

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE INTEGRADOS

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Maio 2024
Ano XII • Número 124 • 3 euros
Publicação Periódica Híbrida

Fernando Salvador,
diretor do Serviço de MI
da ULSTMA e presidente
do 30.º CNMI:

**"A MI e a MGF devem
estar muito próximas
porque partilham
boa parte
dos doentes"**

■ P. 6



UNIDADE DE ORTOGERIATRIA DA ULS DE GAIA E ESPINHO

**O segredo do êxito: uma equipa que
comunica e que partilha decisões**

■ P. 10/14

Dalila Veiga,
anestesiologista

O tratamento
da dor aguda é
um importante
indicador
da qualidade
dos cuidados
de saúde
prestados

■ P. 26

**USF Lusitano investe
em consultas
ombro a ombro**

■ P. 16/20

A REAÇÃO DOS UTENTES A CONSULTAS REALIZADAS EM SIMULTÂNEO
POR MÉDICO E ENFERMEIRO NÃO PODIA SER MELHOR NESTA UNIDADE DE
ARRUDA DOS VINHOS, PERTENCENTE À ULS DO ESTUÁRIO DO TEJO.

**Inês Homem
de Melo,**
psiquiatra

Estima-se
uma prevalência
de PHDA
em cerca de
5% das crianças
e 3% dos
adultos.

■ P. 30

INFORMAÇÃO

Novas *guidelines*
da ESH reforçam
a necessidade de
agir cedo, com
associações fixas
adequadas aos
diferentes grupos
de hipertensos

■ P. 24/25

**Barcelos acolheu
Encontro da
Primavera
da USF-AN 2024**



O enfermeiro de
família Ricardo Gomes,
presidente da Comissão
Organizadora, apresenta
as conclusões da reunião

■ P. 21/22



30º CNMI
23 – 26 Maio 2024

**Congresso Nacional
de Medicina Interna**
9º Congresso Ibérico de Medicina Interna
Centro de Congressos do Algarve, Vilamoura

ESPECIAL

Neste Especial reproduzem-se textos originalmente publicados no *Jornal das VI Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar*, distribuído aos participantes (presenciais e *online*) no evento, que decorreu nos dias 21 a 23 de março de 2024. Os artigos selecionados, transcritos na íntegra, podem incluir ligeiras adaptações.



2024 | VI JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR



- Daniela Machado**
Alterações pulmonares em imagens
- Dalila Veiga**
O tratamento da dor aguda
- Inês Ladeira**
Diagnóstico e tratamento da tuberculose
- Hugo Rodrigues**
As primeiras consultas abertas do bebé
- Joana Damásio**
As doenças do movimento
- Luís Mendonça**
Doença renal crónica
- Inês Homem de Melo**
Perturbação de hiperatividade no adulto
- João Guerra**
Crianças/jovens e o *gaming*/redes sociais

Veja as fotos das
VI Jornadas em
justnews.pt

SESSÃO PROMOVIDA PELA TECNIMEDE NO DECORRER DAS VI JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF DEBATEU AS MAIS RECENTES ORIENTAÇÕES DA EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION

Novas *guidelines* da ESH reforçam a necessidade de agir cedo com associações fixas adequadas aos diferentes grupos de hipertensos

AS VI JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR INCLUÍRAM, LOGO NO PRIMEIRO DIA, 21 DE MARÇO, UMA CONCORRIDA SESSÃO – PATROCINADA PELO GRUPO TECNIMEDE E MODERADA PELO ESPECIALISTA EM MGF E COPRESIDENTE DA REUNIÃO MANUEL VIANA – DEDICADA ÀS *GUIDELINES* EMANADAS PELA EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION – ESH PARA A GESTÃO DA HIPERTENSÃO, REVISTAS EM 2023, E O SEU IMPACTO NA PRÁTICA CLÍNICA. A *TASK FORCE* RESPONSÁVEL PELAS *GUIDELINES* ESH 2023 REFORÇA QUE A GRANDE MAIORIA DOS DOENTES DIAGNOSTICADOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DEVE INICIAR TERAPÊUTICA EM COMBINAÇÃO FIXA E COMPRIMIDO ÚNICO, SUPORTADA EM FÁRMACOS DE LONGA DURAÇÃO DE AÇÃO.

Rosa de Pinho, especialista em MGF, coordenadora da USF Vale do Vouga (ULS de Entre Douro e Vouga) e presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, foi um dos três médicos portugueses que integraram a *task force* responsável pelas *guidelines* para a gestão da HTA divulgadas pela ESH em 2023. Ao intervir nesta sessão, resumiu alguns dos principais pontos do documento, a começar pela desmultiplicação dos valores de referência para diagnóstico, de acordo com o contexto de medição da PA:



Rosa de Pinho

“Nestas *guidelines*, o diagnóstico continua a ser baseado nos valores de consultório, sendo que aí o *cut-off* está nos 140/90 mmHg. Mas devemos ter em consideração que se a avaliação da PA for feita pelo próprio doente, em casa, este *cut-off* é mais baixo. Deste modo, se for $\geq 135/85$ mmHg já é possível aferir diagnóstico de HTA. Quando a avaliação é feita através de MAPA, os valores para diagnóstico são ainda mais baixos ($\geq 130/80$ mmHg), porque dependem da ponderação da PA diurna e

noturna. Aliás, para uma consciencialização absoluta de profissionais e doentes, seria bom que daqui em diante falássemos apenas do referencial 130/80 mmHg, uma vez que é este que melhor se encaixa nas múltiplas dimensões.”

Em paralelo, Rosa de Pinho recordou que um terço dos doentes medicados para controlo da PA suspende a toma após seis meses e metade após um ano, o que significa que os problemas da adesão e da persistência terapêutica figuram entre os principais obstáculos a uma boa gestão da HTA. A isto junta-se a inércia médica, em termos de diagnóstico e terapêutica, sendo de especial relevo o facto de muitos doentes, embora medicados, se encontrarem mal controlados.

Dados de um estudo da Rede Médicos Sentinela, datado de 2017, provam, inclusive, que, apesar de uma grande percentagem de doentes portugueses diagnosticados ter iniciado tratamento com fármacos (95,5%), cerca de 70% encontravam-se em regime de monoterapia, uma solução cuja eficácia é contrariada por toda a evidência atual. Para inverter este quadro de aliança negativa

É fundamental, segundo Rosa de Pinho, “empoderar e envolver o doente nas decisões” e apostar em “fármacos de longa duração de ação, de custo reduzido e em combinação fixa”.

entre abandono e inércia, é fundamental, segundo Rosa de Pinho, “empoderar e envolver o doente nas decisões” e apostar em “fármacos de longa duração de ação, de custo reduzido e em combinação fixa”.

ESH é perentória: a grande maioria dos doentes diagnosticados deve iniciar a terapêutica combinada em comprimido único

Jorge Polónia, especialista em Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano (ULS de Matosinhos) e professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), foi outro dos clínicos portugueses que participou na *task force* das *guidelines* ESH 2023. Na sua ótica, estas novas orientações trazem consigo clarificações de fundo, sobretudo no que respeita às estratégias terapêuticas ideais para os dois grandes grupos de



Jorge Polónia

doentes: pessoas com HTA de grau 1 ou 2 e sem lesão de órgão alvo e, por outro lado, pessoas com lesão de órgão alvo, qualquer que seja o estágio da HTA. “Seja qual for o caso, o diag-



nóstico deve estar bem estabelecido e as intervenções em estilos de vida são sempre bem-vindas”, esclareceu.

O internista recordou que as *guidelines* apontam a inevitabilidade de se optar por um único caminho, quando o doente tem um diagnóstico consolidado de HTA e valores tensionais que fazem soar sinais de alarme:

“Quando o doente, apesar de ter risco baixo e não revelar lesão de órgão alvo, apresenta valores de PA acima de 150/95 mmHg, deve iniciar logo terapêutica, se possível com dois fármacos em comprimido único, medida recomendada para a grande maioria dos doentes pelas *guidelines* da ESH. No caso dos que apresentem valores mais reduzidos de PA, mas estão sintomáticos, com lesão de órgão alvo – por exemplo, indivíduos com insuficiência renal de estágio 3 ou superior, ou doentes com eventos cardiovasculares prévios –, é recomendado que também iniciem de imediato tratamento com pelo menos dois fármacos, se possível combinados num comprimido único, por razões de adesão”.

Clorotalidona é mais-valia para doentes com HTA resistente e insuficiência renal

As *guidelines* de 2023 da ESH propõem que os doentes a quem seja prescrita uma associação de fármacos anti-hipertensores recebam, de preferência, um modulador do sistema renina-angiotensina-aldosterona (inibidor da enzima convertora de angiotensina – IECA – ou antagonista do receptor da angiotensina II – ARA II) com um diurético (se possível, um diurético tiazídico ou tiazida-*like*, como clorotalidona ou indapamida), ou, em

Jorge Polónia: “Quando o doente, apesar de ter risco baixo e não revelar lesão de órgão alvo, apresenta valores de PA acima de 150/95 mmHg, deve iniciar logo terapêutica, se possível com dois fármacos em comprimido único, medida recomendada para a grande maioria dos doentes pelas *guidelines* da ESH.”

alternativa, um IECA ou ARA com um antagonista de canais de cálcio.

“Se, ao fim de três meses e no *follow-up* a situação não estiver controlada, podemos aumentar as dosagens ou os doentes podem transitar para uma associação tripla, opção que permitirá controlar a PA em algo como 90% dos pacientes. Se, ainda assim, não for possível alcançar o controlo, temos de encarar a hipótese de estar face a uma HTA resistente e, nessa altura, caberá ao especialista em MGF fazer a referênciação”, explicou Jorge Polónia.

demaís diuréticos, que são hiper-calcúricos, gerando em muitas situações um hiperparatireoidismo secundário, que é em si mesmo uma causa de HTA secundária. Tudo isto nos leva a concluir que a clorotalidona comporta vantagens face aos outros diuréticos, pela baixa interferência no mecanismo do cálcio”, asseverou o médico.

A clorotalidona, associada a azilsartan, mostrou também em ensaios clínicos maior potência anti-hipertensiva, em comparação com azilsartan + hidroclorotiazida, com maior taxa de doentes controlados e com segurança e tolerabilidade comparáveis. No entendimento de Paulo Pessanha, torna-se notório que “a associação azilsartan + clorotalidona está em pleno acordo com as *guidelines* 2023 da ESH, pois, tem uma toma única diária, caracteriza-se por ser uma associação fixa, com potência anti-hipertensiva significativa, lon-

ga duração de ação, não lhe são conhecidos efeitos secundários de monta e revela potenciais vantagens, comparativamente com outras associações”.

Paulo Pessanha: “A associação azilsartan + clorotalidona está em pleno acordo com as *guidelines* 2023 da ESH, pois, tem uma toma única diária, caracteriza-se por ser uma associação fixa, com potência anti-hipertensiva significativa, longa duração de ação, não lhe são conhecidos efeitos secundários de monta e revela potenciais vantagens, comparativamente com outras associações.”



Paulo Pessanha



VII JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR



2025
20 a 22 de março
PORTO

Alterações pulmonares em imagens



Daniela Machado
Pneumologista, ULS de Gaia-Espinho

A radiografia torácica é um exame acessível, rápido e de baixo custo, sendo imprescindível na prática clínica do médico de família. A sua interpretação, em determinadas situações clínicas complementada com a informação da tomografia computadorizada (TC) de tórax, permite o diagnóstico, vigilância e orientação de várias doenças pulmonares.

A correta interpretação da radiografia de tórax deve-se iniciar pela confirmação da identificação do doente e avaliação da qualidade técnica, com posterior leitura sistematizada por áreas: coração, mediastino, pulmões, pleura, diafragma, esqueleto torácico e tecidos moles. As alterações devem ser localizadas e descritas, identificando-se padrões radiológicos que, juntamente com a integração da clínica do doente, nos permite elaborar os diagnósticos diferenciais. Neste processo, a comparação com exames prévios, quando possível, é de particular importância.

As alterações pulmonares observadas na radiografia de tórax apresentam-se como áreas com aumento da densidade, ou com a sua diminuição. As alterações com aumento da densidade são as mais comuns e uma forma prática de as abordar é dividi-las em 4 padrões de hipotransparência: consolidação, intersticial, atelectasia e nódulo/massa.

A consolidação pulmonar resulta da substituição do ar nos alvéolos por transudado, pus, sangue, células (incluindo tumorais) ou outras substâncias, que levam a opacidades lobares, difusas ou multifocais. A principal causa é a pneumonia, mas o diagnóstico diferencial é vasto, incluindo neoplasias, edema ou hemorragia pulmonar.

Os achados imagiológicos nas doenças pulmonares intersticiais são melhores observados na TC de tórax com cortes de alta resolução, sendo difícil na radiografia determinar a existência ou não de doença pulmonar intersticial e qual o padrão existente, pelo que, perante esta suspeita, deve ser requisitada TC de tórax.

Na atelectasia/colapso pulmonar verifica-se perda de ar no pulmão, com subsequente perda de volume devido a uma obstrução da via aérea (por um corpo estranho, tumor ou rolhão mucoso) ou compressão pulmonar (em casos de derrame pleural ou pneumotórax).

O nódulo pulmonar é uma opacidade arredondada, bem delimitada, com dimensões até 3 cm, sendo denominada massa quando ultrapassa este diâmetro. Os diagnósticos diferenciais de ambos são semelhantes, contudo, a probabilidade de malignidade aumenta com o aumento do tamanho da lesão. Com o uso em larga escala da TC de tórax, é frequente o achado incidental de nódulos pulmonares. A orientação deste achado deve ter em conta a dimensão do nódulo, suas características, número de nódulos identificados, assim como fatores de risco do doente, existindo orientações para esta abordagem, nomeadamente as da Sociedade de Fleischner⁽¹⁾.

As alterações pulmonares que se apresentam como áreas de reduzida densidade podem ser cavitações (com paredes espessas), cistos (de parede fina) ou enfisema (sem parede visível). Os diagnósticos diferenciais perante alterações cavitadas na radiografia ou TC de tórax são variados, desde infeções bacterianas, tuberculose pulmonar, neoplasias primárias do pulmão ou metástases.

Os exames imagiológicos torácicos são essenciais na prática clínica do médico de família, seja no contexto agudo ou crónico. A correta avaliação dos principais padrões radiológicos, integrando-os com a clínica do doente, permite o diagnóstico e orientação de um variado leque de doenças pulmonares.

Bibliografia:

1. MacMahon H, Naidich D, Goo J et al. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. Radiology. 2017;284(1):228-43.

O tratamento da dor aguda



Dalila Veiga
Assist. hospitalar graduada de Anestesiologia, Unidade de Dor da ULS de Santo António. Prof.ª auxiliar convidada do ICBAS-UP

O tratamento da dor aguda é um importante indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados, representando a medida preventiva com maior efetividade

no âmbito da prevenção do desenvolvimento de dor crónica. Como tal, a identificação e tratamento precoces da dor devem ser sempre uma prioridade na abordagem destes doentes. A identificação dos mecanismos de dor associados — nociceptiva e/ou neuropática — são premissas indispensáveis na estruturação do melhor plano terapêutico individualizado para os nossos doentes. Existem múltiplas etiologias para a dor aguda com enorme prevalência na nossa prática clínica, nomeadamente a dor musculoesquelética traumática e/ou inflamatória e a dor pós-operatória.

A avaliação da dor deve ser uma prática clínica sistemática. Com efeito, só deste modo podemos identificar, tratar e avaliar a eficácia do plano terapêutico instituído. A dor aguda tem normalmente uma duração limitada e geralmente é possível identificar uma etiologia associada. Muitas vezes, a dor aguda funciona como um “sinal

de alarme” associado a uma lesão ou agressão tecidular. A intensidade da dor é uma das dimensões que deve ser avaliada e que nos ajuda a conseguir estimar o impacto e sofrimento associados.

O tratamento da dor deve sempre assentar numa abordagem multimodal, com vista a minimizar os efeitos adversos e potenciar a eficácia relativa das opções terapêuticas vigentes. A escolha das classes farmacológicas deve ser baseada em função do mecanismo de dor associada e da avaliação da resposta do doente em termos de eficácia e funcionalidade. Como tal, as opções de tratamento não farmacológicas (exercício, fisioterapia, psicoterapia, etc.) devem igualmente integrar o plano de tratamento destes doentes, com vista a maximizar a melhoria funcional e a qualidade de vida destes doentes.

A escada analgésica da dor é um bom guia clínico para orientação

21 a 23 de março

Diagnóstico e tratamento da tuberculose



Inês Ladeira
Professora da FMUP. Pneumologista no Hospital Lusíadas e no Hospital Privado de Gaia

Em Portugal, a incidência da tuberculose (TB) tem diminuído progressivamente ao longo dos últimos anos, tendo ultrapassado o limite definido como de baixa incidência (20 casos/100 mil habitantes/ano), em 2015, no entanto, apesar da redução da incidência de TB e da proporção de doentes bacilíferos diagnosticados, a demora mediana entre o início de sintomas e o diagnóstico tem aumentado. Assim, muito ainda há a melhorar, quer em termos de diagnóstico, quer em termos de tratamento da doença.

O diagnóstico da TB pode ser desafiante, quer pela desvalorização dos sintomas por parte do doente, quer

pela baixa suspeição dos clínicos. A forma pulmonar, além de ser a mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, uma vez que é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. A forma extrapulmonar é frequentemente mais problemática pela menor suspeição e maior dificuldade na obtenção de amostras para estudo microbiológico e, por isso, mais associada a atrasos no diagnóstico.

Uma vez que a celeridade do diagnóstico e o tratamento precoce e adequado são fundamentais na cura do doente e na contenção do contágio, além das colheitas de material biológico, dependente da localização da doença, para testes microbiológicos clássicos (exame direto e exame cultural), os testes moleculares de diagnóstico e aferição de sensibilidade a fármacos de 1.ª e 2.ª linhas têm consolidado o seu papel na tuberculose e são hoje mandatórios na investigação destes doentes.

Relativamente aos esquemas terapêuticos, a introdução de novas moléculas e o reposicionamento dos vários fármacos de acordo com a sua eficácia *versus* toxicidade conduziram a esquemas totalmente orais, mais curtos, nas formas resistentes de TB. A duração do tratamento nas formas de TB sensíveis aos fármacos de 1.ª linha (isoniazida, rifampicina,

pirazinamida, etambutol) tem, também, sido alvo de estudo, com tentativa de redução da mesma, em busca de redução de efeitos laterais, melhoria da adesão e diminuição dos custos para os sistemas de saúde.

O diagnóstico da TB pode ser desafiante, quer pela desvalorização dos sintomas por parte do doente, quer pela baixa suspeição dos clínicos.

Para melhorar a adesão ao tratamento, prevenir o aparecimento de formas de TB resistente e controlar mais facilmente os efeitos secundários da medicação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou essa estratégia de Tomada de Observação Direta (TOD), obrigatória para todos os doentes com tuberculose ativa. O rastreio da infeção deve ser realizado nos indivíduos que apresen-

farmacológica dos doentes com dor nociceptiva. Neste âmbito, importa salientar que os anti-inflamatórios não esteroides deverão ser reservados para o tratamento da dor ligeira e por curtos períodos. No entanto, é importante destacar o papel que as formulações tópicas de anti-inflamatórios não esteroides podem ter nas etiologias de dor musculoesquelética de etiologia inflamatória, com vantagem em termos da minimização de efeitos sistémicos.

A terapêutica com analgésicos opioides deve ser considerada para a dor aguda moderada a grave, sob rigorosa vigilância clínica, tendo em vista a titulação da dose mínima clinicamente eficaz. É importante destacar que os efeitos adversos associados ao uso de opioides deverão ser sistematicamente avaliados pelo médico prescritor, nomeadamente a obstipação, náuseas/vómitos e adição. Deste modo, é importante informar os doentes sobre o

risco de desenvolvimento destes efeitos adversos, pelo que a prescrição de terapêutica profilática deve ser uma prática sistematizada (antieméticos e laxantes).

No tratamento da dor neuropática, é importante ter em conta, além

dos anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina) ou antidepressivos (amitriptilina, duloxetina, venlafaxina), a possibilidade de associarmos tratamentos tópicos para a dor neuropática periférica localizada. Nestas situações, o recurso aos analgésicos

opioídes no tratamento da dor neuropática deve ser considerada em última linha e nunca em monoterapia.

O tratamento da dor aguda é um direito fundamental dos doentes preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Deste modo, a sensibili-

zação dos profissionais de saúde e a educação dos doentes para a importância do seu tratamento precoce poderá contribuir para minimizar o impacto global da dor em termos de saúde, custos e melhoria da qualidade de vida dos doentes.



As primeiras consultas abertas do bebé



Hugo Rodrigues

Pediatra, ULS do Alto Minho. Docente na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e na Escola de Medicina da Univ. do Minho. Autor do site “Pediatría para Todos”

O período de maior vulnerabilidade na vida de qualquer pessoa é quando se torna mãe/pai. Por esse motivo, é normal que surjam muitas dúvidas, o que se acaba por traduzir numa maior procura de cuidados de saúde, nomeadamente de consultas abertas.

Por esse motivo, é importante apostar na prevenção e no aumento da literacia em saúde, de forma a capacitar as famílias para lidar com essa insegurança. Alguns dos principais desafios são os seguintes:

- Disponibilidade de grande quantidade de informação, muitas vezes pouco fidedigna

O “famoso” Dr. Google sempre foi um alvo de críticas por parte dos médicos, mas neste momento o principal veículo de informação são até mais as redes sociais do que propriamente o Google. E isto faz com que a participação ativa nos meios de comunicação digital seja uma realidade para um número cada vez mais crescente de pessoas, particularmente com os mais diversos conselhos sobre saúde. O principal problema é que algumas são profissionais de saúde, mas muitas não têm esse tipo de formação, o que aumenta a probabilidade de surgirem informações contraditórias e geradoras de stress para as famílias.

- Distúrbios gastrointestinais funcionais

Nos primeiros meses de vida, os distúrbios gastrointestinais funcionais (cólicas, refluxo...) são algumas das principais preocupações para grande parte das mães e pais. A verdade é que não se conhece bem a fisiopatologia de algumas destas situações, pelo que é importante criar uma boa relação de confiança junto das famílias para as ajudar a lidar com esse tipo de questões.

- Situações de doença
- Sempre que um filho adoecer, mães e pais ficam com uma ansiedade elevada, pelo receio de po-

der surgir algum agravamento ou complicação inesperada. Por esse motivo, é fundamental ter o senso clínico adequado quando se está perante um bebé doente, de forma a permitir dar o relevo adequado às queixas, sem as hipervalorizar ou, pelo contrário, sem as desvalorizar.

Perante tudo isto, diria que a principal função dos médicos nas primeiras consultas abertas em Pediatría tem de ser saber ouvir, valorizar e ajudar a família a decidir o que é melhor para si, sem fundamentalismos ou falsos alarmismos, mas também sem descurar o bem-estar e a saúde de quem os procura.

As doenças do movimento



Joana Damásio

Assistente graduada de Neurologia, ULS de Santo António

frequentes nas consultas de Neurologia e na prática clínica diária dos médicos de família, que são a peça-chave no acompanhamento destes doentes.

Apesar de todos os meios disponíveis, o diagnóstico da doença de Parkinson continua a ser feito com base na observação clínica e no exame neurológico. Ele assenta na presença de bradicinesia, que se define como uma lentificação e diminuição da amplitude de movimentos repetidos, associada a rigidez e/ou à presença de tremor de repouso. Estes são os três sinais cardinais no diagnóstico desta doença.

A face inexpressiva, a diminuição do pestanejo, a voz monocórdica e a micrografia são algumas das manifestações clínicas da bradicinesia. A rigidez, quando associada à presença de tremor, origina um fenómeno reconhecido como roda dentada. Apesar de o tremor ser tipicamente a mais facilmente reconhecida manifestação da doença, particularmente pela população, não corresponde ao sintoma cardinal, que é a bradicinesia.

Como é o tremor na doença de Parkinson? No fundo, é um tremor de repouso da mão, assimétrico, ou seja, que aparece primeiro numa mão e que tem uma frequência baixa, de três a quatro ciclos por segundo. Tipicamente, envolve o polegar e o movimento de flexão do polegar, designando-se classicamente como “tremor de contar moedas”.

Há ainda certas características relativas à postura e marcha dos doentes Parkinsónicos, como a dificuldade em iniciar a marcha, seguida, por

vezes, da sua aceleração involuntária (festinação), a diminuição da amplitude dos passos associada a redução ou ausência do baloiço dos braços e o *freezing* da marcha, este podendo estar na origem de quedas.

É cada vez mais conhecida a fase prodromica da doença, em que até 20 anos antes do aparecimento dos sintomas motores surgem alguns não motores, como o distúrbio do sono REM, a obstipação, a depressão e a perda ou diminuição do olfacto.

Integradas no grupo das doenças hipocinéticas, há um conjunto de patologias mais raras, denominadas de parkinsonismo atípico, que partilham características da doença de Parkinson, mas, ao contrário desta, pautam-se por uma mais rápida progressão, uma menor resposta às terapêuticas dopaminérgicas e uma sobrevida francamente diminuída.

Dentro deste grupo, o parkinsonismo vascular, provocado por múltiplos AVC, é o mais comum, existindo ainda outras formas, como a atrofia de múltiplos sistemas, a paralisia supranuclear progressiva e a degenerescência corticobasal.

As doenças hipercinéticas

O tremor caracteriza-se por ser um movimento oscilatório com ritmo, o que é fundamental para o distinguir de outras doenças hipercinéticas. Na observação clínica, importa identificar as regiões afetadas, a amplitude e a frequência.

O tremor essencial caracteriza-se por envolver a parte distal dos membros superiores de forma simétrica,

com uma frequência que varia entre 8 e 10 hertz, e ser habitualmente em flexão e extensão dos dedos. Quando envolve outros segmentos corporais, o mais frequente é a região cefálica e a mandíbula.

O diagnóstico da doença de Parkinson continua a ser feito com base na observação clínica e no exame neurológico.

cio súbito e uma progressão muito rápida e poder associar-se a alguns períodos de stress.

No que respeita a doenças mais raras, a distonia é caracterizada por contrações musculares mantidas, que provocam movimentos anómalos. De forma geral, são mais frequentes nas mulheres. Neste grupo, inserem-se distonias focais como o blefarospasmo, a distonia cervical e as distonias específicas de tarefa. Já as distonias generalizadas são mais frequentes na população pediátrica

A coreia distingue-se pela presença de movimentos irregulares, breves e saltitantes, semelhante a um estado de inquietude ou dança. As etiologias pós-infecciosas, como a coreia de Sydenham, são atualmente raras nos países ocidentais, sendo aquelas mais frequentes as de etiologia genética, como é exemplo a doença de Huntington.

As mioclonias, que frequentemente surgem em contextos de distúrbios eletrolíticos, caracterizam-se por movimentos muito breves, tipo susto ou choque. Já os tiques, bastante prevalentes na população pediátrica, apesar de serem movimentos involuntários são passíveis de supressão transitória, associada a ansiedade e a uma explosão de movimentos subsequente à supressão.

Por fim, salientam-se as doenças do movimento induzidas por fármacos, que podem assumir qualquer uma das fenomenologias acima descritas. São bastante prevalentes na população idosa, polimedicada, e o seu tratamento consiste na sua suspensão do fármaco “agressor”.

21 a 23 de março

Doença renal crónica



Luís Mendonça

Nefrologista, Serviço de Nefrologia da ULS de São João

O diagnóstico da doença renal crónica (DRC) é estabelecido pela documentação de anomalias da estrutura e/ou função renal com pelo menos três meses de evolução. Os dois principais marcadores diagnósticos de DRC são a taxa de filtração glomerular estimada inferior a 60 ml/min/1.73 m² e a razão albumina-creatinina urinária igual ou superior a 30 mg/g. Estes constituem igualmente os principais biomarcadores de rastreio e de prognóstico.

A DRC afeta cerca de 10% da população mundial e estima-se que em 2040 possa constituir a quinta principal causa de morte. Portugal apresenta uma das taxas de incidência de técnica substitutiva da função renal mais elevadas da Europa. Embora o evento adverso mais temido da DRC seja a falência renal e a necessidade de técnica substitutiva da função renal, é importante salientar que a maior parte dos doentes renais crónicos não atinge esse estágio. Tal explica-se, em grande medida, pelo risco significativamente maior de eventos cardiovasculares e morte desta população, proporcional ao estágio de gravidade da doença renal.

Deste modo, a melhoria do prognóstico dos doentes renais crónicos está intimamente ligada ao rastreio atempado da DRC, ao controlo precoce da progressão da doença e à redução do risco cardiovascular. Indubitavelmente, os cuidados de saúde primários são centrais neste processo.

Em primeiro lugar, pelo contacto direto com os grupos de risco para DRC da população; não apenas os doentes com diabetes *mellitus* tipo 2 ou os doentes com hipertensão arterial, mas também os doentes com obesidade, com doenças inflamatórias crónicas, com história familiar de DRC e os idosos.

Em segundo lugar, pela simplicidade do rastreio da DRC, através do doseamento da creatinina sérica e da razão albumina-creatinina urinária.

Em terceiro lugar, pela facilidade de implementação da terapêutica com impacto prognóstico na DRC; se há vinte anos existiam apenas os inibidores da enzima de conversão da angiotensina II e os antagonistas dos receptores da angiotensina, atualmente, também os inibidores SGLT2 e os antagonistas mineralocorticoides não esteroídes têm benefício prognóstico provado na DRC e outros se perspetivam no futuro.

Em quarto lugar, pelo contributo para a redução dos episódios de lesão renal aguda, cujo risco é maior na DRC, nomeadamente, através da revisão e ajuste das doses dos medicamentos à taxa de filtração glomerular. Por último, pela possibilidade de refe-

renciação atempada à consulta de Nefrologia. Os domínios principais de atuação do nefrologista na consulta são a investigação etiológica da doença renal e seu tratamento se identificada, o controlo da progressão da DRC, o tratamento das complicações da doença e a preparação para técnica

substitutiva da função renal, se indicado.

Desta forma, as indicações para envio do doente à consulta de Nefrologia incluem: a DRC avançada (estádio G4 ou G5), a DRC em progressão sustentada (mais de 5 ml/min por ano), a proteinúria significativa (albuminúria superior a

300 mg/g), a existência de complicações da DRC (tais como a anemia, a HTA não controlada, a hiperfosfatemia, a hipercalemia ou a acidose metabólica), a necessidade de investigação etiológica da DRC, em particular nos doentes jovens, e a existência de doença renal familiar.

A sessão de Casos Clínicos Flash sobre insuficiência renal realizada ontem teve como objetivo a discussão e aprofundamento destes conceitos basilares, através da análise compreensiva de um caso típico da prática clínica diária dos cuidados de saúde primários.



Perturbação de hiperatividade no adulto



Inês Homem de Melo
Psiquiatra, ET Porto Ocidental (ICAD).
Clínica do Quinto Andar

A PHDA não existe.
A PHDA é o resultado de más est-
tratégias de parentalidade.
A PHDA só existe na criança.
As pessoas com PHDA não têm
sucesso académico.
A PHDA é uma desculpa para a
preguiça e mau-comportamento.
Estes são alguns dos mitos mais

comuns em torno da perturbação de
hiperatividade e défice de atenção
(PHDA). Enquanto membros da socie-
dade, nós médicos não somos imunes
aos mitos e preconceitos que circulam
na população em geral. Conscientes
disso, cabe-nos manter-nos informa-
dos e ser agentes da desconstrução
do estigma, veículos de literacia para
a saúde e para a saúde mental em
particular. Nesse sentido, é com gran-
de entusiasmo que vejo o interesse
dos médicos de família em trazer as
perturbações do neurodesenvolvi-
mento para cima da mesa em eventos
tão importantes como estas Jornadas!
A PHDA é uma das perturbações
do neurodesenvolvimento mais co-
muns, caracterizando-se por um pa-
drão persistente de desatenção e/ou
hiperatividade-impulsividade com
uma interferência negativa sobre a fun-
cionalidade. Apesar de estar presente
desde o início do desenvolvimento,
os sintomas da PHDA podem não se
tornar totalmente manifestos até as
exigências sociais excederem as capa-

cidades do indivíduo, sendo por isso
possível que o diagnóstico seja feito
pela primeira vez na vida adulta. Es-
tudos epidemiológicos estimam uma
prevalência de PHDA em cerca de 5%
das crianças e 3% dos adultos. Apro-
ximadamente dois terços das crianças
com PHDA mantêm sintomas clíni-
camente relevantes na vida adulta.
O impacto da PHDA ao longo da
vida vai sendo espelhado nos desafios
próprios de cada faixa etária. Na criança
e no adolescente auscultamos sobretu-
do o desempenho escolar, a interação
com os pares e as dinâmicas familiares.
No adulto, os desafios multiplicam-se:
o desempenho académico, a vida pro-
fissional, a gestão das finanças, a con-
dução, o casamento, a parentalidade e,
especialmente caro ao trabalho do mé-
dico de família, a manutenção da saúde.
Os adultos com PHDA não tratada
têm maior probabilidade de desen-
volver doenças crónicas devido à sua
dificuldade acrescida em aderir a hábi-
tos de vida saudáveis, à sua tendência
aumentada para as adições e ao maior

risco de acidentes de viação. Adicional-
mente, o não tratamento da PHDA difi-
culta a adesão ao tratamento e *follow-up*
de outras patologias, por esquecimento
e dificuldades de gestão. De facto, de-
pois dos 18 anos, a taxa de mortalidade
das pessoas com PHDA sem tratamen-
to encontra-se 4 a 5 vezes aumentada!
A PHDA tem uma componente
genética muito forte, sendo expectável
encontrar uma grande agregação fami-
liar deste quadro. A referenciação de
uma suspeita de PHDA no adulto acon-
tece frequentemente na sequência do
diagnóstico de um filho. Após identifi-
cação do pai ou da mãe com as difi-
culdades do filho, esta suspeita pode ser
verbalizada ao médico de família pelo
agregado familiar. Efetivamente, os es-
tudos mostram que em 40 a 50% das
famílias em que pelo menos um filho
tem PHDA um dos pais também tem
PHDA. Mais uma vez, pela proximida-
de ao agregado familiar como um todo,
o médico de família poderá ter um im-
portantíssimo papel nestes casos.

Apesar de durante muito tempo a
PHDA ter sido pensada como um pro-
blema exclusivamente ligado à criança,
existe hoje evidência muito sólida da
sua persistência e do seu enorme im-
pacto na vida adulta. O médico de fa-
mília ocupa um lugar privilegiado para
fazer a ponte entre a Psiquiatria da In-
fância e Adolescência e a Psiquiatria (de
adultos) – caso um jovem já diagnosti-
cado mantenha sintomas na maiorida-
de –, bem como para suspeitar de uma
PHDA não-diagnosticada num adulto,
em ambos os casos enviando o doente
para orientação por Psiquiatria.

A referenciação de uma suspeita de PHDA no adulto acontece frequentemente na sequência do diagnóstico de um filho.

Voltando aos mitos, ser adulto
com PHDA acarreta a dificuldade
acrescida de ver o próprio diagnóstico
posto em causa. Os doentes transpor-
tam o peso dos sintomas numa mão e
o peso do estigma na outra. Momen-
tos como estas Jornadas são um im-
portante passo para a desconstrução
dos preconceitos junto dos profissio-
nais da primeira linha, os *gatekeepers*
que tanta diferença podem fazer com
o seu olhar atento e cuidadoso.

Crianças/jovens e o *gaming*/redes sociais



João Guerra
Médico pedopsiquiatra. Diretor do
Serviço de Psiquiatria de Adolescentes
do Hospital Magalhães Lemos, ULSSA

Em quase todas as crianças
e jovens existe um fascínio
pelos dispositivos eletróni-
cos e por videojogos. A utilização
de redes sociais é praticamente
universal entre os adolescentes
e frequente em crianças. E na úl-
tima década houve um aumento
substancial da utilização de redes
sociais e de videojogos entre os
jovens e crianças. Essa tendência
acentuou-se durante a pandemia
covid-19.

Quando utilizados de forma
moderada e com conteúdos ade-
quados à idade, os benefícios dos
videojogos podem traduzir-se em
melhoria de capacidades cogniti-
vas, na socialização e em propor-
cionar momentos de bem-estar e
prazer. Da mesma forma, as redes
sociais têm benefícios para os jo-
vens, permitindo ligações entre
eles e oferecendo suporte emocio-
nal e expressão criativa.

Não são per si a fonte de pro-
blemas, mas o seu uso inadequado
que pode criá-los. Torna-se patoló-
gico quando, em vez de se envol-
ver no mundo real, uma criança ou
jovem dedica a maior parte do seu
tempo aos jogos *online* e/ou redes
sociais, isolando-se e ignorando
responsabilidades mais importan-
tes.

A repetição de algo prazero-
so condiciona efeitos a nível ce-
rebral, com ativação do centro
de recompensa, o que reforça a
necessidade e vontade de jogar e
estar *online*. Aliás, se não fossem
tão aditivos, seguramente não se-
riam tão lucrativos!

As crianças e os adolescen-
tes são afetados de diferentes
formas, dependendo de fatores
individuais, familiares e sociais.

Por exemplo, crianças com
fracas competências sociais e di-

21 a 23 de março

ficuldades nas estratégias de *coping*
constituem uma população em risco
de desenvolver hábitos excessivos
de utilização da internet e de video-
jogos. Porque se sentem sozinhas e
com dificuldade em fazer amigos,
voltam-se para pessoas desconheci-
das, procurando a atenção, aprova-
ção e companheirismo que faltam
nas suas vidas “reais”.

A investigação mostra-nos ou-
tro exemplo frequente, em que a
visualização de imagens idealiza-
das nas redes sociais pode con-
duzir a insatisfação com a imagem
corporal. Em algumas situações
mais graves há um encorajamento
de comportamentos alimentares
perturbados ou comportamentos
autolesivos, *ciberbullying* e explo-
ração sexual.

As crianças e os adolescentes são afetados de diferentes formas, dependendo de fatores individuais, familiares e sociais.

Por vezes, assume um verdadeiro
quadro aditivo, atualmente designa-
do perturbação de jogos de internet
(DSM-5), com consequências nas di-
ferentes áreas da vida.

Muitas dessas consequências têm
um efeito cumulativo, o que ainda
agrava mais os quadros clínicos.

Neste contexto atual, torna-se ne-
cessário compreender e auscultar na
colheita da história clínica quais são
os hábitos de utilização de ecrãs das
crianças e jovens, mas também do
meio familiar, sublinhando a impor-
tância da modelagem na interação
pais-filhos.

Não se recomenda que os pais
controlem os conteúdos dos ecrãs
dos filhos, mas é essencial ter um pa-
pel de regulador e de supervisor nas
suas vidas.

Não é raro escutar as preocu-
pações dos pais com as saídas dos
filhos, vivendo numa ilusão de segu-
rança e controlo, com os filhos em
casa, ignorando todos os riscos asso-
ciados aos ecrãs.

Assim, recomendam-se algumas

