



VI JORNADAS REGIONAIS MONOTEMÁTICAS DE INFECIOLOGIA

**Doenças Infecciosas em
Populações Minoritárias**

20 a 22 · março · 2025
Sesimbra Oceanfront Hotel

Presidente Honorário: **Prof. Doutor Francisco Antunes**

Presidente das Jornadas: **Dr. Nuno Pinto Luís**



Curso Pré-Jornadas

Doenças emergentes

Programa

VI JORNADAS REGIONAIS MONOTEMÁTICAS DE INFECIOLOGIA

Doenças Infeciosas em Populações Minoritárias

Caros colegas e participantes,

É com natural satisfação que anuncio as VI Jornadas Regionais Monotemáticas de Infeciologia, que decorrerão nos dias 20 a 22 de março de 2025, e que terão como tema as infeções em populações minoritárias.

As Jornadas Regionais Monotemáticas de Infeciologia nasceram em 2013, ano da realização da sua primeira edição, pela mão do então Diretor de Serviço de Infeciologia do Centro Hospitalar de Setúbal, Dr. José Poças, e resultam da sua vontade inabalável em congregar conhecimento, ciência, ética e partilha num evento maior de divulgação científica.

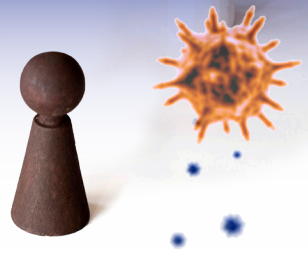
A frequência bienal das Jornadas só foi interrompida pela pandemia COVID, e em 2023 foi com entusiasmo que assistimos ao seu regresso. É também com entusiasmo e prazer que assumo, enquanto atual diretor do Serviço de Doenças Infeciosas da Unidade Local de Saúde da Arrábida, a continuidade do evento.

O tema escolhido reflete o mundo complexo em que vivemos presentemente, em que as linhas ideológicas geopolíticas se polarizam, em que as desigualdades sociais e culturais se extremam, um mundo que navega entre a intolerância e o estigma, por um lado, e a liberdade e o respeito pelas escolhas de vida, do outro.

As populações minoritárias, sejam migrantes, trabalhadores do sexo, indivíduos não binários, reclusos em estabelecimentos prisionais, coabitam no centro da discussão, e a sua saúde, particularmente o acesso equitativo a cuidados, depende das políticas assumidas e resultantes deste debate.

Nestas jornadas procuramos trazer o tema a discussão, logo de princípio com uma conferência sobre os desafios sociais, culturais e humanos que os movimentos migratórios atuais representam para a sociedade, na perspetiva do Dr. Rui Marques, figura de proa no tema das migrações em Portugal.

Também do programa farão parte discussões sobre o tratamento de VIH e hepatites em populações minoritárias, bem como o seu acesso a profilaxia pré-exposição do VIH, condições essenciais para o atingimento das metas da Organização Mundial de Saúde 95-95-95-95 para



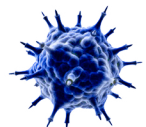
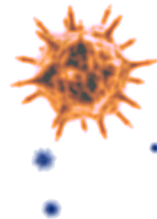
2030. Inevitavelmente, a tuberculose e o recente aumento de incidência em algumas áreas do nosso país será outro tema em destaque.

Finalmente, serão discutidas as disparidades no acesso a cuidados de saúde, na ótica de um economista da saúde, Dr. Julian Perelman, e a melhor prática médica baseada na evidência, que tende a ser escassa nestas populações minoritárias pela dificuldade da sua inclusão na investigação clínica.

As Jornadas serão precedidas de um curso pré-jornadas que se debruçará sobre Doenças Emergentes, tópico de suma importância num mundo em permanente mudança demográfica e climática.

Não deixaremos de celebrar o contributo e dedicação de um distinto Infeciologista, como sempre foi apanágio destas jornadas. Este ano distinguimos o Prof. Dr. Francisco Antunes, antigo Diretor do Serviço de Infeciologia do Hospital de Santa Maria, e uma figura de extrema importância nas Doenças Infeciosas em Portugal, pioneiro na abordagem clínica e humanitária à infeção por VIH em Portugal, causa a que se dedicou, e ainda dedica, de corpo e alma durante grande parte da sua vida profissional.

Nuno Pinto Luís
Presidente das Jornadas



COMISSÃO DE HONRA

Carlos Cortes | Bastonário da Ordem dos Médicos
Paulo Simões | Presidente do Conselho Regional do Sul da OM
André Martins | Presidente da Câmara Municipal de Setúbal
Francisco Jesus | Presidente da Câmara Municipal de Sesimbra
Luís Pombo | Presidente do Conselho de Administração da ULS Arrábida
Nuno Marques | Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Hospitalares da ULSA
Rui Monteiro | Vice-presidente da LACPEDI
Francisco Antunes | Presidente Honorário das VI Jornadas Regionais

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: Nuno Pinto Luís

Ana Catarina Gonçalves	Frederico Espírito Santo	Pedro Vasques
Andrea Paulos	Joana Sá	Telma Soeiro
Edite Mateus	Maria Caixas Lima	Vanda Silva
Evelise Ramos	Maria Isabel Casella	Vitor Laerte

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente: Nuno Pinto Luís

Álvaro Ayres Pereira	Francesca Peruzzu	Pedro Brogueira
Ana Cláudia Miranda	Francisco Vale	Quitéria Rato
Ana Correia	Frederico Espírito Santo	Rita Jesus
Ana Paula Brito	Inês Vaz Pinto	Rita Sousa
André Gomes	Jorge Torgal	Robert Badura
António Diniz	José Poças	Rosário Oliveira Martins
António Domingos	José Vera	Rui Marques
Cândido Teixeira	Julian Perelman	Sofia Núncio
Cláudia Silva	Luís Duque	Tânia Mestre
Edite Mateus	Luís Mendão	Teresa Baptista
Emília Valadas	Manuela Doroana	Valentyna Lutsiv
Evelise Ramos	Maria Isabel Casella	Virgínia Moneti
Fernando Maltez	Maria João Alves	Vitor Ramalho
Filipa Varela	Marta Feijó	
Filipe Calinas	Patrícia Pacheco	

JÚRI DAS COMUNICAÇÕES LIVRES

Presidente: Evelise Ramos

Ana Paula Brito
André Gomes

VI JORNADAS REGIONAIS MONOTEMÁTICAS DE INFECIOLOGIA

Doenças Infeciosas em Populações Minoritárias

Quinta-feira | 20 de março de 2025

13:30h Abertura do Secretariado

14:30-16:00h **Curso | Doenças emergentes**

Presidente: Ana Catarina Gonçalves

Comentadores: Vitor Laerte e Francisco Vale

Doenças transmitidas por vetores em Portugal – Presente e futuro

Maria João Alves

As novas epidemias das velhas doenças

Maria Caixas Lima

Infeções associadas a dispositivos médicos – Uma nova realidade

Pedro Vasques

16:00-16:30h Pausa

16:30-17:30h **Simpósio | O que nos preocupa hoje?**

Moderador: Nuno Luís

Comentadoras: Perpétua Gomes e Mafalda Guimarães

Início rápido? Em que doentes?

Gonçalo Cruz

Importa a qualidade de vida a longo prazo?

Miguel Abreu



17:30-18:15h **Cerimónia de Abertura**

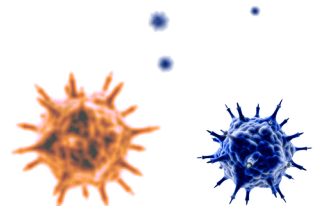
18:15-19:15h **Conferência | Migração – Novos desafios sociais, culturais e humanos**

Presidente: Teresa Baptista

Conferencista: Rui Marques

Comentadores: Virgínia Moneti e Vitor Ramalho

19:15h Encerramento do primeiro dia das Jornadas



Sexta-feira | 21 de março de 2025

09:00h Abertura do Secretariado

09:30-10:30h **Conferência | Infecção por VIH e virus das hepatites nos estabelecimentos prisionais**

Presidente: José Vera

Conferencistas: Maria Isabel Casella e Tânia Mestre

Comentadoras: Teresa Baptista e Inês Vaz Pinto

10:30-11:00h Pausa

11:00-12:00h **Mesa-Redonda | Infecções em migrantes**

Moderadora: Patrícia Pacheco

Comentadores: Pedro Brogueira e Cláudia Silva

Infecção por VIH em migrantes

Rita Jesus

Infecções por vírus das hepatites em migrantes

Filipe Calinas

Doenças de importação associadas aos fenómenos de migração em Portugal

Rita Sousa

12:00-12:30h **Apresentação dos posters selecionados**

Moderadores: André Gomes e Ana Paula Brito

POA 01 IMPACTO DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS EM PVIH DURANTE E APÓS PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: RELATOS DE CASOS

Zélia Sobral; Ana Beatriz Miranda; Isabel Tavares

POA 02 A FILARIOSE LINFÁTICA AINDA EXISTE E PERSISTE – UM CASO CLÍNICO

Carolina Inácio Santos; Sofia Gomes Rocha; André Torcato Cartaxo; João Vaz Alves; Kamal Mansinho

POA 03 DETEÇÃO DE VÍRUS TOSCANA EM FLEBÓTOMOS NO SUL DE PORTUGAL: A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA NOS VETORES

Fátima Amaro; Líbia Zé-Zé; Hugo Osório; Patrícia Soares; Manuel Silva; Inês Campos Freitas; Maria João Alves

POA 04 FEBRE TIFÓIDE E MULTIRRESISTÊNCIA: O DESAFIO DA *SALMONELLA TYPHI*

Andreia Paulos; Pedro Vasques; Maria Caixas Lima; Isabel Casella; Evelise Ramos; Catarina Gonçalves; Nuno Luis

POA 05 MIGRAÇÃO: UM DESAFIO CRESCENTE NAS DOENÇAS INFECIOSAS

Daniela Rodrigues da Silva; Cândida Rocha; Ana Catarina Rodrigues; Catarina Rodrigues; Ana Catarina Garcia; Patrícia Pacheco

12:30-13:30h Almoço

13:30-15:00h **Simpósio | Otimização da terapêutica ARV: Diferentes pessoas, diferentes necessidades**



Moderador: Nuno Luís

Palestrantes: Cátia Caldas, André Gomes, Edite Rodrigues, Nuno Luís

Dovato – Um regime robusto e duradouro desde o primeiro dia

Vocabria + Rekambys – O primeiro e único regime completo de longa ação

15:00-16:00h **Mesa-Redonda | PrEP nas populações minoritárias**

Moderador: Luís Mendão

Comentadores: Ana Cláudia Miranda e Luís Duque

Acesso a PrEP nos estabelecimentos prisionais

Francesca Peruzzu

Acesso a PrEP nos trabalhadores do sexo

Ana Correia

Acesso a PrEP em populações minoritárias – Perspetiva da Enfermagem

Marta Feijó

16:00-16:30h Pausa

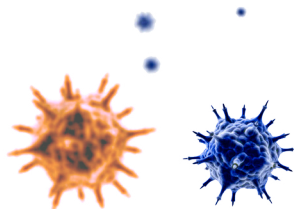
16:30-17:30h **Conferência | Tuberculose, migração e pobreza**

Presidente: Fernando Maltez

Conferencista: António Domingos

Comentadores: António Diniz e Valentyna Lutsiv

17:30h Encerramento do segundo dia das Jornadas



08:30h Abertura do Secretariado

09:00-09:30h **Apresentação de Comunicações Orais**

Moderadores: Evelise Ramos e Frederico Espírito Santo

CO 01 PROGRAMA DE CONSUMO VIGIADO MÓVEL EM LISBOA: IMPORTÂNCIA NA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

André Ferreira Dias; Adriana Almeida; Bruna Alves; Fátima Meireles; Inês Proença; Mariana Vaz

CO 02 CASO CLÍNICO FATAL DE FEBRE HEMORRÁGICA DE CRIMEIA-CONGO, BRAGANÇA 2024

Líbia Zé-Zé; Cristina Nunes; Micaela Sousa; Rita de Sousa; Carla Gomes; Ana Sofia Santos; Rui Terras Alexandre; Fátima Amaro; Tiago Loza; Miriam Blanco; Maria João Alves

CO 03 PROJETO CONTROLE DA TUBERCULOSE: INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Alexandra Alcobia; Telma Soeiro; Dora Hortelão; Paula Jesus; David Sousa

09:30-10:30h **Conferência | Disparidades no acesso aos cuidados de saúde**

Presidente: José Poças

Conferencista: Julian Perelman

Comentadores: Álvaro Ayres Pereira e Cândido Teixeira

10:30-11:00h Pausa

11:00-12:00h **Mesa-Redonda | Inclusão das populações minoritárias na investigação clínica**

Moderador: Jorge Torgal

Comentadoras: Sofia Núncio, Quitéria Rato e Rosário Oliveira Martins

Barreiras à inclusão de populações minoritárias em ensaios clínicos
Emília Valadas

Extrapolação dos dados de ensaios a populações minoritárias na área do VIH
Filipa Varela

Estratégias de melhoria da inclusão de populações minoritárias em ensaios clínicos
Robert Badura

12:00-13:00h **Encerramento das Jornadas**

Cerimónia de Homenagem ao Presidente Honorário

Nuno Pinto Luís, José Poças, Manuela Doroana, Álvaro Ayres Pereira e Francisco Antunes

Entrega de prémios dos posters e comunicações orais

Cerimónia de Encerramento

VI JORNADAS REGIONAIS MONOTEMÁTICAS DE INFECIOLOGIA

Doenças Infeciosas em Populações Minoritárias

Comunicações Orais

CO 01

PROGRAMA DE CONSUMO VIGIADO MÓVEL EM LISBOA: IMPORTÂNCIA NA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

André Ferreira Dias; Adriana Almeida; Bruna Alves;
Fátima Meireles; Inês Proença; Mariana Vaz
Médicos do Mundo

Palavras-chave: redução de danos; comportamentos aditivos; drogas injetáveis; VIH; hepatites víricas.

Introdução: De acordo com o Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências, em 2022, estima-se que, em Portugal continental, 7 749 pessoas utilizaram drogas por via injetável (PUDI). De acordo com o relatório do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em 2023, os novos casos de infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) em PUDI corresponderam a 2,8% do total de infeções. Estas pessoas encontram-se expostas a riscos significativos, incluindo patologia infecciosa, vascular e outras emergências médicas relacionadas com a sobredosagem de substâncias psicoativas. O Programa de Consumo Vigiado Móvel (PCVM) atua em cinco freguesias de Lisboa com uma equipa multidisciplinar, assegurando um ambiente mais seguro para as PUDI e comunidades mais afetadas pelo consumo em espaços públicos. É oferecida a possibilidade de realização de testes de rastreio para infeção por VIH, hepatites víricas e sífilis, com articulação posterior com os cuidados de saúde do SNS.

Objetivos: Caracterização das PUDI que re-

correm ao PCVM, perfis de consumos realizados e os impactos na saúde pública, com ênfase na prevenção de infeções e na promoção de práticas mais seguras.

Material e métodos: Análise de registos clínicos e de enfermagem durante dois anos de funcionamento do projeto, entre 09 de junho de 2022 e 08 de junho de 2024. A análise foi realizada com recurso a Microsoft Excel.

Resultados: Durante o período analisado, foram acompanhadas 373 pessoas: 294 homens e 79 mulheres, com média de idades de 45 anos (23-72). A maioria era de nacionalidade portuguesa (77%), seguindo-se pessoas naturais da América do Sul (4,8%) e Ásia Meridional (4,8%). Entre os participantes, 117 (31,4%) eram PUDI, tendo-se realizado 1250 consumos assistidos. As drogas mais consumidas foram speedball (62,5%), heroína (13,9%) e midazolam (10,4%). No período considerado, ocorreram dois episódios de sobredosagem, com necessidade de intervenção por parte da equipa de saúde.

Em relação aos rastreios rápidos para infeções, foram realizados 197 testes rápidos, incluindo 58 para VIH (29,4%), 51 para VHC (25,9%), 35 para VHB (17,8%) e 53 para sífilis (26,9%).

A distribuição de material de consumo e prevenção é adaptado às necessidades de cada PUDI. Nesse sentido, foram disponibilizadas 11 896 agulhas e seringas, 5887 Kits do Programa Troca de Seringas, 4951 preservativos e 1952 cachimbos e 4534 folhas de alumínio.

Conclusões: O PCVM contribuiu para a redu-

ção de riscos e minimização de danos nas PUDI. O rastreio efetivo permite a identificação de potenciais infecções. A educação para práticas injetáveis mais seguras reduz intercorrências como infecções cutâneas e complicações vasculares. Este programa reforça a relevância de intervenções móveis e multidisciplinares na promoção da saúde pública em populações vulneráveis.

CO 02

CASO CLÍNICO FATAL DE FEBRE HEMORRÁGICA DE CRIMEIA-CONGO, BRAGANÇA 2024

Libia Zé-Zé¹; Cristina Nunes²; Micaela Sousa²; Rita de Sousa¹; Carla Gomes²; Ana Sofia Santos¹; Rui Terras Alexandre²; Fátima Amaro¹; Tiago Loza²; Miriam Blanco²; Maria João Alves¹

¹Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge;

²Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança

Descrição do caso: A 12 de julho de 2024, um homem de 83 anos foi admitido no hospital de Bragança com febre (39,5°C) e mialgia. O doente vivia numa zona rural do distrito de Bragança, sem antecedentes de viagens internacionais e relatou ter removido uma carraça no dia anterior, ao início dos sintomas (11 de julho). Não apresentando sinais de doença grave, o doente recebeu alta hospitalar com prescrição de doxiciclina por suspeita de Febre Escaro Nodular (FEN). A 16 de julho, regressou à urgência hospitalar com sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos e diarreia), mialgias persistentes e febre, tendo ficado internado. A 18 de julho foi transferido para os cuidados intensivos com falência múltipla de órgãos e viria a falecer a 22 de julho.

Dado que a causa da morte não era clara, uma amostra de soro (19 de julho) foi enviada para o laboratório de referência para Febre hemorrágica de Crimeia-congo (CCHF) e FEN, tendo sido positiva para CCHF (por deteção de RNA viral e anticorpos IgM específicos). Os parâmetros clínicos, epidemiológicos e laborato-

riais são detalhados em Zé-Zé *et al.* 2024 [1]. A análise genética efetuada associou o vírus detetado ao genótipo III/África 3, com maior semelhança genética com estirpes identificadas em Espanha e em vários países africanos. **Conclusão:** Este caso clínico comprova a circulação e risco de Febre Hemorrágica de Crimeia-Congo em Portugal, tendo originado um alerta em saúde pública e evidenciado a importância de incluir este diagnóstico diferencial em casos suspeitos de Febre Escaro-Nodular com falha na resposta a terapêutica específica. Apesar de CCHF ser caracterizada por uma percentagem elevada de casos clínicos graves e mortalidade, estão descritos casos com sintomatologia ligeira que podem passar despercebidos.

Sendo um vírus de elevado risco biológico, são necessárias condições de biossegurança específicas para o seu manuseamento e diagnóstico (BSL4), e para a contenção dos doentes, sendo fundamental o diagnóstico rápido de casos suspeitos.

A divulgação de comportamentos preventivos para evitar picadas de carraças, como o uso de repelentes e vestuário adequado, deve também ser reforçada, especialmente em grupos de risco com atividades do exterior, como agricultores, caçadores, praticantes de caminhadas e BTT, entre outros.

REFERÊNCIAS: Zé-Zé L, Nunes C, Sousa M, et al. *Fatal Case of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever*, Portugal, 2024. *Emerg Infect Dis.* 2025;31(1):139-143. doi:10.3201/eid3101.241264

CO 03

PROJETO CONTROLE DA TUBERCULOSE: INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Alexandra Alcobia; Telma Soeiro; Dora Hortelão; Paula Jesus; David Sousa
Serviço Infeciologia (ULSA)

Introdução: Este projeto, surge da identificação de uma necessidade de melhoria na articulação de cuidados por parte dos cuidados hospitalares – nomeadamente no serviço de

Infeciologia que interna doentes com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar (TB) e os Cuidados de Saúde Primários, principalmente o CDP (Centro Diagnóstico Pneumológico) que acompanha os doentes com diagnóstico de TB e os seus conviventes em ambulatório e da necessidade de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares.

Objetivos:

- Melhorar o circuito do doente com diagnóstico de TB, encaminhado do CDP para os cuidados hospitalares, aumentando para 100% o número de internamentos diretos, sem necessidade de passagem pelo serviço de urgência;
- Melhorar o circuito da identificação e encaminhamento dos conviventes para rastreio, dos doentes internados nos cuidados hospitalares, proporcionando um aumento dos rastreios efetivados; Que todos os doentes internados com diagnóstico de TB, demonstrassem conhecimento sobre a doença até ao momento da alta;
- Que todos os doentes internados com diagnóstico de TB, no momento da alta hospitalar, tivessem agendamento da primeira consulta de enfermagem no CDP <72 horas;
- Aumentar o número de dias de transporte de produtos do CDP para o INSA.

Método: Foi criado um canal de comunicação direto (telefone), realizados protocolos, sistematização de procedimentos, recursos a Guidelines, folhetos informativos. Foi definido um plano de ação com recurso a estratégias regulares de monitorização.

Resultados: Após 11 meses de projeto, onde podemos constatar que, dos 17 doentes que integraram o projeto:

- Todos os doentes encaminhados pelo CDP para os cuidados hospitalares, tiveram internamento direto no serviço de Infeciologia;
- Todos os doentes internados com diagnóstico de TB, no momento da alta, ficaram com consulta de enfermagem no CDP agendada

em menos de 72 horas;

- Todos os doentes internados com diagnóstico de TB e défice de conhecimento sobre a doença, apresentaram aumento de conhecimento no momento da alta;
- Todos os conviventes de doentes com TB identificados no internamento e encaminhados para o CDP, efetivam o rastreio;
- Os produtos do CDP são transportados para o INSA 2 vezes por semana.

Conclusão: Dos 17 doentes integrados neste projeto, em 11 foram identificados conviventes. Entre os doentes que iniciaram o seu processo inicial ou no CDP ou no Hospital, foram identificados 12 conviventes positivos, ou seja, pessoas que iniciaram precocemente o seu tratamento, travando a transmissão da doença. Perante os resultados obtidos, o nosso projeto terá continuidade com a manutenção dos protocolos realizados, manutenção do canal de comunicação direto e Huddle Meetings mensais realizados por teams. A referir que este é um projeto com elevado potencial de replicabilidade a outrod CDP's.

POA 01

IMPACTO DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS EM PVVIH DURANTE E APÓS PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: RELATOS DE CASOS

Zélia Sobral; Ana Beatriz Miranda; Isabel Tavares
Hospital Santa Maria

Introdução: A continuidade de cuidados em pessoas que vivem com VIH (PVVIH) é essencial para o controle epidemiológico, especialmente em populações vulneráveis como a população prisional. Estes relatos de caso descrevem o percurso clínico de três PVVIH que estiveram no Estabelecimento Prisional de Lisboa (EPL) submetidos a consultas de Imunodepressão descentralizadas ao abrigo do Despacho n.º 6542/2017.

Métodos: Estudo observacional de três PVVIH sob prévio seguimento na ULSSM. Analisados dados clínicos e laboratoriais, incluindo carga viral (CV), contagem de linfócitos CD4+, adesão à TARV (Escala Simplificada de Problemas de Adesão – ESPA) e fatores psicossociais antes, durante e após o período de privação de liberdade.

Resultados: 3 utentes do sexo masculino, raça caucasiana.

Utente 1: 49 anos, seguido desde 1999, com múltiplos episódios de abandono da TARV. Antes da entrada no EPL (2019), apresentava CV indetectável (ND) e CD4+ 442,6 células/mm³; ESPA 1. Durante o período prisional, adesão à TARV, CV ND, ESPA 5. Em 2024, no retorno ao hospital, apresentava ESPA 5, CV ND e CD4+ 759 células/mm³. Relatou reintegração social satisfatória, retorno ao emprego e suporte familiar.

Utente 2: 41 anos, seguido desde 2014. Antes da entrada EPL (2018), CV ND, CD4+ 436,3 células/mm³, ESPA 5. Em reclusão, manteve adesão à TARV e CV ND, ESPA 5. Libertação em 2020, ESPA 5, CV ND e CD4+ 474 células/mm³. Relatou reintegração social satisfatória,

retorno ao trabalho e suporte familiar.

Utente 3: 46 anos, seguido desde 2006. Antes da entrada no EPL (2020), CV ND e CD4+ 1267 células/mm³, ESPA 5. Em reclusão, manteve adesão à TARV, CV ND, ESPA 5; realizou tratamento para VHC com RVS. Em 2024 regressa a ULSSM, com CV ND, CD4+ 939 células/mm³, ESPA 5. Reportou reintegração social satisfatória, embora ainda sem trabalho.

Discussão: Os casos demonstram a importância da articulação entre serviços de saúde e o sistema prisional para garantir a continuidade de cuidados em PVVIH, bem como o papel central da adesão no controle da infecção, mesmo em contextos de vulnerabilidade. Revelam também a importância do modelo de consulta descentralizada instituído que combinou a expertise médica diferenciada com intervenções de enfermagem focadas na adesão e no suporte psicossocial.

A educação para a saúde, o reforço da adesão aos cuidados pós libertação e a articulação com as equipas dos serviços prisionais, foram o objecto central das intervenções de enfermagem contribuindo para a continuidade dos cuidados. **Conclusão:** A experiência destes casos sublinha a relevância de estratégias colaborativas na gestão de PVVIH em populações minoritárias, especialmente no contexto prisional e pós-reinserção social.

A cooperação entre equipa multidisciplinar facilitou uma abordagem holística, demonstrando eficácia na gestão do VIH em ambiente prisional. Tais modelos de cuidados devem ser replicados para melhorar resultados em saúde e combater o estigma associado ao VIH.

POA 02

A FILARIOSE LINFÁTICA AINDA EXISTE E PERSISTE – UM CASO CLÍNICO

Carolina Inácio Santos; Sofia Gomes Rocha; André Torcato Cartaxo; João Vaz Alves; Kamal Mansinho
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE/Hospital
Egas Moniz

Introdução: A filariose linfática é uma doença tropical negligenciada, cuja erradicação se previa possível. Em 2024, é ainda endêmica nalguns países tropicais.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 21 anos, natural de uma aldeia na zona suburbana de Bissau (Guiné-Bissau), onde residiu até aos 9 anos, sem floresta densa ou rios nas imediações. Desde então, a residir em Portugal. Antecedentes pessoais de neurofibromatose medicada com selumetinib e hepatite B crónica controlada com entecavir. Referenciada à consulta de Infeciologia por linfedema dos membros inferiores e mãos com dois anos de evolução e eosinofilia periférica [máximo de 1950 céls/ul (22%)]. A linfocintigrafia (99mTc) demonstrou compromisso grave da drenagem linfática dos membros inferiores; a pesquisa de microfilárias noturnas (e diurnas) no sangue periférico foi negativa e a serologia de filariose (mediante duas técnicas serológicas: método de eletrosinereze e ELISA IgG) foi positiva. Paralelamente, foi feito o diagnóstico serológico de infeção por *Strongyloides stercoralis*, *Toxocara spp* e *Ancylostoma spp.*, pese embora um exame parasitológico de fezes negativo em três amostras. Não obstante a possibilidade de reação cruzada entre compartimentos antigénicos dos diversos nemátodes testados, a doente apresentava fatores de risco epidemiológicos para as várias parasitoses identificadas. Integrando os aspetos clínicos, laboratoriais e imagiológicos documentados, assumiu-se diagnóstico de filariose linfática sintomática, tendo cumprido tratamento com dietilcarbamazina 400mg

em toma única, seguido de doxiciclina 100mg bid, durante 6 semanas. Fez adicionalmente tratamento preemptivo de toxocarose, ancilostomatose e estrombiloidose assintomáticas. Atualmente, a doente apresenta melhoria discreta do linfedema, esperando-se a desaceleração da progressão do mesmo após o tratamento antiparasitário. Como complicações, ressalva-se um episódio não complicado de erisipela do membro inferior.

Conclusão: O fluxo migratório de populações antecipa um diagnóstico crescente de patologia tropical em zonas não endémicas, como este caso ilustra. Alerta-se para a importância da não negligência clínica da filariose linfática, se epidemiologicamente pertinente, e do tratamento dirigido precoce, com vista à prevenção de complicações potencialmente incapacitantes.

POA 03

DETEÇÃO DE VÍRUS TOSCANA EM FLEBÓTOMOS NO SUL DE PORTUGAL: A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA NOS VETORES

Fátima Amaro; Líbia Zé-Zé; Hugo Osório; Patrícia Soares; Manuel Silva; Inês Campos Freitas; Maria João Alves
Centro de Estudos de Vetores e Doenças Infecciosas/
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Introdução: Os flebótomos, insetos da família *Psychodidae*, são vetores de protozoários parasitas do género *Leishmania*, responsáveis por várias formas de leishmaniose, e de vírus do género *Phlebovirus* que podem causar desde infeções assintomáticas a doença neurológica. O *Phlebovirus toscanaense*, conhecido como vírus Toscana (TOSV) é um vírus com potencial neurotrópico que circula na Bacia do Mediterrâneo, podendo originar meningites e encefalites.

Em Portugal, o programa REVIVE, a rede de vigilância de vetores que opera a nível nacional sob a tutela do Ministério da Saúde, depois dos mosquitos em 2008 e das carraças em 2011, passou a integrar a vigilância entomológica de flebótomos em 2016.

Objetivos: O objetivo do presente trabalho é reportar a primeira detecção de TOSV, ocorrida em 2023, em flebotomos colhidos em Portugal, no âmbito do programa REVIVE.

Material e métodos: Anualmente, de maio a outubro, técnicos de saúde ambiental colhem, com armadilhas tipo CDC, flebotomos em todo o território de Portugal continental que depois são enviados para o Centro de Estudos de Vetores e Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, para identificação da espécie e pesquisa molecular de agentes patogénicos.

Resultados e conclusões: O TOSV foi detetado num pool constituído por flebotomos colhidos no Algarve, no concelho de Portimão, em setembro de 2023. A análise filogenética de uma sequência parcial de 668 nucleótidos do flebovírus detetado mostra semelhança com estirpes que circulam e causam meningites e meningoencefalites em Espanha.

Até ao presente, em Portugal a infeção por TOSV apenas tinha sido relatada em hospedeiros vertebrados. O primeiro caso humano de doença ocorreu em 1983, num turista supostamente infetado a menos de 45 km de distância do local de colheita dos vetores encontrados infetados em setembro de 2023. O TOSV é um arbovírus emergente que não deve ser ignorado devido ao seu potencial de causar doença humana neurológica, principalmente em doentes provenientes de zonas não endémicas e que nunca tiveram contacto com este agente patogénico. O Algarve é uma zona de turismo por excelência e a presença de populações vulneráveis é uma constante. O programa REVIVE confirmou a circulação atual do vírus em vetores na região. Desta forma fica realçada a necessidade de considerá-lo no diagnóstico diferencial, especialmente nos meses de Verão, quando os vetores estão ativos, em caso de doença neurológica ou síndrome febril de origem desconhecida.

POA 04

FEBRE TIFÓIDE E MULTIRRESISTÊNCIA: O DESAFIO DA *SALMONELLA TYPHI*

Andreia Paulos; Pedro Vasques; Maria Caixas Lima; Isabel Casella; Evelise Ramos; Catarina Gonçalves; Nuno Luis

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

A febre tifóide é uma doença atualmente rara na Europa associando-se quase exclusivamente a viagens para áreas endémicas como a Ásia, em particular o subcontinente indiano e a África subsariana. O aumento da resistência antimicrobiana, com desenvolvimento de estirpes extensivamente resistentes (XDR), representa um desafio terapêutico crescente. Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 37 anos, leucodermico, natural do Paquistão, em Portugal há 3 meses. Sem antecedentes patológicos de relevo exceto obesidade. Vive com condições de saneamento, bebe água engarrafada e tem uma alimentação diversificada. Nega consumo de alimentos importados.

Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 5 dias de evolução de cefaleia, tosse com expectoração mucosa, mialgias, dor abdominal e febre. Negava diarreia, perda ponderal ou sudorese noturna.

Ao exame objetivo realça-se: estado geral conservado, PA: 141/83 mmHg; FC: 78 bpm, temperatura de 39°C, desidratado, auscultação pulmonar rude com murmúrio vesicular globalmente diminuído.

Analiticamente com anemia microcítica/hipocrômica (Hb 12.3 g/dL, VGM 57.8 fL, HGM 18.5 pg), trombocitopenia (124 000/mm³), sem leucocitose, LDH 369 U/L, creatinina 1.29 mg/dL, ureia 18 mg/dL, rabdomiólise (CK 783 U/L) e PCR 9.35 mg/dL.

Os exames culturais permitiram o isolamento de *Salmonella typhi* nas hemoculturas, sensível apenas aos carbapenems e piperacilina/tazobactam. Imagiologicamente, com dilatação có-

lica na radiografia abdominal, pelo que realizou tomografia computadorizada torácica, abdominal e pélvica que não revelou alterações.

Iniciou terapêutica com meropenem 2g 8/8h, de acordo com TSA, com boa evolução clínica e laboratorial. Durante o internamento permaneceu sob isolamento de contacto. Foi notificada a doença às autoridades de Saúde Pública.

Conclusão: Este caso destaca a importância da vigilância epidemiológica e do rastreio de febre tifóide XDR em populações migrantes. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para evitar complicações graves e reduzir a disseminação da resistência. A vacinação e o saneamento adequado continuam a ser as principais estratégias para o controlo da doença. A emergência de estirpes resistentes reforça a necessidade de novas abordagens terapêuticas e políticas de uso racional de antimicrobianos.

POA 05

MIGRAÇÃO: UM DESAFIO CRESCENTE NAS DOENÇAS INFECIOSAS

Daniela Rodrigues da Silva; Cândida Rocha;
Ana Catarina Rodrigues; Catarina Rodrigues;
Ana Catarina Garcia; Patrícia Pacheco
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Nos últimos anos tem-se assistido a uma intensificação dos movimentos migratórios, condicionando variações na prevalência e dinâmica de transmissão de doenças infecciosas, nomeadamente pela introdução de novas patologias e da disseminação de doenças já existentes.

Sexo masculino, 23 anos, natural da Guiné, em Portugal desde 2017, sem antecedentes de relevo. Avaliado por quadro clínico com uma semana de evolução composto por dor abdominal na fossa ilíaca direita, diarreia e sensação febril não quantificada. Analiticamente destacava-se anemia (Hb 7.4g/dL), aumento dos parâmetros inflamatórios e padrão de citocolestase hepática com hiperbilirrubinemia. Pedida TC abdominopélvica que

mostrou hidropneumoperitoneu, sugestivo de rotura de víscera oca, aspetos compatíveis com peritonite e espessamento do cólon com edema da submucosa, sugestivo de processo inflamatório/infeccioso. Submetido a laparoscopia exploradora com identificação de abscessos intra-abdominais e peritonite difusa adesiva generalizada. Realizada drenagem de coleções, com isolamento de *P. mirabilis* e *E. coli*, e biópsia de implantes peritoneais com identificação anatomopatológica de granulomas necrotizantes sugestivos de micobacteriose. Iniciou antibioterapia dirigida, e terapêutica antibacilar quádrupla, com evolução desfavorável em choque hemorrágico e admissão transitória em Unidade de Cuidados Intensivos. O estudo endoscópico inicial foi inconclusivo, com realização de videocápsula a demonstrar múltiplos parasitas no lúmen jejunal, a sugerir ancilostomíase. Instituído tratamento com Albendazol sem recorrência de perdas hemáticas. Necessidade de múltiplas intervenções cirúrgicas por persistência de coleções intra-abdominais com fistulização cutânea. Identificação molecular de *M. tuberculosis complex* em amostra de pús obtido por drenagem, sem isolamento em meio cultural. Verificado agravamento do padrão de citocolestase hepática, a justificar suspensão transitória de antibacilares. Diagnosticada infeção pelo vírus da hepatite B (AgHbe negativo) com DNA 3727 UI/mL, a motivar início de Tenofovir disoproxil. Cumpru 11 semanas de antibioterapia, com evolução analítica e clínica favoráveis e resolução imagiológica documentada tendo tido alta sob terapêutica antibacilar.

O caso clínico descrito ilustra como os fluxos migratórios podem trazer desafios, como a coexistência de múltiplas infeções e complicações, exigindo um diagnóstico preciso e um elevado grau de suspeição para patologias menos frequentes.

PO 02

ROTURA DO BAÇO: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INFECÇÃO POR *M. TUBERCULOSIS* DISSEMINADA

José Ganicho¹; Diana Dinis¹; Maria Carlos¹; Nuno Gião²; Vilma Salgado²; Claudina Cruz¹; Marta Leal Dos Santos¹; Ana Raquel Garrote¹; Maria José Manata¹; Fernando Maltez¹

¹Hospital Curry Cabral; ULS São José; ²Serviço de Anatomia Patológica; ULS São José

Descrição do Caso: Homem, 47 anos, natural da Gâmbia, residente em Portugal há 18 meses, recorre ao serviço de Urgência por apresentar desconforto abdominal, vômitos e sensação febril não quantificada há 48 horas. Nega sintomatologia respiratória ou gastrointestinal, viagens recentes, assim como contacto ou história prévia de infeção por *Mycobacterium tuberculosis*. Ao exame objetivo, apresenta palpação abdominal dolorosa nos quadrantes superiores, com defesa. Analiticamente, destaca-se hemoglobina 11,5 g/dL, proteína C reactiva 8,99 mg/dL, creatinina 1,38 mg/dL, aspartato aminotransferase 48 U/L, alanina aminotransferase 35 U/L e gama-glutamilttransferase 194 U/L. A Tomografia Computorizada (TC) revela baço multifraturado com lesões parenquimatosas e moderado hemoperitoneu. O doente foi submetido a esplenectomia.

No internamento, mantém febre diária e hiper-sudorese nocturna. Da investigação, destaca-se a detecção de Coronavírus 43 no painel de vírus respiratórios, Anticorpo (Ac) anti-VIH 1+2, Antigénio HBs e Ac. Hepatite C total negativos, e Ac. Hepatite A total e *Interferon Gama Release Assay* positivos. Ecocardiograma transtorácico sem alterações. A TC tórax mostra “micronodularidade centrilobular com predomínio nos ápices”. Por aumento sustentado dos parâmetros de citocolestase, realiza TC abdominopélvica que mostra hepatomegália, hipertrofias

ganglionares diafragmáticas direitas e ascite. Por suspeita de infecção por *M. tuberculosis*, é realizada a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e teste de amplificação de ácidos nucleicos na expectoração e no lavado broncoalveolar, ambos negativos, aguardando ainda os resultados do exame cultural e das hemoculturas para micobactérias.

Ao 24º dia de internamento, a peça operatória revela tecido esplénico extensamente substituído por múltiplos granulomas epitelióides, células gigantes multinucleadas e necrose (figura 1), com pesquisa de BAAR positiva (figura 2) e sem evidência de tecido neoplásico.

Pela suspeita de infecção disseminada por *M. tuberculosis* e dado o padrão citocolestático, inicia tratamento com linezolida, levofloxacina e etambutol. Após estabilização da citocolestase, foi introduzida terapêutica anti-tuberculosa de 1ª linha, até à data sem intercorrências.

Conclusão: A tuberculose extrapulmonar corresponde a apenas cerca de 15% dos casos de doença, sendo o envolvimento esplénico raro, geralmente no contexto de tuberculose disseminada. A rotura espontânea do baço acrescenta ainda mais singularidade ao caso clínico, alertando para a multitude de possíveis apresentações da infecção por *Mycobacterium tuberculosis*.

PO 03

RESULTADOS VIROLÓGICOS E FREQUÊNCIA DE EVENTOS VIRÉMICOS ISOLADOS SIMILARES: TAR ORAL VS CAB+RPV LA

Ana Tavares¹; John Thornhill¹; Louise Garside²; Chinyere Okoli¹; Patricia de Los Rios¹; Kimberley Brown¹; Lori A. Gordon¹; Christine L. Latham¹; William Spreen¹
¹ViiV Healthcare; ²PHASTAR

Introdução: A definição e gestão de blips variam entre as orientações clínicas. A terapêutica antirretrovírica (TAR) de longa duração de ação

(LA) pode apresentar diferentes considerações de gestão para os profissionais de saúde. Nos estudos de fase 3/3b, os blips (uma determinação de carga vírica única [CV] entre 50 e <200 c/mL com valores adjacentes <50 c/mL) com cabotegravir + rilpivirina LA (CAB+RPV LA) não foram associados a falência virológica confirmada (FVC; 2 CVs consecutivas \geq 200 c/mL) até às 152 semanas de seguimento.

Objetivos: Apresentamos uma análise post-hoc agrupada que avalia os resultados virológicos após a ocorrência de blips, baixas viremias (LLV; \geq 2 CVs consecutivas entre 50 e <200 c/mL) e suspeita isolada de falência virológica (SFV; CV única \geq 200 c/mL com valor subsequente <200 c/mL), durante 1 ano, nos estudos de fase 3/3b com CAB+RPV LA.

Materiais e métodos: Blips, LLV e SFV isolada foram analisados nos estudos de fase 3/3b FLAIR, ATLAS, ATLAS-2M (até à semana 48) e SOLAR (até ao mês 12). A SFV foi dividida em (1) CV única \geq 200 e <500 c/mL; (2) CV única \geq 500 e <1000 c/mL; (3) CV única \geq 1000 c/mL, todas com a CV subsequente <200 c/mL. As SFV isoladas que se tornaram FVC na determinação seguinte de CV foram excluídas. Foram analisadas amostras de plasma para as determinações de ARN VIH-1 através do ensaio Abbott RealTime HIV-1.

Resultados e conclusões: No total, foram incluídos 2506 participantes (CAB+RPV LA, n=1692; TAR oral, n=814). A proporção de participantes com blips foi de 6% (n=97/1692) e 7% (n=61/814) com LA e TAR oral, respetivamente; <2% tinham LLV ou SFV isolada em ambos os braços. A FVC ocorreu em <1% dos participantes (braço LA, n=16/1692; TAR oral, n=7/814). No braço LA, 25% (n=3/12) dos participantes com SFV isolada tiveram CVF subsequente vs 23% (n=3/13) no braço da TAR oral. Nesta análise agrupada ao longo de 1 ano, as taxas de FVC foram baixas e similares entre TAR oral e LA. Blips e LLV foram igualmente pouco frequentes com LA e TAR oral, e não

foram associados a FVC. Os eventos de SFV foram raros, com taxas similares de FVC subsequente com LA e TAR oral. Estes dados sugerem resultados similares após ocorrência de eventos virémicos isolados com LA e TAR oral. **Apresentação prévia:** Os dados incluídos neste resumo foram previamente apresentados na íntegra no *HIV Drug Therapy Glasgow, November 10-13, 2024; Glasgow, Scotland; Poster P101.*

PO 04

TRANSFORMAR A QUALIDADE DE VIDA E A DESIGUALDADE INTERSECTORIAL NO VIH NA EUROPA: THRIVE

Ana Rita Silva¹; Ama Appiah¹; Rob Walton²; Joey Calder Smith²; Michael Smith²; Eleanor Baldwin²; Silvia Petretti³; Anton Basenko⁴; Nikos Dedes⁴; Jorge Garrido⁵; Luis Mendão⁶; Denis Onyango⁷
¹ViiV Healthcare; ²Covost; ³Positively U; ⁴European AIDS Treatment Group; ⁵Positive Voice; ⁶GAT; ⁷Africa Advocacy Foundation

Introdução: Apesar dos avanços na terapêutica antirretroviral, as pessoas com VIH relatam desafios que podem impactar os resultados de saúde, os quais são ainda mais alimentados por desigualdades interseccionais de raça, género, sexo, sexualidade, classe, idade, uso de substâncias e estatuto de migrante ou residente.

Objetivos: O projeto THRIVE identificou desafios comuns e interseccionais de saúde e sociais e desenvolveu recomendações-chave para fornecer soluções práticas e escaláveis que envolvam grupos marginalizados de pessoas com VIH, que devem ser abordadas para acabar com a transmissão do VIH até 2030.

Materiais e métodos: Um Grupo de Trabalho e Conclusão de líderes europeus de advocacia na área do VIH orientou o projeto. Foram identificados três grupos interseccionais: pessoas envelhecidas ou idosas, mulheres e migrantes com VIH. Onze participantes de um ou mais desses três grupos interseccionais foram nomeados para conversas estruturadas em painel e entrevistas individuais: 9 que estavam a envelhecer

e eram mais velhos, 7 mulheres e 5 com estatus de migrante; 7 participantes faziam parte de mais de um grupo interseccional.

Resultados e conclusões: Os participantes articularam evidências pessoais baseadas nas suas próprias experiências de vida com o VIH. Como membros de grupos interseccionais, foram afetados por desafios interseccionais complexos, mas comuns, e propuseram soluções para os abordar. As conclusões são resumidas em 6 tópicos principais: peso da saúde, estigma, saúde mental e resiliência social, resiliência socioeconómica, acesso/ligação e confiança nos serviços de saúde e VIH, e capacitação das pessoas com VIH para melhorar a sua qualidade de vida relacionada com a saúde. Desenvolvemos recomendações de alto nível para envolver e colaborar com pessoas com VIH, capacitando-as para prosperar. Recomendações-chave para as partes interessadas: (1) fornecer ferramentas e recursos para encorajar a tomada de decisões compartilhada com os prestadores de cuidados de saúde; (2) promover um ambiente que apoie cuidados individualizados através de formação em competência cultural para todos os prestadores de cuidados de saúde e não-VIH para responder às diversas necessidades de saúde das pessoas que experienciam desigualdades interseccionais; (3) colaborar entre os setores de VIH, saúde e comunidade para expandir o acesso a apoio de alta qualidade entre pares para comunidades marginalizadas; e (4) priorizar a expansão de cuidados integrados de alta qualidade para refletir as mudanças demográficas e as diversas necessidades e múltiplas desigualdades interseccionais no futuro. Embora o projeto THRIVE tenha sido restrito à Europa, as recomendações resultantes para capacitar as pessoas com VIH a prosperar são aplicáveis em todo o mundo.

*Os dados incluídos neste resumo foram previamente apresentados na íntegra no *Fast-Track Cities*; outubro 2024; Paris, Poster 1416.

PO 05

EXPERIÊNCIAS DOS PARTICIPANTES APÓS 6 MESES DO INÍCIO DE CABOTEGRAVIR LA PARA PREP, ENSAIO PILLAR

Catarina Metelo¹; Hadrian Holder²; Nanlesta Pilgrim¹; Roberto Ortiz³; William Valenti⁴; Bo Li⁵; Alison Gaudion¹; Deanna Merrill¹; Elizabeth Gibbons⁶; Patrick Daniele⁶; Larissa Stassek⁶; Riya Moodley¹; Toyin Nwafor¹; Katherine Nelson¹; Kimberley Brown¹; Maggie Czarnogorski¹

¹ViiV Healthcare; ²Southwest Community Health Center; ³Bliss Health; ⁴Trillium Health Rochester; ⁵GSK; ⁶Evidera

Introdução: Fora dos ensaios clínicos de registo, pouco se sabe sobre as experiências dos utilizadores de cabotegravir de longa duração de ação (CAB LA), o primeiro regime injetável de ação prolongada para prevenção do VIH.

Objetivos: Apresentamos experiências e resultados de vida real de homens ao Mês 6 (M6) após o início do CAB LA nos EUA.

Materiais e métodos: O PILLAR é um ensaio científico de implementação de fase 4, com concordância de género, que avalia a integração de CAB LA em 17 clínicas para homens que têm sexo com homens e homens transgénero. Os participantes responderam a inquéritos à Baseline (BL) e no M6 sobre experiências e resultados de implementação. Uma amostra propositada de homens completou entrevistas sobre as suas experiências.

Resultados e conclusões: 201 homens foram incluídos e iniciaram CAB LA de Maio de 2022 a Agosto de 2023, 186 (93%) e 159 (79%) completaram inquéritos à BL e ao M6, respetivamente; destes, 45 homens realizaram entrevistas no M6. A maioria dos participantes tinham entre 26 e 49 anos (n=146; 72,6%) e identificavam-se como cisgénero (n=189; 94,0%), caucasiano (n=124; 61,7%), e não hispânico ou latino (n=120; 59,7%); 70,6% (142/186) referiram uso de PrEP oral nos últimos 6 meses. Na BL, 15%-29% dos homens relataram sofrer de estigma e ansiedade na PrEP oral. Ao M6, 0%-1% dos utiliza-

dores de CAB LA referiram preocupações com estigma e ansiedade. Na BL, 53%-54% dos utilizadores de PrEP oral referiram preocupações sobre o esquecimento de tomar e ficar sem PrEP. No M6, 2%-7% das preocupações dos utilizadores do CAB LA eram o esquecimento ou a falha às consultas da injeção. Os inquiridos referiram que o CAB LA reduziu o stress e o medo de falhar a PrEP, ao mesmo tempo que ofereceu confiança na proteção. A elevada aceitabilidade de CAB LA aumentou da BL para o M6 [aceitabilidade média: 4,4 (DP: 0,69) vs 4,6 (DP: 0,61)] e a viabilidade manteve-se elevada [viabilidade média: 4,4 (DP: 0,74) vs 4,4 (DP: 0,75)]. Os inquiridos referiram que o CAB LA era conveniente para as suas vidas. Embora 45% tenham referido reações no local da injeção, a maioria (86%) regressou às atividades diárias no próprio dia. Poucos se sentiram incomodados com a dor da injeção (8%) e referiram que a dor diminuiu com as injeções seguintes. No M6, 80% a 92% dos inquiridos referiram que o agendamento flexível nas clínicas é útil para apoiar a utilização de CAB LA, o que também foi expresso pela maioria dos inquiridos. Entre os homens que receberam transporte para consultas, receberam lembretes de injeção e tiveram consultas virtuais, mais de 80% consideraram-nas úteis. Os resultados do M6 mostram que os homens que têm sexo com homens e homens transgénero referem pouca ou nenhuma preocupação com o estigma e a ansiedade em relação à PrEP enquanto estão sob CAB LA e que este é viável e aceitável nas suas vidas. As consultas flexíveis e virtuais, além do suporte de transporte, são úteis durante a utilização de PrEP injetável.

PO 06

PAIRED: EXPERIÊNCIAS E BENEFÍCIOS RELATADOS PELAS PVIH APÓS A MUDANÇA DE BIC/FTC/TAF PARA DTG/3TC

Andreia Pousinha; Jihad Slim; Andrew P. Brogan; Gavin Harper; Katie Mycock; Abigail Mcmillan; Deanna Merrill; Gustavo Verdier
Viv

Introdução: PAIRED tratou-se de um estudo transversal e qualitativo sobre Pessoas com VIH (PVIH) em transição estável a receber DTG/3TC nos Estados Unidos.

Objetivos: Esta subanálise centrou-se em PVIH que mudaram de BIC/FTC/TAF para DTG/3TC para explorar as suas experiências com o tratamento e resultados.

Materiais e métodos: PVIH com idade ≥ 18 anos, sob terapêutica com DTG/3TC por ≥ 3 meses, foram recrutadas através de métodos liderados pelo centro e de alcance comunitário. A pesquisa incluiu instrumentos validados (HIV-Treatment Satisfaction Questionnaire [HIV-TSQs]), Adelphi Adherence Questionnaire™ [ADAQ], PoZQoL). Estatística descritiva foi utilizada para analisar os resultados da pesquisa.

Resultados e conclusões: Das 474 PVIH incluídas no PAIRED, 132 (28%) mudaram de BIC/FTC/TAF para DTG/3TC. A idade mediana deste subgrupo foi de 49 anos; 33% tinham sexo feminino à nascença; 52% identificaram-se como não brancos; e 33% eram de origem hispânica, latina ou espanhola. A maioria dos participantes (60%) estava a tomar BIC/FTC/TAF durante >12 meses antes de mudar para DTG/3TC e, para 70% deles, BIC/FTC/TAF não foi o seu primeiro regime. Os principais fatores que influenciaram a mudança para DTG/3TC foram evitar efeitos secundários (66%), minimizar o impacto a longo prazo (53%) e reduzir o número de medicamentos (32%). Os participantes que mudaram de BIC/FTC/TAF relataram alta satisfação com DTG/3TC usando o HIV-TSQs

(pontuação total mediana 57,0 [IQR: 52,0-60,0] de 60). Os participantes também relataram melhor satisfação com o tratamento com DTG/3TC em comparação com BIC/FTC/TAF, com 75% a considerar que DTG/3TC era ligeiramente a significativamente melhor do que BIC/FTC/TAF; 30% relataram estar muito satisfeitos (6/6) antes de mudar, e 70% relataram estar muito satisfeitos depois de mudar para DTG/3TC. Uma boa adesão foi observada usando o ADAQ (pontuação mediana 0,3 [IQR: 0,1-0,5] de 4), com 92% dos participantes a relatar nunca ou raramente falhar uma dose de DTG/3TC. Os participantes relataram qualidade de vida moderada a alta usando o PoZQoL (pontuação mediana 45,0 [IQR: 36,2-54,0] de 65). Os participantes que mudaram de BIC/FTC/TAF para DTG/3TC relataram alta satisfação com o tratamento, boa adesão e qualidade de vida moderada a alta. Os principais fatores que influenciaram a mudança foram evitar efeitos secundários, minimizar o impacto a longo prazo e reduzir o número de medicamentos. Estes resultados sugerem que DTG/3TC pode ser uma opção de tratamento valiosa para PVIH que procuram um regime simplificado e com exposição ao longo da vida a menos fármacos.

Apresentação prévia: Os dados incluídos neste resumo foram previamente apresentados na íntegra na *HIV Drug Therapy Glasgow*; 10 a 13 de novembro de 2024; Glasgow, na Escócia; Cartaz P101.

PO 07

CASO CLÍNICO DE DOENTE COM TESTE DE DONATH-LANDSTEINER POSITIVO

Graça de Almeida¹; Susana Ribeiro¹; Joana Rebelo²; Nuno Farinha²

¹Instituto Português de Sangue e da Transplantação;

²ULS S. João

Introdução: A Hemoglobinúria Paroxística ao frio é uma forma grave de anemia hemolítica autoimune.

Descrita pela primeira vez em 1872, a sua fisiopatologia foi compreendida em 1902 por Donath e Landsteiner, com a descoberta da hemolisina de Donath e Landsteiner, um autoanticorpo do tipo IgG com especificidade anti-P. Em termos clínicos, caracteriza-se por hemólise intravascular de início súbito, com anemia e hemoglobinúria, que se manifesta ao fim de alguns minutos ou horas após a exposição ao frio. A maioria dos episódios são de característica autoimune e precedidos de infeções víricas inespecíficas.

Objectivo: Pretende-se demonstrar a importância na identificação dos sinais e sintomas apresentados pela doente e rápida identificação de possíveis causas como a Hemoglobinúria paroxística ao frio, após infeções virais precedentes e exposição ao frio.

Métodos: NAPC, doente do sexo feminino com 13 anos de idade, seguida no Hospital de S. João (CHSJ) por drepanocitose e com medicação de hidroxíureia cumprida de forma irregular. Foi internada a 01/05/2024 apresentando febre e infeção respiratória a *Mycoplasma pneumoniae*, com positividade conjunta por *Rhinovirus*. Medicada com ceftriaxone e azitromicina no dia 01/05/2024. Valores laboratoriais: Hb:8,4g/dL, Leucócitos: 15550/uL, Neutrófilos: 12280/uL, Plaquetas: 198000/uL, Reticulócitos: 10%, e LDH aumentada para 524 UI/L. A 04/05/2024 foi verificada descida acentuada de Hb: 6,1mg/dL. Restantes valores laboratoriais: Leucócitos: 12770/uL, Neutrófilos: 8270/uL, Plaquetas: 158000/uL, subida ligeira de transaminases e LDH para 947UI/L; Reticulócitos: 2,25%; Ilograma estável e PCR 15,6mg/L.

Foi solicitado ao Laboratório de Referência o estudo de anemia hemolítica autoimune a ceftriaxone, dada a presença de parâmetros laboratoriais indicadores de hemólise.

Resultados: Estudo efectuado no Laboratório de Imunohematologia de Referência do CSTL verificou a existência de Teste de Antiglobulina directo (TAD), positivo para IgG (1+), e o estudo

efectuado para Identificação de anticorpos irregulares à T.A., a 37°C e por TAI foi fracamente reactivo, apresentado ligeira hemólise das células auto. O estudo efectuado com a presença de ceftriaxone na dosagem de 1mg/1ml, eritrócitos de dador do grupo O e o soro da doente apresentaram resultados negativos mas foi verificada alguma hemólise nas reacções obtidas apesar de não serem específicas da adição do fármaco em questão. Foi então efectuado o Teste de Donath-Landsteiner (TDL) por suspeita da existência de hemólise devido a anti-P, qua apresenta o carácter bifásico de reacção a T.A. e a 37°C, sendo confirmado o teste positivo.

Conclusão: A possibilidade de conhecimento da causa da hemólise e subsequente correcção permite o sucesso e rápida reversão dos efeitos verificados, como por exemplo no caso clínico apresentado de hemoglobinúria paroxística ao frio.

PO 08

TERAPÊUTICA COM TENOFOVIR EM DOENTES COM HEPATITE B CRÓNICA

Sandra Silva; Daniela Macieira
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE/Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A Hepatite B é uma doença infecciosa dinâmica, caracterizada por diferentes fases, com níveis de biomarcadores bastante variáveis (carga viral, valores séricos de transaminases e antigénios do vírus da Hepatite B). O biomarcador preditivo mais associado à progressão da doença é o estado de replicação do vírus da Hepatite B (VHB). A supressão da carga viral (CV) está normalmente associada à normalização dos valores das transaminases. O Tenofovir é um antiviral utilizado no tratamento da hepatite B crónica, demonstrando eficácia na supressão da replicação viral. Atua por inibição da transcriptase reversa do VHB, impedindo a conversão do RNA viral em DNA. A monitorização regular da CV é essencial para avaliar a resposta terapêutica e a necessidade

de ajustes no tratamento. A eficácia do Tenofovir também se reflete na redução das complicações hepáticas associadas à hepatite B crónica, como cirrose e carcinoma hepatocelular.

Objetivos: Avaliar os doentes com Hepatite B crónica sob terapêutica com Tenofovir, no que respeita à adesão à terapêutica e à percentagem de doentes que alcançaram CV indetetável, juntamente com a janela temporal associada, tal como o número de doentes com CV indetetável e adesão, em simultâneo.

Materiais e métodos: Estudo descritivo, observacional, com 115 doentes sob Tenofovir em agosto 2024. Dados recolhidos através do SClinico, ClinidataNET. HS-PLH. Adesão à terapêutica avaliada pela regularidade dos levantamentos da medicação em ambulatório da Farmácia Hospitalar. Resultados registados e analisados no programa Excel versão 2016.

Resultados e conclusões: Dos 115 doentes sob terapêutica com Tenofovir (67 homens e 48 mulheres, com média de idade de 48 anos), 90 (78,3%) atingiram CV de VHB indetetável (<20UI/mL). No que concerne a adesão à terapêutica, 68 doentes (59,1%) apresentaram levantamentos de medicação regulares. Nos doentes com CV indetetável, 60 (66,7%) apresentaram adesão à terapêutica e normalização das transaminases.

Determinou-se o número de doentes que abandonaram a terapêutica, totalizando 11 (9,6%) e o número de doentes que abandonaram a terapêutica após obterem CV indetetável, 5 doentes (5,6%).

Os doentes com CV indetetável, demonstraram adesão à terapêutica, denotando a grande importância desta no alcance do principal outcome para a doença, a CV, o que é também corroborado na literatura.

Observou-se também que a adesão à terapêutica levou à normalização das transaminases e de outros parâmetros hepáticos, na maioria dos doentes, o que, aliado à supressão da CV, pode resultar na diminuição

da incidência de carcinoma hepatocelular e regressão de fibrose hepática e cirrose.

A instituição de consulta farmacêutica de Hepatite B poderá ser uma mais-valia para a promoção da adesão à terapêutica e, consequentemente, na manutenção de CV indetetável proporcionando um melhor resultado na terapêutica com Tenofovir.

PO 09

TUBERCULOSE HEPÁTICA – DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Cândida Rocha; Daniela Silva; Micaela Caixeiro; Patrícia Pacheco
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A tuberculose hepática é uma forma rara de apresentação de micobacteriose que pode se manifestar com diferentes padrões, desde a forma miliar até formas localizadas como abscessos, tuberculomas ou hepatite granulomatosa.

Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 74 anos, natural de Moçambique, a residir em Portugal desde os 17 anos. Viveu inclusive 2 anos em São Tomé e Príncipe, 3 anos na Guiné-Bissau e 1 ano no Brasil. Com história conhecida de Dislipidemia, dois acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos em 2022 e tabagismo ativo (60 U.M.A). Clinicamente apresentou-se com quadro de perda ponderal (13Kg em 3 meses), anorexia, calafrios e sudorese noturna no último mês, acompanhados de dor abdominal no flanco direito, do tipo moinha. Sem febre ou outras alterações gastrointestinais associadas.

Iniciou seguimento para estudo e exclusão de neoplasia, onde realizou tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica (TC-AP) que revelou: “Lesão nodular sólida com realce heterogéneo no lobo esquerdo hepático (segmento II) podendo traduzir lesão hepática ou secundarização. Coexistem outros nódulos hepáticos suspeitos de secundarização e adenopatias no hilo hepático a nível celíaco”. A pesquisa de

marcadores tumorais revelou-se negativa.

Atendendo a citólise hepática, procedeu-se a biópsia hepática ecoguiada cuja anatomia patológica revelou: “Tecido fibroconjuntivo com escassa representação de parênquima hepático, documentando-se intensa reação inflamatória granulomatosa, necrotizante. A pesquisa histoquímica (coloração de Ziehl-Neelsen) foi negativa”. A PCR de *M. tuberculosis*, pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e exame cultural micobacteriológico revelou-se também negativa. Analiticamente a salientar ainda adenosina adeaminase (ADA) 22 U/L, velocidade de sedimentação 73 mm/h e IGRA negativo.

Atendendo a elevada suspeição clínica e achados anatomopatológicos concordantes, assumiu-se o diagnóstico presuntivo de tuberculose hepática, apesar de exame cultural micobacteriológico ainda em curso na altura e iniciou terapêutica antibacilar com rifampicina 600mg, isoniazida 300mg, pirazinamida 1500mg, etambutol 1200mg e piridoxina 40mg.

Cumpriu 6 meses de terapêutica antibacilar, com melhoria clínica e analítica significativa já evidentes ao 1º mês de terapêutica. Realizou reavaliação imagiológica ao 5º mês de terapêutica por ecografia abdominal que revelou hepatomegalia heterogénea com resolução da lesão nodular.

Este caso enfatiza a supremacia do quadro clínico no momento de se estabelecer o diagnóstico.

PO 10

ENTRE O RARO E O COMPLEXO: APRESENTAÇÃO INCOMUM DE UMA PATOLOGIA RARA

Andreia Paulos; Pedro Vasques; Maria Caixas Lima; Isabel Casella; Evelise Ramos; Catarina Gonçalves; Nuno Luis
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE/Hospital de São Bernardo

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 52 anos, melanodérmico, com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana

(VIH) tipo 1, com cerca de 20 anos de evolução, com adesão sub-ótima à terapêutica antirretroviral (TAR), que inicia, há cerca de um ano, quadro de febre, perda ponderal não quantificada, hepatoesplenomegalia, adenopatias generalizadas e pancitopenia. Esteve internado duas vezes para investigação, sendo que o quadro acabava por regredir parcialmente sem tratamento. A biópsia ganglionar realizada em 2024 documentou linfadenite relacionada com o VIH.

Em janeiro de 2025 é novamente internado por febre, mialgias, vômitos, distensão abdominal e cansaço para pequenos esforços.

O exame objetivo revelou: PA 97/65 mmHg, FC 130 bpm, temperatura 39°C, polipneico, emagrecido. Abdómen com ruídos hidroaéreos presentes, distendido e pouco depressível. Hepatoesplenomegalia e múltiplas adenomegalias palpáveis em todos os grandes grupos. Analiticamente: leucócitos 2500/mm³, hemoglobina 8.1 g/dL, plaquetas 65000/mm³, PCR 23.9 mg/dL. Carga viral VIH de 181 cópias/mL e TCD4+ 84 cel/mcL. PCR para Leishmania e Citomegalovirus negativas.

Realizou tomografia computadorizada (TC) toracoabdominal e pélvica: enfisema centrilobular e parasseptal difuso. Adenomegalias aórtico pulmonares e mediastínicas. Hepatomegalia e múltiplas adenomegalias retroperitoneais, para-aórticas, intercavao-aórticas, cadeias ilíacas internas e externas e inguinais.

Para melhor caracterização das adenopatias do pescoço realizou TC: numerosas adenomegalias nas cadeias ganglionares cervicais laterais e posteriores, intra-parotídeas e cadeias supra-claviculares bilateralmente.

Foi assumido foco infeccioso nosocomial não identificado e iniciou antibioterapia empírica com meropenem que suspendeu ao 2º dia por quadro sugestivo de anemia hemolítica.

Realizada nova biópsia ganglionar cujo exame histológico foi sugestivo de doença de Castleman multicêntrica (DCM) associada ao

herpesvírus humano 8 (HHV-8).

Conclusão: A DCM associada ao HHV-8 é uma doença linfoproliferativa rara e potencialmente fatal que se manifesta por inflamação sistémica e linfadenopatias generalizadas. O diagnóstico diferencial entre linfomas, infeções oportunistas ou doenças crónicas é desafiador. A DCM deve ser considerada especialmente em doentes imunodeprimidos. O diagnóstico precoce e o início atempado do tratamento direcionado são fundamentais para evitar complicações e melhorar o prognóstico.

PO 11

TUBERCULOSE PULMONAR: UM DIAGNÓSTICO ACIDENTAL EM DOENTE COM PANCREATITE AGUDA

Andreia Paulos; Pedro Vasques; Maria Caixas Lima; Isabel Casella; Evelise Ramos; Catarina Gonçalves; Nuno Luis

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE/Hospital de São Bernardo

A tuberculose pulmonar é uma doença infecciosa que geralmente se manifesta por sintomas clássicos como tosse persistente, hemoptise, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal. No entanto, em muitos casos, pode ser assintomática, tornando seu diagnóstico desafiador.

Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 55 anos, leucodérmico, com antecedentes de internamento recente por pancreatite aguda alitiásica de etiologia etanólica, dislipidémia e hábitos tabágicos ativos.

É internado por novo episódio de pancreatite aguda alitiásica em outubro 2024. Na admissão apresentava-se emagrecido, com escleróticas ligeiramente ictéricas e dor à palpação do epigastro e hipocôndrio direito. Analiticamente com amilase de 383 U/L e lipase 1407 U/L. A tomografia computadorizada (TC) abdominal e pélvica, além de alterações relacionadas com a pancreatite, revelou densificação pulmonar no lobo médio com extensão ao lobo inferior,

achado que motivou a realização de TC torácica com visualização, no lobo superior direito, de consolidação cavitada com parede espessada, com cerca de 44 mm de diâmetro. As baciloskopias pedidas foram positivas.

Por tuberculose pulmonar bacilífera, iniciou terapêutica antibacilar de primeira linha com isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida com recrudescimento da pancreatite ao 6º dia de tratamento. Foi suspensa toda a medicação até normalização da enzimologia pancreática. Reintroduziu faseadamente a terapêutica antibacilar. Iniciou rifampicina e etambutol sem intercorrências, seguido da isoniazida. Ao 7º dia de reintrodução da isoniazida, apresentou novamente quadro de dor abdominal e aumento das enzimas pancreáticas assumindo-se toxicidade. Foi alterado o esquema terapêutico para rifampicina, etambutol, pirazinamida e levofloxacina que cumpre há 14 semanas com tolerância e sem alterações nas enzimas pancreáticas.

Conclusão: A tuberculose pulmonar pode manifestar-se de forma assintomática, sendo um desafio diagnóstico, especialmente em doentes com outras comorbilidades. Com este caso clínico demonstramos a importância da suspeição clínica num diagnóstico precoce bem como da monitorização rigorosa dos efeitos adversos do tratamento de forma a que haja descontinuação do fármaco suspeito evitando complicações deletérias.

A pancreatite induzida por antibacilares é uma complicação rara, mas potencialmente grave. Estudos adicionais são necessários para melhor compreensão da relação entre a terapêutica antibacilar e a pancreatite.

PO 12

RASTREAR PARA PROTEGER: RESULTADOS DE UM ANO DE RASTREIO DE EPC E MRSA NA ULSA

Felislbela da Conceição Ramos Barroso;
Maria Isabel Casella Maltez
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE/Hospital de São Bernardo

Introdução: A resistência aos antimicrobianos, especialmente em relação a Enterobacterales Produtoras de Carbapenemases (EPC) e *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), é um desafio global de saúde pública. Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS), através da Norma nº 004/2023 de 29/05/2023, estabeleceu a obrigatoriedade de avaliação de risco e rastreio de EPC e MRSA à admissão hospitalar e durante o internamento. Este póster apresenta os resultados de um ano de rastreio nas duas unidades hospitalares que constituem a ULSA, em conformidade com a norma da DGS.

Objetivos:

- Avaliar a prevalência de EPC e MRSA nas duas unidades hospitalares que constituem a ULSA.
- Identificar tendências e fatores de risco associados à colonização por estes microrganismos.
- Monitorizar a efetividade das medidas de controlo de infeção implementadas.
- Cumprir com o estabelecido na Norma da DGS nº 004/2023 de 29/05/2023.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal, com recolha de dados de rastreio de EPC (zaragatoas retais) e MRSA (exsudados nasais) realizados no período de Janeiro a Dezembro de 2024, nas duas unidades hospitalares da ULSA, segundo os critérios definidos na Norma da DGS nº 004/2023 de 29/05/2023. Os dados foram analisados descritivamente, utilizando frequências absolutas e relativas.

Resultados: Rastreio de EPC

- Total de rastreios realizados: 3059
- Total de casos positivos: 98 (3,2%)
- Rastreo de MRSA:
- Total de rastreios realizados: 4661
- Total de casos positivos: 283 (6,1%)

Conclusões: Os resultados deste estudo evidenciam a importância do rastreio de EPC e MRSA como ferramenta essencial para o controlo da resistência aos antimicrobianos em ambiente hospitalar.

A prevalência de EPC e MRSA nas unidades hospitalares da ULSA demonstra a necessidade de as medidas de prevenção e controlo de infeção, incluindo a implementação de protocolos de higiene das mãos, uso racional de antimicrobianos e isolamento de pacientes colonizados.

A monitorização contínua dos dados de rastreio, em articulação com o preconizado na Norma da DGS, permite identificar as principais tendências, avaliar a efetividade das medidas implementadas e otimizar as estratégias de controlo de infeção, contribuindo para a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados prestados.

Discussão: A realização deste estudo permitiu a identificação da prevalência de EPC e MRSA nas unidades hospitalares da ULSA, fornecendo informações importantes para a implementação de medidas de controlo de infeção mais eficazes. A divulgação destes resultados através deste póster visa sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da prevenção e controlo da resistência aos antimicrobianos, bem como promover a partilha de boas práticas na ULSA.

PO 13

ACOMPANHAMENTO PÓS ALTA

Mónica; Telma Soeiro; Sílvia Coelho; Alexandra Alcobia; Dora Hortelão; Tatiana Romero; Cláudia Moura
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE/Hospital de São Bernardo

A alta hospitalar é, na maioria das vezes, muito mais do que um ato isolado. Transferir responsabilidades de prestação de cuidados deve ser planeado o mais precocemente possível, de forma a garantir uma boa preparação e a continuidade de cuidados. Por todas as suas consequências, o internamento hospitalar, não deve ser prolongado para além do estritamente necessário. As curtas estadias no hospital apresentam inúmeras vantagens, no entanto, podem afetar a educação da pessoa e do cuidador já que limitam o tempo que as equipas dispõem para identificar necessidades e educar/informar as pessoas e os cuidadores. A necessidade de acompanhar os utentes após a alta possibilita aferir os ensinamentos efetuados ao utente e família, assim como, detetar precocemente complicações e/ou necessidade de encaminhamento dos utentes, contribuindo para reduzir o número de internamentos evitáveis e consequentemente produzindo ganhos em saúde.

O projeto de acompanhamento pós-alta recorre à teleconsulta como ferramenta de suporte da melhoria dos cuidados de saúde prestados, através da implementação de uma consulta de Enfermagem Pós-Alta. A telessaúde é uma solução que permite dar resposta a situações de desigualdades geográficas, melhora o acesso aos cuidados de saúde, garante uma continuidade de acompanhamento e contribui para maior eficácia e eficiência do Serviço Nacional de Saúde. Tem como principal objetivo acompanhar os utentes e suas famílias após o internamento no serviço de Infeciologia. Apresenta como objetivos específicos: Identificar as dificuldades sentidas pelo utente e família no regresso ao domicílio; Validar os ensinamentos

enfermagem; Avaliar a capacidade de gestão do regime terapêutico; Esclarecer eventuais dúvidas; Encaminhar, em função das necessidades identificadas, para o médico assistente ou cuidados de saúde primários.

Ao longo do ano 2024, foram efetivadas 105 consultas referentes a utentes com alta no serviço de Infeciologia. Das não efetivadas foi realizada uma categorização do motivo. Cerca de 15% dos utentes/famílias sentiram dificuldade no regresso ao domicílio, a quem foram prestados esclarecimentos, evitando o recurso a outra tipologia de cuidados. Foram encaminhados cerca de 15% dos utentes (independentemente da dificuldade sentida pelo regresso ao domicílio), para o médico assistente, cuidados de saúde primários ou para outros profissionais de saúde. Foi ainda possível avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados recebidos sendo os resultados bastante satisfatórios.

PO 14

PERFIL DA POPULAÇÃO VACINADA PARA MPOX - UM OLHAR SOBRE QUEM ESTÁ A SER PROTEGIDO

Vanda Silva; Sílvia Balsinha; Marta Feijó; Edite Mateus; Telma Soeiro
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE/Hospital de São Bernardo

Introdução: A Mpx é uma doença viral rara mas altamente contagiosa, transmitida por contato direto com as lesões infetadas, representando um preocupação crescente para a saúde pública, especialmente em contexto de populações vulneráveis.

Com o aumento dos casos de Mpx em diversos países, a vacinação tem sido reconhecida como uma estratégia chave para reduzir a propagação da doença em populações de risco.

Objectivos: Com o presente estudo retrospectivo, os autores pretendem caracterizar a população vacinada entre outubro de 2024 e fevereiro de 2025 identificando as populações subvacinadas.

Material e métodos: Consulta de processos clínicos Eletrónicos de utentes vacinados para Mpx no ponto de vacinação da Unidade Local de Saúde Arrábida (ULSA).

Resultados: Participaram neste estudo 72 utentes, em contexto de pré exposição, com idades compreendidas entre os 22 e os 69 anos, sendo o grupo mais representativo o género homem cis (n=63; 92,6%). Os participantes são maioritariamente estrangeiros (n=39; 57,4%), destes 31 utentes são de nacionalidade Brasileira.

Dos utentes vacinados, 61,8% (n=42) foram referenciados através da consulta de Profilaxia pré-exposição (PrEp), 25% (n=17) por autoproposta e 13,2% (n=9) pela consulta de infeciologia. A taxa de adesão à vacinação foi de 94,4% o que corresponde a 68 utentes.

Conclusões: Com a análise destes dados concluímos que a maior parte dos utentes foram referenciados através da consulta de PrEp, estando a auto proposta muito aquém do expectável. Sobressai o número de vacinados entre os 30 e os 49 anos.

Os défices vacinais identificados na população mulher cis e transgenero, representam ainda um obstáculo á erradicação da doença, pelo que é necessário criar estratégias para reduzir a hesitação vacinal, tais como a realização de campanhas educativas, a divulgação e ampliação do acesso aos pontos de vacinação.

PO 15

A DANÇA ENTRE INFECÇÃO GRAVE POR B. FRAGILIS E ESTADOS DE HIPERCOAGULABILIDADE

Francisco Pinto Almeida; Luis Canavilhas; Mariana Bettencourt Silva; António Moreno Marques; Inês Pintado Maury; Maria Cunha; Diogo Mendes Pedro; Álvaro Ayres Pereira
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE/Hospital de Santa Maria

Caso clínico: Homem de 76 anos, autónomo, antecedentes de carcinoma da próstata com metastização óssea múltipla, sob hor-

monoterapia. Apresenta um quadro com três dias de evolução de anorexia e diarreia (4-5 dejeções diárias, semi-líquidas, não mucopio-sanguinolentas). Inicia posteriormente um quadro febril com T_{máx} 39,2°C com calafrios e mialgias associados. Referência a dois episódios de vômitos alimentares. Analiticamente com Hb 9.9g/dL, Leucócitos 5,00x10⁹/L, Neutrófilos 4,39x10⁹/L e Linfócitos 0,14x10⁹/L, PCR 30.1mg/dL e PCT 129ng/mL, creatinina 2.36mg/dL (TFGe 49mL/min). Anticorpos VIH-1/2 negativo; Ac. anti-VHC negativo; anticorpos T. pallidum positivo com RPR e TPHA negativos. Por suspeita de gastroenterite bacteriana, iniciou antibioterapia empírica com ciprofloxacina e terapêutica de suporte. Colheu coproculturas que vieram negativas. Ao 4º dia de internamento, obteve-se hemoculturas positivas para *B. fragilis*, tendo-se associado metronidazol. Posteriormente obteve-se o TSA com susceptibilidade para amoxicilina/ácido clavulânico (AAC) pelo que se descalou antibioterapia. Por manutenção da febre e dor abdominal difusa realizou TC abdomino-pélvica que revelou trombose da veia mesentérica inferior esquerda e pequeno trombo não oclusivo do tronco da veia porta; instituiu-se enoxaparina. O estudo da coagulação mostrou Anticoagulante lúpico positivo, proteína S (48%) e C (53%) diminuídas, anti-trombina III (41%) diminuída, fibrinogénio 534 aumentado, anticardiolipina (IgM e IgG) negativo, Ac. anti-β2 glicoproteína1 (IgG e IgM) negativo, ausência de mutação da Protrombina G20210A ou Factor V Leiden.

Discussão: *Bacteroides fragilis* é uma bactéria Gram negativo, anaeróbio da microbiota intestinal. Este agente é frequentemente associado a quadros de infecções intra-abdominais como colite, pneumonia de aspiração e infecções de úlceras de decúbito. A infeção grave por este agente pode estar associada a alterações da coagulação, nomeadamente deficiência de antitrombina III e factor C, com

consequente trombose das veias mesentéricas e da veia porta, conforme descrito em alguns casos na literatura. Na presença de doentes com maior risco de doença grave – como o caso apresentado com imunossupressão no contexto de neoplasia e hormonoterapia – esta susceptibilidade protrombótica deve ser pensada e investigada *à priori* de modo a prevenir complicações como as descritas. É necessário estudar e aprofundar mais a eventual correlação do quadro protrombótico com a bacteriémia por este agente.

BIBLIOGRAFIA: Ni YH, Wang NC, Peng MY, Chou YY, Chang FY. *Bacteroides fragilis* bacteremia associated with portal vein and superior mesentery vein thrombosis secondary to antithrombin III and protein C deficiency: a case report. J Microbiol Immunol Infect. 2002 Dec;35(4):255-8. PMID: 12542252.



VI JORNADAS REGIONAIS MONOTEMÁTICAS DE INFECIOLOGIA

Doenças Infeciosas em Populações Minoritárias

ORGANIZAÇÃO



LACPEDI

Liga de Apoio Comunitário Para
o Estudo das Doenças Infeciosas

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



APECS

Associação Portuguesa para
o Estudo Clínico da SIDA



SPDIMC

SOCIEDADE PORTUGUESA
DE DOENÇAS INFECIOSAS
E MICROBIOLOGIA CLÍNICA

PATROCÍNIOS

SPONSOR DIAMANTE



GILEAD

Creating Possible



SPONSOR EXECUTIVE

abbvie

Johnson&Johnson
Innovative Medicine



SPONSOR



MSD
INVENTING FOR LIFE

SECRETARIADO

admedic+

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

+351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)

paula.cordeiro@admedic.pt

raquel.ferreira@admedic.pt

www.admedic.pt