

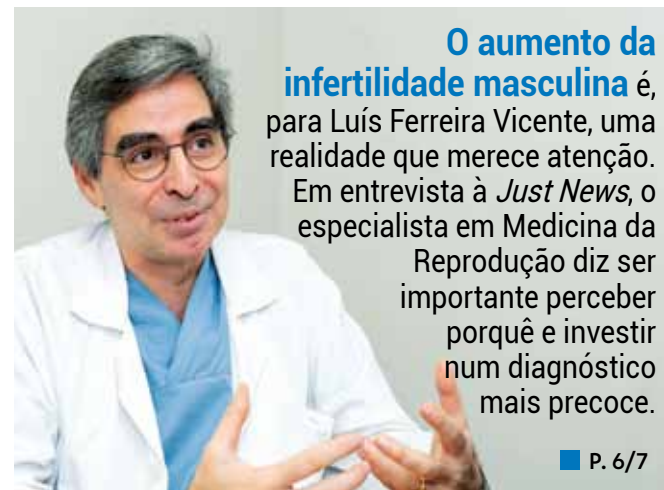


JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE INTEGRADOS

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Maio 2025
Ano XIII • Número 135 • 3 euros

Publicação Periódica



**O aumento da
infertilidade masculina** é,
para Luís Ferreira Vicente, uma
realidade que merece atenção.
Em entrevista à *Just News*, o
especialista em Medicina da
Reprodução diz ser
importante perceber
porquê e investir
num diagnóstico
mais precoce.

■ P. 6/7

PUB



VIII JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2026
19 a 21 de março
PORTO



USF SANTIAGO INTEGRA
A ULS DA REGIÃO DE LEIRIA

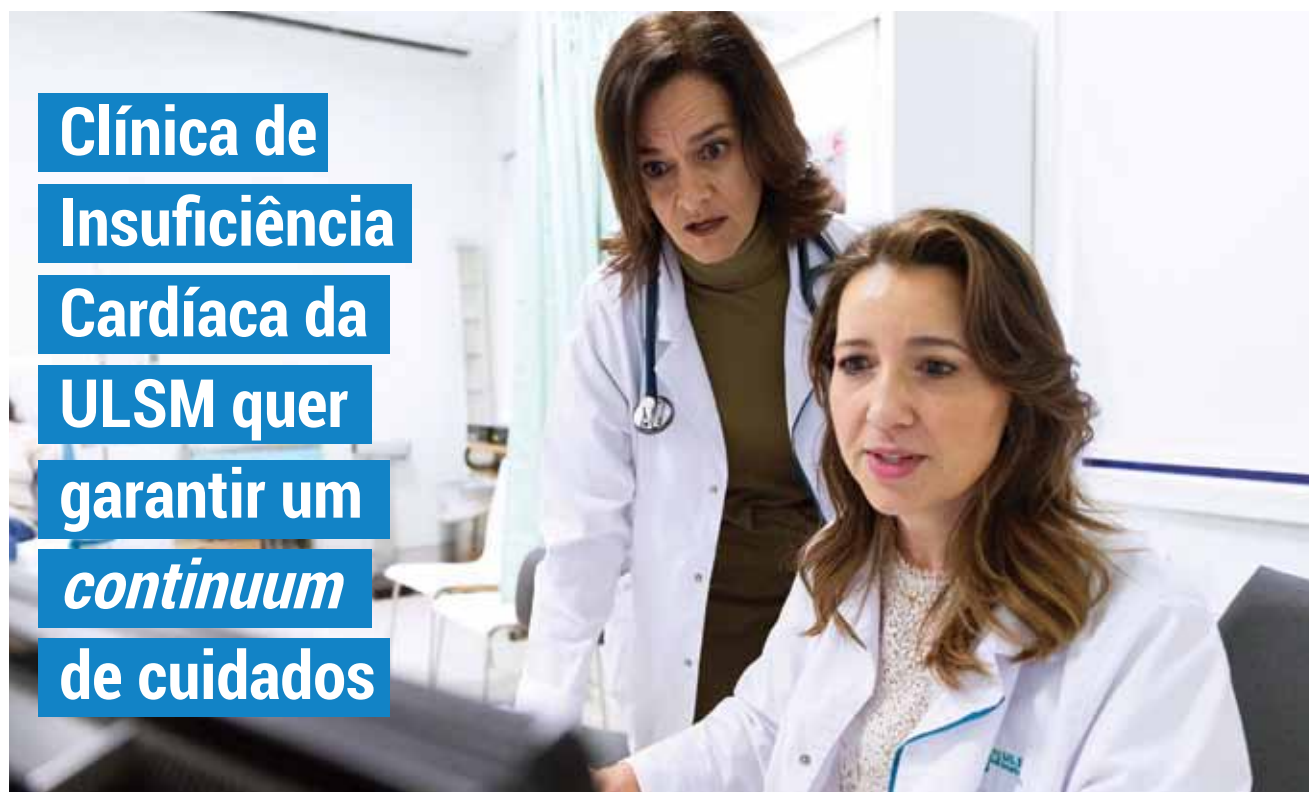
18 anos a evoluir para não estagnar



■ P. 14/19

Coordenada por Manuel José Carvalho desde o primeiro dia, 1 de março de 2007, até ao final de 2024, esta USF foi uma das primeiras a ser constituída no país. Atualmente sob a coordenação de Nadina Duarte Sousa (na foto, com o seu antecessor no cargo), o espírito de equipa, de inovação e de melhoria da qualidade mantém-se. As inúmeras iniciativas organizadas fora do horário laboral contribuem substancialmente para alimentar a união entre todos os profissionais desta Unidade localizada em Marrazes, às portas da cidade de Leiria.

Clínica de Insuficiência Cardíaca da ULSM quer garantir um *continuum* de cuidados



Inaugurada em dezembro de 2019, no Hospital Pedro Hispano, a CLIC disponibiliza aos seus doentes uma intervenção multidisciplinar, apostando num trabalho integrado automatizado com os médicos de família, promovendo o diagnóstico precoce e fomentando o seguimento de proximidade. A liderar o projeto está a médica Ana Sofia Correia, do Serviço de Cardiologia, cuja diretora é Cristina Gavina (ambas na foto).

■ P. 8/13

**Pedro
Melo**

Podemos viver
num
submarino
amarelo

■ P. 3

**Luís Filipe
Barreira**

Lei da "violência
obstétrica" – a
posição da Ordem
dos Enfermeiros

■ P. 5

**Xavier
Barreto**

Menos culpas, mais
soluções: a crise do
SNS não se resolve
com acusações

■ P. 5

NESTA EDIÇÃO
Especial VII Jornadas
Multidisciplinares de
Medicina Geral e Familiar



ESPECIAL

PARTE I Parte II na edição do *Jornal Médico* de junho

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



- Rita Marques Costa:**
“A mulher na menopausa tem que sentir confiança para falar connosco”
- Raul Marques Pereira**
Cervicalgias e lombalgias – o que saber e o que fazer?
- Manuel Viana**
Idoso frágil – o que saber para melhor tratar
- Hugo Rodrigues**
Consulta aberta em idade pré-escolar
- Ângela Reis Rego**
Vertigens, tonturas, desequilíbrios e acufeno
- Tânia Barros**
Hemorragia uterina anormal
- Joel Reis**
O fotoenvelhecimento
- Mafalda Cruz**
A importância da Medicina Sexual
- Lima Nogueira**
Inteligência artificial e *machine learning* na área da Saúde

RITA MARQUES COSTA, MEMBRO DA COMISSÃO ORGANIZADORA DAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF:

“A mulher na menopausa tem que sentir confiança para falar connosco”

RITA MARQUES COSTA, 32 ANOS, DEFENDE QUE O PRÓPRIO MÉDICO DE FAMÍLIA TEM QUE TER NOÇÃO DE QUE A UTENTE QUE SE ENCONTRA À SUA FRENTE PODERÁ ESTAR A ENTRAR NA MENOPAUSA E DEVE QUESTIONÁ-LA A ESSE RESPEITO, “ELIMINANDO QUALQUER CONSTRANGIMENTO QUE ELA POSSA SENTIR EM ABORDAR O ASSUNTO NA CONSULTA”. MEMBRO DA CO DAS JORNADAS, A NOSSA ENTREVISTADA DIZ “GOSTAR MUITO” DA ÁREA DA GINECOLOGIA.



Rita Costa: “O impacto da menopausa pode ser grande na vida da mulher”

Temas ligados à Saúde da Mulher já foram, ao longo dos últimos anos, abordados várias vezes nas Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar, sendo que Rita Costa tem sido uma das impulsionadoras disso mesmo. Tem acabado, inclusive, por surgir envolvida na moderação das sessões dedicadas a esta área precisamente por ter um interesse especial na matéria.

Reconhece nunca se ter sentido tentada a optar pela especialidade de Ginecologia e Obstetria, desde logo pelo facto de a componente cirúrgica não a atrair, mas diz “adorar a temática”. Como médica de família, aliás, é regularmente confrontada com questões do foro da Saúde da Mulher, das queixas ginecológicas ao acompanhamento da grávida, dando como exemplo a Consulta de Saúde Materna.

A menopausa é um dos temas em debate numa das mesas-redondas do segundo dia das Jornadas e com

o qual o especialista de MGF se vê permanentemente confrontado. “Afinal de contas, todas as mulheres vão acabar por viver esse período da sua vida, geralmente entre os 45 e os 55 anos, e, efetivamente, muitas vezes apresentam queixas que afetam sobremaneira a sua qualidade de vida”, observa Rita Costa, prosseguindo:

“Nós, médicos de família, temos que estar, obviamente, preparados para responder a uma variedade enorme de questões relacionadas com a menopausa e a verdade é que, ocasionalmente, não estamos. Isso também sucede, em parte, por ter sido durante muito tempo um tema visto como ‘parente pobre’ da Ginecologia. Por outro lado, nós sentimos haver uma grande necessidade de atualização relativamente às novidades e soluções de todo o tipo que vão surgindo nesta área.”

Rita Costa considera que “o estigma que existe em relação à menopausa tem sido, de alguma forma,

mitigado e o preconceito combatido, nomeadamente através da Comunicação Social”. No entanto, “deve ser nossa preocupação procurar eliminar qualquer constrangimento que a mulher possa sentir em abordar o assunto na consulta”.

E alerta: “O impacto da menopausa pode ser grande na vida da mulher, tanto a curto como a longo prazo, seja a nível ósseo, em

termos de saúde cardiovascular, no que respeita a alterações metabólicas, ou ao gerar ansiedade, por exemplo. Também são significativos sintomas físicos como os calores, as perturbações do sono, as alterações vaginais ou as oscilações no peso, entre outros. Daí que seja muito importante que a mulher na menopausa sinta confiança para falar connosco e perceba que quere-

“Nós temos que estar preparados para responder a uma variedade enorme de questões relacionadas com a menopausa”, afirma Rita Costa.

mos ajudá-la no sentido de tornar mais fácil ultrapassar esta fase de transição na sua vida.”

Conhecer desde cedo “os meandros da MGF”

Rita Costa não esconde a dupla influência que o progenitor teve na escolha do curso e depois da própria especialidade. Não que Manuel Viana a tenha de alguma forma condicionado, mas simplesmente pela natural convivência diária da nossa entrevistada com alguém que é médico e... médico de família!

Para além de ter tido, desde pequena, a oportunidade de avaliar o que de interessante tinha a profissão que o seu pai escolhera, acabaria por lhe dar a conhecer mais cedo “os meandros da Medicina Geral e Familiar”. Aquilo que ouvia em casa contribuiu sobremaneira, nomeadamente, para

PORTO
20 a 22 março 2025

Cervicalgias e lombalgias – o que saber e o que fazer?



Raul Marques Pereira

Assist. graduado de MGF. Coord. do Grupo de Estudos de Dor da APMGF. Assist. convid. e diretor execut. do Centro de Med. Digital P5 da Escola de Medicina da UM

Em Portugal, a dor crónica afeta 1 em cada 3 adultos, tendo um impacto muito significativo, tanto na qualidade de vida como no absentismo laboral. Este tipo de dor tem de ser tratado com uma abordagem, normalmente, multifatorial e necessita de acompanhamento eficaz.

Quando falamos da cervicalgia e da lombalgia, duas das dores agudas mais prevalentes em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) mas também no contexto de Serviço de Urgência (SU), é fundamental compreender de forma plena como o tratamento adequado da dor aguda influencia 3 aspetos relevantes para os sistemas de saúde:

1. A progressão para dor crónica;
 2. O impacto que este tipo de situações tem no Sistema de Saúde;
 3. A influência destas situações na qualidade de vida e no absentismo laboral.
- A cervicalgia e a lombalgia podem ter diversas etiologias, incluindo causas musculoesqueléticas, traumáticas e degenerativas. O tratamento inadequado da dor aguda pode levar à cronificação do quadro doloroso, gerando um impacto significativo para os doentes e para o sistema de saúde.

1. A progressão para dor crónica

O reconhecimento precoce e o tratamento eficaz da dor aguda são fundamentais para evitar a transição para dor crónica, que representa um dos maiores desafios na prática clínica. Múltiplos estudos demonstram que fatores como dor intensa não tratada, imobilização prolongada e estratégias inadequadas de analgesia aumentam significativamente o risco de sensibilização central e cronificação da dor.

A dor crónica está associada a alterações patológicas no sistema nervoso central, levando à amplificação dos sinais dolorosos e à resistência aos tratamentos convencionais. Assim, uma abordagem terapêutica eficaz na fase aguda deve incluir:

- **Uso adequado de analgesia** baseada na escada analgésica da OMS, evitando subtratamento;
- **Promoção da mobilização**

precoce, respeitando os limites do paciente;

- **Abordagem multimodal**, incluindo terapias físicas, farmacológicas e, quando necessário, psicológicas.

A identificação precoce de fatores de risco para cronificação, como ansiedade, depressão, catastrofização da dor e história prévia de dor crónica, permite uma intervenção mais direcionada e eficaz.

2. Impacto no Sistema de Saúde

A cervicalgia e a lombalgia são responsáveis por um elevado número de consultas nos CSP e SU. O impacto nos serviços de Saúde pode ser observado em diferentes níveis:

- **Sobrecarga dos serviços de Urgência**, com episódios frequentes devido à persistência dos sintomas;
- **Aumento do uso de recursos diagnósticos**, como exames de imagem muitas vezes desnecessários;
- **Maior prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios**, que, quando mal geridos, podem levar a efeitos adversos.

Além disso, a falta de um protocolo estruturado para o tratamento e seguimento destes doentes pode levar a discrepâncias na abordagem entre diferentes profissionais e serviços, contribuindo para a ineficiência do sistema.

3. Influência na qualidade de vida e no absentismo laboral

A dor musculoesquelética é uma das principais causas de incapacida-

de funcional e absentismo laboral em todo o mundo. A incapacidade gerada pela dor crónica pode impactar diretamente a qualidade de vida dos doentes, afetando a capacidade de realização de atividades diárias, promovendo distúrbios do sono, afetando a saúde mental e reduzindo a produtividade.

Para minimizar esses impactos, é essencial que a abordagem terapêutica não se limite apenas ao alívio da dor, mas que inclua:

- **Intervenções educativas**, com educação para a saúde ao nível da reabilitação e da manutenção da atividade física;
- **Encaminhamento para fisioterapia e reabilitação precoce**, evitando a inatividade prolongada;
- **Acompanhamento multiprofissional**.

A cervicalgia e a lombalgia agudas representam desafios significativos na prática médica e na gestão dos sistemas de Saúde. A implementação de estratégias eficazes para o seu tratamento pode reduzir a progressão para dor crónica, aliviar a sobrecarga dos serviços de Saúde e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Assim, torna-se essencial a adoção de protocolos farmacológicos eficazes, a formação contínua dos profissionais de saúde e a promoção de um modelo de cuidado que vá além do tratamento sintomático, com foco na reabilitação e a prevenção da dor crónica.

Idoso frágil – o que saber para melhor tratar



Manuel Viana

Assistente graduado de MGF com competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos

o tratamento com um medicamento anti-hipertensor ou antidiabético), levando a uma alteração desproporcionada no estado de saúde. É a expressão mais problemática do envelhecimento da população e traduz-se numa vulnerabilidade aumentada a quedas, incapacidade, institucionalização e morte.

Sarcopenia define-se como a perda de força e de massa muscular. Fragilidade e sarcopenia estão intimamente interligadas. Enquanto a fragilidade é um conceito mais alargado (envolvendo vários domínios: médico, físico, cognitivo/psicológico e social), a sarcopenia restringe-se ao músculo.

A síndrome de fragilidade é um instrumento clínico muito útil para estratificação de risco e para orientar a decisão terapêutica na presença de uma doença: avaliação pré-operatória de idosos (preditivo de complicações); morbimortalidade CV e risco na cirurgia cardíaca; estratificação de risco em pacientes mais idosos com cancro; abordagem da hipertensão arterial (HTA) e da diabetes mellitus (DM)...

As recentes *Guidelines* da ESH, de 2023, abordam a HTA no idoso em dois grupos: entre os 65 e os 79 anos de idade e os ≥ 80 anos. A maioria dos indivíduos no “grupo 65–79” tem funcionalidade preservada, baixo nível de fragilidade, enquanto o “grupo ≥ 80” apresenta uma grande heterogeneidade funcional, com

uma percentagem substancial de indivíduos frágeis/dependentes.

Deve ser feita uma avaliação inicial do estado funcional/nível de fragilidade, usando métodos simples e rápidos, e que deve ser repetida frequentemente uma vez que o estado de saúde dos idosos se pode deteriorar rapidamente. Os mais frágeis e dependentes devem ser tratados de uma forma individualizada, de acordo com comorbidades e questões de polifarmácia, corrigindo outros fatores e medicamentos que diminuem a PA, privilegiando o alívio de sintomas e a qualidade de vida.

A redução do tratamento anti-hipertensor (desprescrição) pode/deve ser considerada em pacientes idosos com uma TAS < 120 mmHg ou na presença de hipotensão ortostática severa ou de um nível de fragilidade elevado.

O paradigma atual do tratamento da DM mudou de uma estratégia de controlo da glicemia (atingir o valor alvo da Hgb A1c) para uma estratégia de prevenção CV e renal usando os fármacos modificadores de prognóstico, tais como os i SGLT-2 e os aGLP-1.

Estes fármacos podem não ser aconselháveis ou até estar contraindicados nos idosos frágeis ou com sarcopenia por causarem redução da TA e do peso, desidratação e infeções urinárias ou genitais, no caso dos i SGLT-2, ou diminuição do apetite, náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e de massa magra no caso dos GLP-1, agravando a sarcopenia.

Nos idosos diabéticos há uma prevalência crescente de obesidade sarcopénica – ao tentar tratar a obesidade com os a GLP-1 ou os SGLP-1/GIP, podemos estar a agravar a sarcopenia, com o aumento do risco de quedas –, a grande síndrome geriátrica, cujas consequências (fraturas e traumatismos crânio-encefálicos) são tão ou mais graves do que os eventos cardiovasculares, para a prevenção dos quais prescrevemos os fármacos antidiabéticos (ou os anti-hipertensores). Daí que estes tratamentos devam ser sempre acompanhados de exercícios de resistência e de uma dieta adequada.

Para o rastreio e diagnóstico de sarcopenia, o EWGSOP (Grupo Europeu para o Estudo da Sarcopenia nos Idosos) propõe a seguinte abordagem por etapas:

- Detecção de casos – usando o questionário SARC-F.
- Avaliar a força muscular – usando um dinamómetro para a força de preensão palmar ou o teste de elevação da cadeira.

– Confirmar sarcopenia através da avaliação da massa muscular – usando a DXA, bioimpedância ou TAC/RMN. Não tendo acesso a estas técnicas, podemos usar o perímetro geminal.

– Avaliar o grau de severidade da sarcopenia – usando a velocidade da marcha, o *TUG (time up and go)* ou o *SPPB (short physical performance battery)*.

“Tem sido muito gratificante participar na organização destas Jornadas”

Estava Rita Marques Costa a frequentar o 1.º ano do seu internato de Formação Especializada em MGF na USF Aníbal Cunha quando, em 2018, lhe foi dirigido o convite para fazer parte da Comissão Organizadora das Jornadas Multidisciplinares de MGF.

A médica confirma que o êxito das primeiras Jornadas ultrapassou todas as expectativas: “Meses antes, quando começámos a preparar e a elaborar o Programa, não imaginávamos o que viria a acontecer, não tínhamos mesmo noção do impacto que viria a ter, embora a nossa expectativa e o nosso desejo era que as coisas corressem bem.”

“Só no primeiro dia das Jornadas, ao constataremos a extraordinária resposta dos colegas, que enche-

ram a sala do Sheraton Porto, é que percebemos a magnitude daquilo que estávamos a criar. E devo dizer que tem sido muito gratificante para mim participar na organização deste evento!”, afirma Rita Costa, acrescentando:

“Temos procurado dar resposta àquilo que, ano após ano, vão esperando de nós, tentando assegurar a qualidade da atualização científica, mantendo as pontes entre os colegas hospitalares e a MGF, fomentando as relações institucionais e pessoais entre nós, com parcerias que são muito úteis para podermos responder de forma mais eficaz às necessidades dos nossos utentes.”

No desenho do Programa de 2025, há um tema que Rita Costa destaca, por estar também bas-

tante ligado à Saúde da Mulher, mas não só, que é o da Medicina Sexual, em foco no terceiro dia da reunião e que vai ser esmiuçado por uma especialista na matéria, Mafalda Cruz.

“Ainda mais do que em relação à menopausa, existe uma certa

“Ainda falha muito na consulta a procura ativa de queixas na área da Medicina Sexual”, considera a médica.

Consulta aberta em idade pré-escolar



Hugo Rodrigues

Diretor do Serviço de Pediatria da ULSAM. Autor do projeto Pediatria para Todos

A pediatria é uma especialidade médica que possui muitas particularidades, seja em termos das patologias mais frequentes, seja relativamente ao tratamento e abordagem das diferentes situações.

Deixamos aqui sistematizados alguns dos motivos mais frequentes de consulta e que, consequentemente, acabam por ser também algumas das causas mais comuns de orientação hospitalar.

Bronquiolites

Apesar da utilização de broncodiladores nestes casos ser uma prática ainda muito instituída, os últimos anos têm demonstrado, de forma inequívoca, que essa não é a melhor opção e isso reflete-se também nas *guidelines* das principais sociedades científicas. Não é uma mudança fácil de realizar, mas é importante cumprir as recomendações para ir ao encontro da mais recente evidência científica.

Infeções respiratórias vs. alergias

A fronteira ente estas duas situações nem sempre é simples de estabelecer. No entanto, a presença de outros sintomas acompanhantes (prurido nasal e antecedentes de dermatite atópica, por exemplo), de uma história familiar positiva de atopia e, acima de tudo, de uma sazonalidade marcada, devem levantar a suspeita de haver um componente alérgico quando os sintomas respiratórios surgem de forma recorrente. Contudo, é fundamental ter presente que é raro surgir uma rinite alérgica antes dos 2 anos de idade.

Obstipação

É um problema real e que deve ser valorizado. As medidas dietéticas, com aumento da ingestão de fibra, são sempre importantes e, no caso de não serem suficientes, deve-se recorrer ao uso de um laxante que contenha polietilenoglicol. De frisar ainda que o tratamento da obstipação deve ser sempre realizado de forma prolongada (mínimo de 3-4 meses).

Cistite

É uma infeção comum em idade pediátrica e o seu diagnóstico definitivo assenta na presença de uma urocultura positiva. Para isso, é fundamental que a colheita de urina seja realizada de forma asséptica, o que pode implicar o recurso a uma algália antes de haver continência de esfínteres.

Cefaleias

São um sintoma muito associada à idade adulta, mas são muito comuns em idade pediátrica. A prioridade perante um quadro de cefaleias é excluir alguma situação que seja potencialmente grave ou que possua algum tratamento específico, pelo que é crucial conhecer

os sinais de alarme para decidir em que casos se justifica fazer um exame de imagem (de preferência uma ressonância magnética cerebral de alto campo).

Dor abdominal recorrente

É um dos sintomas mais difíceis de valorizar por parte das famílias e também dos médicos. Por isso mesmo, deve-se tentar distinguir as causas orgânicas da dor abdominal funcional, assentando a investigação na presença de sinais de alarme que aumentem a probabilidade de organicidade.

Sono

O sono das crianças nunca é “só” o sono das crianças, mas sim o sono das famílias. E a privação de

O sono das crianças nunca é “só” o sono das crianças, mas sim o sono das famílias.

sono é verdadeiramente um método de tortura, pelo que é importante auxiliar as famílias sempre que for necessário. O principal motivo de consulta são os despertares noturnos, associados a insónias comportamentais, que implicam uma abordagem holística da situação, com a colaboração ativa de todos os intervenientes.

Antivacinas

Portugal é um exemplo a nível mundial relativamente às suas taxas de cobertura vacinal e isso é algo que tem, obrigatoriamente, de nós encher de orgulho. Por esse motivo, devemos tentar manter esses valores, ajudando a população a decidir bem, de forma informada e não influenciada por teorias não fundamentadas, populistas e que visam apenas alimentar a desinformação.

Estes são apenas alguns dos motivos mais frequentes de consulta, mas gostaria de reforçar que o nosso papel deve começar sempre por assentar a prática clínica em informação fidedigna e de qualidade, porque é isso que vai fazer toda a diferença na nossa prática profissional.

PORTO
20 a 22 março 2025

Hemorragia uterina anormal



Tânia Barros

Assistente hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Materno Infantil do Norte, ULS de Santo António

A hemorragia uterina anormal (HUA) refere-se aos casos de hemorragia uterina considerada anormal em duração, volume, frequência e/ou regularidade, na ausência de gravidez. A definição também engloba episódios de hemorragia que ocorrem fora da idade reprodutiva da mulher.

A HUA pode ser classificada como aguda: hemorragia intensa o suficiente que justifique uma intervenção imediata para controlo da perda; ou crónica: alterações hemorrágicas uterinas persistentes por pelo menos seis meses.

A HUA em mulheres não grávidas é um distúrbio ginecológico relativamente comum, afetando entre 10% e 30% das mulheres em idade reprodutiva ao longo da vida. Também é frequente na peri e pós-menopausa, representando cerca de 70% das consultas ginecológicas nesta faixa etária.

A maioria dos casos de HUA que requerem cuidados médicos pode ser tratada em ambulatório. No entanto, em casos de HUA aguda, a avaliação inicial deve priorizar a determinação da repercussão hemodinâmica, da gravidade e da etiologia da hemorragia, de forma a definir a melhor estratégia terapêutica.

As causas de HUA aguda e crónica são as mesmas e devem ser investigadas e tratadas conforme a classificação PALM-COEIN, proposta pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Este sistema de classificação organiza a investigação clínica com base na história, exame físico e exames complementares de diagnóstico (como avaliação laboratorial básica, ecografia transvaginal e biópsia endometrial).

Nesta classificação, as causas de HUA estão divididas em causas estruturais, organizadas no acrónimo PALM (Pólipos, Adeniose, Leiomioma, Malignidade| hiperplasia), e em causas não-estruturais, organizadas no acrónimo COEIN (Coagulopatia, Ovulatória, Endometrial, Iatrogénica, Não classificável).

Os padrões de HUA e a sua etiologia variam conforme a faixa etária.

- Adolescentes: Cerca de 40% das adolescentes vai ter pelo menos um episódio de HUA. A causa mais comum nesta faixa etária são os ciclos anovulatórios, decorrentes da imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário (HPO), principalmente nos dois primeiros anos após a menarca. No entanto, a imaturidade do HPO é um diagnóstico de exclusão, sendo fundamental investigar outras possíveis causas, como gravidez, distúrbios hemorrágicos, síndrome dos ovários poliquísticos, disfunção da tiroide, disfunção hipotalâmica, infeções e contraceção hormonal.
- Mulheres em idade reprodutiva: A HUA tende a ser multifatorial. As causas mais frequentes incluem alterações estruturais uterinas (como leiomiomas e pólipos), anovulação, contraceção hormonal e hiperplasia endometrial.

Qualquer episódio de HUA na pós-menopausa deve ser investigado e, diante de suspeita de patologia endometrial ou persistência dos sintomas, é recomendada uma avaliação da cavidade endometrial.

- Perimenopausa: Este período de transição entre a vida reprodutiva e a menopausa é caracterizado por ciclos menstruais irregulares e intensas flutuações hormonais de-

vido à falência ovária. A disfunção ovulatória é uma das principais causas de hemorragia genital nesta faixa etária, embora alterações estruturais, como pólipos endometriais, também sejam comuns. Apesar de a maioria dos episódios de HUA na perimenopausa ser benigna, o ambiente hormonal favorece o risco de hiperplasia endometrial, exigindo atenção especial.

- Pós-menopausa: As principais causas de HUA nesta fase são a atrofia e os pólipos endometriais. Embora o carcinoma do endométrio não seja a etiologia mais frequente, a sua exclusão é indispensável. Assim, qualquer episódio de HUA na pós-menopausa deve ser investigado e, diante de suspeita de patologia endometrial ou persistência dos sintomas, é recomendada uma avaliação da cavidade endometrial.

O tratamento da HUA tem como objetivo controlar a hemorragia, prevenir recorrências e corrigir a causa subjacente. A abordagem terapêutica, seja médica ou cirúrgica, deve ser efetuada tendo por base a etiologia subjacente, as características da hemorragia, a faixa etária, as comorbilidades, a preservação da fertilidade e as preferências da paciente.

Vertigens, tonturas, desequilíbrios e acufeno



Ângela Reis Rego

Otorrinolaringologista – Otoneurologia. Coord. Unidade Multid. de Vertigem no Inst. CUF Porto. Coord. Consulta de Vertigem no H. de Santa Maria - Porto

O termo “vertigem” refere-se a uma ilusão de rotação do ambiente ou do próprio indivíduo, já a “tontura”, sendo um termo mais vago, poden referir-se a mal-estar inespecífico, pré-hipotensão ou astenia; por sua vez o “desequilíbrio” manifesta-se em ortostatismo, como

uma sensação de instabilidade postural e/ou queda. No geral, e tendo em conta os três conceitos, estas são queixas extremamente frequentes na população adulta, particularmente nos idosos, implicando muitas vezes risco de queda e custos elevados para a saúde. Consideramos esta temática de extrema importância nas Jornadas, já que estas condições são tema frequente de consulta e procura dos cuidados de saúde primários, podendo impactar severamente a qualidade de vida dos nossos pacientes.

Para o médico de Medicina Geral e Familiar é fundamental catalogar as queixas e, dentro destas, aferir quais as condições que lhes podem corresponder, principalmente quais as que representam um risco iminente para a vida, como por exemplo um AVC.

Nestas VII Jornadas Multidisciplinares de MGF pretendemos classificar as “síndromes vertiginosas” em agudas, recorrentes ou não, e crónicas, e, a partir daí, orientar a árvore de decisão clínica, desde os pontos fundamentais da anamnese, exame físico, meios complementares de

diagnóstico e, finalmente, terapêuticas/medidas a instituir.

Daremos particular ênfase à distinção das condições periféricas e centrais, focando-nos nos conceitos fisiopatológicos de uma forma prática e aplicada ao dia-a-dia. É nosso intuito contribuir para que o conceito generalizado de “síndrome vertiginosa” possa dar lugar a diagnósticos devidamente identificados e para que o uso, também generalizado, de medicamentos vestibuloplégicos seja mais personalizado.

Assim, abordaremos com mais pormenor as condições *recorrentes* mais comuns, como a vertigem posicional paroxística benigna, a doença de Ménière e a enxaqueca vestibular, os quadros *agudos*, como as neuronítes e o AVC da fossa posterior, e os casos *crónicos*, como as hipovalências unilaterais ou bilaterais e a tontura perceptual postural persistente.

Iremos também desenvolver o tema do acufeno, conceito que se refere à perceção sonora, sem que haja uma fonte externa de som. É igualmente um sintoma muito frequente

e, acima de tudo, muito impactante na qualidade de vida dos doentes, não sendo raro o desenvolvimento de quadros ansiosos e depressivos

A abordagem de um paciente com acufeno requer uma visão holística e a comunicação entre a MGF e a ORL é fundamental.

reativos. O acufeno pode ter origens variadas, desde situações completamente tratáveis, como problemas postencionalmente ameaçadores de vida, não esquecendo a iatrogenia medica-

mentosa, comum em doentes idosos e polimedicados.

A abordagem de um paciente com acufeno requer uma visão holística e a comunicação entre a MGF e a ORL é fundamental. Nestas Jornadas, pretendemos partilhar as melhores práticas no que respeita à abordagem deste sintoma, proporcionando aos colegas de MGF as ferramentas necessárias para um atendimento eficaz e integrado.

Em resumo, as queixas de vertigem, tontura, desequilíbrio e acufeno são extremamente comuns na prática da MGF, particularmente na população idosa. A correta atribuição diagnóstica a estes sintomas é fundamental para identificar casos que exigem intervenção urgente e garantir um cuidado de qualidade, com ênfase na prevenção de complicações, como quedas e riscos à saúde advenientes de condições graves como o AVC.

Durante as Jornadas, esperamos proporcionar aos profissionais da área ferramentas práticas e eficazes para o diagnóstico e orientação destes sintomas, promovendo uma abordagem integrada e colaborativa com a ORL.

O fotoenvelhecimento



Joel Reis

Dermatologista, ULS de Matosinhos e Hospital Lusíadas Porto

O fotoenvelhecimento é um processo de dano cutâneo causado pela exposição prolongada e crónica à radiação ultravioleta (UV). A sua importância está para além das alterações estéticas, dado que está intimamente relacionado com o aumento do

risco de neoplasias cutâneas, como o carcinoma espinocelular, o carcinoma basocelular e, com menor frequência, o melanoma. Nesse contexto, os médicos de família desempenham um papel crucial, pois, são fundamentais na sensibilização para medidas preventivas, como a importância da fotoproteção, e os primeiros a identificar sinais precoces destas patologias e a iniciar medidas terapêuticas ou preventivas.

É conhecido que a exposição prolongada aos raios UV, especialmente sem proteção adequada, provoca danos cumulativos na pele. A radiação penetra nas camadas profundas, levando à degradação do colagénio e da elastina, o que resulta em alterações estruturais e funcionais, um processo chamado de elastose solar. Por outro lado, a radiação UV é um conhecido carcinogénico, com capacidade de causar dano direto

no DNA, de induzir mutagénese, de alterar a proliferação celular e de ter efeitos imunossupressores. E, como tal, é fundamental perceber que compreender o processo de fotoenvelhecimento permite detetar precocemente alterações potencialmente perigosas.

O fotoenvelhecimento é um desafio que vai para além da estética.

A educação em fotoproteção é uma das ferramentas mais poderosas para prevenir o fotoenvelhecimento e as suas consequências. Os médicos de família estão numa

posição privilegiada para reforçar esse conceito em consultas de rotina, especialmente em populações de maior risco, como trabalhadores ao ar livre, idosos e pessoas com fotótipos mais baixos (pele clara). Entre as orientações que devem ser reforçadas está o incentivo ao uso de proteção física, o uso regular de protetor solar de amplo espectro e a evicção de exposição nos horários de maior incidência solar.

No que concerne aos sinais iniciais de fotoenvelhecimento, os médicos de família estão na linha da frente para os identificar, podendo estes variar de alterações estéticas até lesões pré-malignas. Entre os sinais mais comuns estão: os lentigos solares, rugas e sulcos profundos, dermatoporoses e queratoses actínicas, que são precursoras do carcinoma espinocelular.

Essas manifestações devem ser avaliadas cuidadosamente, considerando o histórico de exposição solar

do paciente, o seu fotótipo, antecedentes familiares e outras comorbilidades.

Uma das consequências mais preocupantes do fotoenvelhecimento é o aumento do risco de cancro de pele. As queratoses actínicas são marcadores de dano actínico crónico e podem evoluir para carcinoma espinocelular.

Além disso, os pacientes devem ser orientados sobre o risco de carcinoma basocelular (o mais comum, mas com baixo potencial metastático) e melanoma, sobretudo o lentigo maligno. A identificação precoce dessas condições pode salvar vidas e o papel do médico de família é fundamental nesse processo.

Em suma, o fotoenvelhecimento é um desafio que vai para além da estética, representando riscos sérios. Os médicos de família têm uma oportunidade inestimável de prevenir, identificar e encaminhar doentes com sinais de dano actínico.



A importância da Medicina Sexual



Mafalda Cruz
Radioncologista e sexóloga

A Saúde Sexual é um componente importante para o bem-estar físico, mental e social do indivíduo, sendo reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um direito humano essencial. Ainda assim, as disfunções sexuais continuam a ser subdiagnosticadas e subtratadas, muitas vezes

devido ao constrangimento que envolve o tema e à falta de formação específica dos profissionais de saúde. O médico de Medicina Geral e Familiar, pelo seu contacto regular e de proximidade com os utentes, desempenha um papel crucial na abordagem inicial das queixas sexuais e na referência para consultas de Medicina Sexual quando necessário.

Apesar da relevância clínica dessas condições, muitos utentes sentem dificuldade em abordar o tema na consulta, seja por desconhecimento, receio de julgamento ou por não considerarem a sua sexualidade uma prioridade na avaliação da sua saúde. Também os médicos enfrentam barreiras no que toca à abordagem da saúde sexual.

A comunicação eficaz é essencial para ultrapassar o desconforto do utente e do médico ao abordar a sexualidade. É importante criar um ambiente de empatia e confidencialidade para facilitar a conversa. Devemos

começar com questões abertas como “Muitas pessoas referem mudanças na vida sexual ao longo do tempo. Tem sentido alguma alteração?” para introduzir o tema de forma natural e perceber a disponibilidade do utente em abordar a questão. É muito importante validar as suas preocupações e reforçar que existem soluções eficazes para os seus problemas sexuais.

A adoção do modelo PLISSIT poderá ser uma ferramenta útil para estruturar esta abordagem. O primeiro nível, *Permission*, consiste em normalizar o tema e incentivar o utente a expor o problema. O segundo, *Limited Information*, envolve o fornecimento de informações básicas sobre fatores que influenciam a sexualidade. O terceiro nível, *Specific Suggestions*, inclui a sugestão de estratégias simples, como mudanças no estilo de vida ou a introdução de primeiras linhas terapêuticas. O último nível, *Intensive Therapy*, corresponde aos

casos mais complexos, que requerem referência para uma consulta especializada de Medicina Sexual.

A Medicina Sexual é o ramo da medicina dedicado ao diagnóstico, tratamento e prevenção de disfunções sexuais, bem como a outros aspetos da sexualidade, com vista a uma vida sexual saudável, segura e satisfatória. Tem por base uma abordagem baseada em evidência científica e inclui a avaliação de queixas como disfunção erétil, ejaculação precoce, disfunções do desejo e excitação sexual, dor na relação sexual, atrofia vulvovaginal e alterações secundárias a doenças crónicas, cirurgias ou tratamentos médicos.

Nem todas as queixas sexuais exigem encaminhamento, mas existem situações em que a referência é essencial.

A disfunção erétil deverá ser referenciada após a falência da primeira linha de tratamento. É importante ter em conta a estreita correlação entre disfunção erétil e disfunção endotelial, pelo que devem ser investigados outros fatores de risco cardiovascular, com vista à prevenção de doença coronária.

O desejo sexual hipoativo pode justificar uma avaliação especializada, especialmente quando impacta a qualidade de vida e a relação do casal. As causas mais comuns incluem alterações hormonais, a toma de medicação, fadiga, stress e questões da relação. A abordagem inicial deve incluir educação sexual, esclarecimento sobre as mudanças fisiológicas, terapia sexual e, em casos selecionados, terapias hormonais locais ou sistémicas.

A dor sexual deve ser referenciada quando persiste após exclusão de causas ginecológicas ou infecciosas. No caso de pessoas com doenças crónicas ou oncológicas, estas podem (e devem) beneficiar de uma abordagem multidisciplinar. A atrofia vulvovaginal afeta muitas mulheres em diferentes fases da vida e manifesta-se por secura, dor na relação e infeções urinárias recorrentes. O tratamento pode incluir o uso de hidratantes vaginais, estrogénios locais ou alternativas não hormonais.

A Medicina Sexual deve ser integrada na prática clínica dos médicos de família, permitindo uma abordagem precoce e eficaz das disfunções sexuais. É importante sensibilizar os profissionais de saúde para esta área, melhorar a comunicação na consulta e conhecer os recursos disponíveis, de forma a que se promova uma vida sexual saudável e satisfatória ao longo de toda a vida.

Inteligência artificial e *machine learning* na área da Saúde



Lima Nogueira
Assistente de MGF. Membro da Direção da Sociedade Portuguesa de Hipertensão

A Inteligência Artificial (IA) está a transformar a nossa sociedade e a redefinir a forma como a Medicina é praticada. Da análise de grandes volumes de dados ao suporte na tomada de decisão clínica, a IA promete ganhos significativos em precisão, eficiência e personalização de cuidados. Contudo, a sua implementação exige um olhar crítico para garantir que a tecnologia possa ser usada com benefício por profissionais e doentes.

Os dados são de vital importância

A crescente digitalização dos cuidados de saúde permite que grandes quantidades de informação sejam recolhidas e analisadas em tempo real. Desde exames laboratoriais a imagens médicas, a IA identifica padrões complexos que, de outra forma, poderiam passar despercebidos. Modelos de *machine learning* aplicados a dados hospitalares ajudam, por exemplo, a prever complicações, sugerir tratamentos mais eficazes e otimizar a gestão de recursos. Um dos avanços mais relevantes nesta área é o processamento de linguagem natural (NLP), que consegue extrair *insights* de notas médicas, cruzando sintomas, diagnósticos e evolução clínica para apoiar decisões fundamentadas.

Medicina personalizada

A capacidade da IA para analisar múltiplas variáveis permite que os tratamentos sejam ajustados às características individuais de cada paciente. Modelos preditivos ajudam a determinar quais as terapias mais eficazes com base no histórico clínico, fatores genéticos e resposta a medicamentos. Além

disso, a simulação digital de órgãos e sistemas biológicos — os chamados “gémeos digitais” — permite testar intervenções antes de serem aplicadas ao paciente, reduzindo riscos e melhorando a eficácia terapêutica.

Libertar os médicos das tarefas burocráticas

A IA está a transformar a sobrecarga burocrática através de assistentes digitais que documentam consultas em tempo real, otimizam agendamentos e facilitam a comunicação entre equipas. Ferramentas como transcrição automática (*Scribe*) e resumos clínicos inteligentes permitem libertar tempo para nos dedicarmos ao doente. Com isso, tenta-se melhorar a eficiência dos serviços, mas também a satisfação dos profissionais de saúde e a qualidade da relação médico-doente que, nesta revolução, parece ganhar ainda mais importância.

The human touch

Um desafio central é garantir que os modelos de IA são transparentes e compreensíveis. Modelos de *deep learning*, por exemplo, podem oferecer previsões altamente precisas, mas frequentemente funcionam como “caixas negras”, sem explicação clara sobre como chegaram a determinada conclusão. Por isso, a explicabilidade é importante e a supervisão humana é essencial. Médicos precisam de compreender o funcionamento destes algoritmos e questionar recomendações sempre que necessário. A IA deve ser vista como uma ferramenta de suporte e não como uma entidade autónoma de decisão.

Desafios e considerações éticas e legais

A adoção da IA na Medicina levanta questões éticas fundamentais, como a privacidade dos dados, a equidade no acesso às tecnologias e a responsabilidade pelos erros algorítmicos. Se um modelo de IA fizer uma previsão incorreta que leve a um erro clínico, quem é responsável? O médico, a instituição ou os programadores do algoritmo? Além disso, há o risco de enviesamento nos modelos, que podem refletir desigualdades existentes nos dados utilizados para o seu treino. Se um algoritmo for treinado maioritariamente com dados de uma população específica, pode falhar na generalização para outros grupos. É importante, por isso, definir as regras do jogo antes de colocarmos em marcha esta massificação da IA.

A Medicina 4.0

A revolução da IA na saúde não significa, pelo menos para já, a substituição dos médicos, mas sim a transformação da forma como exercem a sua prática. Combinando a

capacidade analítica dos algoritmos com a empatia e o julgamento humano, é possível alcançar um modelo de cuidados mais eficiente, personalizado e sustentável.

A chave para o sucesso desta integração está na formação contínua

dos profissionais de saúde. A literatura digital e a compreensão dos fundamentos da IA são essenciais para garantir que a tecnologia é usada de forma responsável, maximizando benefícios e minimizando riscos. A Medicina 4.0 depende da forma como

escolhemos utilizar esta ferramenta — como um suporte à decisão, e não como uma substituição da intuição e experiência médica.

A verdadeira revolução não está na tecnologia, mas na forma como nós humanos a utilizamos.



XVI CONGRESSO PORTUGUÊS DE GINECOLOGIA

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA

50 anos a inovar

SPG OURO

5 a 7 junho 2025
Centro de Congressos do Estoril

Inscrições

spginecologia.pt

Organização **SPG** SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA

Secretariado **admédic**
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

Imagem: Ad Médic

paula.cordeiro@admedic.pt
elsa.sousa@admedic.pt
www.admedic.pt