

# CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR

20 e 21 | fevereiro de 2020 | Porto  
Ordem dos Médicos

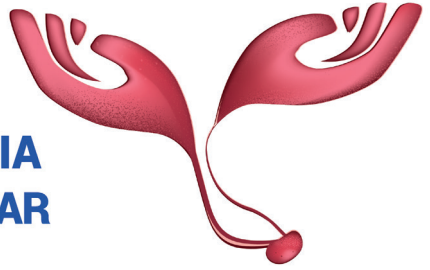


Imagem: AdMédic

Programa  
**Científico**

Versão digital

# CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR



Quinta-feira | 20 de fevereiro de 2020

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-09:30h **Disfunções sexuais masculinas**

*Moderadores:* Luís Figueiredo e Paulo Santos

**A situação atual da referenciação das disfunções sexuais masculinas** (15 min.)  
Afonso Morgado

**Medicina Geral e Familiar na abordagem da saúde sexual masculina** (15 min.)  
Andreia Rodrigues Silva

09:30-11:00h **Disfunção erétil**

*Moderadores:* Luís Figueiredo e Paulo Santos

**Epidemiologia e etiologia** (15 min.)  
Nuno Dias

**Avaliação diagnóstica e de risco cardiovascular** (15 min.)  
Paulo Santos

**Tratamento**

*Papel da Medicina Geral e Familiar* (10 min.)  
Pedro Castro

*Papel da Urologia* (10 min.)  
Afonso Morgado

*Papel da Psicologia* (10 min.)  
Isabel Ramos

*Papel da Psiquiatria* (10 min.)  
Márcia Mota

**Caso clínico 1: Diagnóstico diferencial de disfunção erétil** (10 min.)  
Teresa Rebelo de Andrade

**Caso clínico 2: Tratamento de disfunção erétil** (10 min.)  
Pedro Castro

11:00-11:30h Intervalo

11:30-12:00h **Sessão de abertura**  
Paulo Dinis, Paulo Santos e Miguel Guimarães

12:00-13:00h **Distúrbios da ejaculação (Ejaculação prematura, anejaculação e ejaculação dolorosa)**

*Moderadores:* Luís Figueiredo e Paulo Santos

**Epidemiologia, etiologia e diagnóstico** (15 min.)

Vasco Rodrigues

**Tratamento**

*Papel da Medicina Geral e Familiar* (15 min.)

Carlos Francim Silva

*Papel da Urologia* (15 min.)

Luís Figueiredo

13:00-14:00h **Almoço**

14:00-14:30h **Cancro da próstata**  
*Moderadores:* Carlos Silva e Luciana Couto

**A situação atual da referenciação do cancro da próstata**

*Perspetiva da Urologia* (15 min.)

Francisco Botelho

*Perspetiva da Medicina Geral e Familiar* (15 min.)

Luciana Couto

14:30-15:30h **Cancro da próstata localizado**  
*Moderadores:* Carlos Silva e Luciana Couto

**Avaliação diagnóstica (Rastreio versus diagnóstico precoce)**

*Papel da Medicina Geral e Familiar* (10 min.)

Sofia Batista

*Papel da Urologia* (10 min.)

Nuno Dias

**Tratamento do tumor localizado** (15 min.)

Afonso Morgado

**Caso clínico 1: Como interpretar o PSA** (10 min.)

Sofia Batista

**Caso clínico 2: Quando referenciar** (10 min.)

Nuno Dias

15:30-16:00h **Intervalo**

- 16:00-17:00h **Cancro da próstata metastizado**  
*Moderadores:* Carlos Silva e Luciana Couto
- Complicações associadas ao tratamento** (15 min.)  
Francisco Botelho
- A importância do tratamento das comorbilidades associadas** (15 min.)  
Luciana Couto
- Caso clínico:** Tratamento de comorbilidades no cancro da próstata metastizado (10 min.)  
João Artur Morais Louçano
- Doente com cancro da próstata – Transição de cuidados**  
*Papel da Medicina Geral e Familiar* (10 min.)  
Helena Beça
- Papel da Urologia* (10 min.)  
Carlos Silva

## Sexta-feira | 21 de fevereiro de 2020

- 08:30h Abertura do Secretariado
- 09:00-10:20h **Sintomas do tracto urinário inferior no homem e aumento do volume da próstata**  
*Moderadores:* Tiago Lopes e Daniel Beirão
- Epidemiologia e etiologia** (15 min.)  
Luís Vale
- Avaliação diagnóstica** (15 min.)  
Marta Magalhães
- Tratamento e seguimento**  
*Papel da Medicina Geral e Familiar* (15 min.)  
Daniel Beirão
- Papel da Urologia* (15 min.)  
Tiago Lopes
- Caso clínico 1:** Escolha do tratamento dos sintomas do tracto urinário inferior (10 min.)  
Daniel Beirão
- Caso clínico 2:** Disfunção erétil e tratamento de sintomas do tracto urinário inferior (10 min.)  
Margarida Manso

10:20-11:00h Intervalo

11:00-11:30h **Simpósio**  TECNIFAR

**Noctúria: Sabe quantas vezes o seu doente acorda durante a noite para ir à casa de banho?** (30 min.)

Paulo Dinis

11:30-12:30h **Infeções do tracto urinário inferior no homem**

*Moderadores:* João Silva e Daniel Beirão

**Epidemiologia e etiologia** (15 min.)

Pedro Mendes

**Diagnóstico e tratamento** (15 min.)

João Silva

**Caso clínico 1: Cistite no homem** (15 min.)

Maria Inês Silva

**Caso clínico 2: Caso complicado de prostatite/ orquiepididimite aguda** (15 min.)

Pedro Pereira

12:30-13:30h **Sessão de Encerramento**

**Mesa-Redonda: “LIMAR DE ARESTAS”**

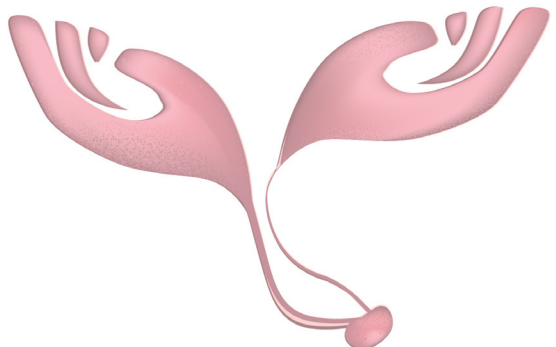
Paulo Dinis, Paulo Santos, Alberto Hespanhol e Carlos Silva

**Pontos práticos a levar para casa**

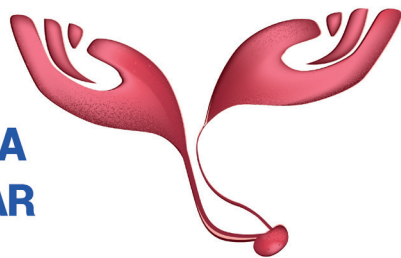
**Como melhorar a articulação entre a Medicina Geral e Familiar e a Urologia?**

Paulo Santos e Paulo Dinis

13:30h Encerramento



# CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR



## Posters

### PO 1

#### CICLISMO E DISFUNÇÃO ERÉTIL: UMA ASSOCIAÇÃO INEVITÁVEL?

Cristiana Soares<sup>1</sup>; Diana Murteira<sup>2</sup>;  
Maria João Teixeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Calâmbrega, ACeS Entre Douro e Vouga II; <sup>2</sup>USF  
Salvador Machado, ACeS Entre Douro e Vouga II

**Introdução:** A disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade persistente em obter e/ou manter uma ereção suficiente para uma relação sexual satisfatória. É uma doença muito frequente, estimando-se que cerca de 48,1% dos portugueses apresentem algum grau de DE. A sua prevalência é notoriamente dependente da idade, verificando-se que esta doença afeta 29% dos homens entre os 40-49 anos, 50% entre os 50-59 anos e 74% entre os 60-69 anos. A DE é multifatorial e, nos últimos anos, tem sido questionada a sua relação com a prática de ciclismo. A prevalência da DE em ciclistas varia na literatura, mas estima-se que esta exista em 24% dos ciclistas do sexo masculino. Neste contexto, e pela relação privilegiada de proximidade com os seus doentes, o médico de família é fundamental na deteção precoce da DE em praticantes de ciclismo e na orientação apropriada desta patologia.

**Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo rever a literatura disponível e analisar a relação entre a prática de ciclismo e a disfunção erétil, de forma a fornecer uma orientação e intervenção adequadas na perspetiva dos cuidados de saúde primários.

**Material e métodos:** Foi realizada uma revisão da literatura de guidelines internacionais e artigos científicos publicados em língua inglesa e portuguesa, disponíveis na Pubmed/MEDLINE, Cochrane Library e *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* (DARE), utilizando os termos MeSH *erectile dysfunction* e *bicycling*.

**Resultados e conclusões:** Alguns dos estudos refutam, enquanto outros confirmam a hipótese de que o ciclismo é um fator de risco independente para o desenvolvimento de DE, sendo que, até ao momento, não existem evidências suficientes para desencorajar o ciclismo pelo risco de DE. Contudo, se os sintomas parecerem claramente relacionados com esta prática, é aconselhável reduzir ou interromper a atividade e considerar formas alternativas de exercício. Para além disto, esta revisão fornece ainda recomendações para reduzir o risco de DE nos praticantes de ciclismo, bem como orientações úteis na vigilância e orientação destes doentes a nível dos cuidados de saúde primários, não descurando a terapêutica, farmacológica ou não, já existente. Considerando que a DE tem um elevado impacto na qualidade de vida dos doentes, é de primordial importância a identificação precoce desta situação e a atempada referenciação para a especialidade de Urologia nos casos refratários às principais medidas terapêuticas.

## PO 2

### OH DOUTORA A MINHA URINA É ESTRANHA

Graça Cardoso; Ana Luísa Silva; Lígia Silva;  
Ana Cristina Varandas  
*USF Bela Saúde*

A hematúria é um dos sintomas urinários mais comuns que obriga a avaliação médica. Considerando as várias etiologias o diagnóstico diferencial torna-se um exercício desafiante.

Explorar o diagnóstico diferencial das alterações da coloração da urina e das etiologias da hematúria; demonstrar a importância da agilidade na marcha diagnóstica na consulta de MGF; realçar as exigências da comunicação durante o estudo de possível doença oncológica; sistematizar o suporte necessário do médico de família (MF) durante o processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação; desconstruir com o doente receios sobre a doença, complicações cirúrgicas e riscos do tratamento com BCG.

Mulher, 71 anos, antecedentes de HTA medicada com IECA. Recorre à consulta aberta com queixas de disúria e polaquiúria, tendo realizado Combur que era compatível com cistite, tendo sido medicada com fosfomicina. Uma semana após, em consulta com a MF, referia que desde que terminou o antibiótico, na primeira micção do dia, a urina era escura, acompanhada de peso no hipogastro, sem disúria, urgência ou polaquiúria. Durante o dia a coloração era normal. Assim foi pedido estudo analítico (EA), sedimento urinário (SU) e urocultura (UC). Reavaliada em duas semanas: UC negativa e SU com eritrocitúria. Foi pedido estudo complementar com Eco renovesical, nova UC e SU cujos resultados mais relevantes foram: “Pólipo na vertente lateral direita da bexiga, a caracterizar por cistoscopia e biópsia/exérese”, tendo-se procedido a referência prioritária à consulta de Urologia. Em consulta hospitalar realizou cistoscopia: “vários implantes (>3) principalmente na parede posterior e cúpula, o maior com 2cm de maior eixo”, sendo submetida a RTU-V cuja

peça operatória confirmou carcinoma urotelial papilar de alto grau - pT1. Dado o diagnóstico, foi proposta para “cirurgia de revisão”, não se objetivando lesões de novo na histologia. A doente encontra-se atualmente a cumprir BCG intravesical.

A primordial importância da anamnese e exame objetivo permitem uma melhor orientação do processo de diagnóstico poupando tempo e recursos. Dada a possibilidade de doença potencialmente grave o diagnóstico exige-se célere, sendo a acessibilidade ao MF um ponto decisivo. Perante o diagnóstico de doença oncológica com inerente tratamento invasivo, o suporte assistencial do MF torna-se a pedra basilar para que o processo holístico de abordagem do doente ocorra com o máximo de qualidade, otimizando a integração de cuidados.

## PO 3

### SSRI – DE UM AO OUTRO EXTREMO

Tania Ferreira; Helder Farinha; Diana Rocha  
*USF Progresso e Saúde*

**Descrição do caso:** Homem, 22 anos, estudante, a viver com namorada, família da classe média. Antecedentes de asma e distúrbios de ansiedade/depressão, desde 2017, medicado com propranolol, sertralina e trazodona, recorre a consulta a 8/8/19 referindo suspensão de sertralina por dificuldade e atraso na ejaculação. Nega alterações prévias. Sente-se estável psicologicamente. São prescritas análises para despiste de patologia orgânica, mantendo-se a suspensão de sertralina. A 10/01/20 volta a consulta questionando a possibilidade de retomar sertralina, uma vez que desde a sua suspensão apresenta ejaculação prematura (EP) – tempo de latência ejaculatório intravaginal (IELT) de 10 a 15 segundos. Sob sertralina, apesar de por vezes não conseguir ejacular, quando conseguia, ejaculação era mais prolongada. Mantém libido e ereção, reduziu tempo dedicado aos preliminares. Experimentou masturbação

prévia a ato sexual sem melhoria. Usou preservativo com benzocaína com resultado. EO e análises sem alterações. Explicada fisiologia da ejaculação, fornecida informação sobre terapêuticas comportamentais *start-stop* e *squeeze*. Sugerida dapoxetine (utente recusa pelo preço). Retoma sertralina on demand, explicado uso *off-label*.

**Conclusão:** A EP é uma disfunção sexual masculina comum (prevalência de 20-30%). Segundo a Sociedade Internacional de Medicina Sexual é caracterizada por: 1) Ejaculação que ocorre, sempre ou quase sempre em  $\leq 1$  minuto após penetração (EP primária) ou redução significativa e incômoda no IELT,  $\leq 3$  minutos (PE adquirido); 2) Incapacidade em retardar a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais; 3) Consequências pessoais negativas, como angústia, preocupação, frustração e/ou evitação da intimidade. A EP parece associar-se à ansiedade, hipersensibilidade peniana e disfunção do recetor 5-HT. O uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRI), está frequentemente associado a disfunções sexuais. O bloqueio da reabsorção de serotonina, leva ao seu aumento na fenda sináptica, levando à sobrestimação dos recetores 5-HT e prolongamento do IELT; a descontinuação dos SSRI reduz os níveis de serotonina, diminuindo a IELT. Desconhece-se quantas pessoas recuperam o funcionamento sexual, após SSRI. Um estudo mostrou que após 6 meses, 55% dos pacientes mantinham alguma disfunção sexual. Este caso clínico demonstra a importância de ao prescrever SSRI, considerar os seus efeitos adversos, particularmente as alterações do funcionamento sexual.

## PO 4

### NEFROLITÍASE PÓS CIRÚRGIA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Diana Murteira; Maria João Teixeira; Cristiana Soares  
*USF Salvador Machado USF Calâmbrega ACeS Entre e Douro e Vouga II*

**Introdução:** Segundo o Boletim Epidemiológico, publicado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, a prevalência da obesidade em Portugal é de 28,7%. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 cerca de metade da população seja obesa. Portanto a obesidade é atualmente uma patologia endémica. Com vista a apresentação de uma alternativa terapêutica para esta patologia, em 1965 é introduzido o termo bariátrico. Apesar dos benefícios conhecidos desta intervenção cirúrgica para o tratamento da obesidade, também lhe têm vindo a ser atribuídas várias complicações, nomeadamente a nefrolitíase. O papel do Médico de Família é fulcral na sua prevenção, deteção, caracterização, vigilância e, quando adequado, referenciação para os cuidados de saúde secundários.

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo analisar a relação entre nefrolitíase e procedimentos cirúrgicos bariátricos, de forma a fornecer uma intervenção adequada na perspetiva dos cuidados de saúde primários.

**Material e métodos:** Foi realizada uma revisão da literatura das guidelines internacionais e dos artigos científicos publicados nos últimos 10 anos em língua inglesa e portuguesa, disponíveis na Medline, usando o termo *MeSh Bariatric Surgery, Renal Stones* e *Nephrolithiasis*.

**Resultados e conclusões:** Nos últimos anos, surgiram publicações de estudos de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, que sugerem o aumento de risco de litíase renal, levantando a hipótese de que o procedimento poderia ser fator de risco para litogénese, afirmação que tem sido confirmada.

O desenvolvimento de cálculos após procedi-



mentos bariátricos disabsortivos e restritivos é impulsionado principalmente por alterações perceptíveis nos perfis de urina de 24 horas, como aumento do oxalato urinário, diminuição do volume urinário e níveis reduzidos de citrato urinário – todos os quais estão associados ao aumento do risco de cálculos renais.

Esta revisão fornece recomendações padrão para reduzir o risco de cálculos nos formadores de cálculos pós procedimentos bariátricos, bem como algumas informações mais recentes, incluindo correção da acidose metabólica e uso de probióticos.

Atendendo a que os distúrbios metabólicos encontrados em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica levam a um risco elevado de nefrolitíase, torna-se determinante a uniformização da gestão e vigilância destes doentes, convergindo no esforço das especialidades de Medicina Geral e Familiar e Urologia.

## PO 5

### QUANDO O COMUM SE TORNA UMA RARIDADE

Ana Filipa Neves; Maria Eduarda Costa  
*Hospital Santo André - Leiria: Serviço de Urologia*  
*Director de Serviço: Dr. Ricardo Borges Médico*  
*Assistente: Dr. Pedro Eufrásio*

**Introdução:** O carcinoma neuro-endócrino primário do aparelho geniturinário existe sobretudo na próstata, rim e bexiga, o de pequenas células da uretra é duplamente raro, quer pelo tipo histológico, quer pela localização, estando descrito em menos de 0,5% dos tumores do trato urinário. São neoplasias agressivas com altas taxas de metastização.

Mulher, 44 anos, seguida em consulta de Ginecologia por patologia cervical. Por apresentar dores à observação ginecológica e cistites de repetição foi avaliada em consulta de Urologia por suspeita clínica de divertículo uretral infectado com agravamento progressivo das queixas. Ecografia reno-vesical, sem alterações, contudo RM Pélvica evidenciou imagem uretral quística

22x13x18 mm com adenopatia inguinal mais proeminente à direita. Por apresentar formação polipóide do meato uretral foi submetida a excisão cirúrgica, cuja histologia foi compatível com carcinoma neuro-endócrino de pequenas células. Perante o diagnóstico e o achado em TC de reavaliação de conglomerado adenopático ilíaco direito com 5,4 cm e inguinal direito com 3,5 cm, realizou 6 ciclos de quimioterapia com protocolo EP, com boa resposta imagiológica, mantendo apenas captação ilíaca direita em PET-FDG, seguida de exenteração pélvica anterior, com uretrectomia radical, linfadenectomia ilíaca alargada e inguinal radical bilateral.

**Objetivos:** Sensibilizar especialistas de MGF para a possibilidade de um diagnóstico raro, perante queixas clínicas frequentes e quadros de repetição.

**Material e métodos:** Recolha de dados através do sistema informático SCLinic referente ao caso clínico descrito, antecedente pessoais, intervenções e *follow-up*.

**Discussão e conclusão:** Tumores neuroendócrinos de pequenas células são eventos raros, ainda mais infrequentes na uretra, sendo o seu diagnóstico bastante difícil e estando dependente de grande suspeição clínica. Não se apresentam de forma patognomónica e devido à sua agressividade, à data do diagnóstico, frequentemente se apresentam num estadio bastante avançado, gerador de grande morbidade e mortalidade. Acresce o facto, que a sintomatologia de apresentação é altamente inespecífica, originando um extenso e laborioso diagnóstico diferencial. O conhecimento deste tipo de patologia irá certamente alertar o clínico para esta possibilidade de diagnóstico, para que, de uma forma célere, se consiga debelar um prognóstico tão sombrio.

## PO 6

### ENURESE: COMO ABORDAR?

Ana Cláudia Paiva; Sofia Padrão Tadeu  
*USF São João de Sobrado USF Ponte Velha*

**Introdução:** Seguidamente à patologia alérgica, a enurese noturna é a disfunção física com maior incidência na infância. Em Portugal, cerca de 80 000 crianças entre os 5 e 14 anos sofrem deste problema, caracterizado por perda involuntária de urina durante o sono a partir dos 5 anos. Dada a sua estreita relação com a baixa de auto-estima, capacidade de socializar e desenvolvimento da criança a longo prazo, revela-se essencial a sua abordagem e tratamento precoces. Como, na sua maioria, as crianças são seguidas nos cuidados de saúde primários através do programa de Saúde Infantil, o Médico de Família torna-se a primeira linha para o acompanhamento e tratamento desta disfunção, assim como a referenciação para os cuidados hospitalares.

**Objetivos:** Realizar uma revisão clássica acerca da definição, prevalência, etiologia, diagnóstico, tratamento e motivos de referenciação da enurese em idade pediátrica, tendo como intuito final a elaboração de um algoritmo prático de atuação.

**Material e métodos:** Revisão clássica da literatura, pesquisa bibliográfica de guidelines, livros médicos e artigos de revisão na base de dados Pubmed e Cochrane. Foram utilizados como termos MeSH *Nocturnal Enuresis* e *Children* e pesquisados artigos publicados entre janeiro de 2009 a dezembro de 2018, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

**Resultados e conclusão:** A enurese noturna pode ser classificada como primária ou secundária e, relativamente à sintomatologia, divide-se em enurese monossintomática ou polissintomática. Pode ainda ser definida consoante a sua gravidade: ligeira, moderada ou grave. Etiologicamente, considera-se multifatorial e complexa, estando descritos fatores orgânicos,

hereditários, psicológicos, de maturação e fisiopatológicos. Após o diagnóstico, e, de acordo com a etiopatogenia subjacente, estabelece-se o método de atuação e terapêutica. Esta engloba abordagens farmacológicas, comportamentais, uso de alarmes e técnicas de psicoterapia, sempre sem descurar a relação de confiança e cumplicidade necessária entre o médico, a criança e os pais. Os casos de enurese noturna polissintomática ou insucesso terapêutico devem ser referenciados para os cuidados de saúde secundários. Apesar de frequente, com um forte impacto na vida da criança e da família, aproximadamente 70% das crianças com enurese noturna não recebem qualquer apoio médico. É por isso fundamental estar alerta para esta situação, conhecendo as opções terapêuticas e passos a seguir para a sua resolução.

## PO 7

### URETRITE INFECIOSA NO HOMEM – ABORDAGEM E TRATAMENTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Joana Rita Mendes; Ana Filipa Miranda; Carlos Reis;  
Luísa Fernandes; Mariana Seabra  
*USF Sete Caminhos, ACeS Grande Porto II/Gondomar*

**Introdução:** A uretrite infecciosa de transmissão sexual pode ser classificada em gonocócica, quando causada por *Neisseria gonorrhoeae* (NG), e não gonocócica, mais frequentemente associada a *Chlamydia trachomatis* (CT). Em Portugal, as infeções por NG e CT carecem de declaração obrigatória, contudo estas são subnotificadas.

**Objetivo:** Esclarecer no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) o processo de diagnóstico, notificação e tratamento da uretrite em utentes do sexo masculino.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica de artigos científicos publicados na base de dados Medline/Pubmed utilizando os termos MeSH *urethritis*, *sexually transmitted diseases*, *Gonorrhoea*, *Chlamydia*, *UpToDate* e diretrizes europeias.

**Resultados:** A disúria consiste no principal

sintoma nos homens com uretrite e pode estar associada a prurido e exsudado uretral. A objetivação do exsudado é insuficiente para estabelecimento do diagnóstico etiológico, sendo que este deve respeitar um conjunto de critérios analisados no exame laboratorial do corrimento uretral. Para além de confirmar o diagnóstico de uretrite, o exame microscópico com coloração Gram permite fazer a distinção entre uma infeção gonocócica de não gonocócica. Existem outros métodos laboratoriais, como a análise de ácidos nucleicos, que permitem a identificação do agente patogénico, porém estes testes são de uso infrequente em contexto de CSP.

Nas situações em que não é possível a realização de coloração ou microscopia, pode ser feito um diagnóstico de uretrite com base na presença de sintomas, fatores de risco ou de esterase leucocitária positiva.

Na ausência de métodos laboratoriais, o diagnóstico presuntivo pode ser feito em homens sexualmente ativos com sintomas sugestivos. Em adição, o contacto sexual com um caso confirmado constitui um critério diagnóstico epidemiológico.

O tratamento empírico deve abranger tanto uma uretrite gonocócica como não gonocócica. Assim que o agente etiológico é estabelecido, a terapêutica dirigida é a mais adequada.

Devem ser investigadas concomitantemente outras infeções sexualmente transmissíveis, nomeadamente sífilis e infeção pelo vírus da imunodeficiência humana.

**Conclusão:** As uretrites resultantes de infeções de transmissão sexual são patologias frequentes e o seu diagnóstico em contexto de CSP é difícil dada a dificuldade de acesso a exames laboratoriais. Em conclusão, a abordagem sistemática é crucial, permitindo a resolução do problema individual e a queda da cadeia de transmissão.

## Presidentes

Paulo Dinis e Paulo Santos

## Comissão Organizadora

PRESIDENTE: Francisco Pina

Ulisses Ribau | Miguel Guimarães | Teixeira de Sousa | André Silva | Margarida Manso  
Pedro Pereira | Nuno Dias | Pedro Mendes | Vasco Rodrigues | Cláudia Santos

## Comissão Científica

PRESIDENTE: Carlos Silva

F. Cruz | Rui Pinto | Luís Figueiredo | Francisco Botelho | Tiago Lopes | Afonso Morgado  
Luís Vale | João Silva

## Sponsors



A. MENARINI PORTUGAL



**Boston  
Scientific**  
Advancing science for life™



**OLYMPUS**



## Organização e Secretariado

**admedic<sup>+</sup>**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa  
T: +351 21 842 97 10  
E: paula.cordeiro@admedic.pt | www.admedic.pt

