



Pedro Melo

Enfermagem em
Saúde Escolar:
cuidando do
futuro

P. 2



PUB



JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE INTEGRADOS

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Junho 2025
Ano XIII • Número 136 • 3 euros

Publicação Periódica

Estabelecer pontes entre os centros de autoimunidade

apresenta-se como uma
das grandes apostas do
atual coordenador do
NEDAI-SPMI, o internista
Carlos Carneiro, que
também decidiu relançar
o Registo Informático de
Doenças Autoimunes.

P. 4/5



Livro sobre
António
Gentil Martins
apresentado em
homenagem a
quem inspirou
gerações de
médicos

P. 20

Há 10 anos que
a Nutrição é
prioridade
no Hospital
Ortopédico
de Sant'Ana



O responsável por essa
valência, João Gouveia
Martins, juntou colegas
de todo o país num
evento realizado na
própria instituição.

P. 10/12



USF COSTA DO MAR, ULS DE ALMADA-SEIXAL

Inaugurada a 18
de maio de 2015,
esta USF da
Costa de Caparica
assinalou o 10.º
aniversário com
um piquenique
que juntou
profissionais e
familiares. Dias
depois chegou
a notícia: tinha
sido concedida
a Certificação de
Qualidade "Nível
Bom". Entretanto,
parece que os
utentes mais
pequenos adoram
ser vacinados
nesta unidade
coordenada por
Sandra Lopes.

Prevenir a dor na vacinação de crianças

P. 14/19

Infeciologia Pediátrica
deverá ser reconhecida
como subespecialidade
muito em breve,
espera Filipa Prata, presidente
da SIP, uma afiliada da
Sociedade Portuguesa
de Pediatria que celebra
neste mês de junho o 25.º
aniversário da sua criação.



P. 6/7

INFORMAÇÃO

Vacinar crianças e adolescentes
contra a gripe sazonal é uma
forma de os salvaguardar de
complicações e eventuais
hospitalizações, mas também
de defender as suas famílias e a
própria comunidade. Esta seria
a grande mensagem transmitida
no âmbito de um simpósio
promovido pela AstraZeneca e em
que foi apresentada a experiência
espanhola com a administração
da vacina trivalente intranasal.

P. 8/9



PUB

ESPECIAL

PARTE II

Parte I na edição
do *Jornal Médico* de maio

Este Especial inclui uma série de artigos publicados no *Jornal da VII Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar*, distribuído aos participantes no evento, que decorreu no Porto, entre 20 e 22 de março de 2025. Transcritos na íntegra, podem incluir ligeiras adaptações.



2025 | VII JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

20-22 de Março 2025 – PORTO



- Hugo Barbosa Cordeiro:**
"Infelizmente, a formação de profissionais na área da Geriatria ainda é deficitária"
- João Sérgio Neves**
Obesidade – o que há de novo?
- Nuno Bettencourt**
A medicina do século XXI chegou finalmente a Portugal! Guia prática da imagem cardíaca para MGF – como otimizar recursos e interpretar resultados?
- Nuno Alegrete**
Variantes do normal: mitos e desafios na avaliação osteoarticular dos membros inferiores na criança
- Carlos Andrade**
Enxaqueca, uma doença incapacitante
- Jonathan dos Santos**
Enxaqueca na prática clínica: um novo paradigma no tratamento
- Dyna Torrado**
Cessação tabágica: como medicar
- João Carvalho Almeida**
Hipoacusia e otites
- Armando Peixoto**
Disbiose: como identificar e como tratar?

HUGO BARBOSA CORDEIRO, MEMBRO DA COMISSÃO ORGANIZADORA DAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF:

“Infelizmente, a formação de profissionais na área da Geriatria ainda é deficitária”

FOI LOGO NO INÍCIO DO INTERNATO DE MGF QUE HUGO BARBOSA CORDEIRO, 33 ANOS, COMEÇOU A DESENVOLVER UM INTERESSE MUITO ESPECIAL PELA GERIATRIA. HOJE EM DIA, A SUA ATIVIDADE CLÍNICA É PRATICAMENTE TODA ELA DEDICADA À POPULAÇÃO MAIS IDOSA. INTEGRA A CO DAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF DESDE A PRIMEIRA EDIÇÃO, EM 2019, QUANDO AINDA ERA INTERNO.

Quando Hugo Barbosa afirma que a Geriatria em Portugal “está, a todos os níveis, uns largos anos, para não dizer décadas, atrasada em relação a outras nações da Europa”, junta a sua voz a quantos têm vindo a alertar para esta realidade. Lembrando ser o nosso país um dos locais “onde se envelhece com menos saúde”, para tal situação contribui, nomeadamente, “o facto de, na área da Geriatria, a formação dos profissionais, sejam eles auxiliares, enfermeiros ou médicos, ser ainda deficitária”. Para além de que, “em termos sociais, as infraestruturas de apoio que o Estado oferece não são, de todo, suficientes para a procura, quer em termos de quantidade como de qualidade”.

Em todo o caso, reconhece que, “felizmente, há um caminho que tem vindo a ser trilhado no sentido de se apostar numa especialização nesta área, muito por influência da Medicina Interna, sendo certo que, havendo ainda muito por fazer, estamos melhor do que há uns anos”.

Embora Hugo Cordeiro tenha passado, durante a faculdade, em Coimbra, pela enfermaria coordenada pelo

internista Manuel Teixeira Veríssimo, que reconhece ser “uma referência nesta área” – seria, aliás, o primeiro presidente do Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos –, nessa altura não imaginava que mais tarde viria a interessar-se tão intensamente pela população geriátrica.

Essa descoberta viria a acontecer logo no início do seu internato de Formação Específica, como recorda: “Constati que talvez fosse a faixa etária onde eu poderia ser mais útil, até porque comecei a verificar que gostava de lidar com estes doentes, de quem, de facto, ia recebendo um bom *feedback*.” De tal forma Hugo Cordeiro ganhou interesse por este grupo de utentes que decidiu fazer, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, um curso de especialização em Geriatria de dois anos, quando cumpria o 2.º e o 3.º ano do internato de MGF.

MGF: “Sinto-me totalmente realizado”

Recuando “um pouco” atrás no tempo, importa registar que, embo-



O médico de família Hugo B. Cordeiro é especializado em Geriatria Clínica e tem uma pós-graduação em Medicina da Dor

ra tendo nacionalidade portuguesa, Hugo Barbosa Cordeiro nasceu na localidade de Colmar, na Alsácia, no primeiro dia de dezembro de 1991. Filho único de pais emigrados em França, tinha três anos e meio quando se mudou com a família (incluindo os avós) para Braga, onde viveu e estudou até ao 12.º ano de escolaridade.

Decidido a ser médico, juntou-se a um grupo de amigos e foram todos estudar para Coimbra (FMUC). Lembra que, na altura, o curso de Medicina na Universidade de Braga era ainda muito recente, sobre o qual não se sabia muito. E logo acrescenta que, se fosse hoje, “com a reputação que ganhou, teria ficado com certeza em Braga”.

Entretanto, esclarece que “estava muito mais orientado para a Medicina Interna ou a Pneumologia, mas durante o internato do Ano Comum, em Vila Nova de Gaia, gostei muito do estágio de Medicina Geral e Familiar, o que contribuiu bastante para que viesse a optar por esta especialidade, sentindo-me, hoje em dia, totalmente realizado”.

E como foi Hugo Barbosa parar à USF São João do Porto? “Tratou-se de uma escolha consciente! Eu conhecia várias pessoas que se tinham formado lá e que me deram boas referências. Entre outros aspetos, é uma unidade que tem, historicamente, uma boa ligação à faculdade

e onde os seus internos são bem acompanhados.”

Com o título de especialista em MGF conquistado no início da primavera de 2021, o nosso entrevistado não conseguiu colocação no norte do país, circunstância que, aliada a motivos familiares, fez com que decidisse não continuar no SNS.

“É claro que hesitei, até porque, ideologicamente, sou um grande defensor do SNS. Mas como também surgiram algumas oportunidades que até me permitiam manter um contacto estreito com a população geriátrica, tomei essa decisão”, explica. Acabou por ficar mais de dois anos ligado à Santa Casa da Misericórdia do Porto, integrando agora a estrutura das Residências Montepio, em Vila Nova de Gaia.

“Para além de acompanhar muitos idosos, também observo doentes em Cuidados Continuados, alguns dos quais bastante mais novos e em reabilitação, na sequência de acidentes ou vítimas de AVC. E é muito desafiante porque, efetivamente, vou tendo casos que transcendem um pouco a MGF. Permite-me articular com colegas de outras especialidades e áreas, como a Medicina Interna, a Fisioterapia, a Neuropsicologia, a Enfermagem ou a Terapia Ocupacional. É um trabalho de equipa muito dinâmico, reconfortante e entusiasmante”, frisa Hugo Barbosa.

“Jornadas: “Somos quase como uma família”

É fácil perceber como é que o jovem médico surge envolvido no projeto das Jornadas Multidisciplinares de MGF se pensarmos que

PORTO
20 a 22 março 2025

Obesidade – o que há de novo?



João Sérgio Neves
Serviço de Endocrinologia,
ULS de São João. FMUP

Obesidade é uma doença crónica, resultante de múltiplos fatores genéticos, ambientais e comportamentais. O seu impacto na saúde é profundo, estando associada a mais de 200 complicações, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, apneia do sono e doenças oncológicas. Associa-se ainda a redução da qualidade de vida e a redução da esperança de vida.

Os dados mais recentes apontam para uma prevalência crescente da obesidade em Portugal e no mundo. No nosso país, cerca de 67,6% têm excesso de peso ou obesidade (28,7% dos adultos apresentam obesidade). Globalmente, estima-se que

890 milhões de pessoas vivam com esta doença, representando cerca de 16% da população adulta.

É essencial compreender que a regulação do peso corporal envolve interações complexas entre o sistema nervoso central e sinais hormonais periféricos. O hipotálamo desempenha um papel central na homeostase energética, controlando a saciedade, o apetite e o gasto energético. O córtex pré-frontal participa na autorregulação e controlo inibitório, enquanto o sistema mesolímbico está envolvido na alimentação hedónica e na resposta a estímulos alimentares.

Várias hormonas regulam o apetite e a saciedade, incluindo GLP-1, PYY, leptina e insulina, que promovem a redução da ingestão alimentar. Em contrapartida, a grelina estimula a fome, contribuindo para a recuperação do peso após perdas ponderais. Devido a esta regulação complexa do peso corporal, é frequente a perda de peso por modificação do estilo de vida ser seguida de reganho de grande parte do peso perdido.

Após uma redução ponderal, mecanismos compensatórios entram em ação, incluindo diminuição do gasto energético e aumento do apetite, dificultando a manutenção do peso perdido. Por isso, a abordagem à obesidade deve ser multidisciplinar, e grande parte dos casos requerem a

combinação de alterações comportamentais com farmacoterapia. Em casos mais graves, a cirurgia metabólica é também uma ferramenta importante no tratamento da obesidade.

Até há pouco tempo, as opções farmacológicas para tratamento da obesidade permitiam o atingimento de 7-10% de perda de peso, o que era insuficiente para uma proporção significativa dos doentes com obesidade. A tirzepatida, um agonista duplo dos receptores GIP e GLP-1, vem revolucionar a magnitude de perda de peso observada com o tratamento farmacológico. Em múltiplos ensaios clínicos, a tirzepatida tem demonstrado reduções significativas no peso corporal, modulando a ingestão alimentar e promovendo uma maior saciedade. No estudo SURMOUNT-1, a tirzepatida na dose de 15 mg levou a reduções médias de 22,5% do peso corporal às 72 semanas, com impacto positivo em múltiplos parâmetros cardiometabólicos e na qualidade de vida dos doentes. Os efeitos adversos mais comuns foram gastrointestinais, tendo sido maioritariamente transitórios e na fase inicial do tratamento.

Como doença crónica, a obesidade necessita de tratamento contínuo. A imagem da abordagem farmacológica para a hipertensão, dislipidemia ou diabetes, o tratamento da obesidade deve ser contínuo. As novas evidências sobre a fisiopatologia da obesidade e a eficácia das intervenções disponíveis salientam-nos a importância de tratar adequadamente a obesidade. As opções farmacológicas mais eficazes devem ser oferecidas aos doentes para permitir reduzir a carga de doença e os efeitos adversos na qualidade de vida e longevidade que a doença apresenta. É essencial reformular a forma como a obesidade é abordada, de forma a que as pessoas que vivem com obesidade possam receber um tratamento sem estigmas e baseado nas melhores evidências científicas.

A MEDICINA DO SÉCULO XXI CHEGOU FINALMENTE A PORTUGAL!

Guia prático da imagem cardíaca para MGF – como otimizar recursos e interpretar resultados?



Nuno Bettencourt
Coord. nacional do Registo de Imagem Cardíaca Avançada da SPC.
Prof. associado do Departamento de Fisiologia e Cirurgia da FMUP

estas ferramentas apresentam limitações importantes. O ecocardiograma sem doppler tem valor reduzido na avaliação funcional cardíaca. A PE tem baixa especificidade, levando frequentemente a falsos positivos e à necessidade de exames adicionais.

A SPECT, apesar da sua utilidade na isquemia miocárdica, envolve exposição à radiação e tem um custo elevado (semelhante ao de uma ressonância magnética cardíaca (RMC)), que continuará a ser reservada às especialidades hospitalares). O novo modelo inclui agora o ecocardiograma doppler, o doppler tecidual, o ecocardiograma de sobrecarga com exercício, o score de cálcio e a angiografia cardíaca, permitindo um diagnóstico mais precoce e uma gestão mais eficiente do risco CV.

4. Suspeita de insuficiência cardíaca (IC): O ecocardiograma, com especial enfoque no ecocardiograma doppler tecidual nos casos de suspeita de IC com fração de ejeção preservada, possibilita a avaliação precoce da disfunção ventricular, sendo crucial para orientar terapêutica e melhorar o prognóstico destes doentes.

Uma nova abordagem à doença CV

A imagem cardíaca passa a ser um elemento essencial para a prática da MGF, sobretudo em 4 áreas-chave:

1. Estratificação de risco em assintomáticos com fatores de risco CV (FRV): O score de cálcio, aliado aos scores clínicos (SCORE-2 e SCORE2-OP), reclassifica o risco em pessoas aparentemente saudáveis, permitindo uma abordagem personalizada e evitando sub- ou sobre- tratamento.

2. Suspeita de doença valvular: O ecocardiograma doppler permite avaliar sopros, detetar estenoses e

insuficiências valvulares, evitando referências desnecessárias.

3. Suspeita de doença coronária: A angiografia cardíaca como teste de primeira linha permite excluir, com elevado valor preditivo negativo, a presença de doença coronária significativa, reduzindo a necessidade de exames invasivos. Os seus resultados têm impacto prognóstico e permitem orientar terapêutica individualizada e eventual estudo subsequente (ecocardiograma de exercício, SPECT e/ou RMC).

4. Suspeita de insuficiência cardíaca (IC): O ecocardiograma, com especial enfoque no ecocardiograma doppler tecidual nos casos de suspeita de IC com fração de ejeção preservada, possibilita a avaliação precoce da disfunção ventricular, sendo crucial para orientar terapêutica e melhorar o prognóstico destes doentes.

Da teoria à prática: o que fazer com os resultados?

A revolução começa agora!

A implementação destes exames nos cuidados primários só terá impacto real se forem corretamente utilizados na tomada de decisão clínica, tal como preconizado pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia:

Ecocardiograma doppler e de sobrecarga: Se houver disfunção ventricular, valvulopatia significativa ou sinais de isquemia, a referência à Cardiologia deve ser considerada. Em doentes

sem alterações relevantes opta-se por vigilância e otimização terapêutica.

Score de cálcio: Um score de cálcio de 0 indica risco CV muito baixo, enquanto valores superiores a 100 sugerem intensificação da prevenção secundária com hipolipidemiantes e antiagregação, de forma individualizada, de acordo com o perfil global de risco.

AngioTC cardíaca: A presença de doença coronária não obstrutiva deve motivar reforço da prevenção e otimização terapêutica; estenoses significativas, sintomáticas e/ou com impacto funcional relevante devem motivar referência à Cardiologia. O objetivo não é apenas identificar a doença, mas intervir precocemente para evitar eventos CV. O conhecimento detalhado da carga aterosclerótica permite personalizar o tratamento, garantindo que os pacientes certos recebem a terapia certa, no momento certo!

A imagem CV é um pilar essencial na MGF no século XXI. A participação destes exames pelo SNS representa um avanço significativo nos CSP. Cabe agora aos médicos de família e colegas das especialidades hospitalares, com particular enfoque na Cardiologia, garantir que esta mudança se traduz em benefícios reais para os nossos pacientes. A medicina do futuro chegou! E, felizmente, veio para ficar!

VARIANTES DO NORMAL

Mitos e desafios na avaliação osteoarticular dos membros inferiores na criança



Nuno Alegrete
Ortopedista pediátrico, Hospital CUF Porto e i3S - Universidade do Porto

Àinda nos bancos da faculdade aprendi, a propósito da interpretação do eletrocardiograma, que afirmar que estava normal era mais difícil do que lhe encontrar alterações. A assunção de normalidade é sempre mais difícil do que detectar a patologia.

O crescimento envolve uma série de mudanças de forma, para além do esperado aumento de tamanho. O conhecimento destas mudanças é fundamental para não diagnosticar doença onde tudo está normal.

Uma das razões mais comuns para a observação de crianças em consulta de ortopedia, sobretudo entre os 2 e os 3 anos, é a marcha com os pés para dentro, habitualmente em associação com a tendência para se sentar em W. Sentar em W traduz uma característica fisiológica: nestas idades, a articulação da anca tem maior amplitude de rotação medial do que de rotação lateral. Por isso, há maior facilidade para sentar em W (com rotação medial das ancas) do que “à chinês” (que obriga a uma rotação lateral).

É também por essa mesma razão que muitas crianças caminham com os pés em convergência: as ancas rodam para dentro (roda todo o membro inferior) e tal é mais visível nos pés. Esta grande preocupação está manifestada, aliás, no Boletim de Saúde Infantil que, na secção dos conselhos aos pais entre a consulta dos dois e dos três anos, refere: “Contrarie a posição de se sentar com as pernas para os lados. É preferível que se sente com as pernas cruzadas à frente.”

Este axioma é assim erradamente perpetuado, mantendo um mito para o qual não existe qualquer fundamento científico e transformando em problema aquilo que é uma característica

fisiológica. Esta rotação medial preferencial das ancas vai diminuindo com o crescimento, sendo raros os adultos que conseguem sentar-se em W, da mesma forma que também são raros os adultos que caminham com os pés em convergência. Nenhuma consequência nefasta ocorre por uma criança se sentar preferencialmente, em W.

Entre os 3 e os 4 anos, a maior preocupação surge com o alinhamento frontal dos membros inferiores, nomeadamente com o valgismo dos joelhos. Também o ângulo formado entre o fémur e a tibia, quando observados de frente, vai variando ao longo do tempo. Entre o nascimento e os primeiros meses após o início da marcha, é normal observar algum arqueamento em varo dos membros inferiores (joelhos para fora) que, na verdade, é um arqueamento fisiológico da tibia. Por volta dos dois anos, o alinhamento entre fémur e tibia atinge um valor neutro, começando depois uma evolução para valgismo dos membros inferiores (joelhos valgus ou joelhos em X), que terá o seu máximo entre os 3 e os 4 anos.

Como regra, este valgismo é simétrico, indolor, não está associado com claudicação e não condiciona qualquer limitação nas atividades da criança. Estas

são características que apontam para normalidade. Esta forma começa a mudar a partir deste período e é de esperar que por volta dos 8 a 10 anos se tenha obtido o alinhamento neutro dos joelhos.

Depois desta fase, e até ao início da adolescência, temos outra característica que é, também, motivo frequente de consulta: os pés planos. O arco do pé cresce com o crescimento: aos 3 anos, a quase totalidade das crianças têm os pés planos e este valor é reduzido para cerca de 5% por volta dos 10 anos de idade. Caracteristicamente, estas crianças têm o arco formado quando não estão em apoio e os pés são flexíveis e indolores.

Estes pacientes não apresentam qualquer limitação nas suas atividades. É, no entanto, fundamental distinguir estes pés saudáveis de pés doentes: alterações congénitas, patologia neurológica e doenças do foro reumatológico ou oncológico também podem ser causa de pés planos. Pés rígidos, dolorosos ou assimétricos são sempre motivo de referência a uma consulta de ortopedia pediátrica.

Todas estas “anormalias” eram tratadas com a utilização de botas ortopédicas: era assim no tempo dos avós das crianças de hoje, que

“trataram” os seus filhos dessa forma e que agora recomendam o mesmo para os seus netos. Tudo isso mudou: Conhece-se melhor a evolução do pé e dos membros inferiores e muito do que, há alguns anos, se considerava anomalia hoje sabe-se ser normal. O tempo trouxe uma outra mudança: as botas ortopédicas foram desaparecendo, substituídas pelas palmilhas ortopédicas.

Serão precisos muitos anos para que se perceba, finalmente, que o que é normal não precisa de ser tratado e que o benefício da utilização de botas ortopédicas ou de suportes plantares (palmilhas) na mudança da anatomia (do pé ou dos membros inferiores) é exatamente o mesmo: nenhum! A sua utilização com o objetivo de acelerar a formação do arco plantar é totalmente inútil.

Embora o autor original seja desconhecido, o neurocirurgião Henry Marsh escreveu no seu livro *Sem causar mal...* que “é preciso três meses para aprender a fazer uma cirurgia, três anos para saber quando fazê-la e trinta anos para se saber quando não a fazer”. Isto aplica-se a muitas áreas da Medicina: só tratadas com a utilização de botas ortopédicas: era assim no tempo dos avós das crianças de hoje, que

antagonistas dos canais de cálcio).

Contudo, estes são inespecíficos e a sua descontinuação é comum, quer por ausência de eficácia, quer por efeitos adversos. O advento de tratamentos injetáveis (toxina botulínica ou anticorpos anti-CGRP) colmatou parte destes problemas, mas a sua restrição hospitalar torna a sua acessibilidade mais restrita.

Os gepants são os primeiros fármacos orais específicos para o tratamento da enxaqueca. Destes, o atogepant encontra-se atualmente participado. Trata-se de um fármaco oral, de toma única, sem necessidade de titulação, sendo que mostrou em diversos estudos um bom perfil de tolerabilidade, segurança e eficácia. Estes fatores, aliados à possibilidade da sua prescrição em ambulatório, poderão mudar, num futuro próximo, o tratamento da enxaqueca.

PORTO
20 a 22 março 2025

Enxaqueca na prática clínica: um novo paradigma no tratamento



Jonathan dos Santos
Médico de MGF, Hospital Lusíadas Paços de Ferreira

A enxaqueca é uma das condições médicas mais prevalentes no mundo, afetando cerca de 14% da população global. Representa uma das principais causas de incapacidade, com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e custos associados ao absentismo laboral e ao uso dos sistemas de saúde. Apesar disso, é frequentemente subdiagnosticada e subtratada, sobretudo nos Cuidados de Saúde Primários.

Estima-se que 90% dos doentes com enxaqueca possam ser eficazmente acompanhados e tratados nos CSP. No entanto, a complexidade da gestão terapêutica tem sido um obstáculo para muitos médicos de Medicina Geral e Familiar. O receio dos efeitos adversos das terapêuticas tradicionais, a baixa tolerabilidade dos tratamentos preventivos e a falta de opções acessíveis dificultaram a abordagem eficaz da doença.

Estima-se que 90% dos doentes com enxaqueca possam ser eficazmente acompanhados e tratados nos CSP.

Com a recente participação do atogepant, um antagonista do CGRP, abre-se uma nova era no tratamento preventivo da enxaqueca. Trata-se de uma opção oral segura, bem tolerada e eficaz, permitindo uma abordagem mais simplificada e acessível nos CSP. O atogepant surge como uma alternativa eficaz para doentes que antes não tinham opções terapêuticas viáveis ou que não tole-

ravam os tratamentos disponíveis.

A sessão que conduzimos nestas Jornadas, em colaboração com o Dr. Carlos Andrade, neurologista dedicado à cefaleia, pretendeu descomplicar a abordagem à enxaqueca na MGF. Revimos conceitos-chave

de diagnóstico, que continua a ser essencialmente clínico. Além disso, abordámos a gestão das crises agudas e as estratégias para prevenção e controlo crónico da doença, utilizando casos clínicos para ilustrar diferentes cenários e facilitar a tomada de deci-

são na prática diária.

O nosso objetivo é reforçar o papel do MGF na gestão da enxaqueca, sensibilizando para a importância do seu reconhecimento e tratamento adequado. Com ferramentas terapêuticas mais eficazes e seguras, pode-

mos transformar a abordagem desta doença e melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes. A enxaqueca é, e deve continuar a ser, uma condição sob a responsabilidade dos CSP, com o apoio da consulta hospitalar numa pequena porção de doentes.

Enxaqueca, uma doença incapacitante



Carlos Andrade
Neurologista, ULS de Santo António

A enxaqueca é uma doença incapacitante. Afeta cerca de 14% da população mundial, sendo uma das principais causas de *years lived with disability*. Representa um elevado custo económico, sobretudo

por absentismo e perda de produtividade, o que, por serem perdas indiretas, são mais difíceis de mensurar e mascaram o verdadeiro encargo que esta doença tem na sociedade. O diagnóstico é clínico e assenta na duração e características da dor (cefaleia com 4 a 72 horas, unilateral, pulsátil, intensidade moderada a elevada, agravamento com atividades rotineiras) e nos sintomas concomitantes (náuseas/vómitos, foto/fonofobia). Nenhum destes pontos é obrigatório.

Outras queixas, como alterações cognitivas, intolerância a outros estímulos (como odores ou movimento), desequilíbrio/sensação de instabilidade são sugestivas. A presença de história familiar pode auxiliar. A localização da dor não faz parte dos critérios de diagnóstico e pode ser enganadora: se frontal é confundida com sinusite, se occipital com cefaleia tipo tensão.

Além disso, a dor cervical é muito frequente, o que aumenta a confusão com a cefaleia cervicogénica e leva frequentemente a exames complementares de diagnóstico desnecessários.

O tratamento pode ser dividido em não farmacológico e farmacológico. Relativamente ao primeiro, pode ser resumido numa palavra: rotina, englobando assim medidas de higiene do sono e um estilo de vida sau-

A localização da dor não faz parte dos critérios de diagnóstico e pode ser enganadora.

dável. A importância destas deve ser sempre explicada de forma enquadrada: se, por um lado, ajudam no controlo da doença, por outro, não podem incutir sentimentos de culpa nem de evicção (incluindo social) ao doente, levando-o a procurar o fator causador de todas as suas crises, culpabilizando-se por não o encontrar ou por “pecar”.

O tratamento farmacológico divide-se em agudo e preventivo. O primeiro tem por base os anti-inflamatórios não esteroides, os triptanos e os gepants (rimegepant). Devem ser administrados no início da dor, considerando-se a associação com antieméticos. O tratamento preventivo deve ser considerado na presença de 4 ou mais dias de dor por mês. Na sua base, encontram-se os fármacos orais tradicionais (antiepilépticos, antidepressivos, betabloqueantes,



Cessação tabágica: como medicar



Dyna Torrado
Médica de família, USF Ria Formosa.
Membro do GRESP. Especialista em
Tabagismo pela Univ. de Sevilha

Todos nós profissionais de saúde temos a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados preventivos à população, independentemente do tipo de assistência que prestemos ou do local onde exercemos as nossas funções.

Nos Cuidados de Saúde Primários, a prevenção constitui a base da nossa

prática clínica. O tratamento da dependência do tabaco é amplamente reconhecido como um dos pilares das terapêuticas preventivas, sendo consensual que as intervenções para a cessação tabágica devem integrar os cuidados de saúde e os modelos de boas práticas de qualquer médico de família.

A intervenção breve para a cessação tabágica apresenta um NNT (Número de doentes Necessário para Tratar) de 40, o que significa que, por cada quarenta fumadores que aconselhemos a deixar de fumar com uma intervenção breve estruturada um conseguirá abandonar o tabaco.

Estudos demonstram que o tratamento para deixar de fumar (NNT entre 10 e 46, dependendo do fármaco utilizado) é mais eficaz na prevenção da mortalidade prematura que o uso de estatinas em prevenção primária (NNT 107), mais eficaz que a prevenção da morte por enfarte ou AVC a 1 ano mediante tratamento da hipertensão leve-moderada (NNT de 700) e mais que o rastreio de cancro do colo do útero para a prevenção de uma morte a 10

anos (NNT de 1140), intervenções que assumimos como indiscutíveis no nosso dia-a-dia. (*Van Shayck et al., 2017*).

No entanto, a realidade demonstra que cerca de 80% das tentativas para deixar de fumar não são apoiadas por nenhum profissional de saúde.

A elevada carga assistencial que sofremos, a falta de tempo para abordar os múltiplos problemas do doente durante a consulta e, possivelmente, a existência de consultas de apoio intensivo onde eventualmente se podem referenciar os fumadores poderão constituir justificações na consciência do médico para a ausência de intervenção no tratamento do tabagismo.

Há evidência científica robusta de que o sucesso da cessação tabágica aumenta significativamente quando associado ao uso de medicação, duplicando as taxas de abstinência aos seis meses, em comparação com fumadores que tentam deixar de fumar de forma autónoma e sem apoio (*Evidência A*).

Dessa forma, todos os fumadores que pretendam realizar uma tentativa séria para abandonar o tabaco devem ser

encorajados a fazer tratamento farmacológico, desde que apresentem dependência física à nicotina e um consumo igual ou superior a 10 cigarros por dia (*Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff, 2008*).

É sobejamente conhecido que um dos fatores mais determinantes para o sucesso da cessação tabágica é a comparticipação dos medicamentos. Graças ao esforço de vários colegas e ao trabalho conjunto de múltiplas sociedades médicas do país, entre as quais a APMGF, através do GRESP, tem sido possível alcançar avanços significativos na implementação de políticas de saúde pública contra o tabagismo, incluindo a comparticipação de alguns fármacos para a cessação tabágica.

Felizmente, em 2024, foi implementada a comparticipação da citisniclina a 37%. Além disso, houve a satisfação de voltar a contar com a vareniclina no mercado português, após vários anos de indisponibilidade. Este fármaco, que tantas satisfações nos tinha proporcionado na prática clínica pela sua eficácia, regressou com comparticipação, tal como já ocorria com a sua versão original.

Atualmente, dispomos de um vasto leque de opções terapêuticas para apoiar os doentes que decidem parar de fumar. Torna-se, portanto, imprescindível que todos os médicos saibam como tratar os fumadores que desejam abandonar o tabaco e estejam familiarizados com, pelo menos, um ou dois fármacos para o tratamento da dependência à nicotina.

Importa salientar que o tratamento farmacológico deve sempre ser complementado por medidas comportamentais, tal como ninguém oferece manteiga sem pão. O tratamento psicológico-condutual proporciona ao fumador um conjunto de ferramentas que o capacitam para afrontar os estímulos que lhe impulsionam a fumar e prevenir as recaídas.

Este é um tema de grande relevância que merece uma abordagem aprofundada, a ser explorada numa futura oportunidade, talvez até numa próxima edição...

Referências bibliográficas:

· *Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. American journal of preventive medicine, 35(2), 158–176. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.04.009>.*
· *Van Shayck, O. C. P., Williams, S., Barchilon, V., Baxter, N., Jawaad, M., Katsaounou, P. A., Kirenga, B. J., Panaltescu, C., Biligiamni, I. G., Zivar, N., & Ostrem, A. (2017). Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. NPJ primary care respiratory medicine, 27(1), 38. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0039-5>.*

Hipoacusia e otites



João Carvalho Almeida
Otorrinolaringologista, Hospital de Santa Maria - Porto

Os Cuidados de Saúde Primários desempenham um papel essencial na identificação precoce, na orientação inicial e na referência adequada à especialidade de Otorrinolaringologia (ORL). No que respeita à patologia ORL do foro otológico, a hipoacusia e as otites são das condições mais frequentes na prática clínica.

Hipoacusia

Uma avaliação eficaz da hipoacusia vai além da simples pergunta “Ouve bem?”. Devem ser investigadas queixas como dificuldade em ouvir em ambientes ruidosos, aumento do volume da televisão, queixas de familiares e fatores de risco. A história clínica deve incluir o início das queixas, a lateralidade, a duração e evolução, os sintomas acompanhantes e os antecedentes pessoais.

No exame objetivo, a otoscopia é essencial e pode revelar alterações como cerúmen impactado, corpo estranho, infeção aguda ou perfuração timpânica, que podem ter orientação imediata pelo médico de MGF. A acimetria é uma ferramenta simples, rápida e eficaz, que pode ser utilizada para diferenciar entre hipoacusia de condução e hipoacusia neurosensorial.

De entre os exames audiológicos, a audiometria é dos mais solicitados e é fundamental para a confirmação diagnóstica, permitindo classificar e quantificar o grau de hipoacusia. Entre todos os quadros de hipoacusia

que devem ser referenciados à urgência de ORL, destacam-se:

- Hipoacusia neurosensorial súbita;
 - Hipoacusia associada a paralisia facial periférica;
 - Hipoacusia associada a vertigem ou sinais neurológicos.
- Dos quadros de hipoacusia que devem ser referenciados à consulta de ORL, destacam-se:
- Hipoacusia unilateral ou assimétrica;
 - Hipoacusia com impacto na qualidade de vida, sendo que, a partir do grau moderado, a referência a ORL é fortemente recomendada.

Otites

Embora existam vários tipos de otites, as mais frequentemente encontradas são a otite externa, a otite média aguda, a otite média com efusão e a otite média crónica.

Otite externa

Frequentemente associada à exposição à água, corpos estranhos e

doenças dermatológicas, a otite externa pode ser bacteriana ou fúngica. Manifesta-se por otalgia intensa, otorreia e prurido. O tratamento consiste, na grande maioria dos casos, em associação de antibiótico e corticóide tópico, bem como analgesia e evicção de água. A referência a ORL deve ser realizada se houver compromisso da permeabilidade ou suspeita de otite externa maligna ou fúngica.

Otite média aguda (OMA)

Mais comum em crianças, as otites são inicialmente de causa viral, mas podem sobreinfetar. O principal achado é o abaulamento da membrana timpânica e o tratamento depende da idade e da gravidade do quadro. A realização ou não de antibioterapia deve ter em conta fatores como: idade inferior a 6 meses, presença de otorreia, bilateralidade e persistência sintomática.

A amoxicilina é, geralmente, o tratamento de primeira linha. Na presença de fatores de risco, deve ser utilizada a associação de amoxicilina e ácido clavulânico.

A referência a ORL deve ser realizada se houver suspeita de complicações (como mastoidite ou paralisia facial), OMA recorrente (≥ 3 episódios/6 meses ou ≥ 4 /ano) e falha terapêutica após realização de antibioterapia de largo espetro.

Otite média com efusão (OME)

Caracteriza-se pela presença de líquido no ouvido médio, sem sinais inflamatórios agudos. É uma das principais causas de hipoacusia em crianças e pode estar associada a atraso na linguagem. A atitude inicial deve ser de vigilância e tratamento médico, antes de se considerar tratamento invasivo, visto que a maioria dos casos se resolve em 6 a 12 semanas.

A referência a ORL deve acontecer nos casos de OME crónica (> 3 meses), atraso na linguagem, OME unilateral no adulto, alterações estruturais da membrana timpânica e doentes com risco aumentado, nomeadamente doentes com síndrome de Down e fenda palatina.

Otite média crónica (OMC)

De entre os diferentes tipos de OMC, destacam-se a OMC simples e a OMC colestomatosa. A referência a ORL deve ser realizada se houver suspeita de complicações, nomeadamente paralisia facial, vertigem, hipoacusia de novo, cefaleia intensa, alteração do estado de consciência e presença de sintomas neurológicos. Para além disso, doentes com hipoacusia e otorreia crónica em provável contexto de OMC ou suspeita de colestatoma devem ser encaminhados à consulta externa de ORL.

Conclusão

O médico de MGF desempenha um papel essencial na avaliação inicial e referência adequada dos casos de hipoacusia e otites. Nestas VII Jornadas Multidisciplinares de MGF pretendemos fazer uma abordagem sistemática prática, que permita uma melhor orientação e prevenção de complicações, garantindo um prognóstico mais favorável para os doentes.

Disbiose: como identificar e como tratar?



Armando Peixoto
Gastroenterologista, ULS de São João e Hospitais Trofa Saúde

munidades microbianas – um estado denominado disbiose –, o impacto pode ser significativo, favorecendo o desenvolvimento de diversas patologias.

O que caracteriza a disbiose?

O microbioma saudável é altamente dinâmico e apresenta variações entre indivíduos e populações. No entanto, existe um consenso: a diversidade das espécies é um fator essencial para manter o equilíbrio biológico. A redução dessa diversidade tem sido associada a múltiplas doenças crónicas, incluindo doença inflamatória intestinal, diabetes, obesidade e distúrbios neuropsiquiátricos.

Estudos demonstram que a colonização inicial do trato gastrointestinal ocorre logo após o nascimento, sendo influenciada por fatores como tipo de parto e amamentação. O parto vaginal e o aleitamento materno promovem a colonização por bactérias benéficas, enquanto a cesariana e a alimentação artificial podem favorecer uma microbiota

menos diversa e mais associada a doenças alérgicas, metabólicas e autoimunes.

Ao longo da vida, fatores ambientais e dietéticos continuam a modular o microbioma. O contato com animais, a exposição a microrganismos em ambientes rurais e a ingestão de fibras são elementos essenciais para promover a biodiversidade microbiana. Em contraste, o uso indiscriminado de antibióticos, o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados e a baixa ingestão de fibras favorecem o desequilíbrio.

Disbiose e doenças crónicas

O impacto da disbiose na saúde é vasto. Além das doenças metabólicas e gastrointestinais, há um crescente corpo de evidências ligando a disbiose a condições neurológicas e psiquiátricas. Modelos experimentais indicam que animais livres de microbiota (*germ-free*) apresentam desenvolvimento anormal do sistema nervoso entérico e central, com alterações na mielini-

zação cortical, neurogênese e resposta ao stress.

A teoria da neuroinflamação induzida pela disbiose tem sido proposta como um dos mecanismos subjacentes a distúrbios como depressão, Alzheimer e Parkinson. A translocação de lipopolissacarídeos de bactérias intestinais para a corrente sanguínea pode ativar a microglia, contribuindo para processos inflamatórios crónicos no sistema nervoso central.

Como podemos corrigir a disbiose?

O tratamento da disbiose deve ser multifatorial, abordando desde a modificação dietética até ao uso de estratégias terapêuticas direcionadas. Probióticos e prebióticos desempenham um papel fundamental na modulação da microbiota intestinal.

Os probióticos são microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas, conferem benefícios à saúde do hospedeiro. Uma das suas principais

vantagens é a capacidade de aderir à mucosa intestinal, formando uma barreira protetora contra microrganismos patogénicos e promovendo o equilíbrio da microbiota. Além disso, os probióticos interagem ativamente com o sistema imunológico, estimulando a produção de IgA secretora, reduzindo processos inflamatórios e promovendo uma resposta imune equilibrada.

A sua eficácia tem sido demonstrada em diversas áreas da medicina. Estudos clínicos sugerem que o uso de probióticos pode reduzir o risco de doenças atópicas, como eczema e alergias, quando administrados durante a gravidez e amamentação. No contexto das infeções, o seu papel na prevenção da vaginose bacteriana e das infeções respiratórias recorrentes tem sido amplamente estudado, revelando benefícios na redução da frequência e gravidade dos episódios infecciosos.

Em gastroenterologia, a associação de probióticos com terapias para erradicação do *Helicobacter pylori* demonstrou melhorar as taxas de sucesso do tratamento e

reduzir os efeitos adversos dos antibióticos. No caso da síndrome do intestino irritável, embora os estudos sejam heterogêneos, algumas combinações de estirpes demonstram alívio dos sintomas globais e da dor abdominal, tornando-se uma opção terapêutica relevante para o controlo da sintomatologia.

Contudo, a simples ingestão de probióticos não é suficiente para restaurar completamente o microbioma. O impacto da dieta continua a ser o fator mais determinante para a manutenção de uma microbiota equilibrada. A ingestão de fibras alimentares é essencial para estimular a fermentação bacteriana e a produção de ácidos gordos de cadeia curta, como o butirato, um composto com propriedades anti-inflamatórias, protetoras da barreira intestinal e até mesmo anticancerígenas.

Em suma, o microbioma humano continua a ser um dos campos mais promissores da medicina moderna e a sua modulação representa uma oportunidade única para melhorar a saúde global a longo prazo.

