

AIM GF MAGAZINE

volume 13 . n° 1

junho 2023
ISSN 2184-2493

editorial »

UMA LIDERANÇA
ASSINADA NO FEMININO

artigo de opinião »

A PROBLEMÁTICA DOS SERVIÇO DE
URGÊNCIA EM PORTUGAL,
A VISÃO DE UM MÉDICO DE FAMÍLIA

relato de caso »

SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT E DOENÇA DE
CROHN? - O RETRATO DE UM CASO CLÍNICO

A MOTIVAÇÃO A PAR DA RECUPERAÇÃO -
A IMPORTÂNCIA DO MÉDICO DE FAMÍLIA
COMO GESTOR DE CUIDADOS

CARDIOPATIA CONGÉNITA NA GRAVIDEZ:
UM RELATO DE CASO

UM PUZZLE POLIPNEICO

EPIGASTRALGIA:
UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

DISPNEIA NUM FUMADOR -
QUANDO NEM TUDO É O QUE PARECE

**revisão baseada
na evidência »**

SUPLEMENTAÇÃO COM
MAGNÉSIO DURANTE
A GRAVIDEZ: HAVERÁ
BENEFÍCIO?

A BUPRENORFINA
TRANSDÉRMICA É SEGURA
E EFICAZ NOS ADULTOS
COM MAIS DE 50 ANOS NO
TRATAMENTO DA DOR?
- REVISÃO BASEADA NA
EVIDÊNCIA

COMUNICAÇÃO CLÍNICA
EMPÁTICA E RESULTADOS EM
SAÚDE - UMA REVISÃO

artigo de investigação »

PERCEÇÃO DOS MÉDICOS
DE FAMÍLIA SOBRE A SAÚDE
MENTAL INFANTO-JUVENIL
NOS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS

Ficha Técnica

ISSN 2184-2493

CORPO EDITORIAL

EDITORES-CHEFE:

Dr^a. Ana João Silva
Dr^a. M. Francisca Amorim

EDITORES-ADJUNTOS:

Dr^a. Ana Filipa Miranda
Dr^a. Ana Jacinta Abreu
Dr^a. Ana Rita Correia
Dr. Eduardo Oliveira
Dr^a. Inês Macedo
Dr^a. Marlene Miranda
Dr^a. Sílvia Garcia

DESIGN E GRAFISMO:

LCD design

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

<https://www.aimgfzonanorte.pt/aimgf-magazine>

REVISTA INDEXADA:

Índex
Revistas Médicas Portuguesas

APOIO CIENTÍFICO:

CIMGF
NORTE

OPEN ACCESS:

Licença Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)
A Revista AIMGF Magazine está licenciada com uma
Licença Creative Commons - Atribuição Não
Comercial Sem Derivações 4.0 Internacional



SEDE AIMGF ZONA NORTE:

Rua Prof. Álvaro Rodrigues, 49, 4100-040 Porto



Índice

5 CONSELHO CIENTÍFICO

6 EDITORIAL

UMA LIDERANÇA ASSINADA NO FEMININO

Ana João Silva, M. Francisca Amorim

7 ARTIGO DE OPINIÃO

A PROBLEMÁTICA DOS SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PORTUGAL, A VISÃO DE UM MÉDICO DE FAMÍLIA

Pedro Miguel Coelho

9 RELATO DE CASO

SÍNDROME DE *TOLOSA-HUNT* E DOENÇA DE CROHN? - O RETRATO DE UM CASO CLÍNICO

João Mário Marques, Rita Miranda Chavães, Gisela Pereira Pinto

13 RELATO DE CASO

A MOTIVAÇÃO A PAR DA RECUPERAÇÃO - A IMPORTÂNCIA DO MÉDICO DE FAMÍLIA COMO GESTOR DE CUIDADOS

Marta Fontes Ferreira, Mariana Costa Pereira, Hugo Cunha Pereira

17 RELATO DE CASO

CARDIOPATIA CONGÉNITA NA GRAVIDEZ: UM RELATO DE CASO

Sofia Machado, Flávia Moreira

22 RELATO DE CASO

UM PUZZLE POLIPNEICO

Mariana S Ribeiro

26 RELATO DE CASO

EPIGASTRALGIA: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Sofia Bodas de Carvalho, Marta Moreno Luís Monteiro, Luís Filipe Teixeira

29 RELATO DE CASO

DISPNEIA NUM FUMADOR - QUANDO NEM TUDO É O QUE PARECE

Ana Isabel Marinho, Marta Goes Freitas

32 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

SUPLEMENTAÇÃO COM MAGNÉSIO DURANTE A GRAVIDEZ: HAVERÁ BENEFÍCIO?

Inês Ribeiro De Sousa, Andreia Ramôa

40 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

A BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA É SEGURA E EFICAZ NOS ADULTOS COM MAIS DE 50 ANOS NO TRATAMENTO DA DOR? - REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

José Pedro Silva, Luís Abreu

46 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

COMUNICAÇÃO CLÍNICA EMPÁTICA E RESULTADOS EM SAÚDE - UMA REVISÃO

Inês Pinto de Sousa, Margarida Figueiredo Braga

53 ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

PERCEÇÃO DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA SOBRE A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Teresa Gonçalves de Sousa Prata, Sarah do Amaral, Madalena Rodrigues, Mariana Pereira Alves, Mónica Mata, Inês Oliveira

Conselho Científico 2022

Medicina Geral e Familiar

Dr.ª Ana Alves
Dr.ª Ana Garrido
Dr.ª Ana Rita Cerqueira
Dr.ª Camila Mota Neves
Dr.ª Cecília Barbosa
Dr.ª Célia Maia
Dr.ª Célia Oliva
Dr.ª Cíntia França
Dr.ª Daniela Coelho
Dr.ª Fabiana Ribeiro Peixoto
Dr.ª Filipa Matias
Dr. Filipe Cabral
Dr.ª Graça Cardoso
Dr.ª Inês Teles
Dr. Jaime Oliveira
Dr.ª Joana Lascasas
Dr.ª Joana Rita Mendes
Dr.ª Leonor Duarte
Dr.ª Maria Helena Magalhães
Dr. Nuno Junqueira Neto
Dr. Nuno Miguel Parente
Dr. Pedro Seabra
Dr.ª Rosana Dias
Dr.ª Sabrina Pedone
Dr.ª Telma Lopes
Dr.ª Vera Lúcia Teixeira

Cardiologia

Dr. Eduardo Vilela
Dr. João Calvão

Endocrinologia

Dr. Francisco Simões de Carvalho

Gastroenterologia

Dr. Rui Gaspar

Ginecologia/Obstetrícia

Dr.ª Diana Natacha Sousa

Medicina Interna

Dr.ª Diana Anjos
Dr. Ricardo Fernandes

Otorrinolaringologia

Dr. José Pedro Matos

Pediatria

Dr.ª. Mariana Amorim Branco
Dr.ª Regina Silva
Dr.ª Tânia Lopes

Pneumologia

Dr. João Bento

Psiquiatria

Dr. Gustavo França
Dr. Silvério Macedo

UMA LIDERANÇA ASSINADA NO FEMININO

Ana João Silva^{1,2}, M. Francisca Amorim^{1,3}

¹ Co-Editora-Chefe da AIMGF Magazine, biénio 2022-2023

² Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Emílio Peres, ACeS do Grande Porto III - Maia/Valongo

³ Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Oceanos, ULS Matosinhos
*coautores

A problemática da desigualdade de género transporta-nos para um início há milhares de anos, sustentada no tempo pela perpetuação de crenças sociais de que os homens são superiores em força e intelecto e, assim, mais adequados para o trabalho fora de casa e para os cargos de liderança. À mulher, considerada carinhosa e cuidadora, foram sendo atribuídas funções de maternidade e construção da família, não restando espaço para cargos sociais de maior visibilidade ou para uma carreira pessoal.

Na Medicina, à semelhança de tantas outras profissões, a escassez de oportunidades profissionais e de educação foram impondo à mulher o segundo plano e o conseqüente tradicional domínio masculino.

Durante décadas, os obstáculos para o ingresso na Medicina, para as mulheres, mantinham-se, desde a admissão nas Faculdade de Medicina à discriminação profissional e salarial. A persistência e determinação permitiram inverter paradigmas e a tendência histórica, refletindo-se num aumento progressivo do número de mulheres a estudar Medicina desde o final da segunda metade do século XX. Em 2021, as mulheres representavam já cerca de 59% dos inscritos na Ordem dos Médicos, em Portugal. Uma tendência que se espera crescente considerando que o sexo feminino constituiu 70% dos estudantes a concluir o curso de Medicina nesse mesmo ano.

Refletir-se-á esta mudança numa maioria feminina em cargos de liderança e direção na saúde? Vão surgindo cada vez mais dados nacionais, mas, em 2019, em que o número de mulheres inscritas na Ordem dos Médicos rondava os 56% do total de inscritos, só 25% dos cargos de presidência de conselhos de administração hospitalar eram ocupados por mulheres. Novos dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2022, vieram mostrar que as mulheres no setor da saúde apresentam uma diferença salarial mais significativa do que em outros setores da economia, ganhando, em média, 24% menos do que os seus homólogos masculinos. Dados em que as mulheres representam 67% dos profissionais do setor da saúde e dos cuidados de saúde em todo o mundo. Um setor em que, à semelhança de outros em que

predominam as mulheres, os vencimentos tendem a ser inferiores, quando comparados com outros setores da economia. Uma maioria em número que se espelha numa minoria na liderança.

Será que se mudam os tempos e as mentalidades, mas ainda estamos no início da do percurso da mudança global? Passará esta verdadeira mudança pela educação para a saúde e desmistificação de crenças sociais? Deixará a médica mulher de ser a “menina” e “assistente”? Passará a ser “a médica”, a que exerce e lidera, a que pode, querendo e sem julgamentos e tabus, “acumular funções” de profissional e mãe?

Estamos longe de um mundo onde a desigualdade de género é um conceito do passado. E continuamos perto de um presente onde as maiores desigualdades se escondem nos pequenos detalhes. Escrevemos este editorial como uma consagração a todas as mulheres que investem diariamente na justiça e igualdade. Àquelas que persistem no alcançar do seu lugar na liderança. A todas aquelas que fazem valer o seu direito de não querer liderar. Esta é uma homenagem às mulheres e a todos os homens que diariamente caminham ao seu lado.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Newman C, Templeton K, Chin EL. Inequity and Women Physicians: Time to Change Millennia of Societal Beliefs. *Perm J.* 2020 Sep;24:1-6.
- 2- Pordata. "Médicos: total e por sexo. Quantos são os profissionais de medicina, homens ou mulheres?" disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/medicos+total+e+por+sexo-1966>
- 3- Pordata. "Diplomados no ano, no ensino superior na área da Saúde: total, por área de educação e formação e sexo" disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/diplomados+no+ano+++no+ensino+superior+na+area+da+saude+total++por+area+de+educacao+e+formacao+e+sexo-804>
- 4- World Health Organization and the International Labour Organization; 2022. The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19.

CONTRIBUIÇÕES:

Os autores desenvolveram o editorial em regime de coautoria.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não terem conflitos de interesse a reportar.

NOTA DOS AUTORES:

O editorial reflete a opinião, única e exclusivamente, dos seus autores e não da AIMGFZN ou da AIMGF Magazine.

A PROBLEMÁTICA DOS SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PORTUGAL, A VISÃO DE UM MÉDICO DE FAMÍLIA

Pedro Miguel Coelho¹

¹ Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar, USF Ao Encontro da Saúde, ACeS Santo Tirso-Trofa

Ao longo das últimas duas décadas foi criada e continua a ser promovida a falácia de que as urgências hospitalares estão sob pressão por falta de resposta dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Sendo certo que é difícil ter uma resposta hospitalar adequada se os CSP responderem mal às necessidades dos utentes, o contrário também o é.

A retórica tem-se mantido nas duas últimas décadas e é assim todos os anos. Na altura do inverno temos abertura dos telejornais com notícias de hospitais e Serviço de Urgência (SU) em rotura. As urgências dos hospitais enchem-se de doentes com gripe ou com outras complicações devido ao tempo frio.

Focando na realidade da região Norte que é a que conheço e integro, uma vez que existe uma dicotomia não totalmente explicada pela tutela, na resposta e reforma dos CSP na região Norte *versus* a região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e região Sul. Pois na região Norte a percentagem de doentes sem médico de família é inferior a 2% dos inscritos ao passo que em LVT e região Sul haverá cerca de 1200.000 utentes sem médico de família atribuído.

O modelo organizativo de USF trouxe ganhos na consulta programada e na consulta de agudos. Esses ganhos em saúde obtidos estão perfeitamente documentados e identificados e, no entanto, o paradoxo da insuficiente resposta e elevada procura pelos SU continua. Segundo a plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), na região Norte existem 272 Unidades de Saúde Familiares (USF) - 95 modelo A e 177 modelo B - e 94 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), o que equivale a dizer que cerca de 75% dos utentes estão inscritos em USF. O paradoxo é que até 2007, na altura em que arrancou a reforma dos CSP, não existiam USF e já se falava que a sobrecarga dos SU era porque os Centros de Saúde não dão resposta.

Como se explica então isto? Ao contrário de muitos apregoam, certamente que o problema não está do lado dos CSP, nos quais também se verifica que para uma maior oferta de serviços houve um crescimento da procura (em saúde não se verifica a lei da oferta e da procura e o fluxo está invertido). As consultas abertas das USF e das UCSP estão sempre preenchidas e

de acordo com as recomendações da tutela no que respeita a resposta adequada a percentagem de consulta de agudas não deverá ultrapassar mais de 35% do total da atividade assistencial da unidade (*vide grelha DiOr-USF*).

Existe um problema demográfico, a população portuguesa, maioritariamente envelhecida, está especialmente exposta a agravamentos nas condições de saúde provocados pelo tempo frio. Nos SU frequentemente estão idosos e utentes com elevada dependência, muitos dos quais sem apoios sociais ou familiares e são autenticamente depositados nos Sus ao mínimo sintoma, desresponsabilizando quem deles deveria cuidar. Quantos idosos vão aos SU apenas porque estão desidratados? Quantos idosos ficam descompensados porque não tomam medicação que deviam ter tomado, muitas vezes porque não as conseguem comprar?

Há também uma crónica desconfiança nos serviços de saúde de proximidade, como os centros de saúde, o que leva a que uma grande parte da população portuguesa siga para as urgências do hospital sempre que tem um problema de saúde. Mesmo que o serviço seja menos eficiente, devido à elevada procura, as pessoas preferem esperar 12 horas numa urgência hospitalar do que serem atendidas em meia hora numa USF. O hospital, enquanto instituição de saúde, ainda permanece na população com uma posição de maior credibilidade. As pessoas preferem ir à urgência porque vão encontrar um médico de um hospital, que consideram erradamente que é mais capacitado do que um médico de família, que passa os exames e as receitas, mede a tensão e pouco mais.

A população portuguesa tem também o mau hábito de se demitir de toda a responsabilidade em relação à sua saúde, transferindo para os médicos toda a responsabilidade, quando as mudanças de hábitos prejudiciais, a alimentação equilibrada, o cumprimento terapêutico e bom senso são completamente ignoradas. Procuram nos serviços de resposta aguda soluções médicas em situações clínicas totalmente desadequadas e que não carecem de observação médica e apenas autovigilância ou bom senso. Isto não invalida que a resposta nas urgências tenha de ser otimizada, mas temos doentes com comuns constipações que

podiam ou repousar em casa ou receber atendimento numa USF e que vão para as urgências hospitalares.

Pese embora já comecem a ser criadas em algumas unidades hospitalares consultas abertas para os doentes com patologia crónica agudizada vigiados nessas instituições, há uma carência muito grande na resposta à doença crónica agudizada e invariavelmente estes doentes vão parar ao SU várias vezes no ano (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Asma, Insuficiência Cardíaca, Doença Psiquiátrica, Doenças Reumáticas, etc.). Estes doentes em muitos casos deveriam ser avaliados pelo especialista/médico assistente que os segue e, em caso de agudização, ao invés de irem parar a um SU onde muitas vezes são observados por tarefeiros e medicados de forma não adequada, na realidade, o que necessitavam, era de uma revisão terapêutica pelo médico que os segue.

Outro problema passa pela resposta tardia dos serviços de Ortopedia, com uma percentagem grande de pacientes com queixas musculoesqueléticas por patologia ortopédica que aguarda observação ou intervenção cirúrgica.

Existem ainda razões estruturais das próprias unidades hospitalares - número de profissionais insuficiente, escassez de material e falta de espaço que leva à diminuição da qualidade assistencial e à progressiva degradação da capacidade de resposta às adversidades, fazendo com que haja um número crescente de utentes internados em macas nas urgências e que os doentes esperem cada vez mais para serem atendidos naquele serviço

Depois existe uma outra causa, à qual nós, médicos, somos totalmente alheios e que muitos desconhecem, que passa pelo modelo de financiamento das unidades hospitalares relativamente ao doente que entra pelo SU. É muito mais rentável a uma unidade hospitalar um utente triado como verde ou azul do que um amarelo ou laranja. Em termos estritamente financeiros, a muitas unidades hospitalares não interessa que diminua o fluxo de utentes pouco ou não urgentes que recorre ao SU. Mas este é outro tema muito mais polémico e delicado que deve ser abordado pelos decisores políticos junto dos conselhos de administração dos hospitais.

Para finalizar, para além do que acima mencionei, o principal problema será cultural e também institucional. Há várias décadas que a figura do médico de família existe e a carreira de Medicina Geral e Familiar existe desde 1990, mas o Serviço Nacional de Saúde ainda não fez entender que é fundamental que a primeira pessoa a que se recorre seja ele. A população devia estar mais sensibilizada para a importância de não ir imediatamente à urgência, mas recorrer aos serviços de apoio 24 horas e recorrer ao médico de família.



SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT E DOENÇA DE CROHN? – O RETRATO DE UM CASO CLÍNICO

TOLOSA-HUNT SYNDROME AND CROHN'S DISEASE? – THE PORTRAIT OF A CLINICAL CASE

Autores:

João Mário Marques¹, Rita Miranda Chavães¹, Gisela Pereira Pinto²

RESUMO

Introdução: A síndrome de *Tolosa-Hunt* (STH) é rara e originada por uma inflamação no seio cavernoso/fissura orbitária superior, sem etiologia conhecida. Caracteriza-se por oftalmoplegia dolorosa episódica e diplopia. O diagnóstico assenta em critérios clínicos e imagiológicos. Possui uma boa resposta à terapêutica com corticóides.

Descrição do caso: Em 2017, indivíduo do sexo masculino de 16 anos sem antecedentes pessoais, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por diplopia binocular e ptose palpebral bilateral desde há cinco dias. Foi internado para controlo sintomático e estudo. Realizou ressonância magnética cerebral com contraste revelando “espessamento e hipercaptação de contraste pelo seio cavernoso esquerdo”. Cumpriu corticoterapia sistémica, com resolução das queixas. Em seguimento em consulta de Neurologia e Medicina Geral e Familiar, sem recorrência das queixas. No ano de 2021, recorre ao SU e a consulta aberta na Unidade de Saúde Familiar (USF), por quadro de dor abdominal inespecífica, intermitente, de longa evolução, associada a dejeções de fezes moles, com um episódio de hematoquezia e sem alterações ao exame físico e analítico. Por persistência do quadro, foi novamente observado na USF, tendo sido pedidos estudos endoscópicos que revelaram alterações compatíveis com doença de Crohn (DC).

Comentário: Não sendo uma apresentação típica de STH nem sendo cumpridos escrupulosamente os critérios de diagnóstico, o utente mantém seguimento em Neurologia por esta hipótese. Foram descartadas outras etiologias capazes de explicar o quadro. A STH pode estar associada a outras patologias autoimunes, tendo o utente sido diagnosticado com DC. Este caso é passível de algumas reflexões importantes relacionadas com a atividade do médico de família pela sua competência em compreender e gerir situações clínicas específicas, pela sua capacidade de identificar patologias crónicas em estádios iniciais e pelo papel que desempenha na articulação de uma equipa clínica multidisciplinar.

Palavras-chave: síndrome de *Tolosa-Hunt*; doença de Crohn; relato de caso.

ABSTRACT

Introduction: *Tolosa-Hunt Syndrome* (THS) is rare and originated by an inflammation in the cavernous sinus/superior orbital fissure, with no known etiology. It is characterized by episodic painful ophthalmoplegia and diplopia. The diagnosis is based on clinical and imaging criteria. It has a good response to corticosteroid therapy.

Case description: In 2017, a 16-year-old male with no personal history came to the Emergency Department (ED) for binocular diplopia and bilateral eyelid ptosis for 5 days. He was admitted for symptom control and study. A contrast-enhanced cerebral Magnetic resonance imaging revealed “thickening and hyper-uptake of contrast by the left cavernous sinus”. He underwent systemic corticosteroid therapy, with resolution of the complaints. Follow-up in Neurology and General and Family Medicine consultation, without recurrence of complaints. In 2021, he went to the ED and to a consultation at the Family Health Unit, due to non-specific, intermittent, long-term abdominal pain, associated with soft stools, with one episode of hematochezia and no changes in physical and analytical examination. Due to the persistence of the condition, he was observed again at the FHU and endoscopic studies were requested that revealed alterations compatible with Crohn's Disease (CD).

Comment: Not being a typical presentation of THS and not being scrupulously met the diagnostic criteria, the patient maintains follow-up in Neurology for this hypothesis. Other etiologies capable of explaining the condition were ruled out. THS may be associated with other autoimmune pathologies, with the patient having been diagnosed with CD. This case is subject to some important reflections related to the family doctor's activity due to his competence in understanding and managing specific clinical situations; for its ability to identify chronic pathologies in early stages and for the role it plays in the articulation of a multidisciplinary clinical team.

Keywords: *Tolosa-Hunt syndrome*; Crohn disease; case report.

1. Médico Interno de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Esporões, ACeS Cávado I Braga

2. Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF Esporões, ACeS Cávado I Braga

INTRODUÇÃO

A síndrome de *Tolosa-Hunt* (STH) é uma síndrome causada por um processo inflamatório granulomatoso do seio cavernoso, de etiologia desconhecida. É rara e estima-se que possua uma incidência anual de um caso por milhão de pessoas. Caracteriza-se por oftalmoplegia dolorosa episódica e diplopia, sendo que o mesmo pode associar-se a outras doenças inflamatórias sistêmicas e autoimunes.¹⁻⁴

O seu diagnóstico é desafiante e assenta em critérios clínicos e imagiológicos. São critérios clínicos a ocorrência de inflamação granulomatosa do seio cavernoso, da fissura orbitária superior ou da órbita identificada por ressonância magnética (RM) ou biópsia; cefaleia unilateral, normalmente precedente à oftalmoplegia (cefaleia acompanha o aparecimento da paresia dos pares cranianos ou precede-a num período de tempo máximo de duas semanas), e ipsilateral à inflamação granulomatosa; ocorrência de paresia dos nervos cranianos oculomotor (III), troclear (IV) e/ou do nervo abducente (VI) e sintomas não explicados por diagnósticos alternativos.⁵

Para o diagnóstico desta síndrome é fundamental proceder-se a um estudo de imagem, nomeadamente recorrendo a RM cerebral. O alargamento do seio cavernoso, a convexidade anormal da parede do seio cavernoso ou o estreitamento focal da artéria carótida interna intra-cavernosa são alterações imagiológicas que constituem critérios imagiológicos de diagnóstico.^{6,7}

Embora estas alterações não sejam específicas da STH (podendo até não estar presentes), juntamente com os critérios clínicos conferem elevada sensibilidade (95 - 100%) para o seu diagnóstico.⁸

A STH apresenta uma lista extensa de entidades clínicas que representam diagnósticos diferenciais, os quais importa estudar e excluir. A exclusão de diagnósticos diferenciais requer investigação analítica e de neuroimagem para descartar outras condições que possam cursar com oftalmoplegia dolorosa. Para isso, devem ser consideradas as hipóteses de tumores intracranianos (primários ou metastáticos) ou linfoma; alterações vasculares como aneurisma, fístula carótido-cavernosa, disseção da carótida ou trombose do seio cavernoso assim como a possibilidade de o quadro se dever a infeção, vasculite ou sarcoidose.⁹

O prognóstico da STH é favorável, ocorrendo uma resolução da sintomatologia após terapêutica com corticoides nas primeiras 24 a 72 horas, o que poderá ser um indício diagnóstico. Porém, a evolução desta

doença dita a possibilidade de existirem recorrências das manifestações clínicas, o que pode implicar a utilização de tratamento imunossupressor por um período prolongado, assim como a ocorrência de défices neurológicos permanentes.^{3,9-11}

A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal cuja patogénese ainda não se encontra totalmente esclarecida, sabendo-se, porém, que a mesma se traduz por uma resposta inflamatória sistémica. Afeta maioritariamente o trato gastro-intestinal, podendo acometer qualquer uma das suas partes, sendo ainda possível a ocorrência de manifestações extraintestinais. Pelo seu carácter inflamatório sistémico, a DC pode estar associada a outras doenças autoimunes. O aparecimento desta doença ocorre normalmente distribuída em dois picos etários, o primeiro e mais frequente, entre os 20 e os 30 anos de idade, e o segundo pelos 50 anos de idade. Clinicamente, a doença pode cursar com sintomas variáveis, que incluem dor abdominal, náusea, perda de peso, diarreia, presença de sangue ou muco nas fezes. O tratamento varia de acordo com o fenótipo da doença, mas engloba tratamento imunossupressor e/ou cirúrgico.^{12,13}

Os autores consideram este trabalho de grande interesse para a Medicina Geral e Familiar (MGF) pela possibilidade de reportar sobre uma entidade rara como a STH, com o intuito de ajudar no maior reconhecimento da mesma. Ao mesmo tempo, este caso demonstra, na prática, muitas daquelas que são as competências e características da especialidade de MGF, de acordo com a definição europeia de MGF pela *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA). Estes foram os motivos que levaram os autores à apresentação deste caso.¹⁴

DESCRIÇÃO DO CASO

Indivíduo do sexo masculino, atualmente com 21 anos de idade, seguido regularmente na sua Unidade de Saúde Familiar (USF). Independente nas atividades de vida diárias. Em 2017, o utente (então com 16 anos de idade e sem antecedentes pessoais de relevo nem medicação habitual) é observado no Serviço de Urgência (SU) do hospital da área de residência por quadro com cinco dias de evolução de diplopia binocular que resolveria com a oclusão de um dos olhos, inicialmente horizontal e de predomínio matinal, mas posteriormente sem possuir um período específico de manifestação. O utente descrevia que esta queixa ocorreria de forma episódica, ocorrendo durante cerca de um minuto, com resolução após fixação

binocular num determinado ponto. Apresentaria, associadamente, queixa de ptose bilateral, mais proeminente à esquerda. Ao exame objetivo apenas se evidenciava a presença de ptose simétrica, bilateralmente. Neste contexto, foi internado no serviço de Pediatria para investigação diagnóstica, tendo ficado internado um total de 25 dias. Durante o internamento manteve queixas de diplopia binocular que se associaram ao aparecimento de exotropia bilateral de predomínio esquerdo a partir do quarto dia de internamento, confirmada por ecrã de Hess. Efetuaram-se diversos meios complementares de diagnóstico com recurso a análises clínicas, das quais apenas se destacam os valores de Proteína C Reativa (PCR) < 2,90 mg/L (referência < 3,00) e velocidade de sedimentação (VS) 4 mm/H (referência 1 - 15) no segundo dia de internamento, os quais repetiu ao oitavo dia de internamento, apresentando PCR de 4,50 mg/L e Vs 14 mm/h, tendo-se ainda descartado patologia infetocontagiosa (nomeadamente infecção por vírus varicela-zóster, vírus Epstein-Barr, citomegalovírus, vírus da imunodeficiência humana, enterovírus, herpes 6 - HHV-6 - e herpes simplex I e II e borrelia) e autoimune. A hipótese diagnóstica de miastenia gravis, assim como de outras patologias neuromusculares, foi refutada com recurso ao doseamento de anticorpos - anticorpos anti recetores de acetilcolina <0,10 nmol/L (referência para miastenia >0,5 nmol/L) - à realização do teste do gelo, a eletromiografia e a prova terapêutica com piridostigmina. Fez punção lombar, de resultado normal, e radiografia do tórax e ecografia abdominal, todos sem alterações de relevo. Ao décimo segundo dia de internamento realizou RM cerebral com contraste, que revelou "(...) moderado espessamento e hipercaptação de contraste pelo seio cavernoso esquerdo, evocativo de processo inflamatório - síndrome de Tolosa-Hunt? (...) espessamento inflamatório da mucosa na câmara esfenoidal esquerda e fronto-etmoidal ipsilateral". Perante os achados diagnósticos, iniciou terapêutica com prednisolona oral 1 mg/kg/dia (à data com 58 kg) no décimo segundo dia de internamento, tendo cumprido 17 dias de tratamento, apresentando excelente resposta terapêutica com regressão completa do quadro. Repetiu RM cerebral com contraste, ao 24º dia de internamento, que documentou regressão das alterações após terapêutica - "diminuição da assimetria a traduzir evolução imagiológica em sentido favorável." Teve alta médica, com esquema de desmame de prednisolona, e manteve seguimento em consulta hospitalar de Neurologia e Pediatria.

Em maio de 2021 (aos 20 anos de idade), é

assistido no SU do hospital da sua área de residência por queixas de dor abdominal inespecífica, de intensidade ligeira, tipo cólica, de longa evolução, associada a trânsito intestinal para fezes moles, com um episódio de vestígios hemáticos nas fezes. Realizou rectosigmoidoscopia flexível que identificou a presença de hemorroidas internas congestivas, uma fissura anal posterior e mucosa do reto inferior com congestão focal. Teve alta medicado com bioflavonóides orais e cloridrato de diltiazem 20 mg/g (pasta cutânea). Cerca de um mês depois, foi assistido em consulta aberta na sua USF por persistência do quadro gastrointestinal referido, foram pedidas análises com anticorpos anti-transglutaminase e agendada consulta com o respetivo médico de família. Em consulta de reavaliação, em julho de 2021, as análises previamente pedidas não demonstraram alterações, porém, foi pedida colonoscopia que revelou alterações macroscópicas e histológicas compatíveis com doença de Crohn "(...) ileíte terminal com aspeto em pedra de calçada (...)"; histologia: lesões de ileíte compatíveis com doença de Crohn). O utente foi encaminhado para seguimento em consulta hospitalar de Gastroenterologia, mantendo seguimento paralelamente na sua USF. Desde então apresenta-se em remissão clínica da STH (mas continua com seguimento em consulta de Neurologia), sem necessidade de terapêutica crónica. Cumpriu terapêutica medicamentosa com budesonida saquetas 9mg por dia e medidas dietéticas para a doença de Crohn, com boa resposta à terapêutica, mantendo seguimento na consulta hospitalar de Gastroenterologia.

COMENTÁRIO

O quadro clínico apresentado de diplopia binocular e ptose palpebral bilateral cumpre apenas alguns dos critérios clínicos diagnósticos para a STH. Relativamente aos achados imagiológicos na RMN cerebral, os mesmos enquadraram-se nos critérios diagnósticos da STH. A estes fatores, acresce a resposta à terapêutica com corticoides, a qual resultou na remissão do quadro. Após um estudo exaustivo, os demais diagnósticos diferenciais foram excluídos. Por estes motivos, a hipótese de STH foi tida como agente causal deste caso pela Neurologia, mantendo-se por esse motivo o utente em seguimento nessa especialidade. Como descrito anteriormente, esta síndrome pode estar associada a outras patologias inflamatórias/autoimunes, tendo o utente apresentado recentemente alterações clínicas, endoscópicas e histológicas compatíveis com doença de Crohn.

Os autores consideram este caso pertinente, não

só pela possibilidade de ajudar no reconhecimento de uma síndrome rara, mas sobretudo porque, no mesmo, podemos ver refletidas competências nucleares da MGF. A procura pela consulta nos cuidados de saúde primários permite inferir sobre a capacidade do médico de família saber abordar e orientar tanto situações clínicas agudas, como crónicas, invocando a abordagem abrangente da MGF e, ao mesmo tempo, as aptidões específicas que este médico deve dominar quanto à resolução de problemas, nomeadamente pela capacidade em orientar o seu processo de tomada de decisões com base nos conhecimentos sobre a prevalência e incidência de determinadas patologias na sua comunidade, assim como pela capacidade de reconhecer formas de apresentação de uma determinada doença numa fase ainda precoce e indiferenciada da sua apresentação. Por outro lado, o local de destaque que este especialista detém no cerne dos serviços de saúde, permite-lhe coordenar a prestação de cuidados entre os diferentes níveis de prestação e os seus distintos prestadores. Este ponto, que se engloba na capacidade de gestão dos cuidados de saúde primários, é exemplificado pela coordenação dos cuidados prestados que o médico de família desempenhou já que o utente manteve seguimento em distintas especialidades médicas, nomeadamente na Pediatria, Oftalmologia, Neurologia e, mais recentemente, na Gastreenterologia. Por fim, é ainda possível denotar a abordagem centrada na pessoa e na capacidade de saber lidar e compreender os problemas da mesma, o que foi um ponto chave que permitiu a chegada ao diagnóstico e à prestação de cuidados efetivos assim como a prestação de cuidados longitudinalis já que o utente mantém o seu seguimento e aconselhamento junto da sua equipa de saúde familiar.¹⁴



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Iaconetta G, Stella L, Esposito M, Cappabianca P. Tolosa-Hunt Syndrome Extending in the Cerebellopontine Angle. *Cephalalgia*. 2005;25(9):746-50.
- 2- Tolosa E. Periarteritic lesions of the carotid siphon with the clinical features of a carotid infraclinoidal aneurysm. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1954;17(4):300-2.
- 3- Hunt WE, Meagher JN, LeFever HE, Zeman W. Painful ophthalmoplegia: Its relation to indolent inflammation of the cavernous sinus. *Neurology*. 1961;11(1):56-56.
- 4- Calistri V, Mostardini C, Pantano P, Pierallini A, Colonnese C, Caramia F. Tolosa-Hunt syndrome in a patient with systemic lupus erythematosus. *Eur Radiol*. 2002;12(2):341-4.
- 5- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
- 6- Arcaya AA, Cerezal L, Canga A, Polo JM, Berciano J, Pascual J. Neuroimaging Diagnosis of Tolosa-Hunt Syndrome: MRI Contribution. *Headache J Head Face Pain*. 1999;39(5):321-5.
- 7- Schuknecht B, Sturm V, Huisman TAGM, Landau K. Tolosa-Hunt

syndrome: MR imaging features in 15 patients with 20 episodes of painful ophthalmoplegia. *Eur J Radiol*. 2009;69(3):445-53.

- 8- Hung C-H, Chang K-H, Chen Y-L, Wu Y-M, Lai C-L, Chang H-S, et al. Clinical and Radiological Findings Suggesting Disorders Other Than Tolosa-Hunt Syndrome Among Ophthalmoplegic Patients: A Retrospective Analysis. *Headache J Head Face Pain*. 2015;55(2):252-64.
- 9- Kline LB, Hoyt WF. Nosological entities?: The Tolosa-Hunt syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001;71(5):577-82.
- 10- Lawton Smith J, Taxdal DSR. Painful Ophthalmoplegia*. *Am J Ophthalmol*. 1966; 61(6):1466-72.
- 11- Colnaghi S, Versino M, Marchioni E, Pichiecchio A, Bastianello S, Cosi V, et al. ICHD-II Diagnostic Criteria for Tolosa-Hunt Syndrome in Idiopathic Inflammatory Syndromes of the Orbit and/or the Cavernous Sinus. *Cephalalgia*. 2008; 28(6):577-84.
- 12- Feuerstein JD, Cheifetz AS. Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Mayo Clin Proc*. 2017; 92(7):1088-103.
- 13- Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *Lancet*. 2012 Nov;380(9853):1590-605.
- 14- Santos P, Sá AB de, Santiago L, Hespanhol A. A árvore da WONCA: tradução e adaptação cultural para português. *Rev Port Clínica Geral*. 2021;37(1):28-35.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existirem quaisquer conflitos de interesse no âmbito do desenvolvimento deste trabalho sendo que o mesmo não usufruiu de qualquer tipo de apoio, nomeadamente de cariz financeiro.

AGRADECIMENTOS:

Os autores gostariam de agradecer ao indivíduo em questão e à sua família, a disponibilidade demonstrada para a realização deste relato de caso.

CORRESPONDÊNCIA:

João Mário Carvalho de Oliveira Marques
jmcmarques@gmail.com, jmcmarques@arsnorte.min-saude.pt

RECEBIDO: 27 de outubro de 2022 | ACEITE: 21 de fevereiro de 2022

A MOTIVAÇÃO A PAR DA RECUPERAÇÃO – A IMPORTÂNCIA DO MÉDICO DE FAMÍLIA COMO GESTOR DE CUIDADOS

MOTIVATION ALONGSIDE RECOVERY - THE IMPORTANCE OF THE FAMILY PHYSICIAN AS A CARE MANAGER

Autores:

Marta Fontes Ferreira¹, Mariana Costa Pereira¹, Hugo Cunha Pereira¹

RESUMO

Introdução: A síndrome de *Guillain-Barré* (SGB) é uma doença autoimune de início agudo que leva à desmielinização e/ou degeneração axonal dos nervos periféricos. O diagnóstico é essencialmente clínico, mas o estudo do líquido cefalorraquidiano e a eletromiografia são fundamentais no seu diagnóstico. O tratamento inicial da SGB consiste na plasmafereze ou na administração de imunoglobulina.

Descrição do caso: Adolescente de 15 anos, sexo masculino, pertencente a uma família nuclear, estadio V do ciclo de *Du-vall*, classe III de *Graffar*, APGAR familiar de 9. Apresenta como antecedentes patológicos colite ulcerosa e perturbação de adaptação desde 2019. Em setembro de 2021 desenvolve uma agudização da colite ulcerosa com retorrágia de novo e, na semana seguinte, inicia vômitos e diarreia com duração de um mês e meio, com perda ponderal de 10 kg. Após este quadro, inicia diminuição da força nos membros inferiores e flacidez muscular, ficando internado para estudo por suspeita de SGB. Após alta contra parecer médico motivada por quadro de agitação e ansiedade do adolescente, foi contactada a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. O médico de família convocou os pais após tomar conhecimento da situação, tendo a sua intervenção levado ao reinternamento do adolescente. Realizou reabilitação no Centro de Reabilitação do Norte e encontra-se atualmente a complementar a reabilitação no ambulatório com boa evolução.

Comentário: A avaliação familiar e o conhecimento que o médico de família tem sobre as famílias é essencial, pois permite, numa relação de confiança, gerir os tratamentos de acordo com as especificidades de cada família. A importância que a família tem no processo de reabilitação é fundamental, bem como o bem-estar físico e emocional. Por vezes a manutenção do ambiente acolhedor de casa, bem como a oportunidade de escolha levam a maior motivação para o tratamento e isso traduz-se em ganhos em saúde.

Palavras-chave: síndrome *Guillain-Barré*; reabilitação; avaliação familiar.

ABSTRACT

Introduction: The *Guillain-Barré syndrome* (GBS) is an acute onset autoimmune disease that leads to demyelination and/or axonal degeneration of peripheral nerves. The diagnosis is primarily clinical, but cerebrospinal fluid and electromyography studies are critical in its diagnosis. The initial treatment of GBS consists of plasmapheresis or administration of immunoglobulin.

Case description: A 15-year-old male adolescent belonging to a nuclear family, *Du-vall* cycle stage V, *Graffar* class III, family APGAR score of 9. He presents with a medical history of ulcerative colitis and adjustment disorder since 2019. In September 2021 he develops an acute complication of ulcerative colitis with rectal hemorrhage and, in the following week, initiates vomiting and diarrhea lasting a month and a half, resulting in a weight loss of 10 kg. After this, he begins to lose strength in his lower limbs and develops muscle flaccidity, and is hospitalized for a suspected GBS. After discharge against medical advice due to the adolescent's agitation and anxiety, the Commission for the Protection of Children and Young People was contacted. Upon being informed of the situation the family doctor contacted the parents, and his intervention led to the adolescent's re-hospitalization. He underwent rehabilitation at the Northern Rehabilitation Center and is currently completing outpatient rehabilitation with good progress.

Comment: The family assessment and the family doctor's knowledge about families is essential, since it allows, in a relationship of trust, to plan the correct treatment and course of action according to the specificities of each family. The importance that the family has in the rehabilitation process is fundamental, as well as the physical and emotional well-being. Sometimes the maintenance of the welcoming home environment, as well as the opportunity for choice, leads to greater motivation towards treatment, resulting in improved health outcomes.

Keywords: *Guillain-Barré syndrome*; rehabilitation; family assessment.

1. Médico Interno de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Ribeirão, ACeS Ave-Famalicao

INTRODUÇÃO

A síndrome de *Guillain-Barré* (SGB) é uma doença autoimune de início agudo que leva à desmielinização e/ou degeneração axonal dos nervos periféricos. Apresenta uma incidência anual de 0,81 a 1,89 casos por 100000 habitantes, afetando principalmente adultos entre 20 e 40 anos de idade, de ambos os sexos.¹ O diagnóstico é essencialmente clínico, com manifestações como fraqueza progressiva dos membros, bilateral e simétrica que começa nos membros inferiores e ascende aos membros superiores. Os critérios que apoiam o diagnóstico da SGB incluem: fraqueza progressiva de mais do que um membro em graus variáveis (desde paresia leve até plegia); afeção de pares cranianos; hiporreflexia e/ou arreflexia distal com graus variáveis de hiporreflexia proximal.^{1,2} O estudo do líquido cefalorraquidiano e a eletromiografia são fundamentais para o diagnóstico.²

Estas manifestações são habitualmente precedidas de um quadro infeccioso (principalmente respiratório ou gastrointestinal) nas semanas anteriores. O agente raramente é identificado, sendo que os mais frequentemente descritos são: *Campylobacter jejuni* (o mais prevalente), vírus *Epstein-Barr* e citomegalovírus.^{3,4,5}

A síndrome apresenta diferentes variantes clínicas, sendo a mais comum a polirradiculopatia desmielinizante inflamatória aguda. Outros subtipos incluem neuropatia axonal motora aguda, neuropatia axonal motora e sensorial aguda, síndrome de *Miller-Fisher*, disautonomia generalizada aguda, fraqueza faríngeo-cervico-braquial, sensitiva pura e polineurite cranial.^{3,4,5}

O tratamento inicial da SGB consiste na plasmafereze ou na administração de imunoglobulina. O mecanismo de ação da plasmafereze é a redução dos anticorpos circulantes, existindo, no entanto, pouca experiência do seu uso em crianças com SGB e, de uma forma geral, não se administra a menores de dois anos de idade, podendo apresentar como efeitos laterais hipotensão, hipocalcemia, arritmias ou até paragem cardíaca. O efeito da imunoglobulina no tratamento da SGB tem como princípio fisiológico o bloqueio da cascata imunológica que conduz à lesão nervosa. A dose total de tratamento preconizada é de 2 g/kg. Numa segunda fase, o tratamento passa pela reabilitação motora que deve ser iniciada o mais precocemente possível.^{4,5}

A recuperação funcional passa pelo tratamento fisiatrico, inicialmente em regime de internamento.^{4,5} A continuação do tratamento por vários meses é

benéfica, mas pode causar desgaste físico, emocional e económico no próprio e nas famílias. Sendo a Medicina Geral e Familiar uma especialidade que prima pela proximidade ao utente em todo o seu contexto biopsicossocial, esta desempenha um papel importante no apoio a estas famílias e na articulação do seu plano terapêutico com os cuidados de saúde secundários.

DESCRIÇÃO DO CASO

Adolescente de 15 anos, sexo masculino, pertencente a uma família nuclear, estadio V do ciclo de *Duvall*, classe III de *Graffar*, APGAR familiar de *Smilkstein* de 9 (família altamente funcional).

Relativamente aos antecedentes pré e perinatais, resulta de uma segunda gravidez, vigiada, sem intercorrências e com serologias negativas, com parto eutócico às 39 semanas, índice de APGAR 9/10 aos 1º e 5º minuto de vida, somatometria no percentil 50 em todos os parâmetros ao nascimento. Apresentou a primeira dejeção e mecónio nas primeiras 24 horas de vida. O período neonatal decorreu sem intercorrências. Alimentado com leite materno exclusivo até aos 2 meses de idade, tendo depois iniciado leite de fórmula. A diversificação alimentar iniciou-se aos 5 meses e decorreu normalmente sem alergias ou intolerâncias.

Apresentou uma evolução estatura-ponderal no percentil 50 - 85 até aos 12 meses e depois no percentil 15 - 50 até aos 8 anos, voltando ao percentil 50 - 85 até à atualidade. O desenvolvimento psicomotor foi adequado, tendo iniciado infantário aos 3 anos de idade. Frequenta atualmente o 8º ano, uma vez que no último ano teve muitas faltas à escola pela sua condição e obteve uma reprovação.

2019

Com 12 anos de idade iniciou sintomas gastrointestinais com retorragias de forma intermitente durante uma semana, tendo sido observado no serviço de urgência (SU) de Cirurgia Geral e medicado com probiótico à base de *Saccharomyces boulardii* e butilescopolamina 10 mg três vezes por dia. Por manutenção das queixas foi encaminhado pelo médico de família (MF) para realização de colonoscopia em consulta hospitalar de Gastroenterologia Pediátrica. No hospital foi realizado o diagnóstico de colite ulcerosa e iniciado tratamento com messalazina retal 1g duas vezes por dia. Nessa mesma altura, e por dificuldade na aceitação do quadro clínico, foi encaminhado pelo MF para consulta de Pedopsiquiatria, tendo sido diagnosticada perturbação de adaptação com

sintomas de ansiedade e humor depressivo, pelo que foi medicado com fluoxetina 20 mg um comprimido de manhã e alprazolam 0,25 mg um comprimido ao deitar.

2020

Durante o ano de 2020 apresentou-se clinicamente estável e não fez qualquer medicação, tendo mantido o seguimento na consulta de Gastroenterologia Pediátrica, embora com algumas desmarcações e faltas pelas contingências inerentes à pandemia.

2021

Em setembro de 2021, após agudização com retorragia, voltou à consulta hospitalar, tendo iniciado novamente messalazina em supositórios.

Na semana seguinte iniciou vômitos e diarreia, com um mês e meio de duração, associado a uma perda ponderal de 10 kg. Após este quadro iniciou diminuição da força nos membros inferiores e flacidez muscular que conferiram muita dificuldade na deambulação, começando em outubro de 2021 a deslocar-se em cadeira de rodas. Após ida a consulta aberta na unidade de saúde familiar foi referenciado ao SU, onde foi internado para estudo por suspeita de SGB, tendo realizado duas perfusões de imunoglobulina endovenosa 1 g/kg.

Internamento

Após dois dias de internamento, o pediatra explicou o quadro clínico à família e ao doente, tendo este iniciado grande agitação psicomotora associado a maior ansiedade e labilidade emocional, motivo pelo qual a sua mãe assinou alta contra parecer médico. Dada a gravidade clínica, foi reportado o caso ao serviço de ação social do hospital, que rapidamente convocou individualmente o doente e os seus pais para melhor esclarecimento. Estes mantiveram a decisão anterior, uma vez que o adolescente apresentava uma grande resistência ao reinternamento. Por esse motivo e pela necessidade de maior estudo e continuidade do tratamento, foi contactada a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

O MF tomou conhecimento desta situação através da CPCJ e convocou o doente e os pais para aplicação das escalas de avaliação familiar. Inicialmente, foi pedido ao adolescente para realizar o círculo familiar de *Thrower*, representando os pais como os elementos de maior proximidade e expressando que sempre que necessita de apoio recorre em primeiro lugar a estes. Aplicou-se ainda, o APGAR familiar de Smilkstein, obtendo-se um resultado de 9 (família altamente

funcional). Em conjunto com os pais foram realizados a linha de vida de *Medalie* e a escala de *Graffar*. Na consulta, o adolescente referiu que a forma como lhe foi comunicado o quadro clínico e a perspetiva da morosidade do tratamento lhe provocaram medo e ansiedade, tendo por isso pedido aos pais para não o deixarem ficar internado. Pela relação de grande proximidade com o MF, pela disponibilidade que este manifestou no esclarecimento e acompanhamento com grande empatia, este agregado familiar conseguiu perceber a importância do reinternamento para manter a investigação e tratamento. O MF contactou a assistente social do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) e em conjunto emitiram o seu parecer à CPCJ. Esta, por sua vez, articulou com o serviço de ação social do hospital.

O adolescente foi novamente internado e posteriormente transferido para o Centro de Reabilitação do Norte. Realizou um ciclo intensivo de reabilitação durante um mês com grande flutuação do humor e da motivação do adolescente, não tendo apresentado qualquer melhoria na força muscular. Após reavaliação em consulta de Fisiatria, os pais manifestaram vontade de iniciar um programa de reabilitação em ambulatório na área de residência, que ainda se encontra a cumprir. Foi estabelecido o diagnóstico de polineuropatia axonal motora e sensitiva por SGB e encontra-se atualmente motivado para o tratamento, com franca melhoria a nível motor e emocional.

COMENTÁRIO

A avaliação familiar e o conhecimento que o MF tem sobre a dinâmica familiar é fundamental, pois permite a integração num contínuo de cuidados e na perceção de muitas atitudes e reações destes perante as adversidades. Há necessidade de avaliação familiar quando um acontecimento negativo como uma doença afeta toda a família. Neste caso, a demora na procura de cuidados urgentes, o atraso no diagnóstico e instituição de terapêutica, bem como a alta contra parecer médico motivaram esta avaliação.

Estamos perante uma família com muitas características protetoras na doença como: 1) conhecimento acerca da doença; 2) disponibilidade para acompanhamento na doença; 3) boa aliança com o MF; 4) bom *coping* face às exigências dos tratamentos médicos. Contudo, devido à dificuldade inicial de perceção da gravidade da doença e a sentimentos de incompreensão por parte da equipa hospitalar acerca das dificuldades psicológicas do adolescente, esta família acabou por tomar opções que culminaram

numa referenciação para a CPCJ e num enfraquecimento da aliança entre os profissionais de saúde hospitalares e os pais do adolescente.

O MF foi fundamental neste caso, visto ser a peça que conseguiu articular as características biopsicossociais do doente com a programação terapêutica que as especialidades hospitalares haviam estabelecido.

Neste momento não se encontra a fazer fisioterapia no centro de reabilitação, realizando-a em ambulatório com franca melhoria e mantendo, para além das consultas de MGF, consultas de Pedopsiquiatria, Pediatria, Neurologia e Fisiatria.

A importância que a família tem no processo de reabilitação é fundamental, bem como o bem-estar físico e emocional. Por vezes, a manutenção do ambiente acolhedor de casa, bem como a oportunidade de escolha, levam a maior motivação para o tratamento, o que se traduz em ganhos em saúde.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Varkal MA, Uzunhan TA, Aydinli N, Ekici B, Çaliskan M, Ozmen M. Pediatric Guillain-Barré syndrome: Indicators for a severe course. *Ann Indian Acad Neurol.* 2015;18(1):24-8;
- 2- Chung A, Deimling M. Guillain-Barré Syndrome. *Pediatr Rev.* 2018 Jan;39(1):53-54
- 3- Doets AY, Hughes RA, Brassington R, Hadden RD, Pritchard J. Pharmacological treatment other than corticosteroids, intravenous immunoglobulin and plasma exchange for Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Jan 25;1(1):CD008630;
- 4- Bordini BJ, Monrad P. Differentiating Familial Neuropathies from Guillain-Barré Syndrome. *Pediatr Clin North Am.* 2017 Feb;64(1):231-252;
- 5- Buompadre MC, Gáñez LA, Miranda M, Arroyo HA. Variantes inusuales del síndrome de Guillain-Barré en la infancia [Unusual variants of Guillain-Barré syndrome in infancy]. *Rev Neurol.* 2006 Jan 16-31;42(2):85-90.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

CORRESPONDÊNCIA:

Hugo Miguel da Cunha Pereira
hugo.pereira@arsnorte.min-saude.pt

RECEBIDO: 07 de março de 2022 | ACEITE: 17 de outubro de 2022

CARDIOPATIA CONGÊNITA NA GRAVIDEZ: UM RELATO DE CASO

CONGENITAL HEART DISEASE IN PREGNANCY: A CASE REPORT

Autores:

Sofia Machado¹, Flávia Moreira²

RESUMO

Introdução: Atualmente, a doença cardiovascular é a causa de morte não obstétrica mais importante na grávida, correspondendo a cerca de 1% das gestações. A melhoria dos cuidados de saúde permitiu que cada vez mais mulheres com cardiopatia congênita atinjam a idade reprodutiva, traduzindo-se a gravidez, neste contexto, num novo desafio clínico.

Descrição do caso: Sexo feminino, 24 anos, com antecedentes de tiroidite autoimune, perturbação de ansiedade e comunicação interauricular (CIA) sem evidência de *shunt*. Medicada com aspirina e progestativo oral. Recorre à consulta na sua unidade de saúde familiar (USF) por suspeita de gravidez. Após realização de teste imunológico de gravidez confirmatório, inicia acompanhamento de saúde materna na USF, em paralelo com o serviço de Obstetrícia para a qual foi referenciada por patologia de risco. Manteve seguimento habitual em Cardiologia do hospital de referência. Durante a gravidez, relata episódios de palpitações, sem outros sintomas associados, sendo atribuídos ao foro ansioso e com completa resolução após instituição de técnicas de relaxamento e medicação. A gravidez decorreu sem intercorrências maternas, excetuando a presença de palpitações e o aumento da resistência do ventrículo direito (não condicionantes da normal evolução da gestação). Os exames complementares não revelaram alterações cardíacas fetais. Dado o risco de embolia paradoxal iniciou terapêutica anticoagulante e optou-se pela realização de cesariana eletiva. Após o parto foi sugerido o encerramento percutâneo da CIA, tendo em conta a perspetiva de futuras gestações.

Comentário: A cardiopatia congênita na mulher grávida é uma realidade cada vez mais prevalente na prática clínica. Esta exige uma orientação e seguimento multidisciplinares, desde o período pré-concepcional até ao puerpério. Apesar dos possíveis riscos materno-fetais (embolia paradoxal, pré-eclâmpsia, maior incidência de recém-nascidos com baixo peso para a idade gestacional e maior mortalidade fetal/perinatal), a maior parte das gravidezes decorre sem complicações.

Palavras-chave: cardiopatias congénitas; defeitos do septo auricular; distúrbios de ansiedade; gravidez; relato de caso.

ABSTRACT

Introduction: Currently, cardiovascular disease is the most important cause of non-obstetric death in pregnant women, accounting for about 1% of pregnancies. Improved health care has allowed more and more women with congenital heart disease to reach the reproductive age, resulting in a new clinical challenge.

Case description: A 24-year-old female with a history of autoimmune thyroiditis, anxiety disorder, and interatrial communication (IAC) without evidence of shunt. Medicated with aspirin and oral progestin. The patient was referred to her primary health center (PHC) for suspected pregnancy. After a confirmatory immunological pregnancy test, she started maternal health monitoring at the PHC in parallel with the obstetrics service to which she was referred due to risk pathology. She maintained regular follow-up in Cardiology at the referral hospital. During pregnancy, she reported episodes of palpitations, without other associated symptoms, attributed to anxiety and with complete resolution after the use of relaxation techniques and medication. The pregnancy took place without maternal complications, except for the presence of palpitations and increased right ventricular resistance (not affecting the normal course of the pregnancy). Complementary exams did not reveal any fetal cardiac alterations. Given the risk of paradoxical embolism, anticoagulant therapy was initiated and an elective cesarean section was chosen. After delivery, percutaneous closure of the IAC was suggested, taking into account the prospect of future pregnancies.

Comment: Congenital heart disease in pregnant women is an increasingly prevalent reality in clinical practice. It requires multidisciplinary guidance and follow-up, from the preconception period to the puerperium. Despite the possible maternal and fetal risks (paradoxical embolism, preeclampsia, a higher incidence of infants born small for gestational age, and higher fetal/perinatal mortality), most pregnancies are uneventful.

Keywords: congenital heart disease; atrial septal defect; anxiety; pregnancy; case report.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Cuidar, ACeS Entre Douro e Vouga I

2. Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Cuidar, ACeS Entre Douro e Vouga I

INTRODUÇÃO

Atualmente, as cardiopatias congênitas maternas são detetadas em cerca de 1% das gestações, tornando a doença cardiovascular a causa de morte não obstétrica mais importante na grávida.¹

A comunicação interauricular (CIA) é a segunda cardiopatia congênita mais frequente em adultos, precedida pela válvula aórtica bicúspide.² Corresponde a cerca de 13% das cardiopatias congênitas, com uma prevalência estimada de 56 por 100 000 nados vivos e uma predileção pelo sexo feminino (proporção de 2:1).³ Os defeitos das paredes cardíacas estão identificados abaixo (Quadro I).³

Quadro I. Classificação e definição das comunicações intra-auriculares.

Classificação	Local do defeito	Prevalência (%)	Condições associadas
<i>Ostium Primum</i>	Face ântero-inferior do septo	15	Defeitos do canal auriculoventricular e do folheto anterior da válvula mitral
<i>Ostium Secundum</i>	Região central do septo (na fossa oval)	75	Principal causa de <i>shunt interauricular</i> (após <i>foramen oval</i> patente)
Defeito no seio venoso	Face posterior do septo	5	Anomalias de junção das veias pulmonares direitas
Defeito no seio coronário	Ausência de parede entre o seio coronário e a aurícula esquerda	1	Síndrome de <i>Raghib</i> : associação de defeito do seio coronário e veia cava superior esquerda

Geralmente, é uma lesão assintomática, porém não livre de complicações, nomeadamente arritmias de origem auricular e embolização paradoxal. Uma das consequências mais nefastas baseia-se na presença de *shunt* esquerdo-direito, que pode condicionar hipertrofia das câmaras direitas e consequentemente hipertensão pulmonar.¹⁻³ Em situações mais graves, a insuficiência cardíaca torna-se comum antes da quarta década de vida.²

A maioria dos defeitos acaba por fechar espontaneamente, durante a idade pediátrica. Porém uma percentagem permanece oculta até à idade adulta e escapa ao diagnóstico médico. A associação de uma gravidez a uma cardiopatia congênita exige um acompanhamento especial, principalmente pelas alterações hemodinâmicas associadas a esse estado biológico, como o aumento da massa eritrocitária e plasma em 20 - 30% e 30 - 50%, respetivamente, condicionando um aumento significativo do volume sanguíneo circulante.⁴ Estas alterações começam a

resolver-se na segunda semana após o parto, no entanto, em algumas mulheres, podem arrastar-se até seis meses depois, o que implica um período de seguimento mais alargado.⁵

Nem todas as cardiopatias têm os mesmos riscos para a grávida e feto.^{5,6} Existem algumas lesões que contraindicam uma gravidez (Quadro II).⁵

Quadro II. Cardiopatias congênitas que contraindicam uma gravidez.

Contraindicações para uma gravidez
Hipertensão pulmonar grave (definida como pressão artéria pulmonar > 75% pressão arterial sistémica);
Síndrome de <i>Eisenmenger</i> ;
Coartação da aorta associada a dilatação da aorta proximal;
Ventrículo único com fraca função sistólica (fração de ejeção < 40%);
Estenose aórtica grave e sintomática;
Síndrome de <i>Marphan</i> (associada a um diâmetro aórtico > 45 mm).

Idealmente todas as grávidas com cardiopatia congênita devem efetuar uma rigorosa avaliação pré-concepcional, de forma a quantificar o risco materno associado, assim como a hipótese de transmissão vertical da lesão. Esta estratificação deve assentar numa exaustiva anamnese clínica, com foco na patologia cardiovascular, exame físico, eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e ecocardiograma transtorácico (eco-TT).⁶ Com o presente caso pretende-se alertar para a importância de um acompanhamento multidisciplinar da grávida com patologia cardíaca, tendo o médico de família (MF) um papel fulcral na gestão e encaminhamento da mesma aos cuidados de saúde secundários (CSS), sempre que tal for necessário.

DESCRIÇÃO DO CASO

Relata-se o caso de uma utente do sexo feminino, primigesta, de 24 anos. Tem o ensino básico, mais concretamente a terceira classe, tendo também um curso de esteticista, trabalhando como empregada de armazém na atualidade. Integrada numa família do tipo nuclear na fase I do ciclo de vida de *Duvall*, vive com o companheiro, numa habitação com boas condições sanitárias.

Antecedentes pessoais de tiroidite autoimune, diagnosticada aos 15 anos. Atualmente seguida em consulta externa de Cardiologia por cardiopatia congênita diagnosticada em 2014 após episódios repetidos de palpitações, sem outros sintomas associados, como dor torácica ou dispneia. Foram pedidos

exames auxiliares de diagnóstico que identificaram a presença de uma comunicação interauricular, tipo *ostium secundum*, sem presença de *shunt* significativo. Inicialmente foi medicada com *bisoprolol* 5 mg e ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg, tendo suspenso o primeiro dada a ausência de sintomas.

Em 2015, teve um episódio isolado de hemiparesia direita, associada a assimetria facial, com necessidade de internamento no serviço de Neurologia do centro hospitalar de referência. O estudo etiológico revelou-se inconclusivo, sem alterações analíticas ou imagiológicas, quer cerebrais ou vasculares. Durante os três dias de internamento, teve total recuperação dos défices, sem sequelas motoras, tendo tido alta orientada para o seu MF.

Fumava cerca de sete cigarros por dia, desde os 18 anos (unidades maço ano = 2). Negava outros consumos toxicológicos ou alcoólicos.

A medicação habitual atual era constituída por AAS 100 mg e progestativo oral. Previamente terá sido medicada com levotiroxina sódica 0,1 mg que suspendeu há 2 anos por ausência de sintomas de hipotireoidismo e função tiroideia normal.

Seguida em consulta de saúde materna na unidade de saúde familiar (USF), desde as cinco semanas e um dia de gestação, após realização de teste imunológico de gravidez. Tratava-se de uma gravidez desejada, mas não planeada. Foi pedido o estudo analítico do primeiro trimestre, iniciou suplementação com ácido fólico 400 mcg e ferro oral 100 mg, por presença de ferropenia. Nessa mesma consulta foi calculado, com recurso à escala de *Godwin* modificada, o risco da gravidez com resultado de 5 (médio risco). Foi efetuada referência para Obstetrícia e aguardou a consulta de Cardiologia, já previamente agendada.

Na consulta de Cardiologia, com cerca de 18 semanas de gestação, referia episódios de palpitações sem outros sintomas associados. O estudo complementar efetuado revelou-se sem alterações de relevo para a atual gravidez: ECG sem alterações e eco-TT com a seguinte descrição: "(...) cavidades de dimensões normais, paredes de espessura normal. Função biventricular global e segmentar conservada. Não se observam *shunts* cardíacos, apesar da CIA sugerir solução de continuidade e discretos sinais de sobrecarga do ventrículo direito. (...)". Portanto, apesar de CIA sem evidência de *shunt* ou hipertensão pulmonar era sugerido o encerramento percutâneo, após o parto, principalmente pelo risco de embolismo paradoxal, nesta e em futuras gestações, e pelo risco de aumento da resistência ventricular direita e possível

hipertensão pulmonar inerente. É recomendada também a profilaxia do tromboembolismo venoso, com heparina de baixo peso molecular (HBPM). Perante os dados clínicos o cardiologista não colocou restrição ao parto eutócico. Contudo, em consulta de Anestesiologia, foi ponderada a realização de cesariana, face ao tratamento contínuo com HBPM e ao risco hemorrágico que daí advém. Tal opção foi aceite pela obstetra que programou cesariana eletiva e anestesia de neuroeixo, situação compreendida e aceite pela grávida.

Durante o segundo trimestre, em consulta na USF, referia novamente palpitações ocasionais, que antecedem consultas ou a realização de exames/análises da gravidez. Após exploração da história, destacou-se um componente ansioso importante, relacionado com o medo de complicações obstétricas. Foram abordadas diferentes estratégias para lidar com a situação: a grávida optou por iniciar aulas de yoga e suplementação natural com raiz de valeriana, que surtiram efeito benéfico.

A gravidez decorreu sem intercorrências, com análises e ecografias trimestrais normais. Em consulta de obstetrícia hospitalar foi pedida ecocardiografia fetal, às 22 semanas, que se revelou normal.

Apesar de um tabagismo ativo no passado, a grávida iniciou e completou, com sucesso, cessação tabágica durante a gravidez.

O parto decorreu sem intercorrências ou complicações. Recém-nascido do sexo masculino com boa evolução estaturponderal, rastreio de cardiopatias congénitas negativo. Mãe e filho tiveram alta para o domicílio, com manutenção de cuidados e plano terapêutico, mantendo a puérpera a toma de AAS 100 mg id. O recém-nascido foi encaminhado para consulta externa de Cardiologia neonatal, para exclusão definitiva de cardiopatia congénita, tendo sido também planeada a marcação de correção cirúrgica materna. Dada a gravidez não planeada, foi ainda agendada consulta de planeamento familiar para a puérpera por forma a informar e capacitar a utente no planeamento de gravidez futura.

COMENTÁRIO

Este caso representa um desafio clínico, quer pela abrangência de especialidades, como pelo estado "de graça" da utente. Esta grávida apresenta uma CIA do tipo *ostium secundum* diagnosticada há oito anos, em seguimento por Cardiologia. Até à data da gravidez não apresentava critérios para encerramento da lesão, nomeadamente os definidos pela American College of Cardiology/ *American Heart Association*

(ACC/AHA) (Quadro III).⁷ Contudo, tendo em conta os sinais de sobrecarga do ventrículo direito detetados no eco-TT realizado às 18 semanas e o risco de embolia paradoxal, foi aconselhado o encerramento da CIA.

Quadro III. Critérios para correção de CIA da ACC/AHA

Critérios de encerramento	Nível de Evidência
Hipertrofia das câmaras cardíacas direitas, com ou sem sintomas - detetada por ecocardiograma	Classe I
CIA de diâmetro > 5 mm e < 40 mm no ecocardiograma	
Margens de distância do defeito às estruturas adjacentes > 5 mm	
Embolização paradoxal e/ou síndrome de ortopneia-platipneia	Classe IIa
Shunt esquerdo-direito; Pressão art. Pulm. < 2/3 P.art. Sistêmica; Resistência vasc. Pulm. < 2/3 Resistência vasc. Perif. - com resposta a vasodilatadores	Classe IIb

Legenda: CIA - Comunicação intra-auricular; ACC/AHA - *American College of Cardiology/American Heart Association*; art. Pulm. - Artéria pulmonar; P. art. - Pressão arterial; Resistência vasc. Pulm. - Resistência vascular pulmonar; Resistência vasc. Perif. - Resistência vascular periférica.

Apesar de habitualmente não constituir uma lesão que contraindique a gravidez ou necessite de tratamento cirúrgico (na ausência de sinais ecocardiográficos para tal), é importante informar a grávida das possíveis complicações associadas às cardiopatias congénitas. As principais complicações fetais são a prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e morte fetal, com uma incidência de cerca de 30%. Estas estão dependentes de fatores maternos e obstétrico (Quadro IV).⁶

Quadro IV. Fatores de risco fetal, em grávidas com cardiopatia congénita.

Fatores de risco	
Obstétrico	Materno
Múltiplas gestações;	Doença materna cardíaca;
Tabagismo ativo;	Classificação funcional NHYA > II;
Terapêutica com anticoagulantes.	Idade materna < 20 anos ou > 35 anos.

Legenda: HYA - *New York Heart Association*.

Nesta utente, temos como fatores de risco a doença cardíaca materna e a implementação de uma terapêutica de anticoagulação, após análise de risco vs benefício.

Outro risco associado à cardiopatia materna é a hipótese da sua transmissão à descendência. Vários estudos demonstraram que o risco da população geral

herdar uma cardiopatia é de 0,5 - 0,8%,⁸ enquanto os filhos de grávidas com cardiopatia têm uma probabilidade de 5 - 7%,⁹ sendo as lesões obstrutivas esquerdas, as mais frequentes. Contrariamente ao esperado, a patologia cardíaca herdada é frequentemente diferente da patologia materna, exceto em 3-5% das situações, com carácter dominante, nomeadamente na síndrome de *Marfan*, *Holt - Oran*, *Down* ou *Noon*.⁴ Logo, além do rastreio pré-natal de cromossomopatias, é importante a realização de ecocardiografias fetais, para a exclusão de patologia cardíaca, como a efetuada às 22 semanas no caso apresentado.

À semelhança deste caso clínico, as palpitações são um dos sintomas mais referidos pelas grávidas.¹ Cerca de 50% das grávidas sem cardiopatia têm diagnóstico de arritmia durante a gravidez.¹⁰ Essas arritmias são maioritariamente taquicardias supra-ventriculares. A deteção de fibrilhação auricular ou flutter auricular apontam para uma doença cardíaca subjacente. Nestas situações o ideal é evitar uma terapêutica farmacológica. Caso isso não seja possível, ou seja, em situações recorrentes e com impacto na qualidade de vida, a melhor opção é a utilização de betabloqueadores e digoxina, na menor dose eficaz.¹⁰

É importante realçar também a implementação de uma terapêutica anticoagulante, para reduzir os eventos embólicos, uma vez que a gravidez é um estado de hipercoagulabilidade, potenciado o risco embólico presente nestas circunstâncias. No entanto, não existe consenso nesse aspeto. A maior parte dos autores defende, que a varfarina deverá ser substituída a partir das 35 semanas por heparina não fracionada ou HBPM, de forma a otimizar a capacidade de metabolização da mesma pelo feto, após o parto.⁵

Relativamente ao momento do parto, a decisão da via de parto deve ser feita pelo(a) obstetra.¹¹ A via preferencial é a vaginal, nomeadamente um parto eutócico com facilitação do segundo estágio de expulsão, pela utilização de fórceps ou ventosas, auxiliando na diminuição do esforço materno nesta fase. A grávida deve estar em decúbito lateral esquerdo, antes do período expulsivo, de forma a evitar flutuações hemodinâmicas com as contrações.

A opção pela cesariana é feita, se existir algum risco obstétrico, nomeadamente consumos tabágicos ou terapêutica com varfarina ou HBPM nas semanas anteriores à data prevista do parto, como aconteceu nesta grávida.¹¹

Embora a mortalidade materna por cardiopatia tenha diminuído (5,6 para 0,3/100 000 nados vivos de 1954 a 1985), a doença cardíaca congénita continua a ter um contributo significativo (cerca de 6 a

8%) para a mortalidade materna.⁵

Apesar de ser uma realidade ainda pouco frequente, nos cuidados de saúde primários, constitui um desafio clínico complexo para o médico de família. Embora geralmente benigna fora do contexto da gravidez, esta patologia ganha uma maior relevância nesta circunstância, sendo por isso fundamental o papel do MF no seu acompanhamento e correta articulação com os CSS sempre que necessário.

O MF tem ainda um papel essencial como o elemento que integra a informação clínica das diversas especialidades, esclarecendo simultaneamente dúvidas que as grávidas muitas vezes não colocam nas consultas hospitalares e tranquilizando relativamente às mesmas. Para além disso, a capacidade de visão holística do utente, intervindo de forma preventiva no âmbito pré-concepcional, facilitando a adesão às sugestões terapêuticas e/ou medidas cirúrgicas neste âmbito são também de frisar. Mais ainda, cabe também ao MF o acompanhamento da descendência, de forma global e próxima, por forma a despistar patologia cardíaca na mesma.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Redondo L, Martins L, Rodrigues R. Patologia Cardíaca e Gravidez. Acta Med Port. 2002;15:155-9.
- 2- Waksmonski C, Foley M. Pregnancy in women with congenital heart disease: Specific lesions. UpToDate. 2018.
- 3- Geva T, Martins JD, Wald RM. Atrial septal defects. The Lancet. 2014; 383(9932):1921-32.
- 4- Kuijpers JM, Mulder BJ, Bouma BJ. Secundum atrial septal defect in adults: a practical review and recent developments. Netherlands Heart Journal. 2015;23(4):205-11.
- 5- Harris IS. Management of Pregnancy in Patients with Congenital Heart Disease. Progress in Cardiovascular Disease. 2011;53(4):305-11.
- 6- Earing MG, Webb GD. Congenital Heart Disease and Pregnancy: Maternal and Fetal Risks. Clinics in Perinatology. 2005;32(4):913-9.
- 7- Appendix B: 2008 ACC/AHA Guidelines for the Management of Adults with Congenital Heart Disease. Role of Imaging in Adults with Congenital Heart Disease: State-of-Art Review. 2012;43-67.
- 8- Perloff JK, Warnes CA. Congenital heart disease in adults: a new cardiovascular specialty. Circulation. 2001;84:1881-90.
- 9- Romano-Zelekha O, Hirsh R, Blieden L, Green M, Shohat T. The risk for congenital heart defects in offspring of individuals with congenital heart defects. Clinical Genetics. 2002;59(5):325-9.
- 10- Swan L, Lupton M, Anthony J, Yentis SM, Steer PJ, Gatzoulis MA. Controversies in Pregnancy and Congenital Heart Disease. Congenital Heart Disease. 2006;1(1-2):27-34.
- 11- Warnes CA. Pregnancy and Delivery in Women With Congenital Heart Disease. Circulation Journal. 2015;79(7):1416-21.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não apresentar conflitos de interesse, não pertencer a qualquer associação, nem ter recebido qualquer tipo de financiamento na elaboração do artigo.

CORRESPONDÊNCIA:

Sofia Cláudia da Silva Machado
sofia.machado17@gmail.com

RECEBIDO: 10 de agosto de 2022 | ACEITE: 19 de dezembro de 2022

UM PUZZLE POLIPNEICO

A POLYPNEIC PUZZLE

Autores:

Mariana S. Ribeiro¹

RESUMO

Introdução: Nos cuidados de saúde primários, o médico de família presta cuidados tanto em contexto de doença aguda, como na reavaliação clínica se existir persistência ou agravamento de sintomas. Após uma infeção respiratória viral, alguns doentes podem manter sintomatologia durante alguns dias a semanas. No caso da infeção por SARS-CoV-2, na condição pós-COVID ou, segundo alguns autores, *long-COVID*, os sintomas podem surgir durante ou após a infeção aguda por SARS-CoV-2. Esta síndrome é caracterizada por sintomas não explicados por diagnósticos alternativos, apresentando repercussões na sua funcionalidade e qualidade de vida dos utentes. Neste momento, com um maior conhecimento acerca da infeção aguda por SARS-CoV-2, deparamo-nos com um novo desafio: a abordagem do *long-COVID*. Atualmente não existem muitos estudos acerca da abordagem do *long-COVID* em cuidados de saúde primários. Este relato de caso pretende demonstrar como foi efetuada a abordagem de um utente com *long-COVID* nos cuidados de saúde primários e rever como deve ser feita esta abordagem.

Descrição do caso: Neste artigo é apresentado o caso de um homem de 52 anos, que apresentava queixas de fadiga extrema, sem outros sintomas associados. Apresentava antecedentes de infeção por SARS-CoV-2 há 4 meses, sem necessidade de internamento. Em consulta nos cuidados de saúde primários apresentava-se polipneico, sem qualquer outra alteração. Foram requisitados exames complementares que não revelaram alterações significativas. Foi aconselhado a repousar, tendo sido referenciado a consultas hospitalares, onde foi descartada patologia cardiopulmonar que justificasse as queixas. A sintomatologia resolveu por completo passados nove meses.

Comentário: O *long-COVID* passou a fazer parte do dia-a-dia de consultas em cuidados de saúde primários, sendo desafiante pela sua apresentação variável e pela diversidade de sintomas. O médico de família está numa posição privilegiada na deteção e orientação da síndrome *long-COVID* pela prestação de cuidados ao longo do tempo.

Palavras-chave: COVID-19; síndrome pós-COVID; cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Introduction: In primary health care, the family physician provides care for acute illness and in clinical reassessment if the symptoms persist or worsen. After a viral respiratory infection, some patients may remain symptomatic for a few days or weeks. In the case of SARS-CoV-2 infection, in the post-COVID condition or, according to some authors, *long-COVID*, symptoms may appear during or after the acute infection by SARS-CoV-2. This syndrome is characterized by symptoms not explained by alternative diagnoses, with repercussions on functionality and quality of life. At this moment, with greater knowledge about acute SARS-CoV-2 infection, we are faced with a new challenge: the approach to *long-COVID*. Currently, there are not many studies on the approach to *long-COVID* in primary health care. This case report intends to demonstrate how a patient with *long-COVID* was approached in primary health care and to review how this approach should be performed.

Case description: This article presents the case of a 52-year-old man, with complaints of extreme fatigue, without any other symptoms. He had a history of SARS-CoV-2 infection 4 months ago, without need for hospitalization. At the primary health care appointment, he was polypneic, without any other changes. Complementary exams were requested and did not reveal significant alterations. He was advised to rest, having been referred to hospital appointments, where cardiopulmonary pathology that could justify the complaints was ruled out. The symptoms resolved completely after nine months.

Comment: *Long-COVID* has become part of the daily routine in primary health care appointments, being challenging due to its variable presentation and the diversity of symptoms. The family physician is in a privileged position detecting and guiding the *long-COVID* syndrome by providing care over time.

Keywords: COVID-19; post-acute COVID-19 syndrome; primary health care.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Horizonte, ULS Matosinhos

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários, o médico de família presta cuidados tanto em contexto de doença aguda, como na reavaliação clínica se existir persistência ou agravamento de sintomas. Após uma infeção respiratória viral, alguns doentes podem manter sintomatologia durante alguns dias a semanas. No caso da infeção por SARS-CoV-2, na condição pós-COVID ou, segundo alguns autores, *long-COVID*, os sintomas podem surgir durante ou após a infeção aguda por SARS-CoV-2.^{1,2,3} Surgem habitualmente três meses após o início da fase aguda e duram pelo menos dois meses.³ Os sintomas mais frequentes são: fadiga, dispneia, dor torácica e tosse.^{1,4,5,6} Outros incluem palpitações, dor abdominal, rash cutâneo, alterações de memória e de concentração, tonturas, cefaleias, mialgias, anorexia, humor depressivo, ansiedade e perturbações do sono.^{1,7} Esta síndrome é caracterizada por sintomas não explicados por outros diagnósticos alternativos, sendo bastante incapacitante para alguns doentes, com repercussões na sua funcionalidade e qualidade de vida.³ A COVID-19 abalou a comunidade de profissionais de saúde pela novidade e sentimento de medo e receio que acarretou. Neste momento, com um maior conhecimento acerca da infeção aguda por SARS-CoV-2, deparamo-nos com um novo desafio: abordagem do pós-COVID/*long-COVID*. Atualmente não existem muitos estudos acerca da abordagem do *long-COVID* nos cuidados de saúde primários. Este relato de caso pretende demonstrar como foi efetuada a abordagem de um utente com *long-COVID* nos cuidados de saúde primários e rever como deve ser feita esta abordagem.

DESCRIÇÃO DO CASO

Homem de 52 anos, divorciado, com emprego na secção de aprovisionamento de um supermercado, recorreu a consulta de intersubstituição em março de 2021 com informação clínica do serviço de urgência hospitalar, ao qual tinha sido enviado pelo médico de medicina do trabalho após sensação de fadiga extrema em horário laboral. Negava outras queixas. Apresentava antecedentes pessoais de dislipidemia, hiperglicemia intermédia, esteatose hepática ligeira, status pós-COVID (infeção por SARS-CoV-2 em novembro 2020) sem necessidade de internamento, ferropenia sem anemia, e doença diverticular, medicado com atorvastatina 20 mg e ferro 329,7 mg. Apresentava os seguintes antecedentes cirúrgicos: intervenção cirúrgica ocular aos três e seis anos de idade por estrabismo, apendicectomia aos nove anos

e cirurgia a fissura anal aos dezanove anos. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos. Sem alergias medicamentosas. Existiam também antecedentes familiares de diabetes e enfarte agudo do miocárdio (avó materna). Do estudo efetuado no serviço de urgência, os meios complementares de diagnóstico não apresentavam alterações. Em consulta nos cuidados de saúde primários apresentava-se corado e hidratado, hemodinamicamente normal, polipneico (frequência respiratória de 22 cpm) com saturação de oxigénio de 99% em ar ambiente. A auscultação cardiopulmonar não revelou alterações. Foram pedidos exames complementares de diagnóstico (ecocardiograma transtorácico e tomografia computadorizada do tórax). A tomografia computadorizada do tórax revelou no lobo inferior do pulmão esquerdo dois pequenos nódulos não calcificados com cerca de 6 mm, eventualmente de natureza residual, sem outras alterações. O ecocardiograma não revelou alterações. Foi aconselhado a repousar, tendo sido referenciado a consultas hospitalares de Pneumologia e Medicina Interna.

Em consulta de Medicina Interna o estudo complementar (ecocardiograma transtorácico, eletrocardiograma e estudo analítico) não demonstrou alterações. Realizou prova de esforço que revelou teste de esforço máximo interrompido por alterações eletrocardiográficas (infra ST em DII, DIII, AVF, V5 e V6, máximo de 2 mm nas derivações inferiores) e dor torácica (dor no hemitórax esquerdo com alívio gradual durante a fase de recuperação). Pela suspeita de angina instável foi internado para estratificação invasiva. O estudo com cateterismo coronário e ressonância magnética cardíaca não demonstrou doença coronária significativa nem isquemia. O teste de isquemia sob stress farmacológico (adenosina) não revelou alterações sugestivas de isquemia.

Em consulta de Pneumologia foi requisitada prova de função respiratória que não apresentou alterações, apenas de referir que a gasimetria revelou hipocapnia devido a hiperventilação do doente. Foi prescrita a combinação de budesonida e formoterol para tratamento sintomático e nova tomografia computadorizada torácica para reavaliação dos micronódulos. Estes apresentavam-se sobreponíveis e de aspeto benigno, sem necessidade de *follow-up*, tendo tido alta da consulta.

Posteriormente em nova consulta de Medicina Interna já se encontrava sintomaticamente melhor, sem dispneia para esforços. Referia, no entanto, mal-estar retroesternal ocasional que acontecia nos dias de folga, momentâneos (máximo um minuto de duração) sem irradiação, que associava a ansiedade. Ao

exame objetivo não apresentava qualquer alteração. Foi concluído tratar-se de uma provável síndrome *long*-COVID, entretanto já resolvido. Foi medicado com diazepam em SOS para a ansiedade e teve alta da consulta.

COMENTÁRIO

O *long*-COVID passou a fazer parte do dia-a-dia de consultas em cuidados de saúde primários, sendo desafiante pela sua apresentação variável e pela diversidade de sintomas.^{8,9} Mesmo após a alta do isolamento por COVID-19, é possível existirem manifestações mais tardias da doença. O médico de família está numa posição privilegiada na detecção e orientação da síndrome *long*-COVID pela prestação de cuidados ao longo do tempo. É assim importante, que, após a fase aguda de doença, o médico de família faça uma abordagem clínica adequada, centrando-se na avaliação e gestão dos sintomas persistentes e fornecendo tratamento sintomático para alívio das queixas.¹⁰ É essencial a exclusão de complicações graves e causas alternativas que possam explicar as queixas clínicas.^{12,11} O *long*-COVID deve ter uma abordagem holística, tendo em mente o impacto na vida do utente numa visão biopsicossocial.^{2,13} Neste caso, o *long*-COVID causou impacto na vida do doente pela incapacidade para atividade laboral.

A abordagem do *long*-COVID pelo médicos de família engloba uma história clínica completa, caracterização dos sintomas, revisão dos antecedentes pessoais, exame objetivo cuidado (medição de temperatura, tensão arterial e frequência cardíaca, auscultação cardiopulmonar, avaliação da funcionalidade e oximetria de pulso), diagnóstico clínico, exclusão de diagnósticos diferenciais, requisição de meios complementares de diagnóstico, aconselhamento, escuta empática, tratamento sintomático, tratamento de complicações e referenciação a cuidados secundários quando necessário.^{12,14,15}

Os sintomas mais frequentes da síndrome pós-COVID-19 são a fadiga e a dispneia, como verificado neste caso clínico. Segundo o estudo de *Pavli et al.*, no *long*-COVID, o sexo masculino está significativamente associado a fadiga, no entanto, *Ahmad, M.S, et al.*, não encontraram ligação entre o início da fadiga e a gravidade de doença.^{1,12}

Nos utentes com queixas respiratórias é importante avaliação da saturação de oxigénio e realização de tomografia computadorizada torácica para exclusão de complicações. A avaliação funcional respiratória completa com prova de broncodilatação é importante para avaliação da existência de hiperreatividade das

vias aéreas, obstrução, restrição (alterações fibrosantes pós-COVID) e alterações das trocas gasosas alveolocapilares. A prova da marcha dos 6 minutos é recomendada para avaliar a existência de dessaturação significativa desencadeada pelo esforço. Na síndrome *long*-COVID que se apresente com dispneia é importante excluir uma possível causa cardíaca, estudo que foi efetuado neste caso.² Neste caso foi essencial a exclusão de patologia cardíaca grave através de esclarecimento da sintomatologia e requisição de meios complementares de diagnóstico. A colaboração com os cuidados de saúde secundários foi fundamental para um melhor acompanhamento e tratamento do utente. O colégio americano de Cardiologia recomenda, nos doentes com *long*-COVID com queixas de dispneia, um estudo inicial com estudo analítico (hemograma completo, painel metabólico, troponina e proteína C reativa), eletrocardiograma, ecocardiograma, monitorização do ritmo cardíaco em ambulatório, imagem torácica (raio-X ou tomografia computadorizada) e/ou testes de função respiratória.¹⁶ Em casos de doentes com queixas de fadiga pós-COVID, está recomendado excluir causas como anemia, hipotireoidismo, desequilíbrios hidroeletrólíticos e, ainda, déficit de vitamina D, déficit de cortisol e doença renal crónica, que neste caso não revelou alterações.¹⁷

Segundo *Nikhra V.*, os lobos pulmonares mais afetados na síndrome *long*-COVID são os inferiores, sendo que apesar de a tomografia computadorizada poder melhorar ao longo do tempo, a sintomatologia pode permanecer.¹⁷ Provavelmente foi o caso no utente deste caso clínico, em que a tomografia computadorizada já não demonstrou qualquer opacificação, mas os sintomas mantiveram-se.

Este utente teve o *long*-COVID quatro meses após a infeção aguda por SARSCoV2. Segundo as normas de orientação clínicas portuguesas, não é indicado novo rastreio de infeção se não tiverem passado seis meses.

A síndrome *long*-COVID acabou por resolver ao fim de nove meses. No entanto, teria sido benéfico para este utente reabilitação pulmonar e exercícios de treino da respiração.^{4,14,17} O colégio americano de Cardiologia recomenda fisioterapia com treino aeróbio e exercícios de respiração diafragmática para avaliar anomalias ventilatórias ou disfunção muscular.¹⁶ Está também indicado que os doentes repousem, e, quando tolerado, aumentem o exercício físico de forma gradual.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Ahmad MS, Shaik RA, Ahmad RK, Yusuf M, Khan M, Almutairi AB, et al. "LONG COVID": an insight. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021;25(17):5561-77.
- 2- Nurek M, Rayner C, Freyer A, Taylor S, Järte L, MacDermott N, et al. Recommendations for the recognition, diagnosis, and management of long COVID: a Delphi study. *Br J Gen Pract.* 2021;71(712):e815-25.
- 3- Direção-Geral da Saúde. COVID-19: Condição pós-COVID-19. Norma nº 002/2022 de 17/03/2022.
- 4- COVID-19: Evaluation and management of adults with persistent symptoms following acute illness ("Long COVID") [consultado em setembro de 2022] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-and-management-of-adults-with-persistent-symptoms-following-acute-illness-long-covid/print>
- 5- Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA.* 2020;324(6):603-5.
- 6- Cabrera Martimbiano AL, Pacheco RL, Bagattini AM, Riera R. Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. *Int J Clin Pract.* 2021;75(10):e14357.
- 7- Tirelli U, Taibi R, Chirumbolo S. Post COVID syndrome: a new challenge for medicine. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021;25(12):4422-5.
- 8- Parums D V. Editorial: Long COVID, or Post-COVID Syndrome, and the Global Impact on Health Care. Vol. 27, *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research.* 2021. p. e933446.
- 9- Taribagil P, Creer D, Tahir H. "Long COVID" syndrome. *BMJ Case Rep.* 2021;14(4).
- 10- Parker AM, Brigham E, Connolly B, McPeake J, Agranovich A V, Kenes MT, et al. Addressing the post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection: a multidisciplinary model of care. *Lancet Respir Med.* 2021;9(11):1328-41.
- 11- Long COVID Advice and resources for healthcare professionals in primary care. [consultado em setembro 2022] Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/publication/long-covid-advice-and-resources-for-healthcare-professionals-in-primary-care/>
- 12- Pavli A, Theodoridou M, Maltezou HC. Post-COVID Syndrome: Incidence, Clinical Spectrum, and Challenges for Primary Healthcare Professionals. *Arch Med Res.* 2021;52(6):575-81.
- 13- Akbarialiabad H, Taghrir MH, Abdollahi A, Ghahramani N, Kumar M, Paydar S, et al. Long COVID, a comprehensive systematic scoping review. *Infection.* 2021;49(6):1163-86.
- 14- Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ.* 2020;370:m3026.
- 15- Vehar S, Boushra M, Ntiamoah P, Biehl M. Post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection: Caring for the "long-haulers". *Cleve Clin J Med.* 2021;88(5):267-72.
- 16- Gluckman TJ, Bhavne NM, Allen LA, Chung EH, Spatz ES, Ammirati E, et al. 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Cardiovascular Sequelae of COVID-19 in Adults: Myocarditis and Other Myocardial Involvement, Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection, and Return to Play: A Report of the American College of Cardiology Sol. *J Am Coll Cardiol.* 2022;79(17):1717-56.
- 17- Nihra V. Living with 'Long COVID-19': The long-term complications and sequelae. *Int J Clin Virol.* 2021;5:11-21.

CONFLITOS DE INTERESSE:

A autora declara não haver conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Mariana Silva Ribeiro
 marianasr@gmail.com

RECEBIDO: 14 de setembro de 2022 | ACEITE: 12 de fevereiro de 2023

EPIGASTRALGIA: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

EPIGASTRIC PAIN: AN UNEXPECTED DIAGNOSIS

Autores:

Sofia Bodas de Carvalho¹, Marta Moreno Luís Monteiro¹, Luís Filipe Teixeira²

RESUMO

Introdução: A transformação cavernomatosa da veia porta surge pelo desenvolvimento de vasos colaterais secundários à trombose da veia porta. A clínica é variável, muitas vezes assintomática ou com queixas inespecíficas, sendo o diagnóstico confirmado por exame de imagem. Uma das complicações é a isquémia intestinal, devido à obstrução da veia mesentérica superior. Esta entidade clínica ocorre predominantemente em doentes com cirrose hepática ou carcinoma hepatocelular, sendo também frequente a presença de síndromes pró-trombóticas. O presente caso clínico relata uma apresentação atípica de trombose da veia porta, em utente jovem e sem cirrose.

Descrição do caso: Mulher de 37 anos recorre à consulta por quadro com três meses de evolução de epigastralgia, pirose, eructação excessiva e sensação de enfiamento pós-prandial. O exame objetivo da região abdominal não mostrava alterações pelo que foi pedida endoscopia digestiva alta e iniciada medicação com omeprazol 40 mg id em jejum. A utente não realizou o exame e voltou à consulta um ano depois por agravamento dos sintomas. Foi então pedida uma ecografia abdominal, cujo resultado sugeria a presença de transformação cavernomatosa da veia porta, sem aparente trombose. Foi referenciada com urgência para a consulta de Gastrenterologia, suspendeu a contraceção estroprogestativa (0,02 mg de etinilestradiol e 0,075 mg de gestodeno *id*) e foi encaminhada para a consulta de Hematologia com vista à exclusão de doenças mieloproliferativas. Mantém atualmente a vigilância em ambas as consultas.

Comentário: A clínica inespecífica do cavernoma da veia porta pode levar a um atraso no diagnóstico. O caso é enriquecido pela particularidade de ser uma apresentação incomum, dada a ausência de cirrose ou suspeita de carcinoma, o que não exclui o cavernoma da veia porta como diagnóstico. O presente caso sublinha a importância do médico de família no diagnóstico diferencial de sintomas inespecíficos e encaminhamento precoce dos utentes.

Palavras-chave: transformação cavernomatosa da veia porta; veia porta; hipertensão portal.

ABSTRACT

Introduction: The cavernomatous transformation of the portal vein arises from the development of collateral vessels secondary to portal vein thrombosis. The presentation is variable, often asymptomatic or with unspecific complaints, and the diagnosis is confirmed by imaging. One of the complications is intestinal ischemia, due to obstruction of the superior mesenteric vein. This clinical entity occurs predominantly in patients with liver cirrhosis or hepatocellular carcinoma, and the presence of prothrombotic syndromes is also frequent. The present case reports an atypical presentation of portal vein thrombosis in a young patient without cirrhosis.

Case description: 37-year-old woman presenting for three months with epigastric pain, heartburn, excessive belching and postprandial bloating. On physical examination the abdomen did not show changes. It has then requested an esophago-gastroduodenoscopy and initiated omeprazole 40 mg one time daily before breakfast. The patient did not undergo the examination and returned to the consultation a year later due to worsening of symptoms. An abdominal ultrasound was then requested, the result of which suggests the existence of a cavernous transformation of the portal vein, without apparent thrombosis. There was an urgent referral to Gastroenterology where was suspended the estroprogestative contraception (0.02 mg of ethinylestradiol and 0.075 mg of gestodene one time daily) and made a new referral to Hematology in order to exclude myeloproliferative diseases. She currently maintains surveillance on both consultations.

Comment: The non-specific clinic of portal vein cavernoma can lead to a delay in diagnosis. The case is enriched by the particularity of being an uncommon presentation, given the absence of cirrhosis or suspicion of carcinoma, which does not exclude portal vein cavernoma as a diagnosis. The present case emphasizes the importance of the family doctor in the differential diagnosis of non-specific symptoms and early referral of patients.

Keywords: portal vein; cavernous transformation of portal vein; portal hypertension.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Benfica Jardim, ACeS Lisboa Norte

2. Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Benfica Jardim, ACeS Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

A transformação cavernomatosa da veia porta surge pelo desenvolvimento de vasos colaterais secundários à trombose da veia porta. Esta ocorre predominantemente em doentes com cirrose hepática ou na presença de síndromes pró-trombóticas. Doenças sistêmicas como neoplasias mieloproliferativas, mutação do gene *Janus kinase 2 V617F* e malignidade estão presentes em 50% a 60% dos doentes que apresentam trombose da veia porta sem presença de cirrose hepática associada. Cerca de 25% não apresenta fator de risco identificável. A apresentação clínica é variável, muitas vezes assintomática ou com queixas inespecíficas, sendo o diagnóstico confirmado por exame de imagem.^{1,2}

Uma das complicações é a isquemia intestinal, através da obstrução da veia mesentérica superior. Mais frequentemente relata-se hipertensão portal e por raras vezes podem ocorrer complicações biliares. Para a prevenção das complicações secundárias à transformação cavernomatosa da veia porta pode ser instituída uma terapêutica anticoagulante, contudo o risco-benefício deve ser avaliado individualmente dada a fraca evidência científica atualmente existente.³

Este caso clínico permite alertar para o diagnóstico precoce desta patologia de forma prevenir as possíveis complicações decorrentes da mesma, assim como para a importância da multidisciplinaridade de especialidades na gestão dos doentes.

DESCRIÇÃO DO CASO

M.F., sexo feminino, 37 anos, cabeleireira, autônoma, coabita com os seus dois filhos. Índice obstétrico: 3122. Apresenta como antecedentes o diagnóstico de perturbação depressiva, patologia hemorroidária e aborto espontâneo (morte fetal *in utero* às 12 semanas com necessidade de indução de parto). Sem antecedentes cirúrgicos nem conhecimento de alergias medicamentosas. Nega consumos nocivos, nomeadamente álcool, tabaco e outras drogas. Medicada diariamente com sertralina 50mg *id* e contraceção hormonal combinada (0,02mg de etinilestradiol e 0,075 mg de gestodeno *id*). História familiar materna de tromboflebitis, sem outros antecedentes familiares de relevo.

Recorre a consulta de patologia aguda em março de 2020 por quadro com três meses de evolução de dor abdominal localizada no epigastro, sem irradiação, acompanhada de pirose, eructação excessiva e sensação de enfartamento pós-prandial. Os sintomas

descritos eram agravados pela ingestão de alimentos condimentados e ricos em lípidos, negando fatores de alívio. Ao exame objetivo, apresentava-se com bom estado geral, anictérica, apirética, sem sinais de desidratação, sem sinais de discrasia hemorrágica, destacando-se apenas dor à palpação epigástrica, sem outras alterações no exame abdominal e restante exame objetivo. Foi pedida uma endoscopia digestiva alta e iniciada medicação com omeprazol 40 mg *id* em jejum.

Um ano depois, em março de 2021, a utente recorre novamente à consulta de patologia aguda por agravamento dos sintomas inicialmente descritos. Nesta consulta, explica que não se encontrava a cumprir a medicação prescrita, por pouco alívio, e que não realizou a endoscopia digestiva alta por motivos económicos. Ao exame objetivo, mantinha-se dor à palpação abdominal, desta vez mais difusa, sem outros sinais de relevo. Pelas dificuldades económicas e achados objetivos, foi optado em plano partilhado a requisição de ecografia abdominal, análises de sangue com hemograma, função renal e parâmetros de função e lesão hepática e agendada uma consulta de reavaliação.

Um mês depois, na consulta de seguimento, apresenta os achados da ecografia abdominal, que sugerem presença de transformação cavernomatosa da veia porta, sem aparente trombose. Não apresenta alteração das queixas ou novos achados objetivos. Foi, por isso, realizada referenciação da utente com urgência para Gastreenterologia e pedida angiogramografia abdominal em ambulatório, cujo resultado apoiou a suspeita diagnóstica: “Objectiva-se a existência de varicosidade ao nível do hilo hepático, em topografia da porta, aspectos que sugerem transformação cavernosa da veia porta”. Nesse mês, fez também endoscopia digestiva alta, que evidenciou gastropatia superficial e bulbite erosiva, sem alterações nas biópsias realizadas incluindo pesquisa de *Helicobacter Pylori* negativa, pelo que iniciou esomeprazol na dosagem de 40 mg uma vez por dia. A avaliação laboratorial não apresentava alterações.

A utente foi observada pela primeira vez na consulta de Gastreenterologia em maio de 2021, com o diagnóstico de cavernoma da veia porta, pelo que suspendeu a contraceção hormonal combinada e foi encaminhada para consulta de Hematologia para estudo etiológico. Foi observada nesta consulta em junho de 2021 e pedido estudo genético do gene *Janus kinase 2 V617F*, do gene da calreticulina (CALR) e gene do recetor da trombopoietina (MPL), os três negativos. Em Maio de 2022 teve alta da consulta de

Hematologia por não apresentar evidência de neoplasias mieloproliferativas.

À data encontra-se assintomática, mantendo o seguimento semestral na consulta de Gastreenterologia para vigilância da patologia e da necessidade de iniciar anticoagulação oral.

COMENTÁRIO

O caso ilustra uma apresentação pouco típica de uma situação incomum, principalmente pela ausência de diagnóstico prévio de cirrose. A transformação cavernomatosa da veia porta pode ser assintomática ou apresentar-se com sintomas inespecíficos e culminar em complicações graves caso seja reconhecida tardiamente. Neste caso não podemos afirmar com certeza se a clínica inaugural da utente se deveu às alterações endoscópicas encontradas, ao cavernoma da veia porta ou a ambas. Em acréscimo, apesar da fraca resposta ao omeprazol relatada pela utente, o que levou ao abandono da terapêutica, a sintomatologia aliviou após introdução de esomeprazol. A adesão terapêutica pode ter tido aqui um papel fundamental, pois sabemos que a utente passou a ser mais cumpridora após o resultado da endoscopia.

O diagnóstico de cavernoma da veia porta leva, por sua vez, a uma vasta investigação etiológica que deve ser realizada, com vista a excluir cirrose hepática e fatores pró-trombóticos locais e sistêmicos, como trombofilias hereditárias e adquiridas, neoplasias mieloproliferativas, hemoglobinúria paroxística noturna e doenças autoimunes.³

A anticoagulação profilática deve ser avaliada caso a caso conforme as comorbilidades dos doentes e as patologias que possam estar relacionadas com o cavernoma da veia porta, tais como neoplasias e patologia hepática.

Nestes utentes, a visão multidisciplinar e acompanhamento conjunto de especialidades como a Medicina Geral e Familiar, Gastreenterologia e Hematologia, são essenciais, para que seja possível a sua orientação de medidas como a revisão terapêutica, necessidade de anticoagulação para a prevenção de complicações e vigilância periódica.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- DynaMed. Chronic Portal Vein Thrombosis. EBSCO Information Services. Accessed September 2, 2021. <https://www.dynamed.com/condition/chronic-portal-vein-thrombosis>.
- 2- Intagliata NM, Caldwell SH, Tripodi A. Diagnosis, Development, and Treatment of Portal Vein Thrombosis in Patients With and Without Cirrhosis. *Gastroenterology*. 2019 (*in press*).
- 3- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Vascular diseases of the liver. *J Hepatol*. 2016 (*in press*).

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores não apresentam conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Marta Moreno Luís Monteiro
marta.mlmonteiro@gmail.com

RECEBIDO: 22 de abril de 2022 | ACEITE: 4 de março de 2023

DISPNEIA NUM FUMADOR – QUANDO NEM TUDO É O QUE PARECE

DYSYPNEA IN A SMOKER - NOT EVERYTHING IS AS IT SEEMS

Autores:

Ana Isabel Marinho¹, Marta Goes Freitas¹

RESUMO

Introdução: A dispneia é um sintoma frequente em Medicina Geral e Familiar (MGF), mas inespecífico, podendo ter múltiplas causas. O bócio subesternal (BS) é uma patologia rara, sendo a dispneia o sintoma obstrutivo mais comum. Pode ser diagnosticado através de uma história clínica e um exame físico detalhados, complementados por exames de imagem. **Descrição do caso:** Homem de 77 anos que recorreu à consulta da sua médica de família (MF), com antecedentes pessoais de tabagismo (quatro unidades maço-ano), por queixas de cansaço e dispneia, para médios esforços com meses de evolução e agravamento progressivo. Havia sido medicado com budenosida + formoterol por “doença pulmonar” (sic) em consulta particular de Pneumologia, sem melhoria. Foi solicitado estudo complementar, de onde se salientava espirometria sem alterações, radiografia de tórax com alargamento do mediastino superior à direita, condicionando desvio da traqueia e tomografia computadorizada pulmonar mostrando patologia tiroideia a caracterizar. Realizou então ecografia da tiróide, onde se constatou BS, apresentando-se eutiroideu. Foi referenciado para a consulta de Endocrinologia e posteriormente submetido a lobectomia direita, com hipotiroidismo secundário (controlado com levotiroxina) e remissão total da sintomatologia inicial.

Comentário: Embora o MF se deva basear na epidemiologia das doenças para o processo diagnóstico, outras hipóteses devem ser consideradas, sobretudo quando a apresentação inicial é inespecífica e a clínica ou prova terapêutica não são concordantes – às vezes o nosso paciente é a exceção e não a regra. Este relato de caso visa, por isso, fomentar o espírito crítico do MF no processo diagnóstico diferencial. Dada a sua propensão para causar sintomas respiratórios agudos e risco de malignização do BS, o tratamento cirúrgico deve ser considerado na maioria das situações. Assim, este caso pretende ainda divulgar a patologia, reforçando a importância do diagnóstico diferencial e tratamento adequados.

Palavras-chave: bócio; dispneia; relato de caso.

ABSTRACT

Introduction: *Dyspnea is a common symptom in family medicine (FM), but non-specific for its multiple causes. Substernal goiter (SG) is a rare condition, with dyspnea being the most common obstructive symptom. It can be diagnosed through detailed medical history and physical examination, complemented with diagnostic imaging studies.*

Case description: *A 77-year-old man with a history of smoking (four pack year) visited his general practitioner (GP) with symptoms of tiredness and dyspnea for medium efforts with months of evolution and progressively worsening through time. He had been treated with budesonide + formoterol, for “pulmonary disease” (sic) in a Pulmonology appointment in the private healthcare system, with no improvement. A complementary study was requested, with spirometry showing no alterations, the chest x-ray showing superior mediastinal widening on the right with tracheal deviation and a computed tomography scan of lungs showing thyroid pathology, that should be better characterized. The SG was then revealed in thyroid ultrasound. The patient was referred to the Endocrinology department and underwent a right lobectomy, with total remission of the symptoms after surgery. The patient developed hypothyroidism secondary to surgery, currently controlled with levothyroxine with totally remission of the initial symptoms.*

Comment: *Even though GP should rely on disease epidemiology for the diagnostic process, other hypotheses must be considered, especially when the initial presentation is nonspecific and the clinical findings or treatment are inconsistent - sometimes our patient is the exception rather than the rule. This case report aims to foster the critical spirit of the GP in the differential diagnostic process.*

Given its propensity to cause acute respiratory symptoms and the risk of malignization of SG, surgical treatment should be considered in most situations. This case intends to disclose this pathology, reinforcing the importance of differential diagnosis and proper treatment.

Keywords: goiter; dyspnea; case report.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Cova da Piedade, ACeS Almada/Seixal

INTRODUÇÃO

O bócio multinodular é uma patologia relativamente comum, com uma prevalência entre 4 a 7% em todo o mundo,^{1,2} sendo cada vez mais diagnosticado devido à maior disponibilidade e acessibilidade da ecografia cervical.

O bócio subesternal é uma doença rara (estima-se que em 100 casos de bócio, apenas um é do tipo mergulhante),¹ caracterizada por um aumento do tamanho, peso e volume da tireoide que provoca uma invasão total ou parcial da cavidade torácica. Esta é uma patologia que acomete sobretudo mulheres a partir da quinta-sexta década de vida.^{1,3} Foi descrita pela primeira vez em 1749 e desde aí recebeu diferentes denominações: bócio retroesternal, subesternal, subclavicular, endotorácico, intratorácico, mediastínico, entre outras.^{4,5} A fisiopatologia do bócio subesternal ainda não está bem estabelecida, desconhecendo-se o mecanismo que leva à invasão da cavidade torácica pela glândula tiroideia.¹ A maioria dos casos de bócio subesternal corresponde a bócio multinodular atóxico.¹ Em pacientes com bócio subesternal é frequentemente observada compressão traqueoesofágica, podendo dar sintomas como dispneia, estridor, rouquidão ou disfagia e mais raramente, caso haja compressão vascular, hemorragias digestivas, síndrome da veia cava superior, acidentes isquémicos transitórios e edema cerebral.²⁻⁷ A dispneia para esforços é o sintoma obstrutivo mais comum, estando presente em 30 a 60% dos casos.⁸ O risco de neoplasia maligna da tireoide é moderado, variando entre 2,5 a 15%.^{1,4,5}

Esta patologia pode ser diagnosticada através de uma história clínica e um exame físico detalhados, complementados por exames de imagem como a radiografia simples do tórax, a ecografia e a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética.¹⁻⁸

Com este caso pretende-se sensibilizar o médico de família (MF) para a apresentação clínica, tratamento e prognóstico do bócio subesternal e pretende-se mostrar a importância de conhecer esta entidade como diagnóstico diferencial de dispneia, um dos sintomas inespecíficos mais frequentes em Medicina Geral e Familiar (MGF).

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente, do sexo masculino, 77 anos, caucasiano, casado, reformado de marinheiro mercante, com o quarto ano de escolaridade. Inserido numa família nuclear em fase VIII do ciclo de *Duvall, Graffar* III e APGAR familiar de nove. Utente independente para as

atividades da vida diária. Apresentava como antecedentes pessoais hipertensão arterial, dislipidemia, excesso de peso (índice de massa corporal 26,6 kg/m²), hiperplasia benigna de próstata, patologia osteoarticular e tabagismo (quatro unidades maço-ano). Sem consumos alcoólicos ou toxicofílicos. Medicado com lisinopril 20 mg, atorvastatina 20 mg e paracetamol em SOS. Sem antecedentes cirúrgicos, sem alergias medicamentosas e/ou alimentares conhecidas e sem antecedentes familiares de relevo.

Recorreu à consulta da sua MF por queixas de cansaço e dispneia, para médios esforços com oito meses de evolução e agravamento nos últimos dois. Negava traumatismo. Negava edema dos membros inferiores, ortopneia, taquicardia ou dispneia paroxística noturna. Negava tosse, febre, expectoração ou perda de peso, opressão torácica ou sibilos, disfagia ou disфонia, angor ou sudorese, dor pleurítica, ansiedade, palpitações, tonturas, síncope ou outra sintomatologia associada. O utente referia ser seguido em consulta particular de Pneumologia pelos sintomas descritos e tinha sido medicado com dispositivo inalatório pressurizado contendo budenosida + formoterol, que cumpria como prescrito há meses, mas sem melhoria. Quando testada a técnica inalatória não se detetaram erros críticos que justificassem a falta de eficácia do tratamento.

No exame objetivo não se objetivavam sinais de dificuldade respiratória, além disso, a auscultação pulmonar, palpação tiroideia, deglutição e inspeção dos membros inferiores também não revelavam alterações.

Foi suspensa a medicação inalatória e pedido estudo complementar, a salientar espirometria com função respiratória normal e radiografia de tórax com alargamento do mediastino superior à direita, condicionando desvio da traqueia. Da restante investigação, a tomografia computadorizada pulmonar mostrou massa cervico-torácica paratraqueal direita. O controlo analítico mostrou uma TSH de 2,5 mU/L e uma T4 livre de 1 ng/dL. A ecografia da tireoide apresentava aumento de volume da glândula tiroideia á custa do seu lobo direito (dimensões 4 x 5 x 7,5 cm) ocupado por formação nodular sólida heterogénea, com algumas áreas de degenerescência quística interior (7 cm de diâmetro máximo).

Foi referenciado para a consulta de Endocrinologia e posteriormente submetido a lobectomia direita (exame histológico revelou hiperplasia nodular da tireoide), com hipotireoidismo secundário à cirurgia (controlado com levotiroxina) e remissão total da sintomatologia inicial.

COMENTÁRIO

As causas mais comuns de dispneia progressiva são a asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, a insuficiência cardíaca congestiva, a doença pulmonar intersticial e obesidade. Contudo podem existir muitas outras causas que justificam a mesma.^{9,10}

No processo de tomada de decisões o MF, além de ter como base o seu conhecimento prático e teórico acerca da doença em questão, apoia-se na prevalência e incidência dessa doença na comunidade, tomando decisões com base nas probabilidades de doença para aquele indivíduo. Embora o MF se deva basear na epidemiologia das doenças para o processo diagnóstico, outras hipóteses devem ser consideradas, sobretudo quando a apresentação inicial é inespecífica e a clínica ou o resultado da terapêutica instituída não são concordantes. Por vezes o nosso paciente é a exceção e não a regra.

Uma das particularidades da MGF é a acumulação de conhecimento sobre os utentes ao longo do tempo, o que resulta em cuidados polivalentes e continuados sobre os doentes e as famílias.¹¹

A gestão dos cuidados de saúde é uma das competências do MF, que passa pela coordenação dos cuidados com outros níveis de saúde, mas também pela orientação da prestação dos mesmos e da utilização efetiva dos recursos de saúde.

Este caso clínico visa fomentar o espírito crítico do MF, que deve questionar um diagnóstico e terapêuticas prescritas em qualquer contexto, quando não se verifica melhoria da sintomatologia e está assegurada a aderência terapêutica.

Dada a propensão do bócio subesternal para causar sintomas agudos das vias aéreas e o risco de malignização, o tratamento cirúrgico deve ser considerado na maioria dos casos.^{1,2,3,5,7,8}

A divulgação deste caso clínico permitirá refletir acerca desta patologia, reforçando a importância do diagnóstico diferencial e do tratamento adequado.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- *Maia* FRF, Araújo RL. Bócio Mergulhante - Quando Operar?. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002;46(6):708-15.
- 2- *Day TA, Chu A, Hoang KG.* Multinodular goiter. *Otolaryngol Clin North Am.* 2003;36(1):35-54.
- 3- *Singh B, Lucente FE, Shaha AR.* Substernal goiter: A clinical review. *Am J Otolaryngol.* 1994;15(6):409-16.
- 4- *Knobel M.* Etiopathology, clinical features, and treatment of diffuse and multinodular nontoxic goiters. *J Endocrinol Invest.* 2015;39(4):357-73.
- 5- *De Aguiar-Quevedo K, Cerón-Navarro J, Jordá-Aragón, C, Pastor-Martínez, E, Sales-Badia JG, García-Zarza A, et al.* Bocio intratorácico. Revisión de la literatura médica. *Cir Esp.* 2010;88(3):142-5.
- 6- *Banks CA, Ayers CM, Hornig JD, Lentsch EJ, Day TA, Nguyen SA, et al.* Thyroid disease and compressive symptoms. *Laryngoscope.* 2011;122(1):13-6.
- 7- *Brenet E, Dubernard X, Mérol JC, Louges MA, Labrousse M, Makeieff M.* Assessment and management of cervico-mediastinal goiter. *Eur Ann*

- 8- *Ross DS.* Clinical presentation and evaluation of goiter in adults; UpToDate [Internet]. Última atualização Jul 2021. [consultado em junho de 2022] Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-evaluation-of-goiter-in-adults?search=Clinical%20presentation%20and%20evaluation%20of%20goiter%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
- 9- *Berliner D, Schneider N, Welte T, Bauersachs J.* The Differential Diagnosis of Dyspnea. *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113:834-45.
- 10- *Richard MS.* Approach to the patient with dyspnea; UpToDate [Internet]. Última atualização Março 2022. [consultado em junho de 2022] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dyspnea?search=causas%20dispneia&anchor=H3413264743&language=en-US&source=preview#H7>
- 11- *Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab, I, Ram P.* WONCA: Médicos de Família no Mundo. Cuidado das Pessoas. EUROPA. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica geral / Medicina familiar). EURACT, 2002. [consultado em junho de 2022] Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/file/b662cccc-6ad6-4d34-a9a2-fd02d29fae5b/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Isabel Leitão Marinho
ana.marinho.2@hotmail.com

RECEBIDO: 13 de abril de 2022 | ACEITE: 09 de abril de 2023

SUPLEMENTAÇÃO COM MAGNÉSIO DURANTE A GRAVIDEZ: HAVERÁ BENEFÍCIO?

MAGNESIUM SUPPLEMENTATION DURING PREGNANCY: IS THERE A BENEFIT?

Autores:

Inês Ribeiro De Sousa¹, Andreia Ramôa²

RESUMO

Introdução: O consumo de magnésio em doses adequadas durante a gravidez parece estar associado à diminuição do risco de *outcomes* gestacionais adversos. No entanto, ainda é incerto se a suplementação oral com magnésio poderá ter benefícios na prevenção dos mesmos. O objetivo desta revisão é avaliar a evidência disponível quanto ao benefício ou não da suplementação com magnésio durante a gravidez.

Métodos: Pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas, estudos originais e normas de orientação clínica publicados entre 01/01/2011 e 31/08/2021, utilizando os termos MeSH “magnesium”, “dietary supplements” e “pregnancy” nas bases de dados *National Guideline Clearinghouse*, *Guidelines Finder* da *National Electronic Library for Health* do NHS Britânico, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*, *DARE*, *Bandolier*, *Evidence based medicine online*, *ACOG*, *RCOG*, *Cochrane* e *Pubmed*. Para atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR) foi utilizada a escala SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*), da *American Academy of Family Physicians*.

Resultados: Foram analisados cinco estudos, selecionados de um total de 167 artigos encontrados: uma meta-análise (MA) e quatro estudos originais (EO). Em quatro dos estudos (três EO + uma MA) não foi demonstrada efetividade da suplementação oral com magnésio na prevenção de *outcomes* perinatais e/ou maternos adversos. Contrariamente, num dos estudos (EO) foi verificado benefício com esta suplementação. No entanto, mesmo neste caso, o efeito benéfico tornou-se mais evidente com a suplementação com altas doses de magnésio.

Discussão: Apesar de se tratar de uma temática controversa, com resultados inconsistentes nos vários estudos selecionados, não parece haver evidência da suplementação com magnésio na gravidez para a redução de *outcomes* adversos.

Conclusão: Atribui-se uma força de recomendação grau B, pelo que serão necessários estudos mais homogêneos e de melhor qualidade, para formular orientações sólidas sobre o benefício de suplementação com magnésio durante a gravidez.

Palavras-chave: magnésio; suplementos dietéticos; gravidez.

ABSTRACT

Introduction: The consumption of magnesium in adequate doses during pregnancy seems to be associated with a decreased risk of adverse pregnancy outcomes. However, it is still not clear whether oral supplementation with magnesium will have benefits in preventing them. The aim of this review is to assess the available evidence regarding the benefit or not of magnesium supplementation during pregnancy.

Methods: Search of meta-analyses, systematic reviews, original studies and clinical guidelines published between 01/01/2011 to 31/08/2021, using the MeSH terms “magnesium”, “dietary supplements” and “pregnancy” in *National Guideline Clearinghouse*, *Guidelines Finder* da *National Electronic Library for Health* do NHS Britânico, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*, *DARE*, *Bandolier*, *Evidence based medicine online*, *ACOG*, *RCOG*, *Cochrane* and *Pubmed*. The *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* scale of the *American of Family Physicians* was used to assign evidence levels and strength of recommendation grades.

Results: Five studies were analyzed, selected from a total of 167 found articles: one meta-analysis (MA) and four original studies (OS). In four of the studies (three OS + one MA) the effectiveness of oral magnesium supplementation in preventing adverse perinatal and/or maternal outcomes was not demonstrated. On the other hand, in one of the studies (OS) it was verified benefit with this supplementation. However, even in this case the beneficial effect became more evident with supplementation with high doses of magnesium.

Discussion: Despite being a controversial issue with inconsistent results in the various studies selected, there seems to be no evidence of magnesium supplementation during pregnancy for the reduction of adverse pregnancy outcomes.

Conclusion: A grade B strength of recommendation was assigned, therefore, more homogeneous and better quality studies are needed, in order to form solid guidelines on the benefit of magnesium supplementation during pregnancy.

Keywords: magnesium; dietary supplements; pregnancy.

1. Médica interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Viatodos, ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende

2. Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Viatodos, ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende

INTRODUÇÃO

O magnésio (Mg) é o quarto mineral mais abundante no nosso organismo.¹ É um cofator enzimático responsável pela regulação de inúmeras reações bioquímicas, nomeadamente produção energética, síntese proteica e de ácidos nucleicos, manutenção dos potenciais elétricos nervosos e nas membranas musculares, modulação do tônus vasomotor, excitabilidade cardíaca, transdução de sinal, controlo glicémico, regulação da pressão arterial, regulação da temperatura corporal, entre outros.^{1,2} O grande reservatório de magnésio é o osso ($\approx 60\%$), sendo os outros 40% distribuídos pelos meios intra e extracelular. A sua excreção é sobretudo regulada pelo rim. O magnésio extracelular constitui cerca de 1 - 3% do magnésio total, com valores séricos normais a rondar os 0,76 - 1,15 mmol/L (1,85 - 2,8 mg/dL). Deste, 55 - 70% circula na sua forma ionizada, 20 - 30% ligado a proteínas plasmáticas e 5 - 15% em complexo com aniões (fosfato, bicarbonato, citrato ou sulfato).¹

O défice de magnésio é prevalente em mulheres em idade fértil, quer em países desenvolvidos, quer em países em desenvolvimento.³ Como causas de hipomagnesemia encontram-se: ingestão alimentar inadequada, défice de absorção intestinal, perdas gastrointestinais ou renais ou aumento das necessidades de magnésio, como se sucede durante a gravidez.² Num estudo de 2008 de Pinto E e colaboradores, desenvolvido em Portugal, foi demonstrado que o consumo pré-concepcional de magnésio, em mulheres em idade fértil, se encontra abaixo dos níveis recomendados.⁴ O consumo médio deste micronutriente aumenta na gravidez, mas, dado o aumento das exigências, este consumo muitas vezes não é suficiente.^{2,4}

O valor sérico de magnésio diminui durante a gravidez, de forma mais acentuada após as 18 semanas de gestação, sendo que este défice pode configurar um fator de risco quer para a mãe quer para o feto, podendo interferir com o crescimento e desenvolvimento fetal, com implicações que se podem estender até à idade adulta.^{2,3,5} Nos estudos de Kanagal D, de 2014, e de He L, de 2016, verificaram-se níveis séricos de magnésio menores em gestantes com pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional, comparativamente à população de gestantes sem complicações. Estes achados apresentaram significado estatístico no estudo de He L ($p < 0,05$), no entanto, o mesmo não se verificou no estudo de Kanagal D ($p = 0,257$).^{6,7} Esta relação já se teria verificado no estudo de 2010 de Jain S, onde se considerou a hipocalcemia e hipomagnesemia como possíveis fatores de

risco para pré-eclâmpsia ($p < 0,05$),⁸ enquanto que nos estudos de *Golmohammad* e *Yazdian*, de 2008, e de *Richard G*, de 2014, não se verificaram diferenças significativas nos níveis destes iões no sangue e no cabelo (método preciso e reconhecido para avaliação do estado nutricional) entre os grupos ($p = 0,27$ e $p = 0,5$, respetivamente).^{9,10} Conjuntamente, no estudo de *Goker U*, em 2015, verificaram-se níveis de magnésio sérico e ionizado inferiores entre mulheres com diabetes gestacional ($p < 0,001$).¹¹

O consumo de magnésio em doses adequadas durante a gravidez parece estar associado à diminuição do risco de pré-eclâmpsia, de parto pré-termo e de atraso no crescimento intrauterino.¹² No entanto, ainda não é claro se a suplementação oral com magnésio poderá ter benefícios na prevenção de *outcomes* gestacionais adversos. Posto isto, a realização desta revisão adveio desta controvérsia e tem como objetivo avaliar a evidência disponível quanto ao benefício ou não da suplementação com magnésio durante a gravidez.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em setembro de 2021 de estudos originais (EO), meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS) e Normas de Orientação Clínica (NOC), utilizando os termos MeSH “*magnesium*”, “*dietary supplements*” e “*pregnancy*”, nas bases de dados *National Guideline Clearinghouse*, *Guidelines Finder da National Electronic Library for Health* do NHS Britânico, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*, *DARE*, *Bandolier*, *Evidence based Medicine online*, *ACOG*, *RCOG*, *Cochrane* e *Pubmed*. Foram selecionados artigos científicos publicados no período de 01/01/2011 a 31/08/2021, redigidos em português, inglês ou espanhol.

Como critérios de inclusão, seguindo a estratégia PICO, foram considerados para esta revisão: estudos realizados numa população de mulheres com idade ≥ 18 anos (P – população), cuja intervenção passava por suplementação oral com magnésio (I – intervenção), onde fosse comparado o efeito da suplementação com magnésio vs placebo/não-suplementação (C – comparação), na incidência de desfechos gestacionais adversos (doenças hipertensivas da gravidez – hipertensão gestacional (HTG), pré-eclâmpsia (PE), eclâmpsia (E); diabetes gestacional (DG); parto pré-termo (PPT); alterações do desenvolvimento fetal – pequeno para a idade gestacional (PIG), baixo peso ao nascimento (BPN), restrição de crescimento intra-uterino (RCIU); e mortalidade perinatal ou materna) (O – *outcomes*).

Como critérios de exclusão foram considerados: estudos cuja intervenção passava pela suplementação com formulações não orais de magnésio (intravenosas ou intramusculares) ou com multivitaminicos sem discriminação do efeito do magnésio isoladamente, idade materna < 18 anos, efeito da suplementação de magnésio para tratamento ou gestão de complicações já estabelecidas, avaliação de outros *outcomes*, artigos duplicados, artigos de opinião, revisões não sistemáticas e estudos em modelo animal.

Para atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR) foi utilizada a escala SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*), da *American Academy of Family Physicians*.¹³

RESULTADOS

Da pesquisa bibliográfica realizada, obtiveram-se 167 artigos científicos, dos quais foram selecionados cinco artigos para análise (quatro estudos originais e uma meta-análise) O processo de seleção dos artigos científicos está representado na Figura 1.

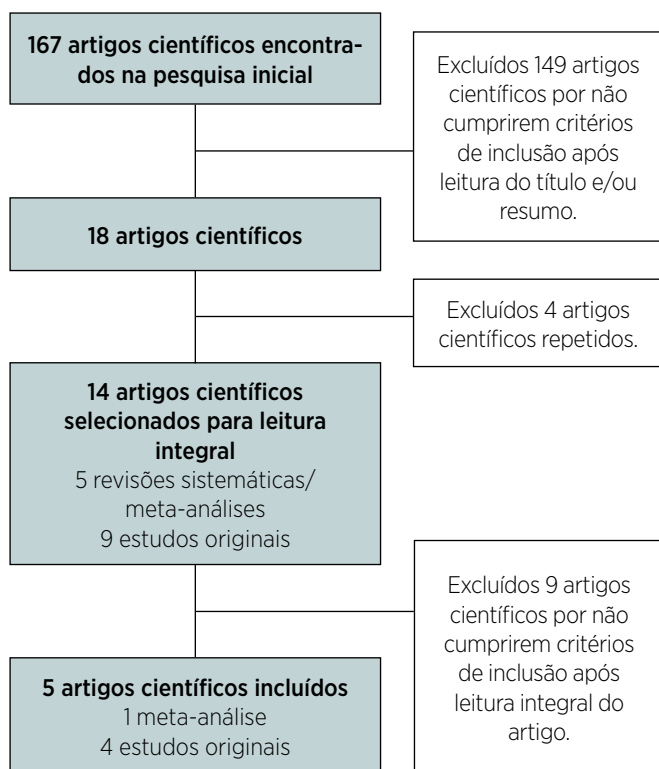


Figura 1. Processo de seleção dos artigos científicos incluídos.

A descrição resumida dos artigos científicos selecionados, bem como as suas principais conclusões, encontra-se resumida no Quadro I (estudos originais) e no Quadro II (meta-análise).

Quadro I. Descrição resumida dos estudos originais.

	População	Paridade e fatores de risco	IG no início da intervenção
Zarean E, 2017	180 gestantes: - Grupo A: 60 gestantes com Mg > 1,9 mg/dL (controlo) + - Grupo B: 60 gestantes < 1,9 mg/dL + - Grupo C: 60 gestantes < 1,9 mg/dL	Múltiparas sem fatores de risco	12 - 14 semanas
Bullarbo M, 2018	199 gestantes: - 99 gestantes grupo intervenção + - 100 gestantes grupo controlo	Primíparas sem fatores de risco	12 - 14 semanas
BRAMAG 2020	829 gestantes: - 407 gestantes grupo intervenção + - 422 gestantes grupo controlo	Primíparas com ≥ 1 fator de risco de PPT ou de outro desfecho adverso em gestação prévia (PPT, abortamento > 20 semanas, descolamento de placenta, PE ou E, RCIU*) ou na gestação atual (nuliparidade, HTA ⁺ crónica, DM [‡] tipo 1 ou 2, idade materna > 35 anos, IMC prévio > 30 kg/m ² , fumadora)	12 - 20 semanas
de Araújo, 2020	290 gestantes: - 143 grupo de intervenção + - 147 grupo controlo	Sem referência à paridade Gestantes de classe socioeconómica baixa Ø outros fatores de risco	12 - 20 semanas

Quadro I. continuação - Descrição resumida dos estudos originais.

	Tipologia de estudo	Intervenção	Resultados	NE
Zarean E, 2017	Ensaio clínico randomizado	<p>Grupo A: toma única de um multivitamínico contendo magnésio até ao final da gestação</p> <p>vs</p> <p>Grupo B: toma única de um multivitamínico contendo magnésio até ao final da gestação</p> <p>ou</p> <p>Grupo C: 200 mg de Mg efer-vescente /dia durante 1 mês + multivitamínico contendo 100 mg de Mg/dia até ao fim da gestação</p>	<p>PE: 13 grupo A vs 20 grupo B vs 7 grupo C (<i>p value</i> = 0,018)</p> <p>PIG: 7 grupo A vs 16 grupo B vs 2 grupo C (<i>p value</i> = 0,000)</p> <p>BPN: 10 grupo A vs 13 grupo B vs 1 grupo C (<i>p value</i> = 0,002)</p> <p>PPT: 15 grupo A vs 16 grupo B vs 6 grupo C (<i>p value</i> = 0,044)</p> <p>DG: 5 grupo A vs 13 grupo B vs 5 grupo C (<i>p value</i> = 0,003)</p> <p>Conclusão: A suplementação com magnésio durante a gravidez poderá diminuir a probabilidade de ocorrência de complicações gestacionais.</p>	2
Bullarbo M, 2018	Ensaio clínico multicêntrico randomizado duplamente cego	<p>Citrato de magnésio oral 400 mg/dia até ao final da gestação</p> <p>vs</p> <p>Placebo</p>	<p>HTG: 11 Mg vs 10 placebo (<i>p value</i> = 0,82)</p> <p>↑PAD ≥ 15 mmHg ou PAS ≥ 30 mmHg: 26 Mg vs 26 placebo (<i>p value</i> = 0,80) [Excluídas mulheres a fazer suplementação extra com Mg.]</p> <p>HTG: 20 Mg vs 15 placebo (<i>p value</i> = 0,24) [Considerando mulheres a fazer suplementação extra com Mg.]</p> <p>PPT: 5 Mg vs 3 placebo (<i>p value</i> = 0,60)</p> <p>Conclusão: Gestantes nulíparas, sem fatores de risco para HTG, e sem défice de magnésio, não parecem beneficiar da suplementação com Mg durante a gravidez para prevenção do aumento da tensão arterial.</p>	2
BRAMAG 2020	Ensaio clínico multicêntrico randomizado duplamente cego	<p>Citrato de magnésio oral 300 mg 1x/dia até ao final da gestação</p> <p>vs</p> <p>Placebo</p>	<p>Outcomes perinatais: 75 Mg vs 76 placebo (OR 1,10 IC 95% 0,72-1,68)</p> <p>PPT: 38 Mg vs 38 placebo (OR 1,02 IC de 95% = 0,64-1,65)</p> <p>PIG: 21 Mg vs 18 placebo (OR 1,37 IC 95% = 0,71-2,66)</p> <p>Mortalidade neonatal: 4 Mg vs 10 placebo (OR 0,39 IC 95% 0,12-1,27)</p> <p>Outcomes maternos: 49 Mg vs 41 placebo (OR 1,29 IC 95% 0,83-2,00)</p> <p>PE: 24 Mg vs 20 placebo (OR 1,25 IC 95% 0,68-2,31)</p> <p>HTG severa: 20 Mg vs 19 placebo (OR 1,18 IC 95% 0,62-2,26)</p> <p>Conclusão: A suplementação com citrato de Mg não mostrou benefícios na redução dos <i>outcomes</i> gestacionais adversos, mesmo na presença de fatores de risco.</p>	2
de Araújo, 2020	Ensaio clínico randomizado duplamente cego	<p>Citrato de magnésio oral 300 mg/dia</p> <p>vs</p> <p>Placebo</p>	<p>PE: 26 Mg vs 29 placebo (OR 0,90 com IC 95% 0,48-1,69; <i>p value</i> = 0,737)</p> <p>Conclusão: Não foi provada a efetividade da suplementação com magnésio na prevenção da PE em mulheres de baixo risco e baixo nível socio-económico. Uma parte significativa da população em estudo tinha hipomagnesiemia mas a suplementação oral não mostrou reduzir a incidência de PE.</p>	2

Legenda: *RCIU - restrição de crescimento intrauterino; † HTA - hipertensão arterial; ‡ DM - diabetes *mellitus*.

Quadro II. Descrição resumida da meta-análise.

	Estudos	Paridade e fatores de risco	Intervenção	Resultados	NE
Makrides M, 2014	10 ensaios clínicos randomizados ou quase-randomizados (n = 9090): Angola 1992 - (D'Almeida A, 1992) Austria 1997 - (Arikan G P. T., 1997) China 1997 - (Li S, 1997) Hungria 1979 - (Balazs M M. F., 1979) Hungria 1988 - (Kovacs L, 1988) Itália 1994 - (Zarcone R, 1994) Memphis 1989 - (Sibai BM, 1989) Mississippi 1992 - (Martin RW, 1992) África do Sul 2007 - (Harrison V, 2007) Zurique 1988 - (Spatling L, 1988)	Múltiparas e primíparas (n = 6) ou primíparas (n = 3) Gestações de risco elevado ou normal	Suplementação com magnésio oral (várias doses e formulações) vs Placebo ou Controlo ativo (ácido aspártico) (n = 8) ou Ausência de tratamento (n = 2)	<i>Outcomes</i> primários: PE: RR 0,87 IC 95% 0,58-1,32, três estudos, 1042 gestantes Mortalidade perinatal: RR 1,10 IC 95% 0,72-1,67, cinco estudos, 5903 crianças PIG: RR 0,76 IC 95% 0,54-1,07, três estudos, 1291 crianças *Não foi observada heterogeneidade estatística para os <i>outcomes</i> primários (I ² = 0%), excluindo o PIG onde o I ² foi superior. Outcomes secundários: Nados mortos: RR 0,73 IC 95% 0,43-1,25, quatro estudos, 5526 crianças Abortamentos: RR 0,85 IC 95% 0,49-1,49, seis estudos, 3704 gestantes PPT: RR 0,89 IC 95% 0,69-1,14, sete estudos, 5981 gestantes Peso ao nascimento < 2500g: RR 0,95 IC 95% 0,83-1,09, cinco estudos, 5577 crianças Conclusão: não há evidência de qualidade suficiente para concluir que a suplementação com magnésio durante a gestação seja benéfica para a redução de <i>outcomes</i> gestacionais adversos.	2

O estudo de Zarean E e colaboradores (NE 2), de 2017, teve como principal objetivo avaliar os efeitos da suplementação oral com magnésio nos *outcomes* gestacionais. Com este fim, foram reunidas 180 gestantes, as quais foram divididas em três grupos randomizados de 60 gestantes. As gestantes com níveis séricos de magnésio > 1,9 mg/dL foram consideradas como grupo controlo (grupo A), enquanto que as gestantes com níveis séricos de magnésio < 1,9 mg/dL foram aleatoriamente divididas nos grupos B e C. As gestantes dos grupos A e B foram suplementadas com toma única diária de um multivitamínico contendo magnésio até ao final da gestação; as gestantes do grupo C foram suplementadas com 200 mg de magnésio efervescente por dia durante um mês e com um multivitamínico contendo 100 mg de magnésio por dia até ao fim da gestação. Este estudo demonstrou que as gestantes do grupo C tiveram melhores *outcomes* que as gestantes dos outros grupos, com menor taxa de complicações gestacionais (achados com significado estatístico). Posto isto, os autores concluíram que a suplementação com magnésio durante a gravidez poderá diminuir a probabilidade de ocorrência de complicações gestacionais.¹⁴

O estudo de Bullarbo M e colaboradores (NE 2), de 2018, teve como principal objetivo avaliar o efeito da suplementação oral com magnésio, em gestantes saudáveis, nos valores tensionais durante

a gravidez. Foram reunidas 199 gestantes, as quais foram divididas em 99 gestantes no grupo de intervenção (suplementadas com citrato de magnésio oral 400 mg/dia) e 100 gestantes no grupo controlo (com administração de placebo). Não foram verificadas alterações significativas nos valores de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD), nem no número de mulheres com diagnóstico de HTG ou PE, entre os dois grupos. Relativamente aos *outcomes* secundários, nomeadamente PPT, as diferenças também não foram estatisticamente significativas. Das 199 mulheres avaliadas, 35% do grupo suplementado e 37% do grupo placebo faziam suplementação extra com multivitamínicos. No entanto, quando excluídas, os resultados foram semelhantes. Com estes resultados, os autores concluíram que gestantes nulíparas, sem fatores de risco para HTG e sem défice de magnésio, não parecem beneficiar da suplementação com magnésio durante a gravidez para prevenção do aumento da pressão arterial.¹⁵

O estudo BRAMAG (NE 2), desenvolvido por de Araújo CAL e colaboradores e publicado em 2020, teve como principal objetivo comparar os efeitos da suplementação com citrato de magnésio oral na prevenção de *outcomes* perinatais e maternos adversos, em mulheres de risco. Foi avaliada uma população de 829 gestantes, as quais foram divididas num grupo de intervenção, composto por 407 gestantes

suplementadas com 300 mg/dia de citrato de magnésio oral, e um grupo controlo, composto por 422 gestantes a quem foi administrado placebo. De acordo com os resultados, neste estudo a suplementação com citrato de magnésio não mostrou benefícios na redução dos *outcomes* adversos, quando comparada com a administração de placebo. No entanto, cerca de 50% das gestantes tinha níveis reduzidos de magnésio previamente à gestação. No final do estudo, a taxa de PPT, nas mulheres suplementadas, foi inferior ao que se esperava (considerando os resultados habituais para aquela região), o que, segundo os autores, se poderá dever ao seguimento mais apertado das gestantes envolvidas no estudo e ao viés de seleção, ao estudar mulheres mais motivadas e empenhadas. Deste modo, os autores concluíram que a suplementação oral com magnésio durante a gravidez em gestantes de risco não parece reduzir as taxas de PPT e outros *outcomes* perinatais ou maternos adversos.¹⁶

No mesmo ano, o estudo de Araújo CAL e colaboradores (NE 2) teve como objetivo avaliar se a suplementação com magnésio oral tem efeito benéfico na redução da pré-eclâmpsia. Foram seguidas 290 gestantes, as quais foram divididas num grupo de intervenção, constituído por 143 gestantes suplementadas com citrato de magnésio oral 300 mg/dia, e num grupo controlo, constituído por 147 gestantes a quem foi administrado placebo. Não se verificaram diferenças significativas na incidência de PE entre os grupos, pelo que não se provou a efetividade da suplementação oral com magnésio na prevenção de pré-eclâmpsia em mulheres de baixo risco e baixo nível socioeconómico. No entanto, os autores apontam como limitação para este estudo a avaliação de uma população de baixo nível socioeconómico, em que cerca de metade das gestantes tinha défice de magnésio, pelo que os resultados poderão não ser generalizáveis.¹⁷

Relativamente à meta-análise de 2014 selecionada, e descrita de forma resumida no Quadro II, o autor Makrides M e colaboradores pretendia avaliar os efeitos da suplementação com magnésio durante a gravidez nos *outcomes* maternos, neonatais e pediátricos. Com este intuito, foram selecionados dez artigos originais randomizados ou quasi-randomizados, publicados entre 1979 e 2007, que avaliassem os efeitos da suplementação oral com magnésio durante a gravidez, em gestação de risco normal ou elevado.¹⁸⁻²⁷ Foram incluídos estudos em que a suplementação com magnésio foi realizada de forma oral, a qualquer altura da gestação, independentemente da dose e da composição do suplemento. Totalizou-se

uma população de 9090 gestantes e respetivas crianças (quatro dos estudos tinham uma amostra < 150 gestantes). Em seis dos estudos foram incluídas tanto múltiparas como primíparas e em três estudos apenas foram incluídas primíparas. Em oito dos estudos selecionados foi utilizado placebo ou controlo ativo (ácido aspártico) e em dois dos estudos não foi administrado qualquer tratamento, no grupo controlo. Nesta MA, a suplementação com magnésio oral não mostrou reduzir significativamente o risco de PE, mortalidade perinatal, PIG ou BPN, abortamento, PPT e nados mortos. No entanto, verificou-se um possível aumento do risco de morte neonatal antes da alta hospitalar nos recém-nascidos cujas mães foram suplementadas com magnésio (*RR* 2,21 *IC* 95% 1,02-4,75; *p* = 0,04), mas os autores pedem cautela na interpretação deste resultado, dado que a maioria dos casos de mortalidade se verificou num só estudo,²⁶ e que os autores desse estudo referem ter havido um maior número de anomalias congénitas e a morte de dois pares de gémeos no grupo suplementado que poderão justificar estes achados. A suplementação com magnésio, por outro lado, associou-se a *scores* de Apgar ao 5º minuto de vida mais elevados (menor percentagem de recém-nascidos com Apgar ao 5º minuto de vida < 7 – *RR* 0,34; *IC* 95% 0,15 - 0,80, quatro estudos, 1083 crianças) e menor taxa de encefalopatia hipóxica-isquémica ligeira pós-parto (*RR* 0,38; *IC* 95% 0,15 - 0,98). Além disso, gestantes suplementadas com magnésio pareceram ter menores taxas de hospitalização durante a gestação (*RR* 0,65; *IC* 95% 0,48 - 0,86; três estudos, 1158 gestantes). Nesta MA, apenas dois dos estudos selecionados foram considerados de elevada qualidade. Quando a análise se restringiu a estes dois estudos, nenhum dos dois mostrou diferenças significativas entre a incidência de mortalidade perinatal, PIG e PE entre os grupos de intervenção e controlo. Portanto, os autores consideraram que não há evidência de qualidade suficiente para concluir que a suplementação com magnésio durante a gestação seja benéfica para a redução de *outcomes* gestacionais adversos, comparativamente ao placebo.²

DISCUSSÃO

Em quatro dos estudos (três EO e uma MA) não foi demonstrada efetividade da suplementação oral com magnésio na prevenção de *outcomes* perinatais e/ou maternos adversos. Estes resultados vão de encontro à premissa que conduziu à realização desta revisão, de que ainda não há orientações claras quanto ao benefício ou não da suplementação com magnésio durante a gravidez. Contrariamente, num dos estudos

(um EO) foi verificado benefício com esta suplementação. No estudo de Zarean E de 2017,¹⁴ o facto de ter sido criado um grupo controlo com níveis normais de magnésio, aliado aos melhores resultados deste grupo comparativamente ao grupo B (grupo com défice de magnésio, suplementado apenas com multivitamínico contendo magnésio), levou-os à conclusão de que a hipomagnesemia poderá configurar um fator de risco para *outcomes* gestacionais adversos, e que a suplementação nestas circunstâncias (grupo C) poderá ter benefícios. Serão necessários mais estudos para avaliar o benefício da suplementação em gestantes com défice de magnésio vs gestantes com níveis séricos de magnésio dentro dos intervalos de referência. Por outro lado, apesar dos achados do estudo BRAMAG de 2020,¹⁶ em que a suplementação com citrato de magnésio não mostrou benefícios na redução dos *outcomes* gestacionais adversos na presença de fatores de risco, dada a inconsistência das conclusões dos outros autores, também deverão ser realizados mais estudos para avaliar o benefício da suplementação em gestantes sem fatores de risco vs gestantes com fatores de risco para *outcomes* adversos.

A presente revisão apresenta alguns vieses, inerentes aos estudos que a constituem, que poderão afetar a sua validade interna e externa, com prejuízo para a generalização dos seus resultados. Entre estes encontra-se um viés de publicação, dado que estudos originais com amostras de menores dimensões e menor qualidade poderão não ser publicados. Por outro lado, verificou-se um viés de seleção da amostra em estudo, dada a heterogeneidade entre as gestantes avaliadas – amostras de gestantes com fatores de risco *versus* risco normal, múltiparas *versus* primíparas, amostras de baixo nível socioeconómico e com conseqüente maior risco de défice de magnésio, mulheres a fazer suplementação concomitante com multivitamínicos, entre outros. Além disso, gestantes que participem no estudo e permaneçam até ao final do seguimento serão provavelmente mulheres mais motivadas e com propensão para um seguimento médico mais apertado, pelo que isto poderá, por si só, contribuir para menores taxas de complicações gestacionais. No que diz respeito à intervenção, apesar de a globalidade dos estudos originais utilizarem suplementação oral com citrato de magnésio (associado a uma maior solubilidade em água, favorecendo a absorção intestinal e, conseqüentemente, uma maior biodisponibilidade, comparativamente a outras formulações) 16 em doses recomendadas para a gestação (220 - 400 mg/dia),^{16,28,29} alguns dos

estudos incluídos na MA utilizavam outros sais, o que poderá interferir na efetividade da suplementação.

Como limitações deste estudo, podemos então apontar o facto de os estudos selecionados serem heterogéneos no que se refere às características basais das gestantes incluídas, bem como ao desenho da intervenção e qualidade dos mesmos. Globalmente, os estudos apresentam uma amostra pequena, alguns deles referentes a populações particulares e dificilmente generalizáveis para a população portuguesa.

CONCLUSÃO

Após a análise da evidência disponível verifica-se que esta se trata de uma temática controversa, com resultados inconsistentes nos vários estudos selecionados, não parecendo haver evidência da suplementação empírica com magnésio durante a gestação para a redução de *outcomes* adversos (SORT B).

Posto isto, será necessário o desenvolvimento de estudos mais homogéneos e de melhor qualidade relativos a esta temática, por forma a formular orientações sólidas sobre o benefício de suplementação com magnésio durante a gravidez.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Gröber U, Schmidt J, Kisters K. Magnesium in Prevention and Therapy. *Nutrients*. 2015;7(9):8199-226.
- 2- Makrides M, Crosby DD, Shepherd E, Crowther CA. Magnesium supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(4):CD000937.
- 3- Dalton LM, Ní Fhloinn DM, Gaydazhieva GT, Mazurkiewicz OM, Leeson H, Wright CP. Magnesium in pregnancy. *Nutr Rev*. 2016;74(9):549-57.
- 4- Pinto E, Barros H, Santos Silva I. Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy: a follow-up study in the north of Portugal. *Public Health Nutr*. 2008;12(7):922-931.
- 5- Hovdenak N, Haram K. Influence of mineral and vitamin supplements on pregnancy *outcome*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;164(2):127-32.
- 6- Kanagal DV, Rajesh A, Rao K, Devi UH, Shetty H, Kumari S, *et al*. Levels of Serum Calcium and Magnesium in Pre-eclamptic and Normal Pregnancy: A Study from Coastal India. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(7): OC01-4.
- 7- He L, Lang L, Li Y, Liu Q, Yao Y. Comparison of serum zinc, calcium, and magnesium concentrations in women with pregnancy-induced hypertension and healthy pregnant women: A meta-analysis. *Hypertens Pregnancy*. 2016;35(2):202-9.
- 8- Jain S, Sharma P, Kulshreshtha S, Mohan G, Singh S. The Role of Calcium, Magnesium and Zinc in Pre-eclampsia. *Biol Trace Elem Res*. 2010;133:162-70.
- 9- Golmohammad Iou S, Yazdian M, Pashapour N. Evaluation of Serum Calcium, Magnesium, Copper, and Zinc Levels in Women with Pre-eclampsia. *IJMS*. 2008; 33(4):231-4.
- 10- Richards DGD, Lindow SW, Carrara H, Knight R, Haswell SJ, Van der Spuy ZM. A comparison of maternal calcium and magnesium levels in pre-eclamptic and normotensive pregnancies: an observational case-control study. *BJOG*. 2014;121(3):327-36.
- 11- Goker Tasdemir U, Tasdemir N, Kilic S, Abali R, Celik C, Cavidan Gulerman H. Alterations of ionized and total magnesium levels in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Gynecol Obstet Invest*. 2015;79(1):19-24.
- 12- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Alimentação e Nutrição na Gravidez; 2021.
- 13- Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, *et al*. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician*. 2004;69(3):548-56.
- 14- Zarean E, Tarjan A. Effect of Magnesium Supplement on Pregnancy

Outcomes: A Randomized Control Trial. *Adv Biomed Res.* 2017;6:109.

15- Bullarbo M, Mattson H, Broman AK, Odman N, Nielsen TF. Magnesium Supplementation and Blood Pressure in Pregnancy: A Double-Blind Randomized Multicenter Study. *J Pregnancy.* 2018;2018:4843159.

16- de Araújo CAL, Ray JG, Figueiroa JN, Alves JG. Brazil magnesium (BRAMAG) trial: a double-masked randomized clinical trial of oral magnesium supplementation in pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2020;20(1):234.

17- de Araújo CAL, de Sousa Oliveira L, de Gusmão IMB. Magnesium supplementation and preeclampsia in low-income pregnant women – a randomized double-blind clinical trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):208.

18- D'Almeida A, Carter JP, Antol A, Prost C. Effects of a combination of evening primrose oil (gamma linolenic acid) and fish oil (eicosapentaenoic + docosahexaenoic acid) versus magnesium, and placebo in preventing pre-eclampsia. *Women and Health.* 1992;19:117-31.

19- Arikian G, Panzitt T, Gaucer F, Boritsh J, Trojovski A, Haeslusler MCH. Oral magnesium supplementation and the prevention of preterm labor. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1997;176:(1Pt2):S45.

20- Li S, Tian H. Oral low-dose magnesium gluconate preventing pregnancy induced hypertension. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 1997;613-15.

21- Balazs M, Morvai F, Szekely Z, Miklos S, Varenka Z, Kuti V. Miscarriage and magnesium intake. *Revue Française d'Endocrinologie Clinique, Nutrition, et Métabolisme.* 1979;20(6):525-9.

22- Kovacs L, Molnar GB, Huhn E, Bodis L. Magnesium substitution during pregnancy. A prospective randomised, double blind, clinical trial. *Magyar Noorvosok Lapja.* 1988; 51:9-14.

23- Zarcone R, Cardone G, Bellini P. Role of magnesium in pregnancy. *Panminerva Medica.* 1994;36:168-70.

24- Sibai BM, Villar MA, Bary E. Magnesium supplementation during pregnancy: a double-blind randomized controlled clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1989;161:115-9.

25- Martin RW, Perry KG, Hess LW, Martin JN, Morrison JC. Oral magnesium and the prevention of preterm labor in a highrisk group of patients. *AJOG.* 1992;166:144-7.

26- Harrison V, Fawcus S, Jordaan E. Magnesium supplementation and perinatal hypoxia: Outcome of a parallel group randomised trial in pregnancy. *BJOG.* 2007;114: 994-1002.

27- Spatling L, Spatling G. Magnesium supplementation in pregnancy: A double-blind study. *BJOG.* 1988;95:120-5.

28- Adams JB, Sorenson JC, Pollard EL, Kirby JK, Audhya T. Evidence-Based Recommendations for an Optimal Prenatal Supplement for Women in the U.S., Part Two: Minerals. *Nutrients.* 2021;13(6):1849.

29- Dietary Reference Intakes for Sodium and Potassium. National Academies Press. [consultado em setembro de 2021] Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538102/pdf/Bookshelf_NBK538102.pdf

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Inês Ribeiro de Sousa
ines.ribeiro11@gmail.com

RECEBIDO: 10 de março de 2022 | ACEITE: 28 de agosto de 2022

A BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA É SEGURA E EFICAZ NOS ADULTOS COM MAIS DE 50 ANOS NO TRATAMENTO DA DOR? - REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

IS TRANSDERMAL BUPRENORPHINE SAFE AND EFFECTIVE FOR ADULTS OVER 50 YEARS OLD FOR PAIN MANAGEMENT? - EVIDENCE-BASED REVIEW

Autores:

José Pedro Silva^{1,2}, Luís Abreu^{1,3}

RESUMO

Introdução: Segundo a *International Association of Study of Pain*, a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a dano tecidual real ou potencial. A dor crónica é um sintoma comum, multifocal e multifatorial, afetando 50% dos idosos na comunidade e 83% dos institucionalizados. O objetivo desta revisão foi avaliar se a buprenorfina transdérmica é mutuamente segura e eficaz nos adultos com mais de 50 anos no tratamento da dor.

Métodos: Revisão baseada na evidência com critérios de inclusão segundo a metodologia PICO: População - pessoas com mais de 50 anos; Intervenção - uso da buprenorfina transdérmica para tratamento da dor; Controlo - uso de outro fármaco para tratamento da dor ou nenhum; *Outcome* - uso eficaz e seguro. Foram incluídos artigos em inglês publicados até 31/05/2022 na *PubMed*, utilizando-se os termos *MeSH pain, buprenorphine, aged, transdermal patch, administration and transdermal*. Utilizou-se a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* para a atribuição dos níveis de evidência e força de recomendação.

Resultados: A pesquisa obteve 17 resultados, dos quais quatro preencheram os critérios de inclusão. Dois estudos clínicos aleatorizados concluíram que o uso de buprenorfina transdérmica parece ter um efeito significativo no alívio da dor, parecendo transparecer segurança na sua utilização.

Discussão: Os artigos incluídos nesta revisão foram escassos e apresentaram heterogeneidade nas conclusões, no tamanho amostral e na dose/duração do tratamento, dificultando a formulação de conclusões.

Conclusão: A evidência atual em relação à eficácia (SORT A) do uso da buprenorfina transdérmica no tratamento da dor é promissora, bem como segura (SORT B). Assim, são necessários mais estudos nesta população que permitam apurar a dosagem e duração do tratamento ideais.

Palavras-chave: dor, buprenorfina, eficácia, segurança.

ABSTRACT

Introduction: According to the *International Association for the Study of Pain*, Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with or similar to actual or potential tissue damage. In the elderly, chronic pain is a common, multifocal and multifactorial symptom, affecting 50% of the elderly in the community and 83% of those institutionalized. The aim of this review was to evaluate whether transdermal buprenorphine is mutually safe and effective in adults over 50 years old in the treatment of pain.

Methods: Evidence-based review according to PICO methodology: Population - people over 50 years; Intervention - use of transdermal buprenorphine for pain treatment; Control - use of another drug to treat pain or none; Outcome - Effective and safe use of transdermal buprenorphine. It were included articles in English published until 31/05/2022 in *PubMed*, using the terms *MeSH: pain, buprenorphine, aged, transdermal patch, administration and transdermal*. The *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* scale was used to assign the levels of evidence and strength of recommendation.

Results: The search found seventeen possible results, of which four met the inclusion criteria. Two randomized clinical studies concluded that the use of transdermal buprenorphine seems to have a significant effect on pain relief and safety in its use.

Discussion: The articles included in this review were scarce and presented heterogeneity in the conclusions, sample size and dose/duration of treatment, making it difficult to formulate conclusions.

Conclusion: The current evidence regarding the efficacy (SORT A) and safety (SORT B) of transdermal buprenorphine use in pain treatment is promising but limited. Thus, more studies are needed in this population to determine the optimal dosage and duration of treatment.

Keywords: pain, buprenorphine, efficacy, safety.

1. Aluno da Pós-Graduação em Medicina da Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

2. Médico Interno de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Marquês de Marialva, ACeS Baixo Mondego

3. Médico Interno de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF CoimbraCelas, ACeS Baixo Mondego

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a dano tecidual real ou potencial. Para além de ser sempre subjetiva, é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes.^{1,2}

O controlo eficaz da dor é um direito dos doentes e um dever dos profissionais.² Nos cuidados de saúde primários, a dor é um problema recorrente gerador de dorlência, independentemente do seu carácter aguda ou crónica, oncológico ou não oncológico.³ A dor crónica, em particular, é um problema particularmente relevante nos idosos, devido à alta prevalência de patologias onde a dor é o sintoma predominante, como a osteoartrose, neoplasias, pós acidente vascular cerebral, neuropatia periférica da diabetes, enxaqueca, fibromialgia, dor pós herpética e traumatismo.^{4,5}

O carácter da dor pode ser agudo, sendo limitado no tempo, ou crónico, quando dura para além do curso normal de uma doença, da cura da lesão que lhe originou ou por mais de três meses.^{1,2,4,5} Pode também ser avaliada segundo a localização, qualidade, irradiação, fatores temporais, fatores de agravamento e de alívio, eficácia e efeitos laterais da terapêutica de base e de resgate, número de doses de resgate usados, impacto no sono, na função e na qualidade de vida e intensidade.³ A dor pode ainda ser nociceptiva, quando o estímulo nociceptivo é evidente, neuropática quando existe um padrão de distribuição nervosa e psicogénica/funcional quando existe um processamento central da dor anormal. Existem escalas específicas para avaliação da dor de acordo com a sua fisiopatologia.^{2,3,6}

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são idosos todos os indivíduos com pelo menos 60 anos. Nesta população, a dor crónica é um sintoma comum, multifocal e multifatorial, afetando 50% dos idosos na comunidade e 83% dos institucionalizados. Está frequentemente associada a multimorbilidade, como a depressão e diminuição da capacidade funcional, levando a um maior consumo de recursos e aumento de custos em saúde.⁵ A gestão da doença crónica no idoso tem-se revelado um problema complexo. As alterações cognitivas, farmacocinéticas e metabólicas próprias do envelhecimento dificultam a avaliação da qualidade e intensidade da dor e aumentam a vulnerabilidade a potenciais efeitos colaterais e sobredosagem. A escada analgésica da OMS tem aqui um papel essencial na prevenção destes eventos, privilegiando a seleção do fármaco e dose eficaz mais apropriados às características e gravidade da dor.^{4,5,7,8}

Os opióides, em particular, podem provocar vários efeitos secundários, como as náuseas, obstipação, aumento do risco de quedas, *delirium* e sedação excessiva em idosos, especialmente com o recurso a altas doses e coadministração com benzodiazepinas. Podem ainda provocar depressão respiratória, definida como um declínio perceptível de todas as fases da atividade respiratória. Estes fármacos só estão por isso recomendados quando as restantes opções terapêuticas falharam, a dor demonstrou ser responsiva a opióides e especialmente quando a intensidade da mesma o justifica.^{4,5,9}

Novas vias de administração de substâncias ativas, abriram novas opções de tratamento da dor crónica no idoso.¹⁰ O desenvolvimento da buprenorfina transdérmica permitiu criar, em caso de adesão do doente, uma nova opção terapêutica no controlo da dor crónica neste grupo etário, em particular quando existem problemas de deglutição, má adesão à terapêutica ou no caso de efeitos colaterais significativos da morfina.⁴

A buprenorfina é um agonista *mu* parcial de ação central, responsável pelo efeito analgésico, e um antagonista dos recetores opióides *kappa* e *delta*. Está associada a uma longa duração de ação (6 - 8 horas), tendo a formulação transdérmica um início lento (12 - 24 horas) e um longo tempo de ação. Em Portugal, estão disponíveis formulações com um tempo de ação de 72 e 96 horas. Doses clinicamente relevantes de até 10 mg de buprenorfina mostraram efeito analgésico sem depressão respiratória. O metabolismo da buprenorfina é mediado principalmente pelo citocromo P450 no fígado, podendo ser administrado em doses normais no idoso, contrariamente à maioria dos outros opióides. A sua segurança na insuficiência renal é também uma importante vantagem sobre outros opióides nos idosos.¹¹⁻¹³

Esta revisão pretende avaliar se a buprenorfina transdérmica é segura e eficaz no tratamento da dor nas faixas etárias mais avançadas.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na MEDLINE/Pubmed, utilizando os termos *MeSH* "pain"[mesh] and "buprenorphine"[mesh] and "aged"[mesh] and ("transdermal patch"[mesh] OR "administration, transdermal"[mesh]). Foram selecionados: ensaios clínicos aleatorizados (ECA) e estudos observacionais publicados até ao fim de maio de 2022, em língua inglesa.

Os critérios de inclusão dos artigos nesta revisão foram definidos segundo o modelo PICO. A população foi constituída por indivíduos adultos com mais de 50 anos; a intervenção terapêutica foi o uso da buprenorfina transdérmica para tratamento da dor,

em comparação com uso de outro fármaco para tratamento da dor ou nenhum; o *outcome* estudado foi o uso eficaz e/ou seguro.

Foram definidos como critérios de exclusão: estudos duplicados, inacessíveis e estudos redigidos em outras línguas para além das definidas.

A seleção dos artigos para revisão e a avaliação da qualidade e do nível de evidência (NE) segundo *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) foi feita pelos autores.¹⁴ No caso de dúvidas, os autores discutiram em conjunto a inclusão/exclusão do estudo com uma taxa de concordância final de 100%.

RESULTADOS

Na pesquisa bibliográfica inicial obtiveram-se 17 resultados, dos quais quatro cumpriram os critérios de inclusão (Figura 1). Os artigos selecionados foram ECA e estudos observacionais (Quadro I). Dos restantes artigos, foi excluído um artigo que se encontrava escrito em alemão, três após leitura do título/resumo e seis após leitura do texto integral. A avaliação dos artigos selecionados segundo o SORT encontra-se descrita no Quadro I.

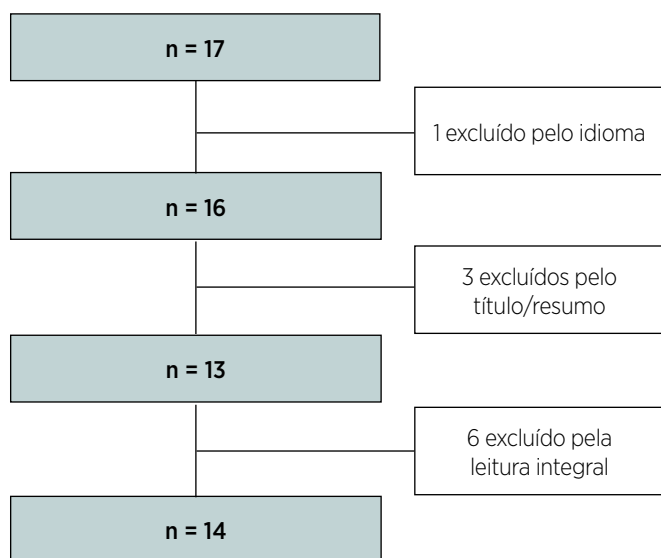


Figura 1. Fluxograma do processo de pesquisa bibliográfica.

Londhe S. et al.

O *Efficacy and Safety of Buprenorphine Transdermal Patch for Immediate Postoperative Analgesia After Total Knee Arthroplasty Surgery* tratou-se de um estudo prospetivo randomizado que incluiu 200 doentes com idades compreendidas entre os 60 e os 75 anos submetidos a artroplastia total do joelho. Todos os pacientes receberam infiltração anestésica local periarticular e infusão epidural/femoral do bloco nervoso 72 horas após a operação. Destes, 100 (Grupo A) receberam um adesivo de buprenorfina transdérmica 5 µg/h aplicado no final da cirurgia e 100 recebeu o esquema convencional

(Grupo B), paracetamol intravenoso 1 grama a cada 8 horas alternando com tramadol parenteral 50 mg a cada 8 horas nos primeiros dois dias de pós-operatório seguido de administração dos mesmos medicamentos até o final de duas semanas. Não houve diferença de idade, sexo e local da cirurgia entre os grupos. Foi avaliado a dor em repouso e movimento ao longo de sete dias através da escala visual analógica, mostrando valores significativamente mais baixos no grupo A (valores $p = 0,0083$ e $p = 0,012$, significância estatística $p < 0,05$). A exigência de analgesia de resgate também foi menor neste grupo: apenas um paciente teve depressão respiratória significativa, e três pacientes tiveram eritema local. Como limitação, os autores referem o início lento do sistema transdérmico. Conclui-se, portanto, que o adesivo de buprenorfina transdérmica é eficaz na redução da dor pós-operatória após artroplastia total do joelho cirurgia e pode ser usado com segurança com menos efeitos colaterais sistémicos quando comparados com analgésicos convencionais. O estudo obteve o nível de evidência 1 na escala SORT.¹⁵

Norrlid H. et al.

O *Evaluation of the cost-effectiveness of buprenorphine in treatment of chronic pain using competing EQ-5D weights* tratou-se de um estudo coorte retrospectivo que incluiu 675 pacientes com mais de 50 anos que sofrem de dor moderada de quatro estudos de referência, onde se pretendeu investigar a relação custo-eficácia da prescrição de buprenorfina transdérmica (10 ou 15 µg/h) de sete dias através do estudo do custo anual do tratamento e dos potenciais ganhos na qualidade de vida relacionada com a saúde, através da escala *European Quality of Life Health Questionnaire* (EQ-5D). Esta escala avalia cinco dimensões (mobilidade, autocuidados, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão), tendo cada dimensão tem três níveis de gravidade (nenhum problema, alguns problemas e problemas extremos). O controlo recebeu tratamento com outros opióides ou placebo. Os resultados mostraram que o tratamento com buprenorfina resultou numa melhoria dos ganhos na qualidade de vida relacionada com a saúde, que inclui a dor, em todos os estudos de referência, apesar de existir variação dos *quality-adjusted life-years* entre o Reino Unido (ganho de 0,042-0,118) e a Suécia (0,020-0,051). Como limitação, destaca-se a inclusão de doentes entre os 50 e 65 anos. Conclui-se, portanto, que os resultados mostram que o adesivo de buprenorfina de sete dias pode ser um tratamento custo-eficaz para a dor crónica moderada em doentes com mais de 50 anos de idade. O estudo obteve o nível de evidência 2 na escala SORT.¹⁶

Quadro I. Descrição e avaliação dos estudos selecionados.

Referência	Tipo de Estudo	População	Intervenção Controle	Outcome	Conclusão	NE
Londhe S. et al. 2020 Índia ¹⁵	Estudo prospetivo randomizado	200 participantes (60 - 75 anos): 100 buprenorfina 5 µg/h; 100 controle.	Intervenção: buprenorfina transdérmica 5 µg/h aplicado no final da cirurgia em sete dias. Controlo: esquema convencional.	Dor em repouso e em movimento em sete dias avaliada segundo da escala visual analógica, mostrando valores significativamente mais baixos na população intervencionada ($p=0,0083$ e $0,012$, significância estatística $p<0,05$).	O adesivo de buprenorfina transdérmica é mais eficaz na redução da dor pós-operatória após artroplastia total do joelho cirurgia e pode ser usado com segurança.	1
Norrlid H. et al. 2015 Suécia ¹⁶	Estudo coorte retrospectivo	675 pacientes com mais de 50 anos que sofrem de dor moderada de 4 estudos de referência: 391 buprenorfina 10-15 µg/h; 274 controle.	Intervenção: investigar a relação custo-eficácia da prescrição de buprenorfina transdérmica de 7 dias através do estudo do custo anual do tratamento e ganhos na qualidade de vida (EQ-5D*). Controlo: outros opióides ou placebo.	Melhoria dos ganhos na qualidade de vida relacionada com a saúde em todos os estudos de referência, apesar de existir variação dos <i>quality-adjusted life-years</i> entre o Reino Unido (ganho de $0,042-0,118$) e a Suécia ($0,020-0,051$).	O adesivo de buprenorfina de 7 dias pode ser um tratamento rentável para a dor crônica moderada em doentes com mais de 50 anos de idade.	2
Blytt K. et al. 2018 Noruega ¹⁷	Ensaio clínico multicêntrico randomizado, com dupla ocultação	106 pacientes com demência e depressão com mais de 60 anos em ERPI ¹ de idosos: 30 realizaram buprenorfina (máx. 10 µg/h); 25 paracetamol.	Intervenção: O sono foi avaliado 14 dias continuamente por actigrafia, avaliando o tempo total de sono, eficiência do sono, latência do início do sono, despertar após o início do sono, despertar matinal e número de episódios de vigília.	Aumento significativo no tempo total de sono para pacientes que receberam buprenorfina ($p=0,029$, significância estatística $p<0,05$) em comparação com aqueles que receberam paracetamol.	Não é possível concluir se existe um efeito adicional da sedação pela buprenorfina como fator confundidor.	1
Karlsson J. et al. 2014 Suécia ¹⁸	Estudo prospetivo, multicêntrico, aberto, multidose, controlado por grupo etário realizado em 6 locais na Suécia	122 pacientes, divididos em dois grupos: 65 (50-60 anos) e 57 (>75 anos), com diagnóstico de osteoartrose do anca e/ou joelho há menos de um ano. Todos realizaram buprenorfina (5 a 40 µg/h).	Intervenção: Adesivo de buprenorfina 5 mg/h titulado (máximo: 40 mg/h) sete dias, para alcançar o controle da dor. Avaliação da dor com BS-11†, resgates e eventos adversos. Avaliação de sintomas e capacidade física com a WOMAC AO, estado geral de saúde com a EQ-5D e qualidade do sono.	Em ambos os grupos, houve melhoria significativa ($p<0,0001$, significância estatística $p<0,05$) e clinicamente relevante no BS-11, mas também na pontuação total do WOMAC OA‡, estado geral de saúde (EQ-5D) e qualidade do sono. Número e grau de severidade de efeitos secundários reportados foram semelhantes em ambos os grupos.	Demonstrada a eficácia e tolerabilidade do adesivo de buprenorfina em pacientes com dor crônica, independentemente da idade, não sendo necessário ajuste da dose relacionado a esta.	1

Legenda: *EQ-5D - *European Quality of Life Health Questionnaire*; ¹ERPI - Estruturas Residenciais para Idosos, [†]BS-11 - Box Scale 11; [‡]WOMAC AO - *Western Ontario and McMaster Universities OA Index*.

Blytt K. et al.

O *Effects of pain treatment on sleep in nursing home patients with dementia and depression*: A multicenter placebo-controlled randomized clinical trial é um ensaio clínico multicêntrico randomizado, com dupla ocultação que incluiu 106 pacientes com demência e depressão com mais de 60 anos em Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), com o objetivo de investigar os efeitos do tratamento da dor no sono. Os pacientes foram aleatorizados para receber paracetamol (3 gramas/dia) ou comprimidos de placebo; os que possuíam dificuldade em engolir foram aleatorizados para a administração de um sistema transdérmico de buprenorfina (máx. 10 µg/h/sete dias) ou adesivos transdérmicos placebo. Assim, 57 utentes foram incluídos na intervenção (dois desistiram por efeitos laterais) e 49 no grupo de controlo, sendo que no grupo de intervenção 30 realizou adesivos de buprenorfina e 25 paracetamol. O sono foi avaliado continuamente por 14 dias por actigrafia, durante duas semanas, sendo avaliado o tempo total de sono, eficiência do sono, latência do início do sono, despertar após o início do sono, despertar matinal e número de episódios de vigília. Os resultados mostraram um aumento significativo no tempo total de sono para pacientes que receberam buprenorfina ($p=0,029$, significância estatística $p<0,05$) em comparação com aqueles que receberam paracetamol. Sendo a sedação um efeito lateral associado aos opióides, não é possível concluir se existe um efeito adicional da sedação pela buprenorfina. O estudo obteve o nível de evidência 1 na escala SORT.¹⁷

Karlsson J. et al.

O *Is buprenorphine transdermal patch equally safe and effective in younger and elderly patients with osteoarthritis-related pain? Results of an age-group controlled study* tratou-se de um estudo prospetivo, multicêntrico e aberto, que incluiu 122 pacientes, divididos em dois grupos: 65 utentes com 50-60 anos e 57 utente com mais de 75 anos, com diagnóstico de osteoartrose (primária e secundária) da anca e/ou joelho há menos de 1 ano. Todos realizaram buprenorfina (5 a 40 µg/h) e resgates de paracetamol durante sete dias, sendo a dor avaliada com recurso à *Box Scale* 11 (BS-11), quantidade de resgates usada e eventos adversos. Foram também avaliados sintomas e capacidade física com a *Western Ontario and McMaster Universities OA Index* (WOMAC AO), estado geral de saúde com a EQ-5D e a qualidade do sono. A WOMAC AO avalia a qualidade de vida tridimensional (dor, rigidez articular e atividade física) nos pacientes com osteoartrose. Mostrou-se

que em ambos os grupos, houve melhoria significativa ($p<0,0001$, significância estatística $p<0,05$) e clinicamente relevante no BS-11, mas também na pontuação total do WOMAC AO, estado geral de saúde pela EQ-5D e qualidade do sono. O número e grau de gravidade de efeitos secundários reportados, foram semelhantes em ambos os grupos. Conclui-se, portanto, a eficácia e tolerabilidade no controlo da dor crónica com o adesivo de buprenorfina, independentemente da idade, não sendo necessário ajuste da dose pela idade. O estudo obteve o nível de evidência 1 na escala SORT.¹⁸

DISCUSSÃO

O número de artigos disponíveis na literatura em que as amostras eram exclusivamente compostas por idosos foi inevitavelmente restrito. De modo a tentar contornar este problema, os autores optaram por incluir estudos que apresentavam populações com faixas etárias adultas mais avançadas, estabelecendo um limite inferior de idade de 50 anos.

Os estudos incluídos apresentaram amostras distintas, tendo o número total de participantes variado entre 106 e 675, bem como o intervalo de idades, já mencionado previamente.

Do mesmo modo, a etiologia, fisiopatologia e função da dor (dor pós-operatória vs dor crónica) a dose e o período de *follow-up* do tratamento com buprenorfina não foram uniformes, sendo administrados adesivos de 5 a 40 µg/h durante períodos que variaram de uma e duas semanas. O modo como se procedeu à avaliação variou, tanto nos parâmetros avaliados (dor, sono, qualidade de vida em saúde, funcionalidade), bem como nas escalas usadas para o realizar (Escala de Visual Analógica ou BS-11).

É importante destacar, contudo, que segundo as orientações internacionais e nacionais, os opióides devem ser sempre usados com parcimónia, não devendo ser a primeira opção em faixas etárias mais avançadas e idealmente prescritos com base na esca da analgésica da OMS.^{4,5}

É ainda importante realçar que tanto *Londhe et al.* como *Norrlid et al.* usaram doses de buprenorfina transdérmica não disponíveis em Portugal, condicionando assim a prática dos clínicos nacionais. Seria por isso importante a realização de estudos adequados a esta realidade.

Assim, dado a estas condicionantes, são necessários mais trabalhos com amostras homogéneas, maior número de participante e doses e *follow-up* mais homogéneos que permitam apurar a eficácia e segurança deste fármaco, sendo o objetivo final a determinação da dose-ideal eficaz e segura da buprenorfina nesta formulação.

CONCLUSÃO

O impacto da dor crónica em idades mais avançadas é um problema significativo, sendo que as alterações associadas à idade avançada tornam o seu controlo desafiante.

O uso de um fármaco eficaz e seguro como a buprenorfina transdérmica no controlo da dor é aliante. A sua segurança na insuficiência renal, associado à existência de formulações de longo tempo de ação torna-o atrativo no tratamento da dor nas idades mais avançadas. Contudo, existem ainda muito poucos estudos em relação a esta temática e com metodologias muito diversas.

Portanto, é possível concluir que a buprenorfina transdérmica parece ser uma arma terapêutica eficaz no controlo da dor (SORT A) e segura (SORT B), apesar da sua evidência limitada. São necessários, contudo, mais estudos nesta população que permitam apurar a dosagem e duração do tratamento ideais.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The Revised International Association for the Study of Pain Definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82.
- 2- Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 09/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. 2003
- 3- Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. *Rev Port Med Geral Fam*; 23(4):457-64.
- 4- Wong G. Pharmacological management of chronic non-cancer pain in frail older people. *Aust Prescr*;45(1):2-7.
- 5- Orientação da Direção-Geral de Saúde nº 015/2010. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. 2010
- 6- Quartilho, MJ. O processo de somatização: Conceitos, avaliação e tratamento. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2016.
- 7- World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. 2002. [consultado em novembro de 2022] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- 8- Fick DM, Semla TP, Steinman M, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(4):674-94.
- 9- Boyer EW. Management of Opioid Analgesic Overdose. *N Engl J Med*. 2012;367:146-55.
- 10- Grond S, Radbruch L, Lehmann KA. Clinical Pharmacokinetics of Transdermal Opioids. *Clinical Pharmacokinetics*. 2000;38(1):59-89.
- 11- Vadivelu N, Hines RL. Management of chronic pain in the elderly: focus on transdermal buprenorphine. *Clin Interv Aging*. 2008;3(3):421.
- 12- Resumo das características do medicamento Ramatrix. INFARMED. 2022 [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml>
- 13- Resumo das características do medicamento Transteq. INFARMED. 2022 [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml>
- 14- Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): A Patient-Centered Approach to Grading Evidence in the Medical Literature. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17(1):59-67.
- 15- Londhe S, Patwardhan M, Shah R, Oak M. Efficacy and Safety of Buprenorphine Transdermal Patch for Immediate Postoperative Analgesia After Total Knee Arthroplasty Surgery. *J Arthroplasty*. 2020;35(6S):S178-81.
- 16- Norrliid H, Dahm P, Ragnarson Tennvall G. Evaluation of the cost-effectiveness of buprenorphine in treatment of chronic pain using competing EQ-5D weights. *Scand J Pain*. 2015;6(1):24-30.

17- Blytt KM, Bjorvatn B, Husebo B, Flo E. Effects of pain treatment on sleep in nursing home patients with dementia and depression: A multicenter placebo-controlled randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(4):663-70.

18- Karlsson J, Söderström A, Augustini BG, Berggren AC. Is buprenorphine transdermal patch equally safe and effective in younger and elderly patients with osteoarthritis-related pain? Results of an age-group controlled study. *Curr Med Res Opin*. 2014;30(4):575-87.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Este artigo foi realizado durante o Projeto de Investigação no âmbito da Pós-Graduação em Medicina da Dor. Não existem outros conflitos de interesses.

Não existiram fontes de financiamento, públicas ou privadas.

CORRESPONDÊNCIA:

José Pedro Silva
josepedrosilva1993@gmail.com

RECEBIDO: 17 de agosto de 2022 | ACEITE: 21 de janeiro de 2023

COMUNICAÇÃO CLÍNICA EMPÁTICA E RESULTADOS EM SAÚDE – UMA REVISÃO

EMPATHIC COMMUNICATION IN HEALTHCARE AND HEALTH OUTCOMES – A REVIEW

Autores:

Inês Pinto de Sousa¹, Margarida Figueiredo Braga^{2,3}

RESUMO

Introdução: Os pacientes consideram a empatia uma componente de todas as relações terapêuticas e um fator essencial da sua definição de qualidade de cuidados. A comunicação empática em contexto clínico associa-se a numerosos efeitos positivos, transversais a múltiplas áreas da saúde mental e em várias patologias. Esta revisão visa, assim, avaliar e compreender a relação entre a comunicação clínica empática e resultados de saúde dos pacientes.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa na base de dados *PubMed* e *Cochrane Library*, com os termos *MESH* “Empathy”, “Physician-Patient Relations”, “Outcome Assessment, Health Care”, de trabalhos publicados entre janeiro de 2000 e setembro de 2022.

Resultados: Dos 68 artigos obtidos, oito cumpriram os critérios de inclusão: uma revisão sistemática, uma revisão sistemática e metanálise e seis estudos observacionais. Em cinco dos seis estudos observacionais foi evidenciada uma relação entre comunicação empática e controlo da pressão arterial, complicações metabólicas agudas e crónicas da diabetes, redução da espasticidade após tratamento com toxina botulínica e capacitação do paciente. A revisão sistemática concluiu que existe um efeito positivo da empatia na satisfação, capacitação e ansiedade do paciente, adesão ao tratamento e melhores resultados clínicos. A metanálise evidenciou que a relação médico-paciente tem um efeito estatisticamente significativo nos resultados em saúde ($p = 0,02$).

Discussão: A maioria dos estudos demonstrou uma relação estatisticamente significativa entre a empatia e resultados em saúde. O desenho metodológico de alguns dos estudos, no entanto, não permite inferir uma relação de causalidade. Como limitações, de referir a avaliação subjetiva da empatia e o viés de desejabilidade social associado ao preenchimento dos questionários.

Conclusão: Os resultados podem promover a implementação de programas de formação que potenciem e desenvolvam as competências de comunicação e as estratégias empáticas dos clínicos, com benefício para os pacientes.

Palavras-chave: empatia; relação médico-paciente; resultados em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Patients consider empathy to be a component of all therapeutic relationships and an essential factor in their definition of quality of care. Empathic communication in clinical settings is associated with numerous positive effects, across multiple areas of mental health and in various pathologies. This research aims to assess and understand the relationship between empathic clinical communication and patients' health outcomes.

Methods: A search of the *PubMed* database and *Cochrane Library* was conducted, with the *MESH* terms “Empathy”, “Physician-Patient Relations”, “Outcome Assessment, Health Care”, of publications released between January 2000 and September 2022.

Results: Of the 68 articles obtained, eight met the inclusion criteria: one systematic review, one systematic review and meta-analysis and six observational studies. In five of the six observational studies a relationship between empathic communication and blood pressure control, acute and chronic metabolic complications of diabetes, reduction of spasticity after botulinum toxin treatment and patient enablement was evidenced. The systematic review concluded that there is a positive effect of empathy on patient satisfaction, enablement and anxiety, treatment adherence and improved clinical outcomes. Meta-analysis indicated that the doctor-patient relationship has a statistically significant effect on health outcomes ($p = 0,02$).

Discussion: Most studies have demonstrated a statistically significant relationship between empathy and health outcomes. The methodological design of some of the studies, however, does not allow inferring a causal relationship. As limitations, we should mention the subjective assessment of empathy and the social desirability bias associated with the completion of the questionnaires.

Conclusion: The results may promote the implementation of training programmes that enhance and develop clinicians' communication skills and empathic strategies, with benefit for patients.

Keywords: empathy; physician-patient relationship; health outcomes.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Covelo, ACeS Porto Oriental

2. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

3. i3S Instituto de Investigação e Inovação em Saúde

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a relevância da comunicação clínica em cuidados de saúde tem vindo a ser reforçada por um número crescente de estudos científicos.¹ A capacidade de comunicar de modo eficaz e centrada no paciente foi sempre considerada correta e a sua adequação não era questionada.¹ A sua ausência tem sido associada a muitos dos problemas e queixas reportados relativamente aos médicos.¹ Uma comunicação pouco eficiente tem vindo a ser relacionada com dificuldade na identificação pelo médico de cerca de 50% dos problemas do foro psicossocial e psiquiátrico; para além disso, de acordo com *Stewart*,¹ verifica-se que os médicos interrompem os pacientes cerca de 18 segundos após estes iniciarem o discurso; que 54% dos problemas e 45% das preocupações dos pacientes não são considerados pelo médico ou revelados pelo paciente; que pacientes e médicos não concordam com o principal problema em 50% das consultas e que os pacientes estão insatisfeitos com as informações fornecidas pelos médicos.

Os pacientes consideram a empatia como uma componente básica de todas as relações terapêuticas, uma dimensão da comunicação e um fator essencial da sua definição de qualidade de cuidados.² O conceito de empatia tem sido debatido por diversos autores, sendo consensual a existência de três componentes: afetivo, cognitivo e comportamental. A sua dimensão afetiva baseia-se na moralidade do médico, como o respeito pela autenticidade do outro, o interesse pelo outro, e a imparcialidade, algo que depende do desenvolvimento pessoal e experiências do profissional. A dimensão cognitiva consiste nas competências de comunicação, empáticas, e de construção de uma relação com o paciente, com base em confiança mútua.² O comportamento inclui a comunicação verbal e não-verbal, e a capacidade de, para além de reconhecer e de se identificar com as emoções e perspetiva do outro, transmitir compreensão ao paciente.² A empatia clínica é, então, definida como a capacidade de compreender a situação, perspetiva e sentimentos do outro, comunicar essa compreensão, verificar a sua adequação e agir, com base nessa compreensão, de modo terapêutico.³

A comunicação empática em contexto clínico associa-se a numerosos efeitos positivos. Os pacientes mais facilmente expõem os seus sintomas e preocupações a um médico empático que demonstre maior facilidade em compreender as necessidades individuais do paciente, propondo tratamentos mais individualizados, o que aumenta a probabilidade de melhor adesão aos mesmos.⁴ Associa-se, ainda, a maior satisfação e capacitação do paciente, redução dos seus níveis de ansiedade e promoção de

melhores resultados em saúde.⁴ A maior parte dos resultados benéficos em saúde observa-se na área da saúde mental. No entanto, cada vez mais se verifica os efeitos benéficos da empatia noutras áreas, especialmente em doenças crónicas.⁴

O presente trabalho tem como objetivo rever a evidência disponível acerca dos benefícios da comunicação empática no contexto de uma relação clínica, em resultados em saúde para o paciente.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa na base de dados *PubMed* e *Cochrane Library*, com os termos MESH “*Empathy*”, “*Physician-Patient Relations*”, “*Outcome Assessment, Health Care*”, de trabalhos publicados entre janeiro de 2000 e setembro de 2022. Incluíram-se artigos em inglês ou português. Foram definidos como critérios de inclusão dos artigos: artigos de revisão sistemática ou meta-análise de qualidade, de acordo com os critérios *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e de acordo com os objetivos do estudo; ensaios clínicos ou estudos observacionais que cumpram os pressupostos: população alvo - pacientes e médicos de todas as especialidades, a exercer em contexto de clínica ou hospital público ou privado; avaliação da comunicação/relação médico-paciente/empatia - através da gravação de vídeos ou de aplicação de questionários validados para o efeito; avaliação dos resultados em saúde - variáveis que se relacionam apenas com a saúde dos pacientes (parâmetros fisiológicos, resolução de sintomas, status funcional ou emocional, adesão ao tratamento, capacitação ou satisfação). O nível de evidência (NE) dos artigos incluídos foi atribuído de acordo com a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy* (SORT). Foram excluídos os artigos de opinião, artigos duplicados, artigos sem metodologia explícita, estudos já incluídos em revisões sistemáticas ou nas meta-análises e aqueles que discordavam com o objetivo da revisão.

RESULTADOS

Da pesquisa realizada advieram 68 artigos. Após leitura do título e do resumo foram obtidos 22 artigos. Foram excluídos os artigos duplicados, os ensaios clínicos que estavam incluídos nas revisões sistemáticas (RS) e metanálises (MA), bem como os artigos teóricos e de opinião. Dos 12 artigos resultantes, foram excluídos quatro que não cumpriam os critérios de inclusão. Assim, obteve-se (como representado na Figura 1): uma RS; uma RS e MA e seis estudos observacionais (EO). Os estudos estão sumariados nos quadros I, II e III.

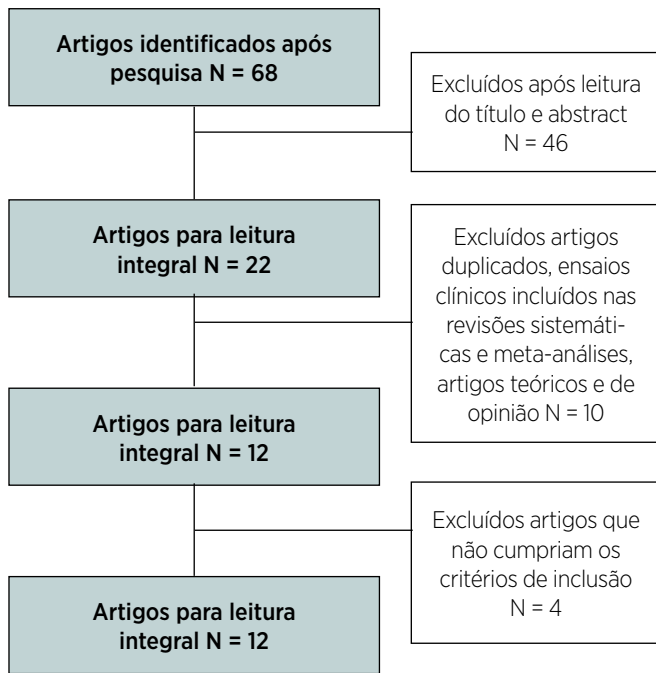


Figura 1. Processo de seleção dos artigos.

Yuguero e colaboradores tiveram como objetivo testar a hipótese de que pacientes de médicos e enfermeiros de família com reduzido *burnout* e elevada empatia poderiam ter melhor controlo e gestão da sua hipertensão arterial (HTA), no contexto de cuidados de saúde primários (CSP).⁵ A empatia foi avaliada através da versão espanhola, validada, da *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE). Os resultados mostraram que elevados níveis de empatia estavam associados de forma estatisticamente significativa a reduzidos níveis de *burnout* ($p < 0,05$). A pressão arterial sistólica (PAS) média foi inferior em pacientes de médicos com elevados níveis de empatia ($p = 0,009$), que tinham também uma menor proporção de pacientes com hipertensão. Na população hipertensa, a PAS média foi inferior em pacientes de médicos mais empáticos, mas a diferença não foi estatisticamente significativa. A PAS média foi significativamente inferior nos pacientes hipertensos com enfermeiras mais empáticas ($p = 0,01$). Pacientes de médicos com elevados níveis de empatia, com maior probabilidade atingiram um controlo adequado da pressão arterial (PA) de forma estatisticamente significativa, incluindo pacientes com hipertensão. São forças deste estudo uma elevada taxa de resposta e um tamanho amostral significativo. Porém, algumas associações encontradas podem ter uma relação estatística, mas não clinicamente significativa. O facto do *burnout* e da empatia serem avaliados através de questionários pode associar-se a um viés de desajustabilidade social. Para além do exposto, não foram tidos em conta outros fatores que podem influenciar o controlo da PA como a adesão ao tratamento, a idade e outras patologias associadas.

Concluindo, elevada empatia e reduzidos níveis de *burnout* influenciam a avaliação da PA, podendo dessa forma melhorar os resultados clínicos em CSP. Atribui-se um NE 2.

Del Canale e colaboradores⁶ desenharam o seu estudo com o intuito de avaliar a associação entre os níveis de empatia dos médicos e a ocorrência de complicações metabólicas agudas em paciente com diabetes *mellitus* (DM). O instrumento utilizado para avaliar a empatia foi a versão italiana, validada, da *Jefferson Scale of Empathy* (JSE).

Verificou-se que os médicos com níveis de empatia mais elevados tiveram uma menor taxa de pacientes com complicações metabólicas agudas, comparativamente com aqueles que tinham níveis moderados ($p < 0,01$) e reduzidos ($p < 0,05$) de empatia. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as taxas de complicações agudas em pacientes de médicos com níveis moderados a reduzidos de empatia. Através de uma análise de regressão logística, foram avaliados fatores preditores de complicações metabólicas agudas, tendo-se verificado que os níveis de empatia do médico contribuem de forma significativa para prever a ocorrência de complicações metabólicas agudas.

O artigo conclui que uma medida validada da empatia do médico associa-se de forma significativa com a incidência de complicações metabólicas agudas em pacientes diabéticos. Atribui-se um NE 2.

Kootstra e colaboradores⁷ procuraram verificar se existiam diferenças antes e depois da consulta, relativamente a scores de funcionalidade do membro superior [presentes na base *Patient-Reported Outcome Measurement Information System* (PROMIS)], entre os pacientes que consideraram os seus médicos como muito empáticos e aqueles que não o consideraram e ainda verificar se os pacientes que classificaram os seus médicos como mais empáticos tinham uma maior redução da intensidade da dor e da depressão (avaliados com instrumentos PROMIS) após a consulta médica. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o score de funcionalidade do membro superior antes e após a consulta, entre os pacientes de médicos mais e menos empáticos ($p = 0,054$). Verificou-se uma redução estatisticamente significativa na intensidade da dor entre os pacientes de médicos mais empáticos ($p = 0,028$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente aos scores de interferência da dor ($p = 0,0959$) e de depressão ($p = 0,663$). Uma das limitações deste estudo é o seu reduzido tamanho amostral. Por outro lado, não foi feita uma análise multivariada de forma a considerar potenciais variáveis confundidoras. Os autores referem que as diferenças encontradas nos scores de dor provavelmente não são clinicamente significativas.

Quadro I. Estudos observacionais.

Referência	Desenho do estudo	População em estudo	Medida de empatia	Resultado em saúde	Resultados	Conclusão	NE
O. Yuguero et al, 2017	Estudo observacional, transversal, analítico	267 Médicos e enfermeiros dos CSP; 301657 pacientes (com e sem HTA)	JSPE	PA no consultório	Elevados níveis de empatia estão associados a reduzidos níveis de <i>burnout</i> ($p < 0,05$); PAS média foi inferior em pacientes de médicos com elevados níveis de empatia ($p = 0,009$); Pacientes com HTA: PAS média foi significativamente inferior naqueles cuja enfermeira tinha elevado os níveis de <i>burnout</i> ; a PAS média foi significativamente inferior com enfermeiras mais empáticas ($p = 0,01$)	Elevada e empatia e reduzidos níveis de <i>burnout</i> influenciam o controle da pressão arterial	2
S. Del Canale et al, 2012	Estudo observacional, transversal, analítico	242 Médicos dos CSP; 20961 pacientes com diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2 (123 hospitalizados)	JSE	Complicações metabólicas agudas da DM	Médicos com níveis mais elevados de empatia têm menos pacientes com complicações metabólicas agudas, comparativamente com aqueles que têm níveis moderados ($p < 0,01$) e baixos ($p < 0,05$) de empatia. A mudança de um médico com níveis baixos para elevados de empatia diminui a probabilidade de complicações metabólicas em 41%	A empatia do médico associa-se de forma significativa com a incidência de complicações metabólicas agudas em pacientes diabéticos	2
T. J. M. Kootstra et al, 2018	Estudo observacional, longitudinal	126 Pacientes que consultaram o ortopedista	CARE	<i>Upper Extremity Function, Pain Interference</i> e escala numérica de 11 valores - avaliação da dor	Sem diferenças estatisticamente significativas: entre a funcionalidade do MS antes e após a consulta, entre os pacientes de médicos mais empáticos e relativamente aos scores de interferência da dor ($p = 0,0959$) de depressão ($p = 0,663$). Redução estatisticamente significativa na intensidade da dor entre os pacientes de médicos mais empáticos	Mesmo em pacientes que classificam os seus médicos como mais empáticos não se verifica uma alteração dos sintomas e limitações significativa	2
A. Picelli et al, 2017	Estudo observacional, analítico, coorte	20 Pacientes, com espasticidade do membro superior (MAS), após AVC	CARE	MAS, WMFT-FAS, DAS, e GAS.	Relação estatisticamente significativa entre a empatia e o atingimento dos objetivos individuais do paciente avaliados pelo instrumento GAS ($p < 0,001$). Sem relação estatisticamente significativa entre a empatia e a espasticidade do membro superior avaliado pela escala MAS, a capacidade funcional do membro superior avaliado pela WMFT-FAS ou a incapacidade funcional avaliada pela DAS	A empatia está relacionada com o atingimento dos objetivos individuais do paciente	2
S. W. Mercer et al, 2012	Estudo observacional, transversal, analítico	3044 Pacientes de áreas de diferentes níveis socioeconômicos da Escócia	CARE	PEI, GHQ-12	Os pacientes que classificaram o seu médico de família como empático obtiveram scores de capacitação mais elevados do que aqueles que consideraram o seu médico de família com uma empatia inferior à média ($p < 0,001$)	A empatia percebida pelo paciente assume um papel fulcral na capacitação do paciente em CSP tanto nas áreas mais como nas menos favorecidas da Escócia	2
S. Steinhilber et al, 2014	Estudo observacional, analítico, transversal	120 Pacientes vítimas de trauma e submetidos a tratamento agudo e internados, durante pelo menos 5 dias	CARE	CPQ - SEMTO	A empatia percebida pelo paciente associou-se de forma estatisticamente significativa com a avaliação subjetiva do resultado do tratamento ($p < 0,001$). A empatia permaneceu o fator preditor mais importante de ter um elevado resultado no SEMTO	A empatia percebida pelo paciente é importante para a sua avaliação do resultado do tratamento médico 6 semanas após a alta	2

Legenda: AVC – Acidente Vascular Cerebral, CARE - Consultation And Relational Empathy, CPQ - Cologne Patient Questionnaire, CSP – Cuidados De Saúde Primários, DAS - *Disability Assessment Scale*, DM - *Diabetes Mellitus*, GAS - *Goal Attainment Scaling*, GHQ-12 - *General Health Questionnaire*, GMAS - *General Medication Adherence Scale*, HTA - Hipertensão Arterial, JSE - *Jefferson Scale Of Empathy*, JSPE - *Jefferson*

Quadro II. Revisão sistemática.

Referência	Estudos incluídos	Resultados	Conclusão	NE
F. Derksen et al, 2013	7 estudos: 6 observacionais transversais analíticos e 1 de carácter qualitativo	<p>Correlação entre a satisfação do paciente e a sua percepção de empatia;</p> <p>Pacientes que perceberam níveis de empatia mais elevados, reportaram menores níveis de ansiedade;</p> <p>Médicos com atitudes positivas relativamente a assuntos psicossociais, expressam mais frequentemente preocupação e empatia, o que se associa a maior satisfação e melhores resultados em saúde;</p> <p>Relação positiva entre a empatia e resultados clínicos (LDL e hemoglobina glicada);</p> <p>Gripe foi menos severa e durou significativamente menos tempo em pacientes que reportaram empatia na sua relação com o médico;</p> <p>Relação significativa entre a empatia e a capacitação do paciente</p>	Efeito positivo da empatia na comunicação médico-paciente, na satisfação, capacitação e redução da ansiedade do paciente, adesão ao tratamento e melhores resultados clínicos	2

Legenda: LDL – *low density lipoprotein*.

Quadro III. Revisão sistemática e metanálise.

Referência	Estudos incluídos	Resultados	Conclusão	NE
J. M. Kelley et al, 2014	13 ensaios clínicos randomizados	A relação médico-paciente tem um efeito estatisticamente significativo nos resultados em saúde ($p = 0,02$)	A relação médico-paciente tem um efeito positivo nos resultados em saúde	1

Em suma, mesmo em pacientes que classificam os seus médicos como mais empáticos, não se verifica uma melhoria dos sintomas e limitações significativas. Atribui-se um NE 2.

Picelli e colaboradores procuraram investigar a relação entre a empatia percebida pelo paciente e os resultados clínicos após o tratamento com toxina botulínica para a espasticidade do membro superior, secundária a um acidente vascular cerebral (AVC).⁸ A avaliação foi realizada através dos instrumentos: *Modified Ashworth Scale* (MAS), *Wolf Motor Function Test – Functional Ability Scale* (WMFT-FAS), *Disability Assessment Scale* (DAS), e *Goal Attainment Scaling* (GAS). Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a empatia e o atingimento dos objetivos individuais do paciente avaliados pelo instrumento GAS ($p < 0,001$). Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a empatia e a espasticidade do membro superior avaliado pela escala MAS (cotovelo: $p = 0,324$; pulso: $p = 0,506$; punho: $p = 0,720$), a capacidade funcional do membro superior avaliado pela WMFT-FAS ($p = 0,476$), ou a incapacidade funcional avaliada pela DAS (higiene: $p = 0,4534$; vestir: $p = 0,453$; posição: $p = 0,233$; dor: $p = 0,935$). Verificou-se uma

associação direta significativa entre o valor da escala *Consultation and Relational Empathy* (CARE) e a idade do paciente ($p = 0,016$). Este estudo tem como limitação o seu reduzido tamanho amostral ($n = 20$). Os resultados demonstram que a empatia está relacionada com o atingimento dos objetivos individuais do paciente. Atribui-se um NE 2.

Um estudo realizado na Escócia por *Mercer* e colaboradores teve como objetivo estudar que fatores influenciam a capacitação do paciente, designadamente a empatia, em CSP, em zonas com diferentes níveis socioeconómicos.⁹ Foram obtidos dados sociodemográficos e relativos ao estado geral de saúde dos pacientes, através do instrumento *General Health Questionnaire* (GHQ-12). A empatia foi avaliada através do instrumento CARE e a capacitação através do instrumento *Patient Enablement Instrument* (PEI). Os pacientes que classificaram o seu médico de família como empático obtiveram scores de capacitação mais elevados do que aqueles que consideraram o seu médico de família com uma empatia inferior à média ($p < 0,001$). A capacitação máxima do paciente nunca se verificou quando a empatia era baixa. A empatia percebida pelo paciente assume um papel fulcral na sua capacitação em CSP. Atribui-se um NE 2.

Steinhausen e colaboradores realizaram um estudo para examinar se a percepção relativa ao tratamento dos pacientes submetidos a cirurgia após trauma se relacionava com o comportamento empático do médico.¹⁰ A avaliação subjetiva da impressão do paciente relativamente aos resultados do tratamento foi avaliada através de um módulo do instrumento *Cologne Patient Questionnaire* (CPQ) - "Subjective evaluation of medical treatment outcome" (SEMTO). A qualidade de vida relacionada com a saúde, cuidado psicossocial e satisfação do paciente foram avaliados também por sub-escalas presentes no CPQ. A empatia foi estudada através da versão alemã do instrumento CARE. A empatia percebida pelo paciente demonstrou uma correlação positiva estatisticamente significativa com a avaliação subjetiva do resultado do tratamento ($p < 0,001$), através de um modelo de regressão estatística, de modo a considerar a interferência de variáveis confundidoras. A empatia permaneceu o fator preditor mais importante para a obtenção de um elevado resultado no SEMTO. Os resultados sugerem que a empatia percebida pelo paciente é importante para a sua avaliação do resultado do tratamento médico seis semanas após a alta. Atribui-se um NE 2.

Derksen e colaboradores realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de investigar a eficácia da empatia na comunicação médico-paciente, em particular em CSP.² Sete estudos cumpriram os critérios propostos pelos autores. Um dos estudos demonstrou uma correlação entre a satisfação do paciente e a sua percepção de empatia. Outro estudo demonstrou que quanto maior a ansiedade do paciente, mais adequadamente o médico respondeu à mesma, e que pacientes que perceberam níveis de empatia mais elevados, reportaram menores níveis de ansiedade. Um estudo verificou que, especialmente os médicos com atitudes positivas relativamente a assuntos psicossociais, expressam mais frequentemente preocupação e empatia, sendo que os seus pacientes forneceram mais informação relativamente às questões psicológicas e sociais, o que se associa a maior satisfação e melhores resultados em saúde. Num estudo qualitativo os pacientes descreveram de que forma a atitude do médico contribuiu para a discussão dos problemas, sendo especialmente valorizadas as atitudes de interesse genuíno e empatia, inseridas em relações médico-paciente de longa duração. Um estudo observacional verificou uma relação positiva entre a empatia do médico e resultados clínicos, designadamente os

níveis de colesterol *low density lipoprotein* (LDL) e hemoglobina glicada. Outro estudo observacional demonstrou que a gripe foi menos grave e teve uma duração significativamente inferior em pacientes que reportaram empatia na sua relação com o médico. Por fim, outro dos estudos incluídos demonstrou uma relação entre a empatia e a capacitação do paciente. Existe, assim, evidência dos efeitos positivos da empatia na comunicação médico-paciente, designadamente na satisfação, capacitação e ansiedade do paciente, adesão ao tratamento e melhores resultados clínicos. Atribui-se um NE 2.

Na revisão sistemática e metanálise de *Kelley* e colaboradores,¹¹ os autores procuraram determinar se a relação médico-paciente tinha um efeito benéfico em resultados objetivos ou subjetivos em saúde. Foram incluídos apenas estudos com intervenções a nível da relação médico-paciente. Excluíram estudos em que a relação médico-paciente era manipulada apenas por intervenções focadas no paciente. Resultaram, assim, 13 ensaios clínicos randomizados. Os estudos demonstraram uma reduzida heterogeneidade entre eles e o risco de vieses foi baixo na sua generalidade. As intervenções utilizadas para alterar as relações médico-paciente variaram consideravelmente, também as condições a que foram submetidos os grupos de controlo foram variadas. A metanálise indicou que a relação médico-paciente tem um efeito reduzido, mas estatisticamente significativo nos resultados em saúde ($p = 0,02$). Trata-se de um estudo de elevada qualidade metodológica, pelo que se atribui um NE 1.

DISCUSSÃO

A investigação relativamente ao assunto é ainda muito heterogénea. Os estudos variam relativamente às medidas utilizadas para avaliar a empatia ou a relação médico-paciente. Reforça-se, assim, a necessidade de, no futuro, se realizarem estudos longitudinais e metodologicamente mais rigorosos e homogéneos que permitam confirmar estes benefícios. Mantém-se a necessidade da realização de estudos observacionais com populações maiores e mais diversificadas de modo a confirmar as relações entre os vários instrumentos de avaliação da empatia e os seus componentes, e a relação médico-paciente e os resultados clínicos. Realça-se a importância da investigação qualitativa neste âmbito, dada a subjetividade do conceito de empatia e a dificuldade da sua definição e avaliação num processo tão interativo.

Em todos os estudos observacionais incluídos é

estabelecida uma correlação positiva entre atitudes e comunicação empática e resultados em saúde. Por sua vez, ainda que se observe uma relação estatisticamente significativa, isto não implica necessariamente a possibilidade de estabelecer uma relação de causalidade e/ou relevância a nível clínico.

Uma das limitações da maioria dos estudos apresentados é o facto da empatia ser avaliada através de instrumentos de autoavaliação e não, por exemplo, através da observação das consultas e interações. Os diversos conceitos e dimensões de empatia foram avaliados de formas distintas nos vários estudos incluídos. É de referir ainda o viés de deseabilidade social associado ao preenchimento dos questionários utilizados na maioria destes estudos.

CONCLUSÃO

Nos estudos apresentados verifica-se que uma comunicação clínica empática se associa a melhores resultados em saúde. Uma comunicação empática implica considerar as perspetivas e emoções do paciente, permitindo que este se sinta “sentido”, sendo assim possível individualizar o plano de cuidados, envolvendo o paciente nas decisões e planos acerca da sua saúde. Estas estratégias empáticas têm benefícios em termos de satisfação, capacitação, adesão ao tratamento, qualidade de vida, mas também parecem ter em parâmetros fisiológicos, como a dor, valor da PA ou colesterol LDL.

Uma comunicação clínica empática, ao permitir que o profissional demonstre a sua atenção e respeito pelo paciente, potencia o estabelecimento de uma relação de confiança e de uma aliança terapêutica, promovendo a relação clínico-paciente.

Os benefícios da prática clínica centrada no paciente, fundamentados por dados científicos, reforçam a importância do investimento na implementação de programas de formação que potenciem e desenvolvam as competências de comunicação dos clínicos, com ênfase na empatia.

Atribui-se uma força de recomendação B.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
- 2- Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(606):e76-84.
- 3- Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhauser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29(1):Doc11.
- 4- Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forsch Komplementmed*. 2012;19(5):252-7.
- 5- Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-Gonzalez J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):63.
- 6- Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The

relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med*. 2012;87(9):1243-9.

7- Kootstra TJM, Wilkens SC, Menendez ME, Ring D. Is Physician Empathy Associated With Differences in Pain and Functional Limitations After a Hand Surgeon Visit? *Clin Orthop Relat Res*. 2018;476(4):801-7.

8- Picelli A, Vallies G, Chemello E, Gavras A, Castellazzi P, Meschieri A, et al. Influence of physician empathy on the outcome of botulinum toxin treatment for upper limb spasticity in patients with chronic stroke: A cohort study. *J Rehabil Med*. 2017;49(5):410-5.

9- Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract*. 2012;13:6.

10- Steinhausen S, Ommen O, Thum S, Lefering R, Koehler T, Neugebauer E, et al. Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Patient Educ Couns*. 2014;95(1):53-60.

11- Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(4):e94207.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras declaram a inexistência de conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Inês Cardoso dos Santos Pinto de Sousa
inescardososousa@gmail.com

RECEBIDO: 2 de novembro de 2022 | ACEITE: 12 de março de 2023

PERCEÇÃO DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA SOBRE A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

GENERAL PRACTITIONERS' PERCEPTION OF CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE

Autores:

Ana Teresa Gonçalves de Sousa Prata¹, Sarah do Amaral², Madalena Rodrigues², Mariana Pereira Alves², Mónica Mata², Inês Oliveira²

RESUMO

Introdução: Cerca de 13,4% da população pediátrica, a nível mundial, apresenta uma perturbação mental e esta proporção tende a aumentar. Pelo menor estigma e maior acessibilidade, a maioria destas crianças/adolescentes recorrem inicialmente aos cuidados de saúde primários (CSP). Pretende-se realizar uma avaliação da perceção das necessidades e dificuldades que os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) sentem na área da Saúde Mental Infantojuvenil (SMI).

Material e Métodos: Trata-se de um estudo transversal e descritivo da população de médicos de MGF a exercer em Portugal e que preencheram o questionário online de 16 perguntas, com respostas fechadas com escala de *Likert* e abertas dirigidas ao tipo de articulação com os serviços de SMI, sintomas mais frequentes e tipo de formação que estariam interessados.

Resultados: Cerca de metade (49%) da amostra admite grandes dificuldades na gestão das perturbações mentais da infância/adolescência, situando a maior dificuldade na área da intervenção (71%). Em cerca de metade (49,5%) dos centros de saúde não existe articulação com os serviços de SMI.

Discussão: A articulação dos centros de saúde com a SMI, quando existe, é realizada sob a forma de reuniões de discussão. O modelo de formação mais desejado é o curso intensivo. A identificação desta discrepância pode ajudar a compreender as dificuldades na articulação e lacunas na formação dos médicos de MGF nesta área, uma vez que os modelos de formação atualmente utilizados não são os modelos pretendidos ou considerados úteis.

Conclusão: Reforça-se a necessidade da colaboração entre médicos de MGF e os serviços de SMI no desenho de futuros projetos, procurando estreitar esta articulação e responder de forma mais útil e dirigida aos desafios encontrados na prática clínica, quer através da divulgação das recomendações nacionais para a prática clínica da SMI nos CSP, quer através de formações teórico-práticas de curta duração.

Palavras-chave: *infância; adolescência; cuidados de saúde primários; saúde mental*

ABSTRACT

Introduction: Around 13,4% of the pediatric population worldwide has a mental disorder and this proportion tends to increase. Due to the lower stigma and greater accessibility, the vast majority of these children/adolescents initially resort to Primary Health Care (PHC). Given the scarcity of studies, it is intended to perform an assessment of the perception of the needs and difficulties that Family Medicine Physicians (FMP) feel in the area of Child and Adolescent Mental Health (CAMH).

Methods: This is a cross-sectional and descriptive study of the population of FMP who work in Portugal and who filled out the online questionnaire of 16 questions, with closed answers with Likert scale and open directed to the type of articulation with CAMH services, most frequent symptoms and type of training that would be interested.

Results: About half (49%) of the sample admits great difficulties in the management of mental disorders in childhood and adolescence, situating the greatest difficulty especially in the area of intervention (71%). It was found that in about half (49.5%) of health centers there is no articulation with CAMH.

Discussion: The articulation of health centers with CAMH services, when it exists, is held in the form of discussion meetings. The most desired training model is the intensive course. The identification of this discrepancy can help to understand the difficulties in the articulation and gaps in the training of FMP in this area, since the training models currently used are not the intended models or considered useful.

Conclusion: It is reinforced the need for collaboration between FMP and CAMH services in the design of future projects, seeking to strengthen this articulation and respond more usefully and directed to the challenges encountered in clinical practice, either through the dissemination of national recommendations for the clinical practice of CAMH in PHC, or through short-term theoretical-practical training.

Keywords: *child; adolescent; primary health care; mental health.*

1. Assistente em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental, Centro Hospitalar de Setúbal

2. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral Familiar, USF Hygeia, ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte

INTRODUÇÃO

A atividade do psiquiatra da infância e adolescência envolve a promoção da saúde mental, a avaliação, diagnóstico e definição de estratégias terapêuticas para situações de perturbação mental e também a intervenção preventiva em grupos de risco, trabalho que se desenvolve em articulação com especialidades médicas, nomeadamente com os cuidados de saúde primários (CSP), não médicas e outras estruturas da comunidade. O envolvimento da família, bem como da criança ou adolescente, no planeamento de cuidados é da maior relevância uma vez que contribui para a disponibilidade e adesão às intervenções psicopsiquiátricas propostas.¹

Os cuidados de saúde primários representam frequentemente o primeiro contacto dos adolescentes/crianças e suas famílias com os serviços de saúde, pela acessibilidade e posição que ocupam enquanto recurso nuclear da comunidade.² Aos serviços especializados de Saúde Mental é ainda conferida uma tonalidade estigmatizante^{3,4} pelo que, os CSP, sobretudo na figura de médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), se revelam um contexto privilegiado de atuação nesta população, potenciado pelo conhecimento único que detêm sobre os indivíduos e as suas famílias.

Mundialmente, cerca de 13,4% das crianças e adolescentes experienciam uma perturbação mental,⁵ no entanto, a maioria dessa população não é sinalizada nem recebe tratamento adequado por um técnico de saúde mental. A não intervenção atempada nesta população aumenta a probabilidade de manutenção ou agravamento de sintomas e evolução para doença psiquiátrica na idade adulta, o que representa um importante encargo social, humano e financeiro.^{6,7}

Em Portugal, o trabalho de investigação de Marques, *Goldschmidt & Cepêda*⁸ que procurou identificar e caracterizar as necessidades sentidas pelos médicos de família portugueses, 88,8% dos inquiridos (de uma amostra de 168) considerou de grande importância a existência de um manual de recomendações clínicas em saúde mental da infância e da adolescência dirigido aos CSP. Em 2009, foi publicado o manual *“Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”*,⁹ orientado para a identificação precoce de eventuais perturbações, que propõe recomendações para triagem de psicopatologia e tipo de intervenção em casos de menor gravidade e referência destas crianças e

adolescentes para serviços especializados de Saúde Mental, reforçando o papel essencial da articulação entre técnicos.

Em 2016, *Krause*¹⁰ publicou um estudo que inquiriu 302 médicos de MGF no Reino Unido, dos quais 78% reportaram um aumento muito significativo nos problemas de saúde mental na infância e adolescência como motivo de consulta, comparativamente aos cinco anos precedentes. Apesar desta evidência, que se confirma em vários países, a maioria dos médicos de MGF não tem formação especializada na identificação e tratamento de perturbações mentais.^{2,11,12} A esta realidade somam-se constrangimentos relacionados com a organização dos serviços e tempos reduzidos de consulta que não permitem avaliações clínicas mais detalhadas e morosas.

O presente estudo pretende avaliar, 10 anos depois da publicação do manual I,⁹ as principais dificuldades e necessidades ainda sentidas pelos médicos de família portugueses relativamente à sua formação e gestão, na prática, de problemáticas de saúde mental em crianças e adolescentes. Assim estabelecemos os seguintes objetivos com este trabalho:

- Caracterizar a perceção dos médicos de MGF relativamente às suas competências, conhecimentos e dificuldades na gestão de problemáticas de saúde mental infantil e juvenil;
- Caracterizar a frequência e natureza de problemáticas de foro psiquiátrico na consulta de MGF de acordo com a perceção dos inquiridos;
- Avaliar a pertinência e disponibilidade dos médicos de MGF para receber formação na área de saúde mental infantil e juvenil;
- Caracterizar a modalidade/suporte formativo considerado mais útil pelos médicos de MGF.

A partir dos resultados obtidos as autoras propõem-se refletir sobre medidas que visem promover boas práticas em contexto de CSP.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo e retrospectivo, com uma amostra de conveniência de médicos de MGF (em regime de formação especializada no internato complementar de MGF ou assistente graduado), que exercem funções em Portugal.

Foi desenhado um questionário, em português, com um total de 16 perguntas, utilizando uma escala de *Likert*, com grau de concordância de 1 (Nenhuma) a 5 (Muita) e com grau de frequência: 1 (Nenhuma ou Quase Nunca), 2 (Pouca Frequência), 3 (Alguma Frequência), 4 (Muita Frequência). Existem, adicionalmente, três perguntas de resposta fechada: sim,

não e não sabe. Antes do preenchimento é assegurada a confidencialidade e o anonimato no tratamento e divulgação dos resultados do estudo, assim como se esclarece a natureza facultativa da participação no estudo. São também referidos os objetivos e a pertinência do estudo.

O questionário utilizado no presente estudo foi desenhado a partir do questionário utilizado na investigação de Marques, *Goldschmidt & Cepêda*, apresentada como poster e não publicado.⁸ Foram acrescentadas novas questões pelas autoras do presente estudo. O recurso a este instrumento prendeu-se com a inexistência de um questionário validado para a população portuguesa que respondesse à questão de investigação levantada pelas autoras do presente estudo. Por outro lado, privilegiou-se a possibilidade de comparação dos resultados obtidos em ambos os estudos, num eventual prolongamento futuro do atual estudo.

Os participantes preencheram o questionário disponibilizado online no período de abril a setembro de 2019 e autorizaram a recolha de informação (Anexo I).

Os dados foram tratados com recurso ao programa Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Foram obtidas 190 respostas válidas ao questionário aplicado. Analisando a amostra ($n = 190$), composta por médicos de MGF, verifica-se que a maioria correspondeu a médicos especialistas (59%), seguida de 41% de médicos internos de formação específica, com predomínio do sexo feminino (81,6%). A média de idades dos participantes foi de 36 anos.

A Associação Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo registou a maior participação (76,3%), seguida das ARS Centro (16,8%), Norte (5,3%) e Algarve (1,6%).

Para a maioria da amostra (69,5%), as perturbações emocionais e/ou do comportamento de crianças e adolescentes, surgem com alguma frequência, com maior prevalência na segunda infância (60,6%).

Na prática clínica da população alvo (Figura 1), as dificuldades de aprendizagem surgem como a preocupação mais frequente (80%). De destacar ainda a expressiva prevalência de problemas de comportamento, distribuídos ao longo de um espectro de gravidade crescente, desde a identificação de aumento da atividade motora (66,8%) até comportamentos de esfera antissocial (42,1%).

Um grupo alargado de sintomas, predominantemente da esfera externalizante, suscitam dificuldades

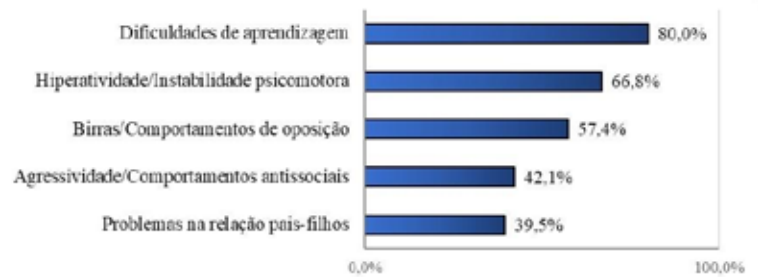


Figura 1. Distribuição por frequência na prática clínica.

na intervenção. Destaca-se o eixo de comportamentos suicidários (38,9%) e parassuicidários (45,3%) e ainda contextos de alto risco, como situação de maus-tratos/abuso sexual (Figura 2).

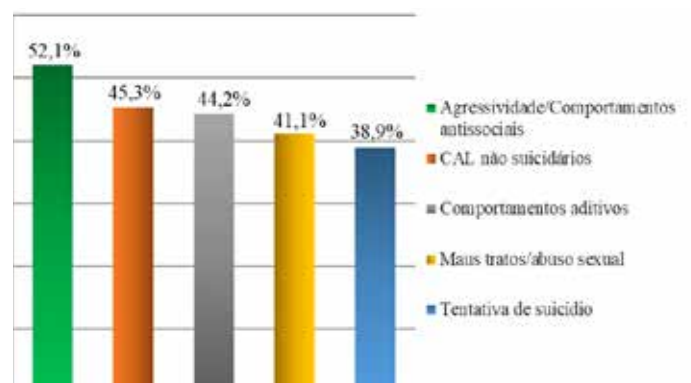


Figura 2. Distribuição por sintomas que suscitam maior dificuldade.

Legenda: CAL - comportamentos autolesivos.

Quanto aos componentes do processo de gestão destes casos clínicos - avaliação/diagnóstico, intervenção e orientação/referenciação - a maioria da amostra (71%) situa a sua maior dificuldade na área da intervenção.

Relativamente à autoavaliação da formação/informação em perturbações emocionais e/ou do comportamento de crianças e adolescentes, 54,7% da amostra considera ter pouca formação nesta área. Cerca de metade da amostra (49%) admite grandes dificuldades na gestão destas perturbações, sendo que apenas 2,1% refere ter poucas dificuldades.

Quando se avalia a importância atribuída à articulação entre os centros de saúde e os serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência (SSMIA) a grande maioria dos inquiridos considera-a muito importante (77,4%).

Constata-se que, em cerca de metade dos centros de saúde (49,5%), não existe articulação com os SSMIA. Nos centros de saúde em que existe articulação entre serviços (36,8%), apura-se que o modelo mais frequente é o de reuniões de discussão de casos clínicos (51,4%), seguido de comunicação

escrita ou telefónica (32,9%). Em 15,7% da amostra é referida a utilização de outros formatos, dos quais foram considerados pelos inquiridos a comunicação via ALERT®, sessões de consultoria não aplicáveis ao modelo clássico de discussão de casos clínicos e sessões de psicoterapia.

Relativamente à distribuição por modelos de formação mais úteis, a quase totalidade (98,4%) da amostra gostaria e encontra-se disponível (98,4%) para receber formação ou aumentar os seus conhecimentos na área de Saúde Mental da Infância e Adolescência, maioritariamente no modelo de formação teórico-prática (83,7%) como representado na Figura 3.



Figura 3. Distribuição por modelos de formação mais úteis.

Dentro deste modelo, cerca de três quartos da amostra (75,8%) considera que tem maior disponibilidade para aderir a um módulo intensivo de 2 - 3 dias de formação e cerca de metade (51,1%) elege a realização de reuniões periódicas de discussão de casos clínicos como modelo mais útil.

Quanto ao conteúdo das ações de formação/discussão, como representado na Figura 4, os temas considerados de maior importância são: a perturbação de hiperatividade e défice de atenção/agitação psicomotora (15,3%), as birras/comportamentos de oposição e desafio (15,3%) e a agressividade/comportamentos antissociais (14,21%).

Relativamente ao manual *“Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”*,⁹ 17,4% referiu desconhecer a publicação. Dos restantes, 31,6% afirma recorrer a este documento na prática clínica com pouca frequência e 28,4% quase nunca. Quando questionados acerca da utilidade desta publicação,⁹ 30,5% reconhece que é bastante útil.

A maioria dos inquiridos (60,5%) nunca frequentou qualquer ação de formação na área da Saúde

Mental da Infância e Adolescência e 54,7% também não participou em reuniões de discussão de casos clínicos, sendo o principal motivo identificado (64,4%) a inexistência deste formato de reuniões no seu centro de saúde.

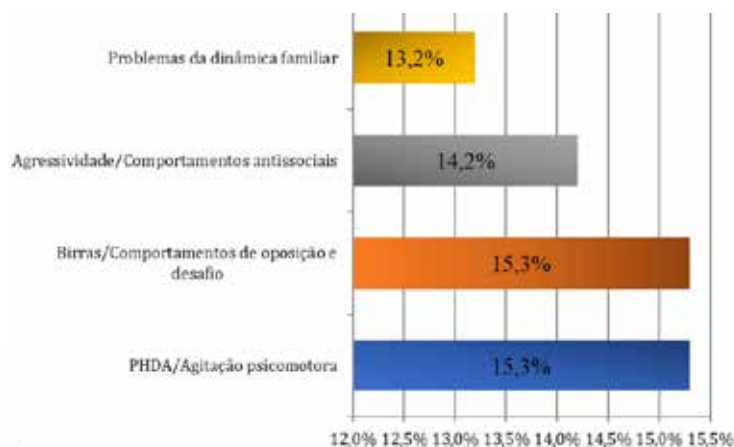


Figura 4. Distribuição por importância do conteúdo das ações de formação.

Legenda: PHDA - perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

DISCUSSÃO

As dificuldades de aprendizagem representam a queixa mais frequente na prática clínica dos médicos de MGF. Contudo, são os quadros que cursam com alterações do comportamento (como auto e heteroagressividade) os que suscitam maior dificuldade na sua gestão, seguidos dos comportamentos autolesivos não suicidários. A maioria dos médicos de MGF identifica a necessidade de formação direcionada a estas problemáticas, reconhecendo dificuldades na avaliação e orientação/referenciação destes quadros clínicos. Mas é na intervenção que foi reportado as maiores dificuldades sentidas pelos médicos MGF, o que poderá explicar o aumento de pedidos de consulta para esta especialidade, frequentemente referenciações que não cumprem critérios. Estes dados são concordantes com a literatura internacional, que menciona a dificuldade na deteção de sinais e sintomas de perturbações mentais nos adolescentes pelos médicos de MGF,^{13,14} refletindo a falta de conhecimento de critérios de referenciação para a consulta de especialidade, o que poderá explicar o fato de a taxa de recusa de pedido de consulta para a psiquiatria da infância e adolescência ser três vezes superior relativamente a outras especialidades médicas.^{13,14}

Apesar da articulação entre os centros de saúde e os SSMIA ser muito valorizada pelos médicos de MGF, cerca de metade dos centros de saúde não tem, atualmente, qualquer tipo de articulação com a saúde mental infantil. Quando esta articulação existe é realizada sob a forma de reuniões de discussão e não de

curso intensivos, o modelo de formação apontado pela amostra como o mais desejado. A identificação desta discrepância pode ajudar a compreender as dificuldades na articulação e na formação dos médicos de MGF nesta área, uma vez que os modelos de formação atualmente utilizados não são os modelos pretendidos ou considerados úteis. No que diz respeito aos temas formativos mais desejados, estes correspondem às patologias mais frequentes e/ou mais difíceis de gerir na sua prática clínica.

Os resultados atuais vão ao encontro dos apresentados na investigação de Marques, Goldschmidt & Cepêda,⁸ mostrando que a intervenção se mantém como a principal área de dificuldade para os médicos de MGF; que os problemas de aprendizagem são os mais identificados em consulta e que os problemas de comportamento são identificados como a problemática a carecer de maior formação.

No entanto, a necessidade de formação nos problemas de relação pais-filhos diminuiu (cerca de 35% em 2004,⁸ comparativamente com 28% no presente estudo), o que poderá representar uma melhoria ao nível da formação do internato de MGF na abordagem das relações intrafamiliares. As autoras colocam ainda a hipótese desta redução poder ser atribuída ao desafio que representa a identificação destas problemáticas, centrando inicialmente na criança/adolescente as dificuldades encontradas.

O manual *“Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”*⁹ propõe que os casos de gravidade ligeira a moderada sejam alvo de intervenção ao nível dos CSP, antecedendo o encaminhamento para a especialidade, com intervenção a ser reavaliada dentro de três meses. O fato de 17,4% da amostra do estudo desconhecer a existência deste manual, de apenas um terço da amostra reconhecer a sua utilidade e da maioria recorrer pouco a esta publicação, está de acordo com o resultado que identifica a área da intervenção como a principal dificuldade na prática clínica. Estes dados reforçam a necessidade de repensar e procurar alternativas ou complementos que melhor respondam às dificuldades identificadas.

Relativamente às limitações deste estudo, de notar que as características demográficas da amostra do estudo não parecem corresponder às da população geral de médicos de família, internos e especialistas, que exercem em Portugal, ao nível dos CSP. Coloca-se a hipótese que esta discrepância se deva à modalidade online do questionário e que, nesse sentido, a amostra se encontre enviesada por uma maior adesão por parte de médicos internos e jovens

especialistas, em maior contato com recursos digitais. Outra limitação prende-se com a divulgação do estudo, feita por pares por via eletrónica, o que poderá justificar a discrepância da distribuição demográfica da população inquirida.

Os resultados obtidos apontam para a manutenção de desafios na prática clínica dos médicos de MGF, sobretudo na intervenção em saúde mental da infância e da adolescência. Apesar da consciência desta realidade e dos esforços dirigidos no sentido de compensar esta limitação, através dos materiais teóricos disponíveis ou pela articulação com serviços especializados de Saúde Mental, estes revelam-se ainda insuficientes perante as exigências da prática clínica.

CONCLUSÃO

Reforça-se a necessidade da colaboração entre médicos de MGF e os serviços de Saúde Mental no desenho de futuros projetos, procurando estreitar esta articulação e responder de forma mais útil e dirigida aos desafios encontrados, uma vez que as equipas especializadas têm a competência na área da saúde mental infantojuvenil, mas os centros de saúde possuem os recursos necessários a uma intervenção na comunidade, não só pelo conhecimento das famílias e da sua trajetória de vida como pelo conhecimento das necessidades e recursos locais.

As autoras destacam a pertinência dos resultados acima descritos como vetores orientadores de futuras propostas. Sugere-se uma melhor divulgação dos materiais já existentes, como a publicação *“Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”*;⁹ o desenvolvimento de novas estratégias desenhadas em conjunto com o público-alvo (de que são exemplo formações teórico-práticas de curta duração) favorecendo a deteção precoce de situações de risco e a intervenção atempada; a implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce e a formação de outros técnicos no âmbito da Saúde Mental Infantil e Juvenil.

O aumento da qualidade da resposta dos CPS a problemáticas do foro mental, poderá reduzir o número total de referenciação à especialidade, acompanhando e orientando os casos de gravidade ligeira, permitindo que os psiquiatras de infância e adolescência consigam acompanhar, de forma mais atempada e regular, os casos mais graves e complexos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Goldschmidt T, Marques C, Xavier M. Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde. 2018.

- 2- O' Brien D, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. *Br J Gen Pract.* 2016;(October):e693-707.
- 3- Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *J Soc Work Values Ethics.* 2011;8(2):1-14.
- 4- Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manag Forum.* 2017;3(2):111-6.
- 5- Polanczyk G V, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56:345-65.
- 6- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2011;18(1):23-33.
- 7- Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(3):226-36.
- 8- Marques C, Goldschmidt T, Cêpeda T. Working with Primary Care. Poster session presented at: 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) 2004; Berlim.
- 9- Marques C, Cêpeda T. Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa; 2009.
- 10- Krause N. "A Time Bomb Waiting to Explode": A Survey of GPs' Concerns about Mental Health Services for Children and Young People [Internet]. London; 2016. Available from: <https://stem4.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/A-Time-Bomb-Waiting-to-Explode.pdf>
- 11- Moscovici L, Azevedo-Marques JM, Bolsoni LM, Rodrigues-Junior AL, Zuardi AW. Impact of different approaches of primary care mental health on the prevalence of mental disorders. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19:256-63.
- 12- Romer D, McIntosh M. The Role of Primary Care Physicians in Detection and Treatment of Adolescent Mental Health Problems. In: Evans DL, Foa EB, Gur RE, Hendin H, O'Brien CP, Seligman MEP, et al., editors. *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know A Research agenda for Improving the Mental Health of Our Youth.* Oxford University Press; 2005. p. 579-596.
- 13- Hinrichs S, Owens M, Dunn V, Goodyer I. General practitioner experience and perception of Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) care pathways: a multimethod research study. *BMJ Open.* 2012;2(e001573):1-11.
- 14- Lambert AK, Doherty AJ, Wilson N, Chauhan U, Mahadevan D. GP perceptions of community-based children's mental health services in Pennine Lancashire: a qualitative study. *BJGP Open.* 2020;4(4):1-8.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Teresa Gonçalves de Sousa Prata
ana.prata@chs.min-saude.pt

RECEBIDO: 07 de fevereiro de 2022 | ACEITE: 01 de março de 2023

ANEXO I

Questionário a ser aplicado:

Secção 1 de 3

Saúde Mental Infantil nos Cuidados Primários

É convidado(a) a fazer parte de um estudo de investigação. A sua decisão em fazer parte deste estudo é estritamente voluntária. Tem o direito de escolher não participar, ou terminar a sua participação em qualquer momento.

Como Psiquiatras da Infância e da Adolescência consideramos que para a realização de um trabalho de qualidade junto de crianças e adolescentes com problemas emocionais e do comportamento, é fundamental o desenvolvimento de uma articulação organizada e coesa com os Cuidados de Saúde Primários.

Com esse objetivo pedimos a colaboração de médicos internos e especialistas de Medicina Geral e Familiar para o preenchimento do presente questionário que visa avaliar as necessidades e dificuldades que sentem na vossa prática clínica quando a problemática é da área da saúde mental da infância e da adolescência.

A informação recolhida será tida em conta aquando da elaboração de ações de formação para médicos de família sobre saúde mental da infância e da adolescência, de forma a elaborar formações úteis e dirigidas para a vossa prática clínica e para as principais dificuldades com que se deparam no dia-a-dia.

O questionário é anónimo e o tempo de preenchimento previsto é de cerca de 10 minutos. Não existem potenciais riscos ou inconvenientes na participação neste estudo. Os dados recolhidos serão analisados por internos e especialistas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, sob supervisão do investigador principal, mantendo a informação confidencial. Não existem conflitos de interesses.

Para mais esclarecimentos, poderá contactar a principal investigadora (Ana Teresa Prata, pedopsiquiatra na Clínica do Parque, HDE, CHULC) através do e-mail atprata5@outlook.com.

Tem o direito de ser informado acerca dos resultados do estudo após a sua conclusão, podendo para o efeito contactar a principal investigadora, através do e-mail fornecido.

A sua participação neste questionário é admitida como o seu consentimento.

Agradecemos antecipadamente a vossa disponibilidade e colaboração.

Secção 2 de 3

1. Que importância atribui à articulação entre os Centros de Saúde e os serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência? [“Nenhuma”, “Pouca”, “Moderada”, “Bastante”, “Muita”]

2. No seu Centro de Saúde existe atualmente algum tipo de articulação com Serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência? [“Sim”, “Não”, “Não sabe”]

a. Se a resposta à pergunta anterior foi Sim, indique qual o modelo de articulação utilizado: [“Comunicação escrita ou telefónica”, “Reuniões de discussão de casos clínicos”, “outra opção – resposta aberta”]

3. Como avalia a sua informação/formação nos casos de perturbações emocionais e/ou do comportamento na criança e adolescente? [“Nenhuma”, “Pouca”, “Moderada”, “Bastante”, “Muita”]

4. Que dificuldades sente ao lidar com esses casos de perturbações emocionais e/ou do comportamento em crianças e adolescentes? [“Nenhumas”, “Poucas”, “Moderadas”, “Bastantes”, “Muitas”]

5. Este tipo de casos surge na sua prática clínica com que frequência? [“Quase nunca”, “Pouca frequência”, “Alguma frequência”, “Muita frequência”]

6. Os casos com esta problemática que surgem com maior frequência são de que faixa etária? [“0-2 anos”, “3-5 anos”, “6-10 anos”, “11-13 anos”, “14-18 anos”]

7. Selecione os 5 sintomas desta área que surgem mais frequentemente na sua prática diária. [escolha múltipla: “Birras/comportamentos de oposição”, “Agressividade/comportamentos anti-sociais”, “Hiperatividade/instabilidade psicomotora”, “Comportamentos autolesivos não suicidários”, “Tentativa de suicídio”, “Comportamentos aditivos”, “Dificuldades de aprendizagem”, “Queixas somáticas sem aparente causa orgânica”, “problemas alimentares”, “Problemas de sono”, “Problemas de controle dos esfíncteres”, “Problemas da relação/socialização”, “Medos/fobias”, “Recusa escolar”, “Tristeza/irritabilidade”, “Alucinações/delírios/comportamentos bizarros”, “Maus tratos/abuso sexual”, “Problemas na relação pais-filhos”, “outros – resposta aberta”]

8. Assinale os 5 sintomas que lhe suscitam maiores dificuldades. [igual a anterior]

9. As suas maiores dificuldades situam-se em que áreas? [“Avaliação/diagnóstico”, “Intervenção”, “Orientação/referenciação”]

10. Gostaria de receber formação ou aumentar os seus conhecimentos em Saúde Mental da Infância e Adolescência? [“Sim”, “Não”]

11. Está disponível para participar em ações de formação nesta área? [“Sim”, “Não”]

a. Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, que tipos de modelos de formação considera mais úteis? [“Formação teórica”, “Formação teórico-prática”, “Apresentação ideográfica de entrevista clínica à criança/adolescente e família”, “Sessões de role-playing”, “Estágio de observação em serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência”, “outros – resposta aberta”]

12. A que modelo de formação teria disponibilidade para aderir? [“Módulo intensivo de 2-3 dias de formação”, “Reuniões periódicas de discussão de casos clínicos”, “Estágio de observação em serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência”]

13. Refira por ordem decrescente de importância que 3 temas gostaria de ver discutidos/abordados em ações de formação. [resposta aberta]

14. Em 2009, foi publicado pela DGS o documento “Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”. Com que frequência recorre a este documento na prática clínica da saúde mental infantil e juvenil? [“Quase nunca”, “Pouca frequência”, “Alguma frequência”, “Muita frequência”, “Desconheço o documento”]

15. Que utilidade considera ter a publicação destas recomendações? [“Nenhuma”, “Pouca”, “Moderada”, “Bastante”, “Muita”, “Desconheço o documento”]

16. Já anteriormente frequentou alguma ação de formação na área da Saúde Mental da Infância e Adolescência? [“Sim”, “Não”]

17. Já participou em reuniões de discussão de casos clínicos desta área no seu Centro de Saúde? [“Nunca”, “Poucas vezes”, “Algumas vezes”, “Muitas vezes”]

a. Se respondeu ‘poucas vezes’ ou ‘nunca’ à pergunta anterior, o motivo foi por: [“Não existirem reuniões no seu Centro de Saúde”, “Falta de tempo/disponibilidade”, “Não estar motivado para esta área”, “Não ter casos com esta problemática”, “outros – resposta aberta”]

“ARS LVT”, “ARS Alentejo”, “ARS Algarve”]

Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar a que pertence [resposta aberta]

Secção 3 de 3

Dados Demográficos

Idade [resposta aberta]

Sexo [“Masculino”, “Feminino”, “Outro”]

Categoria Profissional [“Médico Interno”, “Médico Especialista”, “Psicólogo”, “Enfermeiro”, “Assistente Social”, “outro – resposta aberta”]

A que ARS pertence? [“ARS Norte”, “ARS Centro”,



**ASSOCIAÇÃO
DE INTERNOS DE
MEDICINA GERAL
E FAMILIAR**

zona norte

SEDE AIMGF ZONA NORTE

Rua Prof. Álvaro Rodrigues, 49, 4100-040 Porto