

AIMM GF MAGAZINE

volume 11 . nº 3

novembro 2021 | quadrimestral
ISSN 2184-2493

editorial »

DESAFIOS ATUAIS DA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA NO INTERNATO DE MEDICINA
GERAL E FAMILIAR

artigo de opinião »

O PAPEL DA MEDICINA GERAL E
FAMILIAR NO SNS: COMO ESTAMOS E
PARA ONDE CAMINHAMOS?

revisão baseada na evidência »

“QUANTOS LIKES TENHO?”:
USO DE REDES SOCIAIS, INSATISFAÇÃO COM
A IMAGEM CORPORAL E ALTERAÇÃO DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR

ESTATINAS EM PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE
DOENÇA CARDIOVASCULAR EM IDOSOS –
REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

PAPEL DA LACTASE NA CÓLICA INFANTIL:
UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

melhoria da qualidade »

DIABETES: RISCO CARDIOVASCULAR E
LDL ALVO EM UTENTES DE
SEIS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

relato de caso »

NEURALGIA DO NERVO
PUDENDO - UM CASO
DESAFIANTE DE DOR PÉLVICA

UMA GONALGIA ATÍPICA

DIA-A-DIA SEM SENTIDO(S) -
RELATO DE CASO

MUTAÇÃO BRCA - UM
DESFECHO FATAL OU
UMA QUESTÃO DE SORTE?

PENFIGÓIDE BOLHOSO - UM
DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

investigação »

HÁBITOS DO SONO NUMA
POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Controle a asma^{1,2}

sem confundir os papéis.³



MAIOR CONTROLO NUMA ÚNICA TOMA.^{1,2}



Revinty
furoato de fluticasona + vilanterol ELLIPTA
ELE CONTROLA

O perfil de segurança de Revinty foi validado em ensaios clínicos de grande escala, como o SUMMIT (n=4121) e SLS na Asma (n=2114)^{1,4}

1) Woodcock A et al. *Lancet* 2017; 390:2247-2255. 2) Bateman ED et al. *Thorax* 2014; 69:312-319. 3) GINA. Global strategy for asthma management and prevention, 2019. Available at: <https://ginasthma.org/gina-reports/> (Acedido: março 2020). 4) Vestbo J et al. *Lancet* 2016; 387:1817-1826. ICS: Corticoesteróide inalado; LABA: Agonista β_2 de longa duração.

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM • NOME DO MEDICAMENTO Revinty Ellipta **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Revinty Ellipta 92/22 mcg: Cada inalação disponibiliza uma dose administrada de 92 mcg de furoato de fluticasona e 22 mcg de vilanterol (como trifenatato). Isto corresponde a um recipiente unidose de 100 mcg de furoato de fluticasona e 25 mcg de vilanterol (como trifenatato). Revinty Ellipta 184/22 mcg: Cada inalação disponibiliza uma dose administrada de 184 mcg de furoato de fluticasona e 22 mcg de vilanterol (como trifenatato). Isto corresponde a um recipiente unidose de 200 mcg de furoato de fluticasona e 25 mcg de vilanterol (como trifenatato). **FORMA FARMACÉUTICA** Pó para inalação em recipiente unidose **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Asma: Revinty Ellipta 92/22 mcg e 184/22 mcg está indicado para o tratamento regular da asma em adultos e adolescentes com idade ≥ 12 anos em que a utilização de um medicamento contendo uma associação [agonista beta2 de ação prolongada e corticosteróides para inalação] é adequada: doentes que não estão adequadamente controlados com corticosteróides para inalação e com agonistas beta2 de curta duração de ação "conforme o necessário"; doentes que estão já adequadamente controlados com corticosteróide para inalação e agonista beta2 de longa duração de ação. **DPOC:** Revinty Ellipta 92/22 mcg está indicado para o tratamento sintomático de adultos com DPOC com um FEV1 previsível normal $<70\%$ (após o broncodilatador) com antecedentes de exacerbação apesar da terapêutica regular com um broncodilatador. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Asma (92/22 mcg e 184/22 mcg) **Adultos e adolescentes ≥ 12 anos** Deve considerar-se uma dose inicial de uma inalação de 92/22 mcg uma vez por dia para adultos e adolescentes ≥ 12 anos que requeiram uma dose média de corticosteróides para inalação em associação com um agonista beta2 de ação prolongada. Se os doentes não estiverem corretamente controlados com 92/22 mcg, a dose pode ser aumentada para 184/22 mcg. Os doentes devem ser regularmente reavaliados. A dose deve ser titulada para a dose mais baixa com a qual é mantido um controlo efetivo dos sintomas. Revinty Ellipta 184/22 mcg deve ser considerado para adultos e adolescentes ≥ 12 anos que requeiram uma dose mais elevada de corticosteróides para inalação em associação com um agonista beta2 de ação prolongada. Os doentes normalmente verificam uma melhoria na função pulmonar 15 minutos após a inalação. É necessário o uso diário regular para manter o controlo dos sintomas de asma e o uso deve ser continuado mesmo quando esta é assintomática. Se os sintomas surgirem no período entre as doses, deve ser tomado um agonista beta2 de curta duração, por inalação, para o alívio imediato. A dose máxima recomendada é 184/22 mcg 1x/dia. **Crianças <12 anos** A segurança e a eficácia ainda não foram estabelecidas na indicação para a asma. **DPOC (92/22 mcg) Adultos ≥ 18 anos** Uma inalação 1x/dia. Os doentes normalmente verificam uma melhoria na função pulmonar 16-17 minutos após a inalação. **População pediátrica** Não é relevante na população pediátrica para a indicação de DPOC. **Populações especiais (idosos (> 65 anos) e Compromisso renal** Não é necessário ajustar a posologia. **Compromisso hepático** Estudos revelaram um aumento na exposição sistémica ao FF. Devem tomar-se precauções na definição da posologia em doentes com compromisso hepático que possam estar em risco mais elevado de reações adversas sistémicas associadas a corticosteróides. Para os doentes com compromisso hepático moderado ou grave a dose máxima é 92/22 mcg. **Modo de administração** Via inalatória. Deve ser administrado à mesma hora do dia, todos os dias. Se uma dose for omitida, deve tomar-se a próxima dose à hora habitual no dia seguinte. Após inalação, os doentes devem enxaguar a boca com água sem a engolir. **CONTRAINDICAÇÕES** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO** **Deterioração da doença** Não deve ser utilizado para tratar sintomas de asma aguda ou uma exacerbação aguda na DPOC, para os quais é necessário um broncodilatador de curta duração. O uso aumentado de broncodilatadores de curta duração para aliviar os sintomas indica deterioração do controlo. Os doentes não devem interromper a terapêutica na asma ou na DPOC, sem supervisão de um médico, uma vez que os sintomas podem reaparecer após a descontinuação. Os acontecimentos adversos e as exacerbações relacionadas com a asma podem ocorrer durante o tratamento. Deve pedir-se aos doentes que continuem o tratamento mas que procurem aconselhamento médico se os sintomas da asma continuarem incontroláveis ou piorarem após o início do tratamento com Revinty Ellipta. **Broncospasmo paradoxal** Pode ocorrer com um aumento imediato na pieira após a administração. Deve ser tratado imediatamente com um broncodilatador para inalação de curta duração. Revinty Ellipta deve ser suspenso imediatamente, o doente avaliado e uma terapêutica alternativa instituída conforme o necessário. **Efeitos cardiovasculares** Podem ser observados efeitos cardiovasculares, tais como arritmias cardíacas por ex., taquicardia supraventricular e extra-sístoles. Num estudo controlado com placebo em indivíduos com DPOC moderada e com antecedentes, ou um risco aumentado de doença cardiovascular, não existiu aumento do risco de acontecimentos cardiovasculares. No entanto, deve ser utilizado com precaução em doentes com doença cardiovascular grave ou anormalias do ritmo cardíaco, tireotóxico, hipocalcémia não corrigida ou em doentes com predisposição para níveis baixos de potássio sérico. **Doentes com compromisso hepático** Para os doentes com compromisso hepático moderado a grave, deve ser utilizada a dose de 92/22 mcg. **Efeitos sistémicos dos corticosteróides** Podem ocorrer com qualquer corticosteróide para inalação, em especial com doses elevadas recetadas durante longos períodos (ocorrência muito menos provável do que com corticosteróides orais). Incluem síndrome de Cushing, características cushingoides, apoplexia suprarrenal, diminuição na densidade mineral óssea, retardação do crescimento em crianças e adolescentes, cataratas e glaucoma e, mais raramente, uma variedade de efeitos psicológicos e comportamentais incluindo hiperatividade psicomotora, perturbações do sono, ansiedade, depressão ou agressão (em especial em crianças). **Administrar com precaução** em doentes com tuberculose pulmonar ou em doentes com infeções crónicas ou não tratadas. **Perturbações visuais** Podem ser notificadas perturbações visuais com o uso sistémico e tóxico de corticosteróides. Se um doente apresentar sintomas tais como visão turva ou outras perturbações visuais, o doente deve ser considerado para encaminhamento para avaliação de possíveis causas que podem incluir cataratas, glaucoma ou doenças raras, como coriorretinopatia serosa central (CRSC), que foram notificadas após o uso de corticosteróides sistémicos e tópicos. **Hiperglicémia** Notificados casos de aumentos nos níveis de glucose no sangue em doentes diabéticos e tal deve ser considerado quando se receita a doentes com antecedentes de diabetes mellitus. **Pneumonia em doentes com DPOC** Um aumento da incidência de pneumonia, incluindo pneumonia que requer hospitalização, tem sido observado nos doentes com DPOC a receberem corticosteróides inalados. Existe alguma evidência de um risco aumentado de pneumonia com o aumento da dose de esteroide mas isto não foi demonstrado de forma conclusiva entre todos os estudos. Não existe evidência clínica conclusiva para diferenças dentro da mesma classe na magnitude do risco de pneumonia entre os medicamentos contendo corticosteróides inalados. Os médicos devem continuar alerta para o possível desenvolvimento de pneumonia em doentes com DPOC pois as características clínicas de tais infeções sobrepõem-se aos sintomas das exacerbações da DPOC. Os fatores de risco para pneumonia em doentes com DPOC incluem tabagismo atual, idade avançada, índice de massa corporal (IMC) baixo e DPOC grave. **Pneumonia em doentes com asma** A incidência de pneumonia em doentes com asma foi frequente na dose mais elevada. A incidência de pneumonia em doentes com asma a tomar 184/22 mcg foi numericamente superior quando comparada com aqueles a receber 92/22 mcg ou placebo. Não foram identificados fatores de risco. **Excipientes** Cada dose administrada contém aproximadamente 25 mg de lactose (na forma mono-hidratada). Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência total de lactase ou malabsorção de glucose-galactose não devem utilizar este medicamento. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** As reações adversas mais frequentemente notificadas foram cefaleia e nasofaringite. Com a exceção de pneumonia e fraturas, o perfil de segurança foi semelhante em doentes com asma e DPOC. Durante os estudos clínicos, pneumonia e fraturas foram mais frequentemente observadas em doentes com DPOC. **Infeções e infestações** **Frequentes** Pneumonia, infeção do trato respiratório superior, bronquite, gripe, candidíase da boca e da garganta. **Doenças do sistema imunitário** **Raras** Reações de hipersensibilidade incluindo anafilaxia, angioedema, erupção cutânea e urticária. **Perturbações do foro psiquiátrico** **Raras** Ansiedade. **Doenças do sistema nervoso** **Muito frequentes** Cefaleia. **Raras** Tremor. **Afeções oculares** **Pouco frequentes** Visão turva. **Doenças cardíacas** **Pouco frequentes** Extra-sístoles. **Raras** Palpitações, taquicardia. **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino** **Muito frequentes** Nasofaringite. **Frequentes** Dor orofaríngea, sinusite, faringite, rinite, tosse, disfonia. **Raras** Broncospasmo paradoxal. **Doenças gastrointestinais** **Frequentes** Dor abdominal. **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos** **Frequentes** Artralgia, dor de costas, dor de cabeça, fraturas, espasmos musculares. **Perturbações gerais e alterações no local de administração** **Frequentes** Pirexia. **TITULAR DA AIM** GlaxoSmithKline (Ireland) Limited, 12 Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Irlanda. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** dezembro 2018. **APRESENTAÇÃO:** Revinty Ellipta 92 mcg+22 mcg, 30 doses; Revinty Ellipta 184 mcg+22 mcg, 30 doses. **Regime de comparticipação:** Escalão B. **Regime Geral** 69%; **Regime Especial** 84%. **Medicamento Sujeito a Receita Médica.** Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu/>. **Consultar o RCM completo para informação detalhada.** Para mais informações e em caso de suspeita de um acontecimento adverso ou de outra informação de segurança, contactar o departamento médico da GlaxoSmithKline +351 214129500. Para mais informações contactar o representante local do titular da AIM: Bial-Portela & Cª, S.A., -A Av. da Siderurgia Nacional, 4745-457 S. Mamede do Coronado; NIF: 500220913; DDVSA1190129

© 2020 empresas do grupo GSK ou sob licença. As Marcas Registradas são propriedade ou licenças das empresas do grupo GSK. Revinty Ellipta foi desenvolvido em colaboração com a Innoviva, Inc.

RV/MAR20/PT/004
PM-PT-FFV-PPT-200011, abril 2020

INNOVIVA



Bial
Keeping life in mind.

Ficha Técnica

ISSN 2184-2493

CORPO EDITORIAL

EDITORES-CHEFE:

Dr. Jaime Oliveira
Dra. Rosana Pereira Dias

EDITORES-ADJUNTOS:

Dra. Ana Cecília Barbosa
Dra. Ana Filipa Miranda
Dra. Ana Rita Cerqueira
Dra. Joana Fernandes Ribeiro
Dra. Joana Peixoto
Dra. Joana Resse Lascasas
Dr. João Paulino
Dra. Vera Lúcia Teixeira

DESIGN E GRAFISMO:

LCD design
info@lccddesign.pt

PERIODICIDADE:

Quadrimestral

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

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

REVISTA INDEXADA:

Index
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

DESAFIOS ATUAIS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO INTERNATO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Ana Cecília Barbosa, Ana Filipa Miranda, Ana Rita Cerqueira

7 ARTIGO DE OPINIÃO

O PAPEL DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO SNS: COMO ESTAMOS E PARA ONDE CAMINHAMOS?

Inês Rosendo

9 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

“QUANTOS LIKES TENHO?”: USO DE REDES SOCIAIS, INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Inês Oliveira Dias, Jorge Hernâni-Eusébio, Ricardo Jorge Silva

18 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

ESTATINAS EM PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR EM IDOSOS – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Virgínia Martins Rodrigues, Daniela Marques, Luísa Fonte, Ana Paula Oliveira

26 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

PAPEL DA LACTASE NA CÓLICA INFANTIL: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Soraia Azevedo Oliveira, Gabriel Cruz, Marta Duarte Gomes, Rita Cancela Nogueira, Miguel Costa

33 RELATO DE CASO

NEURALGIA DO NERVO PUDENDO - UM CASO DESAFIANTE DE DOR PÉLVICA

Joana Pacheco de Castro, Inês Pirra, Cheila Clemente

37 RELATO DE CASO

UMA GONALGIA ATÍPICA

Catarina Isidoro Lopes, Tiago Costa Freitas, Felicidade Malheiro

41 RELATO DE CASO

DIA-A-DIA SEM SENTIDO(S) - RELATO DE CASO

Bárbara Vaz, Diana Lima Martins

45 RELATO DE CASO

MUTAÇÃO BRCA - UM DESFECHO FATAL OU UMA QUESTÃO DE SORTE?

Luísa Fonte, M. Inês Antunes, Marta Mendes Ferreira

51 RELATO DE CASO

PENFIGÓIDE BOLHOSO - UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Mariana Seoane, Inês Brêda, Marta Dias Fernandes, Paulo Varela

57 INVESTIGAÇÃO

HÁBITOS DO SONO NUMA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

João Virtuoso, Íris Santos Silva, Joana Ribeiro, Rita S. Oliveira, Sónia Santos, Leonor Salício, Isabel Gonzalez, António Mendes

63 MELHORIA DA QUALIDADE

DIABETES: RISCO CARDIOVASCULAR E LDL ALVO EM UTENTES DE SEIS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Alexandra Rafael, Ana Matos Santos, Carla Carneiro, Daniela Catalão, Joana Rita Mendes, Luísa Camacho Fernandes, Miguel Gouveia, Odília Godinho, Sara Guimarães Fernandes

Conselho Científico 2021

Medicina Geral e Familiar

Dra. Ana Garrido
Dra. Ana Margarida Carvalho
Dra. Ana Rita Luz
Dra. Camila Mota Neves
Dra. Carla Jorge
Dra. Catarina Nogueira
Dra. Célia Maia
Dra. Cíntia França
Dra. Cristina Mesquita Neves
Dra. Fabiana Ribeiro Peixoto
Dra. Filipa Matias
Dra. Inês Teles
Dra. Joana Rita Mendes
Dra. Lígia Silva
Dr. Luís Pinho Costa
Dra. Márcia Sá
Dra. Margarida Moreira
Dra. Maria Angélica Nunes
Dra. Maria João Sá
Dra. Maria João Serra
Dra. Maria Manuel Marques
Dr. Nuno Miguel Parente
Dr. Nuno Saraiva
Dr. Pedro Couto
Dr. Pedro Seabra
Dr. Raúl Marques Pereira
Dra. Sabrina Pedone
Dra. Telma Lopes

Cardiologia

Dr. Eduardo Vilela

Endocrinologia

Dr. João Sérgio Neves

Gastroenterologia

Dr. Rui Gaspar

Ginecologia/Obstetrícia

Dr. Pedro Viana Pinto

Medicina Física e de Reabilitação

Dr. Bruno Mendes

Medicina Interna

Dr. Gilberto Pires da Rosa
Dra. Rafaela Veríssimo
Dr. Ricardo Fernandes

Otorrinolaringologia

Dr. José Pedro Matos

Pediatria

Dr. Hugo Ribeiro
Dra. Mariana Amorim Branco

Pneumologia

Dr. João Bento

Psiquiatria

Dr. Gustavo França

Saúde Pública

Dra. Rosa Branca Mansilha

DESAFIOS ATUAIS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO INTERNATO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Ana Cecília Barbosa^{1,2}, Ana Filipa Miranda^{1,3}, Ana Rita Cerqueira^{1,4}

¹ Editora-adjunta da AIMGF Magazine

² Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Uma Ponte Para a Saúde, ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa

³ Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Sete Caminhos, ACeS Grande Porto II – Gondomar

⁴ Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Odisseia, ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo

Idealizámos abrir este editorial com uma verdade universal: a atividade profissional do médico interno em Medicina Geral e Familiar (MGF) não tem início nem se dá por terminada nos trâmites do horário de trabalho. O médico interno chega ao conforto da sua casa e tem um caso clínico para escrever, *guidelines* recentes para analisar, relatórios para redigir... E ao fim de semana, pergunta o leitor? Entre pós-graduações, mestrados, doutoramentos e cursos *online*, sobram escassos momentos para ver uma série, fazer as compras de subsistência e, finalmente, ir tomar um café com aquele amigo com quem “já não marcava nada desde o inverno de 2019”.

“Ninguém disse que era fácil” (já preludiavam os *Coldplay* na “*The Scientist*”) e “vai-se fazendo com gosto”, repete o médico interno para os botões da sua bata branca. No entanto, questiona-se o médico se o internato não apresenta mais desafios do que aqueles que pensava ser capaz de ultrapassar. Pouco a pouco, o interno vai sentido o crescente peso dos objetivos da produção científica com o decorrer dos anos de internato. No meio das tarefas que parecem infundáveis, agravadas pelo período pandémico com as necessidades relacionadas com a vacinação e seguimento de doentes infetados pelo SARS-CoV-2, o médico interno consegue finalmente desdobrar-se e submeter um protocolo de um estudo científico para aprovação nas entidades responsáveis. Poderia o médico interno sentir-se satisfeito consigo mesmo nesse momento, não fosse o conhecimento que a resposta irá ser demorada e desmotivante. Qual será o propósito de uma corrida desenfreada na submissão dos protocolos quando a seguir se fica estagnado na espera de um parecer? Porque é que os pareceres para a produção científica têm tempos de resposta tão díspares de local para local? O tema inovador idealizado pelo médico interno incorre, assim, no risco de ultrapassar o seu “prazo de validade” nesta demora por uma luz verde. Como podem os internos de MGF ter os pontos da grelha curricular relativos a esses trabalhos se não obtêm autorização em tempo útil para realizá-los? Para além dos

desafios de autorização, do tempo despendido em tarefas do internato, afazeres com tarefas que surgiram durante o período pandémico e gestão da vida pessoal, neste tempo pandémico o interno vê-se na impossibilidade de reunir profissionais de saúde e/ou utentes num espaço físico, condição muitas vezes fundamental para a realização de projetos de investigação, intervenção e melhoria da qualidade. O médico interno tem, assim, obstáculos hercúleos a contornar para que seja possível levar o internato a bom porto curricular.

Qual será a verdadeira pandemia: “um tal” de SARS-CoV-2 ou a velhinha curriculite? O que é que um simples médico interno tem a provar ao mundo? Caro leitor, estes médicos são, nem mais nem menos, a “linha da frente” da produção científica em Portugal e, neste sentido, merecem um “bem-haja” por manterem a curiosidade desperta e uma capacidade quase bélica de criar e avançar com estudos científicos apesar dos inúmeros obstáculos com que se deparam desde a conceção do tema do trabalho até à sua publicação.

Qual o papel da AIMGF Magazine no meio deste cenário catastrófico? Ler, rever, aceitar (por vezes, rejeitar!) e apresentar num formato de revista os frutos deste trabalho do médico interno, desde o primeiro rascunho ao texto final. Se o leitor se identificar com esta realidade, vai perceber que não está só. No dia-a-dia, fazemos “omeletes sem ovos” e “limões de limonada” e vamos “grão a grão” construindo o nosso futuro como médicos e fazendo contributos para que a MGF esteja cada vez mais perto da medicina baseada na evidência. Esperamos que os médicos possam sempre ter a AIMGF Magazine como um aliado no combate aos desafios da produção científica no internato de MGF.

Se o leitor notar alguns traços de similaridade entre si e estas médicas internas, não esmoreça! Estamos consigo na batalha! Amanhã lutaremos uma outra! Hoje ainda tem de finalizar aquele póster cujo prazo de entrega termina às 23h59... Força!

O PAPEL DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO SNS: COMO ESTAMOS E PARA ONDE CAMINHAMOS?

Inês Rosendo^{1,2}

¹ Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Coimbra Centro, ACeS Baixo Mondego

² Professora auxiliar convidada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Há muito que apregoamos que a Medicina Geral e Familiar é o pilar do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Na verdade, vários estudos mostram a relação entre a saúde da população e o número de médicos de família e os números da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2019 mostram a eficácia da MGF portuguesa, por exemplo, nas baixas taxas de hospitalizações evitáveis.^{1,2} Em Portugal, de facto, o médico de família, além de ser a porta de entrada do sistema, especialista em sintomas indiferenciados e em ler indícios subtis, em fazer raciocínio clínico passo a passo, em lidar com a complexidade e a multimorbilidade, ainda é aquele que acompanha famílias e pessoas ao longo da sua vida, com foco no seu bem-estar a todos os níveis, atuando ao nível individual e da família e pensando ao nível coletivo/comunidade, fazendo jus às competências definidas pela WONCA/Euract.³

Os tempos peri/pós-pandémicos levam-nos a refletir sobre o presente, olhando horizontes de futuro, por ele estar de novo a ser (re)construído, tijolo a tijolo. A flexibilidade e capacidade de abrangência dos médicos de família foi muito útil ao SNS e aos portugueses em época de pandemia, conseguindo abarcar tarefas simultaneamente novas e complexas, de um dia para o outro, mantendo 95-98% das pessoas com COVID-19 seguidas por eles, em casa.⁴ Mantiveram também abertos os ADR (atendimento a doentes respiratórios) na comunidade e apoiaram a organização da vacinação em massa que ainda decorre nos centros de vacinação e nos centros de saúde. Muito do que era o dia-a-dia foi destruído e isso obrigou a repensar a importância de cada passo e cada tarefa. E que melhor altura para redefinir o papel da Medicina Geral e Familiar no SNS senão aquele em que estamos, mais do que nunca, conscientes daquilo que é realmente essencial nesse papel e, mais do que isso, abertos a essa discussão?

É muito claro, há muito tempo, que a gestão de doenças agudas feita pelo médico de família, especialista em doença aguda comum e nas pessoas

específicas que delas sofrem, resolve cerca de 90% dos problemas das pessoas de forma mais eficiente.⁵ Torna-se urgente, no entanto, redefinir de novo o papel da articulação com os serviços de urgência hospitalares e com os serviços sociais e instituições de apoio aos pacientes e ainda rever o material que é essencial haver nos centros de saúde para poder de facto resolver estes problemas. É também muito claro que o seguimento de doenças crónicas frequentes e prevenção terciária é feita pelo médico de família. Agora torna-se essencial perceber como articular de forma mais célere e direta com os colegas hospitalares e gerir as pessoas num sistema (ainda) mais complexo que a sua multimorbilidade, num tempo em que as tecnologias de comunicação deveriam permitir acesso rápido à informação e contacto direto e rápido entre colegas. É também muito claro que o seguimento das pessoas desde a sua gestação até ao final de vida deve ser feito pelo seu médico de família, o médico que melhor a conhece. Mas agora torna-se urgente a definição e distribuição de tarefas entre os vários atores dos cuidados de saúde primários (enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, profissionais do exercício físico, dentistas...) que, sendo dimensionados às equipas em número suficiente, poderiam ser orquestrados harmoniosamente na promoção do bem-estar de todos ao longo da vida, com ganhos em saúde bem superiores aos gastos. Se é muito claro que a primeira porta ser o centro de saúde é custo-benefício então tem de haver capacidade de dar resposta a quem os procura. Isto depende não só de haver quem atenda telefones e encaminhe e-mails mas também de uma diminuição da carga burocrática dos centros de saúde que se consegue com medidas tão simples como o desenvolvimento informático facilitador na obtenção de informação e documentos pelo cidadão e com a diminuição de obrigações que caem sobre estes locais sem que isso faça parte da sua diferenciação, consumindo cerca de 40% do tempo de um médico de família.⁶ Como podemos focar-nos naquilo que o médico da complexidade e multimorbilidade sabe

fazer melhor se não há tempo para pensar e discutir os casos complexos em equipa? Como podemos focar-nos no paciente, no treino de competências de comunicação, que nos tornam mais eficazes na promoção da adesão, do bem-estar e da saúde das pessoas, se não temos tempo para o fazer, consumidos por tarefas que não são a nossa especialidade?

A história ainda tão recente de uma especialidade que nasceu da não especialização persegue os médicos de família apesar de toda a valorização por que têm lutado da Medicina Geral e Familiar. Entre a população, gestores, profissionais de saúde e os próprios colegas, sente-se a minorização de uma especialidade recente e que, estando tão próxima da simplicidade na comunicação com as pessoas, está tão próxima de uma complexidade invisível das mesmas. Alenta-nos ver a qualidade crescente da formação tão motivada pela exigência extrínseca e intrínseca dos jovens médicos de família e a motivação para a investigação crescente e intervenção na sociedade, que vai levando aos poucos a medicina geral e familiar a um patamar mais elevado na sua valorização, ainda que esta valorização fique muito aquém da qualidade que já adquiriu.

Deparamo-nos hoje, além destas questões, com desafios organizacionais e de gestão. Apesar de haver inúmeros locais com falta de médicos de família, por reformas precoces e em massa de uma geração que era abundante na nossa especialidade, a maioria destes locais não estão acessíveis para escolha nos concursos, que são lançados de forma irregular, e afastam os médicos de família do SNS. Além disso, a reforma formou unidades de saúde familiar (USF) com equipas motivadas por uma ascensão a um modelo remuneratório próprio que está cada vez mais longe das novas equipas, e que as faz desmotivar. O modelo de USF, que facilitou a modernização e horizontalização da gestão, colocou os cuidados primários na vanguarda da organização de serviços do SNS, mas também moldou e tornou os médicos de família tendencialmente prisioneiros de “clicks” e indicadores, levando alguns a perder o sentido do que fazem, desmotivando e saindo dos serviços. Perante esta desmotivação, todos estão alerta para perceber o que nos mantém no SNS a ser médicos de família, e, também, o que é ser médico de família, fora do serviço nacional de saúde. É urgente (re)definir então, afinal, o que é ser médico de família e partir desse sonho para lutar pelas condições que possam permitir que todos possam prosseguir o seu sonho. Pois, já dizia o poeta, “sempre que um homem sonha o mundo pula e avança como bola colorida entre as mãos de uma criança”. E os médicos de família, sem

dúvida, são a base colorida do mundo, que o pode fazer avançar. (Re)defina-se a Medicina Geral e Familiar portuguesa. Rumo ao sonho.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005; 83(3): 457-502.
- 2- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2019*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, disponível em <https://doi.org/10.1787/75b2eac0-pt>.
- 3- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). *Rev Port Clin Geral.* 2005;21:511-6.
- 4- Santos I, Santos P, Ramos V, et al. Resposta à covid-19: o que foi feito e o que há para fazer. *Gestão Hospitalar* 2020;21:8-13.
- 5- Taylor RB. Categories of care in family medicine. *Fam Med.* 1981;8:7.
- 6- Granja M, Ponte C, Cavadas LF. What keeps family physicians busy in Portugal? A multicenter observational study of work other than direct patient contacts. *BMJ Open.* 2014;4:e005026.

“QUANTOS LIKES TENHO?”: USO DE REDES SOCIAIS, INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

“HOW MANY LIKES?”: THE USE OF SOCIAL MEDIA, BODY IMAGE INSATISFACTION AND EATING DISORDERS

Autores:

Inês Oliveira Dias¹, Jorge Hernâni-Eusébio^{1,2}, Ricardo Jorge Silva³

RESUMO

Introdução: O uso de redes sociais cresceu exponencialmente nos últimos anos, sendo componente integral da forma como os jovens comunicam entre si. O seu impacto na saúde mental desta população é controverso. Alguns estudos apontam para um aumento de suporte social e satisfação, enquanto outros indicam associação ao desenvolvimento de perturbação mental. Sendo um ambiente altamente visual, promovendo ideais de aparência estereotipados, estas podem exercer pressões sobre a imagem corporal e o comportamento alimentar. O seu uso pode facilitar a pressão interpares através de um *feedback* social quantificável (número de seguidores, comentários e *likes*). Pretende esta revisão identificar a evidência existente sobre o uso de redes sociais e seu impacto na imagem corporal e comportamento alimentar dos utilizadores.

Métodos: Pesquisa de 11 de maio de 2020, contemplando estudos publicados desde 1 de janeiro de 2006, em português, inglês, espanhol e francês, utilizando os termos MeSH “body dissatisfaction”, “body image”, “feeding and eating disorders”, “eating behaviors” e “social media”. Avaliou-se a qualidade dos estudos e a força de recomendação através da escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) da American Academy of Family Physicians*.

Resultados: Obtiveram-se 716 artigos inicialmente, sendo 8 selecionados: 2 revisões sistemáticas, 3 estudos de coorte, 2 estudos transversais e 1 estudo observacional. Os estudos associam o uso de redes sociais à imagem corporal e às alterações do comportamento alimentar.

Discussão: Nesta revisão apresentam-se estudos que estabelecem correlação entre o uso de redes sociais, insatisfação com a imagem corporal e alterações do comportamento alimentar. Contudo, a heterogeneidade de metodologias e populações poderão comprometer as conclusões aferidas.

Conclusão: À luz da evidência atual podemos concluir que existe relação entre o uso de redes sociais, alteração da imagem corporal e alteração dos comportamentos alimentares em adolescentes e jovens adultos (SORT B). Realça-se a importância de investigação mais aprofundada, com trabalhos metodologicamente mais robustos, avaliando populações mais homogêneas.

Palavras-chave: redes sociais; insatisfação corporal; imagem corporal; comportamentos alimentares; distúrbios alimentares

ABSTRACT

Introduction: Social media use has grown exponentially over the past few years, having a key role in communication among our youngsters. The impact of social media in mental health is still unclear. While some studies advocate that it increases social support and general satisfaction, others associate social media with the development of mental health issues. Social media can also perform some pressure regarding body image and eating behavior, caused by the idealistic appearance showed there in a very visual way. Measured social feedback (number of followers, commentaries and likes) may also trigger some pressure points in social media users. This review intends to identify the existing evidence regarding social media use, its impact on body image and eating behavior.

Methods: Search performed on May 11, 2020, including articles published since January 1st, 2006, written in Portuguese, English, Spanish and French. We used the MeSH terms “body dissatisfaction”, “body image”, “feeding and eating disorders”, “eating behaviors” and “social media”. The quality and strength of recommendation of the articles were evaluated using the *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) scale from the American Academy of Family Physicians*.

Results: 716 articles were initially found. Eight were selected: two systematic reviews, three cohort studies, two cross-sectional studies and one observational study. Studies showed an association between social media use, body image features and eating behavior changes.

Discussion: This review presents studies that establish a correlation between social media use, body image dissatisfaction and eating behavior disorders. However, methodological and studied population heterogeneity can compromise the conclusions observed.

Conclusion: With the current evidence, we can conclude that there is a relationship between the use of social media and changes in body image and/or eating behaviors in adolescents and young adults (SORT B). It is of most relevance to refer that more investigation should be performed in this area of expertise, with studies built with robust protocols and evaluating more homogenous populations.

Keywords: social media; body dissatisfaction; body image; eating behaviors; feeding disorders; eating disorders

1. Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACeS Cávado I – Braga
2. Assistente Convidado na Escola de Medicina da Universidade do Minho
3. Assistente Graduado em Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACeS Cávado I – Braga

INTRODUÇÃO

As redes sociais são formas de comunicação eletrónica disponíveis através de *websites* ou aplicações digitais. Nestas são criadas comunidades *online* onde existe partilha de conteúdos como informações, ideias, mensagens pessoais, fotos, artigos e vídeos. Entre estas incluem-se plataformas como *Facebook*[®], *Instagram*[®], *YouTube*[®], *Snapchat*[®], *Twitter*[®], *Tumblr*[®] e *TikTok*[®].¹

Com um crescimento substancial nos últimos 20 anos, as redes sociais contam, de momento, com mais de dois mil milhões de utilizadores a nível global. Quase todos os jovens usam as redes sociais, sendo que a maioria o faz diariamente.²

Segundo a edição de 2019 do estudo da *Marktest* “Os Portugueses e as Redes Sociais” ($n = 889$), 95% dos portugueses visita as redes sociais pelo menos uma vez por dia e 83% dos portugueses várias vezes por dia, dedicando em média 93 minutos a esta atividade. O *Facebook*[®] é a rede social mais utilizada em Portugal (95,39% dos utilizadores de redes sociais têm conta), seguindo-se o *WhatsApp*[®] (74,2%) e o *Instagram*[®] (67,9%).

O rápido crescimento do uso de redes sociais, com vários estudos que demonstram um uso crescente entre adolescentes e adultos jovens, levou à necessidade de aferir qual o impacto potencial das redes sociais no desenvolvimento desta população.²

Existe alguma controvérsia relativamente à possível associação entre o uso de redes sociais e efeitos deletérios em termos de saúde mental entre os jovens adultos utilizadores. Enquanto alguns estudos sugerem que os utilizadores de redes sociais podem experimentar um aumento de suporte social percebido e satisfação com a sua vida, principalmente devido à oportunidade de manter contacto com familiares e amigos,²⁻⁴ outros estudos epidemiológicos transversais de larga escala tendem a encontrar associações entre o uso aumentado das redes sociais e resultados negativos relacionados com a saúde mental, com associação a depressão, ansiedade, alterações dos padrões do sono, preocupações com a alimentação e baixo apoio emocional.^{2,5-7}

Além disso, as redes sociais apresentam-se como um veículo de pressão relativamente à imagem corporal e aos comportamentos alimentares, uma vez que nelas encontramos ambientes altamente visuais (sendo que a maioria dos conteúdos *online* privilegiam a imagem ao texto) onde se difundem ideais de aparência estereotipados e a procura pelo “corpo perfeito”.⁸ Têm ainda a capacidade de se adaptar aos interesses individuais do utilizador, com base na publicidade direcionada pelos históricos de pesquisa.⁹

As redes sociais rapidamente se tornaram um componente *major* na forma como indivíduos, principalmente os mais jovens, comunicam entre si. Embora a literatura sobre a influência destas ainda se encontre em desenvolvimento, sabemos que as redes sociais podem facilitar um tipo único de pressão interpares por meio de um *feedback* social quantificável (número de amigos/seguidores, comentários e *likes*).²

A associação entre culturas que valorizam a magreza e o aumento do risco de desenvolver preocupações com o peso e consequentemente perturbações do comportamento alimentar ou perturbações dismórficas corporais já foi estabelecida.¹⁰ Assim, torna-se pertinente questionar se esta pressão cultural, ampliada pelo uso das redes sociais, apresenta uma influência transversal a toda a população, levando à mudança de atitudes no âmbito da imagem corporal e dos comportamentos alimentares.

Como tal, o objetivo deste artigo passa pela revisão da evidência existente sobre o uso de redes sociais e o seu impacto na imagem corporal e nos comportamentos alimentares dos seus utilizadores.

A imagem corporal pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem do seu corpo e o conjunto de pensamentos e sentimentos resultantes dessa percepção, sendo a insatisfação com a imagem corporal uma atitude negativa em relação ao próprio corpo resultante de uma discrepância vivida de forma egodistónica entre a imagem corporal real (ou seja, percepções, pensamentos e sentimentos relativos à aparência física real) e a imagem corporal idealizada (ou seja, ideais internalizados sobre a sua aparência física).¹¹

Os comportamentos alimentares podem ser definidos como uma interação complexa de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e genéticos que influenciam o horário das refeições, a quantidade de comida ingerida e a preferência alimentar. Como tal, a alteração dos comportamentos alimentares engloba um conjunto de atitudes como instituição de dietas, restrição excessiva de alimentos, omissão de

refeições, omissão de certos alimentos e *binge eating*.¹²

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica no dia 11 de maio de 2020 nas seguintes bases de dados: *National Guideline Clearinghouse, Guidelines Finder, Canadian Medical Association Practice Guidelines, The Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, Bandolier, Evidence based Medicine Online, PubMed e SCOPUS*, utilizando os termos *MeSH* “body dissatisfaction”, “body image”, “feeding and eating disorders”, “eating behaviors” e “social media”.

Incluíram-se na pesquisa normas de orientação clínica, meta-análises, revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC), estudos de coorte, estudos transversais (ET), estudos observacionais (EO) e estudos caso-controle publicados desde o dia 1 de janeiro de 2006 (ano em que o *Facebook*® passou a permitir o acesso ao público geral) até ao dia da realização da pesquisa, escritos em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola.

No que diz respeito aos critérios de elegibilidade, foi utilizado o modelo PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*), de forma a definir as variáveis a avaliar. Assim, foram considerados como população em estudo os indivíduos utilizadores de redes sociais de qualquer idade, procurando verificar os efeitos deste uso na sua imagem corporal e/ou comportamento alimentar. Foram excluídos estudos cuja população incluísse doentes com diagnóstico de distúrbios do comportamento alimentar conhecido ou perturbação dismórfica corporal. Foram também excluídos estudos dedicados exclusivamente a populações de utilizadores de redes sociais com ligação a comunidades ou conteúdos pró-anorexia e pró-bulimia.

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

RESULTADOS

Da pesquisa inicial obtiveram-se 716 artigos, dos quais 8 cumpriam os critérios de inclusão definidos (2 RS, 3 estudos de coorte, 2 ET e 1 EO). A Figura 1 demonstra o processo de seleção dos artigos incluídos. O resumo das conclusões dos oito artigos selecionados encontra-se presente nos Quadros I, II, III e IV.

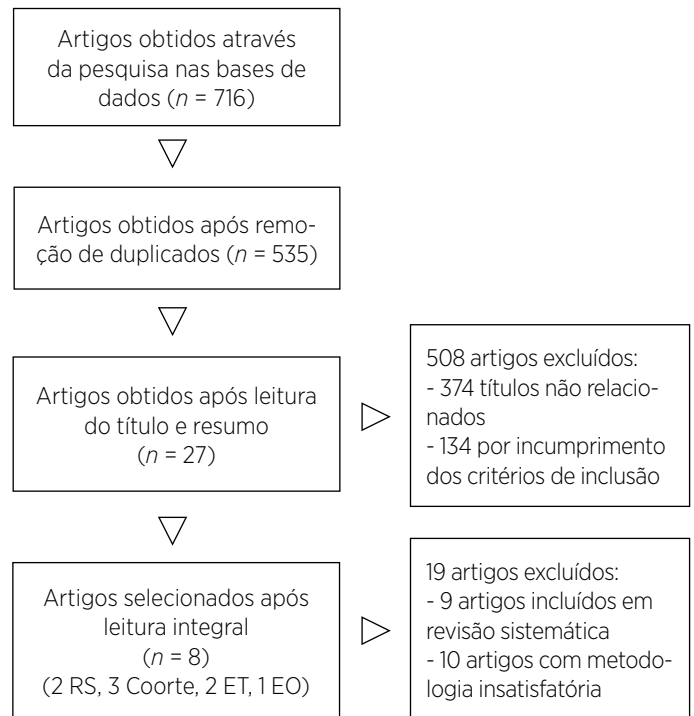


Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos.

Legenda: EO - estudo observacional; ET - estudo transversal; n - número; RS - revisão sistemática.

A RS de *Holland & Tiggemann* (Quadro I), publicada em 2016, procurou explorar o impacto do uso de redes sociais na imagem corporal e/ou comportamentos alimentares na população. Nesta incluíram artigos com pelo menos uma medida de uso de redes sociais e de avaliação da imagem corporal e/ou comportamentos alimentares, resultando num conjunto de 20 estudos selecionados (4 ECAC e 16 estudos de coorte) com diversos instrumentos de medição (diferentes escalas de avaliação da imagem corporal e dos comportamentos alimentares, assim como várias abordagens ao uso de redes sociais - tempo de uso ou frequência de uso ou número de conteúdos visualizados). Os autores concluíram que, embora existam muitos dados que apoiam o efeito deletério do uso de redes sociais na avaliação da imagem corporal e nas alterações do comportamento alimentar, mais estudos longitudinais e experimentais são necessários.

De realçar que nesta RS, dos 6 artigos que investigaram as diferenças entre homens e mulheres na relação das redes sociais com a insatisfação com a imagem corporal e/ou comportamentos alimentares alterados, 5 artigos observaram que as mesmas não são estatisticamente significativas. Daqui podemos concluir que esta problemática afeta ambos os géneros da mesma forma.

Constatou-se também que a maioria dos estudos longitudinais incluídos fornecem uma evidência

preliminar de que o uso de redes sociais é um preditor do desenvolvimento subsequente de preocupações com a imagem corporal e preocupações alimentares até aos 18 meses. Tal achado sugere que o uso de redes pode ter uma relação causal no desenvolvimento de insatisfação corporal e alteração do comportamento alimentar dos seus utilizadores.

A RS de *Rounsefell* e colaboradores (Quadro I), publicada em 2020, teve como objetivo avaliar o impacto do uso habitual de redes sociais (medindo publicações, comentários e *likes*) ou da exposição nas mesmas a conteúdo relacionado com a imagem corporal e escolhas alimentares em adultos jovens e saudáveis (dos 18 aos 30 anos). Foram selecionados 30 estudos (26 ET e 4 estudos qualitativos). Tal como na RS anterior, os vários estudos selecionados incluíam uma grande variedade de instrumentos de

medição destas variáveis. Ainda assim, as análises quantitativas ($n = 26$) identificaram associação entre o uso das redes sociais ou a exposição a conteúdo relacionado com a imagem a uma maior insatisfação com a imagem corporal e a alterações no comportamento alimentar (instituição de dieta, restrição de alimentos em excesso e escolha de alimentos saudáveis). As análises qualitativas ($n = 4$) identificaram cinco temas: (i) as redes sociais incentivam a comparação entre os utilizadores; (ii) as comparações aumentam os sentimentos tidos sobre o corpo; (iii) os jovens adultos modificam a sua aparência numa tentativa de retratar uma imagem ideal percebida; (iv) os jovens adultos estão cientes do impacto das redes sociais na imagem corporal e nas escolhas alimentares, no entanto, (v) procuram validação externa através das redes sociais.

Quadro I. Resumo das revisões sistemáticas.

Referência	População	Exposição e Outcome	Resultados	NE
RS (<i>Holland & Tiggemann</i> , 2016) ¹⁵	Adolescentes e adultos jovens com contas em redes sociais (4 ECAC e 16 estudos de coorte)	Tempo despendido/frequência de utilização em determinada redes sociais (principalmente o <i>Facebook</i> ®) e aparecimento de alterações do comportamento alimentar e/ou insatisfação com a imagem corporal. Outros fatores: tipo de informação procurada nas redes sociais; tipo de perfis visitados; tipo de atividades realizada nas redes sociais.	Três estudos demonstraram que mais tempo de uso do <i>MySpace</i> ® e do <i>Facebook</i> ® se associava a um aumento da atenção dada à imagem corporal, com comparações mais frequentes da aparência e diminuição da satisfação com o peso corporal, em mulheres adolescentes. ¹⁴⁻¹⁶ Outro estudo demonstrou que mulheres adolescentes que passavam mais tempo no <i>Facebook</i> ® e que regularmente verificavam os seus perfis, apresentavam maior insatisfação corporal. ¹⁷ Da mesma forma, um estudo ¹⁸ relatou uma correlação positiva entre o tempo gasto no <i>Facebook</i> ® e alterações no comportamento alimentar.	2
RS (<i>Rounsefell et al.</i> , 2020) ¹⁹	Adultos jovens (26 ET e 4 estudos qualitativos; $n = 11\ 125$)	Tempo de uso/frequência de utilização em determinada rede social (<i>Facebook</i> ®, <i>Instagram</i> ® e <i>Twitter</i> ®) e aparecimento de alterações do comportamento alimentar e/ou insatisfação com a imagem corporal. Outros fatores: tipo de perfis visitados; tipo de atividades realizadas; quantidade de fotos tiradas/partilhadas.	A associação entre a adesão às redes sociais, imagem corporal e escolhas alimentares foi avaliada em 31% dos estudos. ²⁰⁻²⁷ Verificou-se que o <i>Facebook</i> ® era a rede social mais frequentemente utilizada ($n = 6$), ^{21,22,24,26,27} seguida pelo <i>Instagram</i> ® ($n = 2$). ^{20,22} A adesão às redes sociais foi classificada como neutra (uso passivo ou ativo) ^{20,21,26} ou negativa (uso maladaptativo, ^{23,25} procura de validação). ²² Demonstrou-se uma associação entre a adesão negativa às redes sociais, maior insatisfação corporal e alterações no comportamento alimentar, incluindo restrição alimentar, ^{22,23,27} tanto no género feminino ^{22,23,27} como no masculino. ²³	2

Legenda: ECAC – ensaio clínico aleatorizado controlado; ET – estudo transversal; n – número; NE – nível de evidência; RS – revisão sistemática.

O estudo de coorte retrospectivo de *Melioli* e colaboradores (Quadro II), publicado em 2018, teve como objetivo correlacionar o uso do *Instagram*® com a sintomatologia associada aos distúrbios do comportamento alimentar, explorando ainda o papel moderador da literacia sobre os media nessa associação, em raparigas adolescentes ($n = 170$). Os resultados

encontraram uma correlação fraca, mas positiva, entre a frequência de uso, a insatisfação com a imagem corporal e a procura pela magreza. O espírito crítico sobre os media moderou a relação entre o uso do *Instagram*® e os sintomas dos distúrbios do comportamento alimentar.

O estudo de coorte retrospectivo de *Murray* e colaboradores (Quadro II), publicado em 2016, procurou avaliar se as preocupações com a imagem corporal (por exemplo, a aparência e o peso) se relacionavam com um tempo excessivo de uso de redes sociais e com comportamentos alimentares disruptivos (alimentação restritiva, alimentação “emocional”, entre outros) em estudantes universitários ($n = 383$). Verificou-se que um tempo excessivo de uso de redes sociais se relacionava com uma menor autoestima quanto ao peso corporal, aparência e também

com comportamentos de restrição de alimentar. Esta relação verificou-se tanto no gênero feminino como no masculino.

O estudo de coorte retrospectivo de *Wilksch* e colaboradores (Quadro II), publicado em 2019, procurou relacionar o uso de redes sociais com alterações do comportamento alimentar em adolescentes ($n = 996$). Foi encontrada uma associação clara entre o uso de redes sociais e alterações do comportamento alimentar em idades mais jovens que as previamente investigadas.

Quadro II. Resumo dos estudos de coorte.

Referência	População	Exposição e <i>Outcome</i>	Resultados	NE
Estudo de coorte (<i>Melioli et al.</i> 2018) ²⁸	Adolescentes entre os 14 e os 18 anos, de várias escolas de ensino básico e secundário na região de Toulouse ($n = 170$)	Uso do <i>Instagram</i> ®, literacia sobre os media e existência de alterações do comportamento alimentar. Métodos: -Preenchimento do questionário <i>Eating Disorder Inventory</i> para avaliação de alterações do comportamento alimentar; -Preenchimento do questionário <i>Media Attitudes Questionnaire</i> para avaliação da literacia sobre os media; -Preenchimento de questionário sobre a frequência da utilização do <i>Instagram</i> ®, a importância atribuída aos seguidores e aos <i>likes</i> , o número médio de <i>likes</i> recebidos por fotografia e a utilização de filtros nas fotografias.	Os resultados demonstraram que a frequência de utilização do <i>Instagram</i> ® encontra-se positivamente associada à insatisfação com a imagem corporal e ao desejo de magreza ($r = 0,18$; $p < 0,05$; $r = 0,32$; $p < 0,01$). Demonstrou-se que a literacia sobre os media é um fator protetor sobre a frequência de uso do <i>Instagram</i> ®, a insatisfação corporal (R^2 change 0,03; $p < 0,05$) e o desejo de magreza ($p < 0,05$).	2
Estudo de coorte (<i>Murray et al.</i> 2016) ²⁹	Estudantes universitários de ambos os géneros da Universidade de Ottawa ($n = 383$)	Associação entre o tempo despendido nas redes sociais, preocupações com a imagem corporal e alterações do comportamento alimentar. Métodos: -Preenchimento da escala <i>Generalized Problematic Internet Use Scale</i> adaptada, para avaliação do uso excessivo das redes sociais. -Preenchimento do questionário <i>The Dutch Eating Behavior Questionnaire</i> para avaliação de alterações do comportamento alimentar.	O tempo de uso excessivo de redes sociais associou-se a menor autoestima relacionada com a aparência ($B = -0,06$), relacionando-se com maior restrição alimentar. Associou-se ainda a menor autoestima relacionada com o peso ($B = -0,18$), também relacionada com restrição alimentar ($B = -0,41$).	2
Estudo de coorte (<i>Wilksch et al.</i> 2020) ³⁰	Rapazes e raparigas do 7º e 8º ano de cinco escolas de dois estados Australianos ($n = 996$)	Associação entre o uso de redes sociais e alterações do comportamento alimentar em adolescentes. Métodos: -Preenchimento do questionário <i>Eating Disorder Examination-Questionnaire</i> para avaliar os fatores de risco para distúrbios alimentares; -Preenchimento do questionário <i>The Project EAT (Eating Among Teens) questionnaire</i> para avaliar alterações do comportamento alimentar e restrição alimentar; -Preenchimento de um questionário sobre uso de redes sociais (tipo de redes frequentadas - <i>Facebook</i> ®, <i>Instagram</i> ®, <i>Snapchat</i> ® ou <i>Tumblr</i> ® - tempo de uso, número e frequência de publicações, etc).	Encontrou-se uma associação entre uso de várias redes sociais e aumento dos scores de avaliação de distúrbios alimentares. Raparigas utilizadoras do <i>Snapchat</i> ® e do <i>Tumblr</i> ® e rapazes utilizadores do <i>Snapchat</i> ®, <i>Facebook</i> ® e <i>Instagram</i> ® estavam significativamente mais predispostos a desenvolver alterações do comportamento alimentar e sobreavaliação do seu peso. Nas raparigas, verificou-se uma associação significativamente maior que nos rapazes entre o tempo de uso do <i>Instagram</i> ® e do <i>Snapchat</i> ® e as alterações do comportamento alimentar.	2

Legenda: n - número; NE - nível de evidência.

O ET realizado por *Sidani* e colaboradores (Quadro III), publicado em 2016, tinha como objetivo avaliar a associação entre o uso de redes sociais e preocupações com a alimentação numa amostra nacionalmente representativa de jovens adultos ($n = 1765$). Foi adaptada uma escala de medição de preocupações alimentares, sendo o uso de redes sociais avaliado através do volume (tempo por dia) e a frequência (visitas por semana) de utilização. Os resultados deste estudo indicam uma associação forte e consistente entre o uso de redes sociais e as preocupações com a alimentação.

O ET de *Sugimoto* e colaboradores (Quadro III), publicado em 2019, pretendia avaliar a relação entre o uso de redes sociais e o desejo de magreza em adolescentes ($n = 2478$), ajustando os resultados ao índice de massa corporal (IMC), ao tempo despendido a ver televisão e ao uso global da *internet*. As variáveis foram avaliadas através de questionários e entrevista. Concluiu-se que a exposição a redes sociais se associou a um aumento do desejo de magreza no início da adolescência, principalmente no sexo feminino.

Quadro III. Resumo dos estudos transversais.

Referência	População	Exposição e <i>Outcome</i>	Resultados	NE
ET (<i>Sugimoto et al.</i> 2020) ³¹	Crianças de Tóquio com 10 anos, nascidas entre setembro de 2002 e agosto de 2004 ($n = 2478$)	Relação entre o uso de redes sociais e o desejo de magreza (ajustado para IMC, tempo gasto a ver televisão e tempo gasto na <i>internet</i>). Métodos: -Avaliação do desejo de magreza com a questão “Queres ser mais magro do que és atualmente?”; -Avaliação do uso de redes sociais com a questão “Com que frequência utilizas a internet para frequentar redes sociais como o <i>Facebook</i> ®, <i>Mixi</i> ®, ou <i>Prof</i> ®?”; -Avaliação do uso global de internet com as questões “Com que frequência usas a internet fora da escola?”, “Com que frequência usas a internet para fazer os trabalhos de casa/ falar com os amigos?”; -Os cuidadores primários foram questionados quanto ao tempo gasto a ver televisão.	O uso de redes sociais foi associado ao aumento da probabilidade de desejo de magreza no modelo não ajustado (<i>odds ratio</i> [OR] = 1,75; intervalo de confiança de 95% [IC]: 1,12-2,73; $p = 0,014$). Além disso, entre as meninas, o uso de redes sociais também foi associado ao aumento da probabilidade de desejo de magreza ao ajustar para o IMC (OR = 1,89; IC 95%: 1,16-3,09; $p = 0,008$). Esta associação permaneceu significativa após o ajuste por horas de exibição de TV, outros propósitos de uso da <i>Internet</i> e frequência total de uso da <i>Internet</i> .	3
ET (<i>Sidani et al.</i> 2016) ³²	Jovens adultos entre 19 e 32 anos, selecionados aleatoriamente de um painel <i>online</i> nacional ($n = 1765$)	Associação entre o uso das redes sociais e preocupações com a alimentação. Métodos: -Preenchimento do questionário <i>Eating Disorder Screen for Primary Care</i> para avaliar o risco de distúrbios alimentares; -Preenchimento de um questionário sobre o tempo despendido em diversas redes sociais e a frequência do seu uso.	Os participantes do quartil mais alto de tempo de uso apresentam probabilidade significativamente maior de ter preocupações com a alimentação comparativamente aos do quartil mais baixo (OR ajustado = 2,18; IC 95% = 1,50-3,17), sendo nestes últimos as preocupações relativamente maiores (OR ajustado = 2,55; IC 95% = 1,72-3,78)	3

Legenda: ET - estudo transversal; IMC - índice de massa corporal; n - número; NE - nível de evidência.

O EO de Bennett e colaboradores (Quadro IV), publicado em 2019, procurou avaliar os efeitos do uso de redes sociais sobre a insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitárias do género feminino ($n = 30$). As participantes foram contactadas telefonicamente cinco vezes por dia, durante cinco dias, sendo-lhes solicitado que respondessem a questionários de avaliação do uso de redes sociais, de

níveis de insatisfação corporal e de sentimentos negativos. Os resultados demonstraram que o número de redes sociais visitadas é um preditor significativo de insatisfação corporal, enquanto o tempo gasto nas mesmas não o é. Além disso, o número de *sites* visitados e o tempo gasto nas redes sociais são preditores significativos de sentimentos de tristeza.

Quadro IV. Resumo dos estudos observacionais.

Referência	População	Exposição e Outcome	Resultados	NE
EO (Bennett et al. 2019) ³³	Mulheres, estudantes universitárias com telemóvel e acesso à internet (n = 30)	Avaliação do uso de redes sociais e de alterações no humor e na percepção da imagem corporal. Métodos: -Preenchimento dos questionários <i>The Body Shape Questionnaire</i> e <i>The Body Image States Scale</i> ; -Preenchimento da escala <i>The Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form</i> para avaliar o estado emocional e a existência de emoções negativas; -Preenchimento de questionário sobre o perfil de uso das redes sociais.	O número de redes sociais usadas é um preditor significativo da insatisfação com a imagem corporal ($b = 0,50$; $t(204,39) = 2,40$; $p = 0,017$). Contudo, o tempo passado nas redes sociais não demonstrou o mesmo efeito ($b = 0,0003$; $t(259,60) = 0,07$; $p = 0,947$). Concluiu-se ainda que o número de redes usadas e o tempo despendido nestas são preditores significativos de sentimentos de tristeza ($b = 0,28$; $t(248,29) = 2,38$; $p = 0,018$ e $b = 0,01$; $t(242,60) = 4,70$; $p < 0,001$) e de culpa ($b = 0,23$; $t(218,16) = 2,01$; $p = 0,045$ e $b = 0,005$; $t(242,60) = 2,20$; $p = 0,029$).	3

Legenda: EO – estudo observacional; n – número; NE – nível de evidência.

DISCUSSÃO

O uso crescente e generalizado das redes sociais veio trazer às populações novas formas de socializar, permitindo aos indivíduos interagir através destas. Contudo, o impacto na saúde mental da população resultante destas novas formas de interagir e comunicar encontra-se ainda por determinar.

Uma vez que a correlação entre a exposição aos *media* tradicionais (televisão, jornais e revistas), a alteração da percepção da imagem corporal e os comportamentos alimentares está estabelecida (principalmente em adolescentes e jovens adultos),^{34,35} torna-se pertinente procurar aferir qual o impacto que as redes sociais têm neste prisma.

Esta revisão baseada na evidência apresenta diversos estudos que confirmam a existência de correlação entre o uso de redes sociais, a alteração do comportamento alimentar e a alteração da percepção da imagem corporal, ainda que de forma heterogénea. Em particular, a RS de Holland e Tiggemann¹³ demonstra que esta relação está presente em ambos os géneros. Esta informação é extremamente relevante, já que os primeiros estudos desenvolvidos nesta área incidiam primordialmente no género feminino.

A avaliação do uso das redes sociais foi avaliada não só através da medição do tempo do seu uso, mas também através da medição da frequência de uso, do tipo de atividades realizadas *online* e do tipo de conteúdos consultados.

Existiu ainda um maior enfoque em certas redes sociais (destacando-se o *Facebook*[®]) do que em outras, provavelmente tendo em conta o número de utilizadores das mesmas em cada país. É, no entanto, possível que diferentes redes sociais apresentem um diferente nível de influência nos comportamentos/atitudes dos seus utilizadores. Redes com maior

componente visual, dominadas pela partilha de imagens ou vídeos, como o *Facebook*[®], o *Instagram*[®] ou o *TikTok*[®], possivelmente terão maior influência sobre os fenómenos estudados, comparativamente a redes sociais onde predominam o texto escrito como o *Twitter*[®] ou o *Reddit*[®].

Já as alterações dos comportamentos alimentares e da percepção da imagem corporal foram avaliadas através de diferentes escalas e questionários que, apesar de validados, não garantem resultados análogos e possivelmente reprodutíveis.

Importa referir que os estudos avaliados incidiram sobre diferentes populações e contemplaram tamanhos amostrais variáveis. Ainda que a maioria dos estudos se tenha focado nos adolescentes e adultos jovens, as faixas etárias contempladas foram diferentes, estando os objetos de análise inseridos em contextos culturais díspares. Não só a idade dos participantes nos estudos pode traduzir diferenças na vulnerabilidade à influência e pressão exercida pelas redes sociais, como o próprio contexto sociocultural deve ser tido em conta, dado que este define os ideais de beleza pelos quais os utilizadores se guiam.

Apesar destas limitações, as conclusões dos diferentes estudos em análise indicam-nos a necessidade de maior investigação sobre o tema, altamente relevante na sociedade atual.

CONCLUSÃO

Verificamos nesta revisão foram apresentados diversos estudos que estabelecem uma correlação entre o uso de redes sociais e as alterações da imagem corporal e do comportamento alimentar. Assim, e à luz da evidência atual, podemos concluir que existe relação entre o uso de redes sociais (seja avaliando o parâmetro tempo ou frequência) e alterações

da imagem corporal e/ou dos comportamentos alimentares em adolescentes e jovens adultos (SORT B).

No entanto, realça-se a importância e necessidade de estudos mais aprofundados nesta área, com melhor qualidade metodológica e que avaliem populações mais homogêneas (principalmente incidindo na população adolescente, mais vulnerável às perturbações mentais citadas).

De frisar que a associação encontrada entre o uso das redes sociais, a imagem corporal e os comportamentos alimentares pode estar relacionada com o crescente valor social atribuído à aparência, principalmente nas sociedades ocidentais, onde a teoria da objetificação é um tema em voga. Esta é sobretudo uma construção social relativa ao corpo feminino e à forma como este deve ser observado e valorizado com base na aparência. As mulheres poderão, assim, mais facilmente interiorizar estes ideais, tornando-se também elas observadoras e avaliadoras do seu próprio corpo.

Assim as redes sociais tornam-se não só uma forma de difundir estes ideais, como permitem a sua perpetuação, funcionando por mecanismo de *feedback* positivo, em que cada gosto/*like* reforça as crenças previamente adquiridas.

Com o aprofundar do nosso conhecimento acerca desta temática poderá ser possível identificar as populações mais suscetíveis (como jovens com pouco suporte familiar)³⁵ e realizar intervenções que visem a limitação da exposição às redes sociais. Poderá ser pertinente a criação de programas de literacia em saúde direcionados a jovens e adultos, fomentando a utilização das redes sociais com espírito crítico e segurança.³⁴



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Derenne J, Beresin E. Body Image, Media, and Eating Disorders - a 10-Year Update. *Acad Psychiatry*. 2018; 42(1), 129-134.
- 2- Primack BA, Escobar-Viera CG. Social Media as It Interfaces with Psychosocial Development and Mental Illness in Transitional Age Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017; 26(2), 217-233.
- 3- Ellison NB, Steinfield C, Lampe C. The benefits of Facebook "friends": social capital and college students' use of online social network sites. *J Comput Commun*. 2007;12(4):1143-68. 63.
- 4- S, Park N, Kee KF. Is there social capital in a social network site? Facebook use and college students' life satisfaction, trust, and participation. *J Comput Commun*. 2009;14(4):875-901.
- 5- Lin LY, Sidani JE, Shensa A, Radovic A, Miller E, Colditz JB, et al. Association between social media use and depression among U.S. young adults. *Depress Anxiety*. 2016;33(4):323-31.
- 6- Naja WJ, Kansoun AH, Haddad RS. Prevalence of depression in medical students at the Lebanese university and exploring its correlation with Facebook relevance: a questionnaire study. *JMIR Res Protoc*. 2016;5(2):e96.
- 7- Woods HC, Scott H. #Sleepyteens: social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *J Adolesc*. 2016;51:41-9.
- 8- Østergaard SD. Taking Facebook at face value: why the use of social media may cause mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017; 136(5), 439-440.
- 9- Saul JS, Rodgers RF. Adolescent Eating Disorder Risk and the Online World. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018; 27(2), 221-228.
- 10- American Psychiatric Association (213). DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- 11- Heider N, Spruyt A, Houwer J. Body Dissatisfaction Revisited: On the Importance of Implicit Beliefs about Actual and Ideal Body Image. *Psychologica Belgica*. 2018.
- 12- Grimm E, Steinle N. Genetics of Eating Behavior: Established and Emerging Concepts. *Nutr Rev*. 2011; 69(1): 52-60.
- 13- Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*. 2016; 17, 100-110.
- 14- Tiggemann M, Miller J. The Internet and adolescent girls' weight satisfaction and drive for thinness. *Sex Roles*. 2010; 63, 79-90.
- 15- Tiggemann M, Slater A. NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 2013; 46, 630-633.
- 16- Tiggemann M, Slater A. NetTweens: The Internet and body image concerns in preteenage girls. *J Early Adolesc*. 2014; 34, 606-620.
- 17- Fardouly J, Vartanian LR. Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns. *Body Image*. 2014; 12, 82-88.
- 18- Mabe AG, Forney KJ, Keel PK. Do you "like" my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *Int J Eat Disord*. 2014; 47, 516-523.
- 19- Rounsefell K, Gibson S, McLean S, Blair M, Molenaar A, McCaffrey TA, et al. Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutr Diet*. 2020; 77(1), 19-40.
- 20- Feltman CE, Szymanski DM. Instagram use and self-objectification: the roles of internalization, comparison, appearance commentary, and feminism. *Sex Roles*. 2018; 78:311-324.
- 21- Hanna E, Ward LM, Seabrook RC. Contributions of social comparison and self-objectification in mediating associations between facebook use and emergent adults' psychological wellbeing. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2017; 20:172-179.
- 22- Howard LM, Heron KE, MacIntyre RI, Myers TA, Everhart RS. Is use of social networking sites associated with young women's body dissatisfaction and disordered eating? A look at black-white racial differences. *Body Image*. 2017; 23:109-113.
- 23- Hummel AC, Smith AR. Ask and you shall receive: desire and receipt of feedback via Facebook predicts disordered eating concerns. *Int J Eat Disord*. 2015; 48:436-442.
- 24- Kim JW, Chock TM. Body image 2.0: associations between social grooming on Facebook and body image concerns. *Comput Human Behav*. 2015; 48:331-339.
- 25- Lee H-R, Lee H, Choi J, Kim J, Han H. Social media use, body image, and psychological well-being: a cross-cultural comparison of Korea and the United States. *J Health Commun*. 2014; 19:1343-1358.
- 26- Manago AM, Ward LM, Lemm KM, Reed L, Seabrook R. Facebook involvement, objectified body consciousness, body shame, and sexual assertiveness in college women and men. *Sex Roles*. 2015; 72:1-14.
- 27- Smith AR, Hames JL, Joiner TE. Status update: maladaptive Facebook usage predicts increases in body dissatisfaction and bulimic symptoms. *J Affect Disord*. 2013; 149:235-240.
- 28- Melioli T, Gonzalez N, El Jazouli Y, Valla A, Girard M, Chabrol H. et al. Instagram and eating disorders. *J Behav Cogn*. 2018; 28(4), 196-203.
- 29- Murray M, Maras D, Goldfield GS. Excessive Time on Social Networking Sites and Disordered Eating Behaviors among Undergraduate Students: Appearance and Weight Esteem as Mediating Pathways. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2016; 19(12), 709-715.
- 30- Wilksch SM, O'Shea A, Ho P, Byrne S, Wade TD. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *Int J Eat Disord*. 2020; 53(1), 96-106.
- 31- Sugimoto N, Nishida A, Ando S, Usami S, Toriyama R, Kasai K, et al. Use of social networking sites and desire for slimness among 10-year-old girls and boys: A population-based birth cohort study. *Int J Eat Disord*. 2020; 53(2), 288-295.
- 32- Sidani JE, Shensa A, Hoffman B, Hanmer J, Primack BA. The Association between Social Media Use and Eating Concerns among US Young Adults. *J Acad Nutr Diet*. 2016; 116(9), 1465-1472.
- 33- Bennett BL, Whisenhunt BL, Hudson DL, Wagner AF, Latner JD, Beauchamp MT, et al. Examining the impact of social media on mood and body dissatisfaction using ecological momentary assessment. *J Am Coll Health*. 2020; 68(5), 502-508.
- 34- Levine MP, Murnen SK. "Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders": a critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *J Soc Clin Psychol*. 2009; 28, 9-42.

35- de Vries DA, Vossen HM, van der Kolk P. Social Media and Body Dissatisfaction: Investigating the Attenuating Role of Positive Parent-Adolescent Relationships. *J Youth Adolesc.* 2019; 48(3), 527-536.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Inês Oliveira Dias
inesdias.uminho@gmail.com

RECEBIDO: 24 de agosto de 2020 | ACEITE: 14 de janeiro de 2021

ESTATINAS EM PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR EM IDOSOS – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

STATINS FOR PRIMARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN THE ELDERLY – EVIDENCE BASED REVIEW

Autores:

Virgínia Martins Rodrigues¹, Daniela Marques², Luísa Fonte³, Ana Paula Oliveira⁴

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) constituem uma das principais causas mundiais de morbimortalidade, sendo que a maioria das mortes por doença coronária ocorre acima dos 65 anos. Apesar da relação direta entre a idade e o aumento do risco de eventos cardiovasculares (CV), é discutível o benefício do uso das estatinas em idosos, particularmente sem DCV estabelecida.

Métodos: Pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), revisões sistemáticas, ensaios clínicos aleatorizados e controlados e meta-análises (MA), publicados entre 1 de fevereiro de 2010 e 29 de fevereiro de 2020, nas bases de dados de medicina baseada na evidência, utilizando os termos *MeSH*: “statins”, “elderly”, “primary prevention”. Para atribuição do nível de evidência e força de recomendação foi utilizada a *Strength of Recommendation Taxonomy*, da *American Academy of Family Physicians*, exceto nas NOC, em que foram utilizadas as escalas adotadas pelos autores respetivos.

Resultados: Dos 482 artigos encontrados, seis cumpriram os critérios de inclusão: três NOC e três MA. As NOC incluídas recomendam que o início do tratamento com estatina em idosos, em prevenção primária, deve ser considerado na presença de alto ou muito alto risco cardiovascular (RCV). As MA mostraram que o tratamento com estatinas nesta população resultou numa redução estatisticamente significativa de eventos CV, nomeadamente enfarte agudo do miocárdio, contudo com resultados menos consistentes na redução do acidente vascular cerebral, diminuição da mortalidade CV e por todas as causas.

Conclusão: O tratamento com estatinas está associado a uma redução significativa de eventos CV *major*, independentemente da idade. Assim, em prevenção primária, o tratamento com estatinas nos idosos está recomendado até aos 75 anos de acordo com o RCV (SORT A), podendo ser considerado acima dos 75 anos se RCV alto ou muito alto (SORT B). É sempre pertinente a decisão partilhada entre médico e utente relativamente à toma de estatinas.

Palavras-chave: estatina; idosos; prevenção primária

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular (CV) diseases are one of the main causes of morbimortality around the world. A majority of those who die due to coronary disease are older than 65 years old. Although there is a well-known association between age and CV risk, the use of statins in older individuals is still debatable, particularly in the absence of established CV disease.

Methods: Research of clinical guidelines, systematic reviews (SR), randomized controlled trials (RCT) and meta-analyses (MA), published between February 1st 2010 and February 29th 2020, using the *MeSH* terms “statins”, “elderly”, “primary prevention”. The data sources were evidence-based medicine sites. In order to assess the level of evidence, the *American Family Physician's Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* was used, with the exception of clinical guidelines (the scales used by the respective authors were preferred).

Results: Of a total of 482 articles, six were in accordance with the inclusion criteria, three clinical guidelines and three MA. Generally speaking, the included guidelines recommend considering beginning treatment with a statin, as primary prevention, in the elderly classified as being at high or very high CV risk. The MA demonstrated that treatment with statins in this population is associated with a significant reduction of CV events, respectively acute myocardial infarction. The results were not as consistent when speaking of stroke, CV mortality and all-cause mortality.

Conclusion: Treatment with statins results in a significant reduction in major CV events, independently of age. Therefore, the use of statins as primary prevention in individuals with 75 or less years old is recommended in accordance with the CV risk (SORT A). In those above 75 years old, treatment may be considered if there is a high or very high CV risk (SORT B). It is always important to include the patient in this decision.

Keywords: statins; elderly; primary prevention

1. Médica interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Ronfe, ACeS Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto
2. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Ronfe, ACeS Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto
3. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Ponte, ACeS Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto
4. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Serzedelo, ACeS Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Só na Europa, estima-se que sejam responsáveis por mais de quatro milhões de mortes todos os anos.¹ A grande maioria dos eventos cardiovasculares (CV) ocorre em idosos, sendo que mais de 80% das pessoas que morrem de doença coronária têm mais de 65 anos de idade.² Além disso, com o aumento progressivo da esperança média de vida, cada vez mais pessoas sobrevivem a eventos CV, tornando-se essencial a aplicação de medidas preventivas capazes de minimizar o impacto destas na população.^{1,3}

O distúrbio do metabolismo dos lípidos é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de DCV aterosclerótica. As estatinas inibem de forma competitiva a enzima 3-hidroxi-3-methyl-glutaril-CoA redutase (HMG-CoA redutase), que intervém na síntese hepática de colesterol, reduzindo assim os seus níveis intracelulares.⁴ São fármacos amplamente utilizados no tratamento da dislipidemia, com efeitos demonstrados na redução do colesterol, em particular o colesterol LDL (*Low Density Lipoprotein*, c-LDL) e, conseqüentemente, na redução do risco de eventos CV *major*, nomeadamente enfarte agudo do miocárdio (EAM) e acidente vascular cerebral (AVC).^{5,6}

Para o doente, o benefício na toma de estatinas está dependente do risco de ter um evento CV no futuro.⁶ Por esse motivo, algumas sociedades internacionais sugerem o cálculo do risco basal do doente em ter um destes eventos, de forma a priorizar os doentes que mais beneficiarão com esta terapêutica.^{6,7} De acordo com as últimas recomendações da *European Society of Cardiology* (ESC) e *European Atherosclerosis Society* (EAS), o *Systematic Coronary Risk Estimation* (SCORE) pode ser utilizado para o cálculo do risco CV de um indivíduo até aos 70 anos de idade, já que passou a ser considerada a interação entre a idade e os outros fatores de risco, de modo a contrariar a sobre-estimação do risco nas pessoas idosas. Certas situações colocam automaticamente o doente numa dada categoria de risco, sem necessidade de cálculo do score.¹ Assim, estas categorias são as mais comumente utilizadas nos estudos, para a estratificação dos indivíduos de acordo com o risco CV, de modo a ser possível inferir quais aqueles que mais beneficiam com o uso de estatinas. Ainda de acordo com as normas da ESC/EAS, os doentes com risco CV muito alto, alto, moderado e baixo devem ter um c-LDL alvo inferior a 55, 70, 100 e 116 mg/dl, respetivamente.¹

Apesar da relação direta entre a idade e o aumento

do risco de eventos CV, é ainda discutível o benefício do uso das estatinas em idosos, particularmente naqueles acima dos 80 anos.⁸ Acima dos 75 anos, a evidência é robusta para o uso de estatinas como prevenção secundária, isto é, em indivíduos com história de DCV, nomeadamente doença arterial coronária sintomática ou evento isquémico. No entanto, o mesmo não se verifica ao nível da prevenção primária, isto é, em indivíduos sem história de DCV.⁹ De forma geral, a taxa de uso de estatinas vai diminuindo com o avançar da idade, sendo substancialmente inferior na população acima dos 75 anos, particularmente na ausência de DCV estabelecida.¹⁰ Este facto acaba por refletir, em parte, a falta de consistência das várias normas de orientação publicadas quanto ao uso de estatinas como prevenção primária de eventos CV na população idosa.

É, assim, imperativo estabelecer recomendações claras para a abordagem e prevenção das DCV nas faixas etárias mais avançadas, já que a morbidade resultante de um evento CV nesta população é bastante considerável.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC) e meta-análises (MA), publicados entre 1 de fevereiro de 2010 e 29 de fevereiro de 2020, e indexados nas bases de dados da *National Guideline Clearinghouse*, *The Cochrane Library*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase*, *Guidelines Finder*, *Bandolier*, *Evidence-Based Medicine Online*, *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* (DARE), TRIP e PubMed. Foram utilizados os termos *MeSH*: “statins”, “elderly”, “primary prevention”.

Os critérios utilizados para a inclusão dos artigos basearam-se em: população-alvo constituída por adultos com idade igual ou superior a 65 anos, sob intervenção terapêutica com estatinas em prevenção primária, isto é, sem história de eventos cardiovasculares, em comparação com placebo ou ausência de terapêutica. O *outcome* primário consistiu na avaliação da incidência de eventos CV e mortalidade por todas as causas, inclusivamente por causa CV.

Excluíram-se os artigos escritos em outras línguas que não a portuguesa, a espanhola ou a inglesa. Como critérios de exclusão consideraram-se também os estudos não aleatorizados, ensaios clínicos incluídos em RS ou MA selecionadas, artigos duplicados, de opinião, editoriais, discordantes do objetivo da revisão ou aqueles escritos pelo mesmo autor e que sofreram posteriores atualizações.

Na avaliação do nível de evidência (NE) e a força de recomendação (FR) das MA incluídas, foi aplicada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Academy of Family Physicians*. Para avaliar a FR das NOC incluídas foi utilizada a escala adotada pelos autores dos documentos originais (Quadro I).

RESULTADOS

A pesquisa efetuada resultou na identificação de 482 artigos, tendo sido excluídos 29 por não estarem escritos nas línguas referidas. Pela leitura do título, foram excluídas 361 referências por incumprimentos dos critérios de inclusão, divergência dos objetivos

de trabalho ou por repetição de artigos. Seguiu-se a fase de triagem por leitura do resumo do artigo, na qual foram excluídas 57 referências por não se tratarem de NOC, MA, RS ou ECAC. Na última fase de seleção dos artigos, foram excluídas 29 referências, sete dos quais por serem artigos incluídos em MA, oito por divergirem do objetivo do trabalho e 14 por se tratarem de estudos clínicos não randomizados. Da seleção, resultaram seis que respeitavam todos os critérios de inclusão: três NOC e três MA. A Figura 1 representa o fluxograma da seleção dos artigos. Os Quadros II e III resumem as características dos artigos selecionados para a revisão.

Quadro I. Escalas da força de recomendação das NOC incluídas.

Referência	Escala de Forças de Recomendação				
<i>United States Preventive Services Task Force</i> (2016)	A Recomendado. Benefício substancial.	B Recomendado. Benefício moderado a substancial.	C Recomendado individualmente. Benefício moderado.	D Não recomendado. Não existe benefício.	I Evidência insuficiente. Benefício indeterminado.
<i>American College of Cardiology and American Heart Association Task Force</i> (2018)		I Recomendado. Benefício maior que o risco.	Ila Razoável/ pode ser eficaz. Benefício maior que o risco.	Ilb Pode ser razoável/ pode ser considerado. Benefício é maior ou igual ao risco.	III Não é recomendado. Não há benefício.
<i>European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Society</i> (2019)		I É recomendado. Há benefício.	Ila Deve ser considerado.	Ilb Pode ser considerado.	III Não é recomendado.

Legenda: NOC – norma de orientação clínica.

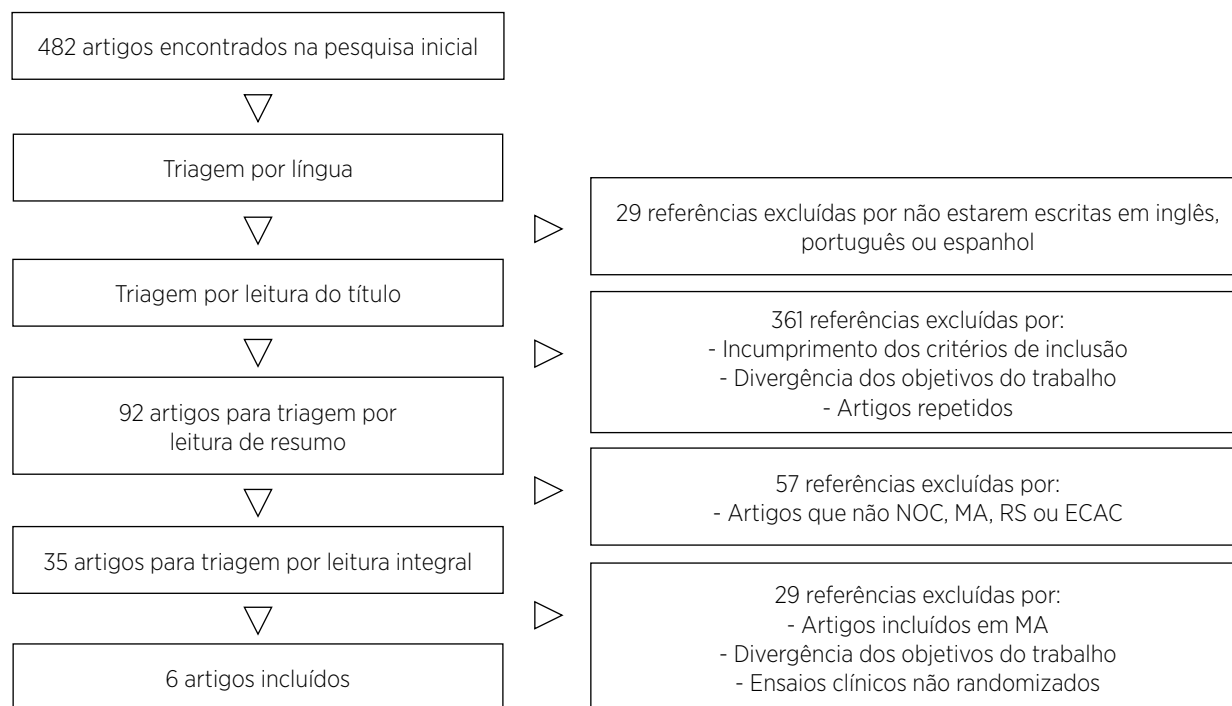


Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos.

Legenda: ECAC – ensaios clínicos aleatorizados e controlados; MA – meta-análise; NOC – norma de orientação clínica; RS – revisão sistemática.

Quadro II. Escalas da força de recomendação das NOC incluídas.

Referência	Região / País	Recomendação
<i>United States Preventive Services Task Force (2016)</i>	EUA	Início de estatinas em dose baixa-moderada em adultos com idade entre os 40 e os 75 anos, sem história de DCV e que tenham pelo menos um FRCV ¹ e risco calculado de evento CV a 10 anos de $\geq 10\%$ (FR B). Discutir com o doente e oferecer seletivamente estatinas em dose baixa-moderada a adultos com idade entre os 40 aos 75 anos, sem história de DCV e que tenham pelo menos um FRCV e risco calculado de evento CV a 10 anos de 7,5% a 10% (FR C).
<i>American College of Cardiology and American Heart Association Task Force (2018)</i>	EUA	Em adultos com idade igual ou superior a 75 anos e com c-LDL entre 70-189 mg/dL, pode ser razoável iniciar estatina de moderada intensidade (FR IIb). Em adultos com idade igual ou superior a 75 anos, pode ser considerado suspender a estatina quando há declínio funcional (físico ou cognitivo), multimorbilidade, fragilidade ou esperança de vida reduzida, que limitem o potencial benefício do tratamento com estatinas (FR IIb).
<i>European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Society (2019)</i>	Europa	O tratamento com estatinas está recomendado em prevenção primária, de acordo com o RCV, em idosos com idade igual ou inferior a 75 anos (FR I). O início do tratamento com estatina, em prevenção primária, em pessoas com idade igual ou superior a 75 anos deve ser considerado em doentes com alto ou muito alto RCV (FR IIb).

Legenda: c-LDL – *Low Density Lipoprotein*; CV – cardiovascular; DCV – doença cardiovascular; EUA – Estados Unidos da América; FR – força de recomendação; FRCV – fator de risco cardiovascular [dislipidemia (c-LDL > 130 mg/dL e c-HDL < 40 mg/dL), diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, tabagismo].

Quadro III. Meta-análises.

Referência	População	Intervenção	Resultados	NE
<i>Savarese G, et al. (2013)</i>	8 ECAC $n = 24674$ ($n = 12292$ grupo com estatina e $n = 12382$ grupo com placebo)	Lovastatina 20-40 mg vs placebo Pravastatina 40 mg vs placebo Atorvastatina 10 mg vs placebo Fluvastatina 80 mg vs placebo Atorvastatina 10 mg vs placebo Rosuvastatina 20 mg vs placebo Pravastatina 10-20 mg vs placebo Pravastatina 40 mg vs placebo	Redução estatisticamente significativa de EAM em 39,4% ($RR = 0,606$; $IC\ 95\% 0,434-0,847$; $p = 0,003$) e de AVC em 23,8% ($RR = 0,762$; $IC\ 95\% 0,626-0,926$; $p = 0,006$). Ausência de redução significativa do risco de mortalidade por todas as causas ($RR = 0,941$; $IC\ 95\% 0,856-1,035$; $p = 0,210$) e de mortalidade CV ($RR = 0,907$; $IC\ 95\% 0,686-1,199$; $p = 0,493$).	2
<i>Teng M, et al. (2015)</i>	8 ECAC > 65 anos $n = 25952$ ($n = 12974$ grupo com estatinas e $n = 12978$ grupo controlo/ placebo)	Pravastatina 40 mg vs placebo Atorvastatina 10 mg vs placebo Fluvastatina 80 mg vs placebo Atorvastatina 10 mg vs placebo Sinvastatina 40 mg vs placebo Pravastatina 10-20 mg vs placebo Pravastatina 40 mg vs placebo	Redução significativa do risco de eventos CV <i>major*</i> ($RR\ 0,82$; $IC\ 95\% 0,74-0,92$), EAM não fatal ($RR\ 0,75$; $IC\ 95\% 0,59-0,94$) e EAM total ($RR\ 0,74$; $IC\ 95\% 0,61-0,90$). Efeito estatisticamente não significativo em EAM fatais ($RR\ 0,43$; $IC\ 95\% 0,09-2,01$), AVC (total, fatal e não fatal) ($RR\ 0,85$; $IC\ 95\% 0,68-1,06$) e todas as causas de mortalidade ($RR\ 0,96$; $IC\ 95\% 0,88-1,04$).	2
<i>Cholesterol Treatment Trialists Collaboration (CTTC) (2019)</i>	28 ECAC $n = 186854$ 66-75 anos: $n = 63881$ > 75 anos: $n = 14483$	23 ECAC (147242) Estatina vs placebo 5 ECAC (39612) Estatina em regime intensivo vs tratamento padrão	Redução de 21% do risco de um primeiro evento CV <i>major**</i> por cada 1 mmol/L (36,67 mg/dL) de redução de c-LDL ($RR\ 0,79$; $IC\ 95\% 0,77-0,81$). Redução proporcional de 24% ($RR\ 0,76$; $IC\ 95\% 0,73-0,79$) de eventos coronários <i>major***</i> por redução de 1 mmol/L (36,67 mg/dL) de c-LDL. Redução proporcional de 12% ($RR\ 0,88$; $IC\ 95\% 0,85-0,91$) da mortalidade por causa CV por redução de 1 mmol/L (36,67 mg/dL) de c-LDL, com uma tendência para reduções menores com a idade ($p = 0,004$).	1

Legenda: AVC – acidente vascular cerebral; CV - cardiovascular; EAM – enfarte agudo do miocárdio; ECAC – ensaio clínico aleatorizado controlado; RR – risco relativo; IC – intervalo de confiança; n – número; NE – nível de evidência; vs – versus.

*EAM, AVC, revascularização coronária, morte súbita de etiologia cardíaca ou angina.

**Eventos coronários *major*, AVC, revascularização coronária.

*** EAM não fatal ou fatal.

A NOC da *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF)⁶ aconselha o uso de ferramentas de estimativa de risco futuro de evento CV para a tomada de decisão acerca do início da terapêutica com estatinas. Recomenda o início do tratamento com dose baixa-moderada de estatina em adultos entre os 40 e 75 anos, sem história de DCV e que apresentem pelo menos um fator de risco cardiovascular (FRCV), particularmente dislipidemia [c-LDL > 130 mg/dL ou colesterol HDL (*High Density Lipoprotein*) (c-HDL) < 40 mg/dL], diabetes *mellitus* (DM), hipertensão arterial (HTA), tabagismo, e risco calculado de evento CV a 10 anos \geq 10% (FR B). É ainda sugerida a discussão com o doente e o uso seletivo de estatinas em dose baixa-moderada nos adultos com idades compreendidas entre os 40 e os 75 anos, sem história de DCV, com pelo menos um FRCV e um RCV a 10 anos entre 7,5% e 10% (FR C). Já em adultos com idade igual ou superior a 76 anos, é referido que a evidência existente atualmente é insuficiente para avaliar o balanço entre benefícios versus malefícios de iniciar estatina em prevenção primária (FR I). A USPSTF afirma existir evidência adequada sobre os reduzidos malefícios das estatinas em dose baixa-moderada em adultos entre os 40 e os 75 anos. Não foram associadas a fortes efeitos adversos, como cancro, grande elevação das enzimas hepáticas ou queixas musculares graves. Parece haver evidência inconsistente acerca da associação entre a toma de estatinas e a DM. No que se refere à associação com o declínio cognitivo, a evidência é também relativamente escassa. Esta NOC afirma não haver evidência adequada acerca dos malefícios das estatinas em prevenção primária de indivíduos com idade igual ou superior a 76 anos.

O *American College of Cardiology* (ACC) e a *American Heart Association Task Force* (AHATF),¹¹ assim como a ESC e a EAS,¹ defendem que em indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, em prevenção primária, deve ser avaliado o risco cardiovascular (RCV) do doente individualmente e a decisão de tratamento com estatina deve ser partilhada. As normas publicadas pelo ACC e AHATF¹¹ recomendam que nos idosos com idade igual ou superior a 75 anos, em prevenção primária e com níveis de c-LDL entre 70-189 mg/dL, pode ser razoável iniciar estatina de moderada intensidade (FR IIb). A partir dos 75 anos de idade, poderá considerar-se a suspensão da estatina nos idosos com declínio funcional (físico ou cognitivo), multimorbilidade, fragilidade ou esperança de vida reduzida, que limitem o potencial benefício do tratamento com estatinas (FR IIb). Em adultos com idade entre os 76 e 80 anos, com c-LDL entre 70-189

mg/dL, pode ser considerado medir o *score* de cálcio coronário para reclassificar aqueles com *score* = 0 e evitar o tratamento com estatina (FR IIb).

De acordo com as recomendações publicadas pela ESC e EAS,¹ o tratamento com estatinas está recomendado em prevenção primária, de acordo com o nível de risco, em idosos com idade igual ou inferior a 75 anos (FR I). Recomendam ainda que o seu uso pode ser considerado em pessoas com mais de 75 anos, com alto ou muito alto RCV (FR IIb). Contudo, a utilização destes fármacos, nesta faixa etária, levanta algumas preocupações relacionadas com o seu perfil de segurança e efeitos laterais. Em idosos com várias comorbilidades e polimedicados, as interações farmacológicas com estatinas são mais frequentes, aumentando o potencial para efeitos adversos, nomeadamente mialgias, miopatia com elevação de creatina cinase (CK) e, raramente, rabdomiólise. Assim, é recomendado o início do tratamento com doses baixas de estatinas, na presença de doença renal crónica ou potencial de interação, tentando atingir, posteriormente, o c-LDL alvo (FR I).

A MA de *Savarese et al.*¹² pretendeu avaliar o efeito do uso de estatinas em idosos sem DCV estabelecida em relação à mortalidade (CV e por todas as causas), ocorrência de eventos CV (EAM e AVC) e ainda no desenvolvimento de cancro de novo. Para tal, incluíram oito ECAC, num total de 24674 indivíduos, com uma média de idades de 73 anos (\pm 2,9 anos) e distribuídos por dois grupos, um de tratamento com estatina (n = 12292) e o outro sob placebo (n = 12382). A média de tempo de seguimento foi de 3,5 anos (\pm 1,5 anos). Verificou-se uma redução significativa de EAM em 39,4% [risco relativo (*RR*) = 0,606; intervalo de confiança (*IC*) 95% 0,434-0,847; p = 0,003] e de AVC em 23,8% (*RR* = 0,762, *IC* 95% 0,626-0,926; p = 0,006). Este benefício verificou-se para uma redução média do c-LDL de apenas 0,69 mmol/l (26,68 mg/dl). Em oposição, não se verificou redução estatisticamente significativa do risco de mortalidade por todas as causas (*RR* = 0,941; *IC* 95% 0,856-1,035; p = 0,210) ou de mortalidade CV (*RR* = 0,907; *IC* 95% 0,686-1,199; p = 0,493).

A MA de *Teng et al.*¹³ teve como objetivo avaliar a eficácia e a segurança do uso de estatinas em prevenção primária de DCV nos idosos, com idade igual ou superior a 65 anos. Os *outcomes* reportados foram os eventos cardiovasculares *major* (EAM, AVC, revascularização coronária, morte súbita de etiologia cardíaca ou angina), mortalidade de todas as causas, elevação da CK, mialgias, miopatia, rabdomiólise, tolerância e incidência de DM de novo ou défice

cognitivo. Para tal, incluíram oito ECAC com um total de 25952 idosos com idade média de 72,7 anos (69-75,5 anos), sem DCV estabelecida. Deste total, 51,2% dos indivíduos eram hipertensos e 56,8% tinham DM. Verificou-se uma redução significativa do risco de eventos CV *major* em 18% (RR 0,82; IC 95% 0,74-0,92), EAM não fatal em 25% (RR 0,75; IC 95% 0,59-0,94) e EAM total em 26% (RR 0,74; IC 95% 0,61-0,90), durante um período de tratamento médio de 3,5 anos (1-5 anos). O tratamento com estatinas não foi associado a uma redução significativa do risco de EAM fatal, de AVC (fatal, não fatal e total) ou de todas as causas de mortalidade. Relativamente à segurança das estatinas, ou seja, frequência de mialgias, elevação de transaminases e desenvolvimento de DM, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

A MA desenvolvida pela *Cholesterol Treatment Trialists Collaboration* (CTTC)¹⁰ incluiu 28 estudos, com um total de 186 854 participantes; 8% destes, ou seja 14 483, tinham mais de 75 anos. Os participantes foram subdivididos em seis grupos (idade igual ou inferior a 55 anos, 56 aos 60 anos, 61 aos 65 anos, 66 aos 70 anos, 71 aos 75 anos e idade superior a 75 anos). A mediana do tempo de seguimento foi de 4,9 anos. Foram analisados os efeitos nos eventos CV *major* [eventos coronários *major* (EAM não fatal ou fatal), AVC, revascularização coronária], mortalidade por causa específica e incidência de cancro, por mmol/l de redução de c-LDL. Nesta MA, observou-se uma tendência para valores de c-LDL menores com o aumento da idade, nos grupos de doentes tratados com estatina. A diferença do c-LDL médio entre o grupo de tratamento e controlo foi ligeiramente menor nos doentes mais idosos. Entre todos os 28 estudos, o tratamento com estatina comparado com o grupo controlo, ou o tratamento mais intensivo comparado com o menos intensivo, resultou numa redução de 21% do risco de um primeiro evento CV por cada 1 mmol/L (36,67 mg/dL) de redução do c-LDL (RR 0,79; IC 95% 0,77-0,81). Especificando para cada um dos grupos etários, a redução do risco manteve-se significativa, incluindo acima dos 75 anos. Apesar da proporção de redução do risco parecer diminuir ligeiramente com o avançar da idade, esta diferença não apresentou significado estatístico. Quando considerados os estudos direcionados a doentes com insuficiência cardíaca ou em diálise, não se demonstrou uma redução estatisticamente significativa do risco de primeiro evento CV. Adicionalmente, em doentes em programas de diálise e com idade superior a 75 anos, o uso de estatinas não se revelou vantajoso,

mas pelo contrário, eventualmente deletério (RR = 1,10; IC 99% 0,71-1,71).

No geral, o tratamento padrão com estatina ou a terapia intensiva resultaram numa redução proporcional de 24% (RR 0,76; IC 95% 0,73-0,79) de eventos coronários *major* por redução de 1 mmol/L (36,67 mg/dL) de c-LDL. Verificou-se uma redução significativa dos eventos coronários *major* em todos os grupos etários, incluindo naquele acima dos 75 anos de idade. Mostrou-se, contudo, uma tendência para a redução de eventos coronários *major* proporcionalmente menor com o avançar da idade, com diferença estatisticamente significativa (p = 0,009).

Em relação à ocorrência de AVC (de qualquer tipo), de forma global, verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa do risco (RR 0,84; IC 95% 0,80-0,89). No entanto, na análise dos subgrupos, não se verificou diminuição significativa para os indivíduos com idades compreendidas entre os 56 e os 60 anos e naqueles acima dos 75 anos. Relativamente à mortalidade por causa CV, foi verificada uma redução proporcional de 12% (RR 0,88; IC 95% 0,85-0,91) por redução de 1 mmol/L (36,67 mg/dL) de c-LDL, com uma tendência para reduções menores com a idade (p = 0,004). Mais uma vez, analisando por grupo etário, não se demonstrou uma redução estatisticamente significativa para os indivíduos com idades compreendidas entre os 56 e os 60 anos e naqueles com acima dos 70 anos. No entanto, 1014 (53%) das 1906 mortes por causa CV, em indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, ocorreram nos quatro estudos de insuficiência cardíaca ou diálise. Depois da exclusão desses estudos, não se verificou a tendência aparente para reduções proporcionais menores da mortalidade CV com a idade mais avançada (p = 0,2). Apesar da ausência de efeito nas mortes por causa não vascular e por cancro, quando combinados todos os fatores, verificou-se uma redução significativa da mortalidade por todas as causas (RR 0,91; IC 95% 0,88-0,93).

Vários ECAC previamente publicados sobre o tratamento com estatinas já mostraram que existe uma redução significativa do risco de eventos CV nos indivíduos com idade superior a 65 anos, mas inferior a 75 anos.¹⁴⁻¹⁷ É também evidente os efeitos benéficos do uso de estatinas em prevenção secundária nos idosos,^{9,18} contudo a evidência é menos consistente em prevenção primária. Os artigos incluídos nesta revisão apontam, de forma geral, para um benefício no tratamento com estatinas em idosos, sem DCV estabelecida, em comparação com o placebo, nomeadamente na redução de eventos CV *major*, em

particular do EAM, com diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado, os resultados não foram inteiramente consistentes relativamente ao efeito sobre a incidência de AVC, dado que *Teng et al.* mostraram não haver uma redução significativa. A evidência encontrada sobre os efeitos na redução da mortalidade CV e por todas as causas também não foram totalmente concordantes, visto que apenas na MA elaborada pela CTTC foi verificada uma redução significativa.¹⁰ Nas restantes MA incluídas, não houve redução significativa da mortalidade CV nem por todas as causas.

As NOC citadas, sustentadas, na generalidade, em estudos randomizados e na opinião de peritos, suportam o uso de estatinas em prevenção primária, de acordo com o RCV, em idosos com idade igual ou inferior a 75 anos. Contudo, a partir dos 75 anos, a evidência não é tão clara, podendo ser considerado em doentes com alto ou muito alto RCV.

Existem algumas limitações a ter em consideração ao interpretar os resultados das MA referidas. Na MA de *Savarese et al.* apenas dois dos estudos incluídos foram desenhados para estudar diretamente o efeito das estatinas na população idosa. Além disso, o curto tempo de seguimento pode ter subestimado a ocorrência de efeitos adversos. Este mesmo período de seguimento pode explicar a ausência de redução estatisticamente significativa da mortalidade, já que poderia ser necessário um intervalo de tempo mais prolongado para atingir o significado estatístico. Os resultados obtidos aplicam-se a idosos com alto RCV, classificados na presente MA como apresentando pelo menos um FRCV *major* ou proteína C reativa elevada. Assim, os resultados não podem ser extrapolados para indivíduos idosos fora destas categorias.

Na MA de *Teng* e colaboradores, tal como na anterior, também só foram incluídos dois ECAC desenhados para avaliar exclusivamente indivíduos idosos. Adicionalmente, verificou-se alguma heterogeneidade nos estudos dado que os indivíduos incluídos apresentavam diferentes níveis de risco CV e foram submetidos a tratamento com diferentes estatinas. O tempo limitado de seguimento dos estudos incluídos pode ter subestimado a incidência de efeitos adversos e de benefícios. Por outro lado, esta MA incluiu um grande número de ECAC com amostras consideráveis, sendo que foi avaliado um vasto número de *outcomes*.

Na interpretação dos resultados da MA desenvolvida pela CTTC, importa ressaltar que cinco ECAC dos 28 estudos incluídos compararam o uso de estatinas em esquema intensivo com o esquema padrão.

Estes cinco estudos divergem dos critérios de inclusão definidos na metodologia, contudo os restantes 23 artigos cumprem os pressupostos, pelo que os autores decidiram incluir esta MA. Ainda assim, na análise dos resultados é importante ter este fator em consideração.

Outra limitação a considerar é a apresentação dos resultados apenas sob a forma de *RR*. Na MA elaborada pela CTTC, os autores referem que devido aos critérios de seleção utilizados e às diferenças inerentes à própria condução dos diferentes estudos, o risco absoluto (*RA*) de eventos e mortalidade CV não serão, muito provavelmente, representativos da população geral. Por este motivo, não foi calculada uma estimativa do efeito da redução do risco absoluto associada ao tratamento com estatinas. Nas restantes meta-análises incluídas, não foram também mencionados os *RA*. Torna-se assim mais difícil demonstrar o benefício clínico do uso de estatinas e quantificar a sua real magnitude.

A estratificação do RCV, pela aplicação das ferramentas de estimativa de risco, baseada nas equações da ACC e da AHATF, é imperfeita, uma vez que poderá sobrevalorizar o risco CV real.⁶ Além disso, aplicá-la nos idosos é ainda um maior desafio, já que só existe evidência para o seu uso até aos 70 anos de idade.¹ Caso não exista um fator de risco que os aloque a uma dada categoria de risco (por exemplo, risco CV muito alto na presença de DM com lesão de órgão alvo), esta estratificação fica comprometida, assim como a decisão de introduzir ou não terapia com estatina. Por esse motivo, esta estratificação do RCV nos idosos poderá ser encarada como um ponto de partida para a discussão com o doente acerca do seu potencial risco de evento CV, dos eventuais benefícios e efeitos adversos expectáveis das estatinas.

Por outro lado, com o envelhecimento, os idosos tornam-se mais suscetíveis aos eventuais riscos das estatinas, incluindo os efeitos relacionados com a farmacodinâmica e farmacocinética, bem como o impacto dos efeitos adversos em problemas como multimorbilidade, polimedicação e fragilidade. Apenas quatro das referências incluídas abordaram os efeitos deletérios destes fármacos, com resultados não inteiramente concordantes entre si, limitando a análise do benefício geral do seu uso na população idosa. A NOC da ESC e da EAS assume a maior probabilidade de interações medicamentosas e o maior risco de efeitos adversos nos casos de comorbilidades e de polimedicação, e a NOC da ACC e da AHATF sugere a suspensão das estatinas perante declínio funcional, multimorbilidade, fragilidade e reduzida esperança

de vida. Já a NOC da USPSTF e a MA de *Teng et al.* não encontraram associação estatisticamente significativa entre a terapêutica com estatinas e a existência de queixas musculares, elevação das enzimas hepáticas e o desenvolvimento de DM, com evidência escassa relativamente ao défice cognitivo. Parece, contudo, razoável a decisão de não iniciar ou suspender estatinas em idosos quando o risco ultrapassa o potencial benefício.³

Assim, a decisão partilhada com o utente deverá assumir um maior destaque na prática clínica, permitindo que o doente decida juntamente com o médico, de forma informada, sobre a toma de estatinas a longo prazo.

É também importante ressaltar que os estudos publicados incluíram um pequeno número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, o que pode, em parte, justificar a inexistência de evidência robusta para o uso de estatinas nesta população. Assim, são necessários ECAC de alta qualidade, com metodologias mais homogêneas, envolvendo um maior número de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, e com um tempo de tratamento e de *follow-up* mais longo, para se obterem conclusões mais consensuais sobre a eficácia e segurança do tratamento com estatinas nos idosos. Neste sentido, está a decorrer um ECAC com 18000 participantes com idade igual ou superior a 70 anos (STAREE), que estará concluído em 2023 e que tem como objetivo primário avaliar o benefício do uso de estatinas neste grupo etário, em prevenção primária.

CONCLUSÃO

O tratamento com estatinas está associado a uma redução significativa de eventos CV *major*, independentemente da idade. Contudo, perante a evidência encontrada, o benefício das estatinas em prevenção primária é menos evidente nos indivíduos com mais de 75 anos. Assim, o tratamento com estatinas está recomendado em prevenção primária, em idosos com idade igual ou inferior a 75 anos, de acordo com o RCV (SORT A). Em idosos com idade superior a 75 anos, o tratamento com estatina em prevenção primária pode ser considerado em doentes com RCV alto ou muito alto (SORT B). A terapêutica com estatina deverá ser sempre uma decisão partilhada entre o médico e o utente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). 2019 European Society of Cardiology (ESC)/European Society of Atherosclerosis (EAS) Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: Lipid Modification to reduce cardiovascular Risk. 2020;17(1):5-7.

- 2- Reiner Ž. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with Statins in the Elderly. *Curr Atheroscler Rep.* 2014;16(7):420.
- 3- Mortensen MB, Falk E. Primary Prevention With Statins in the Elderly. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71(1):85-94.
- 4- Stancu C, Sima A. Statins: Mechanism of action and effects. *J Cell Mol Med.* 2001;5(4):378-87.
- 5- Berthold KH, Gouni-Berthold I. Lipid-lowering Drug Therapy in Elderly Patients. *Curr Pharm Des.* 2011;17(9):877-93.
- 6- Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW, Garcia FAR, et al. Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: US preventive services task force recommendation statement. *J Am Med Assoc.* 2016;316(19):1997-2007.
- 7- Clinical N, Centre G. Lipid Modifications. *SpringerReference.* 2012.
- 8- Lowe RN, Vande Griend JP SJ. Statins for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in the Elderly. *Consult Pharm.* 2015;30(1):2030.
- 9- Anderson TJ, Grégoire J, Pearson GJ, Barry AR, Couture P, Dawes M, et al. 2016 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. *Can J Cardiol.* 2016;32(11):1263-82.
- 10- Armitage J, Baigent C, Barnes E, Betteridge DJ, Blackwell L, Blazing M, et al. Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials. *Lancet.* 2019;393(10170):407-15.
- 11- Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Vol. 139, *Circulation.* 2019;1082-1143.
- 12- Savarese G, Gotto AM, Paolillo S, D'Amore C, Losco T, Musella F, et al. Benefits of statins in elderly subjects without established cardiovascular disease: A meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(22):2090-9.
- 13- Teng M, Lin L, Zhao YJ, Khoo AL, Davis BR, Yong QW, et al. Statins for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Elderly Patients: Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs and Aging.* 2015;32(8):649-61.
- 14- Hunt D, Young P, Simes J, Hague W, Mann S, Owensby D, et al. Benefits of pravastatin on cardiovascular events and mortality in older patients with coronary heart disease are equal to or exceed those seen in younger patients: Results from the LIPID trial. *Ann Intern Med.* 2001;134(10):931-40.
- 15- Lewis SJ, Moye LA, Sacks FM, Johnston DE, Timmis G, Mitchell J, et al. *Ann Intern Med.* 1998;129(9):681-9.
- 16- Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: A randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2002;360(9326):7-22.
- 17- Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen ELEM, Buckley BM, Cobbe SM, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): A randomised controlled trial. *Lancet.* 2002;360(9346):1623-30.
- 18- Afilalo J, Duque G, Steele R, Jukema JW, de Craen AJM, Eisenberg MJ. Statins for Secondary Prevention in Elderly Patients. A Hierarchical Bayesian Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51(1):37-45.

CONFLITOS DE INTERESSE:

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

CORRESPONDÊNCIA:

Virgínia Martins Rodrigues
virginia.rodrigues91@gmail.com

RECEBIDO: 22 de junho de 2020 | ACEITE: 14 de fevereiro de 2021

PAPEL DA LACTASE NA CÓLICA INFANTIL: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

ROLE OF LACTASE IN INFANTILE COLIC: AN EVIDENCED BASED REVIEW

Autores:

Soraia Azevedo Oliveira¹, Gabriel Cruz², Marta Duarte Gomes³, Rita Cancela Nogueira⁴, Miguel Costa⁵

RESUMO

Introdução: A cólica infantil é um distúrbio gastrointestinal funcional caracterizado por choro sem causa aparente com duração superior a três horas por dia, mais de três dias por semana durante pelo menos uma semana, num lactente saudável. A sua etiologia é desconhecida e existe uma multiplicidade de medidas terapêuticas, nenhuma com evidência científica comprovada. O objetivo deste trabalho é rever a evidência científica disponível acerca da eficácia da intervenção com lactase nas cólicas infantis.

Métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos publicados nos últimos 20 anos, até 17 de julho 2020, utilizando os termos “Newborn OR Infant OR Pediatrics AND Colic AND Lactase” nas diferentes bases de dados de evidência na Medicina. Utilizou-se a *Strength of Recommendation Taxonomy* da *American Academy of Family Physicians* para classificação do nível de evidência e força de recomendação.

Resultados: Foram encontrados 39 artigos, tendo sido selecionados seis artigos para análise: três revisões sistemáticas, dois ensaios clínicos aleatorizados e uma norma de orientação clínica, todos com nível de evidência 2.

Discussão: Somente os ensaios clínicos demonstraram algum benefício na administração de lactase nas cólicas infantis, no entanto ambos apresentam algumas fragilidades nos métodos utilizados e por conseguinte pouca robustez na evidência apresentada. Os restantes estudos consideraram a evidência disponível inconsistente para suportar este tipo de terapêutica. Nenhum dos estudos reportou efeitos adversos, contudo são necessários mais ensaios para comprovar a eficácia da lactase nas cólicas infantis.

Conclusão: Não existe atualmente evidência científica que sustente o uso da lactase nas cólicas infantis, com força de recomendação B.

Palavras-chave: cólica infantil; lactase; lactente; pediatria

ABSTRACT

Introduction: Infantile colic is a functional gastrointestinal disorder defined by unexplained crying for longer than three hours per day, for three days per week during at least one week, in a healthy infant. Etiology is unknown and multiple therapeutic measures are proposed, but none with scientific established evidence. The aim of this work is to review the scientific evidence concerning intervention with lactase in infantile colic.

Methods: Bibliographic research of published articles in the last 20 years, until July 17th of 2020, using the terms “Newborn OR Infant OR Pediatrics AND Colic AND Lactase” on the different medicine evidence databases. *Strength of Recommendation Taxonomy of American Academy of Family Physicians* was used to categorized level of evidence and strength of recommendation.

Results: 39 articles were found, of which six were selected for analysis: three systematic reviews, two randomized controlled trials and one guideline, all with a level of evidence 2.

Discussion: Only the two randomized studies established some benefit with lactase administration for infantile colic, nonetheless both present some weaknesses in the methods used and therefore less strength in the evidence provided. The remainder studies considered the available evidence inconsistent to support this kind of therapeutic. None of the studies reported adverse effects, however, more trials are needed to confirm the efficacy of lactase in infantile colic.

Conclusion: There is currently no scientific evidence that supports the use of lactase in infantile colic, with a strength of evidence B.

Keywords: infantile colic; lactase; infant; pediatrics

-
1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Escariz, ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca
 2. Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Vale do Vouga, ACeS Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte
 3. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Terras de Santa Maria, ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca
 4. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Fiães, ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca
 5. Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria, Centro Hospitalar entre Douro e Vouga

INTRODUÇÃO

A definição de cólica infantil tem evoluído desde 1954 em função dos autores, tendo sido classificada por *Drossman* em 2016 como um distúrbio gastrointestinal funcional nos critérios de ROME IV. O diagnóstico faz-se mediante choro, irritabilidade ou agitação sem causa aparente que dure mais de três horas por dia, mais de três dias por semana durante pelo menos uma semana, num lactente que não apresente febre, doença ou alterações do desenvolvimento.^{1,2} Trata-se de um diagnóstico de exclusão, benigno, cuja sintomatologia pode iniciar-se desde as duas semanas de vida e costuma resolver espontaneamente antes dos 5 meses.^{2,3}

A prevalência global está estimada em cerca de 20%,⁴ mas é sujeita a grande variabilidade dependendo da definição escolhida, do tipo de estudo realizado e dos métodos utilizados, mas também da população analisada ou da percepção parental da duração do choro.⁵

A sua etiologia é desconhecida e provavelmente multifatorial. São sugeridos fatores psicossociais, como ansiedade e insegurança parental, tensões familiares ou perturbações comportamentais do lactente, mas também fatores biológicos para a sua génese. Nestes últimos destacam-se o défice transitório de lactase com consequente aumento da produção de hidrogénio e desconforto abdominal, o modelo imunológico de reatividade a determinados alergénios, como a proteína do leite de vaca, e alterações na flora intestinal, nomeadamente níveis aumentados de bactérias anaeróbias. É ainda proposta a hipótese de se tratar de uma manifestação fisiológica da imaturidade do sistema nervoso.^{1,2,4-6}

Pela sua apresentação, as cólicas são uma fonte importante de ansiedade e frustração para os cuidadores, impactando negativamente a qualidade de vida dos mesmos e podendo comprometer o vínculo entre pais e lactente. São também um motivo recorrente de procura pelos cuidados de saúde pelo que carecem de medidas eficazes do seu controlo.^{3,5}

A variedade das etiologias propostas gere uma multiplicidade de medidas terapêuticas sejam elas farmacológicas, dietéticas, comportamentais ou alternativas, todas elas com evidência científica limitada pelo que não existe consenso na gestão desta entidade.^{2,6}

A suplementação com lactase, enzima endógena do sistema digestivo, apresenta-se como uma medida segura e de administração fácil com potencialidade na redução dos sintomas associados à cólica

infantil.^{7,8} Face ao exposto, e com base na evidência científica disponível, o objetivo deste trabalho consiste em averiguar, na população de lactentes que padecem de cólica infantil, o efeito da administração de lactase na resolução dos sintomas causados por este distúrbio, quando comparada com outras intervenções terapêuticas.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de todos os artigos publicados em português ou inglês nos últimos 20 anos, até 17 de julho 2020, que correspondessem à associação de termos *Medical Subject Headings (MeSH)* “(Newborn OR Infant OR Pediatrics) AND Colic AND Lactase”. Pesquisaram-se meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados (ECA) e normas de orientação clínica (NOC).

As bases de dados utilizadas foram as seguintes: *MEDLINE/PubMed*, *The Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse*, *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Canadian Clinical Practice Guidelines*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)*, *Bandolier*, *BMJ Evidence-Based Medicine*, bem como referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Como critérios de inclusão definiu-se uma população constituída por lactentes até 6 meses de idade que sofressem de cólicas e tivessem sido submetidos a uma intervenção com administração de lactase em comparação com outros tipos de terapêuticas. O desfecho de interesse era a melhoria da sintomatologia. Excluíram-se os estudos que não cumprissem os critérios de inclusão definidos, artigos duplicados, artigos de opinião, revisões clássicas de tema, relatos de caso, notas de editor ou sumários e notícias de sítios da *internet*. Excluíram-se igualmente estudos incluídos nas RS ou MA selecionadas ou artigos redigidos noutras línguas que não português ou inglês.

Para classificação do nível de evidência (NE) e força de recomendação (FR) dos estudos utilizou-se a *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Academy of Family Physicians*.

RESULTADOS

Da pesquisa bibliográfica realizada resultou um total de 39 artigos. Após leitura do título e resumo foram excluídos 27 artigos, dos quais 12 duplicados, e após leitura integral foram excluídos outros seis, um artigo de opinião, quatro revisões clássicas e um ECA incluído numa RS selecionada para revisão. Selecionaram-se assim seis artigos para análise: três

RS, dois ECA e uma NOC. O organigrama da seleção dos artigos encontra-se na Figura 1 e as características dos diferentes estudos selecionados para revisão nos Quadros I, II e III.

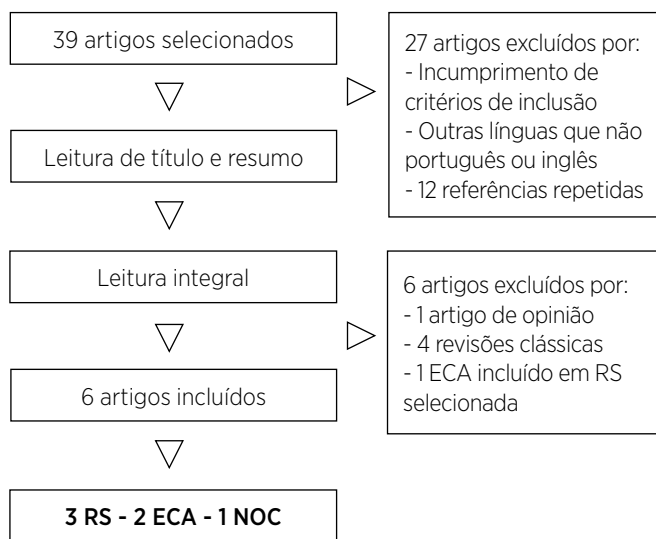


Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos.
Legenda: ECA – ensaios clínicos aleatorizados e controlados; NOC – norma de orientação clínica; RS – revisão sistemática.

Com a sua RS, *Gordon* e colaboradores analisaram estudos que avaliassem os efeitos de intervenções dietéticas, isoladas ou combinadas, em lactentes de menos de quatro meses com cólicas quando comparadas com outras intervenções ou placebo. Os resultados foram reportados com a duração do choro como desfecho primário e outros desfechos secundários. Dos 15 ECA analisados, apenas três reportaram os efeitos de adição de lactase à dieta, correspondendo a uma população de 138 lactentes. Nenhum deles permitiu tirar conclusões robustas quanto aos diferentes desfechos, no entanto não foram verificados efeitos adversos à administração de lactase.

Com premissas semelhantes, *Harb* e colaboradores pretenderam rever a evidência disponível quanto ao efeito de diferentes intervenções nas cólicas de lactentes com menos de seis meses de idade e amamentação exclusivamente materna ou mista. Para tal, foram avaliadas as alterações na duração do choro e a redução da sintomatologia em 17 ECA. Destes, apenas um focou os efeitos de administração de lactase, não tendo demonstrado evidência suficiente que substanciasse o seu uso nas cólicas.

Quadro I. Revisões sistemáticas.

Referência	População	Intervenção	Resultados	NE
<i>Gordon et al.</i> (2018)	15 ECA (n = 1121) - Lactentes com cólicas entre os 2 e 16 meses. Desfecho de interesse: 3 ECA (n = 138)	Adição de lactase ao leite habitual vs placebo: - 4 gotas no leite materno ou 2 gotas no leite de fórmula; - 3 gotas no leite administrado; - 6 gotas de administração oral.	Inconclusivos quanto aos efeitos terapêuticos. Nenhuns efeitos adversos à administração de lactase reportados.	2
<i>Harb et al.</i> (2018)	17 ECA - Lactentes < 6 meses com cólicas alimentados com leite materno ou misto. Desfecho de interesse: 1 ECA (n = 53) - Lactentes entre os 3 e 13 meses.	Adição de lactase ao leite habitual vs placebo durante 10 dias: - 4 gotas no leite materno ou 2 gotas no leite de fórmula.	Evidência insuficiente da lactase como tratamento.	2
<i>Hall et al.</i> (2011)	19 ECA + 2 RS - Lactentes com cólicas Desfecho de interesse: 2 ECA	Administração de lactase. Doses não especificadas.	Redução não significativa do tempo de choro em: - 22,4% num dos ensaios; - 225 ± 22 minutos com lactase (vs 185 ± 25 minutos com placebo) no outro. Resultados considerados inconsistentes. Nenhuns efeitos adversos reportados.	2

Legenda: ECA – Ensaio clínico aleatorizado; n – número; NE – Nível de evidência; RS – revisão sistemática; vs – versus.

Quadro II. Ensaios clínicos aleatorizados.

Referência	População	Intervenção	Resultados	NE
Ahmed et al. (2018)	Lactentes dos 0 aos 6 meses com cólicas ($n = 156$). Duração do estudo: duas semanas. 104 completaram o estudo.	Lactase vs placebo Proporção 1:1 Administração antes de cada mamada: - 5 gotas de leite materno; - 1 gota por cada 28,4 mL (1 onça) de leite de fórmula. Três momentos de avaliação: - inicial; - fim da 1ª semana; - fim da 2ª semana.	Duração do choro Categorizada como melhorada (< 3 horas/dia) ou não melhorada (≥ 3 horas/dia). Redução estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ao fim de uma e duas semanas no grupo da lactase. Com lactase: - 1ª semana: 86,5% (vs 65%) ($p = 0,012$); - 2ª semana: 86,5% (vs 60%) ($p = 0,002$). Nota: Estudo financiado pela farmacêutica que comercializa a formulação de lactase utilizada.	2
Vandenplas et al. (2017)	Lactentes das 3 às 16 semanas com cólicas ($n = 46$). Duração do estudo: 10 dias.	APT198K (xiloglucano + <i>L. reuteri</i> SGL01 + <i>B. brevis</i> SGB01): - 10 gotas duas vezes por dia. vs Lactase: - 4 gotas no leite materno ou 2 gotas no leite de fórmula a cada mamada. Proporção 1:1 Três momentos de avaliação: - inicial – pré-intervenção; - dia 6; - dia 11.	Choro: - Duração de cada episódio: redução estatisticamente significativa nos dois grupos ($p = 0,033$); duração ao 11º dia significativamente inferior no grupo da APT198K ($p = 0,008$). - Duração diária total e número de episódios por dia: reduzidos em ambos os grupos, sem diferenças significativas entre ambos. Sintomas intestinais, tensão abdominal, rubor facial e alterações posturais: Melhoria em ambos os grupos, significativamente superior no grupo da APT198K ao 6º dia, mas sem diferença significativa entre grupos ao 11º dia.	2

Legenda: ECA – Ensaio clínico aleatorizado; n – número; NE – Nível de evidência; RS – revisão sistemática; vs – versus.

Quadro III. Norma de orientação clínica.

Referência	País	Recomendação
Canadian Paediatric Society, Nutrition and Gastroenterology Committee – Practice Point (2011)	Canadá	A evidência não suporta o uso de lactase no tratamento das cólicas. Nota: É importante enfatizar que o déficit congênito de lactase é raro.

Na última RS selecionada, Hall e colaboradores debruçaram-se sobre as terapêuticas médicas e convencionais para a cólica infantil. Compilaram um total de 19 ECA e duas RS, dos quais dois ECA relacionavam-se com o papel da lactase na cólica infantil. Foi reportada uma diminuição não significativa de 22,4% na duração do choro num dos ensaios e uma redução do tempo de choro de 225 ± 22 minutos com administração de lactase contra 185 ± 25 minutos com placebo no outro. Estes resultados foram considerados inconsistentes para suportar o uso de lactase na cólica infantil, mas não se evidenciaram efeitos adversos.

A estas RS foi atribuída um NE 2.

No seu ECA Ahmed e colaboradores pretenderam verificar a eficácia da lactase nas cólicas com um estudo prospetivo, randomizado e duplo-cego com duração de duas semanas que envolveu 156 lactentes com idades compreendidas entre zero e seis meses. Estes foram distribuídos entre grupo de intervenção com lactase e grupo controlo com placebo numa

proporção de 1:1. Os cuidadores foram instruídos a administrar o preparado antes de cada refeição na forma de cinco gotas com o leite materno ou uma gota por cada 28,4 mL (1 onça) de leite de fórmula. Nos 104 lactentes que concluíram o estudo, observou-se uma redução no tempo de choro em 45 (86,5%) no grupo da lactase contra 34 (65,0%) ($p = 0,012$) no grupo controlo ao fim da primeira semana. No fim da segunda semana, estes números eram de 45 (86,5%) lactentes no grupo da lactase contra 31 (60,0%) ($p = 0,002$) no grupo controlo. Os autores admitem uma percentagem importante de lactentes em que não se observou melhoria, atribuindo este fator a outras etiologias da cólica.

Vandenplas e colaboradores desenvolveram um ECA com o intuito de averiguar a eficácia e segurança do suplemento APT198K, composto por xiloglucano 0,6 g/10 ml com *Lactobacillus reuteri* SGL01 100 × 109 unidades formadoras de colónias (UFC)/g e *Bifidobacterium brevis* SGB01 100 × 109 UFC/g inativados pelo calor, quando comparado com a lactase

como primeira linha de tratamento na cólica infantil. Desenham um estudo aberto, multicêntrico, randomizado, com grupos paralelos de proporção 1:1 para o qual foram selecionados 46 lactentes com cólicas entre as 3 e 16 semanas de vida que receberam uma das duas terapêuticas. As doses administradas foram de 10 gotas de APT198K duas vezes por dia ou lactase a cada mamada (4 gotas no leite materno ou 2 gotas no leite de fórmula) durante um período de 10 dias. Existiram três momentos de avaliação, prévio ao estudo, ao 6º e 11º dias de intervenção e foram avaliados os desfechos de choro (duração de cada episódio, duração total e número de episódios por dia), sintomas intestinais (inchaço e flatulência), tensão dos músculos abdominais, rubor facial, alterações posturais e efeitos adversos. No termo do estudo existiu uma redução estatisticamente significativa na duração de cada episódio de choro em ambos os grupos ($p = 0,033$), sendo esta significativamente inferior no grupo APT198K ($p = 0,008$) ao 11º dia. A duração diária total e o número de episódios de choro por dia diminuíram em ambos os grupos, sem diferenças significativas entre ambos. Houve melhoria dos restantes sintomas nos dois grupos, tendo o grupo APT198K apresentado melhorias significativamente superiores ao 6º dia, mas que não se verificaram para lá desse momento de avaliação, à exceção dos sintomas intestinais e alterações posturais. O único efeito adverso foi um episódio isolado de vômito num dos lactentes do grupo APT198K.

A *Canadian Paediatric Society, Nutrition and Gastroenterology Committee*, no seu *Practice Point* reviu o papel das diferentes intervenções dietéticas nas cólicas infantis. Dos diferentes estudos referidos, concluiu que a evidência disponível não suporta o uso de lactase no tratamento das cólicas infantis e enfatiza o facto do défice congénito de lactase ser raro. Concluiu ainda que as diferentes modificações dietéticas apenas reduzem as cólicas em alguns lactentes e consequentemente devem ser evitadas na maioria, reforçando que a evidência disponível é inconsistente e os estudos que a sustentam pouco robustos.

DISCUSSÃO

Face à informação recolhida com os diferentes estudos apresentados, verifica-se que existe uma limitação intrínseca à evidência apresentada. Todas as RS e a NOC partilham bibliografia comum e um número limitado de estudos que reportam efeitos da lactase nas cólicas infantis. São referidos sistematicamente três ECA, *Miller* (1990), *Kearney* (1998) e *Kanabar* (2001) que, para além de uma data de publicação na

sua maioria superior a 20 anos, apresentam de igual forma um rigor metodológico discutível. Esta redundância de referências afigura-se como uma limitação suplementar que reforça a ausência de robustez para suportar o uso de lactase nas cólicas dos lactentes.

Ahmed e colaboradores demonstraram vantagem no uso de lactase para a redução do tempo de choro nas cólicas em lactentes comparativamente ao uso de placebo. No entanto, a informação transmitida não permite a reprodutibilidade dos resultados por existirem algumas omissões nos métodos utilizados. Foi utilizado um questionário para calcular o tempo de choro, contudo não é detalhado a que intervalo de tempo corresponde essa avaliação. Por outro lado, apesar desta variável ter aparentemente sido colhida de forma quantitativa, foi apresentada de forma qualitativa (choro melhorado ou não melhorado), não sendo possível verificar a extensão do efeito da intervenção. Embora não tenham sido declarados conflitos de interesse, este ECA foi financiado pela farmacêutica que comercializa a formulação de lactase utilizada no estudo.

O ECA realizado por *Vandenplas* e colaboradores evidenciou uma redução significativa da duração de cada episódio de choro com o uso de lactase. Ao utilizar a lactase para comparar a eficácia e segurança do suplemento APT198K, os autores reconhecem o possível benefício terapêutico da lactase como intervenção nas cólicas infantis. No entanto, enfatizam que este está limitado a lactentes com défice transitório de lactase e os resultados demonstraram melhorias mais importantes com o uso de APT198K. É também relevante o conhecimento prévio da substância administrada pelos cuidadores, pelo que não se pode excluir viés no registo da sintomatologia.

Ambos os ECA têm como limitações a pequena amostragem, a curta duração dos estudos e a subjetividade na recolha da sintomatologia associada às cólicas. Estas limitações, também demonstradas nas RS selecionadas, e o número reduzido de estudos sobre este tema evidenciam a necessidade de serem realizados mais ensaios, de maiores dimensões e metodologia rigorosa para comprovar os efeitos da lactase nas cólicas infantis. Apesar desta indeterminação, todos os estudos selecionados enfatizaram a inocuidade da intervenção com lactase em lactentes.

Por fim, independentemente da etiologia, um aspeto central na gestão deste distúrbio deve ser a tranquilização e apoio aos cuidadores com intuito de minimizar o impacto negativo que pode ter nas famílias.^{3,9}

CONCLUSÃO

Apesar da terapêutica com lactase se apresentar como uma intervenção segura, não existe atualmente evidência científica que sustente o seu uso nas cólicas infantis (FR B).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Gordon M, Biagioli E, Sorrenti M, Lingua C, Moja L, Banks SS, et al. Dietary modifications for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10:CD011029.
- 2- Vandenplas Y, Bacarea A, Marusteri M, Bacarea V, Constantin M, Manolache M. Efficacy and safety of APT198K for the treatment of infantile colic: a pilot study. *J Comp Eff Res*. 2017;6(2):137-44.
- 3- Management of infantile colic. *Drug Ther Bull*. 2013;51(1):6-9.
- 4- Harb T, Matsuyama M, David M, Hill RJ. Infant Colic-What works: A Systematic Review of Interventions for Breast-fed Infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62(5):668-86.
- 5- Indrio F, Dargenio VN, Giordano P, Francavilla R. Preventing and Treating Colic. *Adv Exp Med Biol*. 2019;1125:49-56.
- 6- Hall B, Chesters J, Robinson A. Infantile colic: a systematic review of medical and conventional therapies. *J Paediatr Child Health*. 2012;48(2):128-37.
- 7- Kanabar D, Randhawa M, Clayton P. Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. *J Hum Nutr Diet*. 2001;14(5):359-63.
- 8- Ahmed M, Billoo AG, Iqbal K, Memon A. Clinical Efficacy Of Lactase Enzyme Supplement In Infant Colic: A Randomised Controlled Trial. *J Pak Med Assoc*. 2018;68(12):1744-7.
- 9- Critch J. Infantile colic: Is there a role for dietary interventions? *Paediatr Child Health*. 2011;16(1):47-9.

CONFLITOS DE INTERESSE:

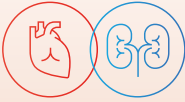
Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Soraia Raquel Azevedo Oliveira
azevedooliveirasoraia@gmail.com

RECEBIDO: 24 de novembro de 2020 | ACEITE: 02 de março de 2021

FOR TODAY FOR TOMORROW*



A PROTEÇÃO CARDIORRENAL NOS SEUS DOENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 COMEÇA HOJE.^{1¥}

Nos doentes com DMT2 com e sem doença cardiovascular estabelecida:

↓ **17%** Hospitalização por insuficiência cardíaca ou morte CV^{1¥}

↓ **27%** Hospitalização por insuficiência cardíaca^{1¥}

↓ **47%** Progressão de doença renal^{1¥}

*Por hoje. Por amanhã. **DMT2:** Diabetes Mellitus Tipo 2. **CV:** Cardiovascular.

1. Wiviott SD et al. N Engl J Med. 2019;380(4):347-357.

¥ Dapagliflozina não se encontra indicada na redução da morte CV, nem no tratamento da insuficiência cardíaca e da progressão da doença renal. Os endpoints de hospitalização por insuficiência cardíaca e da progressão da doença renal foram endpoints exploratórios no estudo DECLARE-TIMI 58.

xigduo
(metformina /dapagliflozina)

forxiga
(dapagliflozina) 10 mg comprimidos

Informações essenciais compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento

FORXIGA 10 mg comprimidos revestidos por película contendo 10 mg de dapagliflozina. **Excipiente com efeito conhecido:** Cada comprimido de 10 mg contém 50 mg de lactose anidra. **XIGDUO** 5 mg/850 mg comprimidos revestidos por película contendo 5 mg de dapagliflozina e 850 mg de cloridrato de metformina. **XIGDUO** 5 mg/1.000 mg comprimidos revestidos por película contendo 5 mg de dapagliflozina e 1.000 mg de cloridrato de metformina. **Excipiente com efeito conhecido:** Xigduo contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por dose ou seja, é praticamente "isento de sódio". **Indicações terapêuticas:** **Forxiga** é indicado em adultos para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2, inadequadamente controlada, como um adjuvante da dieta e exercício; - em monoterapia, quando a metformina é considerada inadequada devido a intolerância; - em associação com outros medicamentos para o tratamento da DT2. **Xigduo** é indicado em adultos para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 como adjuvante da dieta e do exercício; - em doentes inadequadamente controlados, com a dose máxima tolerada de metformina em monoterapia; - em associação com outros medicamentos para o tratamento da diabetes, em doentes inadequadamente controlados com metformina e estes medicamentos; - em doentes a receber tratamento com a associação de dapagliflozina e metformina em comprimidos separados. Para os resultados de estudos relativos a associações de terapêuticas, efeitos sobre o controlo glicémico, acontecimentos cardiovasculares, e populações estudadas, ver os respetivos RCMs. **Forxiga** é indicado em adultos para o tratamento da insuficiência cardíaca crónica sintomática com fração de ejeção reduzida. **Posologia:** **Forxiga** A dose recomendada é de 10 mg de dapagliflozina uma vez por dia. Quando a dapagliflozina é utilizada em associação com a insulina ou um secretagogo da insulina, como uma sulfonilureia, deve ser considerada uma dose mais baixa de insulina ou do secretagogo da insulina para reduzir o risco de hipoglicemia. **Xigduo Adultos com função renal normal (TFG \geq 90 ml/min):** a dose recomendada é um comprimido duas vezes por dia. Cada comprimido contém uma dose fixa de dapagliflozina e metformina. Doentes inadequadamente controlados com metformina em monoterapia ou em associação com outros medicamentos para o tratamento da diabetes devem receber uma dose diária total de Xigduo equivalente a 10 mg de dapagliflozina, mais a dose diária total de metformina, ou a dose terapêutica adequada mais próxima, já em utilização. Quando Xigduo é utilizado em associação com a insulina ou um secretagogo da insulina como a sulfonilureia, deve ser considerada uma dose mais baixa de insulina ou da sulfonilureia para reduzir o risco de hipoglicemia. Doentes que mudam de dapagliflozina (dose diária total 10 mg) e metformina em comprimidos separados para Xigduo, devem receber as mesmas doses diárias de dapagliflozina e metformina já utilizadas ou a dose terapêutica mais próxima e adequada de metformina. **Modo de administração:** Via oral. **Forxiga** Uma vez por dia, a qualquer hora do dia com ou sem alimentos. Os comprimidos devem ser deglutidos inteiros. **Xigduo** Duas vezes por dia, com as refeições, para reduzir as reações adversas gastrointestinais associadas com metformina. **Populações especiais:** **Forxiga** Como a eficácia glicémica é dependente da função renal, não se recomenda iniciar Forxiga para melhorar o controlo glicémico em doentes com uma TFG < 60 ml/min e deve ser descontinuado com TFG persistentemente abaixo de 45 ml/min. Não é necessário ajuste de dose com base na função renal. Recomenda-se monitorização da função renal da seguinte forma: - Antes de iniciar a dapagliflozina e depois pelo menos anualmente. - Antes de iniciar medicação concomitante que pode reduzir a função renal e depois periodicamente. - Para função renal com TFG < 60 ml/min, pelo menos 2 a 4 vezes por ano. A experiência da utilização de dapagliflozina no tratamento da insuficiência cardíaca em doentes com compromisso renal grave é limitada (TFG < 30 ml/min). Em doentes tratados com dapagliflozina para a insuficiência cardíaca e diabetes mellitus tipo 2, deve ser considerado o tratamento adicional com hipoglicemiantes se a TFG diminuir persistentemente para valores abaixo dos 45 ml/min. **Xigduo** A TFG deve ser avaliada antes do início do tratamento com medicamentos contendo metformina e, posteriormente, pelo menos anualmente. Em doentes com risco aumentado de progressão adicional do compromisso renal e nos idosos, a função renal deve ser avaliada com maior frequência, p.ex., a cada 3 a 6 meses. A dose máxima diária de metformina deve ser preferencialmente dividida em 2-3 doses diárias. Os fatores que podem aumentar o risco de acidose láctica, devem ser revistos antes de se considerar iniciar a metformina em doentes com TFG < 60 ml/min. Se não estiver disponível a dose adequada de Xigduo, devem ser utilizados os componentes individuais em vez da combinação de dose fixa. **TFG 60-89 ml/min:** Dose máxima diária de metformina é de 3.000 mg. A redução da dose pode ser considerada em relação ao declínio da função renal. Dose máxima diária total de dapagliflozina é de 10 mg. **TFG 45-59 ml/min:** Dose máxima diária de metformina é de 2.000 mg. A dose inicial é no máximo metade da dose máxima. A dapagliflozina não deve ser iniciada e a dose máxima diária total é de 10 mg. **TFG 30-44 ml/min:** Dose máxima diária de metformina é de 1.000 mg. A dose inicial é no máximo metade da dose máxima. Não se recomenda dapagliflozina. **Forxiga** é contraindicada e não se recomenda dapagliflozina. **Forxiga** Não é necessário qualquer ajuste de dose em doentes com compromisso hepático ligeiro ou moderado. Em doentes com compromisso hepático grave, recomenda-se uma dose inicial de 5 mg. Se for bem tolerada, a dose pode ser aumentada para 10 mg. **Forxiga** 10 mg não é recomendado para o tratamento da insuficiência cardíaca em doentes com diabetes mellitus tipo 1. Não é recomendado ajuste da dose baseado na idade. **Xigduo** Uma vez que a metformina é eliminada em parte pelos rins, e porque os doentes idosos são mais suscetíveis a ter a função renal diminuída, este medicamento deve ser usado com precaução à medida que a idade aumenta. É necessário monitorizar a função renal para prevenir a ocorrência de acidose láctica associada à metformina, em particular nos doentes idosos. Deverá ser considerado o risco de depleção de volume com a dapagliflozina. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes; **Xigduo** Qualquer tipo de acidose metabólica aguda (tal como acidose láctica ou cetoadidose diabética); Pré-coma diabético; Insuficiência renal grave (TFG < 30 ml/min); Situações agudas com potencial para alterar a função renal, tais como: desidratação, infeção grave, choque; Doença aguda ou crónica passível de causar hipoxia tecidual, tais como: insuficiência cardíaca ou respiratória, enfarte do miocárdio recente, choque; Compromisso hepático; Intoxicação alcoólica aguda, alcoolismo. **Advertências:** **Acidose láctica:** **Xigduo.** Se ocorrerem sintomas suspeitos de acidose láctica, o doente deve parar de tomar Xigduo e procurar assistência médica imediata. **Depleção de volume e/ou hipotensão:** **Forxiga** A dapagliflozina aumenta a diurese que pode originar uma diminuição modesta na tensão arterial, que pode ser mais pronunciada em doentes com concentrações muito elevadas de glicose no sangue. **Forxiga** e **Xigduo** Deverá ser tomada precaução em doentes para os quais a dapagliflozina ao induzir redução na tensão arterial pode colocar um risco, tais como doentes em terapêutica anti-hipertensiva com uma história de hipotensão ou doentes idosos. No caso de situações intercorrentes que podem levar à depleção de volume, recomenda-se monitorização cuidadosa do estado do volume. Recomenda-se interrupção temporária do tratamento com este medicamento para doentes que desenvolvam depleção de volume até a depleção estar corrigida. **Cetoacidose diabética:** Os doentes que podem estar em maior risco de CAD incluem doentes com uma baixa reserva funcional da célula beta, doentes com condições que conduzam a restrição de ingestão alimentar ou desidratação grave, doentes para os quais as doses de insulina são reduzidas e doentes com aumentos nas necessidades de insulina devido a doença aguda, cirurgia ou abuso de álcool. Deverá ser considerado risco de CAD no caso de ocorrerem sintomas inespecíficos como náuseas, vómitos, anorexia, dor abdominal, sede excessiva, dificuldade respiratória, confusão, fadiga ou sonolência involuntares. Se ocorrerem estes sintomas os doentes devem ser imediatamente avaliados para cetoacidose, independentemente do nível de glicemia. Antes de iniciar dapagliflozina, devem ser tidos em consideração na história clínica do doente os fatores que possam predispor a cetoacidose. O tratamento deve ser interrompido em doentes hospitalizados para intervenções cirúrgicas major ou devido a doenças agudas graves. Recomenda-se monitorização dos níveis de cetona nesses doentes. Em ambos os casos, o tratamento com dapagliflozina pode ser reiniciado quando os valores de cetonas forem normais e o estado do doente estiver estabilizado. Nos doentes em que se suspeita ou se confirma CAD, o tratamento com dapagliflozina deve ser imediatamente descontinuado. Não se recomenda reiniciar o tratamento com inibidores do SGLT2 em doentes com CAD prévia enquanto tomavam inibidor SGLT2, a menos que claramente se identifique e se resolva outro fator precipitante. A dapagliflozina 10 mg não deve ser utilizada para tratamento de doentes com DT 1. **Fasciíte necrotizante do períneo (gangrena de Fournier):** **Forxiga** e **Xigduo** Os doentes devem ser aconselhados a procurar assistência médica no caso de uma combinação de sintomas: dor, sensibilidade, eritema ou inchaço na área genital ou perineal, com febre ou mal-estar. Pode ser antecedida de infeção urogenital ou abscesso perineal. **Forxiga** ou **Xigduo** devem ser interrompidos e imediatamente iniciado o tratamento (incluindo antibióticos e desbridamento cirúrgico). **Infeções do trato urinário:** **Forxiga** e **Xigduo** A interrupção temporária do tratamento deve ser considerada quando se tratam pielonefrite ou ureopseis. **Amputações dos membros inferiores:** **Forxiga** e **Xigduo** É importante aconselhar os doentes com diabetes sobre os cuidados preventivos de rotina dos pés. **Avaliações laboratoriais de urina:** **Forxiga** e **Xigduo** Doentes a tomar este medicamento irão apresentar testes positivos para a glicose na sua urina. **Administração de meios de contraste iodados:** **Xigduo** Este medicamento deve que ser interrompido antes, ou no momento da realização do procedimento imagiológico e só ser retomado pelo menos 48 horas depois, desde que a função renal tenha sido reavaliada e considerada estável. **Cirurgia:** **Xigduo** A utilização de Xigduo deve ser interrompida no momento da cirurgia com anestesia geral, espinal ou epidural. O tratamento só poder ser reiniciado pelo menos 48 horas após a cirurgia ou retoma da alimentação por via oral e desde que a função renal tenha sido reavaliada e considerada estável. **Alteração do estado clínico dos doentes com diabetes tipo 2 previamente controlada:** **Xigduo** A avaliação deverá incluir níveis de eletrólitos séricos e cetonas, glicemia e, se indicado, pH sanguíneo, lactato, piruvato e metformina. Se ocorrer qualquer forma de acidose, o tratamento deve ser imediatamente suspenso e iniciadas outras medidas corretivas apropriadas. **Lactose:** **Forxiga** Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência total de lactase ou malabsorção de glicose galactose não devem tomar este medicamento. **Interações:** **Forxiga** A dapagliflozina pode aumentar o efeito diurético da tiazida e dos diuréticos da ansa e pode aumentar o risco de desidratação e hipotensão. **Xigduo** Deve ser considerada uma monitorização cuidadosa do controlo glicémico, o ajuste de dose dentro da posologia recomendada e a introdução de alterações no tratamento diabético quando são administrados concomitantemente medicamentos catiónicos que são eliminados por secreção renal tubular. **Álcool:** Deve evitar-se o consumo de álcool e de medicamentos que contenham álcool. **Teste 1,5 AG:** Não se recomenda a monitorização do controlo glicémico com o teste 1,5 AG dado que as determinações do 1,5 AG não são fiáveis na avaliação do controlo glicémico em doentes a tomar inibidores SGLT2. **Efeitos indesejáveis:** **Forxiga** e **Xigduo** **Muito frequentes:** Hipoglicemia (quando utilizado com SU ou insulina); **Frequentes:** Vulvovaginite, balanite e infeções genitais relacionadas; Infeção do trato urinário; Tonturas; Erupção cutânea; Dorsalgia; Disúria; Poliúria; Hematócrito aumentado; Depuração renal da creatina diminuída durante o tratamento inicial; Dislipidemia; **Pouco frequentes:** Infeção fúngica; Depleção de volume; Sede; Obstipação; Boca seca; Noctúria; Prurido vulvovaginal; Prurido genital; Creatinemia aumentada durante o tratamento inicial; Ureia sérica aumentada; Peso diminuído. **Muito raros:** Fasciíte necrotizante do períneo (gangrena de Fournier); **Forxiga** **Frequentes:** Cetoacidose diabética (quando utilizado na diabetes mellitus tipo 2). **Raros:** Cetoacidose diabética (quando utilizado na diabetes mellitus tipo 2). **Muito raros:** Angioedema. **Xigduo** **Muito frequentes:** Sintomas gastrointestinais. **Frequentes:** Alteração do paladar. **Raros:** Cetoacidose diabética. **Muito raros:** Acidose Láctica; Carência de vitamina B12; Afecções da função hepática; Hepatite; Urticária; Eritema; Prurido. **Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas à Direção de Gestão do Risco de Medicamentos (Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoarm> (preferencialmente) ou Tel.: +351217987373; Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita); E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt). **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** AstraZeneca AB, SE-151 85, Södertälje, Suécia. **Representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda., Rua Humberto Madeira, 7, Queluz de Baixo, 2730-097 Barcarena. Informações revistas em novembro 2020. Para mais informações deverá contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado. Medicamentos sujeitos a receita médica. Medicamentos comparticipados pelo Escalão A (90% de comparticipação no regime geral e 95% de comparticipação no regime especial). Versão 13.0 (novembro 2020).**

NEURALGIA DO NERVO PUDENDO - UM CASO DESAFIANTE DE DOR PÉLVICA

PUDENDAL NEURALGIA - A CHALLENGING CASE OF PELVIC PAIN

Autores:

Joana Pacheco de Castro¹, Inês Pirra¹, Cheila Clemente¹

RESUMO

Introdução: A neuralgia do nervo pudendo é uma condição neuropática dolorosa que afeta o dermatomo correspondente ao nervo pudendo. Tipicamente, este quadro álgico, que se caracteriza por dor tipo queimadura acompanhada de sintomas genito-urinários, surge na posição sentada e alivia em decúbito ou ortostatismo. Por se tratar de uma condição pouco conhecida e com necessidade de exclusão de outras possíveis etiologias de dor pélvica, o diagnóstico pode ser um desafio. O diagnóstico correto e precoce é essencial para prevenir um impacto negativo a longo prazo na qualidade de vida a nível físico, psicológico, social e laboral, bem como evitar iatrogenia.

Descrição do caso: Mulher de 45 anos, recorre por dor, com quatro meses de evolução, moderada a intensa, tipo “picada” e “ardor”, localizada à direita nas regiões inguinal, glútea e coxa na parte proximal, com irradiação à vagina e ânus, com agravamento durante a defecação, durante a relação sexual e na posição sentada. Ao exame objetivo apresenta dor à palpação abdominal profunda, mais intensa no quadrante inferior direito, toque vaginal e retal doloroso à direita e cordão fibroso palpável no fundo de saco direito. Depois de ser observada por diferentes especialidades e realizar vários exames complementares de diagnóstico, que não revelaram alterações compatíveis com o quadro clínico, realiza ressonância magnética que documenta ingurgitamento venoso ao longo do trajeto anterior de ambos os nervos pudendos, tendo-se diagnosticado neuralgia do nervo pudendo. Foi submetida a várias sessões de neuroestimulação elétrica transcutânea, com resolução completa das queixas.

Comentário: Os autores pretendem, com o presente caso, enfatizar a importância do papel do médico de família como primeiro ponto de contacto com o Serviço Nacional de Saúde. Uma correta impressão diagnóstica inicial permite uma melhor gestão do doente, um controlo mais adequado da dor, assim como referências adequadas e atempadas para outras especialidades.

Palavras-chave: neuralgia do nervo pudendo; dor pélvica crónica; dor pélvica neuropática

ABSTRACT

Introduction: Pudendal neuralgia is a painful neuropathic condition that affects the dermatome of the pudendal nerve. Typically, the pain, which is characterized by burn-type pain accompanied by genito-urinary symptoms, appears mostly in a sitting position and relieves in decubitus or orthostatism. The diagnosis can be challenging: on one hand it is not a well known condition and on the other hand other possible pelvic pain etiologies must be excluded. A correct and early diagnosis is essential to prevent a long-term negative impact on life quality of these patients on a physical, psychological, social and work level, as well as to prevent iatrogenesis.

Case description: 45-year-old woman presenting pain with four months of evolution, moderate to intense, “prick” and “burning” type, located on the right inguinal, gluteal and proximal thigh regions, with irradiation to the vagina and anus, with worsening during defecation, sexual intercourse and in the sitting position. On physical examination, she presents with pain on deep abdominal palpation, more intense in the lower right quadrant, painful vaginal and rectal inspection on the right side and a palpable fibrous cord at the bottom of the right sac. After being observed by different specialties and carrying out several complementary diagnostic exams, that did not reveal alterations compatible with the clinical picture, she performs a magnetic resonance imaging that documents venous engorgement along the anterior path of both pudendal nerves, having diagnosed neuralgia of the pudendal nerve. She underwent several sessions of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, with complete resolution of complaints.

Comment: With this case, we intend to emphasize the importance of the role of the family doctor as the first line of medical contact. A correct initial diagnostic impression allows better patient management, a greater pain control, as well as adequate and timely referral to other specialties.

Keywords: pudendal neuralgia; chronic pelvic pain; pelvic neuropathic pain

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF São João da Talha, ACeS Loures/Odivelas

INTRODUÇÃO

A nevralgia do nervo pudendo é uma condição neuropática dolorosa que afeta o dermatomo correspondente ao nervo pudendo.

É mais frequente em mulheres entre os 30 e os 60 anos, caracteriza-se clinicamente por dor tipo queimadura, que se pode localizar na vulva, vagina, clítoris, períneo e reto. Nos homens pode localizar-se na glande, escroto, períneo e reto, sendo frequentemente unilateral. A dor pode ser acompanhada de outros sintomas, nomeadamente polaquiúria, urgência urinária, tenesmo vesical ou retal, dispareunia e excitação sexual persistente, podendo ainda existir hiperalgesia significativa, alodinia, parestesias ou sensação de corpo estranho. Outra queixa frequente é descrita como a sensação de ter um “ferro em brasa” na vagina ou no reto. Tipicamente, os sintomas surgem na posição sentada e aliviam ou desaparecem em decúbito ou ortostatismo. Geralmente, os pacientes acordam sem dor ou com dor escassa, que aumenta de intensidade ao longo do dia.^{1,2}

Por haver necessidade de exclusão de outras etiologias, é frequente que estes pacientes recorram a várias especialidades, realizem múltiplos exames complementares de diagnóstico e, por vezes, até sejam submetidos a intervenções cirúrgicas antes de ser efetuado o diagnóstico.^{1,2}

O médico de família tem um papel essencial na prevenção quaternária, e na deteção e referenciação atempadas desta patologia, diminuindo assim as repercussões psicossociais e laborais.

Pretende-se com este caso alertar para uma condição subdiagnosticada, sendo o seu diagnóstico difícil e implicando uma investigação clínica desafiante.

DESCRIÇÃO DO CASO

C.P., 45 anos, género feminino, cozinheira, classe III de *Graffar*. Pertence a uma família nuclear na fase VI do ciclo de vida familiar de *Duvall* (casada e com três filhos). Apresenta antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial controlada, diabetes *mellitus* tipo 2 controlada, excesso de peso e esteatose hepática. O índice obstétrico é 2123 (2 partos eutócicos de termo, 1 parto eutócico pré-termo, 1 aborto espontâneo e 1 interrupção voluntária da gravidez). Como antecedentes cirúrgicos apresenta *status* pós-histerectomia com salpingectomia bilateral profilática em junho 2014, por endometriose. Encontra-se medicada cronicamente com sitagliptina + metformina 50 + 1000 mg (1 *id*), irbesartan 150 mg (1 *id*) e cloxazolam 1 mg (em SOS). Nega hábitos tabágicos, alcoólicos ou

abuso de substâncias ilícitas. Desconhece antecedentes familiares relevantes.

De seguida apresentamos as consultas que deram origem a este caso:

22 de janeiro de 2015: consulta aberta de Medicina Geral e Familiar

Recorre por quadro de dor com quatro meses de evolução, de intensidade moderada a grave, diária e constante, com características neuropáticas (“picadas”, “ardor” *sic*), localizada à direita nas regiões inguinal, glútea e coxa proximal, com irradiação à vagina e ânus, com agravamento durante a defecação, durante a relação sexual e na posição sentada e com alívio parcial com paracetamol e ibuprofeno.

Ao exame objetivo apresenta dor à palpação abdominal profunda, difusa, de maior intensidade no quadrante inferior direito, sem sinais de irritação peritoneal e com dor ao toque vaginal e retal à direita.

O exame sumário de urina e a ecografia ginecológica pedidas nesta consulta não revelaram quaisquer alterações.

Entre janeiro de 2015 e julho de 2016

A utente regressa, sucessivamente, à consulta aberta (uma média de uma a duas vezes por mês versus o padrão habitual da utente de duas consultas anuais) por novas crises álgicas semelhantes, que já não cedem à medicação inicial, cedendo parcialmente a tramadol. Recorre ainda várias vezes ao serviço de urgência, tendo sido referenciada num destes episódios para a consulta de Dor.

Neste período, foram pedidos vários exames complementares de diagnóstico, incluindo radiografia lombo-sagrada, coxo-femural e sacro-ílica, que mostraram alterações degenerativas osteoarticulares ligeiras, sem outras alterações relevantes. A ecografia pélvica por via supra-púbica não revelou alterações. Foi ainda pedida tomografia computadorizada (TC) da bacia, que também não evidenciou alterações. Posteriormente foi referenciada às consultas de Medicina Física e de Reabilitação, Ginecologia e Ortopedia para esclarecimento etiológico do quadro álgico. Manteve incapacidade para a sua atividade laboral durante este período, tendo o seu absentismo culminado em desemprego em junho de 2016.

6 de março de 2017: consulta de Ginecologia

Ao exame objetivo ginecológico palpou-se cordão fibroso no fundo de saco direito, muito doloroso. Foi pedida nova ecografia pélvica, sem alterações dignas de registo.

4 de abril de 2017: consulta de Ortopedia

Avaliada em consulta de Ortopedia, onde foi diagnosticada trocanterite à direita, tendo tido alta da consulta medicada com etoricoxib 90 mg 1 *id* durante 7 dias.

11 de abril de 2017: consulta de Dor

Na avaliação inicial, considerou-se a observação vaginal sugestiva de nevralgia do nervo pudendo direito. Estabeleceu-se um plano terapêutico: início de pregabalina 50 mg 1 *id* (durante 3 dias) e seguido de 2 *id* e paracetamol + codeína 500 + 30 mg (em SOS até 3 *id*). Suspensão de paracetamol + tramadol e redução/suspensão de cloxazolam.

8 de maio de 2017: consulta de Dor

Recorre a consulta (sem marcação), por agravamento do quadro álgico, que motivou tomas abusivas da medicação, pelo que foi reajustada a terapêutica: pregabalina 75 mg 2 *id*, tramadol 100 mg 1 *id* e naproxeno 500 mg 1 *id* durante 7 dias.

16 de junho de 2017: consulta de Dor

Nesta consulta a doente referiu ter suspenso toda a terapêutica, pelo que se medicou com: pregabalina 75 mg 1 *id*, duloxetina 30 mg 1 *id* (7 dias) e depois 60 mg 1 *id*, amitriptilina 25 mg ½ comprimido, a iniciar 10 dias após a consulta, tramadol + paracetamol 650 + 75mg (em SOS até 3 *id*) e lidocaína em gel 2 *id*.

Considerou-se como hipótese diagnóstica mais provável a nevralgia do nervo pudendo e pediu-se ressonância magnética (RM) pélvica. A RM documentou “ingurgitamento dos plexos venosos para-cúpula-vaginal, ao longo do canal de *Alcock* com estruturas venosas ingurgitadas o longo do trajeto anterior de ambos os nervos pudendos em direção ao complexo clitoriano”, tendo-se admitido ser esta a causa da nevralgia do nervo pudendo, na ausência de massas pélvicas, alterações morfoestruturais fibróticas retrácteis ou lesões anómalas ocupando espaço ao longo do trajeto de ambos os nervos pudendos.

27 de junho de 2017 - 28 de agosto de 2018: consulta de Medicina Física e Reabilitação

Realizou neuroestimulação elétrica transcutânea, inicialmente três vezes por semana durante três meses, tendo passado posteriormente a duas vezes por semana à medida que se foi otimizando o controlo da dor, com ajuste dos parâmetros entre sessões.

Interrompeu as sessões em dezembro de 2017, regressando à consulta cerca de dois meses depois

com agravamento do quadro álgico, tendo reiniciado tratamento durante três meses, com resolução completa das queixas.

À data atual a doente encontra-se assintomática, mantendo o seguimento em consulta de diabetes de acordo com o plano sugerido para esta patologia.

COMENTÁRIO

O diagnóstico da nevralgia do nervo pudendo é essencialmente clínico. Perante um quadro de dor pélvica crónica este deve ser um diagnóstico a considerar, sendo importante conhecer ou relembrar os critérios que levam à sua suspeição. Uma anamnese cuidada com particular enfoque nos antecedentes obstétricos e cirúrgicos, caracterização da dor, e história psicossocial, são a chave para um diagnóstico atempado desta condição. O exame ginecológico é geralmente muito doloroso e pode ser difícil de realizar, pelo que é essencial criar condições que permitam à paciente sentir-se confortável e calma. Os achados encontrados irão orientar a investigação adicional, nomeadamente a escolha dos meios complementares de diagnóstico.

Em 2006 um grupo de trabalho multidisciplinar estabeleceu uma combinação de critérios (Critérios de *Nantes*) que podem sugerir o diagnóstico, incluindo: 1) distribuição da dor no território do nervo pudendo, 2) agravamento da dor na posição sentada, 3) dor não desperta durante a noite, 4) ausência de défices neurológicos no exame objetivo e 5) melhoria da dor com bloqueio diagnóstico do nervo pudendo. Como critérios de exclusão foram considerados: a existência de dor limitada à região coccígea, glútea ou hipogástrica, dor paroxística ou pruriginosa e achados imagiológicos sugestivos de outras etiologias.³

As possíveis etiologias da nevralgia do nervo pudendo encontram-se resumidas no Quadro I.

Podemos identificar no caso apresentado características típicas da nevralgia do nervo pudendo, nomeadamente: a distribuição da dor no território deste nervo, o agravamento da dor na posição sentada, características neuropáticas, não apresentando sinais de alarme como despertar noturno pela dor, ou défices neurológicos. Apesar de ter revelado ao exame objetivo dor intensa, principalmente à direita, os exames complementares de diagnóstico realizados inicialmente (ecografia ginecológica, exame sumário de urina, radiografia da coluna lombo-sagrada, radiografia coxo-femural, radiografia sacro-ilíaca e TC da bacia) não mostraram alterações de relevo.

Quadro I. Possíveis etiologias da nevralgia do nervo pudendo.^{1,2}

Possíveis etiologias da nevralgia do nervo pudendo	
Lesão mecânica nervosa	<ul style="list-style-type: none"> - Espasmo de músculos do pavimento pélvico (elevador do ânus ou obturador interno); - Compressão por estruturas adjacentes, como ligamentos (sacroespinhoso, sacrotuberoso) ou tecido cicatricial; - Cirurgia ginecológica prévia, particularmente, por prolapso ou incontinência; - Cirurgia da anca; - Trauma pélvico (parto vaginal, levantamento de objetos pesados, quedas, inserção retal de corpos estranhos).
Infeção viral	<ul style="list-style-type: none"> - Bartolinite; - Fístula anal/abscesso isquiorectal; - Nevrite infecciosa (herpética).
Processos imunológicos	
Endometriose	

Perante a suspeita de nevralgia do nervo pudendo a RM é essencial para direcionar o tratamento segundo a etiologia.² Neste caso, a refratariedade da terapêutica farmacológica analgésica, juntamente com os achados no exame físico, levantaram a necessidade de realizar a RM, onde foi possível estabelecer o diagnóstico etiológico e iniciar tratamento adequado com neuroestimulação elétrica transcutânea, verificando-se uma boa resposta.

Noutros casos, o tratamento poderá passar por um bloqueio do nervo pudendo, radiofrequência pulsada ou descompressão cirúrgica.¹

Pretendemos com o presente caso, alertar para o diagnóstico e referenciação atempados, de forma a diminuir o impacto na qualidade de vida dos pacientes. A paciente iniciou sintomas em setembro de 2014 e recorreu à consulta com queixas álgicas a primeira vez em janeiro de 2015. Apesar da apresentação clínica característica, só dois anos e meio depois foi possível estabelecer um diagnóstico definitivo e iniciar tratamento com boa resposta. Este longo período teve um impacto significativo na vida laboral e familiar da paciente. As queixas álgicas incapacitaram o desempenho das suas funções laborais, tendo o absentismo laboral culminado em desemprego. Este caso mostra também a importância de controlar adequadamente a dor, escalando a terapêutica analgésica, se necessário, e não subvalorizar queixas crónicas não objetivadas.

Por último, destacamos a importância do papel do médico de família enquanto elo de ligação entre as várias especialidades e interveniente principal no acompanhamento longitudinal do doente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- xAvellanal M, Ferreiro A, Diaz-Reganon G, Orts A, Gonzalez-Montero L. Neuralgia del pudendo: algoritmo de manejo diagnóstico y terapéutico desde una unidad del dolor. *Prog Obstet Ginecol*. 2015 (in press). doi:10.1016/j.pog.2014.11.011.
- 2- Hibner M, Desai N, Robertson L, Nour M. Pudendal Neuralgia. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009 (in press). doi:10.1016/j.jmig.2009.11.003.
- 3- Labat J-J, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur J-P, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *NeuroUrol and Urodynam*. 2008; 27(4), 306-310.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não possuir qualquer tipo de conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Joana Pacheco de Castro
joanacastro0000@gmail.com

RECEBIDO: 30 de outubro de 2020 | ACEITE: 29 de dezembro de 2020

UMA GONALGIA ATÍPICA

AN ATYPICAL KNEE PAIN

Autores:

Catarina Isidoro Lopes¹, Tiago Costa Freitas¹, Felicidade Malheiro²

RESUMO

Introdução: Os quistos de *Baker* manifestam-se maioritariamente como uma tumefação na fossa poplíteia, sendo geralmente assintomáticos. Os autores pretendem alertar para uma patologia cujo diagnóstico pode ser desafiante, por mimetização de diferentes patologias.

Descrição do caso: Homem, 66 anos, raça caucasiana, antecedentes de gonartrose direita. Sem hábitos de consumo nocivos. Recorre a consulta aberta (CA) a 18/04/2020 por gonalgia direita, exacerbada pela marcha, e ligeira tumefação poplíteia com uma semana de evolução. Fez-se o diagnóstico de gonartrose agudizada e medicou-se com anti-inflamatório. Por persistência de sintomas, a 23/04/2020 veio a CA, apresentando edema unilateral do membro inferior direito e sinal de *Homans* duvidoso. Colocou-se a hipótese de trombose venosa profunda (TVP) tendo sido referenciado ao serviço de urgência (SU), onde foi excluída TVP. A 08/05/2020, por manutenção das queixas, recorreu a CA. Reforçou-se terapêutica analgésica e pediu-se novo estudo *doppler* do sector venoso e radiografia do joelho direito. A 13/05/2020 recorre ao médico de família (MF) para mostrar resultados, diagnosticando-se um quisto de *Baker* com conteúdo hemático, infiltrativo e dissecante. Referenciou-se ao SU de Ortopedia onde foi pedido estudo analítico, radiografia e ecografia do joelho direito. A ecografia mostrou quisto de *Baker* de 3,1 x 1 x 4,2 cm, de conteúdo hemático. Estudo analítico sem alterações de relevo. Foram assumidas alterações no contexto de rotura quisto de *Baker* com infiltração de tecidos, sem sinais de síndrome do compartimento, tendo sido dada alta com orientação para consulta de Ortopedia.

Comentário: O quisto de *Baker*, habitualmente não é complicado, mas deve ser tido em consideração nos diagnósticos diferenciais de gonalgias resistentes ao tratamento médico, TVP, flebite ou celulite. O MF é usualmente o primeiro ponto de contacto com os cuidados de saúde (CS). A sua acuidade diagnóstica pode evitar múltiplas deslocações aos CS, atenuar o sofrimento aos doentes e diminuir significativamente os gastos em saúde.

Palavras-chave: dor; joelho; edema; trombose venosa profunda; quisto *Baker*

ABSTRACT

Introduction: Baker's cysts commonly present as swelling in the popliteal fossa and are generally asymptomatic. The authors intend to warn of a pathology that is difficult to diagnose by mimicking others.

Case description: Male, 66 years old, Caucasian, history of right gonarthrosis. No harmful consumption habits. The patient presented to an urgent medical appointment on 04/18/2020 with right knee pain, exacerbated by walking, and a small popliteal swelling with one week of duration. Acute knee osteoarthritis was diagnosed, patient was medicated with a non-steroidal anti-inflammatory. Due to persistence of symptoms, on 04/23/2020, he returned to an urgent medical appointment presenting unilateral edema of the right lower limb and a doubtful Homan's sign. Deep vein thrombosis (DVT) was suspected and referred to the emergency department (ED), where DVT was excluded. On 05/08/2020 maintaining complaints, he appealed to his general practitioner (GP). Analgesic therapy was reinforced and a venous ultrasound and right knee radiography requested. On 05/13/2020 he presented to his GP with the results, a Baker's cyst with hematic, infiltrative and dissecting content throughout the leg was diagnosed. He was referred to orthopedics in the ED and there a blood panel, radiography and ultrasound of the right knee were performed. The ultrasound showed a 3.1 x 1 x 4.2 cm Baker's cyst, with hematic content. The blood panel was unremarkable. The findings were attributed to a ruptured Baker's cyst with tissue infiltration without signs of compartment syndrome and the patient was discharged to follow-up in orthopedics consultation.

Comment: Baker's cysts are usually uncomplicated, but it must be taken into account in the differential diagnosis of knee pain resistant to treatment, DVT, phlebitis or cellulitis. The GP is usually the first point of contact with the health care system (HCS). Its diagnostic accuracy can prevent multiple visits to HCS, mitigate the suffering of patients and significantly reduce costs.

Keywords: pain; knee; edema; deep vein thrombosis; Baker's cyst

1. Médico(a) Interno(a) de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Arca d'Água, ACeS Grande Porto VI – Porto Oriental

2. Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar, USF Arca d'Água, ACeS Grande Porto VI – Porto Oriental

INTRODUÇÃO

O quisto de *Baker*, frequente em idade adulta e pediátrica (5-40% dos doentes com patologia do joelho), trata-se de um quisto sinovial que surge devido ao aumento da bursa gastrocnémio-semimembranosa, localizada entre o músculo gastrocnémio e o músculo/tendão semimembranoso, na fossa poplíteia.¹ Estes quistos, no adulto, são usualmente secundários a doença articular degenerativa ou inflamatória.¹ A maioria dos casos são assintomáticos e detetados acidentalmente no decurso de exames imagiológicos. Usualmente tendem a surgir na faixa etária dos 35 aos 70 anos.²

Os quistos complicados, com extensão ou rutura para a perna, podem simular uma trombose venosa profunda (TVP)/flebite/celulite, dificultando o diagnóstico e tratamento.³

O objetivo da apresentação deste caso clínico é alertar para uma patologia muito comum, possível de diagnóstico clínico e considerando os antecedentes pessoais de patologia articular do joelho, que mimetiza diferentes entidades, para a qual o médico de família deve estar atento, por forma a fazer uma referência atempada.

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente do sexo masculino, 66 anos, raça caucasiana, casado, habilitado com o 4.º ano de escolaridade, reformado (litógrafo), natural e residente no Porto, pertencendo a uma família nuclear, na fase VIII do ciclo familiar de *Duvall* e na classe IV da classificação de *Graffar*.

Antecedentes pessoais de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia, excesso de peso e gonartrose direita. Sem história de insuficiência venosa dos membros inferiores. Antecedentes cirúrgicos de amigdalectomia e apendicectomia na infância e cirurgia urológica em 2006 por doença de *Peyronie*. Medicado habitualmente com os seguintes fármacos: atorvastatina 10 mg (1 + 0 + 0); metformina 1000 mg (0 + 0 + 1); metformina + vildagliptina 1000 mg + 50 mg (1 + 0 + 0); enalapril + lercanidipina 10 mg + 10 mg (1 + 0 + 0); etoricoxib 60 mg (1 + 0 + 0); indapamida 1,5 mg (0 + 1 + 0).

Recorreu a consulta aberta (CA) na unidade de saúde da área de residência no dia 18/04/2020 por apresentar gonalgia direita, exacerbada pela marcha, e ligeira tumefação poplíteia com uma semana de evolução. Ao exame objetivo apresentava dor à mobilização ativa e passiva do joelho, sem rubor, dor ou calor à palpação local. Não se palpavam nódulos

na fossa poplíteia. Os pulsos tibial posterior e pedioso eram palpáveis e não existiam alterações tróficas da pele. Foi feito o diagnóstico presuntivo de gonartrose agudizada e o utente foi medicado com naproxeno 500 mg 12/12 horas e tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg, 8/8 horas em SOS.

Por persistência de sintomas, a 23/04/2020 recorreu novamente a CA. Concomitantemente referia gonalgia esquerda ligeira e dor no *hállux* esquerdo. Ao exame objetivo apresentava edema unilateral do membro inferior direito e sinal de *Homans* duvidoso. Colocou-se a hipótese de TVP pelo que o doente foi referenciado ao serviço de urgência (SU) do hospital de referência para realização de *ecodoppler* venoso.

No SU foi observado por Cirurgia Vasculuar. Ao exame objetivo apresentava: edema da perna direita, assimétrico face ao membro contralateral, *Godet* positivo; rarefação pilosa sobretudo na face externa de ambas as pernas; dor à palpação da região gemelar direita e sinal de *Homans* positivo à direita; dor à palpação da fossa poplíteia bilateralmente, com algum edema visível à direita; pulsos poplíteos e pediosos palpáveis e simétricos bilateralmente. Foi colhido estudo analítico, que não revelou elevação dos parâmetros inflamatórios, excluindo-se a hipótese de artrite séptica. O resultado do *ecodoppler* também excluiu a hipótese de TVP. Foi dada alta assumindo-se provável quadro de gonalgia associada a patologia osteoarticular, tendo sido medicado com analgésicos e sugerida reavaliação pelo MF por forma a estudar eventual patologia osteoarticular dos membros inferiores.

A 08/05/2020, por manutenção das queixas, o doente recorreu novamente a CA da sua unidade de saúde. Ao exame objetivo apresentava: edema da perna direita, assimétrico face ao membro inferior esquerdo, *Godet* positivo; dor à palpação da região gemelar direita, bem como sinal de *Homans* positivo; dor à palpação da fossa poplíteia bilateralmente, com algum edema visível do joelho direito; pulsos poplíteos e pediosos palpáveis e simétricos bilateralmente (ver Figura 1). Reforçou-se medicação anti-inflamatória (etodolac 300 mg, 8/8 horas), foi aconselhada a aplicação de venotrópico (escina + salicilato de dietilamina, 10 mg/g + 50 mg/g) e pediu-se novo estudo *doppler* do sector venoso acompanhado de radiografia do joelho direito.

A 13/05/2020, entrega resultados dos exames solicitados ao MF, em consulta não presencial, devido a pandemia COVID-19. A radiografia do joelho evidencia osteoporose peri-articular e moderada redução das interlinhas femorotibiais e femoropatelar, traduzindo moderada artrose (grau III de acordo com a escala



Figura 1. Edema assimétrico do membro inferior direito.

de *Kellgren-Lawrence*), predominando no compartimento femorotibial interno; calcificações meniscais e dos tendões regionais traduzindo artropatia por deposição de cristais de cálcio. O *ecodoppler* do sector venoso do membro inferior direito evidenciou competência valvular de todos os eixos venosos superficiais e profundos principais à direita. Sem qualquer fenómeno trombótico recente ou antigo, quer do sistema venoso superficial ou profundo. Volumoso quisto de *Baker* com conteúdo heterogéneo, potencialmente hemático, infiltrativo e dissecante pela interface fáscia/músculo, medialmente por praticamente toda a perna. Edema infiltrativo subcutâneo circunferencial difuso importante, infragenicular à direita. Todos estes achados são compatíveis com complicação de quisto de *Baker*, potencialmente com um conteúdo hemático.

Estabeleceu-se contacto telefónico e apurou-se que o utente mantinha edema visível do joelho e perna direita, bem como algias intensas que dificultavam a marcha. Referenciou-se ao SU de Ortopedia do hospital de referência.

No SU foi observado por Ortopedia, tendo sido pedido estudo analítico, radiografia e ecografia do joelho direito. A ecografia mostrou distensão do recesso supra-patelar por líquido heterogéneo, de aspeto reticulado - sugestivo de traduzir material hemático, principalmente insinuado na vertente lateral, onde apresenta uma espessura de 1,3 cm e uma

extensão longitudinal de 4,8 cm. Identifica-se quisto de *Baker* de 3,1 x 1 x 4,2 cm (T x AP x L), de conteúdo semelhante ao descrito relativamente ao do recesso supra-patelar, de acordo com os antecedentes de rotura de quisto de *Baker* prévia. Após terem sido discutidas alterações clínicas e analíticas com colega de Medicina Interna e Cirurgia Vasculiar, foram assumidas alterações no contexto de rotura quisto de *Baker* com infiltração de tecidos. Foi dada alta, atendendo a que tinha edema sem sinais de compartimento, com analgesia e orientação para consulta externa de Ortopedia para reavaliação.

COMENTÁRIO

Trata-se de um caso pouco comum de quisto de *Baker* pela complicação (rotura e infiltração de tecidos) num doente com sintomas inespecíficos. Quando a abordagem inicial do MF não resolve o problema de saúde do doente, como aconteceu neste caso, é necessário referenciar o paciente para estudo. A apresentação de quisto de *Baker* que se estende ou sofre rotura, infiltrando os tecidos da perna, pode simular uma TVP, uma flebite ou uma celulite, sendo que estas patologias podem coexistir em alguns casos.^{3,4} O diagnóstico é complicado pela sua mimetização com estas patologias, o que torna importante a exclusão de diagnósticos diferenciais. A rotura de um quisto de *Baker* é frequentemente referida na literatura como uma pseudotromboflebite, sendo que o diagnóstico favorece a rotura quando existe presença de dor articular e edema do joelho com ausência de cordão vascular ou sensibilidade à palpação.⁵ Neste utente foram necessárias várias idas à unidade de saúde e ao SU antes de se chegar ao diagnóstico correto. A repetição do *ecodoppler* e a realização de ecografia das partes moles do joelho possibilitaram chegar ao diagnóstico, sendo estes exames de eleição.³ A dimensão aumentada do quisto de *Baker* neste doente poderá ter sido uma consequência da rutura do mesmo. Nos adultos, o quisto de *Baker* é quase sempre secundário a alterações patológicas na articulação do joelho que causam derrame. O diagnóstico é na maioria das vezes clínico, baseado no exame objetivo, e não há necessidade de tratamento em grande parte dos casos.^{3,6} No caso deste paciente havia uma gonartrose conhecida. A abordagem mais adequada de uma rutura de quisto de *Baker* passa por repouso, elevação, analgesia, artrocentese e infiltração intra-articular de corticoesteróide. A maioria dos quistos responde ao tratamento quando corrigida a doença articular de base.^{3,5,6} A partilha deste caso clínico pretende alertar a classe médica, em especial os médicos de

família, para a possibilidade de um quisto de *Baker* complicado poder mimetizar uma TVP, flebite ou celulite. Atendendo a que o MF é usualmente o primeiro ponto de contacto com os cuidados de saúde (CS), a melhoria da sua acuidade diagnóstica pode evitar múltiplas deslocações aos CS, atenuar o sofrimento aos doentes e diminuir significativamente os gastos em saúde.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Zhang WW, Lukan JK, Dryjski ML. Nonoperative management of lower extremity claudication caused by a Baker 's cyst: case report and review of the literature. *Vascular*. 2005;13(4):244-7.
- 2- Cristina AG, Wilson PD. Popliteal cysts in adults and children. A review of 90 cases. *Arch Surg*. 1964;88:357.
- 3- Handy JR. Popliteal cysts in adults: a review. *Semin Arthritis Rheum*. 2001;31 (2):108-18.
- 4- Langsfeld M, Matteson B, Johnson W, Wascher D, Goodnough J, Weinstein E. Baker 's cysts mimicking the symptoms of deep vein thrombosis: diagnosis with venous duplex scanning. *J Vasc Surg*. 1997;25(4):658-62.
- 5- Katz RS, Zizic TM, Arnold WP, Stevens MB. The pseudothrombophlebitis syndrome. *Medicine (Baltimore)*. 1977;56(2):151.
- 6- Fritschy D, Fasel J, Imbert JC, Bianchi S, Verdonk R, Wirth CJ. The popliteal cyst. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2006;14(7):623-8.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores deste trabalho negam conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA:

Catarina Isabel Isidoro Lopes
catarinalopes.1791@gmail.com

RECEBIDO: 28 de agosto de 2020 | ACEITE: 12 de janeiro de 2021

DIA-A-DIA SEM SENTIDO(S) - RELATO DE CASO

LIFE WITH NO SENSE(S) - CASE REPORT

Autores:

Bárbara Vaz¹, Diana Lima Martins²

RESUMO

Introdução: Olfato e paladar são parte integrante da experiência dos humanos com o mundo. Alterações nestes sentidos podem ser desafiantes pela multiplicidade de causas e relação complexa entre as diferentes queixas. O médico de família (MF) pode ser o primeiro contacto neste contexto, sendo fundamental uma correta orientação.

Descrição do caso: Mulher, 54 anos, sofre síncope com traumatismo crânio encefálico (TCE) frontal. Na urgência hospitalar, ao exame objetivo, apresenta apenas duas feridas contusas, sem défice neurológico associado. Realiza tomografia computadorizada crânio-encefálica e maxilo-facial - normais. Cinco dias depois, recorre à consulta aberta (CA) com queixas de novo: ausência de olfato (anosmia) e paladar (ageusia). No exame físico, hematomas faciais e as feridas traumáticas suturadas, sem alterações do exame neurológico. A MF identifica o TCE como etiologia mais provável, medica com corticoterapia e informa da possível irreversibilidade do quadro. Na ausência de melhoria significativa, volta à CA, visivelmente ansiosa e preocupada, verbalizando grande impacto na qualidade de vida pessoal e familiar: dificuldade na confecção dos alimentos, ausência de prazer nas refeições, impossibilidade de sentir odores desagradáveis ou comida estragada. É solicitada consulta hospitalar de otorrinolaringologia onde é reforçada a orientação prévia: corticoide nasal e baixa probabilidade de reversão. Cerca de três meses após o TCE, a utente recupera (após corticoterapia) olfato e paladar.

Comentário: Um dos objetivos deste relato é alertar para as alterações do olfato e paladar como possíveis complicações de TCE. A maioria das vítimas não se apercebe logo das alterações (sub-reportado) e é ao MF que as reportam a primeira vez. A orientação destes casos, de prognóstico incerto, potencialmente ansiogénicos, passa também pelo MF e inclui várias vertentes que importa salvaguardar: gestão emocional, adaptação nutricional, medidas de segurança, eventual terapêutica medicamentosa e articulação com outros profissionais. Apesar das propriedades regenerativas dos neurónios olfativos, a recuperação depende do tipo e gravidade de lesão, sendo maior a probabilidade de recuperação nos primeiros 3-6 meses do trauma.

Palavras-chave: ageusia; alterações do paladar; alterações do olfato; traumatismo cranioencefálico

ABSTRACT

Introduction: Smell and taste are an integral part of human experience with the world. Changes in these senses can be challenging due to the multiplicity of causes and the complex relationship between the different complaints. Family physician (FP) may be the first contact in this context, and correct guidance is essential.

Case description: Woman, 54 years, suffers syncope with frontal traumatic brain injury (TBI). In the hospital emergency, physical examination reveals only two blunt wounds, without associated neurological deficit. She underwent cranioencephalic and maxillofacial computed tomography - both normal. Five days later, she resorts to unscheduled visit with her FP, bringing up new complaints: absence of smell (anosmia) and taste (ageusia). At physical examination, she only presented facial bruises and sutured traumatic wounds, normal neurological examination. FP identified the recent TBI as the most likely etiology, prescribed corticotherapy and informed about the possible irreversibility of the condition. In the absence of significant improvement, the patient returns to her FP, visibly anxious, verbalizing a great impact on personal and family quality of life: difficulty in cooking, lack of pleasure in meals, inability to smell unpleasant odors of spoiled food. Otorhinolaryngology consultation was requested and the guidance given by FP was reaffirmed: nasal corticosteroids and low probability of reversal. Three months after TBI, the patient regains smell and taste (after corticotherapy).

Comment: One of the goals of this report is to alert about changes in smell and taste as possible complications of TBI. Most victims are not immediately aware of the changes and it is often to the FP they report them for the first time. The guidance given to these cases, with uncertain prognosis, potentially anxiogenic, involves emotional management, nutritional adaptation, safety measures and articulation with other professionals. Despite the regenerative properties of olfactory neurons, recovery depends on type and severity of lesion, the likelihood of recovery being greater in the first 3 to 6 months after trauma.

Keywords: ageusia; olfactory disorders; taste disorders; traumatic brain injuries

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Nova Salus, ACeS Grande Porto VII - Gaia

2 Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Nova Salus, ACeS Grande Porto VII - Gaia

INTRODUÇÃO

Os sentidos, como o olfato e o paladar, são uma parte fundamental da experiência sensorial dos seres humanos com o mundo. A sua privação resulta em declínio da qualidade de vida, eventuais modificações no padrão alimentar e riscos relacionados com a segurança da pessoa.

As alterações do olfato ou do paladar podem revelar-se desafiantes para diagnosticar e controlar pelas suas múltiplas causas possíveis e pela dificuldade em destringir queixas olfativas das gustativas.¹

A alteração do olfato é um sintoma comum que afeta cerca de 12% da população acima dos 40 anos.² Há vários graus de afetação desde a ausência completa (anosmia), a sensibilidade olfativa diminuída (hiposmia) ou a distorção do olfato, tornando os odores inócuos desagradáveis (disosmia). As causas mais frequentes de alterações olfativas são doenças dos seios perinasais, anosmia pós-virica ou traumatismo crânio encefálico (TCE).³

O sentido da gustação é a perceção das cinco categorias básicas do paladar: ácido, amargo, doce, salgado e umami. As disfunções gustativas quantitativas podem dividir-se em ausência completa do sentido do paladar (ageusia), diminuição do paladar (hipogeusia) e sensibilidade gustativa aumentada (hipergeusia).

É importante realçar a relação complexa entre o olfato e o paladar, uma vez que a maior parte das disfunções gustativas são devidas a dano olfativo.^{4,5} Lesões puras do paladar são raras, uma vez que este sentido depende de vários pares cranianos.

O acompanhamento pelo médico de família (MF) é fulcral para o reconhecimento das alterações do olfato e do paladar e como aliado na procura de estratégias que diminuam as possíveis consequências resultantes, sejam efeitos adversos a nível nutricional, de segurança ou psicológicos.

DESCRIÇÃO DO CASO

Apresenta-se o caso clínico de uma utente de 54 anos, raça caucasiana, casada, residente em Vila Nova de Gaia, com 9 anos de escolaridade, que trabalha como assistente de reposição em hipermercado. Pertence a uma família nuclear, no estadió VI do ciclo de *Duvall*, Classe III na escala de *Graffar* (classe média) e com um APGAR familiar de 10. O agregado familiar é constituído pela utente, marido e filho.

Como antecedentes pessoais, um tumor neuroendócrino bem diferenciado do intestino, doença mitral ligeira a moderada, bicuspidia aórtica com estenose

e insuficiência moderada, hipotireoidismo, distúrbio de ansiedade, perturbação do sono e doença venosa crónica. Como antecedentes familiares de relevo, a referir o pai falecido aos 77 anos com carcinoma da orofaringe e leucemia e a mãe, atualmente com 82 anos de idade, com doença de *Alzheimer*, diabetes *mellitus* tipo 2 e cardiopatia valvular. O marido e o filho não apresentam doenças crónicas influenciadas pelo estilo de vida como hipertensão arterial ou diabetes.

Medicada com *ramipril* 2,5 mg meio comprimido em jejum, levotiroxina 0,05 mg um comprimido em jejum, bromazepam 3 mg um comprimido à noite. Nega hábitos tabágicos ou alcoólicos. Habitualmente, bebe um a dois cafés por dia e faz uma alimentação variada e equilibrada, confeccionando diariamente o jantar da família. Realiza caminhadas de cerca de uma hora, duas vezes por semana.

No dia 17/02/2018, a utente recorreu ao serviço de atendimento a situações urgentes por queixas de diarreia. Ao chegar às instalações, sofre síncope, sem pródromos, com recuperação espontânea rápida. Deste episódio resultou queda com TCE frontal direito, sem náuseas, vômitos, incontinência de esfíncteres ou alterações neurológicas subsequentes. Apresentava duas feridas contusas, uma de 5 cm na região supraciliar direita e outra de 2 cm na região suprazigomática direita. Sem outras hemorragias ativas, nomeadamente epistaxis.

A utente foi encaminhada para o serviço de urgência hospitalar onde foi orientada por cirurgia geral. Aqui, não foram detetadas alterações ao exame objetivo além das feridas traumáticas mencionadas, que foram suturadas. Realizou estudo analítico, electrocardiograma, radiografia do tórax e tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica, sem alterações de novo. Foi ainda submetida a TC maxilofacial: “sem evidência de fraturas dos ossos da face, nomeadamente das paredes das órbitas, seios perinasais, arcadas zigomáticas, mandíbula ou ossos próprios do nariz. Sem hematoma peri-orbitário, sem presença de hemossinus. Com preservação da normal topografia e volume dos globos oculares e músculos extra-oculares”.

Dois dias depois (19/02/2018), a utente recorre à consulta aberta da médica de família (CAM) para reportar o episódio. Referia maior pressão laboral com agravamento da ansiedade e queixas de insónia, pelo que solicitou certificado de incapacidade temporária para o trabalho (CITT).

No dia 22/02/2018, regressa à CAM com queixas de novo de perda do olfato e paladar. A MF colocou

a hipótese destas alterações estarem relacionadas com o TCE sofrido dias antes pelo que foi revisto o episódio de urgência hospitalar e confirmado o registo da exclusão de fraturas. A utente negava outras queixas de novo, nomeadamente rinorraquia, e não apresentava alterações ao exame objetivo dirigido além de hematomas faciais. Foi informada do muito provável nexos de causalidade com o TCE e da possibilidade de recuperação não ser garantida.

Foi medicada com deflazacorte 30 mg (um comprimido após o pequeno-almoço, durante cinco dias) e furoato de fluticasona *spray* nasal (dois *puffs* em cada narina, ao deitar, durante quinze dias).

Por manter anosmia e hipoageusia (e já não ageusia porque, entretanto, recuperou o paladar para o mel e limão), volta à CAM no dia 26/02/2018 preocupada pela ausência de melhoria significativa e apreensiva com a possibilidade de não voltar a recuperar os sentidos afetados. Verbaliza grande impacto desta situação na sua qualidade de vida, com importante sofrimento psicológico e interferência na sua vida familiar (dá como exemplos o facto de não sentir prazer em confeccionar e partilhar refeições, ter dificuldade em ajustar os temperos quando cozinha para a família, não se conseguir aperceber de odores desagradáveis ou de comida estragada). Foi então decidido efetuar pedido de consulta externa de Otorrinolaringologia (ORL) e prolongar o CITT.

Uma semana depois (05/03/2018), solicita novamente CAM para informar que, dada a persistência do quadro clínico com importante repercussão no seu distúrbio ansioso e do sono, recorreu por auto-iniciativa a uma consulta particular de ORL. Na sequência dessa avaliação, foi mantida a medicação prescrita na unidade de saúde familiar e solicitada repetição da TC.

Na consulta com a MF, a utente foi aconselhada a aguardar pela avaliação de ORL no hospital de referência, a qual acabou por ter lugar a 14/05/2018. Nessa consulta hospitalar, o exame objetivo revelou hipertrofia dos cornetos inferiores e médios com ligeiro desvio septal direito com boa permeabilidade à rinoscopia anterior, tendo sido mantida a terapêutica com corticóide nasal tópico e reiterada a baixa probabilidade de reversão do quadro.

Cerca de três meses após o TCE, a utente recupera de forma progressiva o olfato, com subsequente melhoria do paladar.

COMENTÁRIO

O TCE é uma causa frequente de morbimortalidade e apresenta um número variado de potenciais

consequências para as vítimas, nomeadamente alterações neurológicas ou psiquiátricas.⁶ Um dos objetivos deste relato de caso é, precisamente, chamar à atenção para as alterações do olfato e paladar como possíveis sequelas deste tipo de traumatismo.

As alterações do olfato (anosmia, hiposmia) pós TCE são comuns e normalmente súbitas.^{1,6} A prevalência rondará os 15% e é proporcional à severidade do trauma.³ O seu desenvolvimento pode ocorrer por três mecanismos:

1. Estiramento ou rotura dos filetes olfativos pelo movimento antero-posterior do encéfalo. Os filetes olfativos são centenas de pequenos conjuntos de fibras nervosas que saem diretamente do bulbo olfativo no sistema nervoso central (SNC) e atravessam a lâmina cribiforme descendo para o nariz;

2. Mecanismos centrais: dano nos centros olfativos corticais e bulbares, por contusão ou isquemia;

3. Mecanismos de condução: lesão etmoidal e obstrução das vias aéreas superiores.⁷

Comparativamente, a ageusia pós-traumática é incomum, sendo apenas reportada em 0,5% dos TCE.⁸ Este baixo valor pode ser explicado pelo facto dos cinco sabores básicos do paladar derivarem fundamentalmente do nervo da corda do tímpano, um ramo do nervo facial. Ora, a ocorrência de uma lesão nervosa a este nível requer um traumatismo de muito maior impacto, capaz de provocar fratura da mastóide/ouvido médio, situação menos frequente. Além disso, embora menos implicados, outros nervos periféricos (vago, glossofaríngeo) e recetores gustativos espalhados por toda a cavidade oral também contribuem para o paladar. Causa central também é possível embora mais rara.⁸

Ao contrário da ageusia, a presença de hipoageusia é mais comum e, frequentemente, consequência de disfunção olfativa.¹ Este mecanismo parece corresponder ao caso descrito uma vez que, poucos dias depois, a utente referiu sentir duas das categorias básicas do paladar (doce e ácido – mel e limão, respetivamente) o que indicia que a etiologia não deriva de lesão no nervo da corda do tímpano.

Apesar destas disfunções serem quase sempre imediatas, a maioria das vítimas de TCE não se apercebe logo das alterações.³ Por essa razão, não raras vezes, como neste caso descrito, é ao MF que reportam pela primeira vez a incapacidade de sentir cheiro e paladar, e compete a este profissional a correta orientação inicial, devendo ser sempre alvo de interrogação na anamnese/exame neurológico inicial. Existem instrumentos de avaliação formal objetiva destas dimensões clínicas, contudo de baixo

acesso e pouco práticas em contexto rotineiro.


Pela subjetividade e sobreposição dos sintomas, a avaliação de disfunções gustativa e olfativa é complexa. Além da história clínica detalhada, é necessário o exame objetivo dirigido à cabeça, pescoço, cavidade oral e nasal para ajudar a excluir outras possíveis causas e estabelecer nexo de causalidade com o TCE. Pode ser útil a referência a consulta de ORL (de forma a descartar patologia das cavidades nasais e seios perinasais) e investigação radiológica, idealmente através de ressonância magnética nuclear (ou em alternativa de contexto TC crânio-encefálica) de forma a excluir dano no SNC.^{3,5}

Este tipo de casos requer seguimento atento pelo MF. Conselhos nutricionais podem revelar-se vantajosos no sentido munir a pessoa de estratégias para tornar a comida mais atrativa e reconfortante⁸ como, por exemplo, comer várias vezes ao longo do dia, pouco de cada vez, e utilizar mais condimentos no tempero como ervas aromáticas, limão e caldos de culinária.⁵ Deve procurar garantir-se uma dieta equilibrada, sobretudo se idosos, de modo a prevenir má nutrição.³ Particular atenção nos utentes com (ou em risco de) hipertensão/diabetes pela tendência de utilização excessiva de sal/açúcar como forma de tentar aumentar o sabor da comida. Os prazos de validade dos alimentos devem ser escrutinados e a comida mais antiga deve ser testada por alguém sem perturbações sensoriais.³ É vital ponderar, junto destes doentes, soluções para minorar também os riscos potenciais em casa: detetores de fumo e monóxido de carbono e substituição de dispositivos a gás por dispositivos elétricos.³ A estimulação sensorial (*smell trainig*), com exposição a diferentes cheiros, pode acelerar a recuperação desta função - com a possibilidade de aumentar a função até 30% dos doentes.⁹

Pode ser necessário referenciar para acompanhamento psicológico, de forma a minorar as consequências adversas e capacitar os doentes com mecanismos de *coping*.

É importante reiterar o impacto relevante que os sentidos do paladar e olfato têm nos seres humanos.⁴ Frequentemente, as pessoas com estas disfunções reportam diminuição da qualidade de vida, existindo até a possibilidade de desenvolverem depressão.⁵ Efetivamente, neste caso descrito, as disfunções apresentadas foram claramente ansiogénicas, modificadoras do sono e da funcionalidade da utente, e motivaram várias consultas médicas. A perspetiva de não recuperação poderá ter contribuído para um agravamento do quadro psicológico. Importa que

médico e utente saibam gerir a imprevisibilidade do prognóstico, num equilíbrio difícil entre a verdade e a esperança.

Tanto no caso de anosmia como na disfunção gustativa pós-traumáticas, não há tratamento específico. Ainda assim, terapêutica com corticóide é usada rotineiramente com o objetivo genérico de reduzir a inflamação e eventual compressão neuronal, promovendo assim a sua regeneração. No entanto, a condição clínica final - persistência ou recuperação - é conhecida apenas com o decorrer do tempo.⁴ Apesar das propriedades regenerativas dos neurónios olfativos, a recuperação depende do tipo e gravidade de lesão, sendo maior a probabilidade de recuperação nos primeiros 3-6 meses do trauma.¹⁰ Felizmente, decorridos 3 meses, a utente voltou a recuperar um “dia-a-dia com sentido(s)”. 

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Malaty J, Malaty IAC. Smell and taste disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2013;88(12):852-9.
- 2- Hoffman HJ, Rawal S, Li C-M, Duffy VB. New chemosensory component in the U.S. National Health and Nutrition Examination Survey (Nhanes): first-year results for measured olfactory dysfunction. *Rev Endocr Metab Disord*. 2016;17(2):221-40.
- 3- Geyer M, Nilssen E. Evidence-based management of a patient with anosmia. *Clin Otolaryngol*. 2008;33(5):466-9.
- 4- Nagraj SK, Naresh S, Srinivas K, Renjith George P, Shrestha A, Levenson D, et al. Interventions for the management of taste disturbances. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD010470.
- 5- Maheswaran T, Abikshyeet P, Sitra G, Gokulanathan S, Vaithyanadane V, Jeelani S. Gustatory dysfunction. *J Pharm Bioallied Sci*. 2014;6(Suppl 1):S30-3.
- 6- Schofield PW, Moore TM, Gardner A. Traumatic brain injury and olfaction: a systematic review. *Front Neurol*. 2014;5:5.
- 7- Caminiti F, Ciurleo R, Bramanti P, Marino S. Persistent anosmia in a traumatic brain injury patient: role of orbitofrontal cortex. *Brain Inj*. 2013;27(13-14):1715-8.
- 8- Cecchini MP, Cardobi N, Sbarbati A, Monaco S, Tinazzi M, Tamburin S. Post-traumatic taste disorders: a case series. *J Neurol*. 2018;265(4):836-44.
- 9- Hummel T, Rissom K, Reden J, Hähner A, Weidenbecher M, Hüttenbrink K-B. Effects of olfactory training in patients with olfactory loss. *The Laryngoscope*. 2009;119(3):496-9.
- 10- Gudziol V, Hoenck I, Landis B, Podlessek D, Bayn M, Hummel T. The impact and prospect of traumatic brain injury on olfactory function: a cross-sectional and prospective study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014;271(6):1533-40.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras negam a existência de quaisquer conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA:

Bárbara Augusta Alves Vaz
barbaraalvesvaz@gmail.com

RECEBIDO: 15 de novembro de 2020 | ACEITE: 21 de fevereiro de 2021

MUTAÇÃO BRCA - UM DESFECHO FATAL OU UMA QUESTÃO DE SORTE?

BRCA MUTATION - A FATAL DESTINY OR A MATTER OF LUCK?

Autores:

Luísa Fonte¹, M. Inês Antunes², Marta Mendes Ferreira³

RESUMO

Introdução: O cancro da mama é o segundo cancro mundialmente mais comum. Embora maioritariamente esporádico, muitos dos casos familiares devem-se a mutações nos genes BRCA1/BRCA2 (*breast cancer susceptibility genes 1/2*), que são encontradas em 15-20% destas famílias.

Descrição do caso: Mulher de 28 anos, observada por adenomegalia axilar esquerda isolada. Antecedentes de neoplasia da mama na mãe, em duas tias-avós e em três primas maternas; neoplasia do endométrio na mãe e na avó materna; a doente e a mãe são portadoras da mutação BRCA1. Realizou ressonância magnética mamária, que evidenciou formação nodular de carácter indeterminado e baixo grau de suspeição; apesar disso, foi submetida a biópsia ecoguiada do nódulo, que histologicamente concluiu tratar-se de metástase de carcinoma compatível com primário mamário. Sem lesões secundárias após o estadiamento, interpretou-se o nódulo axilar esquerdo como neoplasia primária da mama. Realizou mastectomia unilateral à esquerda com biópsia de gânglio sentinela, com diagnóstico final de carcinoma ductal invasor, sem metastização linfática. Após criopreservação de ovócitos, realizou quimio e radioterapia adjuvantes, mantendo-se atualmente sob hormonoterapia. Foi submetida a mastectomia direita profilática, mas, por desejo de gravidez futura, protelou a salpingo-ooforectomia de redução de risco. Sem evidência, até ao momento, de recidivas da doença.

Comentário: O diagnóstico da mutação genética responsável pelos casos de cancro identificados e, com grande probabilidade, responsável por futuras neoplasias malignas, permite uma abordagem preventiva atempada do próprio doente e dos familiares em risco. O diagnóstico genético da doente permitiu uma investigação diferenciada, com uma orientação precoce da sua neoplasia da mama e a adoção de medidas de redução do restante risco oncológico. O médico de família desempenhou um papel fundamental no seguimento regular da doente no seu contexto biopsicossocial, contribuindo para o desfecho animador do caso.

Palavras-chave: Cancro da mama; genes BRCA1

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the second most common cancer worldwide. Although mostly sporadic, the majority of hereditary cases are attributed to breast cancer susceptibility genes 1/2 (BRCA1/2) mutations, that can be found in 15-20% of these families.

Case description: Woman, 28 years old, with an isolated left axillary nodule. Family history of breast cancer in her mother, two great-aunts and three cousins; endometrial cancer in her mother and grandmother; the patient and her mother are BRCA1 carriers. A breast magnetic resonance detected an unsuspecting axillary nodule, with undetermined character; she was subjected to echo-guided biopsy of the nodule, that was shown to be a metastasis, from a primary breast cancer. Cancer staging did not find any secondary lesions, and the left axillary nodule was considered to be the primary breast cancer. A left mastectomy was performed, with sentinel lymph node biopsy; the final diagnosis was invasive ductal carcinoma, without lymph node metastasis. After completing oocyte cryopreservation, she underwent chemotherapy and radiation, and she is currently under hormone therapy. The patient underwent a right prophylactic mastectomy, but, due to her childbearing desire, she decided to postpone the risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy. There is no evidence of cancer recurrence.

Comment: If we identify the pathogenic variants associated with known cancer cases, and probably responsible for future diagnoses, it is possible to have a preventive approach to the patient and their blood relatives. Identifying the patient's BRCA1 gene mutation allowed a personalized approach which was determinant to the timely treatment of her breast cancer and the risk-reducing interventions. The family physician had a central role in the regular management of this patient, considering her biopsychosocial dimensions, contributing for good health results.

Keywords: Breast neoplasms; genes, BRCA1

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Ponte, ACeS do Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto

2. Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Arcos Saúde, ACeS Alto Minho

3. Assistente em Medicina Geral e Familiar, UCSP Ribeira de Pena, ACeS Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso

INTRODUÇÃO

O cancro da mama é o segundo cancro mais comum em todo o mundo e a causa de mortalidade por cancro mais comum nas mulheres, sendo considerado um problema de saúde global, com uma importante carga de doença.¹

Apesar de ser uma doença multifatorial e com casos maioritariamente esporádicos, sabe-se que mutações em determinados genes supressores tumorais, nomeadamente nos genes de suscetibilidade para cancro da mama tipos 1 e 2 [*breast cancer susceptibility genes 1/2* (BRCA1/BRCA2)], predispoem um indivíduo a desenvolver cancro da mama.^{1,2} As proteínas BRCA desempenham um importante papel na resposta ao dano de DNA (*deoxyribonucleic acid*), fundamental à sobrevivência quer das células mamárias normais, quer das malignas.¹ O estado de portador de uma variante patogénica em um ou ambos os genes BRCA aumenta marcadamente a suscetibilidade ao cancro da mama e de ovário, com risco acrescido também para neoplasias noutras localizações, como trompas de Falópio, peritoneu, endométrio, próstata, mama masculina e pâncreas.^{1,3}

A maioria das neoplasias da mama e de ovário hereditárias devem-se a mutações nos genes BRCA1/BRCA2, que podem ser encontradas em 15-20% dos casos familiares.¹⁻³ São caracterizadas por um padrão de transmissão autossómica dominante, afetando na mesma família, frequentemente, várias gerações de mulheres com cancro da mama e, em algumas, também com cancro dos ovários, com uma especial incidência da neoplasia da mama em idade jovem (habitualmente, na pré-menopausa).³

De uma forma geral, o risco cumulativo de cancro da mama aos 70 anos de idade ronda os 55-70% nas portadoras de variante patogénica BRCA1, e os 45-70% no caso de BRCA2 (comparativamente ao risco de 12%, ao longo da vida, nas mulheres da população em geral). A incidência de cancro da mama parece aumentar no início da idade adulta, até aos 30-40 anos nas mulheres com a mutação BRCA1, e até aos 40-50 anos nas com BRCA2; a partir daí a incidência parece estabilizar. Assim sendo, mulheres portadoras da variante patogénica BRCA1, comparativamente às da BRCA2, têm um risco maior ao longo da vida de neoplasia da mama, e com um início mais precoce da doença, particularmente antes dos 50 anos.³

DESCRIÇÃO DO CASO

Descreve-se de seguida o caso de uma utente de 28 anos, do sexo feminino, de raça caucasiana, solteira e licenciada em enfermagem. Na altura do contacto inicial, pertencia a uma família monoparental (viviu com a mãe de 58 anos e a irmã de 21 anos), *Graffar* classe IV (classe média-alta). Antecedentes

personais de mamoplastia bilateral aos 27 anos (com colocação de próteses submusculares); menarca aos 13 anos, com ciclos regulares sob contraceptivo oral combinado, nuligesta.

Em outubro de 2018, recorreu a uma consulta em contexto privado por noção de nódulo na região axilar esquerda desde o dia anterior, tendo sido sugerida ecografia mamária e encaminhamento urgente para o seu médico de família. Dias depois, a doente foi observada em consulta no centro de saúde, sem qualquer sintomatologia além da tumefação axilar esquerda de novo, negando febre, suores noturnos, perda ponderal, anorexia, astenia, sintomas respiratórios como tosse, dispneia, odinofagia ou rinorreia, sintomas gastrointestinais e sintomas geniturinários. Ao exame objetivo, com bom estado geral, com auscultação cardiopulmonar, palpação abdominal, inspeção e palpação mamárias bilateralmente sem alterações; à palpação da região axilar esquerda, nódulo infracentimétrico, móvel, de consistência dura-elástica, indolor, compatível com uma adenomegalia. Considerando a idade jovem da doente e a adenomegalia de novo, e apesar da ausência de sintomatologia adicional ou de outros sinais de doença sistémica, alguns diagnósticos diferenciais, como as doenças linfoproliferativas (linfoma), deverão ser considerados. Neste momento, contudo, é fundamental salientar os antecedentes familiares da utente, não descritos previamente com um propósito, pois o seu conhecimento condicionou inevitavelmente o rumo deste caso. A sua mãe teve diagnóstico de cancro da mama esquerda aos 42 anos, tendo sido submetida em 2003 a mastectomia unilateral, quimio e radioterapia adjuvantes e cumprido hormonoterapia com tamoxifeno; encontrava-se desde há 4 meses em tratamento paliativo por recidiva ganglionar de carcinoma do endométrio, diagnosticado em 2017. Nesse ano, a mãe da utente foi encaminhada para estudo genético de mutações BRCA, com resultado positivo para o gene BRCA1. Neste contexto, a doente tinha sido submetida a teste genético cerca de duas semanas antes, tendo tido conhecimento do seu resultado positivo, isto é, do seu estado de portadora da variante patogénica BRCA1, na manhã em que recorreu a consulta em contexto privado. Dos restantes antecedentes familiares, de salientar os diagnósticos de cancro do endométrio da avó materna em 1974, cinco casos de cancro da mama - em duas tias-avós maternas aos 50 e aos 55 anos (antes de 1974 e antes de 2003, respetivamente) e em três primas em segundo grau aos 40, 43 e 52 anos (diagnosticados entre 2015 e 2018) -, e quatro casos de neoplasia pulmonar - num tio materno aos 58 anos, e em três tios-avós maternos aos 20, 40 e 50 anos. O genograma familiar está representado na Figura 1.

Na consulta com o médico de família, pelos

avaliados desde o início pelo médico de família nas consultas mensais na unidade até à retoma da sua atividade laboral, em meados de 2020.

Quadro I. Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* para unidade de crise (fevereiro de 2019).

Acontecimentos no último ano:	
1.	Morte de cônjuge (100 ptos)
2.	Divórcio (73 ptos)
3.	Separação conjugal (65 ptos)
4.	Saída da cadeia (63 ptos)
5.	Morte de um familiar próximo (63 ptos) *
6.	Acidente / doença grave (53 ptos) *
7.	Casamento (50 ptos)
8.	Despedimento (47 ptos)
9.	Reconciliação conjugal (45 ptos)
10.	Reforma (45 ptos)
11.	Doença grave na família (44 ptos) *
12.	Gravidez (40 ptos)
13.	Problemas sexuais (39 ptos)
14.	Aumento do agregado familiar (39 ptos)
15.	Readaptação profissional (39 ptos)
16.	Mudança de situação económica (38 ptos)
17.	Morte de um amigo íntimo (37 ptos)
18.	Mudança no tipo de trabalho (36 ptos)
19.	Alteração nr discussões com o cônjuge (35 ptos)
20.	Contrair um grande empréstimo (31 ptos)
21.	Acabar de fazer um grande empréstimo (30 ptos)
22.	Mudança responsabilidade no trabalho (29 ptos)
23.	Filho que abandona o lar (29 ptos)
24.	Dificuldades com família cônjuge (29 ptos)
25.	Acentuado sucesso pessoal (27 ptos)
26.	Cônjuge que inicia / termina emprego (26 ptos)
27.	Início / Fim de escolaridade (26 ptos)
28.	Mudança nas condições de vida (25 ptos)
29.	Alteração dos hábitos pessoais (24 ptos) *
30.	Problemas com o patrão (23 ptos)
31.	Mudança condições/hábitos trabalho (20 ptos)
32.	Mudança de residência (20 ptos)
33.	Mudança de escola (19 ptos)
34.	Mudança de diversões (18 ptos)
35.	Mudança de atividades religiosas (19 ptos)
36.	Mudança de atividades sociais (18 ptos)
37.	Contrair uma pequena dívida (17 ptos)
38.	Mudança nos hábitos de sono (16 ptos)
39.	Mudança do nr de reuniões familiares (15 ptos)
40.	Mudança nos hábitos alimentares (15 ptos)
41.	Férias (13 ptos)
42.	Natal (12 ptos)
43.	Pequenas transgressões da lei (11 ptos)

Cut-off para maior probabilidade de doença física / psíquica: 150 pontos

Legenda: Nr - número; Ptos - pontos.

* Problemas potencialmente geradores de stress para a doente nos últimos 12 meses (em fevereiro de 2019), perfazendo um total de 184 pontos. (Quadro adaptado de Caeiro R. Registos Clínicos em Medicina Familiar. 1ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários; 1991).

Parece evidente que alguns doentes com história pessoal e/ou familiar de cancro da mama, ovário, próstata, mama masculina, pâncreas, entre outros, beneficiarão de uma avaliação do seu risco hereditário, e do risco dos familiares, para estas, ou outras, neoplasias. Idealmente, e sempre que possível,

o teste genético deve ser realizado no membro da família que mais provavelmente terá um resultado positivo para determinada variante patogénica, nomeadamente, e habitualmente no caso das mutações BRCA1/BRCA2, uma mulher com cancro da mama (ou ovário) em idade precoce.²

O estudo genético desta família iniciou-se em 2017 pela mãe da doente, enviada a consulta de genética pela história de cancros metácronos. De facto, este seria, até então, o caso de cancro da mama em idade mais jovem. À luz da evidência atual, uma doente com cancro da mama diagnosticado antes dos 45 anos tem indicação para estudo genético. O mesmo é válido para mulheres que, independentemente da idade do seu diagnóstico, tenham pelo menos um familiar com cancro da mama diagnosticado até aos 50 anos (inclusive), ou pelo menos três diagnósticos de cancro da mama na doente e/ou em familiares próximos.^{2,5} Estes seriam os critérios diagnósticos atuais que se aplicaríamos, em 2003, à mãe da doente. Para além disso, considera-se que deverão ser testados os indivíduos que tenham um familiar portador de uma variante patogénica, como BRCA1/BRCA2; a cascada diagnóstica consistirá na extensão da testagem aos diferentes membros da família, e que deverá ter em conta o padrão de transmissão e o nível de penetrância. No caso das mutações BRCA1/BRCA2, considerando o padrão de transmissão autossómica dominante e a alta penetrância, é importante testar indivíduos de ambos os sexos.⁵

O diagnóstico da mutação genética responsável pelos casos de cancro identificados e, com grande probabilidade, responsável por futuras neoplasias malignas, permite uma orientação preventiva atempada do próprio doente e de familiares em risco. Neste caso em particular, o diagnóstico genético inicial na mãe da doente possibilitou o diagnóstico genético precoce da jovem previamente à manifestação de sintomas, e que foi crucial para a orientação célere descrita e o sucesso terapêutico até à data. Desde o diagnóstico da mutação BRCA1 na mãe da doente (caso índice), foram estudados vários elementos da família da linha materna - dois tios, a tia, duas primas (aquelas em que o pai faleceu por neoplasia do pulmão), a doente e a sua irmã; não tem relação com um dos tios maternos, não sabendo se realizou ou não teste genético, e um outro terá recusado a sua realização. Apenas na doente e na sua irmã se identificou a variante patogénica (um dos tios aguardava ainda resultado). A doente desconhece se foi oferecida a possibilidade de outros membros da família realizarem o teste genético, em particular as

primas da sua mãe que tiveram neoplasia da mama.

Sempre que possível, é recomendado que todos os candidatos à realização do teste genético sejam referenciados a uma consulta de Genética Médica, permitindo a avaliação do seu risco genético, e a discussão das opções e implicações em prosseguir o estudo. O indivíduo será informado dos potenciais benefícios, limitações e risco do teste, para si e para os seus familiares. Identificando-se, efetivamente, uma variante patogénica, o doente deverá ser informado do seu risco pessoal, e quais os membros da família que estarão em maior risco de, igualmente, serem portadores da mutação. Deverá ser encorajado a partilhar esses dados com os familiares.²

O aspeto mais importante do aconselhamento após a identificação da mutação BRCA1 diz respeito à suscetibilidade aumentada, de facto, ao cancro da mama e ovário, mas também de neoplasias noutras localizações, como trompas de Falópio, peritoneu, endométrio e pâncreas. Sabe-se que, nas portadoras da mutação BRCA1, o risco cumulativo de neoplasia primária da mama aos 70 anos de idade pode chegar aos 70%, e o risco de cancro na mama contralateral ultrapassa os 60% após 25 anos do primeiro diagnóstico (comparativamente a riscos de 12% e 7%, respetivamente, nas mulheres da população em geral). Relativamente ao tumor do ovário, o risco nas portadoras rondará os 40% (face ao risco de 1% naquelas sem a variante patogénica); há também risco acrescido (0,6%) de neoplasia das trompas de Falópio. O risco de cancro do endométrio é principalmente atribuível ao uso de tamoxifeno, o que efetivamente se verificou na mãe da doente em estudo. Neoplasias prostáticas, pancreáticas e da mama masculina parecem ser mais comuns com a mutação BRCA2 do que na BRCA1. O risco acrescido de melanoma e cancro do cólon não está ainda bem estabelecido para nenhuma das mutações.³

Algumas cirurgias de redução de risco oncológico estão indicadas, nomeadamente a mastectomia e a salpingo-ooforectomia bilateral profiláticas, em mulheres portadoras da mutação BRCA1/BRCA2, sem história pessoal de cancro, uma vez que contribuem para a redução de risco das neoplasias, ainda que não o eliminem na totalidade. É importante, contudo, considerar a esperança de vida da doente e a morbilidade associada a estes procedimentos, e informar acerca do grau de proteção e, no caso da mastectomia, das opções reconstrutivas.^{3,5} No caso descrito da doente, apesar da neoplasia da mama esquerda, mantém-se a indicação de mastectomia contralateral profilática, que efetivamente realizou.

No que diz respeito à cirurgia de redução de risco de tumor do ovário, está recomendada a salpingo-ooforectomia entre os 35 e os 45 anos (ou de forma individualizada com base na idade do diagnóstico mais precoce desta neoplasia na família), e após completar processo de maternidade.^{3,5} A salpingectomia está recomendada, associada à ooforectomia, por se pensar que vários cancros do ovário de alto risco possam ter início nas trompas de Falópio; não está recomendada por rotina a histerectomia. Embora se considerasse que esta cirurgia apresentava benefício igualmente na redução do risco de cancro da mama, evidência mais recente não o comprovou no caso das portadoras de BRCA1. É fundamental considerar os efeitos laterais desta cirurgia, nomeadamente da menopausa iatrogénica e do risco acrescido de osteoporose; para ambas as situações, a primeira linha de tratamento e prevenção, respetivamente, são as terapêuticas não hormonais.³ No caso da menopausa iatrogénica após os quimioterápicos, como no caso desta doente, as recomendações serão as mesmas. Nas consultas regulares com o médico de família foram avaliados os sintomas vasomotores, inicialmente de intensidade moderada, com melhoria progressiva, sem necessidade de tratamento.

É possível oferecer também uma vigilância oncológica específica, caso recusem ou desejem protelar as cirurgias de redução de risco.^{3,5} No caso da irmã da doente em estudo, igualmente portadora da mutação BRCA1, sem história pessoal de neoplasia e que pretendia adiar a mastectomia profilática, tem indicação desde os 18 anos de idade para autoexame mamário periódico; a partir dos 25 anos, deverá realizar exame clínico da mama a cada 6-12 meses, e iniciar vigilância anual com ressonância magnética mamária (intercalada a cada semestre com mamografia a partir dos 30 anos).^{3,5} É fundamental que o médico de família seja conhecedor deste programa de vigilância oncológica. No caso da doente e da sua irmã, ambas abaixo dos 35 anos e com desejo de maternidade futura, considera-se, a partir dos 30-35 anos, o rastreio de cancro do ovário através de ecografia ginecológica endovaginal e doseamento de CA 125 a cada seis meses. Contudo, pela falta de evidência de alta qualidade que suportem estas recomendações, o benefício é incerto.^{3,5}

Relativamente à vigilância dirigida a outras neoplasias de risco acrescido nos indivíduos com variante patogénica BRCA1, atualmente apenas estará indicado o rastreio de cancro do pâncreas se existirem casos dessa neoplasia na família;⁵ tal não se verifica na família em estudo.

Uma vez que a doente desejaria uma gravidez após os habituais cinco anos de vigilância posterior à neoplasia da mama, é essencial o seu aconselhamento reprodutivo. Por se tratar de uma mutação herdada de forma autossómica dominante, a doente deverá ser informada do risco de 50% do seu filho ser igualmente portador. O aconselhamento deverá incluir educação sobre diagnóstico pré-natal e reprodução assistida.³

Poderá ser difícil considerar que o diagnóstico de uma mutação que predispõe um indivíduo a desenvolver cancro da mama, entre outras neoplasias, seja uma questão de sorte. Refletindo acerca deste caso, sorte não será, seguramente, o que melhor caracteriza o curso de vida da doente em estudo, quer pela doença e falecimento da sua mãe, quer pelo seu próprio diagnóstico oncológico em idade jovem, ou pelo conhecimento que a sua irmã é também ela portadora da mesma variante patogénica. Contudo, não deverá ser também sinónimo de um desfecho inevitável e fatal. O seu diagnóstico genético permitiu uma orientação atempada de uma doença agressiva, que, quiçá, se poderia disseminar sem a deteção precoce. É fundamental que o médico de família esteja alerta para situações de risco pessoal e/ou familiar acrescido de doenças oncológicas e, quando estas se verifiquem, adote um papel ativo no seguimento do doente, que vá para além dos tratamentos com intuito curativo da neoplasia. Considera-se que o acompanhamento da doente no seu contexto biopsicossocial a nível dos Cuidados de Saúde Primários foi crucial para o desfecho animador.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Armstrong N, Ryder S, Forbes C, Ross J, Quek RGW. A systematic review of the international prevalence of BRCA mutation in breast cancer. *Clin Epidemiol.* 2019;11:543-61.
- 2- Peshkin BN, Isaacs C. Genetic testing and management of individuals at risk of hereditary breast and ovarian cancer syndromes. *UpToDate.* Consultado em 26 de julho de 2020.
- 3- Issacs C, Peshkin BN. Cancer risks and management of BRCA1/2 carriers without cancer. *UpToDate.* Consultado em 26 de julho de 2020.
- 4- Caeiro R. Registos Clínicos em Medicina Familiar. 1ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários; 1991.
- 5- Daly MB, Pal T, Berry MP, Buys SS, Dickson P, Domchek SM, *et al.* Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2021;19(1):77-102.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras negam a existência de qualquer conflito de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Luísa Gonçalves Rodrigues da Fonte
ana_luisa_fonte@hotmail.com

RECEBIDO: 01 de novembro de 2020 | ACEITE: 23 de março de 2021

PENFIGÓIDE BOLHOSO - UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

BULLOUS PEMPHIGOID - A DIAGNOSIS TO CONSIDER

Autores:

Mariana Seoane¹, Inês Brêda¹, Marta Dias Fernandes², Paulo Varela³

RESUMO

Introdução: O penfigóide bolhoso (PB) é uma doença cutânea crónica, auto-imune e recidivante, com elevada morbilidade, com crescimento exponencial nos últimos anos. Afeta predominantemente os idosos e caracteriza-se pela presença de lesões cutâneas bolhosas e erosivas. Existe uma forte associação recentemente estudada entre o uso dos inibidores da dipeptidil peptidase 4 (iDPP4) e o aparecimento de PB.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 69 anos, com invalidez por psicose afetiva associada a depressão, pertencente a família nuclear de classe social média. Antecedentes de dislipidemia e diabetes *mellitus* tipo 2, tratado com metformina, vildagliptina e empagliflozina. Recorreu à consulta aberta em janeiro de 2020 por lesões cutâneas pruriginosas com três semanas de evolução. Ao exame objetivo, apresentava placas eritematosas e descamativas até 50 mm, dispersas de forma assimétrica pelo dorso, coxa e abdómen. Foi medicado sintomaticamente com anti-histamínico, por suspeita de pitiríase rósea. Após um mês, as placas aumentaram em tamanho, número e evoluíram para vesículas e bolhas com crosta à superfície e mantinha prurido, particularmente noturno, pelo que foi referenciado a consulta de dermatologia (fevereiro). Por manutenção do quadro, recorreu múltiplas vezes aos cuidados de saúde, fez antibioterapia e tratamento sintomático, sem resposta favorável. Em maio, recorreu a consulta privada de dermatologia onde, por suspeita de doença bolhosa auto-imune, realizou biópsia e imunofluorescência indireta positiva para os anticorpos anti-membrana basal da epiderme, que confirmou o diagnóstico de PB. Iniciou metotrexato oral e propionato de clobetasol tópico com melhoria clínica em dois meses.

Comentário: O papel do médico de família é fundamental para a suspeição diagnóstica, de forma a referenciar rapidamente e articular com os cuidados hospitalares permitindo reduzir a morbilidade inerente a esta patologia. A associação com os iDPP4 deverá estar presente no momento da suspeita de PB assim como na sua prescrição no caso de indivíduos suscetíveis.

Palavras-chave: penfigóide bolhoso; inibidores da dipeptidil peptidase IV; diabetes *mellitus* tipo 2

ABSTRACT

Introduction: Bullous pemphigoid (BP) is a chronic, recurrent, autoimmune dermatosis associated with high morbidity, with exponential growth in the last few years. It is characterized by the presence of skin lesions in the form of blisters and erosions and prevalence is higher among elders. Recently an association was found with the use of dipeptidyl peptidase-IV inhibitors (DPP4-i) and the onset of BP.

Case description: 69-year-old male, from a middle-class nuclear family, with depression and disability caused by affective psychosis. Clinical history of dyslipidaemia and type 2 diabetes, treated with metformin, vildagliptin and empagliflozin. Patient was admitted in January 2020 to an urgent consultation at his primary care unit due to 3 week-old skin lesions causing pruritus. Upon physical examination, red flaky plaques (up to 50 mm) on the surface were observed, with asymmetrical distribution along the back, thigh and abdomen, compatible with pityriasis rosea and antihistamines were administered. One month after plaques increased in size and number, turning into vesicles and bullae with persisting nocturnal pruritus and patient was referred to dermatology (February). Meanwhile, as the disease progressed, patient was assessed by multiple health services, treated with antibiotics and symptomatic treatment, without improvement. In May the patient attended a private dermatology consultation, due to suspicion of an autoimmune blistering disorder. A skin biopsy was performed along with indirect immunofluorescence analysis. Anti-epidermal basement membrane antibodies were positive, confirming BP diagnosis. Treatment with oral methotrexate and topical clobetasol propionate was initiated, resulting in clinical improvement after two months.

Comment: The role of the family doctor is key for a fast clinical suspicion diagnosis and subsequent hospital referral to mitigate the associated disease morbidity. The association between BP and DPP4-I should be acknowledged not only in the moment of clinical suspicion but also during the prescription of these drugs in susceptible individuals.

Keywords: pemphigoid bullous; dipeptidyl-peptidase IV inhibitors; diabetes mellitus type 2

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Fiães, ACeS Feira/Arouca

2. Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar e Coordenadora, USF Fiães, ACeS Feira/Arouca

3. Director do Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

Os distúrbios dermatológicos representam 3-3,5% dos motivos de consulta pelos quais os utentes recorrem aos cuidados de saúde primários.¹

O penfigóide bolhoso (PB) é a dermatose bolhosa autoimune mais comum na Europa Ocidental.² Atinge predominantemente a faixa etária com mais de 60 anos, aumentando drasticamente acima dos 80 anos. A sua incidência tem crescido exponencialmente nos últimos 20 anos (1,9-4,3 vezes superior).³ As razões para este acontecimento incluem o aumento da esperança média de vida e a associação com fármacos prescritos diariamente na prática clínica como os diuréticos, anti-hipertensores, alguns antibióticos e, dos mais importantes, os inibidores da dipeptidilpeptidase 4 (iDPP4).^{2,3} Existe também uma associação positiva com algumas doenças neurológicas como a demência, a doença de *Parkinson*, a esclerose múltipla e o acidente vascular cerebral. Há teorias sobre reações imunológicas cruzadas de antigénios do tecido nervoso e a produção de autoanticorpos que reagem contra a membrana basal da epiderme,⁴ no entanto, não existe nenhum mecanismo fisiopatológico consensual para esta relação nem uma temporalidade estabelecida, uma vez que estas doenças neurológicas podem aumentar o risco de desenvolver PB e vice-versa.⁵

O PB é uma doença crónica que se caracteriza pela presença de lesões cutâneas bolhosas e erosivas associadas a prurido intenso.⁶ Tem um carácter recidivante e por isso apresenta uma elevada morbilidade associada.⁷

O objetivo deste caso clínico é alertar para a incidência crescente desta patologia que está associada a fármacos de uso na diabetes, assim como para o seu desafio diagnóstico, de forma a poder contribuir para uma orientação atempada e para a redução da morbilidade que é inerente à doença e ao seu tratamento.

DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação

Doente de sexo masculino, 69 anos, raça caucasiana, sexto ano de escolaridade, reformado por invalidez por psicose afetiva associada a síndrome depressivo, profissão anterior como motorista de veículos ligeiros de passageiros. Elemento de uma família nuclear, altamente funcional de acordo com o APGAR familiar (9), de classe média na escala de *Graffar* e no estadió VI do ciclo de *Duvall*.

Antecedentes pessoais e familiares

Apresenta como antecedentes de relevo diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) não insulino-tratada, com fraca adesão terapêutica, com 19 anos de evolução, psicose afetiva e dislipidemia. Ex-fumador de 15 unidades maço ano (UMA). Sem antecedentes de consumo excessivo de álcool ou drogas. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Ambos os pais com antecedentes de neoplasia do pulmão, sendo a mãe diabética sob insulino-terapia.

Apresenta a seguinte medicação crónica: metformina + vildagliptina, 1000 mg + 50 mg - 1 comprimido ao almoço e 1 comprimido ao jantar; empagliflozina 10 mg - 1 comprimido de manhã; atorvastatina 20 mg - 1 comprimido à noite; sertralina 50 mg - 1 comprimido de manhã; mirtazapina 30 mg - 1 comprimido à noite; clonazepam 0,5 mg - 1 comprimido à noite.

História da doença atual

A 16 de janeiro de 2020 recorreu à consulta aberta com a sua médica de família por lesões cutâneas muito pruriginosas com cerca de três semanas de evolução, sem melhoria com aplicação de iodo-povidona. Ao exame objetivo apresentava placas eritematosas e descamativas, algumas erosivas com zonas de crosta, dispersas e com padrão assimétrico localizadas no dorso (Figura 1), na face anterior da coxa direita e no andar inferior do abdómen. As lesões cutâneas foram interpretadas como pitíriase rósea pelo que foi medicado sintomaticamente com bilastina 20 mg e hidroxizina 25 mg. O utente apresentava, concomitantemente, descontrolo da DM2, pelo que se reforçou a adesão terapêutica e alimentar.



Figura 1. Placas eritematosas e descamativas no dorso (10-50 mm).

Por manutenção do quadro, recorreu aos cuidados de saúde privados pelo que foi, nesse mesmo mês, medicado com benzoato de benzilo e ácido fusídico para uso tópico por suspeita de escabiose.

A 14 de fevereiro de 2020, voltou à sua médica de família para consulta de reavaliação mostrando agravamento das lesões com aumento de dimensão e número assim como alastramento para ambos os membros superiores. Na face anterior da coxa direita, as placas evoluíram para vesículas (< 10 mm) e bolhas (algumas > 30 mm), com formas irregulares que, entretanto, romperam e algumas com crosta à superfície (Figura 2). O prurido mantinha-se, particularmente à noite, afetando a qualidade do sono e de vida do utente. Referenciou-se o caso para a consulta de teledermatologia do hospital de referência e, concomitantemente, suspendeu-se a empagliflozina por tonturas que o utente associava ao fármaco. Iniciou-se insulina glargina 10 unidades para melhorar o controlo metabólico e manteve-se a terapêutica com metformina + vildagliptina, 1000 mg + 50 mg (que estaria a tomar desde 2009).



Figura 2. Múltiplas vesículas e bolhas na face anterior da coxa direita.

Em março, recorreu novamente a um médico particular que lhe prescreveu doxiciclina 100 mg durante 8 dias e tacrolimus de uso tópico para aplicar nas lesões. Após um mês, deslocou-se à consulta aberta com as mesmas queixas, tendo sido desta vez medicado com amoxicilina e ácido clavulânico 875 mg + 125 mg durante oito dias.

Em maio, pela ausência de melhoria e de uma resposta eficaz, o utente tomou a iniciativa de ser seguido em consulta privada de dermatologia. Em articulação com os cuidados de saúde primários, o utente realizou biópsia da lesão e foi testado para os anticorpos anti-substância intercelular da epiderme e anti-membrana basal da epiderme, por técnica de imunofluorescência indireta, no sangue periférico. A biópsia realizada a uma erosão do membro superior direito (Figura 3) demonstrou descolamento da epiderme a nível da junção com a derme com moderado infiltrado inflamatório predominantemente linfocitário, perivascular, com ocasionais eosinófilos e neutrófilos, na derme superficial, sem infiltração por células linfóides atípicas. Os anticorpos anti-membrana basal da epiderme foram os únicos que testaram positivo no sangue periférico. Desta forma, obteve-se o diagnóstico de penfigóide bolhoso. Por indicação do dermatologista que o seguia, nesse mesmo mês, iniciou tratamento imunossupressor com metotrexato oral, dose total 10 mg uma vez por semana (2,5 mg, dois comprimidos de manhã e dois comprimidos ao jantar) e tratamentos de penso na sua unidade de saúde familiar, com propionato de clobetamol, três vezes por semana.



Figura 3. Local submetido a biópsia no braço direito.

Em julho, o utente demonstrava resposta favorável ao tratamento, com boa tolerância e melhoria do prurido, revelando um impacto positivo na sua qualidade de vida. Como ainda mantinha disseminação de algumas novas lesões, titulou-se a dose para 15 mg de metotrexato. A nível metabólico, obteve-se maior controlo da DM2.

Em setembro, começou a haver remissão de todas as lesões sob a forma de placas descamativas, despigmentadas ou eritematosas (Figura 4) com mília na coxa direita (Figura 5). Durante este período, foi realizada a vigilância de pancitopenia e de alterações a nível hepático no contexto do tratamento instituído. Por discreta elevação das transaminases, reduziu-se a dose para 10 mg de metotrexato semanal. O tratamento prolongou-se ao longo de um ano, de forma a evitar recidivas, com redução gradual da dose até à mínima possível. Substituiu-se a vildagliptina por sitagliptina e, assim que houve controlo metabólico, suspendeu-se a insulino-terapia.



Figura 4. Placas despigmentadas em fase de cicatrização no braço esquerdo.



Figura 5. Placas eritematosas em fase de cicatrização com mília na coxa direita.

COMENTÁRIO

O PB é a mais comum das doenças bolhosas subepidérmicas³ e caracteriza-se pela presença de auto-anticorpos, nomeadamente IgG, que se dirigem a antígenos específicos, *bullous pemphigoid* (BP) 180 e BP 230, que integram os hemidesmossomas, estruturas que facilitam a adesão dos queratinócitos à membrana basal da epiderme.² Esta reação resulta na lesão e na descontinuação desta membrana e consequentemente na formação de bolhas subepidérmicas.⁸

Clinicamente, o quadro inicia-se habitualmente com prurido, que pode ser intenso, e aparecimento de placas semelhantes à urticária ou placas eritematosas descamativas que evoluem geralmente para bolhas num período de semanas ou meses. As bolhas são normalmente claras, tensas e ao fim de alguns dias acabam por romper. Afetam principalmente os membros e o tronco e assumem uma distribuição generalizada na maior parte dos casos. Raramente afetam as mucosas.^{2,8} Em 1/5 dos casos não existe formação de bolhas,³ sendo que várias dermatoses podem assemelhar-se com o PB como o prurigo, a urticária e o eczema, o que conduz a um atraso do diagnóstico que pode ir, em média, até os dois anos.^{3,7}

Como diagnósticos diferenciais podem-se considerar a *bullous diabeticorum* que está associada à diabetes,⁹ as outras doenças bolhosas auto-imunes, como o pénfigo vulgar e o pénfigo foliáceo, assim como as doenças bolhosas que afetam as camadas subepidérmicas da pele, nomeadamente a epidermólise bolhosa adquirida, a dermatose bolhosa linear de imunoglobulina A (IgA), o líquen plano penfigóide e o penfigóide da membrana mucosa.¹⁰ A idade, a presença de tecido cicatrizante e de distrofia ungueal e a forma de apresentação e de localização das bolhas são aspetos que podem ajudar a diferenciar entre estas distintas patologias. No PB não existe distrofia ungueal ao contrário de um subtipo da epidermólise bolhosa adquirida, nem habitualmente tecido cicatrizante após a remissão das lesões. No entanto, as manifestações clínicas e características geralmente não são suficientes e distingui-las ao nível imuno-histoquímico é fundamental para conseguir fazer o diagnóstico correto. Desta forma, é fundamental realizar uma biópsia da lesão, em que habitualmente se observa um infiltrado inflamatório predominantemente eosinofílico e a descontinuação da membrana basal. Associadamente, através do método de imunofluorescência direta é possível observar o padrão de deposição linear de IgG e/ou C3 na camada basal da

epiderme, característicos do penfigóide bolhoso, ou, através de imunofluorescência indireta, determinar a presença de anticorpos dirigidos especificamente à membrana basal, através do soro do doente. Outra técnica mais sensível, a *enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISA), permite obter e dosar os anticorpos específicos contra os antigénios BP180 e o BP 230, característicos do penfigóide bolhoso.¹¹ Doses séricas elevadas do anticorpo anti-BP 180 estão correlacionadas com maior gravidade da doença.¹²

Assim sendo, para fazer o diagnóstico de penfigóide bolhoso, é necessário ter dois em três dos seguintes critérios: 1) presença de prurido e/ou de bolhas cutâneas; 2) deposição linear de IgG e/ou C3c na camada de membrana basal por imunofluorescência direta; e ou IgG na camada epidérmica por imunofluorescência indireta, que corresponde ao anticorpo anti-membrana basal da epiderme, obtido do soro do doente.¹⁰

Outros tipos de pênfigo apresentam características distintas. No pênfigo vulgar as mucosas podem estar envolvidas e no pênfigo foliáceo, estas estão tipicamente poupadas mas, neste último, as bolhas estão distribuídas pela face, tronco e estendem-se por todo o corpo evoluindo para erosões descamativas e com crosta. Como afeta igualmente idosos e as lesões podem ser semelhantes, este último diagnóstico foi excluído pela ausência de anticorpos contra a substância intercelular da epiderme.¹³

A relação entre penfigoide bolhoso e os iDPP4

Existe uma forte associação estudada recentemente entre o uso dos iDPP4 e o aparecimento de PB. Os iDPP4 que apresentam maior relação são a linagliptina e a vildagliptina, sendo esta última a que tem maior evidência. O período de latência desde o início do tratamento com estes fármacos até ao aparecimento das lesões é altamente variável (de um mês a quatro anos) sendo que a média será por volta dos 15 meses.¹⁴ Casos de PB em que suspenderam o uso de iDPP4, apresentaram melhoria clínica.¹⁵ O patomecanismo ainda não está totalmente elucidado, mas sabe-se que os iDPP4 promovem o desenvolvimento de autoanticorpos que se ligam maioritariamente à mesma região do epítipo do BP 180, o antigénio que está na origem do desenvolvimento do PB.¹⁶ Dos estudos realizados com iDPP4, foram reportados mais casos de PB em homens, com maior extensão e envolvimento das mucosas, do tronco e da cabeça.¹⁷ Ainda está por confirmar se a relação entre os iDPP4 e o PB é causal, aumentando a predisposição nos indivíduos mais suscetíveis para o PB

ou se pode ser considerada como um efeito adverso farmacológico.¹²

Tratamento

A terapia de primeira linha preconizada para o PB consiste em glicocorticóides tópicos ou sistémicos (nível de evidência A). O uso de corticóides tópicos de alta potência como o propionato de clobetasol a 0,05% com duas aplicações diárias, demonstra uma alta eficácia e segurança, podendo ser também utilizado na doença mais extensa.⁷ Em relação à terapêutica oral, não existe consenso em relação à dose inicial recomendada ou ao esquema terapêutico, sendo dependente da gravidade e da extensão da doença. Esquemas para doença extensa ou grave iniciam-se com 0,5-0,75 mg/kg/dia de prednisolona oral,⁸ mantendo essa dose pelo menos durante duas semanas até ao desaparecimento da inflamação e do prurido e à ausência de crescimento de novas bolhas.¹⁷ Caso haja resposta, diminui-se gradualmente a dose até obter a dose mínima eficaz tolerada devido aos efeitos adversos consideráveis. O tratamento oral ou tópico poderá ser prolongado entre seis a doze meses, de forma a evitar recidivas. Para prevenir a perda mineral óssea, deverá ser considerado adicionar bifosfonatos, suplementar com cálcio e vitamina D e usar inibidores da bomba de prótons para proteção gástrica.⁷

Fármacos imunossupressores/imunomoduladores poderão ser adicionados de forma a reduzir os efeitos adversos dos glicocorticóides e aumentar a sua eficácia. O micofenolato de mofetil, clorambucil, metotrexato, azatioprina, antibióticos como as tetraciclina (doxiciclina) com nicotinamida ou a dapsona poderão ser utilizados. Não se podem igualmente menosprezar os efeitos laterais destes fármacos, sendo importante reavaliar periodicamente, conforme o tratamento, através de análises ao sangue, as contagens hematológicas, a glicemia, o perfil hepático e serológico, entre outros.⁷ A escolha pelo metotrexato neste caso foi pela sua acessibilidade, segurança e baixo impacto na diabetes, ao contrário dos corticosteróides sistémicos.

Em relação aos cuidados da pele, de forma a evitar o crescimento lateral das bolhas, devem-se romper as bolhas de maior dimensão com a ajuda de uma agulha estéril. Erosões extensas que estejam expostas devem ser cobertas de forma a reduzir o risco de infeção e dor, evitando pensos com adesivos.^{7,17} Os doentes e os cuidadores devem ser alertados para o alto risco de infeção, sobretudo nos casos de doença extensa e tratamento imunossupressor.

Casos de PB potencialmente induzido por fármacos devem ser avaliados com uma história clínica completa e, caso haja alguma causalidade e seja possível, descontinuar o tratamento.¹²

Neste caso clínico em particular, o doente estava a tomar metformina com vildagliptina há mais de 11 anos sem nunca ter interrompido e não apresentava antecedentes de patologia dermatológica, o que torna a associação com o PB neste doente menos provável. Adicionalmente, a ausência de lesões em sítios mais típicos, assim como a melhoria clínica obtida ainda sob vildagliptina, apoiam esta premissa. Apesar disto, suportada pela revisão bibliográfica efetuada, decidiu-se substituir a vildagliptina por sitagliptina sem agravamento/reaparecimento de lesões, sendo que se procederia à sua suspensão caso não houvesse uma evolução favorável.

Prognóstico e considerações finais

Durante a fase ativa, o PB apresenta alta morbidade e nos casos mais graves, pode ser potencialmente fatal com uma mortalidade global estimada num ano que varia entre os 11-48%. Os efeitos adversos associados ao tratamento e as comorbilidades associadas a estes doentes são os motivos principais para a mortalidade, sendo as doenças cardiovasculares, neurológicas e as infeções cutâneas, causas de morte comuns.¹⁸

Assim sendo, o papel do médico de família é fundamental pela proximidade com o doente e pela articulação com os cuidados de saúde secundários, uma vez que na fase ativa estes doentes precisam de cuidados de enfermagem, de seguimento próximo em consulta para o controlo dos sintomas, das comorbilidades e dos potenciais efeitos laterais associados ao tratamento.

Neste caso, houve um atraso no diagnóstico de meses associado a um excesso de utilização dos serviços de saúde. A clínica insidiosa e inespecífica culminaram em tratamentos sintomáticos e com antibióticos, devido à sobreinfecção das lesões, potencialmente evitáveis. De forma a poder melhorar é fundamental ter presente este diagnóstico para referenciar para os cuidados hospitalares o mais precocemente possível.

Na prática clínica, o uso de iDPP4 em doentes mais idosos sobretudo com algumas doenças neurológicas (demência, doença de *Parkinson*, doença cerebrovascular)⁵ deverá ser feito com cautela pelo risco de desenvolver PB.

A descompensação da diabetes deverá ser um fator a considerar neste caso, uma vez que o doente apresentava descontrolo metabólico imediatamente antes do aparecimento das lesões, mas ainda não existe evidência demonstrada desta relação, o que poderá ser algo a investigar futuramente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Barreiro D, Santiago LM. Motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar no distrito de Coimbra no ano de 2010. *Rev Port Med Geral Fam.* 2013;29(4):236-43.
- 2- Primary Care Dermatology Society - Bullous Pemphigoid [consultado em Setembro de 2020]. Disponível em: <http://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/bullous-pemphigoid1>
- 3- Kridin K, Ludwig RJ. The growing incidence of Bullous pemphigoid: Overview and potential explanations. *Front Med.* 2018;5(220):1-7.
- 4- Papakonstantinou E, Limberg MM, Gehring M, Kotnik N, Kapp A, Gibbs BF, et al. Neurological disorders are associated with bullous pemphigoid. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(5):925-9.
- 5- Lai YC, Yew YW, Lambert WC. Bullous pemphigoid and its association with neurological diseases: a systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(12):2007-15.
- 6- Epidemiology and pathogenesis of bullous pemphigoid and mucous membrane pemphigoid. *UpToDate.* [consultado em Setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-bullous-pemphigoid-and-mucous-membrane-pemphigoid>
- 7- Feliciani C, Joly P, Jonkman MF, Zambruno G, Zillikens D, Ioannides D, et al. Management of bullous pemphigoid: The European Dermatology Forum consensus in collaboration with the European Academy of Dermatology and Venereology. *Br J Dermatol.* 2015;172(4):867-77.
- 8- Venning VA, Taghipour K, Mohd Mustapa MF, Highet AS, Kirtschig G. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of bullous pemphigoid 2012. *Br J Dermatol.* 2012;167(6):1200-14.
- 9- Minelli L, Bungart Nonino A, Cantarelli Salmazo J, Neme L, Marcondes M. Diabetes mellitus and cutaneous affections. *An Bras Dermatol.* 2003;78(6):735-47.
- 10- Introdução a doenças bolhosas. *MSD Manual.* [consultado em Setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/distúrbios-dermatológicos/doenças-bolhosas/introdução-a-doenças-bolhosas>
- 11- Lamberts A, Rashid H, Pas HH, Diercks GFH, Meijer JM, Horváth B. Pemphigoid variants affecting the skin. *Clin Exp Dermatol.* 2019;44(7):721-7.
- 12- Nishie W. Dipeptidyl peptidase IV inhibitor-associated bullous pemphigoid: a recently recognized autoimmune blistering disease with unique clinical, immunological and genetic characteristics. *Immunol Med.* 2019;42(1):22-8.
- 13- Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of pemphigus. *UpToDate.* [consultado em Setembro 2020] Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-pemphigus?search=pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosisof%20pemphigus&source=search_result&selectedTitle=1-87&usage_type=default&display_rank=1
- 14- Phan K, Charlton O, Smith SD. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and bullous pemphigoid: A systematic review and adjusted meta-analysis. *Australas J Dermatol.* 2020;61(1):e15-21.
- 15- Kridin K, Bergman R. Association of Bullous Pemphigoid with Dipeptidyl-Peptidase 4 Inhibitors in Patients with Diabetes: Estimating the Risk of the New Agents and Characterizing the Patients. *JAMA Dermatol.* 2018;154(10):1152-8.
- 16- Mai Y, Nishie W, Izumi K, Shimizu H. Preferential reactivity of dipeptidyl peptidase-IV inhibitor-associated bullous pemphigoid autoantibodies to the processed extracellular domains of BP180. *Front Immunol.* 2019;10:e1224.
- 17- Kridin K. Dipeptidyl-peptidase IV inhibitors (DPP4i)-associated bullous pemphigoid: Estimating the clinical profile and exploring intraclass differences. *Dermatol Ther.* 2020;33(4):1-6.
- 18- Management and prognosis of bullous pemphigoid. *UpToDate.* [consultado em setembro de 2020]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/management-and-prognosis-of-bullous-pemphigoid?topicRef=16864&source=related_link#H24368200

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não haver financiamento nem qualquer outro tipo de conflito de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Mariana Seoane Serrano
m.seoane.serrano@gmail.com

RECEBIDO: 31 de janeiro de 2021 | ACEITE: 09 de maio de 2021



HÁBITOS DO SONO NUMA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

HABITS OF SLEEP IN A PEDIATRIC POPULATION

Autores:

João Virtuoso¹, Íris Santos Silva¹, Joana Ribeiro¹, Rita S. Oliveira², Sónia Santos², Leonor Salício², Isabel Gonzalez³, António Mendes⁴

RESUMO

Introdução: Objetivo: avaliação dos hábitos de sono numa população pediátrica. Tipo de Estudo: estudo observacional, descritivo e transversal. População: amostra de conveniência, em crianças com seguimento em consulta de Pediatria Geral e Desenvolvimento, com idades compreendidas entre os dois e dez anos.

Material e métodos: Aplicou-se um questionário, *Children's Sleep Habits Questionnaire*, padronizado para a população portuguesa, entre os meses de setembro e dezembro de 2017. O tratamento estatístico foi realizado com o programa SPSS for Windows® Versão 22.0. Nas análises inferenciais, considerou-se significativo $p < 0,05$. A comparação de valores médios obtidos nas diferentes subescalas foi avaliada através do teste *t-Student*.

Resultados: Obtiveram-se um total de noventa questionários, dos quais dez foram excluídos por erros de preenchimento ou preenchimento incompleto. A média de idade foi de 6,4 anos, com um desvio padrão de 3,5 anos; 67% era do sexo masculino. A amostra de crianças analisada, obteve um índice de perturbação do sono com valor intermédio, sendo que as crianças seguidas em consulta de Desenvolvimento apresentavam valores superiores.

Discussão/Conclusão: As perturbações do sono em idade pediátrica, encontram-se subdiagnosticadas e não são valorizadas pelos cuidadores e profissionais de saúde. Ao analisarmos as crianças seguidas em consulta de Desenvolvimento, encontramos algumas associações entre a patologia de base e a perturbação específica do sono, descrições que são concordantes com as encontradas em outros autores/literatura.

Palavras-chave: sono; pediatria; desenvolvimento infantil

ABSTRACT

Introduction: Objectives: to evaluate sleep habits in a pediatric population. Type of study: observational, descriptive and cross-sectional study. Population: sample of convenience, composed by children with follow-up in General Pediatrics and Development consultation, aged between two and ten years.

Material and methods: A questionnaire, *Children's Sleep Habits Questionnaire*, standardized for the portuguese population, was applied between September and December 2017. The statistical treatment was performed with SPSS for Windows® software version 22.0. In the statistical analyzes, $p < 0.05$ was considered significant. The comparison of the mean values obtained in the different subscales was evaluated through the *t-Student* test.

Results: A total of ninety questionnaires were obtained. Ten were excluded due to incomplete or incorrect fulfillment. The mean age was 6.4 years, with a standard deviation of 3.5 years; 67% were male. The sample of children analyzed had a sleep impairment index with an intermediate value, and the children followed in a developmental consultation had higher values of this index.

Discussion/Conclusion: Pediatric sleep disorders are underdiagnosed and are not valued by caregivers and health professionals. When analyzing the children followed in Developmental consultation, we found some associations between the underlying pathology and the specific sleep disorder, descriptions that are in agreement with those found in other authors/literature.

Keywords: sleep; pediatrics; child development

1. Médico Interno de Formação Específica em Pediatria Médica, Hospital Sousa Martins - ULS Guarda

2. Assistente em Pediatria Médica, Hospital Sousa Martins - ULS Guarda

3. Assistente Graduado em Pediatria Médica, Hospital Sousa Martins - ULS Guarda

4. Diretor do Serviço de Pediatria, Hospital Sousa Martins - ULS Guarda

INTRODUÇÃO

O sono é uma função biológica fundamental na consolidação da memória, na visão binocular, na termorregulação, na conservação e restauração da energia e na restauração do metabolismo energético cerebral.¹

O ritmo circadiano (equivalente a vinte e quatro horas) só é devidamente estabelecido após o período neonatal e, ao longo da vida de um indivíduo, os ciclos sono-vigília vão sofrendo várias alterações. Ao nascimento, o recém-nascido apresenta períodos de três a quatro horas de sono contínuo, intercalados por cerca de uma hora de despertar, de forma contínua durante o dia e a noite. Entre os nove e os doze meses ocorre a consolidação do sono noturno, com permanência de uma a duas sextas diurnas que, em geral, não ultrapassam um total de duas a três horas, e que terminam por volta dos cinco anos. Entre os cinco e os dez anos de idade, ocorre diminuição gradativa do tempo total de sono, aproximando-se ao padrão do adulto (sensivelmente oito horas diárias). Na adolescência, tende a ocorrer uma redução do sono noturno (em média sete horas), havendo diferença nos dias com atividade escolar e fins-de-semana; o aumento do tempo total de sono nos fins-de-semana reflete uma recuperação da privação de sono ocorrida nos dias letivos.²

A existência de problemas de sono em crianças e adolescentes, ainda que muitas vezes subvalorizada por cuidadores e profissionais de saúde, é muito frequente (20-30%).³ A patologia do sono, por assim dizer, ocorre com maior prevalência em crianças e adolescentes com problemas psiquiátricos e neuro-comportamentais tais como a perturbação do espectro do autismo, epilepsia, tiques e outras condições síndromicas.⁴ Devido às importantes funções que o sono desempenha, estas perturbações podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, académico, neuro-cognitivo, emocional e comportamental, bem como produzir um impacto negativo no funcionamento e bem-estar familiar.

Os hábitos do sono das crianças são influenciados por vários fatores de ordem constitucional, ambiental e cultural que podem justificar as diferenças observadas entre populações e entre os indivíduos da mesma população.

De acordo com um estudo nacional publicado em 2013, os problemas comportamentais do sono e a privação do sono são prevalentes no nosso país e têm como principal consequência um aumento da sonolência diurna, com potencial repercussão na regulação emocional, no comportamento e na aprendizagem, o que reforça a importância do rastreio destas condições, uma vez que são amplamente negligenciadas pelos cuidadores.⁵

Com o presente trabalho, os autores propõem-se a caracterizar uma amostra populacional, entre os dois e os dez anos de idade, pertencente ao distrito da Guarda, acompanhada em consultas de Pediatria Geral e de Desenvolvimento, no que diz respeito aos hábitos do sono das crianças.

É ainda objetivo adicional a comparação entre os dois subgrupos (crianças seguidas em consulta de Pediatria Geral e crianças seguidas em consulta de Desenvolvimento), no que diz respeito à prevalência de problemas do sono na perspetiva dos pais.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal a uma amostra de crianças, seguidas em consultas de Pediatria Geral e de Desenvolvimento, com uma idade compreendida entre os dois e dez anos. Este estudo realizou-se entre os meses de setembro e dezembro de 2017 num hospital de nível II. Os critérios de inclusão foram a idade elegível da criança e a vontade dos pais em participar. Como critérios de exclusão determinou-se o incorreto ou incompleto preenchimento do questionário e ausência de consentimento informado assinado pelos pais.

Foram distribuídos um total de 90 questionários (divididos equitativamente pelos dois subgrupos de consulta) no período já referido anteriormente.

Os hábitos e problemas do sono das crianças foram avaliados através da versão padronizada para a população portuguesa do *Children's Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ-PT). Este questionário é composto por 33 questões, cujas respostas possíveis são: “acontece habitualmente - cinco a sete vezes por semana” (3 pontos), “acontece às vezes - duas a quatro vezes por semana” (2 pontos) ou “acontece raramente - uma vez por semana ou nunca” (1 ponto).

O CSHQ-PT permite avaliar as horas de deitar e de acordar (nos dias de semana e no fim-de-semana), a duração habitual do sono e a frequência de diversos comportamentos relacionados com o mesmo. Alguns comportamentos-problema, que correspondem ao mesmo tipo de distúrbio do sono, foram agrupados em subescalas (Quadro I).

Após o preenchimento do questionário, é calculada a pontuação total obtida no mesmo e em cada subescala, sendo assim determinado o índice de perturbação do sono. Quanto mais alta for a pontuação obtida, mais significativa é a perturbação encontrada.

O tratamento estatístico foi realizado com o programa *SPSS for Windows*® versão 22.0. Nas análises inferenciais, considerou-se significativo $p < 0,05$. A comparação de valores médios obtidos nas diferentes subescalas foi avaliada através do teste *t-Student*.

Quadro I. Subescalas da versão padronizada para a população portuguesa do questionário *Children's Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ-PT).

Subescala 1. Resistência em ir para a cama
Item 1 - Deita-se sempre à mesma hora Item 3 - Adormece sozinho na sua própria cama Item 4 - Adormece na cama dos pais ou dos irmãos Item 5 - Precisa dos pais no quarto para adormecer Item 6 - "Luta" na hora de deitar Item 8 - Tem medo de dormir sozinho
Subescala 2. Início do sono
Item 2 - Demora até 20 minutos a adormecer
Subescala 3. Duração do sono
Item 9 - Dorme pouco Item 10 - Dorme o que é necessário Item 11 - Dorme o mesmo número de horas todos os dias
Subescala 4. Ansiedade associada ao sono
Item 5 - Precisa dos pais no quarto para adormecer Item 7 - Tem medo de dormir no escuro Item 8 - Tem medo de dormir sozinho Item 21 - Tem dificuldade em dormir fora de casa
Subescala 5. Despertares noturnos
Item 16 - Vai para a cama dos pais, irmãos Item 24 - Acorda uma vez durante noite Item 25 - Acorda mais de uma vez durante a noite
Subescala 6. Parassónia
Item 12 - Molha a cama à noite Item 13 - Fala a dormir Item 14 - Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir Item 15 - Anda a dormir, à noite (sonambulismo) Item 17 - Range os dentes durante o sono Item 22 - Acorda a gritar, a suar, inconsolável Item 23 - Acorda assustado com pesadelos
Subescala 7. Perturbação respiratória do sono
Item 18 - Ressoa alto Item 19 - Parece parar de respirar durante o sono Item 20 - Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono
Subescala 8. Sonolência diurna
Item 26 - De manhã, acorda por si próprio Item 27 - Acorda mal-humorado Item 28 - É acordado pelos pais ou irmãos Item 29 - Tem dificuldade em sair da cama de manhã Item 30 - Demora a ficar bem acordado Item 31 - Parece cansado Item 32 - Sonolento/adormece a ver televisão Item 33 - Sonolento/adormece a andar de carro

RESULTADOS

No período considerado, obtiveram-se um total de 90 questionários, dos quais dez foram excluídos por erros de preenchimento ou preenchimento incompleto. Considerou-se, assim, uma amostra final de 80 questionários, divididos equitativamente: 40 questionários realizados a crianças da consulta de Pediatria Geral e 40 questionários respeitantes a crianças seguidas em consulta de Desenvolvimento.

Do total de questionários preenchidos, cerca de 67% correspondiam a crianças do sexo masculino. A média de idades foi de 6,4 anos com um desvio-padrão (σ) de 3,5 anos.

A resposta à pergunta "Acha que o seu filho/filha tem algum problema com o sono ou com o adormecer?" foi afirmativa em 10 casos (12%).

Verificamos que, a duração média de sono diário foi de dez horas e quinze minutos. No que diz respeito às horas de deitar e de acordar, apuramos que ao fim de semana as crianças se deitavam mais tarde, mas também acordavam mais tarde, não havendo, assim, variação significativa no tempo total de sono diário (Quadro II).

Quadro II. Padrão temporal do sono.

	Média (\pm desvio padrão)	Máximo	Mínimo
Hora de deitar durante a semana	20 h 30 min (\pm 70 min)	02 h 30 min	20 h 00 min
Hora de deitar ao fim de semana	21 h 40 min (\pm 47 min)	02 h 30 min	20 h 30 min
Hora de acordar durante a semana	07 h 20 min (\pm 28 min)	09 h 30 min	06 h 30 min
Hora de acordar ao fim de semana	08 h 40 min (\pm 37 min)	10 h 00 min	07 h 00 min
Tempo total de sono diário		10 h 15 min (\pm 55 min)	

Legenda: h - horas; min - minutos.

Em relação às cotações obtidas no questionário e respetivas subescalas, verificamos que na amostra de crianças analisada, se obteve um índice de perturbação do sono com valores intermédios (média = 48,51; cotação [33-74]). Nas diferentes subescalas, a pontuação relativa mais elevada foi obtida para a escala denominada "resistência em ir para a cama" com uma média de 11,21 pontos (cotação [6-18]) e para a escala "sonolência diurna" com uma média de pontuação de 19,67 (cotação [8-22]). No entanto, não são desprezíveis os valores obtidos relativamente à escala "parassónias" (média = 9,18; cotação [7-19]) e "início do sono" (média = 1,6; cotação [1-3]). Pontuações inferiores foram obtidas, relativamente à subescala "perturbação respiratória do sono", com uma média de 3,58 (cotação [3-9]) (Quadro III). Comparando as crianças seguidas na consulta de Pediatria Geral com as que eram seguidas em consulta de Desenvolvimento verificou-se que estas últimas apresentavam cotações superiores, com uma diferença estatisticamente

significativa no que toca à pontuação total obtida no questionário ($p = 0,02$) e nas seguintes subescalas: “início do sono” ($p = 0,04$), “duração do sono” ($p = 0,006$), “despertares noturnos” ($p = 0,01$), “parassónias” ($p = 0,01$) e “sonolência diurna” ($p = 0,001$) (Quadro III).

Do grupo de crianças seguidas em consulta de desenvolvimento, foram analisados os diagnósticos presentes, sendo que em alguns casos foi considerado mais do que um diagnóstico (Figura 1). Quando comparados os resultados obtidos entre diferentes diagnósticos, verificamos que existe uma associação entre a síndrome de *Down* e a perturbação

respiratória do sono, apresentando as crianças com esta síndrome uma cotação mais elevada nesta subescala. Além desta associação, verificamos também que as crianças com atraso global do desenvolvimento psicomotor (ADPMG) e/ou défice cognitivo apresentaram maior cotação nas subescalas “parassónias” e “sonolência diurna”. Também as crianças com perturbação do espectro do autismo (PEA) obtiveram cotações mais elevadas nas subescalas “despertares noturnos” e “parassónias”. De destacar que as 5 crianças com PEA incluídas no estudo foram as que apresentaram menor duração do tempo diário de sono.

Quadro III. Cotação dos questionários no total e nas diferentes subescalas.

Escala/Subescala	Cotação (média ± DP)	Consulta Pediatria Geral (média)	Consulta Desenvolvimento (média)	($p < 0,05$)
Total: índice de perturbação do sono (33-74)	48,51 ± 6,80	46,10	49,18	0,02
Subescala 1: resistência em ir para cama (6-18)	11,21 ± 2,74	10,10	12,43	0,76
Subescala 2: início do sono (1-3)	1,67 ± 0,86	1,73	2,13	0,04
Subescala 3: duração do sono (3-9)	5,08 ± 1,17	5,70	7,15	0,006
Subescala 4: ansiedade associada ao sono (4-12)	6,03 ± 1,95	5,68	6,93	0,58
Subescala 5: despertares noturnos (3-9)	4,20 ± 1,21	3,90	4,75	0,01
Subescala 6: parassónias (7-19)	9,18 ± 1,84	8,25	10,55	0,01
Subescala 7: perturbação respiratória do sono (3-9)	3,58 ± 1,07	3,02	4,13	0,06
Subescala 8: sonolência diurna (8-22)	19,67 ± 3,04	19,77	23,40	0,001

Legenda: DP - desvio padrão.

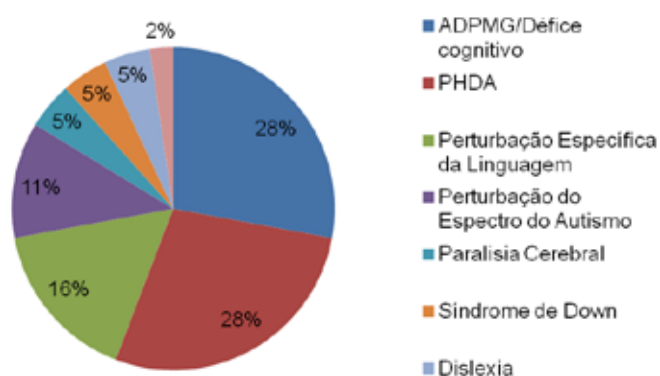


Figura 1. Principais diagnósticos da amostra de crianças seguidas em Consulta de Desenvolvimento.

Legenda: ADPMG - atraso global do desenvolvimento psicomotor; PHDA - perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

DISCUSSÃO

Da análise dos resultados apresentados salienta-se, a subvalorização dos problemas de sono por parte dos pais e cuidadores, se tivermos em linha de conta a cotação obtida no questionário e o facto de apenas 12% dos pais admitirem a presença de uma perturbação do sono nos seus filhos; estes achados vão de encontro ao globalmente encontrado na literatura nacional e internacional,⁴⁻⁶ sendo também muitas vezes referido que os problemas do sono são frequentemente desvalorizados ou erroneamente diagnosticados, em parte por escassa literacia por parte dos clínicos.⁷

De acordo com a 5ª edição revista da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de 2013 (DSM V), classificação diagnóstica da Associação Americana de Psiquiatria, as perturbações do sono

foram reagrupadas de acordo com critérios epidemiológicos, fisiopatológicos e até etiológicos.

No que diz respeito, às dificuldades para adormecer e despertares noturnos, que podem ser enquadrados nas perturbações do ciclo sono-vigília do ritmo circadiano (DSM V), são queixas comuns dos pais de bebés e crianças mais novas,³ situação bem relatada pela análise dos dados obtidos no nosso estudo, em que as pontuações mais elevadas foram obtidas nas subescalas “resistência em ir para a cama”, “sonolência diurna” e, também, “início do sono”.

O facto de, a par com a pontuação elevada na subescala “sonolência diurna” se obter também uma pontuação elevada na subescala “perturbação respiratória do sono”, aponta para a relação causa efeito existente entre ambas. Esta última subescala prende-se sobretudo com o diagnóstico de caracterização da apneia do sono, relativa ao perturbação do ciclo sono-vigília relacionadas com a respiração (DSM V), condição patológica na qual a obstrução parcial ou completa das vias aéreas conduz a uma redução de níveis de oxigénio e/ou aumento dos níveis de dióxido de carbono, conduzindo a uma alteração na fisiologia do sono e a despertares intermitentes.⁸ A sonolência diurna resultante poderá ter impacto no desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança. Assim, perante queixas de hipersonolência diurna, esta patologia deverá ser sempre rastreada e, se houver suspeita da mesma, deverá ser feita referência a consulta da Otorrinolaringologia.

Para além das alterações qualitativas do sono como as já descritas, a causa mais comum de sonolência diurna é o sono insuficiente, incluindo alterações no padrão sono-vigília, ou simplesmente ausência de higiene de sono, com horários tardios de deitar e despertares cedo.

A sonolência diurna em idade escolar é muitas vezes interpretada como desinteresse, desmotivação ou desatenção. Neste contexto, na abordagem das dificuldades de aprendizagem na consulta de Desenvolvimento deve ser feita uma correta avaliação da presença de perturbações do sono e serem questionados aos pais os hábitos de sono da criança. Só assim será possível fazer um correto diagnóstico diferencial com patologias como a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA). No entanto, é de considerar que os psicoestimulantes usados na terapêutica da PHDA se associam ao aumento da latência inicial do sono e à insónia, sendo importante ter em atenção estes efeitos secundários.

Ao avaliarmos a amostra em estudo, verificamos que as perturbações do sono são muito

frequentes nas crianças seguidas em consulta de Desenvolvimento, relembrando-nos a importância de questionar sobre hábitos e problemas do sono nestas consultas.

Segundo a literatura internacional, as parassónias têm uma prevalência global descrita próxima dos 50%,⁷ sendo mais frequentes em crianças com distúrbios neuro-comportamentais ou psiquiátricos. Tal evidência, vai de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo, tendo em conta que foi encontrada uma prevalência maior e estatisticamente significativa entre as crianças seguidas em consulta de neurodesenvolvimento quando comparadas com as crianças seguidas em consulta de Pediatria.

No futuro outros estudos mais abrangentes e elaborados na comunidade, poderão fornecer informações extrapoláveis para a população portuguesa.

Como limitações ao estudo destacamos o facto da amostra ser limitada e ter o viés de serem crianças seguidas em consulta.

CONCLUSÃO

O sono é um fenómeno fisiológico importante a nível biológico, neuro-comportamental e, inclusive, da qualidade de vida.

Os distúrbios do sono constituem-se como uma das perturbações do comportamento mais prevalentes em idade pediátrica e são preditivos de problemas regulatórios como diminuição do crescimento na infância, alteração do funcionamento neurocomportamental na primeira infância e baixo rendimento escolar na adolescência.

Numa porção significativa, as perturbações do sono encontram-se subdiagnosticadas e não são valorizadas pelos cuidadores e profissionais de saúde.

Assim, o padrão de sono na criança deve ser ativamente questionado em todas as consultas, começando com uma história clínica detalhada, perfil de desenvolvimento, comportamento e exame físico. Os profissionais de saúde envolvidos nestas consultas devem procurar ativamente formação nesta área, de forma a poder identificar e orientar problemas subvalorizados.

A escala usada na realização deste trabalho mostrou ser uma ferramenta útil e de fácil aplicação no rastreio dos hábitos de sono da população pediátrica nas consultas de Pediatria e Saúde Infantil.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud Psicol.* 2007;24(4):519-28.
- 2- Nunes ML. Distúrbios do sono. *J Pediatr (Rio J) [Internet]*. 2002;78:S63-72.

- 3- Salavessa M, Vilarica P. Problemas de sono em idade pediátrica. *Rev Port Clínica Geral*. 2009;25(5):584-91.
- 4- Wang B, Isensee C, Becker A, Wong J, Eastwood PR, Huang RC, et al. Developmental trajectories of sleep problems from childhood to adolescence both predict and are predicted by emotional and behavioral problems. *Front Psychol*. 2016;7(DEC):1-13.
- 5- Silva FG, Silva CR, Braga LB, Neto AS. Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Port [Internet]*. 2014;44(5):196-202.
- 6- Hannan K, Hiscock H. Sleep problems in children. *Aust Fam Physician*. 2015;44(12):880-3.
- 7- Esbensen AJ, Schwichtenberg AJ. Sleep in Neurodevelopmental Disorders. *In Rev Res Dev Disabil*. 2016;51:153-91.
- 8- Touchette E, Petit D, Tremblay RE, Montplaisir JY. Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives. *Sleep Med Rev*. 2009;13(5):355-361.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existirem quaisquer conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

João Virtuoso
joao.virtuoso@ulsguarda.min-saude.pt

RECEBIDO: 09 de novembro de 2020 | ACEITE: 06 de abril de 2021

DIABETES: RISCO CARDIOVASCULAR E LDL ALVO EM UTENTES DE SEIS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

DIABETES: CARDIOVASCULAR RISK AND TARGET LDL IN PATIENTS OF SIX FAMILY HEALTH UNITS

Autores:

Alexandra Rafael¹, Ana Matos Santos², Carla Carneiro³, Daniela Catalão⁴, Joana Rita Mendes⁵, Luísa Camacho Fernandes⁵, Miguel Gouveia⁶, Odília Godinho³, Sara Guimarães Fernandes⁶

RESUMO

Introdução: A dislipidemia é um dos principais fatores de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares, que constituem a principal causa de morte em Portugal. A terapêutica antidislipidémica demonstrou benefícios na redução de eventos cardiovasculares e deve ser adequada ao risco cardiovascular (RCV), utilizando o colesterol de baixa densidade (c-LDL) como alvo. Com este trabalho, pretende-se avaliar e garantir a qualidade do controlo lipídico dos utentes com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2).

Material e métodos: Estudo de melhoria da qualidade com amostra obtida da população de utentes inscritos nas unidades de saúde familiar (USF) incluídas, diagnosticados com DM2. A primeira avaliação decorreu de 01/05/2018 a 30/04/2019 e a segunda, após implementação de medidas de correção, de 01/05/2019 a 31/12/2019. Foi avaliado o controlo lipídico, através do valor de c-LDL, categorizado em “bom” ou “mau”. Foi considerado bom controlo quando c-LDL inferior a 100 mg/dL se RCV alto e inferior a 70 mg/dL se RCV muito alto.

Resultados: A amostra foi de 1344 utentes. Na primeira avaliação 403 utentes (30,0%) apresentaram bom controlo lipídico, e na segunda 420 (32,1%) ($p = 0,039$). Houve uma alteração positiva do padrão de qualidade em quatro USF. Nos utentes com mau controlo, houve alteração da terapêutica em 13,4% na primeira avaliação e 18,5% na segunda.

Discussão/Conclusão: Considera-se que a intervenção obteve um impacto positivo na melhoria da prescrição da terapêutica antidislipidémica e, conseqüentemente, no controlo lipídico. Contudo, esta melhoria não atingiu o valor esperado inicialmente. Seria útil prolongar o período de intervenção com novos momentos de avaliação, mantendo o incentivo à formação contínua dos profissionais de saúde, com redução da inércia terapêutica, codificação correta dos problemas de saúde e promoção do trabalho em equipa.

Palavras-chave: colesterol, LDL; diabetes *mellitus*, tipo 2; tratamento farmacológico; dislipidemia; fatores de risco; doença cardiovascular

ABSTRACT

Introduction: Dyslipidemia is one of the main risk factors for cardiovascular diseases, which are the main cause of death in Portugal. Antidyslipidemic therapy has shown benefits in reducing cardiovascular events and should be appropriate to cardiovascular risk (CVR), using low-density cholesterol (c-LDL) as a target. This work aims to evaluate and guarantee the quality of lipid control in patients with type 2 diabetes mellitus (DM2).

Material and methods: Study on quality improvement. A sample of DM2 patients from the included family health units (FHU) was obtained. The first assessment took place from 01/05/2018 to 30/04/2019 and the second, after implementing corrective measures, from 01/05/2019 to 31/12/2019. Lipid control was assessed using the c-LDL value, categorized as "good" or "bad". Good control was considered when c-LDL was less than 100 mg/dL if high CVR and less than 70 mg/dL if very high CVR.

Results: The sample included 1344 patients. In the first assessment 403 patients (30.0%) presented good lipid control, and in the second 420 (32.1%) ($p = 0.039$). There was a positive change in quality standard in four FHUs. In patients with bad control, there was a change in therapy in 13.4% in the first evaluation and 18.5% in the second.

Discussion/Conclusion: The intervention is considered to have had a positive impact on lipid control and improving the prescription of antidyslipidemic therapy. However, this improvement did not reach the value initially expected. It would be useful to extend the intervention period with new moments of evaluation and to maintain the incentive for the continuous training of health professionals, reduction of therapeutic inertia, correct codification of health problems and promotion of team work.

Keywords: cholesterol, LDL; diabetes mellitus, type 2; drug therapy; dyslipidemia; risk factors; cardiovascular disease

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Arco Do Prado, ACeS Grande Porto VII – Gaia
2. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF St. André De Canidelo, ACeS Grande Porto VII – Gaia
3. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Anta, ACeS Grande Porto VIII – Espinho/Gaia
4. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Canelas, ACeS Grande Porto VIII – Espinho/Gaia
5. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Sete Caminhos, ACeS Grande Porto II – Gondomar
6. Médico(a) Interno(a) de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Nova Via, ACeS Grande Porto VIII – Espinho/Gaia

INTRODUÇÃO

As doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV) constituem um problema endémico, sendo atualmente a principal causa de morte em Portugal e uma das principais causas de morte e doença no mundo.^{1,2} Estas doenças têm um importante impacto económico, dada a incapacidade provocada e os custos relacionados com o tratamento.³

Uma das metas do Plano Nacional de Saúde português é a redução da mortalidade prematura, tendo em conta doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares (CV) e diabetes *mellitus* (DM).⁴ Existem ainda estratégias para a prevenção e gestão destas doenças crónicas, nomeadamente o Programa de Saúde Prioritário na área das DCCV, que visa reduzir o risco cardiovascular (RCV) através do controlo dos fatores de risco (FR) modificáveis, como a dislipidemia.³ De acordo com as normas em vigor, a avaliação do RCV deve ser realizada utilizando uma estimativa de risco absoluto fatal a 10 anos: o *Systematic Coronary Risk Evaluation* (SCORE). Um SCORE \geq 5% refere-se a uma pessoa com alto ou muito alto RCV, ou seja, em maior risco de um evento fatal a 10 anos. Contudo, existem condições que justificam a classificação do utente como sendo de alto ou muito alto RCV sem haver necessidade de o calcular através do SCORE como por exemplo, doença CV aterosclerótica documentada, DM tipo 1 ou tipo 2 ou doença renal crónica com taxa de filtração glomerular inferior a 60 mL/min/1,73m². Pelo maior RCV associado, devem ser tomadas medidas mais incisivas, nomeadamente em relação ao grau de controlo da dislipidemia.^{1,5} Relativamente ao RCV do utente com DM, este pode ser alto ou muito alto conforme as comorbilidades. Se existir lesão de órgão alvo ou outro FR CV *major*, o utente diabético é classificado com RCV

muito alto. Caso contrário, é classificado com RCV alto.⁶ Sendo a dislipidemia um dos FR mais importantes para as DCCV o seu diagnóstico e tratamento são essenciais. O colesterol de baixa densidade (c-LDL) é o principal alvo terapêutico e o uso da terapêutica antidislipidémica demonstrou benefícios na redução de eventos CV, sendo os objetivos terapêuticos definidos segundo o RCV.^{1,3}

Um estudo desenvolvido pela Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, que teve por objetivo caracterizar os padrões terapêuticos habituais nos utentes com DM, demonstrou que a dislipidemia estava presente em 84% dos utentes e, destes, apenas 37% estavam a fazer medicação.⁷ Os autores concluíram que seria urgente encontrar formas de melhorar o controlo dos FR CV na população portuguesa com DM tipo 2 (DM2).⁷ Um outro estudo de 2015, baseado na norma 019/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS), avaliou o perfil lipídico dos utentes com DM de duas unidades de saúde do distrito do Porto. Concluiu-se que mais de 80% não apresentava o valor de c-LDL no alvo.⁸ Mais recentemente, uma investigação realizada numa unidade de saúde familiar (USF) da região Norte, com o objetivo de avaliar a adequação da terapêutica antidislipidémica, demonstrou que 68,5% dos utentes apresentavam valores de c-LDL fora do alvo, de acordo com a norma 019/2011. Foi demonstrada uma associação significativa ($p < 0,001$) entre a prescrição de terapêutica antidislipidémica e o controlo lipídico.⁹

A DM apresenta uma prevalência de 12,4% na população portuguesa e é responsável por cerca de 30% e 27% dos internamentos por enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, respetivamente.¹⁰ A nível local, no agrupamento de centros de saúde (ACeS) onde foi realizado o estudo, duas das doenças às quais é atribuída maior morbidade são a dislipidemia e a DM, com valores superiores aos da região Norte.¹¹ A taxa de mortalidade atribuída à DM é maior em dois dos ACeS incluídos do que na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte.¹² Além disso, a DM constitui uma necessidade de saúde identificada como prioritária nos Planos Locais de Saúde dos ACeS das USF estudadas.¹³⁻¹⁵

A pertinência deste projeto prende-se com a importância da prescrição de terapêutica antidislipidémica adequada, para um melhor controlo dos FR CV e, conseqüentemente, diminuição dos eventos CV, em utentes de alto ou muito alto RCV, particularmente com DM2.

Com este trabalho, pretende-se avaliar e garantir a qualidade do controlo lipídico em utentes com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). Foi definido como objetivo específico aumentar, em pelo menos 20%, o número

de utentes com DM2 com alvo terapêutico c-LDL atingido, em relação ao ano de 2019.

MATERIAL E MÉTODOS

Diagnóstico de situação: A prática clínica dos autores, aliada às conclusões de um estudo recente realizado numa das USF incluídas no presente trabalho, constataram uma elevada percentagem de utentes sem c-LDL no alvo, para o respetivo RCV. Surgiu assim a ideia de implementação de um projeto de melhoria da qualidade sobre esta temática nas USF dos autores.

Tipo de estudo: Estudo de melhoria da qualidade.

Avaliação temporal: Primeiro período de avaliação de 1 de maio de 2018 a 30 de abril de 2019; segundo período de avaliação de 1 de maio a 31 de dezembro de 2019.

Colheita de dados: Executada pelos autores em dois períodos - maio de 2019 e janeiro de 2020.

População: Utesntes das USF dos autores, com idade igual ou superior a 40 anos, diagnosticados com DM2 - “Diabetes não insulino-dependente” [código T90 na Classificação Internacional de Cuidados Primários, 2ª edição (ICPC-2)].¹⁶

Amostra: Dimensão da amostra obtida através da aplicação informática *Raosoft*[®], para um erro padrão de 5%, nível de confiança de 95%, e para uma prevalência de utentes com DM2 com controlo lipídico desconhecida (50%). Este processo foi realizado individualmente para cada USF. A amostra foi obtida, de forma aleatória, a partir da base de dados inicial utilizando o *Random.org*[®]. A segunda avaliação foi baseada na mesma amostra.

Fonte de dados: Registos clínicos no *SCLínico*[®] e problemas ativos no Sistema de Monitorização das Unidades Funcionais (*MIM@UF*[®]). Estes dados foram anonimizados, em base de dados do *Microsoft Office Excel 2016*[®], elaborada pelos autores e protegida com palavra-passe, de forma a ser apenas acessível a estes e a garantir a confidencialidade dos dados.

Análise estatística: Foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*[®] versão 26. Inicialmente foi realizado o teste à normal distribuição da amostra relativamente às variáveis contínuas em estudo, com recurso aos testes *Shapiro-Wilk* ou de assimetria e achatamento. Posteriormente foi calculada média e desvio-padrão em distribuição normal, mediana e amplitude interquartil (AIQ) em distribuição não normal, no caso das variáveis contínuas. Foi utilizado o teste *The Wilcoxon Signed Rank Test* para comparação de variáveis contínuas com distribuição não normal. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas. A variável principal em estudo

(valor-alvo de c-LDL de acordo com RCV) foi categorizada em variável dicotómica de “bom” e “mau” controlo lipídico. Foi comparada com recurso ao teste de *McNemar* para variáveis categóricas e emparelhadas. O nível de significância estatística (valor de p) considerado foi de 0,05.

Variáveis em estudo: Descritas no Quadro I.

Crítérios de qualidade avaliados: Controlo lipídico definido pelo valor absoluto de c-LDL: bom ou mau controlo.

Para a classificação do RCV individual foi utilizada a definição da DGS,² em que os utentes com DM2 podem ser de alto ou muito alto risco. Assim, foi considerado bom controlo:

- c-LDL < 70 mg/dL nos utentes com RCV muito alto;
- c-LDL < 100 mg/dL nos utentes com RCV alto.

Crítérios de inclusão: Utesntes com idade igual ou superior a 40 anos e com o código T90 - “Diabetes não insulino-dependente” da ICPC-2 na lista de problemas ativos,¹⁶ inscritos nas USF incluídas no estudo, no mês anterior à colheita dos dados para as avaliações.

Crítérios de exclusão: Utesntes sem registo de c-LDL no último ano; valor de triglicérideos superior a 400 mg/dL; dislipidemia familiar; início de terapêutica antidislipidémica nos três meses prévios a cada avaliação; ausência de consulta médica presencial nos últimos 12 meses na sua USF; grávidas ou mulheres a amamentar; registo no processo clínico de recusa, alergia ou intolerância a todas as classes de antidislipidémicos; desprescrição; utentes esporádicos, falecidos ou transferidos para outra unidade de saúde no decorrer do estudo.

Indicadores de qualidade: Percentagem de utentes com o diagnóstico de DM2 com alvo c-LDL atingido, de acordo com o seu RCV (indicador principal).

Percentagem de utentes com o diagnóstico de DM2 com terapêutica antidislipidémica adequada (indicador secundário). Foi considerada adequada quando houve manutenção da terapêutica no caso de bom controlo ou aumento da intensidade do tratamento antidislipidémico no caso de mau controlo lipídico.

Padrão de qualidade: Definiram-se quatro níveis - insuficiente (< 25%), suficiente (25 a 29,9%); bom (30 a 34,9%); muito bom (\geq 35%).

Considerações éticas: Aprovado pelo Conselho Técnico e Coordenação de cada USF, respetivos ACeS e pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Intervenção: Durante o mês de abril de 2019 foi realizada a apresentação do protocolo do trabalho nas reuniões de serviço das respetivas USF. No mês de julho foram apresentados os resultados da

primeira avaliação e propostas as seguintes medidas de melhoria:

- Codificação ativa das lesões de órgão alvo/FR CV;
- Atribuição correta do RCV;
- Redução da inércia na terapêutica - sensibilização dos profissionais de saúde para a introdução e ajuste de terapêutica antilipídica e adequação da mesma conforme o RCV e c-LDL alvo.
- Pedido de perfil lipídico trimestral se mau controlo ou anual se bom controlo;
- Reforço das medidas não farmacológicas com entrega de folheto de educação para a saúde sobre a temática, pela equipa de enfermagem/médica;¹⁷
- Elaboração de:

- Lembretes para computadores dos médicos sobre classificação do RCV e respetivos alvos terapêuticos;

- Cartões de bolso de consulta rápida sobre a intensidade de cada estatina e alvos terapêuticos, de acordo com o RCV;

• Envio de e-mails recordatórios e de resumo das sessões, às equipas de saúde, bimestralmente;

• Sessão de acompanhamento em setembro de 2019 para esclarecimento de dúvidas, reforço das medidas de melhoria e sessão informativa sobre terapêutica antilipídica “Mitos e Verdades da Terapêutica Antilipídica”.¹⁹

No mês de fevereiro de 2020 foram apresentados os resultados da segunda avaliação.

Quadro I. Descrição das variáveis em estudo.

Variável	Tipo	Operacionalização	Descrição (e códigos ICPC-2)
Género	dicotómica	feminino/masculino	-
Idade	contínua	anos	-
c-LDL	contínua	mg/dL	c-LDL mais recente registado
HbA1c	contínua	%	-
HTA	dicotómica	sim/não	lista de problemas (K86, K87) ou programa de diabetes
Tabagismo	dicotómica	sim/não	lista de problemas (P17) ou programa de diabetes
Obesidade	dicotómica	sim/não	IMC \geq 30 kg/m ² (T82) ou no programa de diabetes
Doença cardiovascular estabelecida	dicotómica	sim/não	DCI (K74;K76), AVC (K91;K90), AIT (K89) ou DAP (K92) na lista de problemas ou no programa de diabetes
Doença renal crónica (estadio 4 e 5)	dicotómica	sim/não	TFG < 30 mL/min/1,73m ² registada no programa de diabetes
Neuropatia diabética	dicotómica	sim/não	lista de problemas (N94) ou programa de diabetes
Nefropatia diabética	dicotómica	sim/não	lista de problemas (U88) ou programa de diabetes
Retinopatia diabética	dicotómica	sim/não	lista de problemas (F83) ou programa de diabetes
Risco cardiovascular	dicotómica	alto/muito alto	Alto: sem outro FR ou LOA; Muito alto: com outro FR ou LOA
Controlo lipídico	dicotómica	bom/mau	Bom: c-LDL < 100 mg/dL se RCV alto ou c-LDL < 70 mg/dL se RCV muito alto
Alteração do tratamento antilipídico	dicotómica	sim/não	Registo de alteração terapêutica no SOAP
Aumento da intensidade do tratamento antilipídico	dicotómica	sim/não	Registo de alteração no SOAP para terapêutica de maior intensidade ¹⁸
Terapêutica antilipídica adequada	dicotómica	sim/não	Registo no SOAP de manutenção da terapêutica no caso de bom controlo ou aumento da intensidade do tratamento antilipídico no caso de mau controlo lipídico

Legenda: AIT - acidente isquémico transitório; AVC - acidente vascular cerebral; c-LDL - colesterol de baixa densidade; DAP - doença arterial periférica; DCI - doença cardíaca isquémica; DM - diabetes *mellitus*; IMC - índice de massa corporal; FR - fator de risco; HbA1c - hemoglobina glicada; HTA - hipertensão arterial; ICPC-2 - Classificação Internacional de Cuidados Primários - 2ª edição; LOA - lesão de órgão alvo; RCV - risco cardiovascular; TFG - taxa de filtração glomerular.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Após o cálculo da amostra representativa de cada uma das seis USF obteve-se um total de 1715 utentes. Destes, 371 foram excluídos, sendo os principais critérios de exclusão a ausência de c-LDL no último ano e valor de triglicérideos superior a 400 mg/dL.

Obteve-se uma amostra final de 1344 utentes (Quadro II). Na segunda avaliação foram excluídos 36 utentes, sendo a desprescrição um dos principais motivos, tendo-se obtido um número final de 1308 utentes. Na Figura 1, é apresentado o fluxograma de seleção dos participantes, bem como os motivos de exclusão, em ambas as avaliações.

Quadro II. Caracterização da amostra nas diferentes unidades de saúde familiar.

	USF A	USF B	USF C	USF D	USF E	USF F	Total
<i>n</i>	209	216	210	210	273	226	1344
Idade (média; DP)	68,5 (+10,5)	68,0 (+10,5)	69,7 (+10,3)	67,3 (+9,7)	69,0 (+10,2)	69,6 (+9,8)	68,7 (+10,15)
Sexo masculino (<i>n</i> ; %)	112 (53,6)	116 (53,7)	107 (51,0)	114 (54,3)	131 (48)	121 (53,5)	686 (51,0)
HbA1c (mediana; AIQ)	6,8 (6,3-7,5)	6,7 (6,2-7,3)	6,5 (6,6-7,1)	6,8 (6,3-7,2)	6,6 (6,2-7,3)	6,7 (6,1-7,5)	6,7 (6,2-7,3)
Tabagismo ativo (<i>n</i> , %)	36 (17,2)	14 (6,5)	13 (6,2)	24 (11,4)	26 (9,5)	20 (8,8)	133 (9,9)
Obesidade (<i>n</i> , %)	74 (36,1)	80 (37,0)	70 (33,3)	64 (30,5)	85 (31,1)	73 (32,3)	446 (33,4)
HTA (<i>n</i> , %)	133 (63,6)	152 (70,4)	172 (81,9)	156 (74,3)	212 (77,7)	182 (80,5)	1007 (74,9)
Neuropatia diabética (<i>n</i> , %)	4 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	9 (4)	14 (1,0)
Nefropatia diabética (<i>n</i> , %)	17 (8,1)	6 (2,8)	5 (2,4)	33 (15,7)	37 (13,6)	43 (19)	141 (10,5)
Retinopatia diabética (<i>n</i> , %)	9 (4,3)	2 (0,9)	0 (0,0)	6 (2,9)	5 (1,8)	15 (6,6)	37 (2,8)
DRC (<i>n</i> , %)	2 (1,0)	2 (0,9)	0 (0,0)	5 (2,4)	6 (2,2)	5 (2,2)	20 (1,5)
DCV estabelecida (<i>n</i> , %)	35 (16,7)	45 (20,8)	33 (15,7)	27 (12,9)	39 (14,3)	63 (27,9)	242 (18,0)
RCV alto (<i>n</i> , %)	23 (11,0)	38 (17,6)	26 (12,4)	31 (14,8)	31 (11,4)	22 (9,7)	171 (12,7)
RCV muito alto (<i>n</i> , %)	186 (89,0)	178 (82,4)	184 (87,6)	179 (85,2)	242 (88,6)	204 (90,3)	1173 (87,3)

Legenda: AIQ – amplitude interquartil; DCV – doença cardiovascular; DP – desvio padrão; DRC – doença renal crónica (estadio 4 ou 5); HbA1c – hemoglobina glicada; HTA – hipertensão arterial; m – mínimo; M – máximo; *n* – número absoluto; RCV – risco cardiovascular; USF - unidade de saúde familiar.

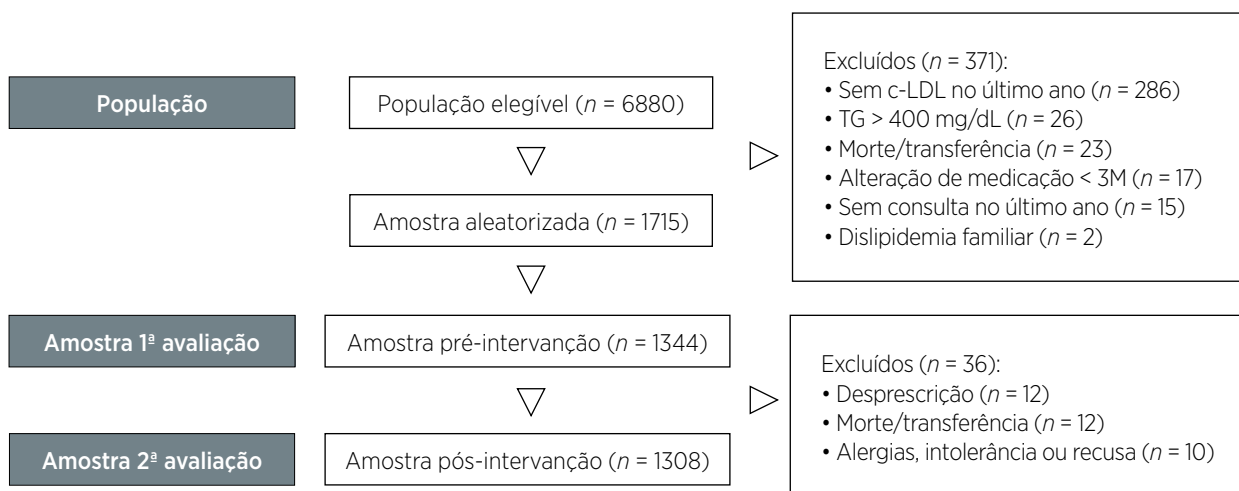


Figura 1. Fluxograma de seleção de participantes.

Legenda: c-LDL – colesterol de baixa densidade; M – meses; *n* – número; TG – triglicérideos.

Primeira avaliação

Analisando os resultados obtidos 403 utentes (30,0%) apresentaram bom controlo lipídico. Quando discriminados quanto ao RCV verificou-se que 67,3% ($n = 115$) dos utentes com RCV alto e 24,6% ($n = 288$) dos com RCV muito alto apresentavam um bom controlo lipídico. Observando individualmente cada USF quanto à proporção de utentes com bom controlo lipídico, os valores obtidos foram semelhantes, destacando-se a USF B com 37,0% ($n = 80$). Quando analisado o RCV, destaca-se a USF D com 83,9% ($n = 26$) dos utentes com RCV alto com bom controlo (Quadro III). Quanto aos utentes com RCV muito alto, as USF apresentaram valores muito semelhantes, com uma ligeira superioridade da USF B (30,9%; $n = 55$).

Segunda avaliação

Na segunda avaliação existiam 420 utentes (32,1%) com bom controlo lipídico. Entre a primeira e a segunda avaliação verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa ($p = 0,039$), sobretudo no grupo de RCV muito alto, com aumento para 26,9% ($n = 306$) na segunda avaliação ($p = 0,018$). No grupo de RCV alto não se verificou melhoria, havendo 67,1% ($n = 114$) utentes com bom controlo lipídico. Quando avaliadas individualmente, existiu uma melhoria em quatro USF (A, C, E e F), sendo estatisticamente significativa na A ($p = 0,035$) e na C ($p = 0,011$) (Quadro III).

Quadro III. “Bom” controlo lipídico, por USF, de acordo com o RCV entre avaliações.

	“Bom” controlo lipídico			
	RCV Alto		RCV Muito Alto	
	1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação
USF A [n , (%)]	15 (65,2)	16 (69,6)	36 (19,4)	45 (24,6)
USF B [n , (%)]	25 (65,8)	27 (71,7)	55 (30,9)	46 (26,3)
USF C [n , (%)]	13 (50,0)	16 (61,5)	42 (22,8)	55 (30,2)
USF D [n , (%)]	26 (83,9)	20 (64,5)	38 (21,2)	38 (21,6)
USF E [n , (%)]	22 (71,0)	20 (66,7)	68 (28,1)	71 (31,3)
USF F [n , (%)]	14 (63,6)	15 (68,2)	49 (24,0)	51 (26,2)
TOTAL [n , (%)]	115 (67,3)	114 (67,1)	288 (24,6)	306 (26,9)

Legenda: n – número absoluto; RCV – risco cardiovascular; USF – unidade de saúde familiar.

Relativamente ao padrão de qualidade entre a primeira e a segunda avaliação não existiu melhoria, tendo-se mantido o padrão “bom”. Na segunda avaliação nenhuma das USF apresentou um padrão “insuficiente” e a maioria apresentou um padrão de qualidade de “bom” ou “muito bom” (Quadro IV).

Quadro IV. Percentagem de utentes com c-LDL no alvo e respetivo padrão de qualidade, em cada avaliação

	1ª avaliação		2ª avaliação			
	c-LDL no alvo (%)	Padrão de Qualidade	c-LDL no alvo (%)	Padrão de Qualidade	Aumento (%)	Valor p
USF A	24,4	i	29,6	s	+5,2	0,035
USF B	37,0	mb	34,3	b	-2,7	0,307
USF C	26,2	s	34,1	b	+7,9	0,011
USF D	30,5	b	28,0	s	-2,5	0,442
USF E	33,0	b	35,4	mb	+2,4	0,557
USF F	27,9	s	30,4	b	+2,5	0,210
TOTAL	30,0	b	32,1	b	+2,2	0,039

Legenda: c-LDL – colesterol de baixa densidade; b – bom; i – insuficiente; mb – muito bom; s – suficiente; USF – Unidade de Saúde Familiar. Negrito: valores estatisticamente significativos.

Avaliando os utentes que não apresentavam bom controlo lipídico na primeira avaliação e tiveram um novo valor de c-LDL, 17,2% ($n = 91$) atingiram o alvo. Contudo, verificou-se que em 59,3% ($n = 313$) dos utentes existiu uma melhoria face ao c-LDL anterior. O valor de c-LDL apresentava na primeira avaliação uma mediana de 89,8 mg/dL (AIQ 72,6; 111,0) e na segunda de 87,4 mg/dL (AIQ 70,2; 108,0) ($p = 0,003$).

Terapêutica antilipídica

Na primeira avaliação, verificou-se que 50,0% ($n = 28$) dos utentes com RCV alto e 27,9% ($n = 247$) dos com RCV muito alto e que tinham mau controlo, não tinham estatina prescrita. Na segunda avaliação constatou-se que destes, 14,4% dos que apresentavam RCV alto ($n = 4$) e 17,8% ($n = 44$) dos com RCV muito alto, iniciaram estatina.

Nos utentes com mau controlo, 70% ($n = 941$) na primeira avaliação e 67,9% ($n = 888$), houve alteração da terapêutica em 13,4% ($n = 126$) na primeira avaliação e 18,5% ($n = 163$) na segunda. Essa alteração consistiu num aumento da intensidade de terapêutica em 63,5% ($n = 80$) na primeira avaliação e em 40,7% ($n = 66$) na segunda.

DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se uma melhoria global dos resultados obtidos entre a primeira e segunda avaliação. Os autores consideram que a intervenção realizada teve um impacto positivo, observando-se uma melhoria estatisticamente significativa da principal variável do estudo, “controlo lipídico”, apesar do objetivo específico não ter sido atingido (aumento de 20% no número de utentes com alvo terapêutico c-LDL atingido). Na segunda avaliação, foi mantido o padrão de qualidade global “bom” e em quatro das USF (A, C, E e F) existiu uma melhoria do padrão de qualidade individual. No final, verificou-se que nenhuma USF apresentava um padrão de qualidade “insuficiente”.

Os valores de c-LDL são influenciados por vários fatores, muitos dos quais não modificáveis pelos profissionais de saúde. Neste contexto, os autores consideraram relevante avaliar outras variáveis modificáveis, salientando-se a adequação terapêutica. Observou-se uma melhoria após intervenção, sugerida pelo aumento da proporção de utentes com mau controlo lipídico a quem foi alterada a terapêutica entre as duas avaliações, apesar de nem sempre ter havido aumento da sua intensidade. A intervenção levou ainda a melhoria no registo clínico por parte dos profissionais, traduzido pelo aumento de excluídos por “desprescrição” na segunda avaliação. Este trabalho expôs que o controlo lipídico dos utentes com RCV alto se manteve inalterado, o que denota uma possível maior inércia terapêutica neste grupo de utentes.

A proporção de utentes com bom controlo lipídico na amostra inicial do presente estudo foi superior aos valores encontrados nos estudos portugueses Santos *et al*²⁰ e Ferreira *et al*⁸, tanto nos utentes com RCV alto (67,3% vs 60,020 e 46,08) como naqueles com RCV muito alto (24,6% vs 18,2²⁰ e 15,8⁸).

No estudo português Duarte *et al*,⁷ foi avaliado o efeito da intervenção “referenciação a consulta de diabetologia”, em 380 utentes com DM2 com mais de 35 anos. Foi considerado como bom controlo lipídico um valor de c-LDL inferior a 100 mg/dL, independentemente do RCV. Comparativamente ao presente estudo e apesar dessa premissa, a proporção de utentes com bom controlo lipídico foi inferior em ambos os momentos de avaliação (30,0% vs 13,5% na primeira e 32,1% vs 25,5% na segunda).

Quanto a trabalhos internacionais realizados em utentes com DM2, seguidos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), salienta-se o ensaio clínico Peterson *et al*,²¹ com uma amostra global de 7101 utentes. Os

autores consideraram bom controlo lipídico se c-LDL inferior a 100 mg/dL, independentemente do RCV. No grupo de intervenção ($n = 3970$) foram implementadas medidas direcionadas a médicos e a utentes. Comparativamente ao presente estudo a proporção de utentes com bom controlo lipídico foi superior em ambos os momentos de avaliação (30,0% vs 38,1%²¹ na primeira e 32,1% vs 43,0%²¹ na segunda).

Os diferentes resultados entre os estudos referidos podem ser explicados pela heterogeneidade das metodologias, nomeadamente população estudada, tamanho amostral, tipo de intervenção e definição de bom controlo lipídico.

De acordo com a pesquisa realizada pelos autores, este foi o primeiro trabalho de melhoria da qualidade a abordar o controlo lipídico, em utentes diabéticos, nos CSP em Portugal.

O presente estudo, de abrangência multidisciplinar, possibilitou o envolvimento de toda a equipa médica e de enfermagem. Desta forma, foi possível atualizar conhecimentos e desenvolver e estimular a capacidade de trabalho em equipa. A sessão de acompanhamento “*Mitos e Verdades da Terapêutica Antidislipidémica*”, relativa à terapêutica farmacológica com estatinas, foi uma oportunidade formativa e de esclarecimento de dúvidas relativas a esta classe terapêutica.

Os objetivos deste estudo estimularam um olhar mais atento dos profissionais de saúde em relação à avaliação do RCV e controlo metabólico dos seus utentes diabéticos. Desta forma, os autores desafiaram os profissionais para a aquisição de um maior conhecimento sobre a sua lista de utentes, atualização da lista de problemas, revisão terapêutica periódica e gestão das respetivas comorbilidades.

Como limitação principal os autores consideraram que a percentagem de melhoria estabelecida inicialmente se revelou ambiciosa, não tendo sido possível atingir o objetivo específico proposto. No que respeita à avaliação do bom controlo lipídico, os autores optaram por não avaliar a redução igual ou superior a 50% relativamente ao valor basal, como recomendado por algumas *guidelines*.¹⁵ Esta deliberação considerou a dificuldade em obter os valores de c-LDL basais dos utentes, condicionando um tamanho amostral pequeno, caso fosse definido como critério de exclusão. Quanto à intervenção, esta centrou-se principalmente na dimensão farmacológica uma vez que é a que tem maior impacto no valor de c-LDL e cuja avaliação é mais objetiva.¹⁵ Os autores propuseram ainda a entrega de panfleto informativo de forma a promover a literacia em saúde, bem como

sensibilizar os utentes para a importância do “bom” controlo lipídico e adesão terapêutica.

A colheita de dados pelos vários autores pode ter originado variabilidade interobservador, que procurou ser minimizada pela definição de critérios rigorosos de colheita e uniformização das variáveis em análise.

Salienta-se que as *guidelines* internacionais¹ sofreram atualização no decorrer deste estudo, com definição de novos critérios de classificação de RCV e novos alvos de c-LDL.²² No entanto, optou-se por manter os critérios definidos inicialmente, considerando que a intervenção realizada permaneceu adequada de acordo com as orientações nacionais⁵ e que foi possível a sensibilização para a maior exigência das novas *guidelines* internacionais.

Os autores reforçam a pertinência da continuidade do presente estudo durante os próximos anos, à luz das *guidelines* vigentes.²² Para além disso, sugerem linhas e hipóteses de trabalho inovadoras, tais como a expansão da avaliação do bom controlo lipídico noutros grupos de utentes de alto e de muito alto RCV e a elaboração de um estudo dirigido aos médicos para explorar motivos de inércia terapêutica. Pretende-se que este estudo seja um incentivo à formação contínua dos profissionais de saúde, contribuindo para melhorar práticas e procedimentos nos CSP, nos quais se incluem o registo médico completo, a codificação correta, o trabalho em equipa, a redução da inércia terapêutica e melhoria da prescrição.

CONCLUSÃO

Os utentes diabéticos destacam-se por serem uma população de risco, na qual o médico de família tem um papel crucial na gestão da doença e otimização dos fatores de risco associados. Representando um grupo de RCV alto ou muito alto, o diagnóstico precoce e tratamento adequado da dislipidemia tem um peso importante na prevenção de complicações, como as DCCV.

O tema escolhido é pertinente, pela alta prevalência da DM2, por esta ser uma necessidade de saúde prioritária, tanto a nível nacional como local, e pela importância da prescrição de terapêutica antidislipidémica adequada na diminuição de eventos CV.

Apesar do objetivo específico definido inicialmente não ter sido atingido, a intervenção realizada poderá ter contribuído para a melhoria da proporção de utentes com bom controlo lipídico. Outros pontos positivos a destacar são o desenvolvimento do trabalho em equipa multidisciplinar, o incentivo à

melhoria dos registos clínicos realizados pelos profissionais e a diminuição da inércia terapêutica.

Para a obtenção de melhores resultados, seria útil prolongar o período de intervenção com uma terceira avaliação, dando tempo à consolidação das medidas implementadas, e visando os alvos terapêuticos propostos pelas novas orientações emitidas durante o decorrer deste estudo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Society. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2016;37:2999-3058.
- 2- Direção-Geral da Saúde. Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto. Lisboa: Ministério da Saúde, 2014. Informação nº 009/2014 de 29/12/2014.
- 3- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017.
- 4- Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015.
- 5- Direção-Geral de Saúde. Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto. Norma nº 019/2011 de 28/09/2011, atualizada a 11/05/2017.
- 6- Direção-Geral de Saúde. Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Norma nº 005/2013 de 19/03/2013, atualizada a 21/01/2015.
- 7- Duarte R, Pratas S, Gonçalves F, Valadas C, Pereira L, Fernandes C, et al. Estudo Retrospectivo dos Padrões Terapêuticos Referentes à Hiperglicemia, Hipertensão Arterial e Dislipidemia na Diabetes tipo 2 numa População Portuguesa: Estudo PATER. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2006;4:5-14.
- 8- Ferreira L, Rodrigues M. Estudo Duplo D: Diabetes e Dislipidemia. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2015;10:11-4.
- 9- Gonçalves M, Duarte A, Barbosa A, Carneiro C, Milheiro H, Breda I, et al. ATERLIP - Avaliação da adequação terapêutica anti-dislipidémica numa Unidade de Saúde Familiar. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 2019;73:16-22.
- 10- Direção-Geral de Saúde. Processo Assistencial Integrado Diabetes Mellitus tipo 2. Informação nº 001/2013 de 19/02/2013.
- 11- Administração Regional de Saúde Norte, I.P. Perfil Local de Saúde 2017 - ACeS XXXXX [consultado em janeiro de 2019] Disponível em: <http://www.arsnorte.min-saude.pt/observatorio-regional-de-saude/perfis-de-saude/>
- 12- Administração Regional de Saúde Norte, I.P. Perfil Local de Saúde 2017 - ACeS XXXXX. [consultado em janeiro de 2019] Disponível em: <https://bicsp.minsauade.pt>
- 13- Administração Regional de Saúde Norte, I.P. Plano Local de Saúde 2017, extensão a 2020 - ACeS XXXXX. [consultado em janeiro de 2019] Disponível em: <http://pns.dgs.pt>
- 14- Administração Regional de Saúde Norte, I.P. Plano Local de Saúde 2015-2020 do ACeS XXXXX. [consultado em janeiro de 2019] Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt>
- 15- Administração Regional de Saúde Norte, I.P. Plano Local de Saúde 2017-2020 do ACeS XXXXX. [consultado em janeiro de 2019] Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt>
- 16- Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários - ICPC-2, versão 2. *Oxford University Press*, 1999, revisão 2011.
- 17- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Guia Prático de Saúde - tradução e adaptação 2009. Barcelona: Semfyc ediciones;2009:112.
- 18- INFARMED. Recomendações terapêuticas de 01/04/2016. Estatinas. Lisboa: INFARMED, 2016.
- 19- Newman CB, Preiss D, Tobert JA, Jacobson TA, Page RL, Goldstein LB, et al. Statin Safety and Associated Adverse Events: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2019;39:e38-e81.
- 20- Santos MA, Assunção A, Silva T, Morais T. Diabetes e Dislipidemia: estarão os nossos doentes protegidos? - retrato dos diabéticos vigiados numa Unidade de Saúde Familiar. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2016;11(1)Suppl:66.
- 21- Peterson K, Radosevich D, O'Connor P, Nyman J, Prineas R, Smith S, et

al. Improving Diabetes Care in Practice - Findings from the TRANSLATE trial. *Diabetes Care*. 2008;31(12):2238-43.

22- Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2020;41:111-88.

AGRADECIMENTOS:

Os autores agradecem a Daniela Saraiva pela colheita de dados na sua Unidade de Saúde Familiar, durante o período de ausência programada de uma das autoras.

CONFLITOS DE INTERESSE:

A autora Joana Mendes pertence ao Conselho Científico da AIMGF *Magazine*. Sem outros conflitos de interesse a declarar.

CORRESPONDÊNCIA:

Alexandra Rafael
alexandra.rafael@arsnorte.min-saude.pt

RECEBIDO: 21 de junho de 2020 | ACEITE: 07 de janeiro de 2021



ASSOCIAÇÃO
DE INTERNOS DE
MEDICINA GERAL
E FAMILIAR

zona norte

SEDE AIMGF ZONA NORTE

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

Menos ansiedade. Mais liberdade.



Eficaz¹



Semivida Longa²



Sem efeitos Sedativos Major¹



Reduzidos efeitos no desempenho
cognitivo e psicomotor³



Bem tolerado¹



POSOLOGIA¹:

A dose de Sedoxil[®] deve ser individualizada segundo a gravidade dos sintomas e a idade do doente.

Adultos | 1-3 mg/dia, preferencialmente divididos em 3 tomas

Idoso | Máximo 1,5 mg/dia

sedoxil[®]

Menos ansiedade.
Mais liberdade.

mexazolam

Bial

SEDOXIL[®], comprimidos doseados a 1 mg de Mexazolam. **Indicações terapêuticas:** tratamento da ansiedade associada ou não a estados psiconeuróticos. **Posologia e modo de administração:** **Adultos:** em média 1 a 3 mg por dia, preferencialmente divididos em 3 tomas. **Idosos:** não ultrapassar a dose de 1,5 mg por dia. **Crianças:** SEDOXIL[®] não se destina a uso pediátrico. **Contraindicações:** Miastenia gravis, hipersensibilidade às benzodiazepinas, insuficiência respiratória grave, síndrome de apneia do sono e insuficiência hepática grave. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos indesejáveis das benzodiazepinas são, quase sempre, uma extensão das suas ações farmacológicas e incluem sonolência diurna, embotamento afetivo, redução do estado de alerta, confusão, fadiga, cefaleias, sensação de cabeça vazia, fraqueza muscular, ataxia ou diplopia. Com o mexazolam, ocorreram raramente (menos de 0,1%) alterações dos movimentos linguais, hipotensão, sensação de cabeça vazia, náuseas, vômitos, anorexia, desconforto gástrico, dor gástrica, dor abdominal, diarreia, sintomas de hipersensibilidade (por exemplo, erupções cutâneas), diminuição da libido, elevação da fosfatase alcalina, anemia e leucopenia. Infrequentemente (0,1 - 5%) ocorreram sonolência, vertigens, tonturas, cefaleias, ataxia, boca seca, fraqueza, elevação das transaminases glutamicoxalacética e glutamicopirúvica e elevação da gama-glutamyltranspeptidase. Os efeitos indesejáveis ocorrem habitualmente nos primeiros dias de tratamento e normalmente desaparecem com a continuação da terapêutica. **Data de revisão do texto:** 08/2016. **Apresentação:** cx. 60 comprimidos. **Comparticipação:** Portugal 37% (RG); 52% (RE). **Medicamento sujeito a receita médica.** Sob licença de Daiichi-Sankyo CO, Ltd. Consultar o RCM completo para informação detalhada. **Para mais informações relacionadas com o medicamento e questões médicas contactar a Secção de Assuntos Médicos de BIAL - Portela & C^ª, S.A. Tel: +351 229866100. Em caso de suspeita de um acontecimento adverso ou de outra informação de segurança, contactar o Gabinete de Farmacovigilância de BIAL - Portela & C^ª, S.A. Tel: +351 229866100, email: farmacovigilancia@bial.com. **Titular da AIM:** Medibial - Produtos Médicos e Farmacêuticos, S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional • 4745-457 S. Mamede do Coronado - Portugal • NIPC 502661046. DDVSAM191212**

1. Vieira Coelho MA & Garret J. Mexazolam in Anxiety Disorders: results of a Multicenter Trial. *Advances in Therapy* 1997; 14(3):125-133. **2.** Resumo das Características do medicamento Sedoxil[®], revisto pela última vez em agosto de 2016. **3.** Silveira P, Vaz-da-Silva M, Dolgner A & Almeida L. Psychomotor Effects of Mexazolam vs. Placebo in Healthy Volunteers. *Clin Drug Invest* 2002; 22(10): 677-684.



Mictonorm OD

30mg

Cápsulas de libertação modificada • Cloridrato de propiverina

DUPLA AÇÃO^{1,2,3}

PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA BEXIGA HIPERATIVA

MICTONORM OD 30 MG CÁPSULAS DE LIBERTAÇÃO MODIFICADA. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada cápsula contém 30 mg de cloridrato de propiverina (equivalente a 27,28 mg de propiverina). Excipiente(s) com efeito conhecido: lactose mono-hidratada (5,7 mg). **FORMA FARMACÊUTICA:** Cápsula dura de libertação modificada. Cápsulas nº3 laranja e branco contendo pellets de cor branca ou quase branca. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Tratamento sintomático da incontinência urinária e /ou do aumento da frequência e urgência urinária, que podem ocorrer em doentes com bexiga hiperactiva. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Posologia: As doses diárias recomendadas são: *Adultos:* é recomendada como dose padrão uma cápsula (= 30 mg de cloridrato de propiverina) uma vez por dia. *Idosos:* geralmente, não é necessário utilizar um regime posológico especial nos idosos. *População pediátrica:* devido à ausência de dados, este medicamento não deve ser utilizado em crianças. Devem ser tomadas precauções especiais e os médicos devem monitorizar cuidadosamente o aparecimento de efeitos secundários nas seguintes situações: *Uso em caso de compromisso renal* - Em doentes com compromisso renal leve ou moderado não é necessário fazer um ajustamento da dosagem. *Uso em caso de compromisso hepático* - Em doentes com compromisso hepático leve, não é necessário ajustar a dose; no entanto, o tratamento deve ser feito com cautela. Não foram realizados estudos sobre a utilização de propiverina em doentes com compromisso hepático moderado ou grave. Por conseguinte, a sua utilização não é recomendada nesses doentes. *Doentes com tratamento concomitante com fármacos que sejam inibidores potentes do CYP 3A4 associados a metimazol* - Em casos de doentes aos quais são administrados fármacos que são inibidores potentes de flavina monooxigenase (FMO), tais como metimazol em combinação com inibidores potentes do CYP 3A 4/5, deve começar-se o tratamento com uma dose de 15 mg por dia. Por conseguinte, a dose pode ser ajustada a uma dose mais elevada. No entanto, devem tomar-se precauções e os médicos devem monitorizar estes doentes cuidadosamente quanto a efeitos secundários. Modo de administração: Cápsulas para administração por via oral. Não mastigar ou esmagar as cápsulas. **CONTRA-INDICAÇÕES:** O fármaco é contra-indicado nos doentes com hipersensibilidade à substância activa e ainda nos doentes que sofram de uma das seguintes patologias: Obstrução intestinal, grau significativo de obstrução do fluxo vesical, quando se prevê a ocorrência de retenção urinária, miastenia grave, atonia intestinal, colite ulcerativa grave, megacólon tóxico, glaucoma de ângulo fechado não controlado, compromisso hepático grave ou moderado e taquiaritmias. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Este medicamento contém lactose mono-hidratada. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou má absorção da glucose-galactose não devem tomar este medicamento. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Em cada classe de sistema de órgãos, os efeitos indesejáveis estão classificados de acordo com a sua frequência, usando a seguinte convenção: Muito frequentes ($\geq 1/10$), Frequentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$), Pouco frequentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), Raros ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$), Muito raros ($< 1/10.000$) e Desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Doenças do sistema imunitário - Raras: hipersensibilidade. Perturbações do foro psiquiátrico - Muito raros: agitação, confusão. Desconhecido: alucinação. Doenças do sistema nervoso - Frequentes: dor de cabeça Pouco frequentes: tremor, tontura, disgeusia. Desconhecido: distúrbio da fala. Afecções oculares - Frequentes: perturbações da acomodação, deficiência visual. Cardiopatas - Raros: taquicardia. Muito raros: palpitação. Vasculopatias - Pouco frequentes: diminuição da pressão arterial com sonolência, rubor. Doenças gastrointestinais - Muito frequentes: boca seca. Frequentes: obstipação, dor abdominal, dispepsia. Pouco frequentes: náuseas / vômitos. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos - Pouco frequentes: prurido. Raros: erupção cutânea. Doenças renais e urinárias - Pouco frequentes: retenção urinária, sintomas da bexiga e da uretra. Perturbações gerais e alterações no local de administração - Frequentes: fadiga. Notificação de suspeitas de reações adversas: A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: INFARMED, I.P. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos. Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa. Tel: +351 21 798 73 73, Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita), Fax: +351 21 798 73 97. Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaooram>. E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Abril 2020. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. **MSRM.**

Referências: 1. Sugiyama Y, Yoshida M, Masunaga K, Satoji Y, Maeda Y, Nagata T, et al. Pharmacological effects of propiverine and its active metabolite, M-1, on isolated human urinary bladder smooth muscle, and on bladder contraction in rats. Int J of Urology. 2008; 15:76–81. 2. McKeage K. Propiverine: A Review of its Use in the Treatment of Adults and Children with Overactive Bladder Associated with Idiopathic or Neurogenic Detrusor Overactivity, and in Men with Lower Urinary Tract Symptoms. Clinical Drug Investigation. 2013; 33:71–91. 3. Caballero R e Tamargo J. Monograph: Propiverina, una nueva alternativa terapéutica en el tratamiento de pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva?. J&C Ediciones Medicas S.L. Volume 5, Abril 2017.