

Urologia ao CENTRO

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

16 e 17 de maio de 2024
Hotel Vila Galé Coimbra



Aceder ao programa com resumos

PROGRAMA
Científico

PROGRAMA CIENTÍFICO

QUINTA-FEIRA . 16 de MAIO . 2024

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-10:00h **RASTREIO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CARCINOMA DA PRÓSTATA**

Moderadores: Belmiro Parada, Gil Correia e Paulo Azinhais

Palestrantes: Rita Viola, Paulo Azinhais e Vasco Quaresma

- Os erros do passado
- Novas perspetivas
- Problemas do futuro
- Casos clínicos chave

10:00-11:00h **OS DESAFIOS DA ULS COIMBRA**

Painel: Alexandre Lourenço, Cláudia Nazareth, Arnaldo Figueiredo, Almerinda Rodrigues e Lilian Campos

- Circuito do doente
- Exames complementares de diagnóstico
- Centros de custo
- Benefício para o utente

11:00-11:30h Intervalo

11:30-12:10h **Apresentação de Comunicações Orais I**

Moderadores: Edson Retroz e Joana Alves

CO 01 – CO 05

12:10-13:10h **ABORDAGEM PRÁTICA ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Moderadores: Lorenzo Marconi, Maria Relvas e Cláudia Pinto

Palestrantes: Maria Relvas; Rui Pedrosa e Tiago Coutinho

- Abordagem das manifestações cutâneas das DSTs
- Referenciação a consulta de DST
- HPV: Informação ao doente, tratamento e profilaxia
- ITU no homem jovem

13:10-14:30h Almoço

14:30-15:00h **Visita aos Cartazes**

Moderadores: Edson Retroz e Maria Conceição Sousa Maia

15:00-16:00h **SINTOMAS DO APARELHO URINÁRIO BAIXO NA MULHER**

Moderadores: Paulo Temido e Rita Marques

Palestrantes: Dora Antunes, Juliana Santos, Vasco Quaresma e Margarida Carmo

- Síndrome geniturinária da pós-menopausa
- Cistites de repetição

16:00-16:30h Intervalo

16:30-17:30h **LONGA SOBREVIDA DO DOENTE ONCOLÓGICO
– ABDORDAGEM ARTICULADA**

Moderadores: Pedro Nunes, Rui Garcia e Raquel Ferreira

Palestrantes: João Pedroso Lima, Lurdes Rovisco Branquinho e Sílvia Vilela

- Reabilitação física em doente oncológico
- Gestão do doente em terapêutica de privação de androgénios
- Doente com dispositivos urinários
- Doente em fim de vida

17:30h Fim das sessões do 1º dia

SEXTA-FEIRA . 17 de MAIO . 2024

08:30h Abertura do Secretariado

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

Moderadores: Luís Sousa, Edgar Tavares da Silva, Susana Renca e Sofia Mendes

Palestrantes: Susana Renca, Sofia Mendes, João Lorigo e Joana Melo

- Desmitificar os riscos da terapêutica da DE – “O Vizinho que morreu a tratar a DE”
- Início do tratamento DE na MGF em segurança
- Ejaculação prematura – Abordagem inicial
- Abordagem psicosssexual na MGF – Sexologia
- Critérios de referenciação

10:00-11:00h **LITÍASE RENAL**

Moderadores: Pedro Simões, Roberto Jarimba e Cláudia Sousa

Palestrantes: Ana João Guerra, Bárbara Figueiredo e João Martins

- *Tricks and tips* na litíase em contexto de urgência/cólica
- Referenciação em contexto de urgência
- Diagnóstico de litíase urinária
- Referenciação para estudo BQ ou para tratamento

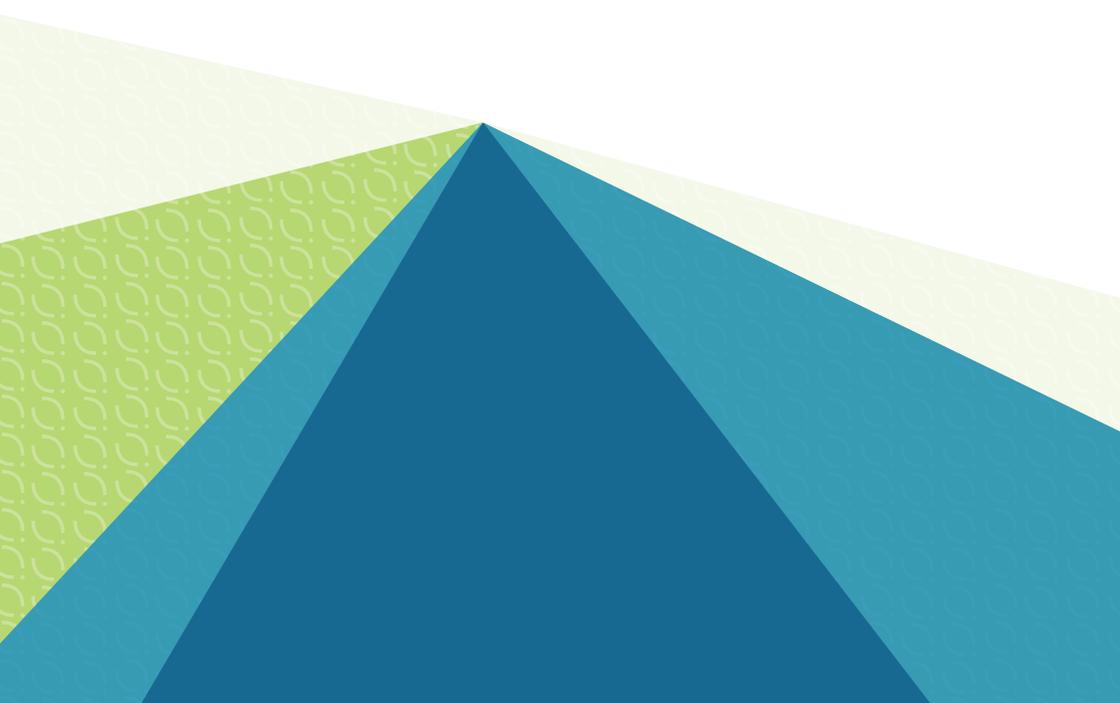
11:00-11:30h Intervalo

11:30-12:00h **Apresentação de Comunicações Orais II**
Moderadores: Miguel Eliseu e Joana Alves
CO 06 – CO 09

12:00-13:00h **SINTOMAS DO APARELHO URINÁRIO BAIXO NO HOMEM**
Moderadores: Miguel Eliseu e Bruno Moreno
Palestrantes: Marta Ferreira, Tiago Sousa e Ana Catarina Ferreira Marques

- Abordagem clínica dos LUTS
- ITU no Homem
- Referenciação à consulta

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

PSA NORMAL: QUANDO SUSPEITAR? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Pedroso; Carla Courelas; Ivone Rodrigues
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /
Hospitais da Universidade de Coimbra*

Introdução: A prevalência das doenças oncológicas tem crescido, podendo dever-se ao aumento da esperança de vida, mas também ao aumento efectivo do número de casos e ao diagnóstico precoce. Como rastreio do carcinoma prostático, o valor sérico de PSA (*prostate specific antigen*) é o método mais utilizado, correlacionando-se com a existência de carcinoma e a sua agressividade.

Objetivos: Relatar caso clínico que enfatiza a importância de não subvalorizar sintomas do utente, num contexto de PSA dentro dos valores de referência.

Material e métodos: Recurso a registos clínicos e fotografias.

Caso clínico: Homem de 68 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, vem à consulta com queixas de LUTS (sintomas do trato urinário inferior). Apresentava um valor de PSA total de 0.37 ng/ml, mas dada a sintomatologia realizou-se ecografia prostática e vesical com avaliação do resíduo pós-miccional revelando aumento do volume prostático e limites mal definidos. Posteriormente sofre retenção urinária, tendo sido algaliado e medicado com tansulosina no SU (serviço de Urgência) do hospital de referência.

Realizou ressonância magnética prostática, revelando grande aumento da próstata (1472 cc), com textura heterogénea e zonas quísticas, sem adenopatias pélvicas ou metástases ósseas, compatível com malignidade em provável relação com sarcoma prostático (PI-RADS 5). A médica assistente realizou referenciação; no entanto, seis dias depois é admitido no SU por pneumoperitoneu com peritonite purulenta, sendo submetido a laparotomia exploradora. Esta revelou massa volumosa, irrecutível, ocupando toda a região pélvica com invasão do recto. O exame histológico revelou leiomiossarcoma prostático, G3. Realizou quimio/radioterapia paliativa, suspensas por agravamento do estado geral. Faleceu após 2 meses de internamento.

Conclusões: Apesar de uma patologia incomum – menos de 0.1% das neoplasias primárias da próstata – o sarcoma prostático deve ser colocado como hipótese diagnóstica num doente com agravamento de LUTS e PSA baixo.

CO 02

REVISÃO SISTEMÁTICA: A COMBINAÇÃO DE INIBIDORES DA PDE5 NO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL

Bárbara Martinho; Carlos Braga; Teresa Matos Queirós
USF Norton de Matos, ULS Coimbra

Introdução: A disfunção erétil (DE) é uma condição médica comum que afeta significativamente a qualidade de vida dos homens.

Caracterizada pela incapacidade persistente de obter ou manter uma ereção suficiente para uma atividade sexual satisfatória, a DE pode ser causada por uma variedade de fatores, incluindo a idade, fatores físicos, psicológicos, estilo de vida (sedentarismo, obesidade, tabagismo ou consumo de álcool, condições médicas subjacentes ou iatrogenia medicamentosa. Acima de tudo, é importante reconhecer que a disfunção erétil muitas vezes é multifatorial e pode resultar da interação complexa entre esses diferentes fatores de risco e predisponentes.

Entre os principais mecanismos fisiopatológicos subjacentes à DE, destaca-se a via do óxido nítrico (NO)/monofosfato de guanosina cíclico (cGMP), que desempenha um papel crucial na regulação do tônus vascular peniano e na resposta erétil. Entre as opções terapêuticas disponíveis destacam-se os PDE5i que emergiram como tratamento padrão devido à sua eficácia e perfil de segurança. Enquanto os PDE5i de ação curta, como o sildenafil, têm uma rápida taxa de absorção e efeito mais imediato, o tadalafil, um PDE5i de ação longa, oferece uma janela de tempo mais ampla para a atividade sexual, permitindo uma maior flexibilidade e espontaneidade. Outras alternativas farmacológicas quando o uso de PDE5i não é eficaz ou o doente tem comorbilidades que contraindiquem o uso dos mesmos, são a injeção intracavernosa os dispositivos de vácuo.

Objetivos: Esta revisão propõe examinar a eficácia e a segurança do uso combinado de PDE5i de curta e longa duração de ação no tratamento da DE.

Materiais e métodos: Realizou-se uma pesquisa na base de dados Pubmed com os termos “Erectile Dysfunction” “combined therapy with PDE5 inhibitors”, no espaço temporal entre 2005 e 2024, obtendo-se um total de 67 artigos.

Após leitura de títulos e resumos, excluíram-se 37 artigos cuja informação não se enquadrava no âmbito da presente revisão.

Resultados e conclusões: Os PDE5i desempenham um papel fundamental na regulação do nível de cGMP intracelular, prolongando assim os efeitos vasodilatadores do NO e facilitando a ereção. Ao usar um PDE5i de curta duração, que vai sensibilizar os recetores e diminuir o limiar de excitabilidade necessário para alcançar a ereção, podemos optar por combinar um PDE5i de longa duração que irá proporcionar uma experiência sexual mais satisfatória para indivíduos.

Referem-se, no entanto, limitações como a escassez de estudos relativos a esta combinação terapêutica e nos possíveis efeitos secundários que poderão advir da sua utilização conjunta, assim como os benefícios clínicos nos diferentes subgrupos de utentes e os seus parceiros.

Ainda assim, essa abordagem emergente pode abrir novas perspectivas no tratamento da DE e melhorar significativamente a qualidade de vida dos homens afetados por essa condição.

CO 03

A IMPORTÂNCIA DE UM EXAME OBJETIVO COMPLETO – UM CASO DE NEOPLASIA TESTICULAR

Rebeca Cunha¹; João Lopes Guedes²;
Diana Callebaut¹; Margarida Guilherme¹;
Ana Sofia Camacho¹

¹USF Trilhos Dueça; ²USF Santo André de Poiares

Enquadramento: O tumor de células germinativas testicular é o tumor mais comum entre homens entre 15 e 35 anos. No entanto, é altamente curável. A maioria dos pacientes apresenta uma massa testicular indolor que pode ser notada incidentalmente pelo mesmo.

Descrição de caso: Homem, 32 anos, iniciou lombalgia à esquerda com irradiação à FIE e ao testículo esquerdo, acompanhada de náu-

seas e disúria, recorrendo ao Centro Saúde. Foi medicado para a dor e foi solicitada ecografia reno vesical por suspeita de cólica renal. O doente regressou uma semana depois, por aumento das dimensões testiculares há duas semanas com endurecimento do testículo esquerdo. Referiu ainda picos febris com sudorese noturna. A ecografia renal identificou aumento de dimensões do rim esquerdo, com sinais de sofrimento renal, dilatação pielocalicial condicionada por compressão extrínseca do ureter inicial por volumosa lesão tecidual com 13 cm. Realizou TAC AP onde foi confirmado o tumor e foi identificada uma lesão nodular com 3,4 cm nos quadrantes esquerdos do abdómen e 3 lesões nodulares satélites dos vasos ilíacos na escavação pélvica. Foi referenciado ao IPO tendo sido avaliado em consulta Urologia, na qual, do ponto de vista analítico apresentava aumento da LDH e AFP. Foi submetido a orquidectomia radical esquerda, tratando-se de um tumor de células germinativas com características de seminoma tipo clássico- pT1Nx. Realizou TAC Torácica que identificou no parênquima pulmonar 3 formações nodulares organizadas, suspeitas de traduzir a presença de localizações secundárias.

Tratando-se de uma neoplasia em estadio IIIc, o doente realizou 4 ciclos de QT de protocolo BEP.

O doente encontra-se assintomático e é seguido em consulta de Urologia e de Oncologia Médica, realizando periodicamente análises com marcadores tumorais que se mostraram sempre normalizados e exames imagiológicos de controlo, negativos para metastização de novo e mostrando remissão de todas as lesões.

Discussão: A presença de uma massa testicular indolor é a apresentação mais comum de uma neoplasia testicular, o que leva muitos doentes a ignorarem-na, atrasando o diagnóstico. Neste caso, a cólica renal foi colocada

como principal hipótese diagnóstica, devido a um quadro muito sugestivo da mesma. No entanto, seria essencial questionar o doente sobre alterações do testículo e observá-lo. A realização de um exame objetivo completo é essencial para evitar deixar passar uma neoplasia e intervir de forma precoce.

CO 04

FINASTERIDA TÓPICA NA PREVENÇÃO DE DISFUNÇÃO SEXUAL PÓS TRATAMENTO DE ALOPÉCIA: QUAL A EVIDÊNCIA?

Júlia Montalvão Neves; Maria de Lurdes Rocha
USF D. Diniz

Introdução: A síndrome pós-finasterida no homem é uma entidade que engloba o desenvolvimento de perturbação depressiva e de disfunção sexual, com diminuição da libido e disfunção erétil, por vezes persistente após descontinuação do tratamento. A finasterida oral, por inibir a conversão de testosterona em dihidrotestosterona, é usada no tratamento da alopecia, tendo como alternativa aprovada apenas o minoxidil tópico. Surgindo a necessidade de mitigar o surgimento dos efeitos adversos que compõem este síndrome com grande impacto na qualidade de vida, a finasterida tópica surge como potencial alternativa.

Objetivo: Avaliar a evidência existente relativamente à eficácia e perfil de segurança da finasterida tópica no tratamento de alopecia no homem.

Metodologia: Utilizando os termos “*alopecia*”, “*topical finasteride*” e “*minoxidil*” e os *booleanos* “AND” e “NOT”, foi realizada em março de 2024 uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PUBMED, Cochrane Library e NICE evidence de artigos publicados em português e inglês, sem limite temporal. Incluíram-se revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos aleatorizados controlados realizados em adultos, disponibilizados como artigos completos. Foram excluídos artigos

de opinião, protocolos de estudo e ensaios clínicos sem grupo de controlo. Utilizou-se a escala SORT (*Strength of recommendation taxonomy*).

Resultados: Foram obtidos 11 artigos, excluídos 5 através dos critérios mencionados. Dos 6 incluídos, 3 são revisões sistemáticas e 3 ensaios clínicos aleatorizados controlados. Todos os artigos selecionados abordaram o tratamento de alopecia no homem com finasterida tópica, respetivo perfil de segurança e eficácia em comparação com a finasterida oral. Os resultados dos estudos foram consistentes entre si e com a evidência fornecida pelas revisões sistemáticas, parecendo existir menor incidência de absorção sistémica e de efeitos adversos que compõem a síndrome pós-finasterida uma vez que a finasterida tópica atua principalmente a nível dos folículos capilares no escalpe, com impacto reduzido nos níveis séricos de dihidrotestosterona sistémica.

Conclusões: O uso de finasterida tópica, com resultados terapêuticos semelhantes aos da terapêutica oral, permite evitar os efeitos adversos da mesma, incluindo a disfunção sexual iatrogénica. Apesar dos resultados favoráveis, é necessária a realização de ensaios de maior dimensão e avaliação da composição, formulação e sistema de aplicação tópica mais eficaz.

CO 05

PRESCRIÇÃO DE FOSFOMICINA EM UTENTES DE UMA USF COM DIAGNÓSTICO DE CISTITE

Serenela Ventura da Luz; Salomé Silva;
Ana Sofia Oliveira; Helena Nogueira Martins;
Vanessa Costa; Teresa Pascoal
USF Pulsar

Introdução: A cistite aguda não complicada é uma patologia urinária muito comum entre as mulheres e que motiva frequentemente a utilização da consulta aberta nos cuidados de

saúde primários. A terapêutica empírica com fosfomicina 3000 mg em toma única é considerada de primeira linha.

Objetivos: Análise da prescrição de fosfomicina para o tratamento de cistite aguda não complicada em utentes de uma USF.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. A amostra consiste em utentes mulheres com diagnóstico de cistite aguda não complicada e prescrição concomitante de fosfomicina, durante o período de 1 de julho de 2023 a 31 de dezembro de 2023. Realizou-se uma base de dados anonimizada com dados colhidos através do programa MIM@UF[®]: sexo, idade, número de utente, prescrição de fosfomicina e codificação ICPC-2 na Avaliação (A) do SOAP. Posteriormente foram confirmados o diagnóstico através do S Clínico[®], a respetiva prescrição e posologia através da PEM[®].

Resultados e conclusões: Durante o período de estudo foram identificadas 78 prescrições de fosfomicina em mulheres com cistite, sendo que 43,59% destas prescrições foram realizadas com indicação para duas tomas. Em 6,41% dos casos foram prescritas duas saquetas, mas com indicação para toma única e em 50% dos casos foram prescritas com indicação para toma única. Embora não se verifique que a prescrição de fosfomicina em toma de duas saquetas seja a maior parte da prescrição, esta representa uma proporção muito considerável. Tendo em conta que a toma dupla não é a indicação formal para a sua utilização e que a resistência a antibióticos é uma realidade cada vez mais preponderante, este estudo revelou-se uma oportunidade de intervenção junto da equipa médica para a adequação da prescrição farmacológica de acordo com as normas. O facto de a posologia da fosfomicina exigir que esta seja tomada de estômago vazio, de preferência antes de deitar e após esvaziamento da bexiga, pode, eventualmente, constituir um dos motivos que

leva o médico a prescrever duas saquetas. Tendo em conta esta reflexão, o presente estudo permitiu compreender que é importante esclarecer esta possível insegurança por parte das equipas médicas relativamente à toma do fármaco. Se o utente não cumprir as indicações recomendadas inicialmente, dobrar a posologia não é a garantia de que, por isso, o fármaco será absorvido. Assim sendo, a toma dupla deste fármaco, além de não se adequar de um ponto de vista formal, não se traduz necessariamente em ganho terapêutico.

CO 06

QUANDO A BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA É O PRIMEIRO SINAL... A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Marques Reis; Cláudio Espírito Santo
USF Celas Saude

Introdução: A neoplasia da bexiga é a sétima causa de morte no mundo. Pode ser assintomática nos estadios iniciais ou apresentar-se com sintomas urinários tais como disúria, polaquiúria ou hematúria. Este caso clínico demonstra como a deteção de alterações na sumária de urina pedida por rotina pode levar a um diagnóstico inesperado.

Caso clínico: Homem de 78 anos, autónomo, antecedentes pessoais de hipertensão arterial, fibrilhação arterial e adenocarcinoma da próstata (alta da consulta de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) em março de 2022). Em maio de 2022, na consulta de vigilância de hipertensão no centro de saúde, apresenta 880 piócitos na sumária de urina. Nega qualquer sintomatologia urinária. Pelos seus antecedentes, é decidido pedir urocultura e ecografia renal e vesical. Em junho de 2022, vem à consulta e entrega os resultados: não apresentava alterações na ecografia renal, no entanto na ecografia vesical mostrava: “Bexiga em semi-vacuidade (volume de 86cc), com espessamento circunferencial homogéneo. Contudo,

há uma imagem nodular sólida e ecogénica na parede inferior direita, nodular, com cerca de 16 x 11 x 10 mm, com conteúdo homogéneo, a confrontar com exame cistoscópico”. O resultado da urocultura era positivo para *Proteus Mirabilis*. Foi feito pedido urgente de consulta de urologia para o CHUC. Em setembro de 2022, na consulta de urologia foi marcada cistoscopia. A mesma foi realizada em janeiro de 2023, tendo como resultado histológico: Carcinoma urotelial pTaG1 (sem invasão tecido conjuntivo sub-urotelial nem o músculo detrusor). Fez resseção transuretral vesical (RTU-V) e Mitomicina C pós-cirurgia. Manteve seguimento em consulta de urologia no CHUC até maio de 2024.

Discussão: A Medicina Geral e Familiar tem um papel fundamental no acompanhamento dos doentes e das suas comorbilidades, mesmo quando estes têm seguimento em consulta hospitalar. Ao utilizar o modelo centrado na pessoa, é possível adequar a marcha diagnóstica e iniciar referenciação precoce a cuidados hospitalares diferenciados, de forma a conseguir celeridade no diagnóstico. Este caso é mais um exemplo que se deve continuar a promover a articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários.

CO 07

PSA ELEVADO: MARCADOR DIAGNÓSTICO OU ANSIOGÉNICO? – UM CASO CLÍNICO

Ana Carolina Martinho; Marta Montenegro;
Alexandra León; Carlos Braga
USF Norton de Matos, ULS Coimbra

Introdução: A elevação do PSA é influenciada por diversos fatores como o envelhecimento, a existência de hiperplasia benigna da próstata (HBP), nas infeções urinárias, na prostatite, com a prática de ciclismo ou equitação, após manipulação prostática (p.e. em procedimentos médicos como colocação de cateteres na bexiga, biópsia prostática ou toque rectal) e ejaculação (até 48 horas após). Apesar dis-

so é um marcador bastante sensível para a neoplasia da próstata e daí ser aconselhada a sua determinação em homens assintomáticos acima dos 50 anos nos cuidados de saúde primários.

Descrição do caso: Homem de 60 anos, IMC 22 kg/m², professor universitário, natural dos EUA, numa relação homossexual estável há 20 anos, sem consumos etílicos, tabágicos, nem medicação habitual, sem antecedentes familiares relevantes. Em contexto de consulta programada, utente não apresentava queixas, no entanto, decidiu-se pedir análises sanguíneas gerais. Após uma semana, nos resultados apresentados há um valor de PSA de 13,15 ng/mL, no entanto, utente nega sintomas urinários, sem disúria ou polaquiúria/nictúria, nega prática de ciclismo ou procedimentos médicos recentes. Explica-se as diversas causas de um valor de PSA elevado e pede-se novo doseamento de PSA total e livre e uma ecografia prostática em 2 semanas. Em consulta de reavaliação, apresenta PSA total de 2,19 ng/mL e PSA livre de 0,79 ng/mL (relação de 36%) e a ecografia da próstata revela um volume prostático de 35 cc, sem alterações de relevo.

Conclusão: A avaliação do PSA para despiste de carcinoma da próstata na população para efeitos de diagnóstico precoce continua a ser controverso. Embora tenha sido demonstrado um aumento da sobrevida, a taxa de sobrediagnóstico e hipertratamento são muito elevadas com deteção de cancros indolentes e tratamentos com efeitos nefastos na qualidade de vida do sobrevivente. Este caso é um exemplo de um falso positivo que obrigou a um estudo complementar, que só adicionou ansiedade no utente sem necessidade. Assim é importante informar o utente acerca dos riscos e benefícios da determinação do PSA, dos diversos fatores que influenciam o seu valor e partilhar a decisão dessa avaliação.

Bibliografia: Norma nº 060/2011- Prescrição e

Determinação do Antígeno Específico da Próstata – PSA. DGS - atualizada a 13/07/2017

<https://www.dynamed.com/prevention/prostate-cancer-screening#GUID-D0166608-37A-7-4412-B8D9-087C623554A7>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7533474/>

CO 08

ABORDAGEM DAS INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO NO HOMEM – MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE EM DUAS USF

Ines Guimaraes¹; Soraia Vaz Osório²; Miguel Moreira¹; Alexandra Rodrigues²; Rita Félix²; André Prior²

¹USF LACOS; ²USF João Semana

Introdução: As infeções do trato urinário (ITU) são uma patologia frequente nos Cuidados de Saúde Primários, embora menos frequentes nos homens. A causa mais comum da ITU no homem está relacionada com processos obstrutivos das vias urinárias, relacionada com patologia prostática. As normas de orientação clínica recomendam a realização de urocultura (UC) previamente ao tratamento e antibio-terapia com a duração de 7-10 dias. Relativamente ao antibiótico, as guidelines europeias de urologia recomendam como 1^a linha o trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX) ou as quinolonas.

Objetivos: Avaliar e melhorar a abordagem das ITUs no homem no que concerne à prescrição de UC previamente ao tratamento, antibio-terapia instituída e duração do tratamento.

Material e métodos: Foi realizado um estudo antes-e-depois, sem grupo controlo. A amostra é de base institucional, de conveniência, constituída por homens com ≥18 anos, pertencentes às listas de utentes das USFs em estudo, com o diagnóstico de ITU (U71 Cistite/Infeção Urinária Outra da ICPC-2), obtida através da plataforma MIM@UF; critérios de exclusão: observação e antibio-terapia instituída noutra instituição. Foi utilizado o SCLínico® para a colheita dos dados sociodemográficos

e clínicos. Foram realizadas duas avaliações: janeiro a dezembro de 2022 e janeiro a dezembro de 2023. Entre as avaliações foi realizada a intervenção de carácter educativa, com exposição da NOC nº 015-2011 da DGS e das guidelines europeias de urologia, como medidas corretoras. Foram definidos 3 critérios de qualidade, que incluem: 1) prescrição de UC previamente ao tratamento; 2) prescrição de TMP/SMX ou quinolonas como 1ª linha e 3) duração do tratamento no mínimo de 7 dias. Foram estabelecidas como metas de melhoria: Critérios 1 e 3: Insuficiente <50%, Suficiente 50-70%; Bom \geq 70%; Critério 2: Insuficiente < 20%, Suficiente 20-45%; Bom \geq 45%. Para a análise estatística foi utilizado o SPSS®.

Resultados e conclusões: Na 1ª avaliação incluíram-se 75 utentes e na 2ª avaliação 85. Após a intervenção, não se registou um aumento estatisticamente significativo na prescrição de UC (50,7% para 56,5%, $p = 0,462$), mantendo o critério de qualidade de Suficiente. No que respeita a prescrição de antibioterapia, verificou-se um aumento estatisticamente significativo, de 26,7% para 57,6% ($p < 0,001$), tendo atingido um padrão de qualidade de Bom. Quanto à duração do tratamento, houve um aumento estatisticamente significativo, de 58,7% para 81,2% ($p=0,002$), tendo atingido um padrão de qualidade de Bom. Portanto, foi observada uma melhoria na prescrição e duração da antibioterapia, contudo a prescrição de UC prévia a antibioterapia ficou aquém do esperado. Estes resultados demonstram a importância de sensibilizar os médicos de família para as recomendações em vigor, permitindo uma melhoria contínua da prestação dos cuidados.

CO 09

DE SINTOMATOLOGIA INESPECÍFICA AO DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS

Márcia Fonseca; Andreia Filipe
USF Santa Maria - Tomar

Introdução: O carcinoma de células renais, lesão sólida mais comum no rim, é responsável por aproximadamente 90% de todas as malignidades deste órgão. Afeta predominantemente homens com maior incidência na população idosa. Os fatores de risco são: o tabagismo, a hipertensão, a obesidade, entre outros. Os sintomas surgem, habitualmente, num estadio mais avançado da doença, sendo a maioria das massas renais detetadas incidentalmente. A tríade clássica de dor no flanco, hematuria e massa abdominal palpável é rara e quando presente, sugere doença localmente avançada ou metastática.

Descrição do caso: Utente do sexo masculino, 48 anos, com antecedentes pessoais de défice cognitivo, epilepsia, hipertensão arterial, obesidade e dislipidemia, recorre a consulta por dor suprapúbica durante a micção, cansaço e perda de apetite com 3 semanas de evolução. Sem outras queixas associadas. Ao exame objetivo, apresentava palidez cutânea com mucosas descoradas, abdómen globoso e doloroso à palpação profunda da região suprapúbica, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis. Realizou estudo analítico que documentou anemia normocítica normocrômica, insuficiência renal e diabetes tipo 2 inaugural com hemoglobina glicada de 14,6%. Foi iniciada terapêutica dirigida, pedido estudo endoscópico e ecografia renal. O estudo imagiológico revelou a existência de uma massa sólida, hipocogénica e heterogénea, de contornos regulares e limites bem definidos, localizada no polo inferior do rim esquerdo com vascularização interna de características suspeitas, tendo-se solicitado

consulta de Urologia urgente. Efetuou tomografia computadorizada (TC) do aparelho urinário que mostrou neoformação renal esquerda com 4.6 cm. Foi submetido a nefrectomia radical esquerda após realização de ressonância magnética (RM) para melhor caracterização da lesão, cuja histologia revelou um carcinoma de células renais cromóforo.

Conclusão: O carcinoma cromóforo é o terceiro subtipo histológico mais comum de carcinoma de células renais, responsável por cerca de 5 a 7% das neoplasias. Compreende um grupo heterogêneo de tumores demonstrando perfis morfológicos e genéticos únicos. O diagnóstico precoce depende de exames de imagem como a ecografia, a TC ou RM. Na variante cromófora do carcinoma de células renais localizado e ressecável, o tratamento de eleição é cirúrgico, sendo que as terapêuticas sistêmicas ficam reservadas para os casos avançados ou metastáticos.

CARTAZES

CT 01

CRIPTORQUIDIA ADQUIRIDA – A IMPORTÂNCIA DO EXAME OBJETIVO NA CONSULTA INFANTO JUVENIL

Weinshet Sousa; Ana Rita Rabaça; Diana Roda;
Débora Monteiro; Rui Guilherme Costa
USF Manuel Cunha - ULS Coimbra

Introdução: A criptorquidia caracteriza-se pela inexistência de um ou dos dois testículos no escroto. A sua classificação depende da lateralidade e da localização do testículo, mas também da idade da apresentação. A grande maioria dos casos é congénita e idiopática (podendo atingir 20% em crianças prematuras). Contudo, existem casos de criptorquidia adquirida, na qual uma criança entre os 1 e 10 anos de idade desenvolve um testículo não descido por falência ou atraso no crescimento

do cordão espermático que provoca retração do testículo para a região inguinal. O exame físico continua a ser o passo essencial para fazer o diagnóstico de criptorquidia e a sua importância é inegável, principalmente tendo em conta as possíveis consequências – infertilidade, malignização, torção, hérnia e distúrbios de imagem da criança e adolescente.

Descrição do caso: Jovem de 14 anos, acompanhado pela mãe, em contexto da primeira consulta de saúde infantil juvenil (SIJ) com a equipa de família, refere “doutora não tenho um testículo” (*sic*). Durante a anamnese afirma que “sempre me lembro de ser assim” (*sic*), sendo que apenas expôs o assunto aos pais dias antes da consulta. Mãe negou conhecer ou ter sido alertada sobre este facto no passado. Ao exame objetivo constata-se ausência de testículo esquerdo na bolsa escrotal, apresentando ligeira tumefação no canal inguinal ipsilateral. Pelo registo de saúde eletrónico verificámos que entre março e novembro de 2009, foi acompanhado em cuidados hospitalares por hérnia inguinal direita com 2 episódios de encarceramento, sem necessidade cirúrgica uma vez que não voltou a exteriorizar-se. Em registo clínico de consulta de cirurgia em novembro, ao exame objetivo apresentava “espessamento do cordão à direita, testículos nas respetivas bolsas”. Nas consultas de SIJ subsequentes não há referência ao exame genital. Foi pedida ecografia abdominal e escrotal que revelou testículo esquerdo na região inguinal, medindo 2,3 cm de diâmetro, sem alterações significativas visíveis a não ser uma textura mais hipoeogénica que o habitual. Confirmado o diagnóstico de criptorquidia unilateral, e na perspetiva de tratamento e prevenção de complicações, referencia-se à consulta de cirurgia pediátrica com urgência.

Discussão: Este caso clínico é importante na medida que reforça a necessidade de efetuar o exame físico completo em todas as consul-

tas programadas de SIJ. Respeitando a intimidade e privacidade do utente, deve ser avaliada a Escala de Tanner e feito exame genital, aproveitando a oportunidade adicional de comunicação e educação acerca das mudanças do seu corpo. Os Cuidados de Saúde Primários são fundamentais para a deteção precoce de criptorquidia e respetiva referenciação para orquidopexia evitando sequelas graves.

CT 02

INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO DE REPETIÇÃO COM ORIGEM EM FÍSTULA ENTEROVESICAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Weinshet Sousa; Rita P Fonseca; Celina Campos; Diana Roda; Ana Rita Rabaça; Débora Monteiro; Rui Guilherme Costa
USF Manuel Cunha - ULS Coimbra

Introdução: As fístulas enterovesicais caracterizam-se por uma comunicação anómala entre o intestino e a bexiga. A principal causa das mesmas deve-se à presença de doença diverticular e manifesta-se essencialmente por sintomas urinários, tais como pneumatúria e fecalúria.

O médico de família deve estar alerta para infeções do trato urinários (ITU) com apresentações incomuns ou associadas a complicações. **Descrição do caso:** Utente do sexo feminino de 77 anos de idade com antecedentes de dislipidémia, osteoporose e perturbação depressiva, sem antecedentes cirúrgicos relevantes. Recorreu a consulta aberta com queixas de disúria em setembro de 2023 tendo recorrido posteriormente e de forma sucessiva a múltiplas consultas por disúria, polaquiúria, dor pélvica e urina com cheiro fétido. Foi realizado combur que revelou proteinúria, leucocitúria e hematúria tendo sido diagnosticada infeção do trato urinário e iniciada antibioterapia empírica. Por recorrência de episódios de ITU foi pedida urocultura que revelou *E.Coli* e iniciou-se antibioterapia dirigida.

Por manutenção das queixas e resultado da urocultura sobreponível foi pedido ao laboratório repetição da urocultura com medidas de assepsia, que revelou presença de fecalúria. Foi pedida TC abdomino-pélvica que confirmou a presença de fistula sigmoide-vesical e múltiplos divertículos sigmoideus. Foi feita referenciação da utente para consulta hospitalar de cirurgia geral.

Discussão: Este caso clínico revela a dificuldade no processo de decisão clínica dada a baixa prevalência de causa fistulosa como origem de ITU de repetição.

Pretende-se alertar os médicos de família para a importância de realizar um estudo atento, valorizando as queixas do utente e reconhecendo esta associação de forma a existir uma maior eficácia diagnóstica e referenciação adequada e atempada.

Atualmente a doente encontra-se a aguardar cirurgia de correção.

CT 03

A DISSIMULAÇÃO DO UROTÉLIO

Rita Ribau; Leonor Amaral; Mariana Fael; Rita Duarte; Daniela Sequeira
USF Santa Joana - ULS Região de Aveiro

Introdução: A carúncula uretral resulta do crescimento do urotélio da uretral distal, com eversão do seu bordo posterior, exteriorizando-se numa tumefação séssil, mole e friável ao toque. Frequentemente é assintomática, representando um achado incidental durante a realização do exame ginecológico, ou pode manifestar-se com hemorragia ou disúria e, raramente, como obstrução urinária. É uma entidade comum em mulheres pós-menopausa.

Descrição do caso: Utente do sexo feminino de 75 anos, sem antecedentes urológicos de relevo, recorreu ao seu médico de família com quadro de disúria terminal com meses de evolução e episódio recente de hematúria macroscópica. Foi solicitada ecografia renovesical que destacou uma formação sólida suspeita de

neoplasia da bexiga, tendo sido encaminhada para a consulta de Urologia. Nos Hospital procedeu-se a ressecção transuretral-vesical da formação vegetante da parede lateral, cuja biópsia não confirmou carcinoma urotelial.

Após quatro meses, a utente regressa à Unidade de Saúde Familiar por manutenção da disúria, polaquiúria, nictúria, astenia e dor supra-púbica intermitente “como se tivesse um ferro” (*sic*). Ao exame objetivo visualizou-se lesão neoformativa, muito friável, dura e dolorosa ao toque, localizada no meato uretral, aparentemente compatível com carúncula uretral. Após exclusão de infeção urinária e dada a persistência da sintomatologia da utente e os achados ao exame físico efetuou-se nova referenciação urgente para Urologia. Foi submetida a excisão da lesão uretral, tendo a anatomia patológica da peça operatória demonstrado infiltração da uretra por carcinoma urotelial/células de transição de alto grau de malignidade. Realizou-se estadiamento T1N1M0 com recurso a exames complementares.

O caso foi discutido em consulta de decisão terapêutica pela equipa multidisciplinar hospitalar tendo-se programado a realização de quimioterapia neoadjuvante.

Atualmente mantém seguimento na consulta de Urologia e de Oncologia médica e pela equipa de Saúde Familiar.

Discussão: A carúncula uretral é uma patologia frequente nos Cuidados de Saúde Primários. As características atípicas da lesão e a persistência da sintomatologia devem alertar para a possibilidade de malignidade, imperiosa de confirmar ou excluir, uma vez que o fator de prognóstico mais relevante é a extensão da doença. O carcinoma urotelial uretral pode apresentar simultaneamente envolvimento vesical. Assim, a suspeita clínica é essencial para o diagnóstico precoce, tendo a Medicina Geral e Familiar um papel sentinela na sua identificação.

CT 04

DISFUNÇÃO ERÉTIL NOS CSP: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE MODELO PREDITIVO DE RISCO

Mariana Pedroso¹; Ivone Rodrigues²;
Ana Maria Completo³; Ana Teresa Ferreira³;
Carolina Madureira⁴; Ana Soares⁴

¹USF Celas Saude - Coimbra; ²USF Celas Saude - Coimbra; ³USF Cruz de Celas; ⁴USF Coimbracelas

Introdução: A disfunção erétil (DE) é uma patologia comum, afectando em grande medida a actividade e satisfação sexual e a qualidade de vida. A DE pode resultar de factores psicogénicos (como ansiedade de performance e depressão), factores familiares e de natureza socioeconómica e factores orgânicos, sendo influenciada por diversas co-morbilidades – hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, diabetes mellitus, entre outras. A sua incidência é de aproximadamente 13% em Portugal.

Objetivos: Caracterização da população de utentes com DE em três Unidades de Saúde Familiar (USF) de Coimbra e desenvolvimento de um modelo preditivo de risco da DE com base numa amostra alargada. Discussão da aplicabilidade do modelo e da importância e qualidade dos registos clínicos e relevância do médico de MGF na detecção e abordagem da DE.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo. A amostra (n = 1004) é constituída por indivíduos do sexo masculino (idade ≥ 18 anos) com registo activo a Dezembro de 2023 em três USF de Coimbra. O grupo de controlo (sem DE) foi escolhido por amostragem aleatória (n = 900) e o grupo de caso integra todos os pacientes com diagnóstico de DE codificado (n = 104). Os dados foram recolhidos através de pesquisa no MIM@UF (Módulo de informação e monitorização das unidades funcionais), tendo sido os do grupo com DE complementados com consulta aos registos clínicos individuais.

Foi caracterizado o perfil do grupo com DE e comparadas as incidências.

Escolheram-se os seguintes factores de interesse: idade, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, diabetes mellitus, hipertrofia benigna da próstata, depressão, consumo de álcool e de tabaco. Foi efectuada uma análise de regressão logística binária multifactorial para identificar os factores associados à DE, construção de intervalos de confiança para os odds ratios e criação de vários modelos preditivos com vista a escolher o mais adequado. A análise de dados foi realizada em R (versão 4.3.3).

Resultados e conclusões: No nosso estudo a DE associou-se univariadamente de forma significativa ($p < 0.05$) a todas as variáveis em estudo e, tomando-as em conjunto, verificou-se associação à obesidade, depressão, consumo de álcool e consumo de tabaco. O modelo final tem elevada precisão (95.1%) e sensibilidade (98.4%) e especificidade razoável (65.7%) mas sofre de enviesamento da amostra dos utentes sem DE, tal devendo-se à qualidade dos registos em consulta.

Dado o baixo valor de incidência de DE no nosso estudo comparado com a prevalência nacional, considera-se que a DE carece de mais atenção e intervenção nos CSP, em contexto de consulta.

CT 05

ITUS DE REPETIÇÃO NA PÓS-MENOPAUSA – QUE ALTERNATIVAS À ANTIBIOTERAPIA?

Vanessa Costa; Salomé Costa e Silva; Sofia Oliveira; Serenela Luz; Sara Pinheiro; Pedro Azevedo; Helena Martins; Joana Reis
USF Pulsar

Introdução: A síndrome geniturinária da menopausa (SGUM) apresenta prevalência superior a 60% em mulheres após menopausa, incluindo-se nesta síndrome as infeções do trato urinário de repetição (ITUsR). Estas infeções caracterizam-se por 2 ou mais episódios nos últimos 6 meses ou 3 ou mais nos últimos

12 meses. As ITUs constituem um dos principais motivos de consulta aberta nos Cuidados de Saúde Primários, sendo que para as ITUsR existe escassez de terapêutica efetiva a longo prazo. A profilaxia antibiótica apresenta efeitos colaterais como alterações da flora intestinal e o desenvolvimento de resistências antimicrobianas.

Objetivo: Explorar a evidência científica de terapêutica não antibiótica nas ITUsR em mulheres na pós-menopausa.

Material e métodos: Revisão narrativa com recurso a pesquisa manual na Pubmed com os termos “*treatment recurrent urinary infection*” e “*post menopausal*” publicados nos últimos 10 anos. Incluímos estudos de investigação, revisão sistemática e meta-análise, realizados apenas em humanos, e ensaios clínicos relativos a participantes não hospitalizadas e não institucionalizadas. Recorremos também a guias de sociedades médicas nacionais.

Resultados e conclusões: Várias imunizações bacterianas através de vacinas têm sido desenvolvidas. Os estudos apontaram para uma eficácia, apenas a curto prazo, da vacinação na redução das ITUsR. As vacinas Uro-Vaxom (cápsula, toma oral), Solco-Urovac (óvulo vaginal) e ExPec4V (injeção única intramuscular, não existente em Portugal) foram descritas como pouco eficazes, sendo que apresentaram apenas um período eficaz de 2 a 3 meses. A vacina Uromune (administração sublingual) apresentou eficácia entre 6 a 12 meses e superioridade em relação à antibioterapia. Uma meta-análise com base em ensaios clínicos concluiu que o uso de estrogênio tópico vaginal, quando comparado com o placebo, reduziu o número de ITUsR em mulheres na pós-menopausa. Já o estrogênio oral não apresentou diferença significativa com o placebo. Os estrogénios vaginais tiveram baixo perfil de risco, comparativamente aos orais, e podem ser utilizados de forma preventiva nas ITUsR na pós-menopausa. A queda de estro-

gênios na menopausa causa redução da concentração de *Lactobacillus* na flora bacteriana vaginal resultando em aumento do pH vaginal. Os estudos sobre a eficácia de probióticos vaginais de *Lactobacillus* foram inconclusivos quanto à prevenção de ITUsR mas não apresentaram riscos associados. Estudos recentes sobre laser fracionado de CO2 apresentaram resultados semelhantes ao estrogênio vaginal. Por fim, estudos com extrato de arando vermelho e com D-manose têm sido realizados na prevenção das ITUsR mas com escassez de dados na pós-menopausa. Concluindo, existem algumas alternativas terapêuticas ao uso de antibióticos nas ITUsR na pós-menopausa. No entanto, são necessários mais estudos que comprovem o benefício das mesmas.

CT 06

ANDROPAUSA E TERAPÊUTICA HORMONAL DE SUBSTITUIÇÃO – QUAL A EVIDÊNCIA?

Ines Guimaraes; Miguel Moreira; Ana Falcão e Cunha
USF LACOS

Introdução: Andropausa ocorre em homens com > 40 anos, e resulta de uma diminuição dos níveis de testosterona com o envelhecimento. Apresenta sintomas como a diminuição da libido, disfunção erétil, diminuição da força, da massa muscular e da densidade óssea, alterações do humor e impacto na qualidade do sono. A terapêutica de substituição com testosterona (TST) reverte a maioria destes sintomas, no entanto deve ser ponderada a relação risco/benefício.

Objetivos: Analisar a evidência existente relativamente aos benefícios da TST na andropausa.

Material e métodos: Foram pesquisadas revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA), ensaios clínicos aleatorizados (ECA) e guidelines, publicados nos últimos 5 anos, em português e inglês, utilizando os termos “*Late-onset Hypogonadism*” and “*Testosterone Therapy*” na Pubmed, NGC, NICE, *Canadian Medical Association*, CPG Infobase, The

Cochrane Library, DARE Database e Evidence Based Medicine Online. A pergunta de investigação envolveu: População – homens com > 40 anos; Intervenção – utilização de TST; Comparação – não utilização de TST; *Outcome* – benefícios desta terapêutica. Para avaliar o nível de evidência e força de recomendação utilizou-se a escala SORT (*Strength of recommendation taxonomy*).

Resultados e conclusões: Dos 33 artigos obtidos selecionou-se 7 estudos, 1 RS, 2 RS com MA, 1 ECA e 3 *guidelines*. Uma RS analisou o impacto da TST na perturbação depressiva, tendo observado uma melhoria dos sintomas depressivos, exceto em doentes com perturbação depressiva *major*. Em relação às RS com MA, uma analisou a eficácia da TST no tratamento das alterações metabólicas, verificando-se uma melhoria no perfil metabólico nos doentes que receberam TST versus placebo, nomeadamente melhoria dos valores HbA1C, insulina, leptina, colesterol total e perímetro abdominal. A outra RS com MA estudou a eficácia da TST na função erétil, a sua interferência na progressão da Hiperplasia Benigna da Próstata e na incidência de cancro da próstata, tendo-se verificado uma melhoria do Índice Internacional da Função Erétil, no entanto não houve alterações significativas nos parâmetros *International Prostate Symptom Score*, volume da próstata, taxa de fluxo máximo, volume urinário residual pós-miccional e PSA, nos grupos sob TST versus placebo. O ECA demonstrou que a TST melhorou a dor e a qualidade de vida em homens na andropausa com dor crónica. As *guidelines* referem que a TST melhora a sintomatologia da andropausa, e deve ser oferecida apenas a homens sintomáticos, com baixas concentrações de testosterona, e que não apresentem contra-indicações. No entanto, os benefícios e a segurança deste tratamento a longo prazo são incertos. Assim, a TST tem potencial benefício na gestão dos sintomas da andro-

pausa. No entanto, a sua utilização deve ser cuidadosamente ponderada, tendo em conta as características de cada doente, bem como os riscos e benefícios da sua utilização.

CT 07

NOVIDADES NA CONTRAÇÃO MASCULINA

Ana Sofia Monteiro; Inês Rosendo;
Francisca Melo Ferreira; Cátia Solis; Ana Catarina Nascimento; Maria Beatriz Afonso; Patrícia Fragoso
USF Coimbra Centro

Introdução: A contraceção em Portugal passa maioritariamente pelo uso da contraceção hormonal oral e do preservativo. Ao longo dos anos foram inventados vários métodos contraceptivos, hormonais e não hormonais, sendo os primeiros dirigidos exclusivamente ao sexo feminino. De todos os métodos comercializados atualmente, apenas 2 são de uso masculino. Desde os anos 70 que foram conduzidos estudos sobre contraceção hormonal ou reversível de longa duração orientada para o sexo masculino, não havendo, no entanto, comercialização alargada no nosso país. Parece haver, no entanto, uma necessidade de novos métodos masculinos eficazes, não definitivos e de fácil utilização que garantam a liberdade reprodutiva deste sexo, bem como assegurem a contraceção quando o elemento do sexo feminino apresenta limitações para os métodos existentes. Achámos assim importante dar a conhecer as hipóteses de contraceção masculina mais perto de chegar ao mercado para, eventualmente, introduzirmos estes métodos na decisão contraceptiva dos nossos doentes.

Objetivos: Rever quais os novos métodos contraceptivos masculinos que estão perto de serem comercializados e a importância dos mesmos.

Material e métodos: Revisão narrativa com seleção de artigos que expliquem os métodos de contraceção masculina atualmente em estudos clínicos. Pesquisa de revisões, estudos de intervenção e relatos de séries ou casos

na base de dados pubmed (palavras chave: “*male contraception*”, “*male contraceptive*” e “*male pill*”) nos últimos 30 anos.

Resultados e conclusões: Foram encontrados 3212 artigos na base de dados pubmed, dos quais foram selecionados 6, pela sua relevância para os objetivos, atualização e abrangência, cumprindo os critérios de inclusão. Foram encontrados e descritos 2 métodos de contraceção masculina com possibilidade de chegar ao mercado na próxima década: contraceção hormonal combinada (gel, oral, implante e/ou injeção) e produtos de oclusão vasal reversível. É importante perceber estes novos métodos para podermos utilizar os mesmos no futuro de forma a partilhar a responsabilidade contraceptiva entre o sexo feminino e o sexo masculino e permitir ao último mais liberdade reprodutiva.

Urologia ao CENTRO

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

Organização

Associação dos Amigos de Urologia e Transplantação Renal

Presidente: Arnaldo Figueiredo

Inscrição e Submissão de trabalhos | www.admedic.pt

Inscrição disponíveis online até dia 14 de maio

Valor de Inscrição 70,00€

Patrocínios



Johnson & Johnson
Innovative Medicine



OLYMPUS



Secretariado

admedic+

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