

XXIV JNPC



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

13 • 14
fevereiro

Centro de Congressos
do Algarve

2020

Vilamoura

PRESIDENTE DAS JORNADAS

Prof. Doutor Sobrinho Simões

SECRETÁRIOS GERAIS

**Dr. José Canas da Silva
e Dr. Rui Cernadas**

Programa
CIENTÍFICO



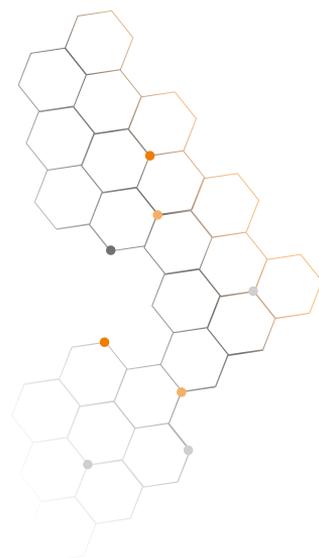
Aceda aqui à versão
digital do programa



Para efeitos de emissão de certificado é obrigatório o uso do badge até ao final das sessões



| | | |
|------|--|---|
| 1997 | I Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor M. Machado Macedo |
| 1998 | II Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Pedro Eurico Lisboa |
| 1999 | III Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Salomão Sequerra Amram |
| 2000 | IV Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor F. Manuel Fonseca Ferreira |
| 2001 | V Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Mário Gentil Quina |
| 2002 | VI Jornadas Nacionais Patient Care | Dr. A. Barros Veloso |
| 2003 | VII Jornadas Nacionais Patient Care | Dr. António Gentil Martins |
| 2004 | VIII Jornadas Nacionais Patient Care | Dr. Paes de Sousa |
| 2005 | IX Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Nuno Cordeiro Ferreira |
| 2006 | X Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor. J. A. Machado Caetano |
| 2007 | XI Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Manuel Meirinho |
| 2008 | XII Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor A. Galvão-Teles |
| 2009 | XIII Jornadas Nacionais Patient Care | Doutor Ricardo Seabra-Gomes |
| 2010 | XIV Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor A. Linhares Furtado |
| 2011 | XV Jornadas Nacionais Patient Care | Dr. Mário da Silva Moura |
| 2012 | XVI Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Daniel Serrão |
| 2013 | XVII Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Fernando Pádua |
| 2014 | XVIII Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Walter Osswald |
| 2015 | XIX Jornadas Nacionais Patient Care | Dr. Almeida Ruas |
| 2016 | XX Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Pacheco Palha |
| 2017 | XXI Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Castro Lopes |
| 2018 | XXII Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Dinis da Gama |
| 2019 | XXIII Jornadas Nacionais Patient Care | Prof. Doutor Pereira Coelho |





Comissão de Honra

Ministra da Saúde > Bastonário da Ordem dos Médicos > Presidente da Câmara Municipal de Loulé > Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve



Comissão Organizadora

DR. JOSÉ CANAS DA SILVA Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico da Consulreuma - Consultadoria em Reumatologia e Osteoporose, Lisboa > **PROF. DOUTOR SOBRINHO SIMÕES** Presidente do Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos; Presidente do Conselho de Curadores da Agência Nacional de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES); Presidente da Direcção do IPATIMUP; Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto > **DR. RUI CERNADAS** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; especialista em Medicina Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Membro da Direcção do Colégio de Competência de Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos



Presidentes, Moderadores e Palestrantes

DRA. ANA PAIS Interna de 5º ano de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte > **DRA. ANA RITA FRANCISCO** Cardiologista, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Santa Maria, Lisboa > **PROF. DOUTOR ANTÓNIO CRUZ FERREIRA** Especialista em Medicina Desportiva e Medicina Geral e Familiar pela Ordem dos Médicos e Assistente de Medicina Geral e Familiar na USF Mealhada; Doutoramento em Medicina e Assistente Convidado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra > **DR. CARLOS CARVALHO** Interno de 5º ano de formação específica de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa > **DRA. CRISTINA FONSECA** Assistente Graduada de Gastrenterologia com a Subespecialidade de Hepatologia; Responsável pela Consulta de Hepatologia do Hospital Garcia de Orta > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Médica, Coordenadora da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, Beja + (ULS do Baixo Alentejo) > **DRA. CRISTINA MAIA COSTA** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Sãvida, EDP, Porto > **DRA. ELISABETE RODRIGUES** Assistente Hospitalar Graduada de Endocrinologia, CHUSJ – Porto; Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto > **DR. EMÍDIO SILVA** Médico especialista de Medicina do Trabalho > **DR. FERNANDO MAUTEMPO** Especialista em Medicina do Trabalho, Diretor do Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional do Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar Baixo Vouga > **PROF. DOUTOR FERNANDO PIMENTEL DOS SANTOS** Assistente Hospitalar Graduado de Reumatologia no CHLO, Hospital de Egas Moniz; Professor Auxiliar de Medicina/Reumatologia, NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa > **DR. FERREIRA LEAL** Médico Especialista de medicina do trabalho; Presidente do Colégio de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos > **DR. FRANCISCO ARAÚJO** Médico de Medicina Interna, Hospital Beatriz Ângelo, Loures > **DR. GONÇALO PROENÇA** Coordenador da unidade de Cardiologia, Hospital de Cascais; Cardiologista Sénior, Hospital dos Lusíadas, Lisboa > **DR. GUSTAVO JESUS** Assistente Hospitalar de Psiquiatria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central > **DRA. HORÁCIO FIRMINO** Diretor do CRI Psiquiatria do CHUC; Assistente Graduado Sénior de Psiquiatria do CHUC; Membro da Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências; Presidente da Comissão do Plano Regional de Saúde para as Demências ARS Centro; Coordenador da Gerontopsiquiatria do CRI Psiquiatria do CHUC; Membro do Conselho Científico Alzheimer Portugal; Membro do Conselho Científico da Sociedade Portuguesa Geriatria e Gerontologia > **DRA. INÉS ROSENDO** Coordenadora da USF Coimbra Centro, Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Coimbra Centro; Assistente convidada na FMUC > **DR. JOÃO AZEVEDO** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Trofa Saúde Hospital, Continental e Centro Hospitalar Médio Ave > **PROF. DOUTOR JOSÉ AUGUSTO SIMÕES** Assistente Graduado

Sênior da Carreira Médica de Medicina Geral e Familiar, Médico de Família e Coordenador da USF Caminhos do Cértoma, ACeS Baixo Mondego, ARS Centro; Professor Associado Convidado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico da Consulreuma - Consultadoria em Reumatologia e Osteoporose, Lisboa > **DR. JOSÉ PEDRO ANTUNES** Médico de Medicina Geral e Familiar, USF Arte Nova > **DRA. LEONOR SASSETTI** Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria, Unidade de Adolescentes do Hospital D. Estefânia, Lisboa; Coordenadora do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central); Assistente do 6ºano de Pediatria da Nova Medical School; Mestre em Educação Médica pela Universidade Católica Portuguesa > **DR. LUÍS ANDRADE** Médico de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho > **PROF. DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO** Professor Associado com Agregação, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Consultor, Assistente Graduado Sênior em Medicina Geral e Familiar > **DRA. MADALENA RODRIGUES** Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF do Castelo; Representante do ACES Arrábida na UNICA (Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca do Hospital São Bernardo) > **DR. MARCO MENDES** Assistente hospitalar de Nefrologia do Hospital Curry Cabral, Lisboa > **DRA. MARIA JOSÉ ALVES** Assistente Graduada Sênior de Ginecologia e Obstetria; Responsável pelo Serviço de medicina materno-fetal da MAC, Lisboa > **DR. MIGUEL MARTINS DA CUNHA** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, ACES Alto Ave; Médico Especialista em Medicina do Trabalho na Continental > **PROF. DOUTOR MIGUEL MELO** Assistente Graduado de Endocrinologia, Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Investigador do Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (I3S)/ IPATIMUP > **DR. NUNO ESGUELHA** Médico Coordenador do Serviço Médico de Avaliação de Incapacidades (Lisboa) do Departamento de Protecção contra os Riscos Profissionais no Instituto da Segurança Social; Membro da Comissão Nacional para a Revisão da Lista das Doenças Profissionais; Membro da Comissão Técnica de Apoio ao Presidente da Comissão Nacional para a Revisão da Lista das Doenças Profissionais; Membro do Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos; Membro do Colégio da Competência em Peritagem Médica na Segurança Social da Ordem dos Médicos > **DR. NUNO JACINTO** Assistente de Medicina Geral e Familiar. Coordenador da USF Salus, Évora > **DRA. PATRÍCIA OLIVEIRA** Médica Especialista em Endocrinologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra > **DRA. PAULA DIAS** Médica de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João, Hospital de São João, Porto > **PROFA. DOUTORA PAULA PINTO** Assistente Hospitalar Graduada de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Coordenadora da Unidade de Sono e Ventilação não Invasiva do Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; Professora da Faculdade de Medicina de Lisboa > **DR. PEDRO CARREIRA** Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Setúbal, Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina e na Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca > **PROF. DOUTOR PEDRO MONTEIRO** Cardiologista, Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra > **DRA RITA NORTADAS** Médica de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. ROSA DE PINHO** Médica de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da USF Vale do Vouga > **PROF. DOUTOR RUI BAPTISTA** Médico de Cardiologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra > **DR. RUI CERNADAS** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; especialista em Medicina Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Membro da Direção do Colégio de Competência de Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos > **DR. RUI COSTA** Director Adjunto da Sávica medicina Apoiada, SA; Coordenador do GRESP (Grupo de Estudos das Doenças Respiratórias da APMGF > **DRA. SANDRA SOUSA** Assistente Hospitalar de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. SARA CHINA PEREIRA** Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar, ACES Alto Ave > **DRA. SARA MARTINHO GOMES** Nutricionista, Hospital de Cascais > **PROF. DOUTOR SOBRINHO SIMÕES** Presidente do Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos; Presidente do Conselho de Curadores da Agência Nacional de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES); Presidente da Direcção do IPATIMUP; Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto > **DRA. SOFIA DUQUE** Especialista de Medicina Interna com Competência em Geriatria, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier, Lisboa > **DRA. SÓNIA BASTOS** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF Boa Nova > **DRA. TÂNIA FURTADO** Nutricionista, Hospital Lusíadas, Lisboa > **DRA. TERESA FREITAS** Assistente graduada de Gastrenterologia no Serviço de

Gastrenterologia do CHVNG/E, com diferenciação em Neurogastrenterologia, tendo sido Presidente do Núcleo de Neurogastrenterologia e Motilidade Digestiva (NMD) da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia no biénio 2014 – 2016; Membro da European Society of Neurogastroenterology and Motility; Coordenadora da Consulta Externa do Serviço de Gastrenterologia do CHVNG/E; Competências em Gestão em Saúde e Qualidade em Saúde pela Ordem dos Médicos. Membro da Comissão de Qualidade do CHVNG / E e coordenadora do SINAS- ERS no CHVNG/E > **DR. TERESA PINTO** Médica especialista em Medicina do Trabalho; Assistente de Medicina do Trabalho e Coordenadora do Serviço de Segurança e Saúde do Trabalho da ARS Norte, IP; Membro do Conselho Diretivo do Colégio de Especialidade em Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos; Representante portuguesa da International Committee on Occupational Health > **DR. TIAGO CASTRO LOPES** Médico do Trabalho na Continental Mabor – Indústria de Pneus, SA; Assistente de Medicina Geral e Familiar na USF Serzedelo do ACeS Alto Ave > **DR. TIAGO VILARINHO** Médico de Família, USF S. Félix Marinha > **DRA. VITÓRIA CUNHA** Médica de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta, Almada; Secretária Geral da Sociedade Portuguesa de Hipertensão > **DR. ZAKHAR SHCHOMAK** Interno de formação específica de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte



Júri de trabalhos

Presidente DR. RUI CERNADAS Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; especialista em Medicina Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Membro da Direção do Colégio de Competência de Medicina Farmacéutica da Ordem dos Médicos

DR. JOÃO AZEVEDO Médico de Medicina Geral e Familiar, Trofa Saúde Hospital > **DR. MIGUEL MARTINS DA CUNHA** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, ACES Alto Ave; Médico Especialista em Medicina do Trabalho na Continental > **DRA. SÓNIA BASTOS** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF Boa Nova > **DR. TIAGO VILARINHO** Médico de Família, USF S. Félix Marinha





Cursos **PRÉ-JORNADAS**

12 de fevereiro Quarta-feira



14:00-18:00h

CURSO 1

O ESSENCIAL SOBRE AS ESPONDILARTRITES E ARTRITE REUMATOIDE

Coordenador: José Canas da Silva

Espondilartrite axial e periférica

Fernando Pimentel

Artrite psoriática

Sandra Sousa

Novos avanços na artrite reumatoide

José Canas da Silva

Artrite associada às doenças inflamatórias do intestino e artrites reativas

Sandra Sousa



14:00-18:00h

CURSO 2

NUTRIÇÃO E SUBSTITUIÇÃO DOS ALIMENTOS

Coordenadoras: Tânia Furtado e Sara Martinho Gomes

- Sem glúten

- Dietas vegan

- Dietas vegetarianas

14:00-18:00h

CURSO 3

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Coordenadores: Pedro Carreira e Nuno Jacinto



14:00-18:00h

CURSO 4

DOENÇAS PROFISSIONAIS

Coordenador: Fernando Mautempo

Formadores: Nuno Esguelha, Teresa Pinto, Emídio Silva e Miguel Martins da Cunha

- Dados estatísticos globais em PT e na Europa

- Conceito de doença profissional

- Lista de doenças profissionais

- Notificação de doença profissional – Formuários e circuito

- Reconhecimento de DP – Avaliação médica e decisão

- Incapacidade temporária e permanente por DP e respetivas prestações

- Casos clínicos – 1 LMERT, 1 hipoacúsia, 1 patologia respiratória

- Dúvidas e *take home messages*

14:00-18:00h

CURSO 5

UMA VISÃO MULTIMODAL DA MEDICINA DO TRABALHO

Coordenadores: Ferreira Leal e Rui Cernadas

A evolução da Medicina do Trabalho para a década 20

Ferreira Leal

Doenças respiratórias: Problemas e prevenção

Rui Costa

A recolocação profissional: Problema ou solução?

Tiago Castro Lopes

Adições – Um novo desafio?

Rui Cernadas

14:00-18:00h

CURSO 6

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DOENTE COM OBESIDADE

Formadora: Patrícia Oliveira



14:00-18:00h

CURSO 7

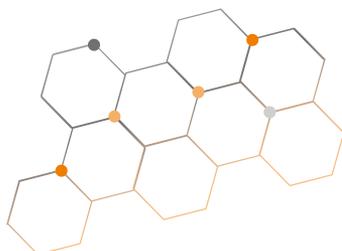
MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE (MCCP) E CONSULTA EM MEDICINA CENTRADA NO PACIENTE (MCP) NA PERSPETIVA DA MEDICINA PREVENTIVA

Formadores: Luiz Miguel Santiago, Inês Rosendo Silva, José Augusto Simões e António Cruz Ferreira

- O MCCP

- A consulta em Medicina Centrada no Paciente com multimorbilidade para a capacitação, com empatia e empoderamento, gerando confiança

- A Prevenção no idoso com multimorbilidade





Programa **CIENTÍFICO**

13 de fevereiro Quinta-feira



08:00h Abertura do Secretariado

09:00-10:00h **SESSÃO 1**

NÓDULOS TIROIDEUS

Presidente: Sobrinho Simões

Palestrantes: Elisabete Rodrigues e Miguel Melo

10:00-11:00h **SESSÃO 2**

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)

Moderadores: Ferreira Leal e Rui Costa

Novas abordagens terapêuticas e seguimento

Paula Pinto

3 Casos Clínicos: Criança & Adulto & Idoso

DPOC na Criança

Zakhar Shchomak

DPOC no Adulto

Carlos Carvalho

DPOC no Idoso

Ana Pais

Discussão

11:00-11:20h Intervalo

11:20-12:20h **SIMPÓSIO**

Moderador: Rui Cernadas

Cominações orais no tratamento da DM2 – O que faz sentido?

Rita Nortadas

Novas *guidelines* de dislipidemia 2019: O porquê dos novos alvos

Francisco Araújo



12:20-12:40h **SESSÃO DE ABERTURA E HOMENAGEM NACIONAL AO PROF. DOUTOR SOBRINHO SIMÕES**

12:40-13:00h **COURSE HIGHLIGHTS**

13:00-14:15h Almoço

14:15-14:30h **SESSÃO 3**

SÍNDROME DO COLON IRRITÁVEL: ESTADO DA ARTE

Presidente: José Canas da Silva

Palestrante: Teresa Freitas

14:30-15:20h

SIMPÓSIO

HIPERTENSÃO ARTERIAL E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL: QUE ASSOCIAÇÕES TERAPÊUTICAS E PARA QUE DOENTES?

Moderador: Rui Cernadas

O que nos dizem as guidelines?

Vitória Cunha

Os doentes do dia a dia na MGF e qual a evidência que temos em 2020

Rosa de Pinho e Vitória Cunha

Discussão e conclusões



15:20-16:10h

SESSÃO 4

AJUSTE TERAPÊUTICO EM DOENTES COM...

Moderadoras: Cristina Maia Costa e Sónia Bastos

Insuficiência renal

Marco Mendes

Insuficiência hepática

Cristina Fonseca

Discussão

16:10-17:00h

SIMPÓSIO

2020 | EVIDÊNCIAS QUE MODIFICAM O PROGNÓSTICO DO DOENTE COM DMT2 E FA

Palestrantes: Ana Rita Francisco e José Pedro Antunes



17:00-17:30h

Intervalo

17:30-18:30h

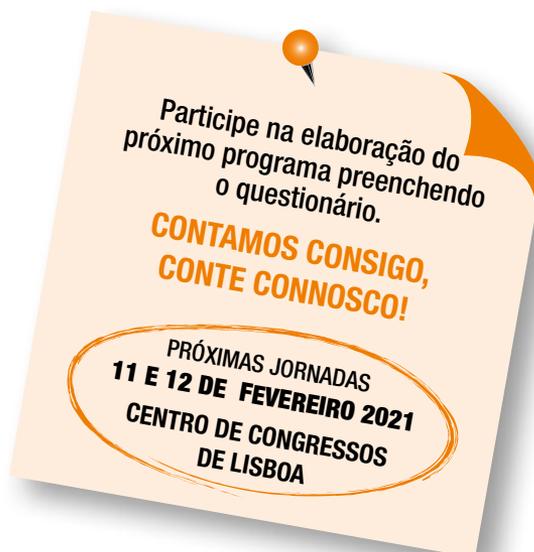
PAINEL

FAÇA AS SUAS PERGUNTAS, SOBRE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, QUE NÓS RESPONDEMOS?

Gonçalo Proença e Madalena Rodrigues

18:30h

Fim das Sessões do 1º Dia





08:00h Abertura do Secretariado

09:00-09:30h

SESSÃO 5

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Moderadores: João Azevedo e Sónia Bastos

E-POSTER 01 Quando um excesso leva a outro – Um caso de jogo patológico
Andreia Abreu Fernandes

E-POSTER 02 Consumo de álcool no ambiente de Medicina Geral e Familiar
Luiz Miguel Santiago

E-POSTER 03 “O CORAÇÃO NA BARRIGA”
Vanessa Faria Belchior

E-POSTER 04 Dispareunia nos cuidados de saúde primários – Prevalência e abordagem
Rui J. F. Silva

09:30-11:00h

SESSÃO 6

SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Moderadores: Tiago Castro Lopes e Rui Cernadas

Doentes com depressão *major*
Horácio Firmino

Perturbação da ansiedade na adolescência e transição para a idade adulta
Gustavo Jesus

Prescrição de psicofármacos e abusos de substâncias
Luiz Miguel Santiago

Perguntas & Respostas

11:00-11:30h

Intervalo

11:30-12:30h

SIMPÓSIO

PROTEGER O SEU DOENTE COM O ANTICOAGULANTE CERTO

Palestrantes: Pedro Monteiro e Paula Dias



12:30-13:00h

CONFERÊNCIA

NOVA EVIDÊNCIA NA ÁREA CARDIOVASCULAR E METABÓLICA

Palestrantes: Luís Andrade e Rui Baptista



13:00-14:30h

Almoço

14:30-16:00h

SESSÃO 7

A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PARTILHADOS

Moderadores: Luiz Miguel Santiago e Sara China Pereira

...Saúde Materna

Visão do Obstetra

Maria José Alves

Visão da MGF

Tiago Vilarinho

...Saúde Infantil

Visão do Pediatra

Leonor Sassetti

Visão da MGF

Sara China Pereira

...Saúde nos Idosos

Visão do Geriatra

Sofia Duque

Visão da MGF

Cristina Galvão

16:00-17:00h

SESSÃO 8

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Moderadores: Tiago Vilarinho e Miguel Martins da Cunha

E-POSTER 05 Nódulo cervical volumoso: A propósito de um caso clínico

Paulo Jorge Barros

E-POSTER 06 Défice de Alfa1 Antitripsina: Um diagnóstico inesperado

Catarina Ramos Rodrigues

E-POSTER 07 Por detrás de um exantema...

Simaura Martins

E-POSTER 08 Endocardite infecciosa – A importância de pensar em diagnósticos alternativos

Nídia Oliveira

E-POSTER 09 Casuística de insuficiência cardíaca numa Unidade de Saúde Familiar

F. Ferreira e Silva

E-POSTER 10 Quando a dor aperta...

Mélanie Faria

E-POSTER 11 Perder tempo para ganhar tempo – Relato de um caso clínico

Ana Marinho

E-POSTER 12 Diagnóstico e tratamento da osteoporose e osteopenia – A realidade de três

Unidades de Cuidados de Saúde Primários

Ana Carolina C. Marques

17:00-17:10h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Entrega dos Prémios Melhor Comunicação Livre

17:10h

Entrega de Certificados

Para efeitos de emissão de certificado é obrigatório o uso do badge até ao final das sessões



E-Poster 01

QUANDO UM EXCESSO LEVA A OUTRO – UM CASO DE JOGO PATOLÓGICO

Andreia Abreu Fernandes

USF Lauroé

Introdução: A prevalência do jogo patológico na população europeia encontra-se entre os 0,1 a 0,8% e em Portugal a prevalência estimada é de 0,3%. Trata-se de uma dependência comportamental com incidência crescente, muito à custa do crescimento do uso da internet que, devido à facilidade de acesso, elimina obstáculos existentes entre o jogo e o jogador, contribuindo para o aumento desta patologia. Esta dependência, embora menos estudada do que as outras, tem chamado a atenção da comunidade científica e da Medicina. É mais comum em jovens do sexo masculino e com história familiar de dependência de jogo, existindo uma relação direta entre jogos a dinheiro e o uso nocivo de substâncias, como o álcool e substâncias psicoativas. A compulsão acarreta outros problemas que interferem na vida pessoal, familiar e profissional, assim como na esfera socioeconómica, conduzindo por vezes a crimes e morbidades psiquiátricas, como outras adições e ideação suicida. Nesta perspetiva, o jogo assume um papel relevante como problema de saúde pública, motivo pelo qual os Médicos de Família devem estar sensibilizados para esta problemática.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 42 anos, caucasiano, com antecedentes de dependência alcoólica, estando a ser seguido em consulta externa de dependências na Equipa Técnica Especializada (ETE) do Sotavento em Olhão. Já não estava medicado para a dependência alcoólica e fazia somente terapia cognitivo-comportamental com a equipa de Psicologia da ETE. Na anamnese apurou-se a existência de outros consumos e após questionar diretamente sobre a prática de algum tipo de jogo, assim como o seu impacto no quotidiano e nas relações pessoais, verificou-se um comportamento patológico até então desconhecido, estabelecendo-se o diagnóstico de jogo patológico e instituindo os cuidados necessários.

Conclusão: Existem vários instrumentos que podem ser utilizados para classificar o grau de severidade do jogo patológico, sendo os mais relevantes o *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) e os critérios de diagnósticos do DSM-5. À semelhança do que acontece nas adições a substâncias, o jogador patológico desenvolve tolerância, sofre efeitos da abstinência, exacerbação de sentimentos, evicção e recorre frequentemente à mentira para ocultar a sua dependência. Uma vez que esta patologia ainda é uma dependência consideravelmente invisível e o conhecimento até agora adquirido sobre o jogo patológico é escasso comparativamente com

o que se conhece de outras adições, é necessário compreender melhor a progressão do jogo patológico, de forma a aplicar estratégias de prevenção e tratamento adequadas às fases em que cada jogador se insere e avaliar o seu impacto. A farmacoterapia é ainda algo que não está totalmente estabelecida, sendo que a prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos são fundamentais para o tratamento. O principal tratamento continua a ser a terapia cognitivo-comportamental. É necessário fomentar o jogo responsável e desenvolver estratégias comprovadamente eficazes na prevenção de comportamentos abusivos, decorrente do aumento da exposição ao jogo.

E-Poster 02

CONSUMO DE ÁLCOOL NO AMBIENTE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Luiz Miguel Santiago; Cindy Gomes Gomes

Clinica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O consumo de bebidas alcoólicas é prática corrente devendo ser conhecidos os padrões individuais de consumo excessivo ou mesmo patológico, permitindo assim melhor gerir problemas clínicos.

Objetivos: Avaliar a prevalência por sexo da classificação ICPC2 de “Abuso crónico de álcool (P15)” na população da Região Geográfica da Administração Regional de Saúde do Centro, IP com idade entre 16 e 99 anos de idade, ambos inclusive segundo o consumo de álcool em gramas por semana registados em S Clínico. Verificação de prevalência de consumo diário em bebidas-padrão (gramas de álcool por copo de vinho) por sexo.

Métodos: Estudo observacional à data de 30 de dezembro de 2018, no universo dos inscritos em unidades de Cuidados de Saúde Primários da área de influência da Administração Regional de Saúde do Centro IP, pelo conhecimento do consumo de gramas de álcool por semana, registado pelos médicos e calculados no programa SClinico. Re-classificação de consumo e de Classificação ICPC2 em função de consumo diário de, no sexo feminino mais que duas bebidas padrão e no sexo masculino mais que três bebidas padrão, em função de gramas de álcool por copo de vinho.

Resultados: População de 1645046 indivíduos, 53,0%, n = 871379 do sexo feminino, idade média de 51,9 anos com o grupo etário mais representado o de idades entre 41 e 64 anos 38,8%, n = 638086. Para 2,3% dos indivíduos estava registado um consumo semanal de álcool superior ao recomendado para o sexo respetivo, mas apenas 1,9% foi classificado com abuso crónico de álcool pelo MGF (Código P15). Registou-se uma diferença média de 7,5 anos ($p < 0.001$)

entre indivíduos com e sem o código P15 ativo, tendo esta diferença aumentado para 11,4 anos ($p < 0.001$) após a correção da classificação. Pelo cálculo de número de bebidas por dia o sexo masculino apresenta uma maior frequência de consumo superior ao recomendado (77,9%), enquanto o sexo feminino esteve associado a um maior consumo desconhecido e ao recomendado (53,7%).

Discussão: O sexo masculino e a idade foram identificados como fatores de risco independentes para o desenvolvimento de abuso alcoólico crónico o que implica um mais adaptado trabalho médico e populacional.

Conclusão: Verificou-se subdiagnóstico do abuso crónico do álcool motivado por falhas no SClínico propondo-se alterações para classificação por número de bebidas por dia segundo o sexo.

Palavras-chave: Alcoolismo; Bebida-padrão; ICPC-2; Código P15; Medicina Geral e Familiar.

E-Poster 03

“O CORAÇÃO NA BARRIGA”

Vanessa Belchior; Rita André
USF Charneca do Sol

Introdução: O aneurisma da aorta define-se como uma dilatação vascular superior a 30 mm e tem uma prevalência geral de 4:100. Tem como fatores de risco conhecidos: homem, caucasiano, > 55 anos, tabagismo, doença aterosclerótica, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão e história familiar. São habitualmente assintomáticos até que surja uma complicação major, normalmente a rotura. O tratamento eletivo está associado a uma mortalidade < 5% enquanto que na rotura é superior a 80%. Este trabalho foi realizado com o objetivo de reforçar a importância dos silêncios na consulta de medicina geral e familiar e do exame objetivo. Para além disso permite também abordar um tema que por vezes passa despercebido por os doentes serem habitualmente assintomáticos e só apresentarem sintomas numa fase tardia e aguda, (com a rotura). Face ao exposto, e sabendo de antemão os fatores de risco, foi aprovado recentemente um rastreio no sentido de aumentar o número de diagnósticos e assim diminuir a mortalidade desta patologia. Assim sendo, o trabalho aborda um tema atual, com guidelines recentes e em que o estar alerta e rastrear estes utentes de risco pode ter um bastante impacto na mortalidade.

Caso Clínico: Homem de 73 anos, em consulta desde 2016, sendo escassos os dados prévios a esta data. Dos antecedentes pessoais, destaca-se hipertensão, doença valvular cardíaca, insuficiência renal crónica moderada e dislipidemia. Tem hábitos tabágicos (50 UMA) e alcóolicos elevados (168). A história da doença atual iniciou-se quando o utente recorreu à consulta a 09/01/2017 após convocação por ter pedido medicamentos que não constavam na sua lista de medicação crónica. Durante um “silêncio”, entre a exploração dos motivos de consulta, o doente expressou o seguinte comentário: “Dra. às

vezes acho que não tenho o coração no sítio certo”. Após exploração da queixa percebeu-se que o utente referia que sentiu o coração na barriga em vez de o sentir no peito. Foi realizado o exame objetivo, tendo em conta os achados da história clínica, destacando-se uma massa na linha média, pulsátil, expansível com diâmetro máximo de aproximadamente 8 cm. Neste contexto, e tendo em conta as dimensões, pediu-se logo TAC Toraco-Abdominal que demonstrou: “Volumoso aneurisma da aorta abdominal com diâmetros em fase crítica, inicia-se a 3.5-4 cm após emergência das artérias renais estendendo-se por 10-11 cm, com calibre 70-72 mm, grande parte trombosado, calibre útil 37-52 mm, estendendo-se às ilíacas primitivas com 27 mm, trombosadas.” Referenciou-se com urgência para a consulta de cirurgia vascular do Hospital de Santa Maria e foi operado via aberta a 26/04/2017, sem intercorrências.

Conclusão: Este trabalho foi realizado com o objetivo de reforçar a importância dos silêncios nas consultas de medicina geral e familiar e do exame objetivo. Reflete a importância da anamnese, do exame objetivo e do índice de suspeição. Para além disso permite também abordar um tema que por vezes passa despercebido por os doentes serem habitualmente assintomáticos e em que a descoberta precoce faz toda a diferença na mortalidade. Relativamente ao rastreio já existe custo-benefício comprovado para homens com 65 anos ou em familiares diretos de doentes com AAA, sendo feito com a ecografia abdominal.

E-Poster 04

DISPAREUNIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – PREVALÊNCIA E ABORDAGEM

Rui J.F. Silva¹; Mariana Carvalho²

¹Interno de Formação Específica do 3º ano de Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar de Valbom; ²Interna de Formação Específica do 4º ano de Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar de Valbom

Introdução: A disfunção sexual feminina (DSF)¹ é um problema de saúde que afeta uma parte significativa da população, com a dispareunia a ser um dos tipos de DSF que surge mais frequentemente². Contudo, os dados disponíveis para a população portuguesa são dispares³. Adicionalmente, apenas uma parte das mulheres com dispareunia procura ajuda do seu médico de família (MF) e, destes, apenas são registados 4%⁴. Assim, torna-se importante aferir a prevalência da dispareunia nas utentes que recorrem aos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal, bem como a sua satisfação com os cuidados prestados.

Objetivos: Os objetivos incluíram determinar na população feminina de utentes da Unidade de Saúde Familiar de Valbom (USFV): i) a prevalência de dispareunia por faixa etária, ii) frequência e intensidade da dispareunia, por faixa etária, iii) se o problema era perguntado pelas utentes ou MF e, iv) a satisfação das utentes com a abordagem do tema pelo seu MF.

Materiais e métodos: Foi realizado um inquérito anónimo e

confidencial⁵ a 320 utentes do sexo feminino com mais de 16 anos, da USFV. O inquérito foi efetivado através de um questionário de auto-preenchimento rápido (≤ 3 min), composto de 10 questões simples, de resposta única e fechada, exceto a idade. Depois de convidadas, as utentes realizavam o preenchimento do questionário fora do gabinete médico e depositam-no na caixa de respostas, disponível para o efeito junto ao balcão de atendimento ao público da USFV. A análise estatística foi realizada usando o programa *Graphpad Prism 8* (GraphPad Inc. San Diego, CA). Antes da análise paramétrica a homogeneidade da variância foi confirmada com o teste de Levene. A comparação entre os diferentes grupos etários na frequência e intensidade de dispareunia foi realizada usando o teste-t de amostras independentes, enquanto que a comparação global foi efetuada através da análise de variância de uma via (*one-way ANOVA*). A significância estatística foi aceite para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Os resultados indicam que 96% das utentes já iniciaram vida sexual, destas, 75% refere já ter tido dispareunia. As utentes com menos de 24 anos e com mais de 53 anos são as que têm menor atividade sexual. Contudo, e apesar disso, são as utentes com mais de 53 anos que mencionam ter dispareunia mais frequentemente e de maior intensidade. Paradoxalmente, apesar da prevalência elevada e frequência e intensidade relevantes, este problema é muito pouco referido pelas utentes (20,9%), ainda menos questionado pelos MF (14,7%), o que possivelmente contribui para o grau de satisfação muito baixo das utentes (2,6/5) com a abordagem médica do tema.

Estando em linha com a literatura, os resultados obtidos neste estudo, um dos poucos sobre o DSF em CSP, vêm alertar para a dispareunia como problema de saúde relevante e para a necessidade premente de mudança de paradigma na sua abordagem por parte dos MF, uma vez que o bem-estar sexual é um fator importante da saúde individual, do casal e, consequentemente, da família. Provavelmente, este é um dos poucos problemas de saúde que abrange tão profunda e transversalmente as várias dimensões da saúde, e onde melhor se poderá ver a relevância da ação abrangida do MF, com a sua abordagem holística e biopsicossocial, fazendo com que este seja o profissional de saúde melhor posicionado para a ajudar estas utentes, numa aliança do curar com a prevenção da doença e a promoção/manutenção da saúde.

Referências:

¹American Psychiatric Association. 2013. DSMMD 437-441. APA. 1000 Wilson Boulevard Arlington.

²Sobhgol S, Alizadeli M. Rate and related factors of dyspareunia in reproductive age women. *Int J Imp Res.* 2007. 19:88-94.

³Ribeiro B, Magalhes A, Mota I. DSF em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. *RPMGF.* 2013. 29:16-24.

⁴Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London GP. *BMJ.* 2003. 327(7412):1-6.

⁵Giuliano F. Questionnaires in sexual medicine. *Prog Urol.* 2013. 23(9):811-21.

E-Poster 05

NÓDULO CERVICAL VOLUMOSO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Paulo Jorge Barros; Pedro Alexandre Vieira; Rita Cordeiro;
José Eduardo Mendes
USF Mondego

Introdução: Os nódulos cervicais são um achado frequente em consultas de medicina geral e familiar sendo, frequentemente assintomáticos. O médico de família deve estar capacitado para o diagnóstico e orientação adequados destas lesões, cujas etiologias podem variar de simples adenopatias reativas benignas a nódulos tiroideus ou neoplasias.

Caso clínico: Doente de 44 anos, sexo masculino, casado e com 2 filhos. Fumador (10 cigarros/dia, 9,5 UMA). Com antecedentes de Asma, Ansiedade, correção cirúrgica de hidrocelo em 2016, estando medicado com brometo de ipratrópio + fenoterol e propranolol 10 mg.

O doente recorreu a uma consulta programada em novembro de 2019 por uma lesão nodular envolvendo o ângulo da mandíbula à direita, com 2 meses de evolução e crescimento insidioso. Negava febre, suores noturnos, perda de peso ou outros sintomas. Referia também elevação persistente da tensão arterial (TA) no domicílio, que se confirmou ao exame objetivo, com valores de 170-180/110-155 mmHg, associados a taquicardia de 120-130 bpm, mesmo após várias medições. Apresentava igualmente uma tumoração pétreia com 6 x 6 cm no ângulo da mandíbula à direita, aderente aos planos profundos, provavelmente na dependência da parótida, assim como dentes em mau estado, hipertrofia e hiperémia amigdalinas. Foi iniciado losartan + hidroclorotiazida 50 + 12,5 mg, pedido electrocardiograma, ecocardiograma e avaliação analítica geral. Dado tratar-se de uma lesão cervical com sinais de alarme, foi solicitada ecografia e tomografia computadorizada (TC) que revelaram massa heterogénea lobulada com áreas quísticas e sem calcificações, localizadas atrás do ângulo da mandíbula, medindo 5.5 x 6 cm, independente da glândula submandibular, contactando com o polo inferior da parótida. A lesão estendia-se para a parafaringe, desviando medialmente o bolbo carotídeo e mostrando extenso contacto com o esternocleidomastoídeo. Tratava-se de uma lesão inespecífica, com indicação para ser caracterizada por ressonância magnética e biópsia.

Dados os resultados imagiológicos, foi pedida consulta com carácter urgente para a Cirurgia Maxilo-Facial. 2 meses depois da consulta inicial, o utente volta à consulta, referindo aumento de volume da lesão cervical e dor local com 2 semanas de evolução, com melhoria parcial com paracetamol e apresentando já TA controlada no domicílio. Face às queixas, fez ciclo curto de Prednisolona 20 mg.

À data da elaboração deste resumo, apresenta consulta de Cirurgia Maxilo-Facial já agendada no hospital da área de residência para avaliação clínica.

Conclusão: Os nódulos cervicais são situações comuns e,

dada a maior parte se relacionar com adenopatias cervicais reactivas a infecções banais, podem ser excessivamente desvalorizados. Contudo, a avaliação da presença de sinais de alarme é fundamental para a atempada deteção de situações potencialmente graves, como linfomas, paragangliomas ou tumores malignos das glândulas salivares.

E-Poster 06

DÉFICE DE ALFA1 ANTITRIPSINA: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Catarina Ramos Rodrigues; Pedro Peixoto; Hernâni Brito;
Margarida Pontes; Ermelinda Silva

USF Eça de Queirós; USF do Mar; Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim - Vila do Conde; Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim - Vila do Conde Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: A alfa-1 antitripsina (AAT) é uma glicoproteína sintetizada e secretada maioritariamente pelos hepatócitos. Uma das funções primárias é a inibição da elastase dos neutrófilos nas vias aéreas, protegendo o parênquima pulmonar de destruição excessiva. O défice de AAT é considerada uma das doenças hereditárias mais comuns. A diminuição dos seus níveis séricos e acumulação de proteínas anormais no fígado, predispõem o desenvolvimento de doença pulmonar obstrutiva crónica, cirrose hepática, entre outras patologias. Durante as primeiras 4 décadas de vida, a disfunção hepática é a principal causa de mortalidade, apresentando-se como uma elevação persistente das enzimas hepáticas. Após este período, a função respiratória apresenta um declínio acentuado, agravado pelo tabagismo ou exposição ocupacional, tornando-se um risco preponderante desta patologia.

Caso clínico: Criança do sexo masculino, 3 anos, caucasiano, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Recorre a serviço de urgência por quadro com 24 horas de evolução, de múltiplos episódios de vômitos, sem outros sintomas associados. É admitida a hipótese diagnóstica de gastroenterite aguda (GEA). Pela duração do quadro e sinais de desidratação moderada, inicia fluidoterapia endovenosa e realiza estudo analítico, que revela elevação das transaminases (AST 145 e ALT 226 U/L), com padrão hepatocelular, e que permanece após resolução da patologia aguda. No estudo do caso, durante dois meses após o episódio de urgência descrito, é efetuada ecografia abdominal e estudo analítico, que após excluir múltiplas causas etiológicas de elevação de transaminases, culmina com a identificação de défice de AAT, confirmado por estudo de fenotipagem molecular (fenótipo SZ). O doente mantém vigilância anual, à data sem necessidade de medicação.

Conclusão: O défice de AAT constitui uma patologia subdiagnosticada, tendo como fatores contributivos a apresentação clínica heterogénea e a escassa consciencialização médica para a doença. Na abordagem de um caso de GEA – patologia frequente em idade pediátrica – é identificada uma elevação persistente das transaminases. Embora na maioria dos ca-

sos esta represente uma condição benigna e transitória, pode também indicar o primeiro sinal de doença hepática ou extra-hepática. O fenótipo SZ corresponde a um défice moderado de AAT e encontra-se associado ao risco de desenvolvimento de complicações. O diagnóstico precoce permite não só uma vigilância regular e deteção de complicações, mas também a adoção de medidas preventivas, como a sensibilização para os riscos acrescidos associados ao tabagismo, alcoolismo e obesidade. Este aspeto realça a necessidade de uma maior divulgação e sensibilização da doença, assim como da elaboração de normas de orientação clínica. O médico de família, sendo habitualmente o primeiro ponto de contacto da população com o sistema de saúde, encontra-se numa posição privilegiada para a sua deteção precoce.

E-Poster 07

POR DETRÁS DE UM EXANTEMA...

Simaura Martins; Isabel Ferreira
UCSP Sete Rios

Introdução: A ocorrência de diabetes *Mellitus* (DM) tipo I em crianças abaixo de 5 anos é rara, mas tem apresentando um aumento da sua incidência nas últimas décadas a nível mundial.

Em crianças mais jovens, o diagnóstico de DM tipo I foi feito mais frequentemente durante infeções agudas, sendo a cetoacidose diabética a apresentação inicial em cerca de 25% dos casos.

Caso clínico: E.L., 18 meses, sexo masculino, raça negra. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes.

Recorre a consulta com o médico de família devido a um quadro clínico caracterizado por febre (T máxima: 39°C) e exantema generalizado com progressão cefalo-caudal, atingindo também ambas palmas das mãos e plantas dos pés, com 5 dias de evolução. Apresentava ainda dejeções diarreicas com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo, apresentava-se com bom estado geral, febril (T rectal: 39.2°C). Exantema maculo-papular generalizado a nível da face, tronco e membros, atingindo palmas das mãos e plantas dos pés. Sem sinais meníngeos e de desidratação. Sem outras alterações ao exame objetivo. Devido a dúvidas em relação ao diagnóstico, foi enviado ao Serviço de Urgência (SU).

No SU, foi realizada avaliação analítica, salientando-se: Hb 11,7; Leucócitos 5,63 x10⁹/L; Neutrófilos 35,3%; Linfócitos 47%; PCR ↑ 0,970. Foram também efectuadas serologias infecciosas, confirmando-se laboratorialmente a coinfeção aguda por *Coxsachie* e *Echovirus*. As hemoculturas realizadas revelaram-se negativas. Assumiu-se como exantema viral, teve alta para ambulatório com medidas sintomáticas e vigilância de sinais de alarme.

Na semana seguinte, recorre novamente a consulta de MGF por quadro de dejeções diarreicas mantidas e anorexia. Ao exame objetivo, apresenta-se prostrado, com mau estado geral, apresentando gemido e sinais de desidratação

moderada, pelo que foi referenciado ao SU. Procedeu-se a investigação laboratorial, tendo o diagnóstico de DM tipo I inaugural sido efectuado perante uma hiperglicemia 807 mg/dL e cetoacidose associada, tendo ficado internado com ajuste terapêutico e realizados ensinos. Teve alta medicado com esquema de múltiplas administrações diárias de insulina, tendo sido colocada posteriormente bomba infusora de insulina subcutânea com boa adaptação.

Mantém seguimento regular em Endocrinologia Pediátrica e em MGF com bom controlo metabólico e boa adaptação à doença no núcleo familiar.

Conclusão: O médico de família deve estar capacitado para reconhecer os sinais de alarme que exigem referenciação atempada à urgência. No presente caso clínico, a infeção viral com desidratação subsequente provocou um quadro de descompensação metabólica com cetoacidose associada, levando ao diagnóstico inaugural de diabetes Mellitus tipo I. O diagnóstico de diabetes *Mellitus* na idade pediátrica está associado a um impacto psicológico familiar considerável. O médico de família tem um papel importante na equipa multidisciplinar que acompanha a gestão da diabetes; dado o carácter de proximidade, deve estar especialmente atento ao processo de adaptação à doença e ao aparecimento de factores de stress na família e barreiras à adesão ao tratamento, de forma a garantir a otimização de cuidados.

E-Poster 08

ENDOCARDITE INFECCIOSA – A IMPORTÂNCIA DE PENSAR EM DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS

Nidia Oliveira; Cátia Figueiredo; Catarina Almeida; Gabriela Venade; Joana Lemos; Alexandra Vaz.

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) caracteriza-se pela infeção das estruturas valvulares cardíacas ou do endocárdio e tem uma incidência de 3-9 casos em 100 000 pessoas. As populações que apresentam maior incidência são as que possuem os factores de risco clássicos, mas cada vez mais se identificam casos de EI em doentes sem história de patologia valvular, o que levou à identificação de novos factores de risco. Apesar dos avanços científicos, quer nos métodos de diagnóstico, quer nos métodos terapêuticos, a mortalidade não diminuiu significativamente nos últimos 30 anos.

Caso clínico: Homem de 65 anos, com antecedentes pessoais de estenose valvular aórtica severa, regurgitação valvular mitral severa e regurgitação valvular tricúspide moderada (submetido em 09/2019 a substituição da válvula aórtica por prótese biológica, valvuloplastia mitral com implantação de anel Carpentier e anuloplastia da válvula tricúspide), fibrilação auricular, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes Mellitus tipo 2 e doença pulmonar obstrutiva crónica. Recorreu ao serviço de urgência por cansaço fácil com cerca de 15 dias de evolução associado a agravamento da dispneia e ortopneia, tosse e expectoração de difícil exteriorização. Sem

toracalgia ou dispneia paroxística noturna. Desconhece febre. Ao exame objetivo apresentava-se consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço. Calmo e colaborante. Normotenso. Ligeiramente taquicárdico. Com febre (38,3°C). Eupneico em repouso com oxigénio por óculos nasais a 2l/min. Na auscultação pulmonar com crepitações na base do hemitórax direito e murmúrio vesicular ausente na base do hemitórax esquerdo. Com edemas dos membros inferiores até à raiz da coxa bilateralmente. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica (Hb 10.9 g/dL), procalcitonina negativa, PCR 3.55 mg/dL, troponina I e mioglobina dentro dos limites da normalidade e BNP ligeiramente aumentado. Gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 2. Imagiologicamente com aumento do índice cardiotorácico e apagamento do ângulo costofrénico esquerdo. No electrocardiograma (ECG) com FA com resposta ventricular controlada, com supradesnivelamento ST nas derivações V2 e V3 já presentes em ECG prévios. Admitido em internamento por suspeita de EI (febre em doente portador de prótese valvular biológica com cirurgia recente) e Insuficiência cardíaca descompensada. Do estudo complementar realizado em internamento pode-se destacar: 3 Hemoculturas negativas, ecocardiograma transtorácico (Eco-TT) onde são visualizadas 2 massas anómalas mínimas, uma aderente à válvula mitral e outra aderente ao anel protésico valvular aórtico, de difícil análise, não se podendo assim excluir etiologia infecciosa, sugerindo a sua repetição dentro de 15 dias. Repetiu assim novo Eco-TT, sendo que agora apenas era visualizado um trombo local no apêndice auricular esquerdo. O doente cumpriu terapêutica médica com hipocoagulação, diuréticos, broncodilatadores e antibioterapia com Rifampicina + Vancomicina + Gentamicina, com boa resposta clínica, analítica e ecocardiográfica, ficando posteriormente orientado em consulta de cardiologia.

Conclusão: este caso mostra a importância da abordagem precoce da EI, na tentativa de reduzir a mortalidade elevada que se verifica ainda nesta patologia. As novas recomendações apontam para uma necessidade de início precoce de antibioterapia, estratificação dos doentes em grupos de risco, cirurgia valvular precoce nos casos indicados e encaminhamento para centros médico-cirúrgicos especializados caso assim se justifique.

E-Poster 09

CASUÍSTICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Francisco Ferreira e Silva; Cristiana Antunes; Filipe Bacalhau; Joana Amaral; Luís Filipe Eusébio
USF Amora Saudável

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma patologia associada a grande morbi-mortalidade, com uma prevalência mundial estimada em 1-2%, sendo superior a 10% acima dos 70 anos de idade. O diagnóstico baseia-se na interpretação dos sinais, sintomas e dados ecocardiográficos, sendo

a determinação da fração de ejeção (FE) crucial para a classificação. A IC pode ser caracterizada em IC com FE reduzida (ICFER), moderadamente reduzida (ICFEmr) ou preservada (ICFEp). Para o tratamento da ICFEr existem vários fármacos que têm comprovada redução da morbi-mortalidade. No entanto, para o tratamento da ICFEmr/p não existem, ainda, fármacos que reduzam a morbi-mortalidade, recomendando-se apenas tratar as comorbidades e administrar diuréticos na presença de sintomas de congestão.

Objetivo: Pretende-se caracterizar os utentes de uma unidade familiar que têm IC codificada nos CSP, em relação às suas características demográficas, local de seguimento, classificação, presença de sintomatologia, classe de NYHA, comorbidades, medicação e internamentos recentes.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, transversal e descritivo dos utentes com IC codificada (K77 - ICPC 2), tendo sido excluídos os utentes com menos de 18 anos, falecidos e sem seguimento há mais de 2 anos. Os dados foram recolhidos do MIM@UF[®], MedicineOne[®], SClínico[®], PEM[®] e Registo de Saúde Electrónico. Os dados foram analisados com o Microsoft Office Excel[®].

Resultados e conclusões: Incluíram-se no estudo 236 utentes, com uma prevalência de 1.42%, idade média de 77,69 sendo que 56.4% eram mulheres e 70% tinham idade compreendidas entre os 70 e os 89 anos. Em relação ao seguimento, 47.5% eram seguidos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), 39% por Cardiologia, 8.5% pela Medicina Interna e 5.1% eram seguidos tanto pela Cardiologia como pela Medicina Interna. 52.6% estavam sintomáticos na consulta, enquanto que 32.5% não tinham registo de sintomas e apenas 14.8% estavam assintomáticos. A classe de NYHA estava descrita em apenas 22.8% dos casos. Em relação ao ecocardiograma, apenas 46.6% tinha FE relatada, dos quais 12.4% apresentava FER 78.5% FEp e 9.1% FEmr. Analiticamente, 73.3% não tinham valor de NTpro-BNP. Dos principais fatores de risco cardiovascular e comorbidades, destaca-se: hipertensão (90.6%), dislipidemia (69.4%) obesidade (39.8%), diabetes (38.1%), doença coronária (34.7%), fibrilhação auricular (39.8%), doença valvular cardíaca (32.2%), alcoolismo (18.5%), acidente vascular cerebral (16.1%), doença pulmonar obstrutiva crónica (16.1%), doença renal crónica (15.7%), miocardiopatia (9.3%) e tabagismo (9%). Dos utentes com ICFEr, 85% estavam medicados b-bloqueante (BB), 81% com inibidor da enzima de conversão da angiotensina ou antagonista do receptor da angiotensina II (IECA/ARA), 77% com um diurético de ansa (DA), 58% com um antagonista mineralocorticóide (AM), 19% com sacubitril/valsartan (ARNI), 12% com um digitálico (DI) e 8% com bloqueador dos canais de cálcio (BCC). Por outro lado, em relação aos utentes com ICFE mr/p, 82% estavam medicados com IECA/ARA, 63% com BB, 58% com DA, 23% com diurético tiazídico, 19% com AM, 8% com DI e 2% com ARNI. Dos utentes seguidos em consulta hospitalar, 19% tiveram um internamento nos últimos 2 anos por IC descompensada enquanto que dos seguidos nos

CSP apenas estiveram internados 6%.

Por ser um estudo observacional, este apresenta algumas limitações, salientando-se o registo insuficiente de sinais e sintomas, a reduzida taxa de FE relatada nos ecocardiogramas, hábitos nocivos poucas vezes descritos e múltiplos programas. No entanto, com este trabalho podemos concluir que a IC parece estar subdiagnosticada e que seria importante participar o NTpro-BNP nos CSP e que a FE fosse relatada em todos os ecocardiograma para um melhor diagnóstico e tratamento. Ainda há um longo caminho a percorrer para otimizar os cuidados na IC, nomeadamente na articulação entre os cuidados hospitalares e os CSP.

E-Poster 10

QUANDO A DOR APERTA...

Mélanie Faria; Ana Filipa Fernandes; Nádía Sampaio; Ana.C.Marques; Rute Magalhães; Joana Costa; Tiago Letras Rosa; Carina Costa
USF Vale do Sorraia; USF São Domingos

Introdução: A dor é, segundo a definição da *International Association for the Study of Pain* (IASP), uma experiência multidimensional, desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. Em Portugal, a prevalência da dor crónica é de 37%, sendo que 64% dos doentes afirmam que a sua dor não está adequadamente controlada representando um gasto económico de 3-4% do Produto Interno Bruto (PIB). Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a gestão da dor de modo a reduzir a prevalência da dor crónica não controlada, melhorar a qualidade de vida dos utentes e minimizar o seu impacto. A dor constitui um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. A dor não tratada tem um impacto negativo multidimensional, abrangendo não só o doente mas também a sua família, o profissional de saúde, as instituições de saúde e a sociedade.

Caso clínico: Homem, de 74 anos, reformado, com antecedentes pessoais de diabetes *Mellitus* tipo 2, hipertensão arterial com complicações, insuficiência cardíaca, osteoartrose do joelho e síndrome da coluna com irradiação de dor. A 13 de setembro de 2018, recorre a consulta por dor lombar direita com irradiação até ao pé direito, com anos de evolução mas com agravamento há cerca de 2 meses. A dor aparece sempre que deambula, com noção recente de falta de força no membro inferior direito, tendo começado a usar bengala há cerca de 5 meses para se equilibrar. Iniciou titulação de tramadol + paracetamol (37.5 mg + 325 mg) com esquema associado a metoclopramida 10 mg e lactulose xarope. A 19 de outubro, reavaliou-se a dor, referindo melhoria com tramadol + paracetamol 2 vezes dia mas ainda não controlada, com trânsito intestinal regular sem necessidade de laxante. Pedido TC coluna lombar e realizada troca de tramadol por

tapentadol 50 mg 1 + 0 + 0,3 dias depois 1 + 0 + 1. Posteriormente, foi pedida fisioterapia e consulta de Neurocirurgia. A 5 de Novembro de 2018, o doente mantinha uma dor de intensidade 4-5 na escala visual analógica (EVA) pelo que foi ajustada a analgesia e realizado *switch* de tapentadol para fentanil 12.5 µg e sempre que precisar (PNR) tramadol + paracetamol 75 mg + 650 mg de 8/8h com esquema para ajuste no domicílio. A 19 de novembro, tinha uma dor de intensidade 3 na EVA, feito aumento de fentanil para 25 µg e necessidade de PNR uma vez por dia. A 26 de novembro, referia uma dor de intensidade 1-2 na EVA mas fazendo uso do PNR 2 vezes por dia todos os dias. Foi então decidido realizar *switch* para bruprenorfina 35 µg, um opioide sem excreção renal, para uma melhor adesão e menores interações medicamentosas. Foi agendada uma reavaliação em 7 dias, onde foi feito ajuste de bruprenorfina para 52.5 µg mantendo o PNR. A 21 de dezembro, o utente regressou a consulta com dor controlada, referindo uma dor de intensidade 2 na EVA.

Conclusão: O médico de família é um elemento chave na intervenção num doente com dor, permitindo minorar o seu sofrimento e o impacto negativo que tem na sua vida e respetivo agregado familiar. Contudo, nem sempre é fácil dar a atenção integral, individualizada e continuada que cada doente com dor necessita e muitas vezes a dor é subvalorizada até pelos próprios doentes. Por isso, é necessário sensibilizar, capacitar não só os profissionais de saúde mas também esses doentes.

E-Poster 11

PERDER TEMPO PARA GANHAR TEMPO

– RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Marinho; Teresa Raposo; Teresa Peneda
USF Cova da Piedade; USF Andreas; USF Cova da Piedade

Introdução: A polimialgia reumática é uma doença reumática inflamatória, relativamente comum, e que afeta sobretudo pessoas com mais de 50 anos de idade e é duas vezes mais comum nas mulheres.

Os fatores responsáveis pelo aparecimento desta patologia não são ainda totalmente conhecidos. Uma vez que não se sabe exatamente a causa desta doença, também não é possível preveni-la. Sendo assim, o importante é conhecer os principais sinais e sintomas desta patologia que alertam para o diagnóstico.

Caso: Utente (MR), sexo feminino, caucasiana, 67 anos, reformada de monitora num ATL, casada, com 2 filhos e 1 neta. Antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia, excesso de peso e sedentarismo, menopausa aos 52 anos. Fumadora de 4UMA e bebedora de 168 gramas/semana de álcool. Ingera na sua dieta cerca de 400 mg/diadelactínios. Sem alergias medicamentosas e/ou alimentares.

Recorreu à consulta na USF em setembro de 2018 por queixas de dores generalizadas que apareceram de forma súbita, de difícil caracterização por parte da utente. Como tinha iniciado recentemente estatinas associou-se esta dor

inespecífica a um efeito secundário das mesmas, parando o tratamento, contudo a dor não melhorou, retomando o tratamento. Posteriormente iniciou paracetamol + tiocolquicosido com ligeiras melhorias, sendo portanto a medicação substituída por naproxeno 500 mg com melhorias francas, contudo sem melhoria total.

Na consulta seguinte a utente referia queixas inespecíficas dos membros, dor intensa (8/10) e rigidez, que a impediam de fazer as suas AVDs, referida á cintura escapular e pélvica sem uma irradiação específica e sem outros sintomas associados, que começou em setembro de uma forma súbita, melhorou com medicação mas nunca esteve assintomática. Negava febre ou infeções víricas recentes. No exame físico verificou se dor com mobilização ativa e passiva dos membros superiores e da anca, sem alterações da marcha ou défices da força muscular proximal dos membros. Do controlo analítico pedido na consulta a única alteração relevante era a elevação dos parâmetros inflamatórios com uma PCR de 2.54.

Por suspeita de polimialgia reumática (PMR) foi iniciado tratamento com prednisolona 15 mg/dia e solicitou-se consulta de reumatologia. Houve uma melhoria muito significativa das queixas álgicas e rigidez com a medicação.

Foi observada na consulta de reumatologia que manteve impressão diagnóstica, sendo iniciado desmame do corticoide. Atualmente utente mantém prednisolona 7,5 mg/dia, fazendo um comprimido e meio de prednisolona 5 mg e 1 comprimido de carbonato de cálcio + colecalciferol, [Calcitab D], 1500 mg + 400 U.I, estando assintomática.

Conclusão: O diagnóstico de PMR é difícil e depende da interpretação de um conjunto de sintomas, alterações no exame físico e resultados de alguns meios complementares de diagnóstico.

As queixas musculoesqueléticas são muito frequentes na consulta de cuidados de saúde primários pelo que é fundamental o médico de família estar informado sobre a apresentação desta patologia.

Este caso pretende ilustrar a importância de uma anamnese completa e de uma correta caracterização da dor para se conseguir chegar a um diagnóstico. Muitas vezes o tempo na consulta parece-nos limitado e é difícil darmos resposta á lista de problemas que traz o utente á consulta, contudo quando um utente traz repetidamente a mesma queixa á consulta, os seus sintomas devem ser valorizados e devemos “perder tempo” para “ganhar tempo”, uma vez que com o rápido diagnóstico e terapêutica adequada PMR tem um excelente prognóstico.

E-Poster 12

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE E OSTEOPENIA – A REALIDADE DE TRÊS UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Carolina C. Marques¹; Ana Filipa Fernandes¹;
Patrícia Pimentel Borges²; Raquel Landeiro Lopes¹

¹USF Vale do Sorraia; ²USF D. Sancho I

Introdução: A osteoporose afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo. O médico de família (MF) tem um papel importante no diagnóstico e tratamento destes doentes.

Objetivo: Pretende-se avaliar o método diagnóstico e posterior orientação clínica da osteoporose e da osteopenia em três unidades de Saúde (US), segundo a Norma de Orientação Clínica (NOC) 027/2011 da Direção Geral da Saúde.

Materiais e métodos: Estudo observacional, retrospectivo em doentes do sexo feminino com idades compreendidas entre 65 e 70 anos inclusive, com o diagnóstico de Osteoporose/Osteopenia (código ICPC-) a 31/11/2017. Foram excluídos doentes sem MF e sem consultas em 2017. Analisaram-se variáveis como idade, realização de absorciometria radiológica de dupla energia (DEXA) e tratamento iniciado. A recolha dos dados foi efetuada recorrendo ao SClínico® e MIM@UF®. Processamento de dados: Excel®2013 e SPSS22®.

Resultados e conclusões: Dos 171 doentes foram selecionados 132 para análise, com idade média de 67,5 anos. Noventa e cinco doentes (72%) realizaram DEXA enquanto 37 (28%) não a realizaram. Comparando US, 23 doentes (76,7%) fizeram DEXA na USF D. Sancho (Unid1), 27 (84,4%) na UCSP Rio Maior (Unid2) e 45 (64,3%) na USF Vale do Sorraia (Unid3). (*p-value* < 0,039 entre Unid2 e Unid3). Dos doentes que realizaram DEXA, apresentavam este exame normal 3 (2,3%), 47 (49,5%) apresentavam osteopenia enquanto 45 (34,1%) apresentavam osteoporose. De acordo com o diagnóstico de Osteopenia/Osteoporose iniciaram tratamento correto 54 doentes (44,6%) enquanto 67 (55,4%) iniciaram outro tratamento que não o correto. Comparando US, 14 doentes (48,3%) iniciaram tratamento incorreto na Unid1, 20 doentes (64,5%) na Unid2 e 33 doentes (54,31%) na Unid3. Dos doentes diagnosticados com osteopenia 17 (36,2%) iniciaram tratamento correto e 28 (59,6%) iniciaram bifosfonatos sem indicação. Dos doentes diagnosticados com osteoporose 3 doentes (6,7%) não iniciaram qualquer tratamento, 36 doentes (80%) foram corretamente tratados e 6 (13,3%) fizeram outro tratamento que não o protocolado. Todos os doentes com DEXA normal iniciaram tratamento para osteoporose. Os resultados demonstram que a osteopenia apresenta uma prevalência ligeiramente superior à da osteoporose. Ainda que o diagnóstico de Osteoporose/osteopenia tenda a ser corretamente feito nas três US (existindo uma elevada percentagem de doentes cujo diagnóstico se sustentou no pedido de uma DEXA que foi bem interpretada na maioria das vezes), os dados do estudo apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas no

diagnóstico em duas das US. Por outro lado, foi no tratamento iniciado que se verificaram as maiores disparidades em relação à NOC, não chegando metade dos doentes a ser corretamente tratados. Embora a maioria dos doentes com osteoporose tenham iniciado o tratamento correto, foi no tratamento da osteopenia que se registaram os maiores erros terapêuticos. De facto, a maioria das osteopenias foram tratadas como se de osteoporose se tratassem. A mesma tendência foi verificada em doentes com DEXA normal. Em suma, considera-se necessário aperfeiçoar os cuidados terapêuticos prestados não só pelos efeitos secundários dos fármacos, mas também pelos recursos despendidos que tal prática acarreta. Para isso, pretende-se iniciar ações de formação nas US e, posteriormente, desenvolver um trabalho de avaliação de qualidade.

E-Poster 13

CÁIBRAS... OU ALGO MAIS?

Simaura Martins; Isabel Ferreira
UCSP Sete Rios

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença degenerativa rara do neurónio motor, apresentando prognóstico reservado.

A apresentação clínica depende do envolvimento dos neurónios motores superiores (espasticidade, parésia e hiperreflexia) e dos neurónios motores inferiores (parésia, atrofia e fasciculações), sendo a sua evolução clínica muito variável. O pico de incidência é entre os 55-65 anos, sendo mais frequente no sexo masculino. Normalmente, o tempo médio entre aparecimento do primeiro sintoma e diagnóstico é de 14 meses.

O diagnóstico da ELA é baseado, principalmente, nos sintomas e sinais observados através do exame físico neurológico. Não existe nenhum teste ou exame que isoladamente seja capaz de estabelecer o diagnóstico definitivo da esclerose lateral amiotrófica. A eletromiografia tem um papel essencial para confirmar o envolvimento do neurónio motor inferior no diagnóstico inicial da Esclerose Lateral Amiotrófica.

Caso clínico: P.P., 42 anos, sexo masculino, raça caucasiana, pertencente a uma família funcional, classe média de Graffar, nuclear, na fase III do Ciclo de Duvall. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Sem medicação habitual.

Recorre a consulta com o médico assistente devido a queixas de dor lombar com três meses de evolução de agravamento progressivo associada a fraqueza nos membros inferiores referindo sentir muitas vezes “câibras” que o doente associa a excesso de exercício físico. Ao exame objetivo, apresentava: dor à palpação das apófises espinhosas, sem dor à palpação da região paravertebral. Lasègue negativo. Realiza RX coluna lombar que apresenta alterações degenerativas. Medicado com terapêutica analgésica e referenciado a Medicina Física Reabilitação, iniciando tratamento fisiatrico.

Posteriormente, seis meses depois recorre novamente a

consulta com o seu médico assistente por queixas de agravamento de lombalgia e de fraqueza dos membros inferiores. Referia episódios de quedas frequentes “tenho várias vezes câimbras, fico sem força nas pernas. . . quando dou por mim estou caído no chão”. Na observação do doente ao entrar no gabinete, apresentava marcha com ligeiro arrastamento dos membros inferiores. Ao exame objetivo, salientava-se hiperreflexia e diminuição da força muscular nos MI's (grau IV/V). Tendo em conta os achados ao exame objetivo, foi pedida electromiografia dos membros superiores e inferiores, apresentando-se alterada: “Alterações por desmielinização da inervação sensitiva e motora dos membros superiores e membros inferiores”, indiciando então doença neurológica periférica. Referencia-se então a Consulta de Neurologia, tendo sido confirmado o diagnóstico de ELA. Medicado com Riluzol.

Em consultas de reavaliação pelo seu médico de família, avalia-se a forma de adaptação do doente e familiares à doença e incapacidades progressivas provocadas, sendo promovidas estratégias que permitam aumentar a competência e *coping* adequado na família.

Conclusão: O médico de família é habitualmente o primeiro ponto de contacto do doente com o sistema de saúde, tendo um papel fulcral na orientação inicial de diferentes patologias. A investigação diagnóstica do doente com manifestações neurológicas assenta fundamentalmente na análise criteriosa de uma anamnese e exame objetivo completos, constituindo muitas vezes um verdadeiro desafio clínico. O diagnóstico precoce da ELA é muito difícil, exigindo um elevado grau de suspeição que permita uma intervenção atempada de forma a proporcionar ao doente um acompanhamento que melhore a sua qualidade de vida e atenuar os danos físicos, psicológicos e sociais associados.

Por outro lado, salienta-se também o papel relevante que o médico de família pode ter no acompanhamento e suporte do doente e familiares, capacitando-os na adaptação a uma patologia altamente incapacitante com impacto marcado na dinâmica familiar.

E-Poster 14

PEÇAS COMUNS, PUZZLE RARO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carlota DC Andrade; Andreia S. Neves; Inês Albano
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Lagoa

Introdução: Os adenomas pituitários são o terceiro tipo mais comum de neoplasias intracranianas. Apesar de benignos, 0,1% associam-se a morbimortalidade, quer por efeito de massa, quer pelos efeitos da secreção hormonal inapropriada. Na sua maioria, estes tumores são clinicamente silenciosos, ou manifestam-se com sintomas inespecíficos atribuíveis a patologias mais frequentes, levando a um diagnóstico tardio.

Caso clínico: Homem, 41 anos, técnico de laboratório, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorre ao Centro de

Saúde (CS) a 05/04/2019 por cefaleias hemicranianas com lateralidade fixa à direita, associadas a tonturas e diminuição da libido, com 6 meses de evolução. Por alterações visuais concomitantes, recorreu a oftalmologista, que o diagnosticou com catarata do olho direito. Ao exame objetivo, destacava-se fácies deprimido; não apresentava alterações no exame neurológico. Neste contexto, foram solicitadas análises e TC crânio-encefálica (TC-CE). Voltou no dia 30/04 com o resultado da TC, que revelou lesão expansiva selar e suprasselar, de origem indeterminada, com indicação para RMN. No dia 27/05, traz o resultado da RMN, que mostra “lesão ocupando espaço centrada na cavidade selar, com 36 mm e efeito de massa sobre o quiasma ótico, compatível com macroadenoma com áreas de hemorragia/apoplexia”. Referiu agravamento da sintomatologia, com interferência nas atividades da vida diária. Foi então referenciado para consulta de Neurocirurgia no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, por opção do utente, e emitido certificado de incapacidade temporária. A 03/07 volta ao CS, referindo novo agravamento das queixas visuais e ter consulta de Neurocirurgia marcada para fevereiro de 2020; é então pedida nova consulta, desta vez no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, tendo esta ocorrido a 24/07. Nesta consulta, foi objetivado ligeiro defeito campimétrico por confrontação e proposto para cirurgia. Foi submetido no dia 19/09 a ressecção endoscópica endonasal transfenoidal; no pós-operatório, destaca-se a ocorrência de fístula de LCR, com subsequente rinorréia; hipocortisolismo, diabetes insípida e anosmia. Teve alta no dia 27/09, medicado com hidrocortisona e com marcação de consultas de Tumores Hipofisários e de Neuro-oftalmologia. A análise histológica revelou adenoma hipofisário gonadotrófico não funcionante. Desde a cirurgia, apresentou melhoria clínica, até dezembro, altura em que volta ao CS referindo retorno da sintomatologia com o desmame da hidrocortisona. Atualmente aguarda consulta hospitalar.

Conclusão: Os adenomas gonadotróficos têm um pico de incidência entre a 3ª e 6ª décadas de vida, sendo maioritariamente assintomáticos; geralmente são macroadenomas, tendo efeito de massa sobre estruturas adjacentes, incluindo as células funcionantes da hipófise, resultando em hipopituitarismo. Os adenomas pituitários são uma causa frequente de cegueira reversível, originando sintomas debilitantes com impacto na qualidade de vida e risco aumentado de morbimortalidade. Estima-se que haja um atraso diagnóstico de 2-3 anos. Assim, o diagnóstico atempado é fundamental para a prevenção de limitações funcionais irreversíveis - o prognóstico é mais reservado quando os sintomas têm duração superior a um ano. Ao mesmo tempo, o tratamento atempado melhora ou reverte totalmente o quadro. Esta hipótese diagnóstica não é normalmente uma das primeiras a considerar, tendo em conta a sua sintomatologia inespecífica e baixa prevalência. Assim, cabe aos médicos de família alargar os seus horizontes e não se restringirem apenas às hipó-

teses mais prevalentes. Neste caso específico, a valorização dos sinais de alarme (cefaleia com lateralidade fixa, associada a outros sintomas neurológicos) aumentou a suspeição clínica e motivou o pedido precoce de TC-CE, permitindo um diagnóstico e tratamento atempados, com uma consequente melhoria do prognóstico.

E-Poster 15

HIPERTENSÃO CRÔNICA: ACONSELHAMENTO PRÉ-CONCEPCIONAL

Vera Sousa¹; Cláudia Alves¹; Ângela Ferreira²; Mónica Lopes¹
¹ARS Algarve, ACES Central, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Olhão; ²Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: Cerca de 3% das mulheres em idade fértil sofrem de hipertensão arterial (HTA). A prevalência da HTA crônica nas grávidas tende a aumentar devido ao aumento médio da idade gestacional e da obesidade. A HTA durante a gravidez está associada a complicações para a mãe e para o feto, sendo que o aconselhamento pré-concepcional é recomendado a todas as mulheres hipertensas. O objetivo deste trabalho é realizar uma breve revisão sobre a hipertensão e riscos associados à gravidez, de modo a que o médico de clínica geral e familiar possa aconselhar, de forma baseada na evidência, as mulheres hipertensas que ponderam engravidar.

Caso clínico: Mulher de 37 anos, recorre a consulta de agudos por hipertensão e ansiedade, acompanhada pelo marido. Nas semanas anteriores teve múltiplos episódios de episódios de hipertensão arterial, associados a cefaleia, náuseas e ansiedade, motivo pelo qual recorreu duas vezes à urgência, onde foi medicada com ramipril e propanolol e encaminhada para o centro de saúde.

Durante a anamnese, a paciente refere que a medicação se associou a melhoria dos sintomas e dos valores tensionais, mas a paciente suspendeu o ramipril porque tinha receio de tomar muitos fármacos.

No decorrer da consulta manifesta o seu desejo de voltar a engravidar.

Exame objetivo: tensão arterial: 149/95mmHg, sem outros achados de relevo.

Índice obstétrico: 1001, sem intercorrências.

Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo.

Após esclarecimento e discussão com a paciente, foi negociado que se manteria a medicação inicial, a prescrição de métodos complementares de diagnóstico (MCD) e manutenção do método contraceptivo até à próxima consulta, onde se voltaria a discutir o tópico da eventual gravidez.

Passados dois meses a paciente regressa ao centro de saúde, onde os MCD não revelaram lesão de órgão alvo, mas a utente e o marido decidiram que não iriam tentar conceber outro filho com receio de complicações durante a gravidez. Neste caso em específico, existia uma elevada probabilidade da gravidez ter um desfecho favorável, embora tivesse um risco acrescido para a mãe e para o feto.

Conclusão: Uma correta avaliação pré-concepcional é aconselhada a todas as mulheres hipertensas que desejem engravidar, em particular porque muitos dos fármacos utilizados habitualmente na HTA são teratogénicos e devem ser alterados para fármacos seguros na gravidez. É importante identificar as mulheres hipertensas com baixo risco baixo, risco elevado e as mulheres em que a gravidez é contra-indicada. A maioria das mulheres hipertensas tolera bem a gravidez, e uma hipertensão ligeira, sem lesão de órgão alvo não é contraindicação para engravidar, não obstante que vai ser sempre uma gravidez de risco clínico acrescido. A evidência mostra que o tratamento da HTA na mulher com risco elevado tem repercussão no desfecho da gravidez. A decisão de conceber ou não é uma decisão do casal. O médico de família deve ser capaz de fazer um aconselhamento baseado na evidência, com sensibilidade e respeito pela autonomia dos seus utentes.

E-Poster 16

RELATO DE UM CASO CLÍNICO DE ERITRODERMIA PSORIÁTICA OU TOXICODERMIA ESFOLIATIVA?

Josiane Scholten; João Covas Lima; Antonia Palhares Lima; Maria Ana lampreia
USF AlfaBeja

Introdução: Eritrodermia é uma dermatite rara e grave caracterizada por eritema e descamação generalizada, frequentemente acompanhada de prurido e manifestações sistêmicas. As etiologias mais comuns são: indeterminada (23%), psoríase (23%), toxidermia (15%) e linfomas (11%). A psoríase eritrodérmica é o tipo clínico mais rara e grave, podendo ser despoletado por infeções estreptocócica, tratamento ineficaz, *stress* psíquico e fármacos como AINE. De diagnóstico diferencial difícil com as inúmeras causas, como a toxidermia. Esta é confirmada quando há temporalidade entre início da droga e o surgimento dos sintomas; melhora com a suspensão; e uma erupção máculo-pápulo-purpúrica, escarlatiniforme, líquen plano-símile ou urticariforme precede o quadro.

Caso Clínico: Mulher, 49 anos, reside com o marido e filho de 7 anos, cabeleira reformada por invalidez. Antecedentes pessoais: psoríase desde os 11 anos seguida em dermatologia particular; poliartrite psoriática desde 17 anos que culminou com artropatia total em ambas ancas em 2010; obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial; lesão renal aguda por ciclosporina; gravidez com remissão quando suspendeu metotrexato; falência do etarnecept, ustecinumab e secucilumab (2016-2018); erisipela facial em 2019 quando em uso ixecizumab.

Medicação atual: lisinopril; brodalumab com início em maio; acitretina; e eterocoxib SOS. Alergias: amoxicilina e AINES (diclofenac, naproxeno e ibuprofeno).

Em 23-07 de 2019 solicita ao médico de família consulta domiciliária por imobilidade há 2 semanas. Queixa-se de dores

articulares incapacitante, alastramento da psoríase, mal-estar, calafrios e prurido. Ao exame observa-se a doente acamada, ansiosa e com labilidade emocional. Ectoscopia: eritema esfoliativo generalizado, 85% da superfície corpórea, que poupa palma e sola e edema perimaleolar. Objetiva-se escamas argênticas; placas em áreas extensoras; descamação acentuada e *pitting* ungueal. Referenciada às urgências e internada na Medicina Interna com hipóteses diagnóstica de toxidermia esfoliativa + eritrodermia psoriática. Analiticamente anemia e elevação dos parâmetros inflamatórios. Contactado dermatologia do hospital de Santa Maria que indicou suspensão do AINE, continuação acitretina, iniciar clindamicina e aplicação no corpo de vaselina e betametasona. Durante o internamento manteve-se apirética e apresentou ligeira melhoria clínica e dos parâmetros inflamatórios. Foi efetuado o teste de ativação dos basófilos que não confirmou o eterocoxib como agente precipitante. Alta para seguimento pela dermatologia.

Como o quadro de eritrodermia esfoliativa se manteve inalterado demonstrando ausência de resposta a terapêutica foi internada em 27-08 no Hospital Santa Maria com diagnóstico psoríase eritrodérmica e artropática. Foi substituído brodalumab e acitretina por metotrexato e infliximab e introduzido escitalopram e hidroxizina. Em 17-12, após a 4ª administração do Infliximab, apresenta melhoria das lesões, com diminuição em número, do eritema e da descamação. Assim como, melhoria da artralgia, prurido e humor. Refere estar mais ativa socialmente.

Conclusão: Há concordância na literatura quanto à maior prevalência das dermatoses preexistentes evoluindo para eritrodermia, sendo a psoríase eritrodérmica a mais frequente. Esta patologia de urgência que apresenta um enorme impacto total na qualidade de vida, ainda é pouco conhecida por médicos não dermatologistas. Neste caso demonstra-se também uma correlação da gravidade, tempo de doença e comorbidades. Devendo haver atenção especial para comorbidades psicológicas, enquanto fator complicador. A terapêutica imunobiológica constitui recurso fundamental no controlo das formas severas psoríase cutânea e artropática. No entanto, não se deve proscritar qualquer medida que possa colaborar com melhoria da qualidade de vida e reinserção social. Neste contexto, demonstrado pelo tratamento do prurido e da ansiedade.

E-Poster 17

FITOFOTODERMATITE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Diana Murteira; Helena Santos
USF Salvador Machado

A fitofotodermatite consiste numa forma pouco frequente de toxicidade cutânea direta, provocada pela luz solar após contato com algumas plantas que contenham fucocumarinas. Estas quando ativadas pelos fotões da luz ultravioleta

A, libertam radicais livres, levando à lesão das células da epiderme, estimulando a produção de melanina. A expressão clínica desta doença é muito variada, indo de lesões hiperpigmentadas a lesões bolhosas, podendo confundir-se com queimaduras. A forma é quase sempre bizarra e por vezes extensa.

Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 41 anos, fototipo de pele Fitzpatrick III, que recorre aos cuidados de saúde primários em caráter de consulta de agudos por lesões hiperpigmentadas, localizadas na região do decote e nos membros superiores bilateralmente. Estas lesões com 5 dias de evolução, inicialmente eritematosas, surgiram subitamente após ter praticado jardinagem e ter podado árvore da espécie *Brugmansia suaveolens*. As lesões eram fixas e não se acompanhavam de ardor, calor, prurido ou outros sintomas. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Ao exame objetivo apresentava lesões hiperpigmentadas planas, de bordo nítido, de tamanho e forma irregulares e sem calor local, localizadas no decote e nos braços bilateralmente, sendo compatível a sua extensão, com a área exposta durante a prática de jardinagem. O restante exame não mostrou alterações. Colocado o diagnóstico de fitofotodermatite e dado o caráter extenso das lesões, a doente foi medicada com prednisolona 20 mg via oral, hidratação reforçada, loções hidratantes e encorajado a evicção solar e foto proteção por meio de filtros solares e roupas protetoras. Nas 4 semanas seguintes, as lesões descamaram progressivamente, sem deixar cicatriz.

Esta patologia de diagnóstico exclusivamente clínico, simula outras situações com complicações médicas e/ou sociais, por vezes graves. Uma história clínica corretamente efetuada e as características das lesões conduzem ao diagnóstico de fitofotodermatite, evitando exames complementares e tratamentos desnecessários.

E-Poster 18

TRANSPLANTE PULMONAR – A VISÃO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Diana Murteira; Helena Santos
USF Salvador Machado

O transplante pulmonar (Txp) constitui uma opção terapêutica que conduz a uma melhoria da qualidade de vida em pacientes com insuficiência respiratória em estadios terminais que não responderam a outras intervenções médicas ou cirúrgicas. O aumento relativo dos transplantes durante os últimos 10 anos foi maior com os transplantes de pulmão em comparação com os transplantes de outros órgãos. O Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), iniciou a transplantação pulmonar em 2001. De início, com poucas intervenções anuais, mas atualmente é um dos centros com maior número de transplantes a nível mundial.

Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 61 anos, que realizou transplante pulmonar no CHLC em no-

vembro de 2013 por patologia respiratória terminal devido a pneumonia de hipersensibilidade diagnóstica em 2008. Após o Txp surgiram diversas complicações como parésia diafragmática iatrogénica, falência do enxerto pulmonar, com necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI), múltiplos internamentos por infeções respiratórias e limitações sociais associadas.

Com o aumento da sobrevivência dos doentes neste contexto, as comorbilidades pré-existentes e pós-transplante continuam a aumentar. Desta forma é necessária uma colaboração estreita entre profissionais de saúde com vista ao melhor tratamento dos doentes transplantados. Os médicos dos Cuidados de Saúde Primários, atualmente estão mais envolvidos nos cuidados dos receptores de transplantes e encontram-se numa posição privilegiada para o estabelecimento destes cuidados. Neste contexto, o papel do médico de família deve incluir a abordagem de comorbilidades comuns pós-transplante, reconhecimento de problemas médicos emergentes, otimização da terapêutica imunossupressora, imunização, rastreio de neoplasias e aconselhamento para um estilo de vida saudável para maximizar a probabilidade de um bom resultado e retorno à vida diária independente.

E-Poster 19

TROMBOEMBOLISMO PERIFÉRICO NA FA PAROXÍSTICA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Raquel Xavier Martins; Delfina Carvalho
USF Vitrius, AcES Pinhal Litoral

A Fibrilhação Auricular (FA) é a arritmia cardíaca mais prevalente na prática clínica. A sua prevalência está diretamente associada à idade sendo expectável o seu aumento com o envelhecimento da população. O Estudo Safira de 2018 aponta para uma prevalência em Portugal de 9%. É importante causa de morbi-mortalidade quase duplicando o risco de morte pela sua associação a eventos tromboembólicos, tendo-se dado especial enfoque ao acidente vascular cerebral em detrimento do tromboembolismo periférico. Quando comparada à isquemia dos membros inferiores, a isquemia dos membros superiores é muito inferior contabilizando menos de 5% dos casos. Apresenta-se subitamente com ausência de pulso, dor, palidez, parestesias ou paralisia e poiquiloteremia. Tem uma incidência estimada de 1.2-3.5 casos por 100.00 pessoas-ano, sendo o embolismo cardíaco a sua principal causa. Um estudo dinamarquês mostrou que 62.7% dos doentes submetidos a embolectomia do membro superior apresentava FA.

O caso trata-se de um utente do sexo masculino, de 60 anos de idade e raça caucasiana, com família nuclear no estadio VI do ciclo familiar de Duvall. Tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilhação auricular paroxística e SAOS sob CPAP. Ex-fumador de 52 UMA, hábitos alcoólicos de 140 gr/dia e excesso de peso. Medicado com losartan 100 mg id à data da consulta. Recorre a consulta

aberta por parestesias e caimbras do membro superior esquerdo, associadas a extremidade fria, com 24h de evolução. À observação apresentava arrefecimento e palidez cutânea da mão, sem alterações da força ou da sensibilidade. A tensão arterial não era mensurável e não se palpava pulso radial. O membro contralateral não apresentava quaisquer alterações. Foi referenciado ao Serviço de Urgência do CHL para exames complementares onde foi realizada Angio-TC que mostrou deficiente opacificação da artéria axilar esquerda. Foi então enviado para o serviço de Cirurgia Vasculardos CHUC onde foi submetido a embolectomia por via umeral com recuperação do pulso radial. Teve alta no dia seguinte com recomendação para hipocoagulação oral ad eternum.

As *guidelines* internacionais preconizam que se calcule o *score* de risco CHA2DS2-VASc em qualquer doente com FA paroxística ou permanente. Deve ser considerada anticoagulação oral se obtido um *score* ≥ 1 e é recomendada se *score* ≥ 2 . O caso descrito apresentava um *score* de 1 à data do diagnóstico de FA paroxística não tendo sido iniciada anticoagulação. Em Portugal permanece elevada a percentagem de doentes com FA já conhecida que não fazem anticoagulação oral – 56,3% no estudo Safira – ou que fazem apenas antiagregação plaquetária – 29,8%. Este estudo mostrou também que uma percentagem considerável de portugueses desconhece ter FA – 35,9% – mostrando que o reconhecimento pela população em geral desta arritmia tão relevante continua insuficiente.

É ainda elevado o incumprimento pelos médicos portugueses das *guidelines* internacionais que preconizam a anticoagulação na larga maioria dos doentes com FA. O medo das complicações hemorrágicas parece continuar a inibir os médicos do uso de uma terapêutica que já comprovou uma favorável relação de risco-eficácia. Pretende-se descrever um caso em que, apesar do baixo *score* obtido, ocorreu um evento tromboembólico raro e que dado o seu diagnóstico e tratamento atempado não teve complicações associadas tendo sido iniciada a profilaxia recomendada.

E-Poster 20

A DOENÇA MENTAL SORRATEIRA

Margarida Barros Henriques; Anáisa Silva; Ricardo Coelho
USF Feijó

Enquadramento: A sífilis é uma doença infecciosa sexualmente transmissível, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, com diversos estadios de infeção, e atravessando fases assintomáticas (sífilis latente). Em Portugal é uma doença de declaração obrigatória, e segundo o Inquérito Serológico Nacional (2015-2016), foi apurada uma seroprevalência de 2,4 %, observando-se valores mais elevados nas idades mais avançadas, que poderão ser explicados pela sua elevada incidência nas décadas de 60 e 70 do século passado. Dentro dos estudos serológicos existem os testes não treponémicos, mais adequados para o diagnóstico inicial e

monitorização da resposta à terapêutica, e os e treponémicos para confirmação diagnóstica. O tratamento de eleição é a penicilina. Qualquer infecção envolvendo o cérebro pode produzir um quadro de deterioração cognitiva difusa, sendo que a demência associada à neurosífilis provoca parésia completa e caracteriza-se por défice de memória com confabulação, disartria, juízo crítico alterado, psicose e grandiosidade. Actualmente é muito rara devido à utilização por rotina do teste de rastreio.

Caso clínico: VMFA, sexo masculino, 61 anos, raça caucasiana, casado, autónomo, trabalhador na siderurgia naval, com antecedentes de abuso de tabaco e diabetes tipo 2, medicado com metformina 1000 mg + sitagliptina 50 mg 2id e gliclazida 30 mg 1id. Foi trazido a uma consulta pela esposa, com quem reside, fazendo-se acompanhar por uma carta do patrão que dizia “o senhor VMFA encontrava-se inapto para a profissão”, descrevendo uma noção de deterioração crescente desde há cerca de 3 meses. A esposa reconhecia que o doente estava mais dependente da mesma para actividades de vida diárias (ida a locais públicos) e que ficava ansioso quando não a encontrava, tornando-se por vezes agressivo quando não conseguia executar alguma tarefa, estando mais isolado e emagrecido. Em consulta apresentava-se consciente, orientado, mas discurso com referência a situações antigas, nem sempre enquadráveis no contexto da pergunta, e dificuldade na nomeação. MMS de 20 e Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage de 6. Foi feito estudo de alteração do comportamento tendo-se obtido serologia positiva para sífilis (*Ac T. pallidum* positivo, VDRL positivo 1/64), e, num segundo tempo, para a esposa que também viria a ser positivo. Foi admitida sífilis latente tardia, e VMFA foi tratado com 3 injeções de benzilpenicilina 2.4 MUI IM e referenciado para a consulta de Infeciologia e de neurologia. Realizou punção lombar com ex. citoquímico de LCR: líquido límpido, incolor, proteínas 87 mg/dL, glucose 74, 1 células, VDRL positivo 16 diluições, TPHA positivo 1/5120. Admitido diagnóstico de neurosífilis, foi internado para tratamento com penicilina cristalina EV 24 MUI/dia que manteve durante 14 dias. Dos restantes exames complementares realizados (para completar estudo de síndrome demencial): a destacar défice de ácido fólico 3 ng/mL (4,5-32).

Actualmente mantém perda de memória para eventos recentes, dificuldade em manter a atenção e incapacidade na conclusão de tarefas, estando em processo de reforma antecipada por incapacidade.

Conclusão: As estatísticas globais de sífilis revelam cerca de 10 milhões de novos casos por ano. Na Europa, a sua incidência está a aumentar, em particular, na comunidade MSM (*men who have sex with men*). O número de casos em que a transmissão ocorre por contato heterossexual tem-se mantido estável. São apontados o elevado número de parceiros sexuais, o baixo acesso aos cuidados de saúde primários, a marginalização social, a falta de recursos na promoção da

educação sexual, e o baixo nível de consciencialização em saúde como factores de risco. Em pleno século XXI, esta doença continua a ser um problema de saúde pública, pelo que é necessário estabelecer programas de educação, rastreio e *follow-up* para reduzir a sua prevalência, papel que passa pelo médico de família como primeiro contacto com o Sistema Nacional de Saúde.

E-Poster 21

UMA MANCHA DO PASSADO

Tiago Ferreira Moreira da Silva¹; Filipa Tavares Almeida²; Filipe Vaz¹; Liliana Rumor¹; João Leite Guerra¹; Maria de Sousa Miranda³

¹USF Marquês de Marialva; ²Hospital de Braga; ³USF Ponte

Introdução: O eritema pigmentado fixo é uma reação cutânea adversa a medicamentos que caracteristicamente se manifesta sempre na mesma localização após reexposição ao fármaco responsável.

A sua apresentação pode variar, desde múltiplas lesões hipopigmentadas a erupções bolhosas, mas o mais frequente é o aparecimento de uma lesão macular única, ou em número reduzido, de morfologia discóide, eritematoviolácea, que habitualmente resolve persistindo uma região hiperpigmentada na fase pós-inflamatória. Uma nova exposição pode provocar uma “reativação” dessas lesões antigas.

As reações cutâneas a medicamentos são frequentes, podendo ocorrer em até 5% de todos os casos, mas geralmente manifestam-se por um exantema urticariforme generalizado. O eritema pigmentado fixo, por seu lado, é mais raro, correspondendo a 15- 20% dessas situações. Ainda assim, múltiplos fármacos podem ser responsáveis, sendo os mais frequentes também os mais utilizados, como os AINE ou anti-bióticos, em particular o trimetopim-sulfametoxazol, o agente mais vezes implicado. Curiosamente, os anti-histamínicos também estão entre os fármacos mais frequentes.

Caso clínico: Utente de 24 anos, sexo masculino, nacionalidade brasileira a residir em Portugal há 6 anos. Casado, com agregado familiar do tipo nuclear, encontra-se na fase 1 do Ciclo de Vida Familiar de Duvall e enquadra-se numa classe social média de acordo com a escala de Graffar. Completou o 12º ano de escolaridade e é madeireiro de profissão. Como antecedentes pessoais apresenta rinite alérgica (medicado com mometasona 50 mcg para pulverização nasal, em SOS), fractura do escafoide da mão direita após traumatismo (2019) e realização de circuncisão por fimose (2018).

Recorre à consulta aberta da USF a 24/01/2019, pela presença de 3 lesões maculares, ovaladas, com uma região central violácea e um halo eritematoso, não descamativas, ligeiramente pruriginosas, ambas localizadas na coxa direita. Quando questionado refere que as lesões terão surgido pela primeira vez há cerca de 5 anos após ter sido medicado com um antibiótico (cujo nome e dosagem não recorda), tendo desde então permanecido fixas, com coloração hiperpigmen-

tada até terem adquirido o referido halo eritematoso no dia anterior à consulta, e 4 dias após ter iniciado amoxicilina 1000 mg para tratamento de uma otite. As lesões foram interpretadas como possível reação cutânea à amoxicilina e foi feita referência à teleconsulta de Dermatologia da área de residência para esclarecimento diagnóstico.

Foi observado em consulta de Dermatologia a 06/02/2019, tendo sido colocada hipótese de se tratar de lesões de eritema pigmentado fixo. Foi medicado com betametasona tópica 0,5 mg/g, em creme, 1 vez por dia. Na consulta de seguimento, dia 06/03/2019, persistiam 3 manchas hiperpigmentadas, embora já sem halo eritematoso e sem prurido associado. Foi assumido esse diagnóstico e, pela elevada probabilidade de persistência das lesões, o utente teve alta da consulta.

Conclusão: Os antibióticos são fármacos fundamentais na prática clínica mas devem ser usados apenas em situações adequadas não só pela possibilidade de desenvolvimento de resistências mas também pelo risco de reações adversas. A multiplicidade das manifestações cutâneas existentes, patológicas ou por reação adversa, pode tornar a sua interpretação um verdadeiro desafio. Tal como se verificou neste caso, a complementaridade entre os cuidados de saúde primários e secundários é uma ferramenta essencial para assegurar o melhor acompanhamento dos doentes.

E-Poster 22

USO DOS DISPOSITIVOS BASEADOS EM ENERGIA NO REJUVENESCIMENTO VAGINAL, ATROFIA VULVOVAGINAL E INC. URINÁRIA DE ESFORÇO

Ana Sousa
Clínica Dra. Ana Sousa

Abordar o rejuvenescimento vaginal sempre foi tabu mas uma nova geração de tratamentos coloca este tema em voga. Nos últimos 5 anos a área da ginecoestética teve um crescimento exponencial, com introdução no mercado de muitos aparelhos cada vez mais modernos, apelativos e indolores. E à medida que a esperança média de vida aumenta a nível mundial e a auto estima e a atividade sexual são valorizadas, porque não utilizar a tecnologia a favor das mulheres?

A maioria das queixas focam a alteração da anatomia e/ou sexualidade principalmente no pós parto e na menopausa, desde flacidez, atrofia e secura vaginal até à incontinência urinária de esforço de grau leve/moderado. O princípio básico dos procedimentos de rejuvenescimento vaginal é a aplicação de lasers ou radiofrequência. Em particular o tratamento com laser Co² fracionado vai libertar energia e calor que, por consequência, estimula o colagénio e a elastina, melhorando e tensionando os tecidos do canal vaginal e da vulva. Assim, há melhoria da flacidez, da espessura da mucosa e do fluxo sanguíneo que melhora a lubrificação e torna a relação sexual mais prazerosa.

A nível da incontinência urinária de esforço, o laser Co² fra-

cionado provoca uma remodelação das fibras de colágeno da parede anterior da vagina, dando melhor sustentação à bexiga e controlando a incontinência. Este processo de produção de novo colágeno é contínuo tornando os resultados duradouros.

As sessões são rápidas, com duração entre 15 a 30 minutos, indolores e realizadas no consultório permitindo à mulher regressar à sua vida habitual de imediato. A quantidade de sessões varia de acordo com a mulher e patologia mas em média são necessárias três com intervalos de um mês entre elas, devendo repetir o procedimento um ano depois. Num estudo de 2015, 73% das mulheres relataram melhoria na satisfação sexual, 75% melhoria no rejuvenescimento vaginal e 92% ficaram satisfeitas e recomendariam o tratamento. Outra questão muito debatida é a labioplastia, cirurgia que consiste na redução dos pequenos lábios, com aumento da procura mundial em cerca de 20%.

E-Poster 23

ERITEMA NODOSO, UMA POSSÍVEL MANIFESTAÇÃO DE TUBERCULOSE CUTÂNEA

Rita André; Vanessa Belchior
USF Charneca do Sol

Enquadramento: Existe uma associação bem conhecida entre o eritema nodoso (EN) e a tuberculose (TB), especialmente em regiões endémicas. Tendo em conta o fenómeno das migrações, Portugal é considerado de incidência intermédia para TB, sendo o maior saldo migratório observado no concelho de Almada. O presente caso pretende ilustrar uma apresentação clínica pouco comum de uma patologia cuja frequência tem potencial para aumentar em virtude dos fenómenos migratórios.

Descrição de caso: Mulher de 41 anos, residente no concelho de Almada, sem antecedentes pessoais de relevo. Apresenta, com três dias de evolução, nódulos eritemato-violáceos dolorosos de consistência dura localizados nos membros inferiores associados a poliartralgias, cansaço generalizado, cefaleia e hipersudorese nocturna. Foi colocada como hipótese diagnóstica EN, iniciada terapêutica com anti-inflamatório e corticosteroide oral, com ligeira melhoria. A prova de tuberculina revelou-se positiva, o IGRA foi negativo e a tomografia computadorizada torácica não apresentou alterações. Iniciou-se terapêutica para tuberculose latente com resolução dos sintomas constitucionais e ligeira melhoria dos nódulos, ponderando-se o diagnóstico de tuberculose cutânea. Na consulta de Dermatologia, dois meses após término de terapêutica, por manutenção dos nódulos foi realizada biópsia cutânea, que revelou lesões compatíveis com o diagnóstico de EN.

Discussão: O EN é geralmente de causa idiopática, podendo resultar de doença sistémica. O EN leproso surge após quadro clínico de prostração, febre e artralgias. Posteriormente surgem nódulos cutâneos eritematosos com aumento

de temperatura, duros e dolorosos com resolução até dois meses. A terapêutica tuberculostática deve ser iniciada se teste de Mantoux positivo. Apesar da resolução dos sintomas constitucionais com esta terapêutica, não houve melhoria significativa dos nódulos, o que faz ponderar causa idiopática. A maioria resolve-se espontaneamente ou com terapêutica em semanas.

Conclusão: Apesar da diminuição da incidência da TB em Portugal, esta deve ser investigada nos casos de EN, sobretudo nas áreas geográficas em que esta doença é uma realidade. Tendo em conta o impacto que a imigração tem na epidemiologia da TB, torna-se responsabilidade do MF aprofundar conhecimentos sobre esta patologia e apresentações menos frequentes, para estar alerta e diagnosticar precocemente, tendo como objetivo não só o tratamento do utente como a contenção da disseminação da doença.

E-Poster 24

SÍNDROME DE TAKOTSUBO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita André; Vanessa Belchior
USF Charneca do Sol

Introdução: A síndrome de takotsubo (ST) é também denominada de cardiomiopatia induzida pelo stress. Caracteriza-se por uma disfunção sistólica súbita, regional e transitória do ventrículo esquerdo (VE), sem doença coronária significativa. Este caso pretende abordar não só um diagnóstico raro, cuja sintomatologia é comum na nossa prática clínica, como também perceber qual o papel do médico de família na prevenção de recorrência de novos episódios, atuando não só na gestão da terapêutica, mas também como gestor de eventos de stress emocional que possam desencadear esta síndrome.

Caso Clínico: Mulher de 54 anos, observada em consulta de doença aguda na Unidade de Saúde Familiar (USF), após ter iniciado quadro de cefaleia e alteração na força do membro inferior esquerdo, após conflito familiar, com dificuldade na marcha, associada a sensação disestésica e diminuição da sensibilidade na hemiface esquerda. Por suspeita de acidente vascular cerebral (AVC), foi encaminhada para o Serviço de Urgência (SU), tendo iniciado no SU quadro de dor no dorso tipo peso que posteriormente irradiou à face anterior do tórax. Após realização de exames complementares foi identificada insuficiência ventricular aguda, assumindo-se o diagnóstico de ST e provável AVC isquémico. O internamento decorreu sem intercorrências, com evolução favorável e recuperação completa da função cardíaca e das alterações neurológicas.

Conclusão: A ST é mais frequente nas mulheres e geralmente ocorre entre os 61-76 anos. A patogénese ainda não é totalmente conhecida. Geralmente ocorre após situações de stress (físico ou emocional) e tendo em conta que o quadro clínico surgiu após discussão familiar, pode-se assumir

esta como possível causa desencadeante. A forma de apresentação é inespecífica e semelhante à do síndrome coronário agudo, impondo o diagnóstico diferencial, uma vez que a utente apresenta fatores de risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemia e hábitos tabágicos). A ST aumenta o risco de ocorrência de AVC ou acidente isquémico transitório devido à embolização de um trombo a nível apical, como é exemplo o caso relatado. A maioria dos pacientes tem um bom prognóstico com resolução completa da disfunção diastólica. O tratamento durante a fase aguda do ST é principalmente sintomático. Não há consenso sobre a gestão a longo prazo da terapêutica, embora seja recomendado o tratamento até recuperação total ventricular.

Tendo o Médico de Família (MF) o conhecimento holístico dos utentes, cabe ao mesmo conhecer o contexto biopsicossocial, identificando os fatores de risco que podem contribuir para desencadear este quadro clínico, permitindo o controlo a curto, médio e a longo prazo da ansiedade e orientação terapêutica não farmacológica e/ou farmacológica, atuando na prevenção de eventos agudos desencadeantes.

E-Poster 25

SÍNDROME DE OLGIVIE – DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Nídia Oliveira; Cátia Figueiredo; Catarina Almeida; Gabriela Venade; Joana Lemos; Alexandra Vaz
Centro Hospitalar de Tondela-Viseu

Introdução: A pseudo-obstrução intestinal ou síndrome de Ogilvie é caracterizada pela dilatação do cólon, sem que se encontre uma causa mecânica para a obstrução, simulando desta forma uma oclusão intestinal. É uma entidade rara, que acomete na sua maioria idosos, do sexo masculino (60%), hospitalizados ou institucionalizados, com patologias graves. A sua fisiopatologia ainda não é completamente conhecida, bem como a sua incidência, mas acredita-se que resulta de um desequilíbrio entre sistema nervoso autónomo simpático e o parassimpático, que leva a uma atonia do cólon. O diagnóstico é feito por exclusão e o tratamento divide-se em conservador, cirúrgico ou descompressão por colonoscopia.

Caso clínico: Mulher de 84 anos, acamada, totalmente dependente nas actividades de vida diárias, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca com fracção de ejeção reduzida, hipotireoidismo, obstipação crónica e acidente vascular cerebral á direita. Trazida ao SU por noção de distensão abdominal e desconforto abdominal inespecífico com cerca de 2 dias de evolução. Negada febre, vómitos, tosse ou expectoração, noção de dispneia ou alterações das características da urina. Trânsito intestinal mantido com uma dejeção diária de características habituais. Medicada com atorvastatina 20 mg, pantoprazol 20 mg, lorazepam 1 mg, trazodona 150 mg, levotiroxina 0.1 mg, aspirina 100 mg e gabapentina 300 mg, Quetiapina 25 mg, melperona 25 mg, enalapril 2.5 mg, Lactulose-

SOS. Ao exame objetivo apresentava-se consciente, afásica mas dirigia o olhar. Não colaborante. Sinais vitais estáveis. Eupneica em ar ambiente com saturações de oxigénio de 94%. Auscultação cardiopulmonar sem alterações. Abdómen distendido, timpânico, mas mole e depressível. RHA aumentados. Com aparente desconforto generalizado á palpação superficial e profunda, mas sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com Hb 14.1g/dL, sem leucocitose nem neutrofilia, função renal normal, amilase 14, lípase 16, FA 86, GGT 17.7, TGP 10, TGO 20, CK total 88, LDH 216, PCR 1.81. Gasimetricamente sem alterações de relevo com exceção de hipocaliémia (potássio 2.9 mmol/L). Na radiografia do abdómen apresentava marcada distensão das ansas intestinais, sem aparentes níveis hidroaéreos. Realizou ainda colonoscopia de urgência verificando-se “progressão até ao cólon descendente, interrompida por presença de quantidade abundante de fezes pastosas, lúmen dilatado e em atonia, mas sem zonas de torção sugestivas de volvo”. Realizada aspiração gasosa com melhoria significativa do quadro de distensão. A doente foi admitida em internamento por Síndrome de Olgivie em contexto multifactorial (acamada, excesso medicação com psicofármacos, antecedentes de obstipação e alterações hidroelectrolíticas (hipocaliémia). Durante o internamento foram introduzidas medidas de suporte gerais, nomeadamente interrupção da alimentação por via oral, colocação de sonda nasogástrica em drenagem livre, realização de enemas, procinéticos por via endovenosa, correção da caliémia e redução da terapêutica com psicofármacos. Posteriormente iniciou dieta oral tendo tolerado. Permaneceu com trânsito intestinal mantido, de características normais. Sem dor abdominal.

Conclusão: Embora pouco se saiba acerca desta síndrome, pode-se concluir que este tipo de casos devem ser descritos para um melhor entendimento de sua fisiopatogenia. A sua abordagem baseia-se numa atuação sequencial sustentada, nomeadamente: identificação precoce, exclusão de uma obstrução mecânica e outras causas de pseudo-obstrução, deteção precoce de sinais de peritonite e/ou perfuração intestinal, início imediato de um tratamento sintomático e prevenção de recidivas, para que desta forma se consiga reduzir ao mínimo complicações graves como perfuração do ceco, diástase cecal ou gangrena do ceco e cólon ascendente.

E-Poster 26

DA HIPONATRÉMIA AO CANCRO DO PULMÃO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Fernandes Duarte; Ana Carolina Teixeira; Carla Sérgio
USF Buarcos, ACES Baixo Mondego

Introdução: A síndrome de secreção inadequada de hormona antidiurética (SIADH) envolve a secreção de hormona anti-diurética (ADH), apesar de um volume plasmático normal ou aumentado. O comprometimento resultante da consequente retenção de água manifesta-se como hiponatremia (isto é,

uma concentração sérica de sódio inferior a 135 mmol por litro) com hipo-osmolaridade concomitante. Por vezes, a SIADH surge como manifestação paraneoplásica, em que existe excessiva produção de ADH ou de substâncias com função semelhante, pelas células tumorais. As síndromes paraneoplásicas podem ser a primeira manifestação de uma neoplasia subjacente. Assim, o seu conhecimento é de primordial importância na abordagem destes doentes.

Caso clínico: Os autores pretendem apresentar o caso de um doente do sexo masculino, de 64 anos de idade, reformado da carreira de oficial da marinha mercante, com antecedentes pessoais de diabetes *Mellitus* tipo 2, hipertensão arterial grau 1, dislipidemia mista, doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD A e síndrome apneia obstrutiva do sono (SAOS) grave sob ventiloterapia. Trata-se de um doente ex-fumador, fumou durante 50 anos, com uma carga tabágica de 100 UMA, hábito que suspendeu há 2 anos. Faz como medicação habitual telmisartan 80 mg e hidroclorotiazida 12,5 mg, metformina 850 mg (2id) e atorvastatina 10 mg. Este doente recorreu ao serviço de urgência por quadro de mal-estar geral, com precordialgia opressiva, cefaleias, hipersudorese, sem náuseas ou vômitos. Analiticamente, revelou tratar-se de uma hiponatremia grave (120 mmol/litro), provavelmente no contexto de iatrogenia por diurético tiazídico. Ficou internado no serviço de Medicina Interna para correção da hiponatremia. Por haver alterações suspeitas numa radiografia de tórax que realizou durante o episódio de urgência, realizou uma tomografia computadorizada do tórax durante o internamento que revelou um nódulo mal definido e irregular, com 10 mm de tamanho, no lobo superior do pulmão esquerdo. Durante o seu seguimento, realizou também uma broncofibroscopia e biópsias que confirmaram tratar-se de um carcinoma de pequenas células do pulmão, em estadio T3N2M1a. A tomografia por emissão de positrões revelou tratar-se de uma neoplasia maligna de alto grau metabólico no lobo superior do pulmão esquerdo, com metastização ganglionar mediastino-hilar homolateral e pulmonar homolateral. O doente iniciou quimioterapia com carboplatino e etoposido, que ainda mantém.

Conclusão: Trata-se de um doente com fatores de risco para cancro do pulmão, um ex-fumador pesado, seguido em consulta de pneumologia pela SAOS. Sendo que não existe rastreio de cancro do pulmão, sabemos que em termos de prevenção secundária havia pouco a fazer neste caso. Situações como esta sublinham a importância da abordagem abrangente e a visão holística que, como médicos de família, temos em relação aos nossos doentes, que nos podem orientar no diagnóstico de doenças graves, que podem ter um leque vasto de formas de apresentação, algumas delas com sintomas inespecíficos e muitas vezes confundidos com os de outras etiologias.

E-Poster 27

QUANDO A FIBROMIALGIA ESCONDE UMA DOENÇA ONCOLÓGICA

Carolina Marques; Catarina Ornelas; Marta Fabião
USF Magnólia

Introdução: Os tumores do sulco pulmonar superior ou tumores de Pancoast (TP) são um conjunto de neoplasias localizadas no sulco pleuropulmonar apical, adjacente aos vasos suclávios. Apresentam-se com dor no ombro e braço (correspondente à distribuição dos dermatômos C8, T1 e T2). Adicionalmente, síndrome de Horner, fraqueza e atrofia dos músculos da mão, quando presentes, configuram a síndrome de Pancoast. Devido à localização periférica, sintomas como tosse, hemoptise ou dispneia ocorrem tardiamente. A maioria destes tumores corresponde a carcinomas pulmonares de não pequenas células, seguidos de adenocarcinomas e carcinomas de células escamosas.

Caso clínico: Tratava-se de uma doente de 61 anos, ex-fumadora (25 UMA), com antecedentes de neoplasia maligna da mama direita operada há 15 anos e síndrome depressivo. Referia omalgia à direita e cervicalgias com 6 meses de evolução, que não cediam a AINEs nem a opióides fracos. Após realização de RX e ecografia das partes moles do ombro e braço direitos e estudo reumatológico, que se revelaram negativos, foi observada em consultas de ortopedia, MFR e reumatologia, com diagnóstico de fibromialgia. Após conclusão dos tratamentos prescritos de fisioterapia ao ombro, referia persistência e agravamento da dor, que foram atribuídos à fibromialgia.

Na consulta seguinte com o médico de família, referia manter dor intensa tipo “perfurante” na clavícula e omoplata direitas (ENA 7/10). O exame objetivo osteoarticular não revelava alterações, com força e mobilidade mantidas. Perante as queixas concomitantes de cervicalgias e a possibilidade de se tratar de uma dor irradiada, o médico de família solicitou tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical, que revelou imagem com densidade de tecidos moles no escavado supraclavicular direito, com discretas calcificações, de contornos lobulados e com destruição do primeiro arco costal ipsilateral. Foi solicitada TC torácica urgente e a doente foi encaminhada aos cuidados de saúde secundários, onde se veio a confirmar o diagnóstico histológico de carcinoma pulmonar de não pequenas células do ápex pulmonar direito, após biópsia aspirativa transtorácica. Após estadiamento, que não evidenciou doença metastática, a doente foi submetida a quimiorradioterapia neoadjuvante, com boa resposta, seguida de ressecção cirúrgica, com obtenção de alívio parcial da dor, que configuram fatores de bom prognóstico.

Conclusão: O carcinoma pulmonar de não pequenas células é o cancro do pulmão mais comum, embora a localização no ápex ocorra em < 5% dos casos. O tabagismo é o principal fator de risco e o prognóstico depende do estadiamento. Este caso desperta-nos para a importância do estudo do

mediastino nos quadros de omalgia e sensibiliza-nos para a perigosidade da atribuição de rótulos aos doentes, como o de fibromialgia (FM).

A FM representa a causa mais frequente de dor músculo-esquelética generalizada, surgindo, na maioria dos casos, associada a patologia psiquiátrica, fadiga crónica e queixas somáticas múltiplas. Após este diagnóstico, assiste-se com frequência a uma desvalorização de queixas relacionadas com o aparelho músculo-esquelético, que são atribuídas à FM. Por conseguinte, torna-se imperativo combater o estigma associado às doenças idiopáticas com manifestações psicossomáticas. Cabe ao médico de família, como o prestador de cuidados transversais que melhor conhece as singularidades do doente, utilizar os meios ao seu alcance para defender o melhor interesse da pessoa que, independentemente dos diagnósticos de base, apresenta queixas persistentes, refratárias ou de novo.

E-Poster 28

O AÇÚCAR DA TRISTEZA

Mónica Justino; Joana Martinho; Carlos Baptista; João Rossa
USF Cynthia - ACES Sintra

Introdução: A avaliação holística do utente, em consulta de MGF, permite uma abordagem para além do superficial e imediato. Os acontecimentos vitais que ocorrem no seio da vida familiar são, muitas vezes, fatores desestabilizadores da saúde física e mental, podendo propiciar o aparecimento de doença. Perante situações de dor emocional intensa, podem surgir alterações deletérias do estilo de vida, como os consumos, o sedentarismo e a alimentação desadequada. Através da relação médico-doente, podemos procurar aprofundar sintomas, até então pouco valorizados pelo próprio, e suspeitar do aparecimento de sobreposições clínicas.

Caso Clínico: Utente de 57 anos, chefe de produção de indústria alimentar (bolos), casado, sem filhos (o filho faleceu em fevereiro de 2018 devido a leucemia). Tinha antecedentes pessoais de lobectomia esquerda por pneumotórax de repetição, HTA diagnosticada em 2014 e insónia. Foi medicado com escitalopram 10 mg e trazodona 150 mg em julho de 2018 por sintomatologia depressiva, terapêutica que abandonou no início de 2019. A sua medicação crónica era o omeprazol 20 mg.

O utente foi convocado para consulta, por incumprimento na vigilância em consulta de HTA desde há mais de um ano. Na consulta, sobressaíram as queixas de fadiga, insónia inicial e intermédia, isolamento social, tristeza e anedonia, sintomas que o utente atribuía à dificuldade em ultrapassar a morte do filho.

Foram solicitados exames analíticos que revelaram glicemia em jejum de 310 mg/dL, glicosúria de 1000 mg/dL e corpos cetónicos na urina de 60 mg/dL. O valor da hemoglobina glicada era de 15,6%. O utente acabou por revelar que bebia cerca de 4L de água por dia, polifagia, perda ponderal recen-

te (10 Kg; IMC = 24,2), diminuição da acuidade visual, além de fadiga intensa. Trabalhava mais de 12 horas por dia, tinha uma alimentação irregular, consumo etanólico significativo (348g/semana) e ingesta frequente de alimentos açucarados e ricos em gorduras.

Foi feito esclarecimento face ao diagnóstico de diabetes *Mellitus* tipo 2, sendo explicada a importância das alterações de estilo de vida e necessidade de iniciar insulino-terapia, que o utente recusou. Foi prescrita associação de metformina + dapagliflozina 1000 mg + 5 mg, e reiniciou a trazodona 150 mg. O utente foi também avaliado em consulta de enfermagem, sendo feitos os ensinamentos sobre alimentação, exercício físico e avaliação e registo da glicemia capilar (durante o período de instabilidade metabólica). Tendo em conta o estado físico e psíquico do utente, foi proposta a emissão de certificado de incapacidade temporária até regularização clínica. Foi feita referência a consulta de Oftalmologia urgente.

Após um período de 3 meses de mudança de estilo de vida, com início de alimentação saudável, exercício físico (caminhadas diárias), estabilização do sono, redução do consumo etanólico, cumprimento terapêutico e consultas regulares médicas e de enfermagem, o utente apresentou uma melhoria significativa do estado geral, com melhoria do cansaço, visão, humor e glicemias (HgA1C 6,6%). Retomou a sua atividade laboral e integrou um grupo de autoajuda da Liga Portuguesa Contra o Cancro, para familiares de doentes oncológicos.

Conclusão: A abordagem em equipa, pelo médico e enfermeiro de família, é fundamental para o sucesso terapêutico do doente diabético. A promoção da educação para a saúde e participação do utente na decisão informada da sua terapêutica é um direito, e visa o empoderamento, facilitando a adesão e eficácia terapêutica. É também fundamental o enquadramento do utente em termos de comorbilidades e acontecimentos vitais para a adaptação à sua individualidade.

E-Poster 29

FADIGA: UM DESAFIO DE MÚLTIPLAS CAUSAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Bernardo

Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Andreas

Introdução: A fadiga ou perda de energia é um sintoma inespecífico e subjetivo que faz parte do quadro clínico de inúmeras patologias. Quando associado a outros sintomas como anedonia, sensação de tristeza e episódios de choro fácil, a depressão é uma hipótese diagnóstica a considerar. Esta patologia está também associada a insónia, o que potencia a possibilidade de queixas de fadiga consequente.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, casada e com um filho, ciclo familiar de Duvall VII, auxiliar num lar de idosos de profissão, com hábitos tabágicos de 2,5 UMA e antecedentes pessoais de neoplasia do ovário submetida a cirurgia. Foi diagnosticada com síndrome depressivo em novembro de 2017, por colega assistente no privado, tendo sido medicada com melhoria sin-

tomática transitória. Posteriormente, por manutenção de sono fragmentado, períodos de ansiedade, sensação de tristeza e choro fácil, dirigiu-se à nossa consulta pelo que iniciou período longo sob certificado de incapacidade temporária para o trabalho (CIT), o que proporcionou consultas de frequência mensal. Apresentava exame objetivo normal e exames de rotina recentes sem alterações. Seis meses depois, após um período de flutuação quanto aos sintomas, a doente vem com queixa única de agravamento de cansaço associada a um sono fragmentado, e melhoria dos restantes sintomas, tendo sido feito ajuste terapêutico. Passados dois meses, depois de uma ida ao Serviço de Urgência, a utente apresenta-se na USF com ecocardiograma relatado com miocardiopatia dilatada com função sistólica gravemente deprimida (fração de ejeção 29%) e cinética de bloqueio do ramo esquerdo. A partir da instituição da terapêutica farmacológica para a insuficiência cardíaca, a utente manifestou franca melhoria, tendo em abril de 2019 cessado a terapêutica antidepressiva, que fazia há mais de um ano e meio, sem recidiva posterior.

Conclusão: Este caso vem lembrar a necessidade de se realizar sistematicamente, na consulta, uma revisão dos dados disponíveis, mesmo quando o diagnóstico atribuído parece justificar os sintomas do doente. A frequência mensal de consultas com a doente proporcionou oportunidades que poderiam ter aumentado o nosso nível de suspeita e ter posto em exercício o diagnóstico diferencial. O diagnóstico de insuficiência cardíaca veio explicar o agravamento da fadiga, inicialmente atribuída apenas à depressão – sendo um sintoma muito comum e subjetivo, traz uma dificuldade acrescida em discernir a causa do mesmo. Assim, a sobreposição temporal das patologias e o facto de terem sintomas em comum apresentou um desafio à gestão e tomada de decisão clínica.

E-Poster 30

GRANULOMAS INTESTINAIS: UM CASO DE SOBREPOSIÇÃO DE PATOLOGIAS

Mafalda Aveiro¹; Cátia Brito²; João Baptista³; Melanie Azeredo¹; Daniela Emílio¹

¹USF Ossónoba; ²USF Ancora; ³USF Al-gharb

Enquadramento: A tuberculose intestinal (TBI) é uma doença relativamente rara (cerca de 5% dos casos de TB) e associa-se geralmente a algum grau de imunossupressão (ex. HIV). Os achados clínicos e imagiológicos são inespecíficos, o que requer uma especial atenção na exclusão dos diferentes diagnósticos diferenciais (ex. DII, sarcoidose, linfoma). Este caso clínico pretende realçar a importância dos diagnósticos diferenciais.

Descrição do caso: Doente sexo masculino, 26 anos, casiano, solteiro e trabalha na recolha do lixo. Pertence a família nuclear e funcional; estadio VI do ciclo de Duvall. Fumador de 2UMA, nega contactos de risco e viagens ao estrangeiro. AF de avó paterna não convivente de TP em 2012. Em Ago/17 recorre à consulta do CS por quadro de

epigastralgias recorrentes com início 1M antes, associadas a anorexia, perda de peso, astenia. Nega febre. Realizou EDA Nov/17 sem alterações. Em Dez/17 inicia febre com agravamento das queixas abdominais, mal-estar generalizado e perda de 12Kg em 5M. Recorreu ao SU do hospital de referência, tendo sido submetido a laparotomia exploratória, com biópsia dos gânglios mesentéricos (“BAAR+”). Analiticamente apresentava anemia, elevação dos parâmetros inflamatórios e serologias negativas. O estudo imagiológico mostrava “espessamento de ansas do intestino delgado, aumento do nº de gânglios na raiz do mesentério” e a colonoscopia evidenciava :1 microgranuloma na mucosa do íleo com ligeira inflamação crónica”. Por diagnóstico de TBI iniciou antibióticos a Jan/18, que cumpriu durante 9M. Por persistência das queixas GI e dificuldade em ganhar peso foi avaliado na C.Gastroenterologia a Mar/19, apresentando calprotectina + e no estudo com cápsula endoscópica (Mai/19): “aspectos sugestivos de DII extensa, afectando jejuno/íleon”. Actualmente medicado com biológico corticóide e azatioprina, apresenta melhoria sintomática e aumento de peso.

Conclusão: A TBI requer um elevado nível de suspeição, sobretudo em países desenvolvidos e em doentes não-HIV. Tanto a DII, como a TBI apresentam achados clínicos (astenia, perda de peso, anemia) e radiológicos similares (granulomas, afecção principalmente do íleon), mas inespecíficos. Este caso clínico pretende reforçar a importância dos diagnósticos diferenciais e o facto de estes não excluírem obrigatoriamente os restantes. Embora não decisivo para o diagnóstico, o papel do médico de família foi determinante na adesão terapêutica e gestão de medos e expectativas.

E-Poster 31

INFEÇÃO RECORRENTE POR *HELICOBACTER PYLORI*... E AGORA?

Maria Luís Marques; Sílvia Reigada; Maria José Barroso; Eduardo Nelson
USF Monte da Luz (ACES Sintra)

Introdução: A bactéria *Helicobacter pylori* (HP) foi descoberta por Marshall e Warren em 1982 e pensa-se que esta infeção terá tido origem em África há cerca de 58000 anos. Apresenta uma prevalência mundial de 50%, estimando-se que em Portugal a prevalência seja de 40-80% (faltando estudos epidemiológicos na área).

É uma bactéria gram negativa, microaerofílica, espiralada e flagelada. Constitui a infeção bacteriana crónica mais comum em humanos, sendo conhecida por ser uma das causas de gastrite crónica, úlcera péptica, adenocarcinoma e linfoma gástrico. Bioquimicamente apresenta-se catalase, oxidase e urease positivas, aspeto essencial para a sua sobrevivência e diagnóstico.

O tratamento desta infeção assenta numa combinação tripla ou quadrupla composta por um inibidor da bomba de prótons associado a dois ou mais antibióticos. Em caso de falência da

primeira linha terapêutica, deverá optar-se sempre por um esquema diferente do utilizado previamente, respeitando as guidelines existentes. Os esquemas terapêuticos divergem consoante as resistências bacterianas estudadas para cada zona geográfica e, idealmente, deveriam ser adequados à estirpe bacteriana endémica e à suscetibilidade individual (história de exposição prévia a antibióticos). A efetividade do tratamento tem vindo a diminuir devido ao uso indiscriminado de antibióticos, culminando num aumento das resistências, nomeadamente à claritromicina (um dos antibióticos utilizados nos esquemas de primeira linha).

Apresenta-se de seguida um caso clínico de uma utente que realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA), no contexto de antecedentes familiares em primeiro grau de carcinoma gástrico, com diagnóstico de infeção por HP e necessidade de várias linhas de tratamento para erradicação, tendo motivado a revisão desta temática tão prevalente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Caso clínico: A.A, sexo feminino, 56 anos de idade, nacionalidade portuguesa, professora. Antecedentes pessoais de enxaqueca e perturbação depressiva. Actualmente medicada com topiramato 50 mg bid, zolmitriptano 2.5 mg SOS, escitalopram 10 mg, alprazolam 0.5 mg. Antecedentes familiares de carcinoma gástrico (pai e tia). Nega hábitos tabágicos/alcoólicos/toxicofílicos. Desconhece alergias medicamentosas. Recorre a consulta com o seu médico de família em fevereiro de 2017 trazendo endoscopia digestiva alta (EDA) com o seguinte resultado: Gastrite crónica do antro, não atrofica, atividade moderada, sem metaplasia. *H.Pylori*+++ , pelo que realizou tratamento com amoxicilina 1000 mg bid, claritromicina 500 mg bid e omeprazol 20 mg bid, durante 14 dias. Não realizou teste urease respiratório pedido como controlo, tendo regressado à consulta apenas 2 anos depois, com resultado de nova EDA (solicitada por médico particular) realizada em contexto de epigastralgias ocasionais pós-prandiais, com resultado sobreponível à anterior (mantinha HP positiva). Repetiu tratamento de erradicação com o mesmo esquema terapêutico, tendo realizado teste urease respiratório, que foi positivo. Neste contexto, procedeu-se a um terceiro tratamento com omeprazol 20mg bid e Pylera® (subcitratode bismuto potássico 140 mg + metronidazol 125 mg + tetraciclina 125 mg) 3 cp qid, durante 10 dias. Aguarda neste momento resultado de teste de controlo.

Conclusão: A infeção por HP é muito prevalente, sendo recomendado o *Screen-and-treat* em indivíduos com grande risco de neoplasia gástrica (custo-efetiva), tal como no caso apresentado. Existem vários níveis de tratamento de erradicação desta infeção que devem ser respeitados, havendo necessidade de teste de controlo após cada tentativa. No caso clínico apresentado, o primeiro esquema terapêutico não deveria ter sido repetido, mas sim ter-se optado por uma segunda linha terapêutica.

Este caso salienta a necessidade de atualização permanente

por parte do Médico de Família, baseando a sua atuação clínica em diretrizes nacionais e/ou internacionais que auxiliam na tomada de decisão.

E-Poster 32

PARALISIA DE SÁBADO À NOITE: RELATO DE CASO

Tiago Sá e Pinho; Marta Carvalhinho; Lara Sutil; Paula Teixeira; Paulo Fernandes
USF Águeda + Saúde

Introdução: A origem do termo paralisia de sábado à noite tornou-se sinónimo da paralisia do nervo radial resultante da compressão local direta prolongada. Com esta compressão existe bloqueio de condução nervosa, que devido a exposição a anóxia/isquemia, resulta posteriormente na paralisia transitória nervosa. É típico após um período de sono prolongado, frequentemente depois de uma intoxicação alcoólica, daí a associação com as noites boémias de sábado.

Caso Clínico: Homem 27 anos, casado, sem antecedentes relevantes, sem seguimento regular, recorre a consulta aberta/aguda após ter acordado na mesma manhã com diminuição da força na mão esquerda e sensibilidade no antebraço ipsilateral. Sem outras queixas. Ao exame objetivo componente motora extensora do punho, mão e dedos esquerdo sem qualquer movimento, contudo com manutenção da componente flexora. A nível sensorial diminuição da porção proximal e média do antebraço. Restante exame neurológico sem aparentes alterações. Devido ao aparecimento súbito e às queixas em questão foi orientado para o Serviço de Urgência. Observado pela Neurologia, e após realização de angiografia cerebral de contraste para exclusão de etiologia isquémica cerebral, teve alta no mesmo dia com diagnóstico de paralisia do nervo radial, com provável compressão prolongada a nível do cotovelo durante o sono. No dia seguinte foi orientado para a consulta de Medicina Física e Reabilitação onde iniciou no mesmo dia sessões de fisioterapia (com frequência de quatro a cinco vezes por semana), sendo também medicado com um adjuvante de *stress* oxidativo e uma associação do complexo B. Teve indicação para aquisição de prótese dinâmica para auxílio no dia a dia. Voltou a consulta passados 3 dias para pedido de Certificado de Incapacidade Temporário. Passado um mês ainda com melhorias diminutas, tendo apresentado uma melhoria funcional exponencial do quadro entre a sétima e a oitava semana. Realizou, entretanto, uma eletromiografia que confirmou o diagnóstico.

Conclusão: Apesar de ser um caso raro na consulta aberta nos Cuidados de Saúde Primários, daí o pouco conhecimento acerca da doença em causa, sensibiliza-se para a importante orientação para o Serviço de Urgência para descartar outras situações urgentes. Apesar de ser uma paralisia altamente incapacitante, o prognóstico é bastante favorável.

E-Poster 33

SÍNDROME DE EAGLE – SINTOMAS COMUNS NUM CASO INCOMUM

Joana Fernandes Duarte; Maria Eufémia Calmeiro; Carla Sérgio
USF Buarcos, ACES Baixo Mondego; Serviço de Medicina Interna do Hospital Amato Lusitano, ULS Castelo Branco

Introdução: A Síndrome de Eagle é um diagnóstico raro, que se caracteriza pelo alongamento da apófise estilóide do osso temporal ou pela calcificação do ligamento estilo-hiódeu, que pode causar compressão das estruturas neurovasculares adjacentes. É por isso que se associa a um largo espectro de sintomas, a maioria deles inespecíficos. Os mais comuns incluem odinofagia, dor facial, sensação de corpo estranho, disfagia, otalgia reflexa ipsilateral, cefaleia, zumbido e trismo. Por ser uma entidade rara e cujos sintomas se confundem com os de outras patologias muito mais frequentes, o diagnóstico de Síndrome de Eagle é desafiante e exige um estudo adequado em termos de exames complementares de diagnóstico.

Caso clínico: Os autores pretendem relatar o caso de uma doente do género feminino, de 37 anos de idade, com antecedentes de bócio multinodular eutiroideu e hipertensão arterial grau 1, sem antecedentes de trauma cervical ou amigdalectomia. Apresentava queixas de dor cervical em pontada, localizada acima da cartilagem tiroideia, disfagia e sensação de corpo estranho, com pelo menos um ano de evolução. Ao exame objetivo, palpavam-se duas tumefações endurecidas com cerca de 1 cm cada na região cervical anteriormente referida como dolorosa pela doente, acima dos bordos laterais da cartilagem tiroideia, bilateralmente. A palpação foi dolorosa, mas a região referida não apresentava rubor, calor nem eritema. A tiróide encontrava-se aumentada de tamanho e tinha carácter nodular, não dolorosa à palpação. Por persistência dos sintomas, e pela ansiedade face à ausência de diagnóstico, foi pedida uma tomografia computadorizada, que revelou calcificação difusa dos ligamentos estilo-hiódeus.

Conclusão: A síndrome de Eagle tem uma grande variedade de apresentações clínicas, bem como sintomas inespecíficos, frequentemente confundidos com os de outras patologias. Apesar de ser sintomática, é muitas vezes negligenciada e os sintomas na maior parte das vezes desvalorizados. É também por isso que tudo leva a crer que a sua incidência real, na população geral, possa estar subestimada. Consequentemente, é fulcral estar alerta para o diagnóstico, com o apoio de meios auxiliares e exame físico adequados. É incontornável a exploração cuidadosa do processo estilóide em doentes que apresentem os referidos sintomas. O tratamento pode ser feito através de uma abordagem farmacológica para alívio dos sintomas, ou, nos casos em que esta falha, partir para o tratamento cirúrgico - a estiloidectomia.

E-Poster 34

A DOR QUE NÃO PASSAVA!

Paulo Brites G Fernandes; Paula Teixeira; Tiago Pinho;
Marta Carvalhinho
USF Águeda + Saúde

Introdução: A esclerose múltipla (EM) é uma doença crónica do Sistema Nervoso Central que afeta adultos jovens e de meia idade, sobretudo entre os 20 e os 40 anos, tendo uma maior incidência nas mulheres (2,5:1).

A OMS estima que existem cerca de 2,5 milhões de pessoas afetadas por esta condição em todo o mundo.

A EM é uma doença autoimune, inflamatória e degenerativa que se caracteriza pela destruição da bainha de mielina dos axónios da célula neuronal, levando a uma disfuncionalidade em conduzir impulsos elétricos. Esta doença apresenta sintomas variados e muito incapacitantes como fraqueza muscular, fadiga e perda de controle sobre os membros, alterações da memória, disfunção sexual, alterações visuais e até alterações da fala ou da deglutição.

Caso clínico: Sr. P., 39 anos de idade, pertencente a uma família nuclear, de classe média e altamente funcional, composta por sua esposa e dois filhos, na fase V do ciclo de vida de Duvall. Em 2003, o utente apresentou um episódio de perda de força do membro inferior esquerdo e também de forma ligeira no membro superior esquerdo. A investigação clínica não demonstrou alterações de relevo, tendo-se assumido um quadro de mialgia para o sucedido. O mesmo quadro clínico ocorreu em 2008 e 2012, razão pela qual foi encaminhado para neurologia para estudo.

Em 2012, simultaneamente, foi diagnosticado incidentalmente com carcinoma nasofaríngeo indiferenciado, tendo sido submetido a cirurgia de esvaziamento nodal, com radioterapia e quimioterapia adjuvante em 2013 e mantido vigilância em consulta de otorrinolaringologia.

No ano seguinte, Sr. P. sofreu novamente fraqueza com parestesia do membro inferior e foi referenciado à neurocirurgia, cuja investigação procedente não revelou alterações específicas e, portanto, teve alta dessa consulta. Por manutenção das queixas, intermitentes, mas recorrentes, realizou TC lombar nos Cuidados de Saúde Primários em 2015 que mostrou L4-L5 abaulada e TC crânio com lesões sugestivas de lesões desmielinizantes. Foi novamente referenciado a consulta de neurocirurgia por suspeita de hérnia lombar com afetação do nervo ciático.

Em consulta de neurocirurgia o utente realizou ressonância magnética lombar que não revelou anormalidades e ressonância magnética craniana que mostrou "múltiplas lesões da substância branca periventricular sugestivas de esclerose múltipla, uma das principais lesões na corona radiata que sugerem doença ativa", razão pela qual foi encaminhado para neurologia. Após realizar punção lombar e potenciais evocados nessa consulta, foi então diagnosticado com esclerose múltipla.

Sr. P. encontra-se neste momento clinicamente estabilizado da sintomatologia hemiparética e continua seguimento clínico em consulta de neurologia. Foi avaliado e concedido com uma incapacidade de 70%, tendo optado por se manter a trabalhar.

Conclusão: A dor é um sintoma muito comum, observando-se numa panóplia extensa de quadros clínicos, e razão frequente de acesso aos Cuidados de Saúde Primários.

O Médico de Família, atuando de forma longitudinal na Saúde dos indivíduos, ocupa uma posição privilegiada no tratamento de queixas dolorosas por parte do utente, devendo manter-se sempre alerta para o vasto diagnóstico diferencial e escutar ativamente as queixas pelas quais o procuram. A esclerose múltipla, uma doença comum do SNC deve ser do conhecimento generalizado dos CSP, de forma a um correto diagnóstico e ao tratamento mais precoce que visa melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados pela mesma.

E-Poster 35

MAIS VALE PREVENIR QUE REMEDIAR: A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL

João Teles; Nuno Teles Pinto; Hélder Sousa
USF Fânzeres - ACES de Gondomar

Introdução: O aneurisma da aorta abdominal (AAA) é uma entidade nosológica mais prevalente em homens fumadores e ex-fumadores, com idade ≥ 65 anos. Na maior parte das vezes é assintomático e é potencialmente fatal quando sofre rotura, com uma taxa de mortalidade de 100%, sem tratamento. Mesmo com tratamento cirúrgico emergente, a taxa de mortalidade ronda os 50%. Quando os AAA são detetados antes da rotura, apresentando dimensões em que esteja indicada a correção cirúrgica eletiva, a mortalidade por AAA reduz-se para 5%, fazendo ponderar o benefício da deteção precoce através de um rastreio. Atendendo a estes factos, várias sociedades científicas internacionais recomendam o rastreio do AAA neste grupo de risco.

O presente relato de caso tem como objetivo refletir a importância deste rastreio na prática clínica do médico de família, muitas vezes subvalorizado e negligenciado, mas que pode salvar a vida de milhares de pessoas quando devidamente realizado.

Caso Clínico: Homem de 75 anos, casado e autónomo. Vive com a esposa. Ex-fumador (80 UMA), com antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia, diabetes *Mellitus* tipo 2, DPOC e SAOS. Apresenta ainda hipertrofia benigna da próstata desde 2009, tratado com dutasterida 0.5 mg + tansulosina 0.4 mg id e submetido a resseção transuretral da próstata em 2018. Desde esta data, sem queixas urinárias.

O doente recorreu a consulta programada, apresentando recidiva das queixas urinárias baixas, de predomínio irritativo, com várias semanas de evolução. Tendo em conta as queixas e os antecedentes urológicos do paciente, solicitou-se ecografia vesicoprostática por via suprapúbica. No decurso

deste exame, objetivou-se uma próstata moderadamente aumentada de volume (cerca de 34 gramas), sem evidência de nódulos ou calcificações; incidentalmente foi detetado, por cima da bexiga, um volumoso aneurisma da aorta abdominal com cerca de 16 cm de extensão por 11 cm de calibre antero-posterior, com 6 cm de lúmen patente. Perante estes achados, o doente recebeu do médico radiologista a indicação da necessidade imperiosa de recorrer ao serviço de urgência. No próprio dia, o doente recorreu ao SU, onde realizou Angio-TC abdominal, tendo ficado internado. Ao fim de dois dias foi submetido a cirurgia de correção do AAA, que decorreu sem complicações. O internamento decorreu sem intercorrências, tendo tido alta, orientado para a consulta externa de Cirurgia Vascular.

Conclusão: Neste caso, a deteção do aneurisma foi incidental, o que acabou por “salvar” a vida do paciente, tendo em conta a alta probabilidade de rotura deste volumoso aneurisma. Provavelmente, se o rastreio do AAA fosse realizado precocemente, a correção cirúrgica eletiva teria sido realizada numa fase mais inicial da evolução do AAA, o que evitaria que o aneurisma tivesse atingido dimensões tão exuberantes, o qual, por “sorte”, não rompeu, o que poderia ter sido fatal. Por outro lado, a literatura descreve a possibilidade desta enfermidade causar sintomas compressivos, pelo que é provável que a recorrência dos sintomas urinários irritativos deste doente tivesse sido causada por compressão vesical pelo AAA, tendo em conta a sua elevada extensão e volume. Este caso demonstra a importância da realização do rastreio dirigido do AAA em homens com idade \geq 65 anos e que tenham fumado pelo menos uma vez na vida, no sentido de prevenir a morte por rutura do AAA. Tendo em conta que os médicos de família são o primeiro ponto de contacto médico com a população e que o rastreio de casos é uma das principais atividades preventivas da medicina geral e familiar, o médico de família desempenha um papel fundamental na aplicação do rastreio do AAA a grupos-alvo.

Palavras Chave: Aneurisma da Aorta Abdominal; Rastreio

E-Poster 36

UMA PERSPECTIVA INESPERADA DA DIABETES – UM CASO CLÍNICO

Andreia C. Coutinho; Gil Duarte Paz; Ana Sofia Bento
USF São Julião da Figueira

Introdução: A diabetes *Mellitus* (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizado por hiperglicémia resultante de defeitos na secreção de insulina, na sua ação ou ambos. A maioria dos casos é representada pela DM tipo 1 e DM tipo 2, no entanto, existem outros tipos menos frequentes, e com mecanismos fisiopatológicos diversos como a diabetes tipo LADA (*Latent Autoimmune diabetes of the Adult*), a tipo MODY (*Maturity-onset diabetes of the young*) ou ainda, a diabetes secundária a doença do pâncreas exócrino ou DM tipo 3c (DM 3c). A DM 3c, com prevalência estudada de 5 a 10%

nos países ocidentais, resulta da disrupção da arquitetura global do pâncreas ou da sua fisiologia, secundária a processos como, a inflamação, neoplasia ou recessão cirúrgica. Frequentemente, ocorre a disfunção simultânea do pâncreas endócrino e exócrino apresentando-se clinicamente como um quadro de insuficiência pancreática global.

Caso Clínico: AJP, homem de 66 anos, caucasiano, casado, reformado, ex-bancário. Pertence a uma família nuclear constituída por 2 elementos na fase VIII do ciclo de vida de Duvall. Com Apgar familiar de 10, não se apura risco familiar. Trata-se de um doente com antecedentes pessoais de DM tipo 2 (2011), hipertensão arterial (2016), dislipidémia (2018) e insónia primária (2009). Medicado com azilsartan 20 mg id, atorvastatina 10 mg id e alprazolam 0,25 mg id. Antecedentes pessoais cirúrgicos lista-se úlcera duodenal (1971), herniorrafia inguinal bilateral (1989/2010), pancreatite aguda litiásica necro-hemorrágica (2011) e colecistectomia (2012). Sem antecedentes familiares relevantes.

Recorre à consulta de vigilância de DM em fevereiro de 2019, onde tem mantido seguimento desde 2018. Apresenta bom controlo metabólico com IMC 23,7 Kg/m², PAbd 95 cm, PA 126/74 mmHg, HbA1c 6,5% e LDL 69 mg/dL. Orientado para a manutenção das medidas higieno-dietéticas no controlo da doença.

Apesar de um caso aparentemente linear, um olhar mais atento questionou o diagnóstico de diabetes e os mecanismos fisiopatológicos subjacentes.

Trata-se de um doente com diagnóstico de DM tipo 2 à data de alta de um episódio de pancreatite aguda litiásica necro-hemorrágica com necrose de mais de 50% da área pancreática como revelou a imagiologia realizada à data.

Durante o internamento, e por hiperglicemias sustentadas, foi referenciado para a consulta de diabetes do mesmo hospital onde cumpriu seguimento anual com bom controlo glicémico e sem terapêutica farmacológica instituída. Estabilizado, tem alta ao fim de 7 anos (2018) com indicação de seguimento com o seu médico assistente.

Assim sendo, reconhecendo o historial documentado deste doente, houve lugar a uma revisão diagnóstica reclassificando este caso não como um caso de DM tipo 2 como havia sido considerado, mas como uma DM tipo 3c.

Conclusão: A revisão terapêutica, mas também diagnóstica, tem um lugar primordial na prática clínica diária. Este caso demonstra a necessidade do enquadramento dos dados clínicos, da compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da doença e da discussão entre a equipa. Dela resultou um diagnóstico pouco comum na prática diária mas que na realidade poderá representar até 10% dos casos de DM de acordo com a literatura. Entre estes cerca de 87% são inapropriadamente classificados como DM tipo 2 como no caso apresentado.

A reclassificação da DM neste doente, com a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes, será não só

importante no caso de descompensação metabólica, como na atenção dada a sinais e sintomas resultantes de insuficiência pancreática exócrina.

A DM3c apresenta um curso clínico distinto da DM tipo 2, com maior labilidade no controlo glicémico e necessidade de insulina mais precocemente na história natural da doença. Não existem guidelines para o tratamento desta condição, mas a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos auxiliam a adequação terapêutica.

E-Poster 37

ODINOFAGIA – PARA ALÉM DA AMIGDALITE

Sara Guimarães Fernandes; Joana Ferreira Alves;
Ângela Maganete; Gisela Santos; Rita Gama; Nuno Medeiros
USF Nova Via; Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho

Introdução: A odinofagia aguda (OA) é um motivo de consulta frequente nos cuidados de saúde primários. É um sintoma inespecífico que se encontra presente em várias condições infecciosas (víricas, bacterianas ou fúngicas) e não infecciosas. Pode acompanhar-se doutros sintomas ou de alterações ao exame objetivo (EO) que permitem efetuar um diagnóstico clínico ou implicam a necessidade de avaliação por otorrinolaringologia (ORL) e/ou de exames complementares de diagnóstico. A maioria dos doentes com OA de causa vírica, sem sinais de alarme, melhora em 5-7 dias sem tratamento específico. Doentes com suspeita de OA de causa bacteriana melhoram em 24-72 horas após início de antibiótico. Se ausência de melhoria nesse período deve suspeitar-se de complicações infecciosas ou de outros diagnósticos diferenciais.

Descrição dos casos: Caso 1: Mulher de 50 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, com odinofagia intensa associada a períodos de temperatura subfebril com duração de 3 dias. Foi avaliada na Unidade de Saúde Familiar (USF), com exame da orofaringe sem alterações, tendo sido medicada com anti-inflamatório. Por persistência do quadro recorreu ao Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU), onde foi prescrita amoxicilina por alegada amigdalite bacteriana (AB). Uma semana depois, voltou à USF por manter a clínica. O EO estava semelhante destacando-se taquicardia e dor à palpação da glândula tiroideia, que estava ligeiramente aumentada. Foi pedido estudo analítico e imagiológico da tiróide, tendo-se diagnosticado tiroidite subaguda, com hipertiroidismo.

Caso 2: Homem de 43 anos, com odinofagia intensa, disfagia para sólidos e líquidos, febre (temperatura axilar máxima de 40.3°C) e dispneia, com 2 dias de evolução. Doze horas antes recorreu ao SASU onde foi medicado com benzilpenicilina 1200U injetável, por suspeita de AB, sem melhoria. Contexto epidemiológico de AB e de tuberculose pulmonar ativa. Ao EO encontrava-se pálido, com fácies de dor, voz “*hot potato*”, com exteriorização frequente de exsudado purulento sem necessidade de tossir. Estava eupneico, normotenso e subfebril (sob efeito de paracetamol). A orofaringe apresentava-se

sem rubor, rinorreia posterior, exsudado ou abaulamento. Tinha adenomegalias cervicais palpáveis infracentimétricas, móveis e dolorosas. Foi referenciado ao SU de ORL, onde lhe foi diagnosticada laringite aguda bacteriana.

Conclusão: Apesar de na grande maioria dos casos, a odinofagia estar associada a infeções das vias aéreas superiores (maioritariamente víricas), a presença de um exame da orofaringe completamente normal associado à presença de sinais de alarme deve fazer pensar noutros diagnósticos, que podem ser fatais. Por outro lado, alertam para a necessidade de avaliar outras estruturas do pescoço, nomeadamente a glândula tiroideia. O uso indiscriminado de antibióticos nestas situações acarreta um atraso diagnóstico, bem como se associa a resistências antibióticas e efeitos laterais não desprezíveis.

E-Poster 38

QUANDO A SEDE É MUITA, O MÉDICO DESCONFIA... – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia S. Neves; Carlota DC Andrade; Inês Albano
UCSP de Lagoa

Introdução: A sede é o resultado de uma complexa interação de sistemas fisiológicos de controlo e influências comportamentais. Quando excessiva, designa-se de polidipsia e pode ser uma manifestação clínica de diversas patologias.

Caso clínico: Criança do sexo feminino, 2 anos, com adequado desenvolvimento estado-ponderal e psicomotor e antecedentes pessoais de pielonefrite aguda aos 10 meses, sem sequelas. Antecedentes familiares de sarcoidose e diabetes tipo 1 e 2. Recorre ao Centro de Saúde no dia 21/05/2019 por polidipsia com 1 mês de evolução (ingesta de 5L/dia), associada a recusa alimentar e perda ponderal; sem outra sintomatologia. Pais referem medições da glicémia no domicílio, sem alterações; referem ainda duas idas ao pediatra pelo mesmo motivo, que desvalorizou as queixas. No exame objetivo, destaca-se perda ponderal de 1.4 kg em 1 mês e glicémia de 85 mg/dL. Foi referenciada com a hipótese diagnóstica de diabetes insípida ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão, tendo sido internada para estudo. Durante o internamento, cumpriu protocolo de restrição hídrica com avaliação da resposta à desmopressina, tendo sido diagnosticada com diabetes insípida central. Fez RMN-CE, que revelou lesão infiltrativa da haste hipofisária, com as seguintes hipóteses diagnósticas, por ordem decrescente de probabilidade: hipofisite linfocitária, sarcoidose, histiocitose, tuberculose e neoplasia. Teve alta a 30/05, clinicamente estável, medicada com desmopressina e encaminhada para consulta de Neurocirurgia e de Endocrinologia Pediátrica. Foi observada no dia 21/06 por Pediatria no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, onde se objetivaram lesões micropapulares de cor violácea no tronco e região cervical, sem outras alterações no exame objetivo. Neste contexto, foi requisitada a realização

de prova tuberculínica, ecografia abdominal, RX do esqueleto e tórax e cintigrafia óssea, todos sem alterações. Foi também encaminhada para Dermatologia, que levantou como hipóteses mais prováveis histiocitose de células de Langerhans ou não Langerhans e realizou biópsia das lesões. Volta a consulta de Pediatria no dia 21/08; a biópsia revela o diagnóstico de xantogranuloma juvenil. Perante este diagnóstico, o caso foi discutido em reunião multidisciplinar, tendo sido decidido contactar a Sociedade Internacional de Histiocitose (SIH) para orientação adicional. Atualmente, mantém seguimento em consultas de Pediatria e Endocrinologia Pediátrica, com vigilâncias clínica, laboratorial e imagiológica regulares, aguardando ainda resposta da SIH. Mantém-se medicada com desmopressina e clinicamente estável.

Conclusão: O xantogranuloma juvenil é uma histiocitose benigna e autolimitada, mais prevalente em idades inferiores a 1 ano, no sexo masculino e em leucodérmicos. Geralmente é assintomática e manifesta-se como uma lesão cutânea única (em mais de 80% dos casos), embora possam existir lesões múltiplas. O envolvimento sistémico é raro, sendo o ocular o mais frequente (0.4-1% de todos os casos). Outros órgãos podem ser afetados, nomeadamente: pulmão, rim, sistema nervoso central, cólon, pericárdio, ovários, fígado e baço. Geralmente, a atitude é expectante, visto que 90% dos casos apresenta involução espontânea em 3 a 6 anos.

Este caso foge ao quadro habitual desta patologia rara, uma vez que surgiu numa idade mais tardia, no sexo feminino e com lesões cutâneas múltiplas. Adicionalmente, a diabetes insípida central foi a manifestação inaugural, revelando envolvimento sistémico, também pouco comum; este envolvimento acarreta consequências a nível de conduta terapêutica (necessidade de desmopressina) e de prognóstico (pela localização da lesão, existe risco de puberdade precoce). Cabe aos médicos de família, como primeiro ponto de contacto dos utentes com os cuidados de saúde, valorizar as suas queixas e providenciar o encaminhamento mais adequado, especialmente em quadros atípicos e potencialmente graves.

E-Poster 39

VENHO POR ROTINA. SERÁ? – RELATO DE UM CASO

Marta Goes Freitas; Ana Marinho; Marta Marquês
USF Cova da Piedade

Introdução: Os motivos que levam um utente a recorrer aos cuidados de saúde dependem da forma como este valoriza os sintomas e os percebe como um problema. Ainda assim, os utentes nem sempre verbalizam as suas verdadeiras motivações de forma espontânea e numa primeira abordagem. Com este caso, pretende-se ilustrar a importância de uma história clínica cuidada e da exploração de motivos de consulta potencialmente ocultos.

Caso clínico: Homem, 24 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorre a uma consulta programada na Unidade de Saúde Familiar para realizar análises de rotina (sic).

Ao longo da entrevista clínica, foram exploradas as ideias, preocupações e motivos adicionais de consulta. Foi demonstrada receptividade e disponibilidade por parte do médico. Nesta sequência, esclareceu-se que o utente se encontrava preocupado com umas lesões cutâneas que tinham surgido há cerca de 2 semanas e que não associava a nada em particular. À observação, evidenciou-se um exantema maculopapular difuso. De seguida, quando questionado directamente, afirmou ter tido também lesões circulares indolores no pénis que tinham surgido cerca de 2 meses após ter tido relações sexuais desprotegidas. Os exames complementares efetuados posteriormente revelaram VDRL e TPHA positivos. Realizado o diagnóstico de sífilis secundária, agiu-se em conformidade, medicando-se com penicilina benzatínica e realizando a notificação no sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica.

Conclusão: Com este caso clínico, pretende-se realçar que por vezes existem motivos de consulta ocultos. Cabe ao médico de família não só realizar uma história exaustiva, como também explorar as ideias e preocupações do utente. Neste caso, esta abordagem teve implicações importantes nos cuidados de saúde prestados.

E-Poster 40

HEMIPARESIA COM TC CE NORMAL – PATOLOGIA A NÃO ESQUECER NA URGÊNCIA

Ana Carolina C. Marques¹; Ana Filipa Fernandes¹;
Patrícia Pimentel Borges²; Raquel Landeiro Lopes¹
¹USF Vale do Sorraia; ²USF D. Sancho I

Introdução: A síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) é um grupo de sinais e sintomas neuropsiquiátricos induzido por uma deficiência nutricional de vitamina B1 (tiamina). Consiste em duas fases distintas de um mesmo processo patológico: inicialmente surge a encefalopatia de Wernicke (EW), a fase aguda da síndrome, caracterizada pela tríade de estado confusional aguda, oftalmoparesia e ataxia, podendo existir também a presença de nistagmo; e a fase crónica da síndrome que resulta na progressão do quadro anterior (SWK), caracterizado por amnésia anterógrada e confabulação. Esta síndrome é muito prevalente entre doentes com consumo crónico de álcool. Sem um tratamento adequado, pode progredir para um estado de estupor, coma e até morte. Pretende-se apresentar um caso clínico de SWK afim de sensibilizar os Médicos de Família para esta entidade que se encontra subdiagnosticada.

Caso clínico: PM, 47 anos, sexo masculino, trabalhador da construção civil, com antecedentes pessoais de tuberculose em 2004, consumo crónico de álcool e tabagismo (não quantifica). Sem medicação habitual. A 12/01/2018 deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital de São José após ativação da Via Verde AVC por hemiparésia esquerda grau 1 e mutismo, tensão arterial 134/78 mmHg. Efetuou TC-CE e angio-TC que não revelaram alterações. Analiticamente

apresentava anemia macrocítica (Hb 11,6 g/dL, hematócrito 34,2%, VGM 103,3, HGM 35), AST 89 U/L, gamaGT 75 U/L, etanol 127 mg/dL. Restante função hepática, leucograma, ionograma, glicemia, serologias virais para hepatite B, C, HIV negativas, pesquisa de abuso de drogas negativa. Perante a suspeita clínica de EW, inicia-se prova terapêutica com 300mg de tiamina intravenosa 8/8h. Foi depois transferido para o Hospital de Santarém onde ficou internado no Serviço de Medicina que aumentou a dose de tiamina para 500 mg 8/8h. Foi pedida nova reavaliação analítica incluindo doseamento de ferro (Fe) e tiamina encontrando-se ambos diminuídos (43 ug/dL e 13 ug/L respetivamente). A melhoria quer analítica quer física do doente foram notórias e progressivas ao longo de todo o internamento. Ao 3º dia de internamento, o doente apresenta-se vígil, orientado no espaço mas não no tempo, sem parésias oculares, sem diplopia, ligeiro nistagmo rotatório esgotável, predominante no olhar para a direita, sem afasia nem disartria. *Mini-Mental State Examination* 24 pontos (com predomínio de alterações na memória recente). Reflexos cutâneo plantares em flexão, hemiparésia esquerda grau 4, tónus sem alterações significativas, Romberg positivo e marcha ligeiramente atáxica. O doente tem alta após ter cumprido 7 dias de tratamento com tiamina com instruções para manter abstinência para bebidas alcoólicas, nutrição adequada e tiamina per os. Ficou com RM-CE pedida e consulta de Medicina de reavaliação marcados

Conclusão: A prevalência atual do consumo crónico de álcool em Portugal é um problema de saúde pública preocupante. Uma das possíveis consequências deste alcoolismo crónico é o desenvolvimento do SWK, devendo esta patologia estar presente nas nossas hipóteses de diagnóstico em doentes com fatores de risco, de forma a realizar um diagnóstico atempado. Este caso realça a importância da abordagem holística do doente, atendendo não só à clínica como também aos fatores de risco que, neste caso, analisados como um todo, permitiram fazer o diagnóstico e orientação terapêutica corretas.

E-Poster 41

GENOGRAMA: A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Carolina C. Marques¹; Ana Filipa Fernandes¹;
Patrícia Pimentel Borges²; Raquel Landeiro Lopes¹; Mélanie Faria¹
¹USF Vale do Sorraia; ²USF D. Sancho I

Introdução: O genograma é um método de avaliação familiar (MAF) que permite rápida colheita e registo de informação do indivíduo e da sua família. Deve ser realizado na primeira consulta ou quando perante sintomas vagos e indefinidos, sobre-utilização de consultas, má adesão ao tratamento ou perante suspeita de crise ou disfunção familiar. Apresenta-se um caso clínico de uma doente com sobre-utilização de consultas, sempre com sintomas inespecíficos e onde o genograma teve um papel fulcral para a resolução do caso.

Caso Clínico: Ml sexo feminino 39 anos no estadio V do ciclo familiar de Duvall. Vem pela primeira vez a consulta com a sua Médica de Família a 06/03/2017. Nega antecedentes pessoais de relevo, alergias, hábitos de consumo e medicação habitual. Antecedentes familiares de neoplasia da mama em tia materna. A doente foi submetida a laqueação de trompas a 07/02/2017 sem intercorrências. Desde esse dia até novembro do mesmo ano, a doente foi a várias consultas abertas (total de 19 consultas) sempre com queixas inespecíficas quer do foro ginecológico (dispareunia, menometrorragia, metrorragias), quer gastrointestinal (diarreias, melenas, obstipação, dor abdominal em focos diferentes, náuseas, vômitos). Foram feitos vários exames nomeadamente ecografias ginecológicas, citologia, colonoscopia, endoscopia, ecografia abdominal e entero-TC sempre sem alterações. A doente foi referenciada várias vezes ao Serviço de Urgência de Ginecologia e Medicina Interna, chegando a ficar internada neste último de 28/03 a 13/04/2017. Cumpriu vários tratamentos desde para infeções agudas até ao início de sertralina 50 mg numa consulta de gastroenterologia. Em novembro de 2017 frequentei o Curso Curricular “A Família” e fiquei mais sensibilizada para os MAF. A 14/12/2018 marquei consulta à doente onde se realizou o Genograma Familiar. Apercebi-me que a doente pertence a uma família muito destruída com vários casos de consumo de álcool, drogas e patologia depressiva. Só com o genograma fiquei a saber que a doente tinha 2 filhas, de 16 e 13 anos respetivamente) com as quais a doente não tem contacto desde 2012. A doente chorou durante a entrevista, estando com ansiedade, humor distímico, tristeza e sentimentos de culpa e angústia pelo distanciamento em relação as filhas. A doente referiu ainda que há 5 anos lhe tinham diagnosticado endometriose. Nunca referiu anteriormente este antecedente porque pensou ser irrelevante. Nesse dia a doente fez *switch* de sertralina 50 mg por duloxetine 30 mg e gabapentina em titulação até 100 mg 2 vezes ao dia e inicia dienogest + valerato de estradiol 2 + 0.03 mg. A doente foi reavaliada a 15/01/2018 referindo estar muito melhor e só sentir de vez em quando dor abdominal tipo fisgada auto-limitada, sem queixas ginecológicas. Agendou-se nova consulta de reavaliação a 20/03/2018 estando a doente assintomática. Desde essa consulta, até 31 de julho de 2018, altura em que deixei de trabalhar na UCSP, a doente só voltou mais uma vez a consulta aberta e foi por odinofagia.

Conclusão: Como se comprova, os MAF facilitaram a comunicação, melhoraram a relação médico-doente-família, informaram sobre o funcionamento familiar, aumentaram a capacidade de diagnóstico e proporcionaram planos terapêuticos mais personalizados. Com este caso clínico pretendo reforçar que as ferramentas de abordagem familiar podem, de facto, ser a chave em consulta com doentes difíceis com queixas inespecíficas.

E-Poster 42

POR TRÁS DE UMA POLIARTRALGIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Carolina C. Marques¹; Patrícia Pimentel Borges²;
Ana Filipa Fernandes¹; Raquel Landeiro Lopes¹; Mélanie Faria¹;
Rute Magalhães¹

¹USF Vale do Sorria; ²USF D. Sancho I

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença sistémica de causa desconhecida, atinge articulações periféricas e simétricas. Pode evoluir para destruição por vezes maciça com incapacidade importante. Tem uma prevalência de 0,5-1% e afecta mais o sexo feminino. O seu início dá-se normalmente entre os 35-50 anos mas pode surgir em qualquer idade.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 34 anos, saudável, mecânico, com excesso de peso, sem outros antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual. Vem à consulta a 07/05/2019 por algias nas mãos de ritmo inflamatório com 8 semanas de evolução. A dor é pior de manhã ao acordar, referindo sensação de mãos presas e inchadas pelo menos durante 1 hora. Localiza a dor nas interfalângicas proximais (IFP) e nas metacarpofalângicas (MF). Associa as queixas ao trabalho mas refere que “à medida que vou aquecendo a dor desaparece”. Nega queixas noutras articulações, perda de peso ou outros sintomas. Nega casos familiares de doenças auto-imunes.

Ao exame objectivo apresentava-se corado e hidratado. No exame das mãos não existiam deformidades nem zonas edemaciadas ou ruborizadas. Sem dor à mobilização de ambos os punhos e articulações MF, IFP e distais. O doente referiu dor à compressão da 2ª e 3ª IFPs da mão direita (MD), sem ressalto ou flutuação associada.

Foi pedido hemograma, função renal e hepática, glicémia, factor reumatóide (FR), anticorpos antinucleares (ANA), complemento C3 e C4, velocidade de sedimentação (VS), proteína C reativa (PCR), raio-X (Rx) às mãos. Ficou medicado com naproxeno 250 mg de 8/8h.

A 28/05/2019 o doente trouxe os exames pedidos. Referiu alívio ligeiro da dor mantendo sensação de “falta de óleo nas mãos de manhã”. Analiticamente sem alterações no hemograma, na função renal e hepática. Apresentava glicémia de 86 mg/dL, FR 344 UI/mL, ANA 1,2, VS 24mm/h, PCR 0,36 mg/L, C3 e C4 negativos. O Rx revelava hipercaptção de partes moles, osteopénia periarticular com erosões na IFP do 1º, 2º e 3º dedo da MD. Ajustou-se a dose de naproxeno para 500 mg de 12/12h e pediu-se consulta de Reumatologia urgente no Hospital de referência.

Conclusão: Com este caso pretende-se alertar para a clínica de poliartrites que podem ser incapacitantes se a intervenção for tardia. O médico de família está numa situação privilegiada para o diagnóstico precoce destas patologias porque muitas vezes é a ele que chegam as primeiras queixas tendo um papel importante na caracterização da dor e pesquisa etiológica da mesma.

E-Poster 43

O ALERTA É VISÍVEL

Alexandra Gonçalves; Frederico Rocha; Bruno Maurício;

Ana Sofia Ferreira

USF Tejo - ACES Loures Odivelas

Introdução: Hematúria é definida como presença anormal de eritrócitos na urina. Hematúria macroscópica (HM) pode resultar de apenas 1 mL de sangue em 1 L de urina. Existem muitas substâncias que podem provocar coloração vermelha/alaranjada da urina provocando falsos positivos. A HM mesmo se transitória ou assintomática, pode indicar patologia e exige investigação adicional pelo Médico de Família (MF). A HM pode ter origem em qualquer parte do sistema urinário, localizar a sua origem é um passo essencial. O diagnóstico diferencial inclui condições benignas e malignas como infeções, neoplasias, trauma, litíase, alterações estruturais, doença renal glomerular, patologia hematológica, obstétrica, causas iatrogénicas e idiopáticas.

Relato Caso: Caso 1: R.S., sexo feminino, 18 anos, caucasiana, natural e residente em Lisboa, estudante de enfermagem. Solteira. Sem medicação habitual (MH). Sem antecedentes de relevo. Recorre a consulta por disúria, urgência miccional e hematúria macroscópica. Sem outras queixas. Exame objetivo (EO) sem alterações. Foi admitida cistite e medicada empiricamente com fosfomicina. Remissão dos sintomas após terapêutica.

Caso 2: M.A., sexo feminino, 69 anos, caucasiana, natural de Lisboa, reside em Moscavide, reformada. Casada. Antecedentes de hipertensão arterial. 12/2018 - Recorre a consulta MF por hematúria macroscópica com 3 dias de evolução, sem outras queixas. Pedida ecografia renal e vesical. 1/2019 – Já sem hematúria. Ecografia renal e suprarenal sem alterações. Ecografia vesical - litíase infracentimétrica.

Caso 3: V.A., sexo masculino, 62 anos, caucasiano, natural da Moldávia, reside na Portela, trabalhador construção civil. Casado. Antecedentes de apendicectomia 1980, cirurgia sinus pilonidal 2015. Fumador 40 UMA. Sem MH. 6/2019 - Consulta MF por hematúria macroscópica com 3 dias de evolução. Sem outras queixas. EO: sem alterações. 7/2019 – Já sem hematúria. Urocultura negativa, Urina II - leucócitos 18 e eritrócitos > 500. Ecografia renal e supra-renal sem alterações. Ecografia vesical: “imagem vegetante na parede lateral esquerda, com cerca de 2 cm, em relação com lesão neoformativa”. Por suspeita de neoplasia vesical referenciado a consulta de Urologia urgente no IPO Lisboa. 8/2019 – Consulta Urologia IPO: “Cistoscopia: “visualiza-se lesão polipoide franjada com cerca de 1 cm retro-meato ureteral esquerdo”. 12/2019 – Cirurgia, internamento sem intercorrências. Aguarda anatomia patológica.

Conclusão: Esta série de 3 casos ilustra 3 desfechos diferentes e comuns que os doentes que se apresentam com HM podem experienciar. O diagnóstico diferencial da HM é vasto, contudo as causas mais comuns e as primeiras a ser

excluídas devem ser as Infecções do Trato Urinário (ITU), Litíase, Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) e Neoplasias. Até 40% dos casos que se apresentam com HM se devem a neoplasias genitourinárias. O índice de suspeição para neoplasia perante a HM deve ser elevado, mesmo se o episódio for autolimitado. Esta probabilidade pré-teste é ainda maior se a HM for assintomática. Os fatores de risco mais importantes para neoplasia urológica são tabagismo, exposição a químicos ou corantes e idade > 35 anos. A história clínica deve focar fatores de risco para neoplasia urológica e averiguar a presença de causa benigna. Em doente <35 anos, sem fatores de risco para neoplasia e com causa benigna evidente, deve-se tratar a causa benigna e vigiar a resolução da hematúrica. Em doentes >35 anos, fatores de risco de neoplasia ou causa incerta, deve-se proceder a avaliação laboratorial e imagiológica extensa. A avaliação laboratorial deve envolver pelo menos a análise bioquímica da urina, avaliação da função renal, hemograma e proteinúria. Na avaliação imagiológica, as opções mais indicadas são a ecografia, Uro-TC ou cistoscopia. O MF, como primeiro contacto, tem um papel importante em reconhecer este alerta e iniciar as ações indicadas para um diagnóstico correto e atempado.

E-Poster 44

SERÁ IMPORTANTE ESTA TOSSE?

Ricardo Alves Coelho; Anaisa Silva; Margarida Henriques
USF Feijó, ACeS Almada/Seixal, ARS Lisboa e Vale do Tejo

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morte no mundo, sendo responsável por elevada morbilidade com grande impacto socioeconómico. A DPOC é uma doença prevalente que se caracteriza por sintomas respiratórios persistentes e uma limitação do fluxo das vias aéreas. Os sintomas mais comuns incluem a dispneia, tosse e expetoração. O principal fator de risco (FR) é o tabaco, estando descritos outros FR de exposição ambiental. Para além da sintomatologia é fundamental a espirometria para o seu diagnóstico ($FEV1/FVC < 0.70$ após prova de broncodilatação).

Caso clínico: Homem, 41 anos, pedreiro de profissão, fumador 30 cigarros/dia, recorre à consulta agendada de vigilância de hipertensão arterial (HTA), medicado com Enalapril/Lercanidipina, 10 mg/10 mg, com bom controlo tensional. Quando pesquisados motivos ocultos da consulta refere tosse com expetoração mucosa de predomínio matinal que se tem vindo a acentuar nos últimos meses, refere também que se sente mais cansado do que do que os colegas da mesma idade. Quando questionado sobre possíveis causas para os sintomas, o doente identifica o tabaco e a profissão como prováveis causas. O exame objetivo sem alterações. É pedida espirometria e agendada consulta.

Na consulta seguinte trás resultado que corrobora o diagnóstico de DPOC – GOLD 1. É feita a avaliação: mMRC grau 3; CAT 19; sem história de exacerbações, Grupo B; e avaliadas

também as escalas EuroQol, Richmond; Fagerstrom. Após entendimento comum inicia terapêutica broncodilatadora com Olodaterol 2.5 µg/dose, ensinamento da técnica inalatória, exercícios de reabilitação pulmonar e aconselhamento para cessação tabágica e uso de máscara de proteção no trabalho. No final é agendada nova consulta para reavaliação. Na consulta de reavaliação o doente apresenta melhoria clínica, com impacto positivo na qualidade de vida, apesar de manter carga tabágica inalterada. É revista técnica inalatória e reforçados aconselhamentos terapêuticos não farmacológicos. Agendada toma da vacina pneumocócica polissídica, [Pneumovax 23] e Vacina contra a gripe.

Conclusão: Sendo a DPOC uma causa frequente de recurso aos cuidados de saúde primários (CSP), aliada a múltiplas comorbilidades e períodos de exacerbação, é fundamental o médico de medicina geral e familiar (MGF) estar atento aos sinais e sintomas dos doentes. Devido à cronicidade e acomodação dos estilos de vida dos doentes, por vezes estes não reportam ativamente as suas queixas respiratórias, sendo o papel do MGF fundamental na abordagem abrangente do doente, pesquisando FR, sintomatologia e alterações das atividades da vida diária (AVD) dos doentes que poderão aumentar suspeita de DPOC.

A DPOC é uma doença comum, prevenível e tratável, tendo o médico de MGF um papel fulcral na identificação e controlo dos FR's, no diagnóstico, no tratamento e no seguimento da patologia. Para além disso o MGF atua não só na revisão terapêutica farmacológica com avaliação da técnica inalatória, como também no tratamento das exacerbações, técnicas de reabilitação pulmonar e referenciação caso necessário.

E-Poster 45

A SUSPEITA É A RECEITA

Ângela Santos França; Daniela Moreira Ferreira;
Diana Oliveira Almeida; Pedro Lemos Pinho
USF Nascente

Introdução: A doença celíaca é uma doença crónica auto-imune, que afeta cerca de 1-2% da população mundial. Apresenta um forte componente hereditário, sendo que até 10% dos casos existe história num familiar de primeiro grau. É precipitada pela ingestão de glúten, proteína que é comumente encontrada no trigo, centeio e cevada. Aquando da ingestão de alimentos contendo glúten, ocorre uma resposta inflamatória imunomediada, que resulta na lesão da mucosa do intestino delgado e, conseqüentemente, na má absorção de nutrientes. Classicamente, manifesta-se por diarreia crónica, que é o sintoma mais comum, sendo também frequente os vômitos, distensão abdominal, perda de peso ou má evolução ponderal. Contudo, pode apresentar manifestações extra-intestinais, nomeadamente anemia ferripriva. O diagnóstico é realizado pela combinação de teste serológicos e biópsia duodenal e o tratamento preconizado consiste na dieta isenta de glúten.

Caso clínico: Utente do sexo feminino de 6 anos de idade,

inserida numa família do tipo nuclear, sem antecedentes familiares ou pessoais de revelo. Recorreu a consulta aberta por episódios recorrentes de vômitos, associados a anorexia e dor periumbilical com duas semanas de evolução, havendo referência de uma infeção respiratória recente. Dado que a principal causa de vômitos na idade pediátrica são as infeções víricas, à primeira vista, este quadro poderia ser explicado no contexto da intercorrência infecciosa recente. Contudo, através de uma revisão breve da história clínica da criança, foi possível perceber a existência de um quadro arrastado de vômitos e dor abdominal com pelo menos dois anos de evolução, pelo que foram ponderados outros diagnósticos diferenciais, nomeadamente alergia ou intolerância alimentar ou causas metabólicas. Do estudo efetuado, verificou-se a elevação das transaminases (superior ao dobro da normalidade) e valores *borderline* dos anticorpos IgA anti-transglutaminase, pelo que foi referenciada para consulta de Pediatria por suspeita de doença celíaca. Numa primeira avaliação, foi assumido quadro de elevação de transaminases no contexto de infeção vírica. Porém, por desaceleração da evolução ponderal durante o acompanhamento e elevação significativa dos anticorpos IgA anti-transglutaminase, a hipótese de doença celíaca foi colocada à cabeça, tendo sido solicitada a realização de estudo endoscópico. Após confirmação do diagnóstico, apoiado pela histologia das biópsias duodenais, foi instituída dieta isenta de glúten, com regressão da sintomatologia e recuperação ponderal.

Conclusão: Apesar de ser uma entidade bem conhecida, a doença celíaca encontra-se subdiagnosticada e muitas vezes o seu diagnóstico é tardio, porque a apresentação clássica atualmente é cada vez menos frequente. Perante o pleomorfismo desta patologia, é essencial os clínicos estarem sensibilizados para a mesma, uma vez que a “suspeita é a receita”.

E-Poster 46

LUTO OU ALGO MAIS?

Mélanie Faria; Ana Filipa Fernandes; Nádia Sampaio, Ana.C.Marques; Rute Magalhães; Carina dias; Joana Costa; Tiago Letras Rosa
USF Vale do Sorraia; USF São Domingos

Introdução: A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica, inflamatória, desmielinizante e degenerativa do Sistema Nervoso Central (SNC). A prevalência em Portugal situa-se entre 40-50/100000 habitantes, sendo que 2-5% tem início em idade pediátrica. A sua forma mais frequente é em surto. Em idade pré púbere, a EM não tem diferenças de género ao contrário da pós-puberdade em que é mais frequente no sexo feminino. Tratando-se de uma doença progressiva, por surtos com impacto na qualidade de vida imprevisível, é fundamental realizar um diagnóstico precoce para a implementação de uma abordagem multidisciplinar: medidas e terapêutica para o tratamento da doença, dos surtos, dos sintomas e das sequelas. O diagnóstico da EM baseia-se em

manifestações clínicas típicas, implica evidência de lesões disseminadas no tempo e espaço em RM Cranioencefálica e vertebromedular, exclusão de outros diagnósticos através da realização de exames tais como estudo analítico, punção lombar, RM cranioencefálica e vertebromedular.

Caso clínico: S.S.G.O, sexo feminino, 12 anos, recorre à Consulta na Unidade de Saúde Familiar (USF) no 15/01/2018 acompanhada da avó por apresentar há 5 dias falta de força no braço direito e formigueiro, dizendo não ter conseguido destapar bem as mantas que a cobriam de manhã (sic). Admite alguma tristeza relativa a perda do cão na véspera do início dos sintomas. Nega trauma, dor, febre ou outra sintomatologia. Avó e mãe relacionaram os sintomas a ansiedade reactiva perda do cão de estimação. Sem antecedentes pessoais de relevo. Sem medicação habitual. Ao exame objetivo, apresentava alterações na motilidade fina e queda ligeira na prova dos braços estendidos; a prova dedo nariz sugeria alguma dismetria à direita; na marcha pé ante pé notava-se também um certo desequilíbrio preferencial para a direita; reflexos presentes e simétricos. Foi então encaminhada para o Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santarém (HDS), onde ficou internada para estudo. Em fevereiro de 2018, realizou RMN – CE: “Nas sequências T2/FLAIR observam-se várias áreas de hipersinal, três periventriculares no centro semioval esquerdo, uma estendendo-se à substância branca subcortical, duas periventriculares no centro semioval direito, uma subcortical frontal posterior peri-insular direita, uma peri-atrial direita, uma na região posterior e lateral do tálamo esquerdo, uma periventricular occipital esquerda, uma na protuberância à esquerda, outra ao nível do pedúnculo cerebeloso médio direito e na região contígua da substância branca do hemisfério cerebeloso e ainda ao longo da medula cervical. A lesão maior localiza-se na protuberância à esquerda e capta contraste, salientando-se também a presença de múltiplas áreas de captação de contraste na medula cervical. As alterações descritas são compatíveis com esclerose múltipla, com várias lesões ativas.” Face aos achados da RMN – CE, foi contactado os colegas de Neurologia do Hospital Dona Estefânia (HDE), para onde foi transferida e internada para complementar estudo e tratamento. Realizou punção lombar e RM-Neuroeixo revelando aspetos compatíveis com informação clínica de condição desmielinizante do SNC. Realizou ciclo de corticoterapia no internamento com melhoria da sintomatologia e iniciou terapêutica modificadora da doença. Dado ao impacto do surto e da doença foi encaminhada para a Consulta de Fisiatria, que acabará por abandonar devido a distância e horários incompatíveis, e a Consulta de Pedopsiquiatria do HDS para apoio psicológico.

Conclusão: Este caso demonstra o papel do médico de família como primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde, da sua importância na ligação entre os diferentes cuidados de saúde e da indispensável valorização dos sinais para um diagnóstico precoce.

E-Poster 47

CASO RARO DE DOENÇA ANTI-MOG EM ADULTO

Liliana Mendonça; Ana Lúcia Pereira; Ana Margarida Marques;
Manuel Mariño

USF Vida +, ACeS Cávado II - Gerês/ Cabreira, ARS Norte, Vila Verde
- Braga

Introdução: As doenças do espectro da neuromielite óptica são doenças inflamatórias do SNC caracterizadas por uma desmielinização severa imuno-mediada que afeta predominantemente os nervos ópticos e a medula espinal. A maioria dos doentes apresentam auto-anticorpos contra a aquaporina-4 (AQP4), mas uma menor proporção exibe auto-anticorpos contra a glicoproteína da mielina e oligodendrócitos (MOG). A doença anti-MOG evolui por recidivas e tende a apresentar-se de forma distinta entre crianças e adultos. Nas crianças manifesta-se geralmente na forma de encefalite aguda disseminada, ao passo que nos adultos a apresentação como nevrite óptica, geralmente bilateral, é mais frequente. Os anticorpos anti-MOG podem surgir após um episódio infeccioso, associado a outra doença auto-imune, imunodeficiência ou síndrome para-neoplásica.

Caso clínico: FMBP, sexo feminino, 43 anos, funcionária de pastelaria, autónoma. Antecedentes pessoais: linfoma de Hodgkin aos 18 anos, valvulopatia mitral e aórtica com regurgitação moderadas, litíase renal, espondilose de L3 a L5. Alergia ao contraste radiológico. Medicação habitual: bisoprolol 2.5 mg, etinilestradiol 0,075 mg e gestodeno 0,03mg. Recorre à Urgência em fevereiro 2019 por noção de diminuição da acuidade visual (AV) do olho direito (OD), descrita como “escotoma central e acromatopsia” associada a cefaleia temporal direita, com história de três episódios semelhantes durante o último ano com afeção bilateral, mas com resolução espontânea em minutos. Nega infeções prévias, alterações cutâneas, aftas orais ou genitais, mas refere “stress” intenso profissional e familiar nos dias anteriores. Apesar de orientada para Consulta de Oftalmologia, ocorre um agravamento num espaço de 5 dias motivando nova ida à Urgência. Nesse momento, para além da BAV do OD, com fundo ocular normal, apresenta defeito pupilar aferente relativo do OD, sem outros achados no exame oftálmico e restante exame objetivo. Sempre com OCTs normais realiza TAC cerebral, com alterações inespecíficas. É assumido o diagnóstico de nevrite retrobulbar, com instituição de corticoterapia endovenosa durante 5 dias e orientação para consulta de Neurologia. Realiza, entretanto, RM cerebral (sem contraste) que revela “hipersinal no nervo óptico direito, lesões hiperintensas justacortical pré-motora esquerda, centro semi-oval direito, coroa radiata esquerda, substância branca (SB) peri-trigonal direita, esplénio corpo caloso à esquerda, SB peritrigonal e periventricular esquerda”, compatível com doença desmielinizante. Do restante estudo destaca-se um LCR inflamatório e bandas oligoclonais positivas. Dada a má recuperação da doente são também solicitados os anticorpos

anti-AQP4 e anti-MOG, com estes últimos positivos que estabelecem o diagnóstico de doença anti-MOG. Face à perspectiva de tratamento continuado de azatioprina e corticoterapia em altas doses, a doente realiza estudo para exclusão de infeções latentes, com tuberculose positiva, tendo iniciado profilaxia com isoniazida, entre outras. A doente permanece até à data sem melhorias da visão do olho direito.

Conclusão: Revendo a literatura, este parece ser um dos primeiros casos descritos de doença anti-MOG na população adulta portuguesa. Muito provavelmente, em virtude de no passado esta doença ter sido assumida como uma variante da EM. Atualmente, com recurso à deteção dos anticorpos anti-MOG em *cell-based assay* é possível o diagnóstico inequívoco desta doença.

Durante todo este processo a doente esteve em contato estreito com o seu Médico de Família, antecipando os cuidados a ter a nível reprodutivo e infeccioso, bem como, gerindo a aceitação do problema, já que se antevê um caráter recidivante, de prognóstico reservado. O Médico de Família deve atuar de forma holística, sabendo não apenas comunicar informação técnica, como também perceber em cada etapa as necessidades da doente, que englobam medidas de apoio ao nível da saúde mental/ emocional/ familiar e de suporte profissional.

E-Poster 48

OLHA O DOENTE ALÉM DAS QUEIXAS

Joana Afonso; Ana Marinho; Sandra Gomes
USF São João do Pragal; USF Cova da Piedade

A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma das doenças neurocutâneas mais frequentes. Resulta da perda de expressão do gene NF1 (c17q11.2) responsável pela síntese de neurofibromina, uma proteína que intervém nos mecanismos reguladores da proliferação celular. Tem uma transmissão autossómica dominante, porém 50% dos casos devem-se a mutações de novo. As manifestações clínicas da NF-1 são extremamente variáveis entre indivíduos e ao longo da vida pelo que a história natural da doença é muito variável.

A frequência de novas mutações é particularmente alta e quase metade dos casos são esporádicos. A NF1 é caracterizada por uma grande variabilidade da sua expressão clínica, mesmo dentro de cada família. Um médico bastante familiarizado com a patologia diagnóstica a maioria dos doentes após o exame físico. São necessários 2 dos seguintes 7 critérios para estabelecer o diagnóstico de NF1: 6 ou mais máculas café com leite, efélides axilares ou inguinais, 2 ou mais neurofibromas cutâneos de qualquer tipo ou um neurofibroma plexiforme, 2 ou mais nódulos de Lisch (hamartomas da íris), uma lesão esquelética específica (displasia da asa do esfenoide, redução da espessura do córtex dos ossos longos, pseudo-artrite), um glioma óptico e um familiar em primeiro grau (progenitor ou irmão) afectado.

Mulher 36 anos, educadora de infância, com hipertensão de

diagnóstico recente e excesso de peso. Foi feito estudo de causas de HTA, que foi negativo pelo que se assumiu HTA essencial. Tem múltiplas queixas de “quistos” submaxilares e salivares que já tiveram necessidade de excisão.

Vem à consulta aberta na USF com queixas de gastroenterite infecciosa. Sem outros antecedentes pessoais de relevo. Ao exame objetivo do abdómen observa-se 5 manchas café com leite na região abdominal e lombar, a maior no hipocôndrio esquerdo com 4 cm, 2 lesões nodulares acastanhadas com 4 mm de maior diâmetro na região abdominal e inúmeras efélides.

Põe-se a hipótese de neurofibromatose pelo que a doente é reenaminhada para consulta de Neurologia.

Convoca-se a irmã gémea, também da nossa lista para avaliar lesões dermatológicas que também se objectivam e é então também ela enviada para a mesma consulta

Conclusão: Este caso clínico visa ressaltar a importância de mesmo quando fazemos exame objetivo dirigido, olhar o doente como um todo e integrar informação que já temos de consultas anteriores, assim como relembrar a família e integrar informação clínica, algo muito específico da especialidade de Medicina Geral e Familiar.

E-Poster 49

SINAIS DE MORTE IMINENTE: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA E DESCRITIVA

Maria Ana Sobral; Daniela Runa; Miguel Julião
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Sintra

Introdução: A agonia é um estado fisiológico, expectável e inexorável que antecede as últimas horas ou dias de vida do doente em fim de vida. Caracteriza-se por múltiplos sinais de morte iminente (SMI) decorrentes da falência multiorgânica que afeta funções neurocognitivas, cardiovasculares, respiratórias e musculares. A identificação destes sinais tem um profundo impacto nos doentes, famílias e profissionais de saúde, podendo interferir, nomeadamente, com decisões clínicas complexas como a descontinuação de tratamentos, plano de alta e objetivos de cuidados. De acordo com a literatura existente os SMI podem ser divididos em duas categorias: sinais precoces e tardios. Os primeiros são observados com maior frequência e incluem diminuição do estado funcional, alteração do estado de consciência e diminuição da ingestão; os tardios, que emergem teoricamente nas últimas 72 horas de vida, incluem estertor, apagamento do sulco nasolabial, oligoanúria, respiração Cheyne-Stokes, hipoperfusão periférica, estertor, *fetor hepaticus* e *delirium* e têm maior especificidade, sendo, no entanto, menos frequentemente identificados e/ou registados. Assim e apesar da aparente compreensão do conceito de morte como processo e não como um evento isolado, existe ainda pouca evidência científica nacional e internacional publicada sobre a identificação e frequência dos SMI.

Objetivo: Calcular a frequência dos SMI identificados pelos

elementos de uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), pertencente a um Agrupamento de Centros de saúde.

Metodologia: Análise retrospectiva descritiva da frequência dos SMI nas últimas 24 horas de vida, em doentes em fim de vida registados numa base de dados anonimizada, entre dezembro de 2018 e julho de 2019.

Resultados: Foram identificados 60 doentes acompanhados pela ECSCP até à morte ocorrida no domicílio, dos quais 26 foram excluídos por não existir nenhum registo de SMI. Dos 34 doentes analisados foi possível identificar 10 SMI, subdivididos em precoces – diminuição da *palliative performance status* (PPS), diminuição do nível de consciência - e tardios - disfagia, estertor, respiração Cheyne-Stokes, hipoperfusão periférica, oligoanúria, apagamento do sulco nasolabial, *fetor hepaticus* e *delirium*.

Os mais frequentemente identificados foram disfagia (70.5%); PPS \leq 20 (61.7%); estertor (58.8%); diminuição do nível de consciência (52.9%) e respiração Cheyne-Stokes (50.0%).

Conclusão: A identificação de sinais clínicos decorrentes do estado agónico poderá ajudar os profissionais de saúde na tomada de decisões complexas, garantindo objetivos terapêuticos adequados e dignificantes, orientados para a qualidade de vida do doente e da sua família. Apesar de apenas 34 dos 60 doentes terem registados SMI verificou-se o registo de SMI precoces e tardios. Esta identificação contradiz a literatura existente que refere que a identificação de sinais tardios, mais específicos, é menos frequentemente registrada.

A análise dos dados revela ainda que poderá existir dificuldade na identificação e registo de SMI o que abre uma janela de oportunidade para a formação clínica específica nesta área (também aos médicos de família na execução de ações paliativas), garantindo os melhores cuidados para doentes em fim de vida e as suas famílias.

E-Poster 50

FIBROMIALGIA, IMPACTO NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Alexandra Lima Roque; Ana Isabel Correia; Sara Teixeira Mota
Centro Hospitalar Barreiro Montijo IPO - Lisboa

Introdução/Objetivos: A fibromialgia é uma doença crónica, de identificação recente, não estando ainda bem identificadas as repercussões sobre a atividade profissional. Caracteriza-se por dores intensas, atingindo vários segmentos, sobretudo a nível muscular, mesmo sem existir uma lesão física nos músculos ou articulações. O presente trabalho tem como objetivos caracterizar os doentes de fibromialgia, avaliar a existência de relação entre fibromialgia e história de depressão ou outros transtornos mentais e também perceber o impacto desta patologia no bem-estar, qualidade de vida e desempenho profissional dos trabalhadores.

Metodologia: Ao longo de 6 meses foram recolhidos dados das consultas efetuadas no decorrer do internato médico de Medicina do Trabalho. Inclui consultas de Medicina do Traba-

Iho, Ortopedia, Pneumologia e Dermatologia. Foi feita recolha de dados demográficos, história profissional, antecedentes pessoais incluindo comorbilidades, destacando-se aquelas com possível repercussão na atividade profissional, como é o caso da fibromialgia.

Resultados: Durante estes 6 meses, foram observadas em consultas de diversas especialidades 50 pessoas que apresentavam história de fibromialgia de um total de 310 consultas realizadas. Os indivíduos identificados como tendo fibromialgia eram 100% do género feminino, idade média de 45,5 anos, sendo que estas tinham atividades profissionais bastante distintas. Cerca de 76% referiu ter história de depressão/transtorno mentais no passado ou mesmo no presente. A percentagem de absentismo laboral por fibromialgia foi de cerca de 64%. Dos indivíduos estudados em consulta de Medicina do Trabalho, o resultado da aptidão para o trabalho foi “apto”, não tendo sido necessária a emissão de recomendações ou alteração das funções.

Discussão/Conclusão: A fibromialgia é reconhecida pela OMS desde o final da década de 1970. Estima-se, que atinja entre 2 a 8% da população adulta global, sendo que em Portugal atinge cerca de 300 mil pessoas estando em clara expansão. Nesta investigação foi possível encontrar uma possível ligação entre a fibromialgia e história de patologia psiquiátrica, uma vez que a percentagem de trabalhadores que apresenta as duas patologias, é bastante elevada. Além disso, torna-se importante refletir acerca do impacto que apresenta na qualidade de vida da pessoa, motivando uma elevada taxa de absentismo laboral.

E-Poster 51

CLASSIFICAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA E RISCO CARDIOVASCULAR POPULACIONAL EM 2018 NO CENTRO DE PORTUGAL

Luiz Miguel Santiago; Maria de Fátima Castro
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: Em Medicina Geral e Familiar e com a perspetiva de perceber a probabilidade de futuras morbidade e mortalidade são utilizados estimadores de risco. Um deles é o de Risco cardio-vascular (RCV) calculado automaticamente no ambiente informático SClinico em função de sexo, idade, valores de pressão arterial, valores de colesterol total e de HDL, ser ou não fumador e ter ou não diabetes. Este estimador baseia-se no Risco Framingham e define riscos Muito Baixo, Baixo, Moderado, Alto e Muito Alto. O seu cálculo e interpretação permite a adoção de medidas antecipatórias.

Objetivos: Perceber a proporção de averiguação de RCV e de como tal risco se distribui segundo o nível socio-económico medido pelo índice de Grafar.

Métodos: Estudo observacional com base nos dados fornecidos em anonimização pelos serviços informáticos da Adminis-

tração Regional de Saúde do Centro, IP, à data de 31 de dezembro de 2018, após a necessária autorização após parecer ético para o universo das pessoas com idades entre os 40 e os 65 anos. Análise de dados descritiva e inferencial por testes não-paramétricos para o Risco Cardiovascular igual ou superior a zero. Para significância estatística definiu-se $p = 0,05$.

Resultados: De um Universo de 707806 pessoas, $n = 348721$ (49,3%) homens, verificou-se RCV calculado para 197193 (27,9%) e Classificação socio-económica para $n = 8169$ (4,1%) dos indivíduos com RCV calculado. A distribuição do RCV em função da classificação socio-económica pelo Índice de Graffar é significativamente diferente, $p = 0,047$, sendo mais frequente nas classes mais baixas. A correlação entre classe socio-económica e o RCV é de $\rho = -0,058$, $p < 0,001$.

Discussão: Este é o primeiro trabalho a avaliar a relação do RCV calculado com a classificação socio-económica. É de realçar a necessidade de maior conhecimento epidemiológico quer de risco, quer de classe socio-económica, variável que pode interferir na adesão à terapêutica e que os médicos não manuseiam. A perspetiva médica de atuação deve ser moldada na ciência e na sua translação para quem sofre sendo importante saber como lidar.

Conclusão: O RCV estava calculado em 27,9% e a classificação socio-económica realizada em 4,1% dos estudados verificando-se significativo maior RCV na população de classes socio-económica mais baixas.

E-Poster 52

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS COM INTENÇÃO PLACEBO: QUANTO O FAZEMOS E PORQUE O REALIZAMOS

Luiz Miguel Santiago; Maria Inês da Graça Carvalhinho; Marta Sofia Moura Neves
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O artigo *Placebo prescription and empathy of the physician: A cross-sectional study*, realizado em Portugal, concluiu que médicos mais jovens e de auto-perfil mais empático prescreviam mais medicamentos “placebo”. Em 2019, é necessário saber sobre a “prescrição de medicamentos com intenção placebo” (PMIP).

Objetivos: Verificar a frequência de prescrição e as situações em que foi feita PMIP entre especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF) da Região Centro de Portugal, segundo o sexo e tempo de exercício profissional.

Metodologia: Estudo observacional, após autorizações ética e dos autores originais. Aplicação do questionário original em setembro de 2019, presencial. Anos de prática profissional segunda a mediana do ano de licenciatura. Análise de dados em SPSS versão 25, por estatística descritiva e inferencial não-paramétrica.

Resultados: Amostra de 111 médicos, 51 (45,9%) mais jovens, sendo 80 (72,1%) mulheres. Para 58 (52,3%) houve PMIP, por 53,8% das mulheres e por 48,4% dos homens ($p = 0,383$). Por anos após a licenciatura $n = 18$ (34,0%) dos mais idosos e $n = 40$ (66,0%) dos mais novos, $p = 0,001$, prescreveram-nos. Quanto às situações nas quais houve PMIP não se verificaram diferenças significativas por sexo, $p = 0,127$ e por anos após licenciatura $p = 0,315$

Discussão: A PMIP tem contornos éticos e deontológicos particulares que devem ser analisados e interiorizados.

Conclusão: A medicação com intenção placebo é muito frequentemente realizada, mais pelo sexo feminino e pelos médicos mais novos, confirmando-se os anteriores resultados.

E-Poster 53

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS COM INTENÇÃO PLACEBO: QUANTO E POR QUE O FAZEMOS

Luiz Miguel Santiago; Maria Inês da Graça Carvalhinho; Marta Sofia Moura Neves

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O artigo *Placebo prescription and empathy of the physician: A cross-sectional study*, realizado em Portugal, concluiu que médicos mais jovens e de auto-perfil mais empático prescreviam mais medicamentos “placebo”. Em 2019, é necessário saber sobre a “prescrição de medicamentos com intenção placebo” (PMIP).

Objetivos: Verificar a frequência de prescrição e as situações em que foi feita PMIP entre especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF) da Região Centro de Portugal, segundo o sexo e tempo de exercício profissional.

Metodologia: Estudo observacional, após autorizações ética e dos autores originais. Aplicação do questionário original em setembro de 2019, presencial. Anos de prática profissional segunda a mediana do ano de licenciatura. Análise de dados em SPSS versão 25, por estatística descritiva e inferencial não-paramétrica.

Resultados: Amostra de 111 médicos, 51 (45,9%) mais jovens, sendo 80 (72,1%) mulheres. Para 58 (52,3%) houve PMIP, por 53,8% das mulheres e por 48,4% dos homens ($p = 0,383$). Por anos após a licenciatura $n = 18$ (34,0%) dos mais idosos e $n = 40$ (66,0%) dos mais novos, $p = 0,001$, prescreveram-nos. Quanto às situações nas quais houve PMIP não se verificaram diferenças significativas por sexo, $p = 0,127$ e por anos após licenciatura $p = 0,315$

Discussão: A PMIP tem contornos éticos e deontológicos particulares que devem ser analisados e interiorizados.

Conclusão: A medicação com intenção placebo é muito frequentemente realizada, mais pelo sexo feminino e pelos médicos mais novos, confirmando-se os anteriores resultados.

E-Poster 54

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE – 1 ANO E MEIO DE TESTE DIAGNÓSTICO ANTIGÉNICO RÁPIDO DE *STREPTOCOCCUS* DO GRUPO A (TDAR) NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Cátia de Quina Pires; Mariana Silva; José Garcia; Teresa Amaral; Inês Rua; Pedro Ruivo
USF Santa Joana, Aveiro

Introdução: O *Streptococcus* Beta hemolítico do grupo A é responsável por 15% a 30% das infeções da garganta nas crianças e cerca de 5% a 15% das infeções nos adultos. A clínica apresentada, o grupo etário e a época do ano são fatores que podem ajudar no diagnóstico de infeção estreptocócica. Contudo e segundo a norma de orientação clínica da DGS, a confirmação microbiológica no diagnóstico da amigdalite aguda por *Streptococcus* do grupo A está recomendada na idade pediátrica. As recomendações nacionais e internacionais indicam que o tratamento de 1º linha nas amigdalites é a amoxicilina 2id 10 dias em crianças e adultos, à exceção da penicilina que tem administração IM.

Objetivos: Identificar os utentes a quem foi feito o TDAR e naqueles que apresentam o teste positivo verificar se foram medicados de acordo com as orientações (tipo de antibiótico e posologia) e melhorar a qualidade da prescrição.

Material e métodos: Trata-se de um trabalho de qualidade técnico-científica (1ª avaliação); Tipo de avaliação: interna e retrospectiva; Amostra e fonte de dados: incluiu os utentes a quem foi realizado o TDAR, no período de 12/03/2018 a 18/09/2019, através da consulta de impresso próprio onde são registados os testes, perfazendo o total de 132 utentes, com idades compreendidas entre os 10 meses e os 71 anos de idade. O tratamento dos dados foi feito com base no Excel®. As medidas corretivas envolvem a apresentação em reunião de serviço e é proposta uma 2ª avaliação para janeiro de 2021.

Resultados: Dos 132 TDAR, 61% corresponderam a utentes do sexo feminino e 39% do sexo masculino e apenas 30% foram positivos. 80% destes utentes foram medicados com o antibiótico de 1º linha, os restantes 20% foram medicados com amoxicilina+ácido clavulânico, cefuroxima e em 2 utentes não foi possível aferir o antibiótico prescrito. Apenas 27,5 % dos utentes foram medicados com referência à frequência da toma e duração do tratamento de forma adequadas.

Conclusões: Com este trabalho de qualidade foi possível concluir que há muito a melhorar quando se medica o nosso utente para uma amigdalite aguda. Quando prescrevemos outro antibiótico que não a amoxicilina devemos pelo menos justificar no processo o motivo, o que nem sempre se verificou. Quanto à posologia da amoxicilina ainda estamos longe das recomendações científicas.

E-Poster 55

ESCABIOSE: ANÁLISE RETROSPECTIVA NUMA USF

Raquel Xavier Martins

USF Vitrius, AcES Pinhal Litoral

A escabiose ou sarna humana é uma infeção cutânea parasitária provocada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, variante *hominis*. Manifesta-se como uma erupção intensamente pruriginosa com um padrão de distribuição característico. A transmissão ocorre sobretudo por contato direto com pessoas infetadas, sendo rara através de fômites. Pode ocorrer em qualquer género e idade, grupo étnico ou nível socioeconómico, no entanto, os aglomerados populacionais e a má nutrição e higiene constituem fatores de risco. Em climas temperados é mais comum no inverno pela maior sobrevivência do ácaro em baixas temperaturas e pela maior proximidade física. Assume um carácter endémico nos países em desenvolvimento, ocorrendo por surtos e epidemias nos países desenvolvidos. A nível mundial a prevalência estimada é de 200 milhões de casos por ano. A nível Europeu, e em Portugal, escasseiam estudos publicados, não se conhecendo a epidemiologia no nosso país. Uma análise retrospectiva dos casos de escabiose realizada no Centro Hospitalar de Leiria nos anos 2015 e 2016 destacou o concelho da Marinha Grande por ser a área de residência de 33% dos doentes. Dada a prevalência elevada no concelho, este estudo teve por objetivo caracterizar os doentes diagnosticados com Escabiose numa das suas USF e analisar diferenças epidemiológicas e socioeconómicas.

Foi realizada uma análise observacional retrospectiva que incluiu os doentes da USF Vitrius com o diagnóstico de Escabiose, observados na USF ou SAP, entre janeiro de 2018 e novembro de 2019. Os diagnósticos foram feitos com base na história clínica, exame objetivo e contexto epidemiológico. A análise e tratamento dos dados foi feita no Microsoft Excel®. O estudo incluiu 62 doentes (36 adultos e 26 crianças) com uma média de idades de 27,8 anos e predomínio ligeiro do sexo masculino (52%). Foram diagnosticados mais dois casos em 2019 comparativamente ao ano anterior com picos de incidência nos meses de fevereiro e novembro. A maioria (97%) dos doentes pertenciam ao concelho da Marinha Grande com agregado familiar médio de 2,9 pessoas. Dos doentes diagnosticados, 27.4% tinha insuficiência económica. Foi identificada uma fonte de contágio em 32% dos casos. Em 58% dos doentes desconhece-se o tempo de evolução das queixas com uma média de 16,2 dias nos restantes. Registaram-se recorrências da doença em 16,1% dos casos. O benzoato de benzilo foi o tratamento prescrito em 87% dos doentes, sendo o Enxofre a opção escolhida em 11% das crianças acometidas.

À semelhança de outros dois estudos realizados em Portugal, verifica-se uma ligeira prevalência da doença no sexo masculino e elevada prevalência em idade pediátrica com a faixa etária dos 0-9 anos de idade registando o maior número

de casos. De acordo com a epidemiologia da doença registaram-se mais casos nos meses de Inverno. Apesar da associação descrita na literatura com condições socioeconómicas mais desfavorecidas, não se verificou esta correlação com a maioria dos doentes o que pode refletir uma mudança de paradigma. O agregado familiar médio encontra-se ligeiramente acima do agregado médio nacional (2,5), podendo não refletir a dimensão real dos agregados dado que alguns estão separados em diferentes ficheiros médicos. As fontes de contágio identificadas tratavam-se de familiares do 1º grau e/ou co-habitantes, reforçando a importância de alargar o tratamento a todo o agregado. São vários os tratamentos disponíveis para a Escabiose, contudo, são escassos os estudos que comparam a eficácia de cada um, variando as práticas de prescrição consoante a sua disponibilidade e prática clínica. Em Portugal, o benzoato de benzilo continua a ser o tratamento de referência tendo sido o mais prescrito. Constatou-se um atraso considerável na procura do médico de família mostrando a necessidade da implementação de medidas de educação populacional e outras estratégias de combate e controlo da infeção, para as quais é necessário conhecer a epidemiologia da doença.

E-Poster 56

PREVALÊNCIA DE DESEJO ANTECIPADO DE MORTE EM PESSOAS COM DOENÇA AVANÇADA SEGUIDAS POR UMA EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Maria Ana Sobral; Daniela Runa; Ana Paula Calçada; Miguel Julião
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

Introdução: O desejo de antecipação de morte (DAM) nos doentes em fim de vida tem vindo a surgir no contexto da discussão, desde há algumas décadas, sobre eutanásia e suicídio medicamente assistido. A literatura internacional descreve o DAM como um fenómeno multifatorial, complexo, relacionado com variáveis biopsicossociais, sendo ainda escassa a evidência sobre a prevalência do mesmo, sobretudo no contexto de suporte paliativo domiciliário em cuidados de saúde primários.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de DAM em doentes acompanhados por uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos domiciliários (ECSCP).

Metodologia: Análise retrospectiva descritiva do registo de DAM em pessoas com doença avançada, seguidos por uma ECSCP em base de dados anonimizada, durante o período compreendido entre dezembro de 2018 a dezembro de 2019. Para a avaliação do DAM foi adotada a *Desire for Death Rating Scale* 1 de onde derivam seis critérios para o seu diagnóstico, entre “não há desejo de antecipar a morte” a “desejo extremo”. Cada um destes critérios apresenta um score de 1 a 6, sendo um *score* ≥ 4 considerado como desejo consistente de antecipar a morte e utilizado para o cálculo da prevalência.

Resultados e conclusão: Durante o período de recolha de dados foram admitidos 238 doentes na ECSCP, tendo sido incluídos no presente estudo 101 pessoas, das quais 78 em modalidade de internamento domiciliário, 20 em consulta ambulatória e três em modalidade de consultoria. Do total, a maioria pertencia ao género masculino (50.4%), casados/união de facto (69.3%), com uma média de idades de 69 (min 18; máx 94). Clinicamente, a maioria possuía diagnóstico oncológico (88.1%), com um tempo médio de diagnóstico de 3.2 anos e seguidos pela ECSCP, em média, 60.4 dias. A *Palliative Performance Scale* média foi de 58.7 (mínimo 30%, máximo 100%). A prevalência de DAM (*score* ≥ 4) foi de 19.8%.

O objetivo do presente estudo foi a identificação da prevalência de DAM no contexto de cuidados paliativos domiciliários, sendo, de acordo com o nosso melhor conhecimento, o primeiro estudo nacional neste tipo no contexto dos cuidados de saúde primários. A prevalência identificada é coincidente com a literatura internacional e nacional existente, traduzindo uma prevalência baixa. São necessários mais estudos sobre a prevalência de DAM e quais as variáveis a si associadas, de forma a melhor compreender o fenómeno, as suas implicações na prestação dos cuidados em fim de vida e a melhorar a discussão científica em torno do tema.

E-Poster 57

Trabalho retirado

E-Poster 58

ANSIEDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES – VALIDAÇÃO DA ESCALA GAD-7

Márcia Gonçalves; Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O GAD-7 é um questionário de rastreio do “Transtorno da Ansiedade Generalizada”, concebido para ser utilizado por profissionais de saúde. O diagnóstico definitivo é, no entanto, elaborado tendo por base fundamentos clínicos, bem como outras informações relevantes que o utente possa fornecer. Um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada não deve, assim, ser feito com base exclusiva no resultado do questionário Gad-7.

Objetivo: Adaptação cultural e validação da escala GAD-7 para população jovem em Português Europeu; Validação populacional concorrente pela confrontação analítica com variáveis envolvidas na causa da ansiedade, nomeadamente a qualidade de vida, a família e a satisfação com a escola, com recurso às escalas: *European Quality of Life 5 Dimensions youth*, Apgar familiar e “Escala de faces”.

Métodos: Foi realizada a tradução, verificação linguística da melhor adaptação ao original inglês e retro-tradução. Seguiu-se a aplicação a 15 crianças e adolescentes para avaliar a confiabilidade e compreensibilidade da escala. Conhecidas as boas confiabilidade e compreensibilidade da escala,

esta foi aplicada no universo de alunos de Agrupamento de Escolas em Coimbra, no mesmo tempo letivo.

A amostra do estudo compreendeu alunos entre os 6 e os 16 anos de idade. Foi efetuado o cálculo do tamanho da amostra com margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%. Como caracterização epidemiológica foram inquiridos o sexo e a idade. Do questionário faziam ainda parte o *European Quality of Life 5 Dimensions 3-Level* (EQ5Dy), o APGAR familiar e uma “Escala de faces” de tipo Lickert para conhecimento de ajuste à escola. Foram realizadas estatística descritiva e inferencial por meio de testes não paramétricos dada a não normalidade das variáveis numéricas e a correlação de Spearman.

Resultados: Na adaptação cultural da escala participaram um total de 15 crianças, tendo a escala GAD-7 apresentado um tempo mediano de preenchimento de 2 minutos, tempo médio de 1,73 minutos, tempo máximo 3 min e confiabilidade pelo teste Alfa de Cronbach de 0,934, sem notas de incompreensibilidade. O teste-retest com 10 minutos, em média, de tempo entre ambas as aplicações, revelou $p = 0,866$, $p < 0,001$.

Na fase seguinte do estudo participaram um total de 239 participantes, tendo-se obtido boa consistência interna de respostas com alfa de Cronbach 0,707 na análise de grupo, não revelando variação de respostas em função do sexo. Para $n = 32$ (13,4%) casos há scores de ansiedade que merecem, de acordo com o questionário, avaliação de um profissional de saúde competente. Quanto à idade, até aos 10 anos inclusive, verifica-se um valor de GAD-7 médio de 11,41 e para idades maiores que os 11 anos de 12,12 ($p = 0,085$).

Verifica-se correlação positiva entre as escalas GAD-7 e EQ5Dy ($p = 0,509$, $p < 0,001$) e se nos focarmos mais especificamente na questão número 5 da escala EQD5y, ao fazer-se, também, a correlação com a GAD-7, verificamos que esta é positiva fraca e significativa ($p = 0,398$, $p < 0,001$). A correlação com o APGAR familiar demonstrou ser negativa e significativa ($p = -0,259$, $p < 0,001$). No que se refere à satisfação escolar percebemos que existe correlação positiva ($p = 0,290$, $p < 0,001$) com a escala de Lickert.

Verificou-se uma correlação positiva entre a escala EQD5y e a “Escala de faces” ($p = 0,287$, $p < 0,001$) e uma correlação negativa entre o APGAR e a “Escala de faces” ($p = -0,239$, $p < 0,001$).

Na estatística de grupo por idade, relativamente ao sexo, as raparigas pontuam mais na escala EQ5DY significando pior qualidade de vida.

Conclusões: A GAD-7, revelou-se uma ferramenta confiável e fiável com Alfa de Cronbach 0,932, podendo ser aplicada sem qualquer restrição, neste intervalo de idades. Tem como vantagem o escasso tempo de preenchimento, máximo de 3 min. Na validação concorrente constatou-se que o ambiente familiar, a qualidade de vida e a satisfação com a escola

fazem variar o resultado da escala GAD para rastreio da ansiedade influenciando-se, também, entre si.

E-Poster 59

RASTREIO DO CONSUMO DE ÁLCOOL – ESTADO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Andreia Abreu Fernandes¹; Catarina Gonçalves²

¹USF Lauroé; ²USF Mirante

Introdução: O álcool é considerada a droga lícita mais consumida em Portugal, ocupando o nono lugar na Europa no que se refere à média anual de consumo de álcool puro por habitante. O seu consumo está associado a um aumento da morbimortalidade, constituindo um importante problema de Saúde Pública. É crucial capacitar os profissionais de saúde a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), enquanto estruturas de proximidade, para a caracterização e avaliação dos hábitos alcoólicos da população, no sentido de permitir a deteção e sinalização precoce de indivíduos em risco. A Direção Geral de Saúde (DGS) recomenda o AUDIT como instrumento de rastreio do consumo excessivo do álcool (Norma nº 30/2012), desconhecendo-se a sua real taxa de utilização como método de rastreio nas consultas dos CSP.

Objetivo: Avaliar o conhecimento, utilização e importância do instrumento de rastreio de consumo excessivo do álcool, AUDIT, e da norma da DGS na prática clínica de especialistas e internos em Medicina Geral e Familiar (MGF).

Material e métodos: Estudo transversal descritivo e analítico que consistiu na aplicação de um questionário de preenchimento voluntário, em outubro de 2019, tendo englobado os médicos de duas Unidades de Saúde Familiares (USF) do ACeS Central do Algarve, inquirindo-se tópicos como o conhecimento da norma, o reconhecimento da importância da utilização do AUDIT e outros pormenores do rastreio. Foram excluídos os questionários com respostas duplas, rasurados ou incompletos. Foi solicitado o consentimento informado e autorização das coordenações das unidades.

Resultados e conclusões: Recolheram-se 13 questionários válidos, com média de idades de 41 anos (DP =13) e predomínio do género feminino (53,85%). Foram incluídos 7 médicos especialistas (4 dos quais a exercer há mais de 25 anos) e 6 internos de formação específica. Verificou-se que 4 (30,8%) dos 13 médicos não tinham conhecimento da norma da DGS e dois (15,4%) desconheciam a ferramenta de rastreio AUDIT. Poderá existir uma correlação entre os anos de especialidade e o desconhecimento/inexperiência relativamente à utilização do AUDIT. Apesar de mais de metade dos médicos admitirem a utilização do AUDIT na prática clínica (61,5%), a maioria admite que a sua utilização é diminuta pela falta de conhecimento/formações, receio em fragilizar a relação médico-doente e tempo reduzido de que dispõem para cada consulta. Como limitações salientamos o tamanho e pouca diversidade amostral (impedindo correlações). Com

esta pequena casuística conclui-se que, apesar da maioria dos médicos das duas unidades conhecerem o método de rastreio (84,6%) apenas o aplicam em casos de risco e quase nenhum (10%) referenciou para consulta especializada, tendo em conta o resultado do AUDIT. Estes resultados justificam a realização de uma intervenção de melhoria contínua da qualidade, no sentido de melhorar o subdiagnóstico dos diferentes tipos de consumo alcoólico.

E-Poster 60

ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Mariana Baltazar Coelho; Vanessa Carvalho

USF Costa do Estoril

Introdução: Atualmente tem-se verificado um aumento do número de famílias vegetarianas associado a questões de saúde, religiosas, éticas ou ambientais. As crianças, dadas as suas necessidades específicas nas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento requerem uma especial atenção na adequação destas dietas. A dieta vegetariana inclui muitas variantes, conforme as restrições na alimentação - vegana, lacto-vegetariana, ovo-vegetariana e ovo-lacto-vegetariana. As suas versões mais restritas associam-se a riscos aumentados de défices energéticos e nutricionais em qualquer fase da vida. Na idade pediátrica em específico, existe maior demanda nutricional inerente ao desenvolvimento, portanto optar por dietas restritivas pode comprometer o natural desenvolvimento estaturo-ponderal e cognitivo devido à carência proteico-calórica, de vitaminas e de minerais. Se não forem bem planeadas podem ser dietas inadequadas, uma vez que poderão comprometer de uma forma mais ou menos irreversível o crescimento, desenvolvimento e maturação. Torna-se por isso necessário que os profissionais de saúde estejam alerta para o tema.

Objetivos: Propor e sugerir recomendações para os profissionais de saúde que permitam orientar a diversificação alimentar no primeiro ano de vida no contexto de uma alimentação vegetariana.

Material e métodos: Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica recorrendo à base de dados eletrónica Pubmed-Medline e outros documentos emitidos por sociedades científicas e entidades governamentais de saúde, utilizando as palavras-chave *vegan, early child, childhood*, tendo sido selecionados artigos publicados em Inglês e Português entre 2014 e 2019.

Resultados e conclusões: A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, estando comprovado as vantagens para a saúde do lactente. No caso da lactante vegetariana, esta deverá garantir um aporte adequado de nutrientes através da alimentação ou de suplementos nutricionais, como vitamina B12, ferro, cálcio e ainda garantir uma fonte de ácido docosa-hexaenóico (DHA) e ácido linolénico, de forma a permitir satisfazer as necessidades nutricionais do lactente até ao início da diversi-

ficação alimentar. No caso de ser necessário substituir o leite materno, é recomendada a fórmula infantil com proteína de soja ou com proteína de arroz, cuja administração pode ser feita desde o nascimento.

Quando se inicia a diversificação alimentar, esta é semelhante à das outras crianças, sendo que entre as fontes de proteínas alternativas à carne estão alimentos à base de tofu e leguminosas por exemplo.

O aconselhamento alimentar é então essencial para os pais/cuidadores que decidam adotar uma dieta vegetariana, de forma a evitar que a ausência de determinados alimentos possa implicar com o compromisso nutricional de crescimento e maturação da criança.

Numa dieta vegetariana, particularmente nos primeiros anos de vida, é essencial garantir o aporte energético e o equilíbrio em macro e micronutrientes. É essencial uma avaliação rigorosa da alimentação da lactante e do lactente e a monitorização dos níveis séricos das vitaminas e minerais de forma a evitar potenciais desequilíbrios nutricionais. Importa também avaliar a necessidade de suplementação em micronutrientes, nomeadamente vitamina B12, ferro, zinco, cálcio e iodo, se as necessidades nutricionais dos mesmos não forem atingidas através da alimentação.

As dietas vegetarianas, desde que adequadamente planeadas, são seguras para todas as fases do ciclo de vida. É importante que os profissionais de saúde tenham competências para orientar planos alimentares, adequando-os a cada indivíduo, diminuindo os riscos e explorando os potenciais benefícios. Conclui-se assim, que a dieta vegetariana, pode ser adotada se planeada, e caso necessário suplementada, não causando qualquer dano e até podendo trazer benefícios a longo prazo.

E-Poster 61

ABORDAGEM DA PERTURBAÇÃO DO PÂNICO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – UMA REVISÃO CLÁSSICA

Magro Lopes; Francisco Carvalho Sampaio; Teresa Costa Duarte; Maria José Correia; Madalena Marques
USF Monte Pedral; USF Oriente; USF do Arco; USF Fonte Luminosa

Justificação: A perturbação do pânico (PP) é um dos motivos mais frequentes de consulta nos cuidados de saúde primários (CSP) com respeito às patologias dentro do espetro da saúde mental.

Objetivo: Capacitar os Médicos de Família para a abordagem da PP nos CSP.

Métodos: Pesquisa bibliográfica em revistas indexadas e PubMed, com os termos MeSH perturbação do pânico, ataque de pânico, perturbação da ansiedade, de artigos nos últimos 3 anos, na língua inglesa.

Revisão: O ataque de pânico (AP) pode definir-se como surto de medo/desconforto intenso; alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem sintomas orgânicos, desrealização/

despersonalização e medo de perder o controlo/da morte. Os critérios diagnósticos da PP (DSM-5) são: a) AP recorrentes e inesperados; b) pelo menos um dos ataques foi seguido de 1 mês (ou mais) de preocupação persistente acerca de novas crises ou suas consequências e/ou mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (comportamentos cuja finalidade seria evitar crises); c) não é consequência dos efeitos psicológicos de substâncias ou patologia e d) não é melhor explicada por outro transtorno mental. As intervenções incluem psicoeducação, estímulo à atividade física, autocapacitação durante o ataque de pânico, tratamento farmacológico (primeira linha: ISRS em monoterapia e baixa dose, com associação no início do tratamento a uma benzodiazepina na mínima dose e pelo mínimo tempo possível) e referência para Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. São critérios de referência à consulta de Psiquiatria a dúvida diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento, situações incapacitantes com prejuízo de qualidade de vida, multimorbilidade médica ou psiquiátrica que dificulte o tratamento ou potencial benefício com terapias não existentes em CSP.

Discussão: Resumidamente, a PP representa o medo de perder o controlo e o medo do próprio medo. A intervenção precoce é mandatória para evitar a mudança desadaptativa, pois uma vez estabelecida a recuperação é mais morosa, o que enaltece a importância da correta abordagem por parte do Médico de Família, que representa o primeiro contato com os cuidados de saúde.

Palavras-chave: Perturbação do pânico, ataque de pânico, perturbação da ansiedade.

E-Poster 62

CONSULTA DE MÉTODO CONTRACEPTIVOS DE LONGA DURAÇÃO – 1 ANO EM REVISTA

Teresa Mendes; Válder Ferreira; Inês Silva; Rute Marques
USF ArsMédica

Introdução: Parte da actividade de um Médico de Família relaciona-se com a Saúde Sexual e Reprodutiva, sendo o Planeamento Familiar (PF) uma pedra basilar desta, através do aconselhamento, educação e prestação de cuidados de saúde neste âmbito. De uma forma geral, a consulta de PF deve promover uma vivência sexual gratificante e segura, reduzir o número de infeções sexualmente transmissíveis, prevenir gravidezes indesejadas, preparar uma maternidade e paternidade saudáveis, e reduzir os índices de mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil.

Todos os Médicos de Família têm de estar confortáveis no aconselhamento contraceptivo, sendo por vezes solicitada aos mesmos a colocação de métodos contraceptivos de longa duração, actos que nem todos os profissionais se sentem capacitados para fazer.

Assim, foi criada na USF ArsMédica em janeiro de 2019 a Consulta de Colocação de Métodos Contraceptivos de Longa

Duração, cujo objectivo principal é a colocação de métodos contraceptivos de longa duração às utentes em idade fértil da USF Ars Médica, mas também informar e aconselhar as utentes sobre os vários métodos contraceptivos existentes, adaptado às circunstâncias pessoais de cada utente;

Objetivo: Com este trabalho, pretendemos analisar e avaliar a actividade da Consulta de Colocação de Métodos Contraceptivos de Longa Duração, assim como tentar identificar padrões na escolha do método contraceptivo, relacionado com idade, paridade e taxa de continuação de método contraceptivo.

Material e métodos: Consulta do processo clínico e base de dados da consulta feita pelos profissionais de saúde.

Resultados e conclusões: Ao final de um ano, existiram 58 consultas, tendo sido colocados 5 DIU cobre, 16 SIU e 24 implantes subcutâneos, e retirados 1 DIU cobre, 2 SIU e 14 implantes.

Em relação ao implante contraceptivo, este foi escolhido por mulheres tendencialmente mais jovens (média de idade de 33,85 anos) e nulíparas (28,57%). Foi também o método com maior taxa de abandono, maioria (inventar??) por irregularidades menstruais.

Em relação ao sistema intra-uterino, a média de idades foi 34,65 anos. O único caso de abandono do método foi por aparecimento de contra-indicação clínica para uso do mesmo, sendo globalmente um método bem tolerado. É tendencialmente escolhido por múltiparas, sendo que apenas 2 mulheres eram nulíparas.

Em relação ao DIU cobre, a média de idade foi 34,88 anos, sendo o método de eleição para quem não pode/quer fazer contraceptivos hormonais. Todas as mulheres eram múltiparas.

Em relação à escolha de método por paridade, 71,43% das nulíparas escolheram colocar implante contraceptivo e 28,57% o SIU, enquanto que nas múltiparas 54,29% escolheram o implante, 40% SIU e 8,57% DIU.

Em conclusão, podemos ver que o implante apesar de ser o mais escolhido é também o método com maior taxa de abandono por não tolerabilidade das irregularidades menstruais, sendo tendencialmente escolhido por mulheres mais novas e sem filhos. Estas conclusões estão de acordo com a bibliografia publicada sobre o tema.

E-Poster 63

POSSO ESTUDAR NO TABLET? – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE TEMPO DE ECRÃ E INSUCESSO ESCOLAR

Paulo Brites G. Fernandes; Paula Teixeira; Inês Silva
USF Águeda + Saúde Centro de Investigação em Estudos da Criança

Introdução: O desenvolvimento tecnológico da sociedade moderna levou à presença cada vez mais assídua de uma panóplia de dispositivos no dia-a-dia dos jovens. Apesar do potencial educativo que estes apresentam, o consumo excessivo e as alterações comportamentais que introduziram na dinâmica familiar têm revelado em diversos estudos um

risco no desenvolvimento dos jovens.

O tempo de ecrã tem vindo assim a ser associado a diversos problemas na Saúde Infantil, como a baixa performance na escola, distúrbios do sono e a obesidade.

Objetivo: Avaliar a relação entre o tempo de ecrã e o insucesso escolar.

Material e métodos: Métodos: Estudo observacional descritivo transversal. Participantes: 150 alunos com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade, que frequentavam o 9º (41,3%) e 10º (58,7%) ano de escolaridade, 88 do sexo feminino (58,7%) e 62 do masculino (41,3%).

Materiais: Aplicou-se o Questionário Tempo de Ecrã em Adolescentes (Ferreira, Tonelo, Pereira, 2017) e ficha de anamnese, da qual se obteve o número de reprovações de cada aluno, dado com o qual se determinou o insucesso escolar. Métodos: Os dados foram coletados no final do 1º período, numa escola secundária do centro do país. Foi assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS versão v.22, com recurso ao teste U de *Mann-Whitney* para analisar a relação entre o tempo de ecrã e o insucesso escolar. Adotou-se um nível de significância de 0,05%.

Resultados e conclusões: Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a utilização do *tablet* ou outros dispositivos eletrónicos tanto em dia de semana bem como ao fim de semana e a reprovação dos alunos ($p < 0,001$ e $p = 0,04$, respetivamente), ou seja, os alunos que reprovaram gastam mais tempo na utilização do *tablet* ou outros dispositivos eletrónicos do que aqueles que não reprovaram.

Estes resultados apontam para o efeito negativo na performance escolar da utilização de dispositivos eletrónicos por parte dos jovens, criando um alerta para a necessidade de reduzir o tempo de ecrã em especial durante a fase de crescimento da população jovem.

O Médico de Família, no exercício da sua atividade preventiva, deve alertar os pais e os jovens para a excedente utilização dos dispositivos eletrónicos, promovendo comportamentos saudáveis, mediando o seu uso e o seu conteúdo, de forma a permitir um crescimento mais saudável e evitando o insucesso escolar.

E-Poster 64

VELHOS PROBLEMAS, NOVAS REALIDADES – O PAPEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) NO CYBERBULLYING – REVISÃO DE TEMA

Ana Marinho; Joana Afonso; Marta Freitas; Teresa Peneda
USF Cova da Piedade; USF S. João do Pragal

Introdução: Os avanços na tecnologia e o uso das redes sociais levaram ao surgimento de novas formas de violência, como o *cyberbullying*, que começa a ser cada vez mais prevalente.

Cyberbullying é uma nova forma de vitimização, definida por

atos agressivos repetidos e intencionais entre um agressor ou um grupo de agressores e uma vítima, que é desigual no poder, através do uso de tecnologias.

O *cyberbullying* pode ocorrer de várias formas, incluindo mensagens de texto, email, correio de voz e redes sociais. Assim, os *cyberbullies* podem optar por permanecer anônimos, o que pode ter consequências psicológicas significativas para a vítima, uma vez que permanece a dúvida se o agressor é um estranho, um colega ou até um amigo.

A evidência sugere que o *cyberbullying* pode causar danos físicos, psicológicos, sociais ou educacionais, podendo levar a ansiedade, depressão, insónias, consumo de substâncias, e em casos extremos suicídio.

Embora existam algumas semelhanças, as abordagens para combater o *bullying* tradicional são amplamente ineficazes no combate ao *cyberbullying*.

Objetivos: Entender o que pode ser feito no contexto de CSP na prevenção e intervenção de *cyberbullying* nos adolescentes.

Métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos científicos na base de dados Pubmed utilizando os termos MeSH *cyberbullying* e *teenagers*. Dos 89 artigos encontrados foram selecionados 10 artigos científicos escritos em inglês, publicados de janeiro 2010 a janeiro 2020, foram eliminados os artigos que não falavam diretamente sobre o tema.

Resultados: Os estudos revelam a necessidade de educar jovens, pais e profissionais sobre a prevenção do *cyberbullying*.

Os pais deveriam comunicar com os seus filhos, monitorizar e supervisionar as atividades online dos jovens. Para isto seria importante instruir os pais e os professores acerca do assunto, informando, consciencializando e sensibilizando para esta realidade de modo a haver um envolvimento e compromisso na prevenção do *cyberbullying*.

Limitar o acesso das crianças à Internet e às redes sociais em um mundo tão hiperconectado será difícil. Em vez disso, é necessário dar *empowerment* às crianças de modo a terem as habilidades necessárias para serem resilientes no mundo digital. A educação nas escolas seria fundamental para ajudar as crianças a navegar neste mundo novo.

A intervenção da parte médica deve incidir na educação continuada relacionada à segurança da internet, disponibilizar folhetos e fichas de informações e incorporar perguntas sobre as relações entre pares, *bullying* e *cyberbullying* no modelo de registo eletrónico.

Acredita-se que a aprovação de uma escala com diferentes itens para medir a experiências de vitimização e perpetração seria útil de forma a facilitar a avaliação dos riscos na consulta.

Os estudos apontam para a necessidade de realizar screening sobretudo nas populações mais vulneráveis como, homossexuais, bissexuais, transexuais, adolescente relacionado com *bullying* ou *cyberbullying*.

Nos diferentes estudos abordam a necessidade de mais es-

tudos acerca do *cyberbullying*.

Conclusão: As tecnologias de informação e comunicação têm muitas vantagens para os adolescentes, permitindo que eles tenham acesso ilimitado a todos os tipos de informações e promovendo interações com colegas em qualquer lugar e hora, no entanto deste novo mundo digital surgem também novos problemas, o que faz com que nos tenhamos de adaptar a nossa consulta a esta nova realidade.

E-Poster 65

AVALIAÇÃO DA TÉCNICA INALATÓRIA EM UTENTES COM DPOC NUMA USF

Carolina Teixeira; Carla Sérgio
USF Buarcos

Introdução: A terapêutica inalatória é fundamental para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). No entanto, sabemos que um grande número de utentes com DPOC não utiliza os seus dispositivos corretamente, existindo estudos que indicam a ocorrência de erros críticos na sua utilização com impacto na sua eficácia que ronda os 14-92%. A má técnica inalatória influencia o controlo da doença, resultando no aumento da morbilidade e mortalidade, número de hospitalizações e redução da qualidade de vida. Cerca de 76% dos doentes que usam um pMDI (inalador pressurizado doseável), e entre 49-54% dos que usam pMDI com Câmara Expansora (CE) cometem, pelo menos, um erro ao usar o seu inalador. Assim, é importante entender e quantificar os erros de uso dos dispositivos para que possam ser introduzidas intervenções ao paciente bem como a utilização de novos dispositivos para evitar erros comuns.

Objetivos: Avaliar os principais erros na técnica inalatória dos utentes com diagnóstico de DPOC inscritos numa USF e analisar os factores que possam ter impacto na execução de uma correcta técnica inalatória;

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e analítico. A população em estudo corresponde aos utentes inscritos numa USF com diagnóstico de DPOC no processo clínico, sob terapêutica inalatória em durante o ano de 2019. As variáveis estudadas foram o tipo de inalador, sexo, idade e escolaridade dos utentes. Foram excluídos os utentes incapazes de se deslocar à USF, que negavam a realização de terapêutica inalatória aquando do contacto telefónico, que recusaram participar no estudo, que não responderam ao contacto telefónico ou que faltaram à convocatória. A técnica inalatória foi avaliada durante a entrevista com o utente através da aplicação de uma *check-list* para cada tipo de inalador, elaborada com base na Norma de Orientação Clínica da DGS nº 010/2017. Foram ainda recolhidos dados do processo clínico informatizado nas fontes MIM@UF® e SClínico®. A análise estatística dos dados foi efetuada através do Microsoft Office Excel® e SPSS® Statistics 24.

Resultados e conclusões: Dos 174 utentes com DPOC codificada, apenas 96 apresentam prescrição de terapêutica

inalatória no último ano. Foram incluídos 45 utentes, a realizar 54 inaladores: 39 DPI (inalador de pó seco), 7 RespiMat® e 4 pMDI com CE. A maioria dos indivíduos pertenciam ao sexo masculino (66,7%) e apresentavam idades compreendidas entre os 57 e os 88 anos (média = 73,4 anos). Apenas 13,3% (n = 6) eram analfabetos ou tinham menos que o 4º ano de escolaridade. O DPI mais utilizado foi o Ellipta (n = 11; 20%).

No total, verificou-se que 90,7% dos utentes (n = 49) cometeram pelo menos um erro durante a técnica inalatória (DPI: 86,7%; n = 39; RespiMat®: 85,7%, n = 6; pMDI + CE: 50%, n = 2), e apenas 9,3% (n = 5) dos participantes executaram a técnica sem erros. Quanto aos erros cometidos durante a técnica inalatória, os mais frequentes foram a não realização de expiração prévia forçada (DPI: n = 31, 72,1%; RespiMat®: n = 6, 85,7%) e não realização da apneia final (DPI: 81,4%, n = 35; RespiMat®: n = 5, 71,4%).

Entre os inaladores utilizados, o maior número de erros verificou-se com a utilização de DPIs, nomeadamente nos dispositivos Spiromax e Diskus. O grupo em que se observou menos erros foram os utentes a realizar pMDI + CE ($p < 0,05$). Foi também encontrada associação estatisticamente significativa entre o género e a execução de uma correcta técnica inalatória ($p < 0,05$).

Neste estudo, o número de doentes a cometer pelo menos um erro durante a avaliação da sua técnica inalatória foi muito elevado. Este número alerta para a importância do ensino correcto da técnica inalatória e a sua reavaliação periódica por parte dos médicos nas consultas, de forma a minimizar os erros cometidos pelos doentes na utilização dos dispositivos e a escolher o dispositivo que melhor se adequa a cada um.

E-Poster 66

CARACTERIZAÇÃO E ADEQUAÇÃO DA PRESCRIÇÃO ANTIBIÓTICA NAS INFECÇÕES URINÁRIAS E RESPIRATÓRIAS NA POPULAÇÃO ADULTA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Gil Duarte Paz; Andreia Cruz Coutinho; Ana Sofia Bento
USF São Julião

Introdução: Na Europa, os cuidados de saúde primários são responsáveis por 80-90% das prescrições antibióticas. O consumo geral de antibióticos numa população, assim como a forma como são consumidos, têm um impacto sobre a resistência bacteriana aos antibióticos. Um relatório do In-farmed de 2002 alertou para a inadequação da prescrição de antibióticos em cuidados de saúde primários em Portugal nomeadamente nas infecções respiratórias.

Objetivos: O presente estudo pretende caracterizar perfil de prescrição de antibióticos nas infecções tracto respiratório e urinárias numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e avaliar a sua adequação.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e

transversal. Avaliou-se a prescrição de antibióticos numa USF em infecções agudas: otite média aguda, amigdalite aguda, sinusite aguda, pneumonia e cistite aguda. Foram seleccionados os episódios infecciosos agudos sujeitos a prescrição antibiótica em adultos entre outubro de 2018 e setembro de 2019. Foram excluídos os episódios com mais de uma codificação diagnóstica. Os dados foram recolhidos do processo clínico informatizado. As variáveis recolhidas foram a idade, sexo, codificação do episódio com base na 2ª edição da *International Classification of Primary Care* (ICPC-2), e substância activa dos antibacterianos prescritos. As substâncias activas foram classificadas em classes farmacológicas conforme a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical Code*. Usou-se estatística descritiva para análise dos dados recolhidos.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 568 episódios infecciosos. A infecção mais comum foi a cistite aguda (52,6%), seguida da amigdalite aguda (18,7%) e da sinusite aguda (16,0%). A idade média dos participantes foi $54,5 \pm 20,3$ anos. Verificou-se que aproximadamente 82,9% (n = 471) eram do sexo feminino.

Na otite média aguda, o antibiótico mais prescrito foi a amoxicilina com ácido clavulânico (64%) conforme recomendado na literatura. As cefalosporinas e os macrólidos são alternativas terapêuticas na intolerância ou alergia às penicilinas – prescritos em 32% dos casos.

Na sinusite aguda verificou-se que a amoxicilina com ácido clavulânico foi usada em 54% dos casos, os macrólidos em 24%, as cefalosporinas em 11% e a doxiciclina em 9%. A literatura recomenda o uso da amoxicilina ou amoxicilina com ácido clavulânico em primeira linha e, na alergia à penicilina, a doxiciclina ou as cefalosporinas. Os macrólidos não estão recomendados dadas as altas resistências do *S. pneumoniae*.

Na amigdalite aguda, a amoxicilina e outras penicilinas são a primeira linha, contudo apenas 33% fizeram uma penicilina isolada. Neste estudo o antibiótico mais utilizado foi a amoxicilina com ácido clavulânico (39%). O grupo das penicilinas foi o segundo mais utilizado (33%). Os macrólidos são alternativa, tendo sido usados em 19% dos casos.

Na pneumonia, os antibióticos mais prescritos foram a amoxicilina com ácido clavulânico em monoterapia (52%), seguido de macrólidos (26%) e antibioterapia dupla com associação penicilina/macrólido (22%). Para o tratamento desta patologia existem normas nacionais da Direcção Geral de Saúde (DGS), contudo, as primeiras linhas foram utilizadas em apenas 13% dos casos.

Na cistite aguda, verificou-se que a maioria foram medicadas com antibiótico de primeira linha (81,7%) segundo a norma da DGS - fosfomicina, a amoxicilina com ácido clavulânico e nitrofurantoina em 59%, 15% e 8% dos casos, respectivamente. Avaliando os dados de prescrição por tipo de infecção verificou-se uma adequação terapêutica aceitável, havendo,

contudo, evidente espaço para melhoria do uso dos antibióticos em todas as infecções analisadas, principalmente na amigdalite aguda e na pneumonia. Estes dados, relativos a um ano de prescrição antibiótica numa unidade de cuidados de saúde primários, poderão espelhar uma realidade mais abrangente com repercussões no perfil de resistências bacterianas em Portugal.

E-Poster 67

TRABALHO DE QUALIDADE: REGISTOS MÉDICOS EM SAÚDE MATERNA

Joana Bárbara Vaz; Miguel Albergaria; Ana Cláudia Raposo
USF Cândido Figueiredo

Objetivos: Avaliar a qualidade dos registos médicos nas consultas de saúde materna em dois períodos (2016 e 2019). Promover atitudes corretivas para melhoria dos registos e aumentar para 80% o Padrão de Qualidade Global (PQG) dos registos.

Material e métodos: Dimensão estudada: Técnico-Científico. Unidade de estudo: utentes grávidas vigiadas na USF cujos filhos nasceram entre 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2016 (1ª avaliação) e entre os dias 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2019 (2ª avaliação). Tipo de Dados: estrutura – registos clínicos do Programa de vigilância de Saúde Materna no software SClínico; tipo de avaliação – interna. Colheita de dados: períodos – 1ª avaliação: fevereiro 2017, 2ª avaliação: janeiro 2020; relação temporal: retrospectiva e prospetiva. Seleção da amostra: amostra institucional seletiva. Intervenção prevista: estrutural. Itens avaliados: registo de data da última menstruação, grupo sanguíneo, altura uterina a partir das 25 semanas, foco fetal a partir das 12 semanas, ecografias do 1º e 2º trimestre, hábitos tabágicos e alcoólicos, movimentos fetais a partir das 20 semanas, tipo de parto, existência de consulta de puerpério, existência de consulta antes das 12 semanas de gestação e existência de 5 ou mais consultas durante a gravidez.

Resultados e conclusões: A data da última menstruação foi o único item registado por todos os médicos nas duas avaliações (100%). Todos os restantes itens avaliados melhoraram, sendo que os itens ecografias 1º e 2º trimestres, passaram de 42,8% para 87,5%, os hábitos tabágicos de 82,1% para 91,7% e alcoólicos de 85,7% para 95,9%, o tipo de parto de 82,1% para 91,7%, a realização de consulta de puerpério de 89,3% para 95,9%, a existência de consulta antes das 12 semanas de 64,3% para 97,5% e a existência de mais de 5 consultas maternas de 85,7% para 87,5%. Todos estes itens obtiveram valores superiores a 80% na 2ª avaliação. Os itens registo da altura uterina, foco fetal e movimentos fetais mantiveram avaliação inferior a 60%, mas com uma melhoria significativa, a altura uterina passou de 25% para 50%, o foco fetal de 24,2% para 50% e os movimentos fetais de 7,1% para 54,2%.

Os registos médicos da consulta de saúde materna melhora-

ram consideravelmente de 2016 para 2019, tendo o padrão global de qualidade passado de 50% para 67%, encontrando-se, no entanto, abaixo do objetivo (80%). Conclui-se que é necessário manter estratégias para melhorar a qualidade dos registos médicos por forma a conseguir atingir-se o objetivo inicial.

E-Poster 68

DE UM PEQUENO PASSO MÉDICO, PARA UM GRANDE PASSO PARA O UTENTE – CASUÍSTICA DE INTERVENÇÃO INTENSIVA NO TABAGISMO

Margarida Barros Henriques
USF Feijó

Introdução: Numa realidade portuguesa em que o tabaco continua a ser uma das principais causas evitáveis de doença e de morte prematura (mais de 1 em cada 10 mortes anuais), a USF Feijó (15.329 utentes) ainda tinha 2349 fumadores no último semestre. E quando a intervenção breve é escassa ou ineficiente, e a DGS aponta como duas das metas de 2020 reduzir a prevalência de fumadores para um valor < 20% e reduzir as desigualdades regionais na prevalência de fumadores, decidiu-se, por iniciativa médica, na tentativa de melhorar esta realidade, iniciar uma consulta de desabitação tabágica sem enfermagem ou psicologia.

Objetivos: Abordagem motivacional na contemplação e aconselhamento e acompanhamento terapêutico desde a preparação e prevenção de recaídas.

Material e métodos: População – Utentes da USF Feijó motivados para deixar de fumar, referenciados pelo médico de família ou por iniciativa do próprio; Excluídos – Utentes que beneficiem de apoio especializado de psicologia e que, como tal, foram encaminhados para centros especializados, ou Utentes que cessaram o tabagismo à data do contacto médico; Intervenção – Sem apoio de enfermagem para esta iniciativa, e ainda sem a formação necessária por parte de outros internos, a consulta foi realizada por 1 médica interna num gabinete médico, ocupando um bloco de 3h semanais – consulta inicial com duração de 60 minutos e subsequentes de 30 minutos com intervalo mínimo de 1 semana e máximo de 1 mês. Na consulta foram aplicados os 5As (abordagem, aconselhamento, avaliação, apoio e acompanhamento) e avaliados quanto: à profissão; à existência de apoio; às razões e receios ligados ao deixar de fumar; à existência e nº de tentativas anteriores; às escalas de Richmond e Fagerstrom; ao perfil de fumador incluindo nº de cigarros atuais e UMA; às estratégias e/ou tratamento farmacológico; e ao nº de consultas.

Resultados e conclusões: Até janeiro de 2020, 6 meses, inscreveram-se na consulta 28 utentes: 3 excluídos, 17 observados e 8 em lista de espera (esta lista teve máximo de 9 utentes em período de ausência do utente/médico e temporalmente de 30 dias). A maioria dos utentes foram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 29 e os

83, média de 54. Dos 17: as profissões repetidas foram cozinheiro e professor; a maioria tinha apoio familiar; a razão para deixar de fumar da maioria é a saúde e o receio a ansiedade; 9 tiveram tentativas anteriores e 2 deles mais do que 1 tentativa; pelo teste de Fagestrom 8 tinham dependência baixa, 6 dependência elevada e 3 dependência média; pela escala de Richmond 9 tinham motivação moderada, 7 baixa motivação e 1 motivação elevada; apenas 3 fumavam < de 10 cigarros/dia na data da 1ª consulta e o UMA variou entre 2,5 e 102; a maioria utilizou como estratégia o alternar de dias na compra de maços, e dos que preferiram iniciar terapêutica 5 começaram vareniclina, 3 bupropriom e 2 apenas substitutos da nicotina; 6 abandonaram a consulta: 2 desistiram do acompanhamento no 1º contacto, 2 faltaram à 2ª consulta e 2 faltaram à 3ª consulta, tendo como motivo o facto de não se sentirem preparados para reduzir o tabagismo nesta fase; 2 encontram-se em desabituação, 1 desde há 6 meses e outro desde há 5; 8 estão em acompanhamento em fase de acção; 1 faleceu por doença cardiovascular.

Considero que continua a haver muito trabalho a fazer. Observei como limitações a existência de apenas 1 profissional (menos vagas e ausência de abordagem psicológica especializada) e referências (não por autoiniciativa) com baixa motivação. Porém, não observo estes valores como ineficácia ou inutilidade, pois neste tipo de intervenção acho que o haver a mudança numa pessoa já a torna benéfica, e esta pequena amostra revela que numa “maré” de 17, ainda há quem esteja realmente preparado e procura a possibilidade de sucesso, salientando que ambos os 2 ex-fumadores já tinham tido pelo menos uma tentativa anterior não medicamente assistida. É possível fazer mais e melhor!

E-Poster 69

CARACTERIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES –DPP4 EM UTENTES DIABÉTICOS DE UMA USF

Tiago Ferreira Moreira da Silva; Filipe Malva Vaz; Liliana Rumor; João Pedro Guerra

USF Marquês de Marialva, Cantanhede - ACES Baixo Mondego

Introdução: A diabetes *Mellitus* tipo II (DM2) é uma das patologias mais prevalente na lista de utentes de um médico de família. Apesar das constantes evoluções, com o aparecimento de novos fármacos mais eficazes, o seu tratamento continua a ser um desafio, pelas múltiplas variáveis a considerar. Os inibidores da dipeptidil peptidase 4 (iDPP4) são um grupo de fármacos muito utilizado, com bom perfil de segurança mas eficácia modesta na redução da HbA1c. De acordo com as recomendações da DGS, a terapêutica com iDPP4 só deve ser mantida caso exista uma boa resposta, traduzida pela redução de pelo menos 0,5% na HbA1c, ao fim de 6 meses após a introdução. Por outro lado, a sua prescrição acarreta custos elevados para o sistema de saúde, o que, juntamente com o aparecimento de novos fármacos com excelentes outcomes, os levou a perder alguma

preponderância. Na USF em análise, numa das avaliações periódicas de custos e desempenho detetou-se uma prescrição acentuada deste tipo de medicamentos, refletindo-se em elevados custos no tratamento de utentes diabéticos, sem ganhos relativos no controlo metabólico.

Objetivos: Caracterizar os utentes diabéticos de um ficheiro de uma USF medicados com iDPP4 e avaliar o cumprimento das recomendações da DGS para a sua prescrição.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal. População: utentes de um ficheiro clínico de uma USF com diagnóstico de DM2 (ICPC-2 T90) medicados com iDPP4. Variáveis: idade, género, IMC, subtipo de iDPP4, dose total diária de metformina, TFG, valor de HbA1c mais recente e valor de HbA1c antes do início da terapêutica com iDPP4. A comparação entre esses dois valores permite avaliar se é cumprida a recomendação da DGS. Critérios de exclusão: sem consulta nos últimos 2 anos na USF; sem registo de HbA1c antes e depois do início da terapêutica com iDPP4. Dados: Recolha e avaliação em janeiro de 2019. Pesquisa nos programas MIM@UF®, SClinico® e PEM®; tratamento com Microsoft Excel®.

Resultados: Dos 218 utentes com DM2, 86 estavam medicados com iDPP4. Foram excluídos 3 por não terem consulta há menos de 2 anos e 12 por ausência de registo de HbA1c prévio ao início desta terapêutica. Nos 71 avaliados, 35 eram homens e 36 mulheres. A mediana de idades foi de 69 anos. Cerca de 32 % tinha excesso de peso e 59% obesidade. O valor médio de TFG foi de 86,5 mL / min / 1,73 m². Nenhum apresentava DRC terminal mas 6 utentes estavam no estadio 4 e 7 no estadio 3. A dosagem média diária de metformina foi 1670 mg e a mais frequente foi 2000 mg/dia. A maioria dos iDPP4 foi prescrita em associação com metformina (32% forma isolada). O iDPP4 mais prescrito isoladamente foi a vildagliptina (9 utentes) seguido da linagliptina (8 utentes). Já associação com metformina mais prescrita foi com a vildagliptina (24 doentes) seguida da associação com sitagliptina (15 doentes). O valor médio de HbA1c prévio ao início da terapêutica foi de 7,6% e após a terapêutica de 7,1%. Ainda assim, a maioria dos utentes (cerca de 59%) não apresentou a descida de pelo menos 0,5% da HbA1c.

Conclusões: É notório que existe ainda margem de melhoria no cumprimento das recomendações terapêuticas. Apesar de um nº considerável (40%) dos utentes diabéticos deste ficheiro estar medicado com iDPP4, em apenas 41% desses casos foi seguida a recomendação da DGS para suspensão da terapêutica após melhoria metabólica insuficiente. Por outro lado, pode concluir-se que em alguns casos existe ainda margem para aumentar a dose de metformina, permitindo um melhor controlo metabólico com menos custos associados. A inércia terapêutica é um obstáculo à otimização dos cuidados prestados e deve ser corrigida. O trabalho será apresentado em reunião multidisciplinar da unidade com o objetivo de melhorar o desempenho técnico-institucional da

unidade mas sobretudo a orientação dos doentes. Posteriormente pretende-se realizar um trabalho de melhoria da qualidade para avaliar qual a evolução conseguida.

E-Poster 70

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA EM TRÊS UNIDADES DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Ana Filipa Fernandes¹; Patrícia Pimentel Borges²;

Ana Carolina C. Marques¹

¹USF Vale do Sorraia; ²USF D. Sancho I

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) tem uma prevalência em Portugal de aproximadamente 5.8% e apenas 9.3% destes doentes têm espirometria diagnóstica.

Objetivos: O objetivo é descrever e comparar a sua prevalência em três Unidades de Saúde Primárias (USP) de Portugal, comparar com a realidade nacional e verificar se o diagnóstico é realizado de acordo com as *guidelines* GOLD 2017.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo e analítico em doentes com DPOC (ICPC-2 R95) da unidade 1, unidade 2 e unidade 3 a 31/12/2016. Foram excluídos doentes sem médico de família ou sem seguimento nos últimos 3 anos. Variáveis analisadas: sexo, idade e registo de espirometria. Recolha de dados: SClinico®, MIM@UF® e Portal da Saúde®. Processamento de dados: SPSS® versão 22.

Resultados e conclusões: Dos 417 doentes selecionados foram incluídos 312 para análise, a maioria do sexo masculino (67.6%) com idade média de 69.76 anos. Destes doentes, 193 (61.6%) apresentam espirometria diagnóstica (ED), 74 (23.7%) apresentam espirometria erradamente interpretada (EEI) como DPOC e 45 (14.4%) não tinham registo de espirometria. Dos doentes com EEI como DPOC esta era sugestiva de asma em 38(54.4%), patologia restritiva em 12 (16.2%), síndrome de *overlap* asma/DPOC em 9 (12.2%) e 15 (20.3%) dos doentes apresentavam espirometria normal. Nos doentes corretamente diagnosticados, a maioria era do sexo masculino (76.2%) com idade média de 69.61 anos, existindo diferença na distribuição de sexos entre a unidade 2 [sexo feminino 26 (47.3%)] relativamente à unidade 1 [sexo feminino 20 (23.8%)], (valor - $p = 0.004$) e relativamente à unidade 3 [sexo feminino 13 (24.1%)], (valor - $p = 0.012$). Com base nestes doentes, verificou-se uma prevalência de DPOC de 0.46% com uma prevalência por USP de 0.73% na unidade 1, 0.49% na unidade 2 e de 0.28% na unidade 3. Relativamente ao número de diagnósticos corretos, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre a unidade 1 [84 (69.4%)] e a unidade 3 [54 (56.3%)], (valor - $p = 0.045$).

A prevalência de DPOC a nível nacional é superior à das USP avaliadas, demonstrando subdiagnóstico, com possível contribuição dos critérios de exclusão. Cerca de um terço não estavam bem diagnosticados por não existir ED (possibilidade de ED não registada ou requisitada por médico fora da USP), mas comparando com a realidade nacional de

espirometria realizada, as USP estão acima da média. São necessárias formações nas USP sobre seleção dos doentes em risco de DPOC e interpretação de espirometrias, de forma a aumentar o diagnóstico correto.

E-Poster 71

“AINDA AVK? E PORQUE NÃO UM NOAC?” – GARANTIA E MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

Inês Albano; Carlota DC Andrade; Andreia S. Neves; Marcos Baraona
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Lagoa

Introdução: A anticoagulação oral (ACO) tem variadas indicações clínicas. Durante anos, o seu paradigma foram os antagonistas da vitamina K (AVK); apesar do seu baixo custo, obrigam a vigilância regular do INR e deslocações frequentes aos cuidados de saúde, com todo o impacto logístico e económico subjacente. Com o surgimento dos novos anti-coagulantes orais (NOAC) como alternativa cómoda, eficaz e segura, cabe aos Médicos de Família (MF), em conjunto com o utente e não descurando a sua preferência pessoal, a ponderação das suas indicações, benefícios e riscos.

Objetivos: Caracterizar os doentes hipocoagulados com AVK da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Lagoa; detetar situações em que a troca para um NOAC seria viável e/ou vantajosa; sensibilizar os profissionais de saúde e os utentes da unidade para esta temática.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo, descritivo e transversal. Critérios de inclusão: utentes com inscrição ativa na UCSP de Lagoa, inscritos no programa informático IntraHyt e sob tratamento com AVK em setembro de 2019 e janeiro de 2020. Critérios de exclusão: óbitos durante o período de avaliação, informação inconclusiva acerca da ACO em curso e ACO suspensa antes da segunda avaliação. Variáveis: idade, sexo, indicação para ACO, taxa de filtração glomerular (TFG), classificação Child-Pugh, presença de estenose mitral moderada/grave, próteses valvulares mecânicas e gravidez. Dados: recolha a partir dos sistemas informáticos IntraHyt, SClinico, Prescrição Eletrónica Médica e Registo de Saúde Eletrónico; registo e tratamento em Microsoft Excel. Intervenção: ação formativa aos médicos e enfermeiros da UCSP, com revisão teórica acerca de ACO e discussão dos resultados da primeira avaliação; distribuição da listagem dos utentes sob AVK a cada profissional; abordagem oportunística destes utentes em consultas médicas e de enfermagem, acerca das vantagens e desvantagens associadas a cada tipo de ACO. Indicadores de avaliação: diminuição do número de utilizadores de AVK. Padrão de qualidade: < 10% - Ineficaz; 10 - 29% - Razoável; ≥ 30% - Bom.

Resultados e conclusões: Dos 456 utentes inscritos no programa IntraHyt, 106 cumpriam os critérios de inclusão à data da primeira avaliação. Destes, 45 eram do sexo masculino e 61 do sexo feminino, com idades entre os 12 e os 92 anos (média de 72.2 anos). As indicações para ACO mais prevalentes foram a fibrilhação auricular (n = 91), a pre-

venção de TVP/TEP recorrentes (n = 17) e a existência de próteses valvulares mecânicas (n = 8). Foram encontradas contra-indicações ao uso de NOAC em 15 utentes (2 com TFG < 15 mL / min / 1.73 m², 6 com estenose mitral moderada a grave e 8 com próteses valvulares mecânicas – 1 utente apresentava duas contra-indicações).

À data da segunda avaliação, permaneciam hipocoagulados com AVK 75 utentes. Após aplicados os critérios de exclusão ao grupo da primeira avaliação (óbitos: n = 3; registos inconclusivos: n = 4; interrupção da ACO: n = 2), conclui-se que houve uma redução de 22,7%, atingindo-se um padrão de qualidade “Razoável”. Durante o período de avaliação, foram iniciados NOAC em 22 utentes; não surgiram novos utentes no programa IntraHyt.

A gestão dos doentes hipocoagulados é frequentemente realizada pelo MF; assim, a avaliação do estado da anticoagulação é fundamental. Este estudo constitui uma importante ferramenta de gestão da prática clínica para os profissionais desta unidade, permitindo avaliar a qualidade do seu trabalho, condição fundamental para uma melhoria contínua dos cuidados prestados. A diminuição do número de utentes sob AVK traz vantagens em termos clínicos e logísticos para todos os envolvidos; contudo, constata-se que ainda existe um longo caminho a percorrer. Assim, será importante discutir novamente esta temática na unidade, de modo a delimitar novas estratégias para intervenção. Adicionalmente, importa não descuidar o viés decorrente da falta de registos clínicos adequados, que pode influenciar a qualidade dos resultados.

E-Poster 72

CARACTERIZAÇÃO DO SEGUIMENTO E TERAPÊUTICA ANALGÉSICA DOS DOENTES COM DOR CRÓNICA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Miguel Albergaria; Joana Vaz; Ana Cláudia Raposo; José Brás
USF Cândido Figueiredo

Introdução: A dor constitui um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde por parte da população portuguesa, em virtude do sofrimento e redução da qualidade de vida que origina. Na fase inicial, a dor tem habitualmente relação causal com a agressão que a originou e o tratamento, além de menos exigente a nível terapêutico, é mais eficaz na cessação do dano. Contudo, se não tratada, pode ocorrer perpetuação do fenómeno doloroso, já sem relação causal com o fenómeno que a originou e o tratamento torna-se mais difícil e menos eficaz. Atualmente assiste-se a um aumento da preocupação na gestão do doente com dor, pelo que se torna essencial fazer uma reflexão sobre as boas práticas em curso e os erros cometidos, no sentido de os corrigir e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Objetivos: Caracterizar o seguimento e a prescrição analgésica opioide e não opioide dos doentes com diagnóstico de dor crónica de uma Unidade de Saúde Familiar.

Material e métodos: Realizou-se um trabalho de investi-

gação observacional, analítico, retrospectivo e transversal. A população do estudo abrangeu os utentes com diagnóstico de “Dor generalizada/múltiplos locais” (Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários) inscritos na USF em estudo. Os dados são relativos ao período de agosto de 2017 a agosto de 2019, analisando-se as variáveis género, idade, média de consultas nos últimos 2 anos, registo de referenciação para Unidade de Tratamento de Dor, terapêutica opioide/não opioide atual, terapêutica opioide/não opioide anterior. Usou-se o Microsoft Excel® para tratamento estatístico descritivo.

Resultados: A amostra consistiu em 69 utentes. A idade média era de 68.65 anos e 82.61% eram mulheres. A média de consultas em que foi abordada a dor crónica nos últimos 2 anos foi de 3.52 e cerca de 10.14% foram referenciados para consulta em Unidade de Tratamento da Dor. Na terapêutica atual cerca de 50.72% estavam medicados com opioides (20.29% em monoterapia) e 49.27% com não opioides. O uso de anti-inflamatórios era de 17,39% (14,49% em monoterapia) e 26.08% não faziam qualquer medicação. Na terapêutica anterior cerca de 56.52% estavam medicados com opioides (34.78% em monoterapia) e 65.21% com não opioides. O uso de anti-inflamatórios era de 30,43% (11,59% em monoterapia) e 17.39% não estavam medicados. O opioide, anti-inflamatório e adjuvante analgésico mais utilizados foram, respetivamente, tramadol, acetaminofeno e pregabalina.

Conclusões: Estes resultados evidenciam diferentes estratégias no tratamento da dor crónica. Como pontos positivos destacam-se a preferência pelo uso de opioides como medicação crónica, a sua associação a adjuvantes analgésicos e a redução do uso de anti-inflamatórios no período estudado. Como pontos negativos, destacam-se o baixo número de consultas dedicadas à dor crónica, o recurso excessivo a anti-inflamatórios e o aumento do seu uso em monoterapia, com todas as consequências que esta prática acarreta para a saúde do doente. De referir ainda o aumento do número de doentes sem qualquer tipo de medicação. Este último facto poderá dever-se a uma codificação incorreta do diagnóstico de dor crónica por parte dos profissionais de saúde, em doentes com dor sem carácter de cronicidade. Em suma, estes dados mostram ainda importantes lacunas no seguimento do doente com dor crónica e expõem a necessidade de proceder à sensibilização dos profissionais de saúde para a sua importância. É também igualmente importante avaliar a perceção do doente relativamente à qualidade do seu seguimento e, assim, reajustar a prática clínica atual no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida à população afetada.

E-Poster 73

PSEUDOMIXOMA PERITONEI – QUANDO O AUMENTO PERÍMETRO ABDOMINAL É DESVALORIZADO PELA DOENTE

Ana Filipa Fernandes¹; Ana Carolina C. Marques¹;
Patrícia Pimentel Borges²; Rute Magalhães¹; Melanie Faria¹
¹USF Vale do Sorraia; ²USF D. Sancho I

Introdução: O pseudomixoma peritonei é uma neoplasia rara (incidência 1-2milhão/ano) com média de diagnóstico aos 48 anos e progressão indolente. Caracteriza-se por acumulação de células tumorais secretoras de muco no abdómen e cavidade pélvica, com sintomas inespecíficos: aumento do perímetro abdominal (PA), alteração do trânsito intestinal, diminuição do apetite, aumento de peso e dor abdominal.

Caso Clínico: Mulher (LST), 28 anos, bombeira, antecedentes pessoais de obesidade, sem medicação habitual, hábitos tabágicos ou etílicos. Em julho de 2019, LST transportou um doente ao centro de saúde, onde a médica de serviço (MS) notou o seu PA desproporcional, apreciação que a doente desvalorizou. A MS referiu este achado à Médica de Família (MF) que por sua vez contactou a mãe de LST que revelou preocupação da família e colegas de trabalho perante a desvalorização de LST. Última consulta em 2013, foi convocada para consulta a 26/07/2019, onde revelou ter iniciado dieta há 1 ano e perdido 14 Kg (120kg para 106 Kg), referindo obstipação e distensão abdominal com igual tempo de evolução. Ao exame objetivo apresentava fácies emagrecida, abdómen distendido com PA de 117cm, timpanismo central, maciez periférica com sinal de onda líquida positiva e diminuição bilateral do murmúrio vesicular no 1/3 inferior à auscultação pulmonar. Foi solicitada avaliação analítica (sem alterações) e imagiológica, regressando a 02/08/2019, com aumento visível do PA em relação ao prévio, com TAC abdomino-pélvica que revelava ascite massiva por toda a cavidade abdominal sem identificação de neoplasia primária. Foi referenciada ao serviço de urgência do hospital de referência, onde ficou internada 20 dias para estudo etiológico. Foi submetida a laparoscopia diagnóstica com necessidade de aspiração de 16L de líquido ascítico para ser possível observação do peritoneu, com documentação de múltiplas lesões peritoneais disseminadas. A histologia revelou aspetos compatíveis com pseudomixoma tipo peritoneal de baixo grau, associado a neoplasia mucinosa apendicular. Foi excluída doença ganglionar ou extra peritoneal metastática.

Conclusão: A comunicação entre profissionais de saúde permitiu o conhecimento de uma potencial situação de doença. Destaca-se o papel da MF na gestão da doente em negação perante possibilidade de doença e relutância na ajuda médica, gerindo, com a família, a necessidade de uma avaliação médica, evitando-se evolução para um quadro de ainda maior gravidade.

E-Poster 74

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL – VALORIZAR QUANDO O DOENTE DESVALORIZA

Ana Filipa Fernandes¹; Patrícia Pimentel Borges²; Ana Carolina C. Marques¹

¹USF Vale do Sorraia; ²USF D. Sancho I

Introdução: Os sarcomas retroperitoneais representam 0,2% dos tumores sólidos do adulto, com idade média ao diagnóstico de 50 anos, sem predomínio de sexos. Apresentam-se comumente pelo aparecimento de massa abdominal assintomática, podendo também estar associados a dor/desconforto abdominal não específico e vago, perda de peso, saciedade precoce, obstrução intestinal ou edemas dos membros inferiores. O médico de família (MF) deve estar preparado para dar todo o apoio necessário ao doente e sua família perante um diagnóstico improvável de neoplasia, na tentativa de reencontrar um novo equilíbrio.

Caso Clínico: Homem de 49 anos com antecedentes pessoais irrelevantes, sem medicação habitual ou hábitos tabágicos ou etílicos. IMC: 21 Kg/m². No estadio V do ciclo familiar de Duvall. Doente assintomático até 23/10/2017, altura em que recorre a Consulta Aberta da Médica de Família com queixas de dor e massa na região inguinal esquerda com cerca de três semanas de evolução associadas a noctúria e sudorese noturna com o mesmo tempo de evolução, referindo melhoria da dor com toma de ibuprofeno 600 mg de 12/12h. Sem outras queixas. Ao exame objetivo da região inguinal esquerda constatou-se possível ponto herniário com cerca de 2 x 2,5 cm, com redução espontânea da massa após cessação das manobras de aumento da pressão abdominal. Durante o exame objetivo do abdómen, observou-se tumefação no flanco esquerdo com cerca de 8 x 7 cm de diâmetro e 2,5 cm de altura, de consistência dura, limites mal definidos, não dolorosa e sem sinais inflamatórios, não referida previamente pelo doente. Quando inquirido relativamente ao tempo de aparecimento da tumefação, desvalorizou a situação associando-a a esforço físico realizado há 2 semanas. Pediu-se ecografia da região inguinal, ecografia abdominal para melhor caracterização da tumefação abdominal e análises. A 31/10/2017 regressou com o resultado dos exames pedidos, confirmando hérnia inguinal esquerda e relativamente à tumefação abdominal descreveu-se “formação de tecidos moles, arredondada, heterogénea, medindo cerca de 10 x 9,8 x 7,6 cm, compatível com etiologia neoformativa”. Nas análises o hemograma, leucograma, provas hepáticas e função renal não apresentavam alterações. Pediu-se TAC-Abdominal urgente realizada a 02/11/2017 que revelou “volumosa massa retroperitoneal que circunferencia o rim esquerdo, o qual se encontra empurrado para diante e para a linha média - provável lesão sarcomatosa do retroperitoneu”. Nesse mesmo dia foi referenciado ao IPO, tendo somente diagnóstico conclusivo de lipossarcoma retroperitoneal desdiferenciado a 19/12/2017. A 19/02/2018

foi realizada excisão do tumor com 1144 g e 30 x 14 x 13 cm. Depois da cirurgia passaram 8 semanas, ao invés das 4 que lhe foram ditas, até iniciar radioterapia. O doente manteve sempre a sua atividade laboral e não apresentou efeitos secundários. No entanto, em outubro e novembro de 2018, foram diagnosticadas metástases pulmonares e ósseas respetivamente. Actualmente encontra-se em cuidados paliativos com difícil controlo da dor oncológica, necessitando de ajustes sistemáticos da medicação.

Conclusão: O doente recorreu à consulta unicamente pelo desconforto inguinal, desvalorizando uma massa abdominal procidente que correspondia ao seu rim esquerdo empurrado pelo fibrossarcoma retroperitoneal. O papel do MF em observar estados iniciais de doenças e em valorizar sinais foi imprescindível para o diagnóstico precoce desta patologia, demonstrando a importância da globalidade da avaliação pelos MF ao invés de se focarem apenas nos sintomas referidos pelos doentes. Cabe agora ao MF continuar a prestar cuidados longitudinais e manterá o seu papel de articulação de cuidados de saúde e recursos comunitários direccionado às necessidades deste doente e sua família.

E-Poster 75

O DOENTE COM SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO COMO UM TODO

Rita Carvalho Pereira¹; Sílvia Sousa Neves¹; Ana Cristina Moura¹; Mariana Garcia Rodrigues¹; Bárbara C. Barbosa¹; Tânia Santos Coelho¹; Tânia Caseiro²

¹USF VitaSaurium - ACES Baixo Mondego; ²USF Mondego - ACES Baixo Mondego

Introdução: A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) caracteriza-se por episódios recorrentes de cessação total (apneias) ou parcial (hipopneias) do fluxo aéreo, secundários a um colapso da via aérea superior durante o sono, associada a hipersonolência diurna. Estima-se que a prevalência de SAOS em homens adultos varie entre 1 a 5%. A SAOS afeta preferencialmente indivíduos do género masculino, de meia-idade e obesos, pelo que se reconhece que o aumento da prevalência de obesidade contribua para um aumento da sua prevalência. Esta síndrome associa-se a outras co-morbilidades, como obesidade, diabetes *Mellitus* (DM) e hipertensão arterial (HTA), potenciando-se mutuamente. A importância clínica da SAOS advém das suas repercussões cardiovasculares e efeitos na morbilidade e mortalidade, bem como das suas alterações neuropsicológicas que propiciam os acidentes laborais e de viação.

Objetivos: Caracterizar a amostra de utentes de uma Unidade de Saúde Familiar com o diagnóstico de SAOS confirmado, conhecendo o seu perfil e as patologias associadas a elevado risco cardiovascular, que mais frequentemente constam da sua lista de problemas.

Material e métodos: Este é um estudo transversal, de base descritiva. A amostra do estudo foram os utentes numa Uni-

dade de Saúde Familiar com diagnóstico de SAOS na sua lista de problemas em dezembro de 2019. Para tal, com recurso à ferramenta MIM@UF, obteve-se a listagem de utentes com o código ICPC-2 de P06 -“Perturbação do Sono” nos problemas em 12/2019, tendo sido feita a seleção manual dos doentes com o diagnóstico de SAOS. Foram recolhidas as variáveis com os códigos ICPC-2, HTA (“sem complicações” – K86; “com complicações” – K87), DM (“insulino-dependente” – T89; “não insulino-dependente” – T90), “Alteração dos Lípidos” (T93), “Excesso de Peso” (T83) e “Obesidade” (T82), bem como o Índice Hipopneia e Apneia, os valores de hemoglobina glicada (HbA1c) da última consulta do programa de DM, da tensão arterial (TA) da última consulta de HTA e o último valor de Índice de Massa Corporal (IMC).

Resultados e conclusões: Da amostra de 49 utentes com o diagnóstico confirmado de SAOS, 33 eram do género masculino (67,3%) e apresentam uma média de idades de 62,1 anos. Das patologias associadas a risco cardiovascular elevado mais frequentes, destacam-se a HTA com 35 utentes (71,4%), a Dislipidemia com 34 utentes (69,4%), a Obesidade com 29 utentes (59,2%) e a DM a constar da lista de problemas de 16 doentes com SAOS (32,7%). Dos 15 indivíduos da amostra hipertensos e diabéticos, apenas 6 apresentam valores de TA dentro do valor-alvo (< 130 / 80 mmHg). Dos doentes com SAOS, 30,6% apresentavam excesso de peso. Verificámos que, dos doentes com SAOS e obesidade, 58,6% estavam classificados com obesidade grau I (IMC 30 - 34,9). Observámos que 9 dos 49 utentes com SAOS tinham todas estas patologias em destaque. A SAOS é uma patologia subdiagnosticada, muitas vezes passando camuflada em doentes com múltiplas co-morbilidades, por isso, enquanto médicos de família, devemos estar familiarizados com a clínica e impacto da SAOS na qualidade de vida dos que dela padecem.

E-Poster 76

INTOXICAÇÃO POR LÍTIU – IMPORTÂNCIA DA MONITORIZAÇÃO DA LITÊMIA

Ana Filipa Fernandes¹; Ana Carolina C. Marques¹; Patrícia Pimentel Borges²

¹USF Vale do Sorraia; ²USF D. Sancho I

Introdução: O transtorno bipolar (TB) é uma perturbação psiquiátrica com uma prevalência entre 1-2% na população, caracterizando-se por episódios de alteração do humor. O carbonato de lítio (CL) é utilizado para o tratamento agudo e profilático dos episódios maníacos e hipomaníacos deste transtorno e, após determinação da dose terapêutica individual através de litémias seriadas, é imperativo que exista um controlo rigoroso semestral da litémia.

Caso Clínico: Homem de 75 anos com antecedentes pessoais de TB tipo 1 (diagnosticado em 1976, com seguimento em Psiquiatria com controlo semestral da litémia e história de 2 episódios maníacos graves, o primeiro aquando do dia-

gnóstico e o segundo em 1996 por abandono da terapêutica), hipertensão arterial e insuficiência renal crônica estadio 3. Medicado atualmente com CL 200 mg / dia (CL desde o diagnóstico), cloridrato de bupropiona 150 mg / dia, risperidona 1 mg / dia e lisinopril 10 mg / dia. Doente previamente assintomático e independente para as atividades de vida diárias (AVD's), recorreu em novembro/2016 a consulta aberta da sua Médica de Família (MF) por quadro com duas semanas de evolução de tremor das mãos, dificuldade em iniciar marcha e ataxia da mesma. Nos 40 dias subsequentes existiram vários contactos com a MF, tendo-se: 1) suspenso Risperidona, pela possibilidade de efeitos extra-piramidais, 2) iniciado levodopa 25 mg + carbidopa 100 mg (1/2 cp às 8h, 12h, 16h, 20h), por hipótese diagnóstica de doença de Parkinson 3) pedido TAC-Crânio que não demonstrou qualquer alteração e 4) referenciado para consulta de Neurologia. A sintomatologia agravou de forma progressiva até que em dezembro/2016, o doente apresentava incapacidade para movimentos finos, desorientação temporo-espacial e confusão mental, altura em que revelou pela primeira vez à sua MF, o abandono das consultas de Psiquiatria em 2015 por questões monetárias. Pediu-se determinação de lítémia no ambulatório, que o doente realizou, mas cujo resultado não foi revelado à MF porque passados 4 dias, o doente foi internado por quadro de vômitos e recusa alimentar com 3 dias de evolução, admitindo-se diagnóstico de lesão renal aguda de provável etiologia pré-renal. Durante o internamento, manteve-se medicação com CL e o doente apresentava oscilações do estado de consciência e agravamento da prostração, até que a esposa entregou o resultado da lítémia de ambulatório ao médico assistente, tendo-se diagnosticado intoxicação por lítio (2.13 mmol/L), com suspensão imediata deste medicamento e reversão progressiva e completa da sintomatologia em 13 dias, com o doente independente para todas as AVD's à data da alta. Após suspensão do CL pela intoxicação, o doente esteve estável durante 3 meses, mas teve um episódio maníaco pela primeira vez em 20 anos, com necessidade de dois internamentos para compensação e vários ajustes terapêuticos, apenas atingindo a desde setembro/2017.

Conclusão: O CL é eficaz no controlo do TBP, mas requer controlo rigoroso da lítémia para evitar intoxicação (> 1.5 mmol/L), com aparecimento de sintomas gastrointestinais e do sistema nervoso. É imprescindível uma colaboração entre o psiquiatra e o médico de família, através de um sistema de troca de informações clínicas, a cada consulta realizada, comprovando a sua frequência, alterações da terapêutica e controlo da lítémia. O conhecimento global que os médicos de família têm dos seus doentes é uma mais valia, e neste caso em específico, permitiu o estabelecimento do diagnóstico etiológico, mesmo estando o doente internado.

E-Poster 77

VITAMINA D E TRABALHO POR TURNOS COM HORÁRIO NOTURNO: UMA AVALIAÇÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Diogo Laertes Correia; Branca Carrito

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

Introdução: A deficiência de vitamina D é muito prevalente em todo o mundo e alguns grupos são apontados como mais vulneráveis para hipovitaminose D, tais como os trabalhadores por turnos e os profissionais de saúde.

Objetivos: Este trabalho pretende avaliar o nível de vitamina D em profissionais de saúde de um hospital e a sua relação com o trabalho por turnos com horário noturno.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo, dos doseamentos de 25-hidróxi-vitamina D nos profissionais de saúde de um hospital, realizados entre maio de 2018 e janeiro de 2020. Variáveis estudadas: sexo, idade, grupo profissional, horário de trabalho, valores de vitamina D. O *status* de vitamina D foi classificado como: "deficiência" (< 20 ng/mL), "insuficiência" (20 e 30 ng/mL) e "suficiência" (> 30 ng/mL). Os dados foram recolhidos por consulta do processo clínico de Medicina do Trabalho e o estudo estatístico com o Microsoft Excel®. Para análise inferencial recorremos ao teste do qui-quadrado para avaliar a associação entre duas variáveis qualitativas e ao t-teste para comparação entre uma variável qualitativa e uma quantitativa.

Resultados: Foram analisados doseamentos de vitamina D de 117 profissionais de saúde, 86 (73,50%) do sexo feminino e 31 (26,50%) do sexo masculino. A média de idades era $39,86 \pm 11,75$ anos, sendo o mínimo 22 e máximo 63 anos. Quanto ao grupo profissional eram 25 (21,37%) assistentes operacionais, 7 (5,98%) assistentes técnicos, 28 (23,93%) enfermeiros, 27 (23,08%) médicos, 22 (18,80%) técnicos de diagnóstico e terapêutica e 8 (6,84%) outros profissionais. 36 (30,77%) profissionais faziam trabalho por turnos com horário noturno e 81 (69,23%) horário exclusivamente diurno. O valor de vitamina D apresentava uma média de $22,23 \pm 9,51$ ng/mL, variando entre 7,87 e 63,74 ng/mL. Relativamente ao *status* de vitamina D, 59 (50,43%) dos doseamentos correspondiam a deficiência, 40 (34,19%) a insuficiência e 18 (15,38%) a suficiência. Ao analisarmos os valores de vitamina D e o horário de trabalho encontramos, para os trabalhadores por turnos com horário noturno, valores entre 9,22 e 48,51 e média de 21,54 ng/mL e, para os trabalhadores sem horário noturno, valores entre 7,87 e 63,74 e média de 22,66 ng/mL. Apesar do valor médio ser ligeiramente superior para os trabalhadores sem horário noturno não encontramos diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos ($p > 0,05$). Analisando o *status* de vitamina D e o horário de trabalho, encontramos para os trabalhadores por turnos com horário noturno, 21 (58,33%) com deficiência, 10 (27,78%) com insuficiência e 5 (13,89%) com suficiência de vitamina D e para os trabalhadores com horário diurno

38 (46,91%) com deficiência, 30 (37,04%) com insuficiência e 13 (16,05%) com suficiência de vitamina D. Mais uma vez verificamos que os trabalhadores por turnos com horário noturno apresentam maior percentagem de deficiência de vitamina D quando comparados com os trabalhadores com horário diurno exclusivo, mas voltamos a não encontrar diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Quando analisados o *status* de vitamina D por grupo profissional também não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Conclusões: Apesar das alterações de estilo de vidas impostas pelo trabalho noturno, não encontramos no nosso estudo diferença estatisticamente significativa entre os valores de vitamina D nos trabalhadores por turnos com horário noturno e os trabalhadores com horário exclusivamente diurno. Importa salientar que os profissionais de saúde só por si são apontados como grupo de risco para hipovitaminose D, independentemente de realizarem trabalho por turnos. O viés de seleção da amostra também constitui uma importante limitação deste estudo.

E-Poster 78

INCIDENTALOMAS DA TIRÓIDE – PATOLOGIA NODULAR. ALGORITMO DE ATUAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Filipe Cabral
USF Marco

Introdução: Define-se incidentaloma da tiróide (IT) como sendo um achado fortuito de um nódulo tiroideu assintomático durante a investigação de outra patologia. A prevalência dos IT varia com o exame imagiológico utilizado: (1) ecografia na avaliação de estruturas do pescoço (20-67%); (2) tomografia computadorizada ou ressonância magnética do tórax ou do pescoço (16-18%). Sabe-se ainda que o risco de cancro a partir de um IT é relativamente baixo (5-13%). Ainda assim, devido à sua frequência, torna-se essencial o médico de família saber qual a melhor abordagem a adoptar nos diferentes casos. Como tal, o principal objetivo deste trabalho consistiu em rever a literatura atual na abordagem dos IT, de forma a construir um algoritmo de atuação, a ser aplicado ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Metodologia: Revisão clássica de artigos publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês e espanhol, em bases de dados de Medicina baseada na evidência (nomeadamente Pubmed e UpToDate), com os termos *thyroid, incidentalomas, nodules, diagnosis approach, management*.

Resultados: A abordagem inicial passa pela realização do doseamento da TSH. Nos casos em que esta esteja diminuída, deverá ser realizada cintigrafia de forma a excluir a possibilidade de um nódulo hiperfixante que motivará a sua referenciação. Nos casos em que o valor de TSH está dentro dos parâmetros normais ou aumentado e nos casos em que a cintigrafia demonstrou tratar-se de um nódulo hipofixante ou isofixante deverão ser tidas em conta 3 cenários: (1) que

diz respeito a nódulos com menos de 10 mm - devendo estes serem alvo de nova avaliação ecográfica entre 6-24 meses (consoante o grau de suspeição); (2) nódulos sem risco clínico ou critérios ecográficos suspeitos: sólidos com mais de 10-15 mm, mistos com mais de 15-20 mm, quísticos com mais de 40 mm; (3) nódulos com risco clínico e/ou critérios ecográficos suspeitos e superiores a 10 mm. Nestes últimos 2 cenários, deverá ser realizada citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) de forma a excluir malignidade. Nos casos em que o resultado desta última seja inconclusivo ou que os nódulos sejam classificados num grau de Bethesda > 2 , deverá o Médico de Família proceder à sua referenciação para consulta hospitalar a efetivar no prazo máximo de 30 dias.

Conclusão: Os nódulos tiroideus são uma patologia bastante frequente nos CSP (sobretudo no sexo feminino e nas idades mais avançadas), podendo muitos deles serem descobertos de forma acidental. Embora a maioria deles sejam benignos, existem critérios clínicos e ecográficos que conferem um risco aumentado de malignidade (vide supra). Outros critérios como o seu tamanho e a sua ecoestrutura interna devem ainda ser considerados na sua abordagem, nomeadamente na indicação ou não para a realização de CAAF. O algoritmo desenvolvido permite uma abordagem baseada na melhor evidência científica disponível à data sobre os IT, evitando a realização de exames e intervenções desnecessárias (sempre que tal não se justifique - prevenção quaternária), permitindo ainda sistematizar qual a melhor estratégia para os diferentes cenários possíveis, facilitando ainda a identificação dos casos que devem ser referenciados aos cuidados hospitalares.

E-Poster 79

MENINGIOMA OU DEPRESSÃO, EIS A QUESTÃO

Ana Filipa Fernandes¹; Patrícia Pimentel Borges²;
Ana Carolina C. Marques¹

¹USF Vale do Sorraia; ²USF D. Sancho I

Introdução: Os meningiomas são dos tumores cerebrais mais comuns em adultos, representando entre 20-35% dos tumores primários do cérebro, sendo mais prevalentes em mulheres e apenas 17% ocorrem em idades inferiores a 50 anos. Apresentam-se tipicamente por quadro de cefaleias, convulsões ou sintomas neurológicos focais, determinados pela sua localização, podendo também ser assintomáticos. Relativamente a fatores de risco, ainda pouco se sabe, mas alguns estudos evidenciam o papel de fatores hormonais, exposição a radiação ionizante, cancro da mama, predisposição genética (neurofibromatose) e da obesidade.

Caso Clínico: Mulher, 38 anos de idade, professora, sem hábitos tabágicos ou etílicos, com antecedentes pessoais de leucemia na infância, cefaleias occipitais em 2008 com TAC-Crânio sem alterações, ooforectomia bilateral em 2011 por endometriose e seguimento em consulta de infeciologia por Hepatite C até 2011, altura em que abandonou a consulta. Em junho/2017, pela primeira vez em 6 anos, recorreu

à sua Médica de Família (MF) por quadro com 6 meses de evolução de tristeza, choro fácil, insónia inicial e intermédia e isolamento social que se associou a divórcio recente, pressão no emprego e medo de problemas económicos no futuro. Negava alucinações visuais, auditivas ou ideação suicida. Ao exame objetivo observou-se lentificação de raciocínio e verborreia. Foi medicada com paroxetina (20 mg/dia) e trazodona (150 mg/dia) tendo ficado agendada consulta de reavaliação para o mês seguinte. Contudo, antes da consulta agendada, foi levada ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de cefaleia intensa e alterações comportamentais associadas a discurso desinibido e repetitivo, agravamento do isolamento social, aumento da irritabilidade e descuido da higiene pessoal com 3 semanas de evolução, tendo também iniciado consumo de tabaco. Foi observada pela Psiquiatria que solicitou TAC-Crânio para exclusão de lesão orgânica, evidenciando tumor bilateral intra-craniano fronto-basal com 70 x 65 x 50 mm e grande efeito de massa. Em duas semanas foi submetida a remoção cirúrgica do tumor, cujo diagnóstico histológico revelou meningioma de fibroblastos com alto índice proliferativo. Dez dias após a cirurgia teve alta, apresentando ligeiro desequilíbrio e diminuição da força muscular dos membros inferiores, necessitando de apoio nas atividades de vida diárias, nomeadamente mobilidade e higiene, com reversão da sintomatologia que a levou ao SU, mantendo o humor depressivo e períodos de confusão. Cinco meses após a cirurgia continua em reabilitação física, apresentando recuperação da força muscular, conseguindo atualmente mobilizar-se de forma autónoma.

Conclusão: Este caso clínico permite evidenciar o contacto que os MF têm com os estadios iniciais e indiferenciados das doenças. Neste caso, seria pouco provável colocar como primeira hipótese de diagnóstico um tumor cerebral, o qual teve como sintomas inaugurais sintomas facilmente associados a quadro depressivo, os quais se justificariam pelo contexto familiar e laboral desta doente ser coincidente com o aparecimento da sintomatologia. É de realçar a TAC-Crânio realizada em 2008 sem evidência de alterações e os seus antecedentes de leucemia na infância e de endometriose que poderão ser fatores de risco a considerar. No entanto, o papel do MF não termina no diagnóstico, tendo um papel fulcral na articulação de cuidados de saúde e recursos comunitários direcionados às necessidades desta doente e respetiva família.

E-Poster 80

PODERÁ A DOENÇA CRÓNICA CONTRIBUIR PARA A DEPRESSÃO?

Ana Sofia Santos Lima; Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano;
Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: As perturbações depressivas são a principal causa de incapacidade em todo o mundo e sabe-se que apresentam uma maior prevalência nos doentes com patologia crónica. Este estudo teve como objetivo relacionar a

doença crónica e o aparecimento de perturbação depressiva em toda a região Centro de Portugal e ainda concluir acerca das patologias crónicas que mais estão associadas a posterior diagnóstico de depressão.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo caso-controlo constituído pelos adultos da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro que, em 2017, não tinham diagnóstico de perturbação depressiva. Foram analisadas as doenças crónicas ativas em 2017 mais prevalentes através de dados informáticos dos cuidados primários da ARS do Centro. Foram contabilizados os novos casos de perturbação depressiva em 2018 e realizada uma análise estatística calculando o risco relativo (RR) de cada doença crónica se associar a depressão, com base no teste do Qui-quadrado. Foi definido como estatisticamente significativo o valor $p < 0,05$.

Resultados: A amostra estudada foi de 1.416.532 adultos. A taxa de incidência de perturbação depressiva em 2018 na região Centro foi 1,18%. As doenças crónicas que significativamente se relacionaram com o desenvolvimento de perturbação depressiva foram: “Distúrbio ansioso/estado de ansiedade” (RR = 1,59; $p < 0,001$), “Fibromioma do útero” (RR = 1,51; $p < 0,001$), “Síndrome vertiginosa” (RR = 1,30; $p < 0,001$), “Síndrome da coluna cervical” (RR = 1,28; $p < 0,001$), “Osteoporose” (RR = 1,27; $p < 0,001$), “Síndrome do ombro doloroso” (RR = 1,25; $p < 0,001$), “Síndrome da coluna com irradiação de dor” (RR = 1,22; $p < 0,001$), “Doença do aparelho musculo-esquelético, outra” (RR = 1,19; $p < 0,001$), “Bócio” (RR = 1,26; $p < 0,001$), “Hipotiroidismo/mixedema” (RR = 1,26; $p < 0,001$), “Veias varicosas da perna” (RR = 1,26; $p < 0,001$) e “Gastrite crónica” (RR = 1,19; $p < 0,001$).

Discussão: Foram confirmadas algumas relações entre certas doenças crónicas e a depressão previamente descritas na literatura, enquanto que outras foram contestadas ou não foram significativas. Este estudo apresentou algumas limitações pois não foram considerados outros fatores de risco para perturbação depressiva, pode ter havido sub-codificação ou erros de registo e a perturbação depressiva pode ter sido subdiagnosticada.

Conclusão: Verificou-se uma relação estatística significativa entre várias doenças crónicas frequentes na região Centro e o desenvolvimento posterior de perturbação depressiva, o que realça a importância de um seguimento de qualidade pelo médico de medicina geral e familiar (MGF) com atenção especial a pessoas com certas doenças crónicas, nomeadamente musculo-esqueléticas, ansiedade, síndrome vertiginosa, fibromiomas uterinos e doenças da tiróide.

Palavras-chave: Depressão; Doença Crónica; Região Centro; Saúde Mental; Medicina Geral e Familiar.

E-Poster 81

EVOLUÇÃO DA TAXA DE COBERTURA VACINAL E DO DIAGNÓSTICO DE GRIPE EM UTENTES COM 65 ANOS OU MAIS NUMA UCSP, DE 2015 A 2019

Mariana Pinho Pereira; Joana Barros Carvalho
UCSP Litoral USF Trilhos Dueça

Introdução: O vírus da gripe é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, afetando um elevado número de indivíduos anualmente. Em Portugal, a vacina da gripe é disponibilizada gratuitamente no Serviço Nacional de Saúde, entre outros grupos, aos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, e administrada nos Cuidados de Saúde Primários. A vigilância epidemiológica da gripe é assegurada pelo Programa Nacional de Vigilância da Gripe, gerando informação detalhada relativamente à atividade gripal.

Objetivos: Avaliar a evolução da taxa de cobertura vacinal da gripe sazonal a utentes com 65 anos ou mais, de 2015 a 2019, numa UCSP. Avaliar a evolução da incidência de gripe em utentes com 65 anos ou mais, de 2015 a 2019, numa UCSP.

Material e métodos: Estudo descritivo, observacional, longitudinal, retrospectivo. População: utentes com 65 anos ou mais inscritos na UCSP em dezembro de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019. Variáveis: utentes com vacina da gripe administrada; episódios com codificação R80 (gripe) - foram excluídos episódios referentes ao mesmo utente num mesmo ano. Recolha de dados: plataforma BI-CSP e MIM@UF.

Resultados: Em 2015, foi vacinada contra a gripe 36,6% da população com 65 anos ou mais; em 2016, 37,7%; em 2017, 38,3%, em 2018, 37,9% e em 2019, 39,7%. Relativamente à incidência de gripe neste grupo etário, esta foi de 0,53%, 0,51%, 0,32%, 0,41% e 0,23%, nos anos de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019, respetivamente.

Conclusões: De uma forma geral verificou-se um aumento progressivo na cobertura vacinal, exceto em 2018, ano em que 24,6% dos utentes da UCSP não tinham médico de família, o que poderá ter condicionado o habitual plano de atuação. Ainda assim, estas percentagens situam-se muito abaixo da taxa de cobertura nacional, que nestes anos esteve entre os 62 e os 67%. Relativamente à incidência de gripe, na razão inversa da taxa de cobertura, esta sofreu uma redução progressiva, excetuando, novamente, o ano de 2018. Limitações do estudo: salienta-se a possibilidade de viés de recolha de dados, uma vez que se baseou em registos clínicos realizados por diferentes profissionais (codificação R80). Cabe à equipa de família adotar estratégias que englobem informação detalhada aos utentes e acessibilidade à administração da vacina, quer no âmbito da consulta quer a nível comunitário, com o objetivo de aumentar as taxas de cobertura vacinal e assim reduzir a incidência da gripe e suas eventuais complicações.

E-Poster 82

CONSULTA DE MEDIÇÃO AMBULATORIA DA PRESSÃO ARTERIAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Paulo Jorge Barros; Pedro Alexandre Vieira; Rita Cordeiro
USF Mondego

Introdução: A Medição em Ambulatório da Pressão Arterial (MAPA) é uma técnica diagnóstica de grande valor que permite a avaliação tensional durante as 24h. Assim, permite melhorar a acuidade diagnóstica de diversas entidades clínicas, como a vulgar hipertensão da “bata branca”, a hipertensão mascarada ou a hipertensão noturna e, assim, adequar a necessidade de terapêutica a cada caso. Contudo, é pouco utilizada uma vez que não é comparticipada.

Felizmente, este paradigma está a mudar, estando algumas unidades de saúde do nosso país a ser equipadas com aparelhos que permitem realização de MAPA. Assim, na nossa unidade, este equipamento está disponível desde janeiro de 2019.

Objetivos: Descrever a casuística e resultados da consulta de MAPA de uma USF no seu 1º ano de funcionamento (2019)

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo. Unidade de estudo: Todos os utentes referenciados à consulta de MAPA criada no início de 2019. Doentes referenciados pelo(a) médico(a) de família, sendo feito MAPA com o dispositivo OnTrak®, sendo registado relatório dos resultados, diagnóstico e orientação terapêutica realizada.

Fontes de dados: Clínico e sistema informático de MAPA (Sentinel®). Processamento de dados: Microsoft Excel®

Resultados e conclusões: Foram realizados MAPAs no ano de 2019 a 14 utentes, com uma média de idades 48,3 anos, variando entre 27 e os 66 anos, sendo 9 utentes do sexo feminino (64,3%). 7 utentes (50%) foram referenciados por suspeita de hipertensão da bata branca, 2 (14%) por hipertensão mascarada, 2 por hipertensão mal controlada, entre outras causas (3 utentes, 21,4%).

Quanto ao diagnóstico, 5 utentes (37,5%) apresentavam hipertensão da bata branca, 4 utentes (28,5%) hipertensão clássica, 2 utentes hipertensão mascarada, 2 utentes tinham perfil tensional normal e 1 exame foi inconclusivo.

Quanto à variabilidade noturna da tensão arterial, 8 utentes (57,1%) apresentavam padrão “Dipper”, 3 (21,4%) padrão “Não-Dipper”, 2 “Extreme Dipper” e 1 utente “Inverse Dipper” Em relação à orientação terapêutica, 4 utentes (28,5%) iniciaram anti-hipertensores, a outros 4 foi efectuada uma escalada terapêutica, 2 suspenderam os anti-hipertensores e 1 reiniciou após confirmação do diagnóstico.

A realização de MAPA permite uma maior acuidade diagnóstica, destrinchando verdadeiras situações de hipertensão de alterações benignas, o que permite por sua vez um melhor ajuste terapêutico, medicando os doentes que verdadeiramente precisam.

E-Poster 83

MULTIMORBILIDADE, TEMPO DE CONSULTA E SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE

Inês Rosendo; Inês Figueiredo; Alexandra Escada; Gil Correia; Natalina Rodrigues; Sara Coelho; Pedro Vieira; Ana Carolina Roque; Henrique Correia; Hélder Farinha; Cláudia Vicente; Marta Costa; António Assunção; Ângela Neves; Ana Rita Guedes; Ana Cláudia Almeida; Isabel Fragoso; Carolina Simões; Sandra Santos; Carla Moreira; Rita Nunes; Margarida Mano Guimarães
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A multimorbilidade define-se como a presença de um ou mais problemas de saúde numa pessoa; tem uma elevada prevalência em Portugal, sobretudo nos Cuidados de Saúde Primários, acarretando várias consequências, não só a nível da qualidade de vida do utente, mas também em termos de organização e gestão dos cuidados de saúde, nomeadamente no tempo de consulta.

Objetivos: Comparar a duração da consulta entre utentes com multimorbilidade e utentes sem multimorbilidade nos Cuidados de Saúde Primários da região Centro. Avaliar o efeito de fatores interferentes no tempo de consulta. Avaliar a satisfação dos utentes com a consulta.

Materiais e métodos: Foram aplicados questionários a 318 utentes em 13 centros de saúde durante os meses de outubro e novembro de 2019. Critérios de inclusão: consultas médicas presenciais em utentes com mais de 18 anos, não grávidas. Cada questionário continha uma parte destinada ao utente em que se avaliou o grau de autonomia do próprio pela Escala de Barthel, dados socio-económico-demográficos e uma escala de avaliação do grau de satisfação. Na parte relativa ao médico, foi registado o tempo inicial e final da consulta, o número de idas às urgências no último ano, o número de consultas anteriores, o número de medicamentos habituais do utente; o número de problemas codificados na lista de problemas ativos. Foi realizada análise descritiva e inferencial dos dados no SPSS, tendo sido utilizado o teste de Mann-Whitney.

Resultados e conclusões: Dos resultados obtidos até ao momento destacam-se uma relação significativa entre o tempo de consulta e o número de consultas prévias no último ano (coeficiente de correlação de spearman - 0,114 e $p < 0,043$), bem como entre o tempo de consulta e o número de medicamentos habituais por utente (coeficiente de correlação de spearman 0,177 e $p < 0,002$). A média do nº de medicamentos habituais foi de 4, sendo o máximo de 17. Apesar da multimorbilidade (2 ou mais problemas) não ter influenciado significativamente o tempo de consulta, parece haver outros fatores que o influenciam, tais como o número de consultas prévias e número de medicamentos crónicos. Estes resultados são de extrema relevância para poder programar a atividade dos médicos de família e redimensionar os ficheiros de acordo com os tempos esperados de consulta.

E-Poster 84

QUANDO A ECOGRAFIA POINT-OF-CARE FAZ A DIFERENÇA NA CONSULTA DE MGF

Jonathan dos Santos; Alexandra Gonçalves
UCSP Celorico de Basto; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A ecocardiografia já tem sido utilizada fora do contexto convencional, no entanto o seu uso nos cuidados de saúde primários ainda está por explorar. Apresentamos três casos clínicos onde um médico de família com treino utilizou a ecocardiografia como auxílio ao exame físico, designada point-of-care ultrasound (POCUS), otimizando a decisão clínica.

Caso clínico: Caso 1: Homem, 50 anos, consumo de 5 litros de vinho por dia, sem outros antecedentes, recorreu à consulta aberta por dispneia para pequenos esforços com duas semanas de evolução. Do exame físico apenas a destacar edema bímaleolar discreto. POCUS revelou função ventricular esquerda severamente comprometida com insuficiência mitral grave e dilatação das câmaras cardíacas. Foi referenciado ao serviço de urgência (SU) já orientado com diagnóstico de insuficiência cardíaca de novo, tendo sido internado para terapêutica e estudo. Caso 2: Mulher, 84 anos, autónoma, sem queixas, em consulta de hipertensão arterial, ao exame físico detetou-se um sopro sistólico, não identificado até então. Via POCUS observou-se provável estenose aórtica grave que se veio a confirmar em ecocardiograma convencional, seguindo-se referência a cirurgia cardíaca para reparação valvular. Caso 3: Homem, 83 anos, solicitou consulta no domicílio por dispneia para pequenos esforços com múltiplos episódios de serviço de urgência, agora com dificuldade em deslocar-se ao consultório. Com um quadro clínico de insuficiência cardíaca, o POCUS distinguiu uma insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, onde a terapêutica é distinta e foi instituída no imediato, em casa do doente e com posterior monitorização em equipa com enfermagem.

Conclusão: Nestes casos, um médico de família com treino utilizou a ecocardiografia como auxílio ao exame físico em contextos clínicos distintos. O POCUS foi aqui um aliado precioso, ao oferecer ao clínico uma informação complementar jamais obtida com o exame físico, permitindo uma orientação diagnóstica e terapêutica mais célere.

E-Poster 85

HOW TO GET AWAY WITH MURDER – CASO CLÍNICO DE CANCRO ORAL

Ana Maria Henriques; Beatriz Meneses; Bibia Santos; Mafalda Salvado; Mariana Santos
USF Cidade do Lis

Introdução: O Cancro Oral é muito comum, sendo detetados em Portugal cerca de 1000 novos casos por ano. Os mais frequentes estão localizados no bordo lateral da língua, pavimento da boca e palato mole. Histologicamente é mais frequente o carcinoma escamoso. Os fatores de risco co-

nhecidos são a exposição ao álcool e tabaco, infecção vírica, exposição a radiação, imunodeficiência e predisposição genética. Manifestam-se como lesão com alteração na coloração da mucosa, plana, ulcerada ou elevada. O Programa de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPCO) foi criado em março de 2014 atualmente com cerca de 8000 utentes abrangidos, 3806 biópsia realizadas e 440 lesões malignas detetadas.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, empregada de escritório, com antecedentes pessoais de Pólipo hiperplásico do cólon e Bócio Multinodular, sem medicação habitual. Recorreu ao Médico de Família (MF) com queixa de “faca a espetar na garganta” em julho de 2017. Após várias consulta com MF, Otorrinolaringologista, Endocrinologista e Médico Dentista, várias observações e exames complementares de diagnóstico inocentes, foi detetado a lesão causadora da dor no bordo lateral direito da língua. Através do cheque PIPCO a utente foi referenciada para o IPO e diagnosticado um carcinoma epidermóide invasor da língua. A lesão foi excisada com sucesso e a utente continua em seguimento no IPO.

Conclusões: A deteção precoce e a exclusão de lesões secundárias é um fator preditor do sucesso do tratamento. Dada a apresentação incidiosa e muitas vezes oculta desta doença, todos os médicos devem estar alerta para a descrição da dor característica e pela falência dos tratamentos conservadores. Da mesma forma, proceder a um exame da cavidade oral metodicamente pode ajudar a não deixar escapar lesões em fases iniciais. O PIPCO é uma ferramenta de grande utilidade para os MF e a sua eficácia foi aqui comprovada.

E-Poster 86

BELLA... DOR – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Garcia Rodrigues; Aldora Firmo; Rui Lopes;
Bárbara Barbosa; Rita Pereira; Sílvia Neves
USF VitaSaurium

Introdução: A automedicação é um fenómeno generalizado na população portuguesa. Se por um lado esta prática reflete o crescimento da responsabilidade de cada indivíduo na promoção da sua própria saúde, por outro, a autovalorização de sinais e sintomas que levam à toma de medicação na ausência de avaliação prévia por um profissional de saúde, comporta riscos.

Caso clínico: Mulher de 61 anos, caucasiana, casada, doméstica, inserida numa família nuclear em fase VII do ciclo de Duvall. Apresenta antecedentes de hipertensão arterial, diabetes tipo 2, dislipidémia, obesidade, glaucoma e hérnia do hiato. A pedido do marido é agendada uma visita domiciliária (VD) para o próprio dia, visto que a doente apresentava uma alteração do comportamento, com delírios persecutórios e défice no auto-cuidado. Ao exame físico no domicílio a doente apresenta desorientação temporo-espacial e labilidade emocional, associadas queixas de cefaleia, tendo sido

referenciada para o Serviço de Urgência de Psiquiatria. Foi submetida a TC–CE e controlo analítico que não revelaram alterações, tendo permanecido em observação. Após 24h em observação e já orientada auto e alopsiquicamente, a doente referiu a toma de cerca de 20-30 comprimidos de um fármaco contendo tartarato de ergotamina e alcalóides da beladona para alívio de cefaleias, nos 2-3 dias prévios a este episódio. Teve alta com o diagnóstico de quadro confusional e psicótico em contexto de sobredosagem involuntária de medicação de venda livre para cefaleias. Em consulta subsequente no Médico de Família, a doente, que se apresenta assintomática, referiu sofrer de enxaquecas menstruais incapacitantes desde a adolescência, tendo recorrido sempre à automedicação para alívio dos sintomas. Desde que se encontra na menopausa, as enxaquecas ocorrem de forma muito esporádica, pelo que a doente recusou uma referência para uma consulta de cefaleias, desvalorizando as queixas pela sua antiguidade.

Conclusão: Com este caso os autores pretendem enfatizar a importância de questionar os doentes sobre a toma de medicação de venda livre/não prescrita pelo médico, uma vez que não é infrequente que a terapêutica habitual realizada pelos mesmos não nos seja conhecida na sua totalidade. Sublinha-se também a necessidade de “esgotar a agenda do doente”, fazendo, sempre que possível, uma revisão de sintomatologia por sistemas, procurando perceber se existem queixas relevantes que o doente desvaloriza.

XXV JNPC



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

11 • 12
fevereiro

Centro de Congressos
de Lisboa

2021

As JNPC voltam a casa!



Save the **DATE**

Mais informações brevemente
em www.admedic.pt



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



XXIV JNPC

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

MAJOR SPONSORS



Boehringer
Ingelheim

Lilly



MSD

INVENTING FOR LIFE



SERVIER

SPONSORS



A. MENARINI PORTUGAL

ALFASIGMA

AstraZeneca

bene
farmacêutica

Bial



Boehringer
Ingelheim



FERRAZLYNCE
ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS, S.A.

ferrer
for good

GRÜNENTHAL



LABORATÓRIOS VITÓRIA

Lundbeck

GRUPO
MEDINFAR 50
Há 50 anos a garantir o Futuro

NORGINE



NOVARTIS

Pfizer

tecnimed

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

ad⁺medic

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

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

E: ana.montes@admedic.pt

paula.cordeiro@admedic.pt

W: www.admedic.pt

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DAS JORNADAS

ad⁺medic
Tours

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

T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59

E: paula.cordeiro@admedictours.pt

W: www.admedictours.pt

RNAVT 2526

