sup>1</sup>; Serenela Luz<sup>2</sup>; Joana Reis<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USF PULSAR

**Introdução:** A incontinência urinária (IU), definida como perda involuntária de urina, tem sido associada, na literatura, a ansiedade e depressão. É importante que o Médico de Família tenha em consideração a associação entre IU e psicopatologia, de modo a proporcionar uma abordagem integradora ao utente, capacitando-o.

**Objetivos:** Analisar a presença de distúrbio ansioso (DA) e perturbação depressiva (PD) em indivíduos com IU de uma Unidade de Saúde Familiar (USF). Explorar a relação entre DA e PD e as variáveis sexo e idade.

**Material e métodos:** Foram selecionados de uma USF todos os utentes adultos com IU através do programa informático mim@uf e de

acordo com a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. Posteriormente, foram caracterizados quanto ao sexo, idade e presença ou ausência de DA e PD.

**Resultados e conclusões:** Encontrámos 304 utentes com IU com idade média de 64,8 anos (D.P. = 15,67), 87,8% (n = 267) do sexo feminino. Na amostra total, observámos DA em 34,9% (n = 106) dos utentes e PD em 51,3% (n = 156). O sexo feminino relacionou-se positivamente e com significado estatístico ao DA (p = 0,004) e à PD (p = 0,036). Assim, dos utentes com DA e PD, 95,3% (n = 101) e 91,7% (n = 143), respetivamente, eram mulheres. A idade não apresentou correlação significativa com a presença de DA. No sexo feminino, as utentes com DA foram em média 0,69 anos mais velhas (64,04 vs. 63,35) e no sexo masculino 5,77 anos mais novos (68,20 vs. 73,97). A idade e PD correlacionaram-se positivamente e com significado estatístico (p = 0,013). Em relação ao sexo feminino, as utentes com PD foram em média 5,69 anos mais velhas do que as sem PD (66,25 vs. 60,56, p = 0,003). Os do sexo masculino com PD foram em média 2,32 anos mais velhos (74,69 vs. 72,38, p = 0,65). Concluindo, os utentes desta USF com IU foram sobretudo mulheres, sendo importante perceber, em estudos futuros, as causas da patologia e a possibilidade de prevenção das mesmas. A prevalência de PD em cerca de metade dos utentes com IU poderá ser interpretada como um alerta para avaliação da saúde mental pelo médico de família. Neste estudo, tanto o DA como a PD tiveram maior associação com o sexo feminino de forma significativa, sugerindo que a IU poderá afetar de forma diferente a saúde mental de homens e mulheres. A PD foi associada, de forma significativa, a indivíduos mais velhos e do sexo feminino, o que poderá sugerir maior impacto da IU na saúde mental das mulheres com o envelhecimento.

## PO 05

### PERTURBAÇÃO DO SONO E DISFUNÇÃO SEXUAL – EXISTE RELAÇÃO?

Sara Ramalho Pinheiro<sup>1</sup>; Pedro Azevedo<sup>1</sup>; Salomé Silva<sup>1</sup>; Sofia Oliveira<sup>1</sup>; Serenela Luz<sup>1</sup>; Helena Martins<sup>1</sup>; Vanessa Costa<sup>1</sup>; Rosa Costa<sup>1</sup>  
*USF Pulsar*

**Introdução:** A perturbação do sono e a disfunção sexual são problemas de saúde muito comuns a nível mundial, com impacto significativo na qualidade de vida. Compreender a associação entre estas duas condições pode permitir melhorar a abordagem e tratamento destes doentes.

**Objetivo:** Estudar a existência de uma possível associação entre perturbação do sono e disfunção sexual. Caracterizar estes problemas quanto à idade e género.

**Métodos:** Realizou-se um estudo observacional transversal. Os dados foram extraídos da plataforma mim@uf. Foram selecionados os indivíduos adultos, com idade  $\geq 19$  anos, com inscrição ativa na USF Pulsar. Para avaliar a presença de perturbação do sono e disfunção sexual, foram selecionados os códigos de acordo com a classificação ICPC-2 (*International Classification of Primary Care*): P06- perturbação do sono, P07- diminuição do desejo sexual, P08- diminuição da satisfação sexual e Y07- impotência, NE. Recorreu-se ao teste estatístico *qui-quadrado* para determinar a existência associação significativa.

**Resultados:** Obteve-se uma amostra total de  $N = 6787$  indivíduos, dos quais 55,25% eram mulheres e 44,75% homens. Verificou-se que 21,98% apresentava perturbação do sono e 2,21% apresentava disfunção sexual. Daqueles com perturbação do sono 61,13% eram mulheres, em que cerca de metade se encontrava na faixa etária  $\geq 45$  anos. Por outro lado, nos utentes com disfunção sexual verificou-se que eram sobretudo homens (96%), maioritariamente com idade  $\geq 45$  anos (90,97%). Da amostra de

utentes com disfunção sexual, verificou-se que 42,00% apresentava concomitantemente perturbação do sono.

Da análise do teste *qui-quadrado* o valor de  $p$  obtido foi  $< 0,001$ , mostrando uma associação estatisticamente significativa entre perturbação do sono e disfunção sexual ( $\chi^2 = 35,835$ ).

**Discussão/Conclusões:** Verificou-se um aumento da incidência de perturbação do sono e disfunção sexual nas idades  $\geq 45$  anos, realçando a necessidade de estar alerta para a existência destes problemas nesta faixa etária. Apenas uma minoria dos doentes com disfunção sexual eram mulheres, o que pode indicar um subdiagnóstico deste problema no sexo feminino, já que as manifestações físicas podem não ser evidentes. Contudo, esta limitação pode estar também associada à classificação ICPC-2 utilizada.

Os resultados mostraram a existência de uma relação significativa entre perturbação do sono e disfunção sexual. Assim, destaca-se a importância de os profissionais de saúde avaliarem a coexistência destas condições, fornecendo estratégias de abordagem e tratamento adequadas, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

## Organização

**Associação dos Amigos de Urologia e Transplantação Renal**

Presidente: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

## Comissão Organizadora

Dra. Ana João Guerra | Dra. Ana Maria Ferreira | Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo  
Dra. Bárbara Figueiredo | Prof. Doutor Belmiro Parada | Dr. Edgar Tavares da Silva | Dr. Edson Retroz  
Dr. Henrique Dinis | Dra. Inês Pessanha | Dr. João Lima | Dr. João Lorigo | Dr. José Alberto Pereira  
Dr. José Pedro Lopes | Dr. Lorenzo Marconi | Dr. Luís Sousa | Dr. Manuel Lopes | Dra. Marta Ferreira  
Dr. Miguel Eliseu | Dr. Paulo Azinhais | Dr. Paulo Temido | Dr. Pedro Moreira | Dr. Pedro Nunes  
Dr. Pedro Simões | Dr. Roberto Jarimba | Dr. Rui Pedrosa | Dr. Vasco Quaresma

## Comissão Científica

Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo | Dr. Paulo Temido | Dr. Edgar Tavares da Silva  
Prof. Doutor Belmiro Parada | Dr. Pedro Nunes | Dr. Henrique Dinis | Dr. Pedro Moreira  
Dr. Miguel Eliseu | Dr. Roberto Jarimba

## Patrocínios



## Secretariado

**admedic<sup>+</sup>**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

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

[www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)