

AIM GF MAGAZINE

volume 12 . n° 2

julho 2022 | quadrimestral
ISSN 2184-2493

editorial »

GUERRA E PAZ (E SAÚDE!)

revisão baseada na evidência »

**CELECOXIBE VERSUS ANTI-INFLAMATÓRIOS
NÃO ESTEROIDES NÃO SELETIVOS NO
TRATAMENTO DA OSTEOARTROSE**

**A EFICÁCIA DO TRATAMENTO OSTEOPÁTICO
NO CONTROLO DE LOMBALGIA CRÓNICA -
UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA**

**MUSICOTERAPIA E A QUALIDADE DE VIDA
EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO
BASEADA NA EVIDÊNCIA**

melhoria da qualidade »

**DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA:
TRABALHO DE MELHORIA CONTÍNUA DE
QUALIDADE**

relato de caso »

**SÍNDROME PFAPA:
A PROPÓSITO DE UM
CASO CLÍNICO**

**MACROCEFALIA NO
LACTENTE: UM DESAFIO
CLÍNICO**

**DOENÇA DE MONDOR:
UM RELATO DE CASO**

FILHO DA PANDEMIA

**SÍNCOPE: QUAL O PAPEL DO
MÉDICO DE FAMÍLIA**

**TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO
DA PLEURA - A CAUSA DO
CANSAÇO**

Ficha Técnica

ISSN 2184-2493

CORPO EDITORIAL

EDITORES-CHEFE:

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

EDITORES-ADJUNTOS:

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

DESIGN E GRAFISMO:

LCD design

PERIODICIDADE:

Quadrimestral

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

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

REVISTA INDEXADA:

Índex
Revistas Médicas Portuguesas

APOIO CIENTÍFICO:

CIMGF
NORTE

OPEN ACCESS:

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



SEDE AIMGF ZONA NORTE:

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



Índice

5 CONSELHO CIENTÍFICO

7 EDITORIAL

GUERRA E PAZ (E SAÚDE!)

Ana Filipa Miranda, Marlene Miranda

8 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

CELECOXIBE VERSUS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES NÃO SELETIVOS NO TRATAMENTO DA OSTEOARTROSE

Ana Catarina Oliveira, Ana Rita Gonçalves, José Rui Caetano

18 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

A EFICÁCIA DO TRATAMENTO OSTEOPÁTICO NO CONTROLO DE LOMBALGIA CRÓNICA - UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Joana Gomes da Silva, Ana Sofia Rodrigues, Karolina Mohosh, Joana Mata, Rui Ramos

29 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

MUSICOTERAPIA E A QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

A. Isabel Silva, Marta Duarte Gomes

35 RELATO DE CASO

SÍNDROME PFAPA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Cláudia Martins Novais, Patrícia Marques, Carolina Ferreira de Almeida

39 RELATO DE CASO

MACROCEFALIA NO LACTENTE: UM DESAFIO CLÍNICO

Daniela Moreira Ferreira, Daniela Costa Vieira

43 RELATO DE CASO

DOENÇA DE MONDOR: UM RELATO DE CASO

Ana Rita Gonçalves, Ana Catarina Oliveira, José Rui Caetano

46 RELATO DE CASO

FILHO DA PANDEMIA

Francisco Santos Coelho, Tiago Pinto Neto, Catarina Rego Carvalho, Carla Micaela Santos

50 RELATO DE CASO

SÍNCOPE: QUAL O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Flávia Cardoso Soares, Ana Quelhas

57 RELATO DE CASO

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA - A CAUSA DO CANSAÇO

Joana Barroco, Cátia Arantes, Magna Vales, Nelma Gomes

62 MELHORIA DA QUALIDADE

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: TRABALHO DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

Anabela Barreto Silva, Ana Sofia Costa, João Pedro Araújo, Joana Costa, Maria João Barbosa

Conselho Científico 2022

Medicina Geral e Familiar

Dr.ª Ana Alves
Dr.ª Ana Garrido
Dr.ª Ana Margarida Carvalho
Dr.ª Ana Rita Luz
Dr.ª Camila Mota Neves
Dr.ª Catarina Nogueira
Dr.ª Catarina Rebelo
Dr.ª Cecília Barbosa
Dr.ª Célia Maia
Dr.ª Cíntia França
Dr.ª Cristina Mesquita Neves
Dr.ª Daniela Coelho
Dr.ª Fabiana Ribeiro Peixoto
Dr.ª Filipa Matias
Dr. Jaime Oliveira
Dr.ª Joana Lascasas
Dr.ª Joana Rita Mendes
Dr. João Paulino
Dr.ª Leonor Duarte
Dr.ª Lúcia Silva
Dr. Luís Pinho-Costa
Dr.ª Margarida Moreira
Dr.ª Maria Manuel Marques
Dr.ª Marta Sousa Santos
Dr. Nuno Miguel Parente
Dr. Pedro Seabra
Dr.ª Rosana Dias
Dr.ª Sabrina Pedone
Dr.ª Telma Lopes
Dr.ª Vera Lúcia Teixeira

Cardiologia

Dr. Eduardo Vilela

Endocrinologia

Dr. Francisco Simões de Carvalho

Gastroenterologia

Dr. Rui Gaspar

Ginecologia/Obstetrícia

Dr.ª Diana Natacha Sousa

Medicina Física e de Reabilitação

Dr. Bruno Mendes

Medicina Interna

Dr.ª Diana Anjos
Dr. Ricardo Fernandes

Otorrinolaringologia

Dr. José Pedro Matos

Pediatria

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

Pneumologia

Dr. João Bento

Psiquiatria

Dr. Gustavo França

Guerra e Paz (e Saúde!)

Ana Filipa Miranda^{1,2}, Marlene Miranda^{2,3}

¹ Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Sete Caminhos, ACeS Grande Porto II - Gondomar

² Editora-adjunta da AIMGF Magazine

³ Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Viatodos, ACeS Cávado III - Barcelos/ Esposende

Em pleno rescaldo, quem sabe ilusório, de uma pandemia com consequências incalculáveis, eis que as notícias de guerra invadem o telejornal e disparam-se mísseis e vozes de ordem, enchem-se as estradas de refugiados, abrem-se portas solidárias e deixa-se para trás o que antes era o local de conforto.

Apesar de parecer que “passámos ao lado” do conflito, as cicatrizes da guerra estender-se-ão a nível socioeconómico, inflamando a ferida deixada pela pandemia. O desinvestimento em saúde tornará a prestação de cuidados médicos de qualidade e custo-efetivos numa realidade cada vez mais utópica. Na perspetiva global, a crise financeira aumentará o número de indivíduos em situação de pobreza que, juntamente com o influxo de refugiados, refletir-se-á em dificuldades na gestão das doenças agudas e, a médio-longo prazo, nas patologias crónicas, culminando, invariavelmente, no aumento da morbimortalidade das populações.

Os nossos olhos, que agora já parecem familiarizados com as imagens de destroços e sangue à hora da refeição, não se apercebem à primeira vista do impacto que este estímulo poderá ter no subconsciente. Muitos irão experienciar episódios de ansiedade, insónia ou angústia motivados pelos relatos e imagens transmitidos nos meios de comunicação social; outros passarão por um processo de dessensibilização potenciado pela banalização da “violência em direto”.

Embora na perspetiva de muitos portugueses o conflito esteja a decorrer num território relativamente longínquo, deixará um importante rasto ambiental difundido pelos “ventos e mares”. Num cenário teórico cataclísmico, poderemos vir a vivenciar uma guerra nuclear, cujas consequências a nível de saúde não sabemos, ao certo, enumerar.

Conta a História que muitas guerras já se travaram; algumas destas, inclusive, estendem-se ao

momento presente. Cada um destes conflitos contribuiu, nos seus termos, para a deterioração da Saúde Pública. Atendendo aos “recentes” acontecimentos à escala mundial, entre confinamentos, medidas de contingência, zaragatoas, índices, contagens, etc., não sabemos até quando conseguiremos perseverar.

Escrevemos, precisamente neste momento, sobre cenários e consequências hipotéticas da(s) guerra(s) presente(s). Algures, no futuro, estes acontecimentos serão parte da memória de quem os vivenciou. O cinema, a música, a fotografia, os livros, entre outros, encarregar-se-ão de nos relembrar as atrocidades do passado. De forma semelhante, a comunidade científica continuará, por um lado, a expor as sequelas da guerra na saúde das populações e, por outro, a relatar os desafios de quem, como profissional de saúde, sentiu a coragem ou o chamamento de viver o conflito de perto. Assumimos, hoje e sempre, um papel de investigadores e “consciencializadores”, redigindo, a cada dia que passa, mais uma linha na longa lista de motivos pelos quais a paz faz bem à saúde.



CELECOXIB VERSUS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES NÃO SELETIVOS NO TRATAMENTO DA OSTEOARTROSE

CELECOXIB VERSUS NON SELECTIVE NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS IN OSTEOARTHRITIS TREATMENT

Autores:

Ana Catarina Oliveira¹; Ana Rita Gonçalves¹; José Rui Caetano²

RESUMO

Introdução: Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são recomendados no tratamento da osteoartrose (OA). Pretendeu-se avaliar os benefícios e malefícios clínicos da utilização de celecoxib na OA, comparado com placebo ou AINE não seletivos.

Métodos: Pesquisa de *guidelines*, revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA) e ensaios clínicos aleatorizados (ECA), publicados entre janeiro de 2015 e janeiro de 2021, em português e inglês, com termos *MeSH* “osteoarthritis”, “anti-inflammatory agents”, “non-steroidal” e “celecoxib”, nas bases de dados *National Guideline Clearinghouse*, *NHS Evidence*, *CMA Infobase*, *The Cochrane Library*, *DARE* e *MEDLINE/PubMed*. Foram critérios de elegibilidade: População - indivíduos com idade ≥ 18 anos e OA; Intervenção - 200 mg de celecoxib por dia; Comparação - placebo ou AINE; *Outcome* - benefícios e malefícios clínicos. Para a avaliação do nível de evidência e da força de recomendação (FR) utilizou-se a escala *Strength of Recommendation Taxonomy*.

Resultados: De 102 documentos analisaram-se 10: uma *guideline*, duas MA, uma RS e seis ECA. As MA e os ECA não mostram diferenças na eficácia do celecoxib vs. outros AINE. Na segurança, uma MA destacou maior ocorrência de dor abdominal vs placebo. Os ECA compararam celecoxib com naproxeno, diclofenac e ibuprofeno, sem diferenças. Um estudo apresentou menos eventos adversos com o celecoxib vs diclofenac. Numa população com risco cardiovascular, o celecoxib associou-se a menos eventos cardiovasculares e renais do que ibuprofeno, que apresentou maior aumento da pressão arterial e maior incidência de hipertensão arterial de novo.

Discussão: São necessários mais estudos em doentes com comorbilidades, com comparadores ativos e seguimento mais prolongado.

Conclusão: Num doente com osteoartrose sem fatores de risco cardiovascular, com monitorização regular, utilização pelo menor período de tempo possível, o celecoxib não é inferior a AINE não seletivos (naproxeno, ibuprofeno, diclofenac) em termos de eficácia (melhoria de dor e função) e segurança cardiovascular e gastrointestinal (FR B).

Palavras-chave: osteoartrose; anti-inflamatórios não esteroides; celecoxib

ABSTRACT

Introduction: Non-steroidal anti-inflammatory (NSAID) are recommended to treat osteoarthritis (OA). This work pretended to assess the clinical benefits and safety of celecoxib in OA versus placebo or NSAID.

Methods: Search of the *MeSH* terms “osteoarthritis”, “anti-inflammatory agents”, “non-steroidal” and “celecoxib”, in the following databases: *National Guideline Clearinghouse*, *NHS Evidence*, *CMA Infobase*, *The Cochrane Library*, *DARE* e *MEDLINE/PubMed*, looking for *Guidelines*, *Systematic Reviews (SR)*, *Meta-analysis (MA)*, *Randomized controlled trials (RCT)* published between January 2015 and January 2021. *Eligibility criteria* were: population – individuals ≥ 18 years old and with a osteoarthritis diagnosis; *Intervention* – celecoxib 200 mg daily; *Comparison*: placebo or NSAID agents; *Outcome* – benefits and harms. *Evaluation* using *Strength of Recommendation Taxonomy* scale.

Results: Ten articles out of 102 were analyzed. One *guideline*, two MA, one SR and six RCT. The MA and RCT didn't find differences in celecoxib efficacy compared to other NSAIDs. Regarding safety, one MA indicated that celecoxib resulted in greater gastrointestinal adverse effects, especially abdominal pain when compared with placebo. The RCT compared celecoxib, naproxen, diclofenac and ibuprofen, without evidence of differences between them. Exception made to two articles: one showed less adverse effects with celecoxib vs. diclofenac and another demonstrated more cardiovascular and renal events with ibuprofen and a rise in arterial pressure and a greater incidence of hypertension in the ibuprofen group, in a population with cardiovascular risk.

Discussion: More studies are needed, comparing these drugs in patients with comorbidities and longer follow-up.

Conclusion: In patients with OA without cardiovascular risk factors, with a tight monitoring, for a short period of time, the use of celecoxib is not inferior to other NSAID agents (naproxen, ibuprofen, diclofenac) in terms of efficacy (pain reduction, function improvement) and cardiovascular and gastrointestinal safety (*Strength of recommendation B*).

Keywords: osteoarthritis; non-steroidal anti-inflammatory agents; celecoxib

1. Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACeS Cávado I - Braga

2. Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACeS Cávado I - Braga

INTRODUÇÃO

A osteoartrose (OA) é uma patologia que afeta todas as estruturas da articulação com destruição da cartilagem, remodelação óssea, formação de osteófitos e inflamação sinovial, levando a dor, rigidez, edema e perda de função.¹

Esta doença afeta 302 milhões de pessoas no mundo, sendo a principal causa de incapacidade entre adultos. O tratamento da OA envolve medidas não farmacológicas e farmacológicas. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são recomendados em diversas guidelines.²⁻⁴

De acordo com a *European League Against Rheumatism* (EULAR), o tratamento farmacológico da dor na OA inclui paracetamol com agentes tópicos e capsaicina para articulações específicas e injeções intra-articulares.²

Na OA da anca, a EULAR recomenda paracetamol oral como primeira linha, na dor ligeira a moderada e, na ausência de resposta, a utilização de AINE por via oral. Indicam a utilização de AINE não seletivo com protetor gástrico ou inibidor seletivo da ciclooxigenase-2 (COX-2). Na presença de contraindicação, recomendam opióides.³

Na OA do joelho, as recomendações mantêm-se, adicionando-se a opção de anti-inflamatórios tópicos.⁴

Em Portugal existe uma norma de orientação clínica (NOC) da Direção-Geral da Saúde (DGS) relativa à utilização de AINE que recomenda que a sua utilização considere o perfil de risco para hemorragia gastrointestinal e o perfil de risco para eventos cardiovasculares. Assim, nos doentes com alto risco cardiovascular, o AINE preferencial deverá ser o naproxeno. Os inibidores da COX-2 devem ser reservados para doentes que estejam em risco acrescido de complicações gastrointestinais e não consigam tolerar a associação entre um AINE clássico e um supressor da secreção ácida ou o misoprostol.⁵

Em suma, a nível gastrointestinal foi estabelecido que os AINE seletivos têm melhor perfil de segurança.⁶ A nível cardiovascular, a investigação tem sido controversa na distinção entre AINE não seletivos e seletivos.^{7,8}

O naproxeno tem-se revelado o fármaco com menor associação a eventos cardiovasculares. Alguns AINE não seletivos como o ibuprofeno e o diclofenac têm sido associados a maior número de eventos, quando em doses elevadas. Em relação aos inibidores seletivos da COX-2, os resultados de meta-análises sugerem que diferentes fármacos, consoante a dose,

terão um risco variável, ou seja, não se pode reduzir a opção a uma classe de forma generalizada. Os efeitos dos fármacos devem ser avaliados a nível individual.⁸

O objetivo desta revisão sistemática é avaliar os benefícios e malefícios clínicos da utilização de celecoxib na OA, comparado com placebo ou AINE não seletivos.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de *guidelines*, revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA) e ensaios clínicos aleatorizados (ECA), utilizando os termos *MeSH* “osteoarthritis”, “anti-inflammatory agents”, “non-steroidal” e “celecoxib”, nas bases de dados National Guideline Clearinghouse, *NHS Evidence*, *CMA Infobase*, *The Cochrane Library*, *DARE* e *MEDLINE/PubMed*.

Foram incluídos os artigos publicados entre janeiro de 2015 e janeiro de 2021 escritos na língua portuguesa ou inglesa, que cumpriam os seguintes critérios de elegibilidade:

- População: indivíduos com idade ≥ 18 anos e diagnóstico de OA;
- Intervenção: toma de celecoxib 200 mg, uma vez por dia;
- Comparação: placebo ou toma de AINE não seletivo;
- Outcome*: melhoria da dor, função e qualidade de vida, segurança, efeitos adversos cardiovasculares e gastrointestinais.

Foram excluídos os artigos escritos noutra idioma que não o português ou inglês, os artigos cujo propósito não fosse comparar celecoxib com placebo ou outros AINE e os artigos duplicados.

O processo de seleção dos artigos encontra-se disponível para consulta na Figura 1.

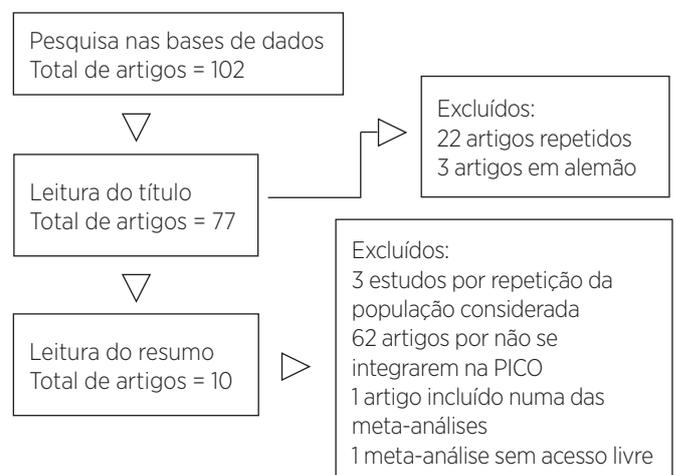


Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos.

Para avaliação dos níveis de evidência (NE) e da força de recomendação foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Family Physician*.⁹

De modo a proceder à seleção, foi realizada a leitura dos títulos e, posteriormente, dos resumos dos artigos previamente selecionados. Os artigos escolhidos foram lidos na íntegra e classificados por dois dos autores desta revisão.

RESULTADOS

Resultados da pesquisa

Após a primeira pesquisa, foram encontrados 102 documentos. O fluxograma da seleção dos artigos encontra-se na Figura 1. Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 22 artigos duplicados e três estudos por repetição da população considerada (analisou-se o estudo que os originou, em termos de metodologia e os resultados das várias subanálises). Foram igualmente retirados 62 artigos por não se integrarem na PICO, três artigos em alemão, um artigo incluído numa das MA e uma MA sem acesso livre. No final foram analisados 10 documentos: uma *guideline*, duas MA, uma RS e seis ECA.

A *guideline* da *American College of Rheumatology/Arthritis* (ACR) de 2019 (Quadro I) não analisou a diferença entre AINE seletivos e não seletivos.¹ Nesta podemos encontrar as seguintes recomendações (força de recomendação C):

- Os anti-inflamatórios orais são fortemente recomendados na OA da anca, joelho e mão;
- Os AINE são a medicação oral de primeira linha na OA, independentemente da localização;
- Não se estabeleceu comparação entre os diferentes perfis de AINE, contudo, reconhece-se a importância da sua utilização segura, através da escolha apropriada de doentes, monitorização efeitos adversos gastrointestinais, cardiovasculares, renais e interações farmacológicas;
- Os AINE devem ser utilizados na menor dose possível e o menor tempo necessário.

As duas MA analisaram a eficácia e uma delas analisou segurança em comparação com placebo (Quadro II).^{10,11}

A RS mais recente da *Cochrane* comparou celecoxib com placebo e outros AINE em termos de eficácia e segurança (Quadro III).¹² Neste trabalho, incluem-se dois artigos adicionalmente aos dessa RS. Um deles porque, entretanto, foi concluído e outro que foi excluído dessa RS da *Cochrane* por agrupar OA e artrite reumatóide (AR).

De entre os ECA incluídos (Quadros IV a VI):

- Quatro avaliaram eficácia e efeitos adversos;¹³⁻¹⁶
- Dois avaliaram morbidade e mortalidade por eventos cardiovasculares e gastrointestinais.^{17,18}

A evidência

A *guideline* da ACR não emitiu recomendação na seleção do tipo de AINE, remetendo para artigos que comparam a segurança e eficácia.⁹

Em termos de meta-análises:

- A intitulada *Efficacy and Safety of Celecoxib Therapy in Osteoarthritis* revelou a eficácia de celecoxib vs. placebo e não assinalou eventos adversos graves (NE 1).¹⁰

- Outra MA incluída avaliou a eficácia de diferentes AINE, mas não efeitos adversos nem morbidade ou mortalidade cardiovascular ou gastrointestinal, concluindo que o AINE com maior eficácia é o diclofenac na dose de 150 mg/dia (NE 2).¹¹ Ou seja, de acordo com esta MA, em doentes com OA da anca ou joelho, o celecoxib (100-400 mg), comparado ao diclofenac 150 mg, é inferior em termos de eficácia no controlo da dor e melhoria de função. Contudo, esta MA não avaliou *outcomes* de segurança e apresenta limitações importantes, descritas no Quadro II.

A RS mais recente da *Cochrane* não retirou conclusões na comparação de celecoxib com outros AINE em termos de eficácia e efeitos adversos.¹²

Em relação aos ECA, todos têm NE 2.

Existem dois ECA cujo objetivo foi comparar celecoxib com naproxeno, não relatando diferenças na eficácia ou efeitos adversos:

- A avaliação da eficácia e segurança do celecoxib e naproxeno numa população asiática mostrou que o celecoxib foi tão eficaz como o naproxeno e bem tolerado a nível gastrointestinal;¹³

- A comparação naproxeno/esomeprazol com celecoxib mostrou que são semelhantes no controlo da dor e segurança gastrointestinal.¹⁴

Existem ECA com comparação direta com ibuprofeno e com diclofenac:

- A comparação da eficácia de celecoxib com ibuprofeno na OA do joelho revelou que são similares;¹⁵

- A comparação da eficácia do celecoxib com diclofenac na OA do joelho, o primeiro revelou superioridade no controlo da dor e melhoria da qualidade de vida e menos eventos adversos.¹⁶

Existem dois ECA com o objetivo de avaliar segurança cardiovascular e gastrointestinal. O estudo de *MacDonald* 2017 analisou a troca para celecoxib vs. manutenção do AINE habitual em doentes sem doença cardiovascular prévia, não revelando diferenças estatisticamente significativas nas taxas de

Quadro I. Resumo das recomendações da *guideline*.

Referência	Recomendação	Força da recomendação
<p><i>American College of Rheumatology/Arthritis Foundation</i></p> <p><i>Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee (2019)</i>¹</p>	<p>Os anti-inflamatórios não esteróides orais são fortemente recomendados na osteoartrose da anca, joelho e mão.</p> <p>Os AINEs são a medicação oral de primeira linha na osteoartrose, independentemente da localização.</p> <p>Não se estabeleceu comparação entre os diferentes perfis de AINEs, contudo, reconhece-se a importância da sua utilização segura, através da escolha apropriada de doentes, monitorização efeitos adversos gastrointestinais, cardiovasculares, renais e interações farmacológicas.</p> <p>Os AINEs devem ser utilizados na menor dose possível e o menor tempo necessário.</p>	C

Legenda: AINE – anti-inflamatório não esteroide.

Quadro II. Resumo das características das meta-análises.

Referência	Estudos	Outcome	Resultados/Conclusão	Limitações	NE
X Chao <i>et al.</i> (2016) ¹⁰	<p>15 ECA 7868 participantes OA da anca e/ou joelho</p> <p>Dupla ocultação? Sim Perdas de seguimento nos estudos incluídos? Não Duração de tratamento: 12 - 13 semanas Intervenção: Celecoxib 200 mg oral id vs. placebo</p>	<p>Eficácia: score total de osteoartrose, score de dor da osteoartrose e função.</p> <p>Segurança: eventos adversos graves, descontinuação por eventos adversos, dor abdominal, diarreia, dispepsia, cefaleia e náuseas.</p>	<p>EFICÁCIA Celecoxib vs. placebo, existe melhoria: - no score total de OA; - na dor; - na função.</p> <p>SEGURANÇA Não houve diferença significativa na incidência de eventos adversos, eventos adversos graves e descontinuação por eventos adversos. Houve maior incidência de dor abdominal nos doentes tratados com celecoxib em comparação com placebo.</p> <p>Esta análise sugere que o celecoxib (200 mg/dia), em comparação com placebo, levou a redução da dor e melhoria de função e efeitos adversos aceitáveis.</p>	Viés de publicação. Viés de linguagem.	1
da Costa BR <i>et al.</i> (2017) ¹¹	<p>76 ECA 58 451 participantes OA da anca ou joelho</p> <p>Dupla ocultação? Não Perdas de Seguimento nos estudos incluídos? Sim Duração: ≤ 3 meses</p> <p>Intervenção: Anti-inflamatórios - celecoxib 100-400 mg; - diclofenac 70-150 mg; - etoricoxibe 30-90 mg; - ibuprofeno 1200-2400 mg; - lumiracoxibe 100-400 mg; - naproxeno 750-1000 mg; - rofecoxibe 12,5-50 mg Paracetamol < 2000 mg - 4000 mg Placebo</p>	<p>Primário: Eficácia na melhoria da dor da osteoartrose Secundário: Melhoria da função física</p>	<p>EFICÁCIA Todas as intervenções melhoraram a dor e a função física quando comparadas com placebo. Exceto doses diárias de paracetamol <2000 mg e 3000 mg, diclofenac 70 mg, celecoxib 100mg, naproxeno 750 mg e ibuprofeno 1200 mg.</p> <p>SEGURANÇA Não avaliada.</p> <p>O diclofenac 150 mg/dia é o AINE mais eficaz na melhoria de dor e função.</p>	<p>Não foi garantido que todos os estudos tivessem ocultação. O número de estudos que avaliam fármacos em doses individuais é baixo. É importante a confirmação de resultados por autoridades externas.</p>	2

Legenda: AINE – anti-inflamatório não esteroide; ECA - ensaio clínico aleatorizado; NE - nível de evidência; OA – osteoartrose; vs. – versus.

Quadro III. Resumo das características da revisão sistemática.

Referência	Estudos	Outcome	Resultados/Conclusão	Limitações	NE
<i>Puljak L et al. (2017)</i> ¹²	36 ECA 17 206 doentes OA do joelho e/ou anca Intervenção: Celecoxib oral 200 mg/dia Placebo Outro AINE: - naproxeno; - diclofenac.	Benefício clínico (função e qualidade de vida). Segurança (efeitos adversos, efeitos adversos graves, taxas de descontinuação).	Celecoxib vs. placebo Eficácia: Redução ligeira da dor e melhoria da capacidade funcional. Segurança: os resultados foram inconclusivos em relação a efeitos adversos. Celecoxib vs. AINE Eficácia: os resultados foram inconclusivos no alívio da dor. Houve melhoria da função. Segurança: Não houve resultados conclusivos em relação a efeitos adversos. Celecoxib pode ser ligeiramente superior a placebo e alguns AINE na melhoria da dor e função física. É improvável que a melhoria seja clinicamente significativa. Existem poucas comparações diretas que permitam concluir em relação à frequência de efeitos adversos.	Pouco detalhe nos métodos de alguns estudos. Perda de seguimento foi elevada em alguns estudos. Maioria dos estudos permitia a realização de intervenções simultâneas o que poderá influenciar resultados. Ausência de dados importantes, mesmo após pedido aos investigadores. Estudos financiados por farmacêuticas.	2

Legenda: AINE – anti-inflamatório não esteróide; ECA – ensaio clínico aleatorizado; NE – nível de evidência; OA – osteoartrose; vs. – versus.

Quadro IV. Resumo dos ensaios clínicos aleatorizados.

Referência	País Centros Desenho de estudo Financiamento	Participantes	Intervenção/ Duração/ Outcome	Resultado/ Conclusão	Limitações	NE
<i>Essex M et al. (2016)</i> ¹³	Estados Unidos Multicêntrico 31 centros Aleatorizado; Dupla ocultação 4 avaliações (screening, basal, 0 e 6 semanas) Financiamento: Pfizer Inc.	<i>n</i> = 367 Idade > 45 anos Doentes asiáticos OA do joelho Inclusão: Agudização de osteoartrose do joelho Capacidade funcional I- III avaliada por um médico. Para a avaliação o doente tinha de ter 70-120% de compliance sem violações major de protocolo.	Celecoxib 200 mg, 1 vez/dia (<i>n</i> = 145) Naproxeno 500 mg, 2 vezes/dia (<i>n</i> = 144) Placebo (<i>n</i> = 78) Duração: 6 semanas Permitido paracetamol em SOS, cessado 24h antes das avaliações. <i>Endpoint</i> primário: variação da pontuação da dor, pela escala visual analógica (0 - 100 mm). <i>Endpoints</i> secundários: avaliação global da doença pelo doente e médico, escala <i>Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) Osteoarthritis Index, Pain Satisfaction Scale</i> , utilização de medicina alternativa, incidência de eventos adversos urgentes, tolerabilidade gastrointestinal	AMOSTRA O intervalo de idades foi 42 - 90 anos. 68% do sexo feminino. EFICÁCIA Celecoxib foi tão eficaz como naproxeno a reduzir a dor. (média do desvio ± erro padrão - 37,1 [2,0] para celecoxib e -37,5 [2,0] para naproxeno). SEGURANÇA Eventos relacionados com tratamento ocorreram em 19 (13%), 34 (24%) e 6(8%) doentes para celecoxib, naproxeno e placebo, respetivamente. Confirmado que celecoxib 200 mg/dia é tão eficaz como naproxeno 500 mg bidiário no alívio de sinais e sintomas da OA de joelho em doentes asiáticos. O fármaco foi bem tolerado.	Impossibilidade de generalização. Permissão de intervenções simultâneas. Financiamento.	2

<p>MacDonald T et al. (2017)¹⁷</p>	<p>Reino Unido, Dinamarca, Holanda Multicêntrico - 9 centros 706 centros de cuidados de saúde primários</p> <p>Prospetivo; Aleatorizado; Sem ocultação; Endpoint cego</p> <p>Objetivo: Comparação da segurança CV e GI da manutenção de AINE vs. switch para celecoxib</p> <p>Mimetizada a prática habitual e o comportamento normal do doente.</p> <p>Financiamento: Pfizer Inc.</p> <p>Universidade de Dundee monitorizou e garantiu a qualidade do estudo.</p>	<p><i>n</i> = 7297 Idade > 60 anos</p> <p>OA ou artrite reumatóide</p> <p>Sem doença cardiovascular (sem eventos coronários ou cerebrais e sem IC classe III-IV da NYHA)</p>	<p>AINE habitual (ibuprofeno, diclofenac) (<i>n</i> = 3650) Celecoxib (<i>n</i> = 3647)</p> <p>Mediana de seguimento: 3 anos</p> <p>Permitida a toma de analgésicos adicionais e de antiácidos.</p> <p>Endpoint primário: hospitalização por enfarte de agudo do miocárdio não fatal ou outro marcador positivo de SCA, AVC não fatal ou morte cardiovascular.</p> <p>Endpoints secundários: hospitalização ou morte por complicações de úlcera GI (hemorragia, perfuração, obstrução), hospitalização por insuficiência cardíaca, morte de qualquer causa, lesão renal, isquemia membros ou embolismo pulmonar.</p>	<p>AMOSTRA A média das idades era 68 anos, 59% sexo feminino, 15,5% fumadores, 8% Diabetes e 44% HTA e IMC médio de 29,7 kg/m²</p> <p>UTILIZAÇÃO A taxa de descontinuação foi de 50,9% no grupo de celecoxib comparada com 30,2% no grupo que manteve o AINE habitual.</p> <p>SEGURANÇA Em indivíduos com osteoartrite e sem doença cardiovascular conhecida, as taxas de eventos Cardiovasculares (CV) foram baixas e complicações graves associadas a úlceras muito baixas.</p> <p>Não houve diferença estatisticamente significativa nestes <i>outcomes</i> entre AINE não seletivos e celecoxib.</p> <p>Este estudo pode excluir um aumento da taxa de evento CV primário de mais de 2 eventos por doente por ano associado à troca para celecoxib. Contudo, esta estratégia não trouxe vantagens no contexto de cuidados primários.</p>	<p>OA ou AR. Perda de seguimento. Ausência de ocultação. Impossibilidade de generalização. Permissão de intervenções simultâneas. Financiamento.</p>	2
<p>Gordo A et al. (2017)¹⁵</p>	<p>Espanha, Alemanha, Reino Unido Multicêntrico</p> <p>ECA Dupla ocultação 4 avaliações (screening, basal, 0 e 6 semanas)</p> <p>Financiamento: Pfizer Inc.</p>	<p><i>n</i> = 388 Idade > 40 anos Diagnóstico clínico de OA joelho - <i>guidelines</i> ACR Agudização de osteoartrite do joelho Capacidade funcional I- III (avaliação com EVA e avaliação global de artrose por médico e doente)</p> <p>Exclusão: Artrite inflamatória; Gota; Agudização nos últimos 2 anos; Antecedente ou plano cirúrgico para articulação em causa; Corticoterapia nas 4 semanas prévias; Acetaminofeno nas 24h prévias; Antecedentes de neoplasia, Doença Gastrointestinal (GI) ativa, História de perfurações GI, Obstruções ou hemorragia; Doença cardíaca, renal ou hepática; Distúrbios da coagulação ou sensibilidade conhecida a inibidores da COX-2, aspirina, AINE ou sulfonamidas.</p>	<p>Celecoxib 200mg, 1 vez por dia (<i>n</i> = 153) 800mg ibuprofeno 3 vezes por dia (<i>n</i> = 156) Placebo (<i>n</i> = 79)</p> <p>Duração: 6 semanas</p> <p>Suspensão de AINE antes da visita basal. Permitido paracetamol em SOS, cessado 24h antes das avaliações. Permitido AAS 325 mg para profilaxia CV.</p> <p>Outcome primário: não inferioridade de celecoxib comparado com ibuprofeno no alívio da dor avaliada pela EVA (0-100)</p> <p>Outcomes secundários: escala WOMAC e tolerabilidade GI</p>	<p>AMOSTRA Idade 62,2 a 64,5 anos Maioria sexo feminino, Duração média da OA de 5,1 - 6,4 anos.</p> <p>SEGUIMENTO Seguimento 82%. Descontinuação de 76 doentes: 21 (<i>n</i> = 5 celecoxib, <i>n</i> = 11 ibuprofeno e <i>n</i> = 5 placebo) por eventos adversos.</p> <p>EFICÁCIA Na EVA o efeito dos fármacos foi superior a placebo. Não houve diferença estatisticamente significativa entre fármacos. Todos os domínios do score WOMAC melhoraram com ambos os fármacos vs. placebo. No domínio da rigidez, celecoxib foi melhor do que o placebo e ibuprofeno não.</p> <p>SEGURANÇA Não houve diferenças nos eventos entre fármacos.</p> <p>O celecoxib foi bem tolerado e tão eficaz como ibuprofeno nos sintomas de OA do joelho.</p>	<p>Impossibilidade de generalização. Permissão de intervenções simultâneas. Financiamento.</p>	2

<p>Yu Zet al. (2018)¹⁶</p>	<p>China Weihai Central Hospital, Weihai, China</p> <p>ECA</p> <p>Financiamento não clarificado.</p>	<p>$n = 180$ OA joelho</p>	<p>Celecoxib 100 mg/dia Diclofenac 150 mg/dia Ambos injeção de hialuronato semanal durante as 6 semanas</p> <p>Duração: 6 semanas</p> <p>A resposta terapêutica total, score de dor, Velocidade de Sedimentação (VS) e Score de Qualidade de Vida e efeitos adversos.</p>	<p>EFICÁCIA A resposta terapêutica total foi superior no grupo de celecoxib (95.56% vs. 75.56%, $p < 0.05$). Os resultados no score de dor, VS e Score de Qualidade de Vida foram superiores no grupo de celecoxib, $p < 0,05$.</p> <p>SEGURANÇA A taxa de eventos adversos foi mais baixa no grupo de celecoxib, $p < 0,05$.</p> <p>O celecoxib foi mais eficaz no controlo de dor e melhoria de qualidade de vida e teve menos efeitos adversos do que diclofenac em doentes com OA do joelho, ambos injetáveis.</p>	<p>Processo de seleção de doentes pouco claro. Ausência de ocultação. Impossibilidade de generalização. Não esclarece financiamento.</p>	<p>2</p>
<p>Park MS et al. (2020)¹⁴</p>	<p>Coreia do Sul Severance Hospital, Yonsei University, College of Medicine</p> <p>ECA, Prospetivo, Duplamente cego</p> <p>Financiamento: Hanmi Pharmaceutical Co., Ltd</p>	<p>$n = 105$ Inclusão: Idade > 50 anos; OA sintomática, EVA > 4 Critérios de exclusão: História de ulcera GI (hemorragia, perfuração, obstrução), cancro GI, RGE, infeção por H. pilory, artrite séptica, artrite reumatoide, gota, doença de Paget, acromegalia, Ehlers Danlos, história de cirurgia por OA, gravidez, abuso de álcool, alergia a AINE ou IBP, Doença hepática crónica (CP igual ou superior a classe II), DRC, Doença cardíaca (enxerto, HTA não controlada), participação noutros ensaios 1 mês antes ou outras doenças médicas que pudessem comprometer o estado geral do doente.</p>	<p>Naproxeno 500 mg + esomeprazol 20 mg 2 vezes/dia ($n = 52$) Celecoxib, 200 mg/dia ($n = 53$)</p> <p>Duração: 12 semanas</p> <p>Permitidos outros fármacos</p> <p><i>Outcome Leeds Dyspepsia Questionnaire</i> (LDQ) score utilizado para testar não inferioridade</p> <p><i>Outcomes secundários: Gastrointestinal Symptom Rating Scale</i> (GSRS), <i>Visual Analogue Scale</i> (VAS) score, <i>European Quality of Life-5 dimensions</i> (EQ-5D) scale e <i>EQ-5D Visual Analogue Scale</i> (EQ VAS). Outras medidas: SOS e incidência de efeitos adversos.</p>	<p>AMOSTRA Idade - Celecoxib: 65,44 ± 8,49 - Outro: 66,09 ± 7,16 Não havia diferenças nas restantes características.</p> <p>SEGUIMENTO Seguimento completo de 58,0%</p> <p>EFICÁCIA O score LDQ não apresentou diferenças nos 2 grupos nem os restantes scores. A utilização de outros fármacos não foi diferente nos 2 grupos. Não houve diferenças estatisticamente significativas nos eventos adversos.</p> <p>A associação naproxeno + esomeprazol não foi inferior a celecoxib na proteção do trato gastrointestinal e no alívio da dor dos doentes com osteoartrrose.</p>	<p>Impossibilidade de generalização. Permissão de intervenções simultâneas. Seguimento < 80%.</p>	<p>2</p>

Legenda: ACR - American College of Rheumatology/Arthritis; AINE - anti-inflamatório não esteroide; AR - artrite reumatóide; AVC - acidente vascular cerebral; COX- 2 - Ciclooxigenase-2; CV - cardiovascular; DRC - doença renal crónica; ECA- Ensaio Clínico Aleatorizado; EQ-5D - European Quality of Life-5 dimensions; EQ - VAS - EQ-5D Visual Analogue Scale; EVA - Escala Visual Analógica; GI - gastrointestinal; GSRS - Gastrointestinal Symptom Rating Scale; HTA - hipertensão arterial; IMC - índice de massa corporal; LDQ - Leeds Dyspepsia Questionnaire; NE - nível de evidência; NYHA - New York Heart Association; OA - osteoartrrose; RGE - refluxo gastroesofágico; SCA - síndrome coronário agudo; VAS - Visual Analogue Scale; WOMA - Western Ontario and McMaster Universities.

Quadro V. Resumo das características do Estudo PRECISION.

Referência	País Centros Desenho de estudo Financiamento	Participantes	Intervenção/ Duração/ Outcome	Resultado/ Conclusão	Limitações	NE
Estudo PRECISION (2017) ¹⁸	América do Norte, América Central, América do Sul, Asia, Europa Ocidental 923 centros Ensaio clínico alea- torizado duplamente cego Financiamento: <i>Pfizer Inc.</i> Após aleatorização e visita inicial, havia consultas a 1,2,4,8,12 e depois a cada 6 me- ses até ao mês 42. Era exigido pelo me- nos seguimento até aos 18 meses. As visitas de se- guimento incluíam avaliação clínica e laboratorial e identifi- cação de eventos CV, renais e GI.	<i>n</i> = 24 081 Idade > 18 anos Diagnóstico de OA ou AR. Com doença cardio- vascular estabelecida ou risco CV. Com necessidade e elegibilidade para toma crónica diária de AINE. Critérios de exclusão: Evento CV recente, condições cardiovas- culares instáveis ou cirurgia maior nos 3 meses prévios. Alterações analíticas que inviabilizassem participação. Toma diária de aspirina >325 mg/dia. Hipersensibilidade conhecida a celecoxib, ibuprofeno, naproxeno, aspirina ou esome- prazol.	Celecoxib 100-200mg, 2 vezes/dia Ibuprofeno 600- 800mg, 3 vezes/dia Naproxeno 350-500 mg, 2 vezes/dia Os doentes podiam to- mar esomeprazol 20-40 mg/dia e tomar aspirina (\leq 325 mg/dia). <i>Outcome</i> primário: morte por causas CV, EAM não fatal, AVC não fatal. <i>Outcomes</i> secundários: - Ocorrência do pri- meiro evento CV <i>major</i> ; - Ocorrência de pri- meiro evento GI <i>major</i> ; - Alteração da dor avaliada pela EVA.	SEGURANÇA Celecoxib foi associado a menos eventos cardio- vasculares e renais em comparação a ibuprofeno e sem diferença para naproxeno. A toma de ibupro- feno, comparada com celecoxib associou-se a aumento significativo da pressão arterial sistólica e maior incidência de hipertensão de novo. Doentes que tomam AINE + esomeprazol têm eventos GI infrequente- mente. Co-prescrito com esomeprazol, celecoxib teve melhor segurança GI do que ibuprofeno ou naproxeno, apesar de tratamento com aspirina ou corticoides.	OA ou AR. Permitidas intervenções simultâneas. Financiamento. Seguimento < 80%.	2

Legenda: AINE - anti-inflamatório não esteroides; AR - artrite reumatóide; CV - cardiovascular; GI - gastrointestinal; OA - osteoartrose; EAM - enfarte agudo de miocárdio; AVC - acidente vascular cerebral; EVA - escala visual analógica; n - número.

Quadro VI. Subanálise do estudo PRECISION.

Artigos	Principais resultados
<i>So Solomon et al.</i> (2018) ¹⁸	O risco de evento CV do celecoxib é inferior ao do ibuprofeno e semelhante do naproxeno. O risco de eventos GI do celecoxib é inferior ao de ibuprofeno e de naproxeno. O risco de eventos renais do celecoxib é inferior ao de ibuprofeno. O risco de um evento CV foi significativamente menor no grupo de celecoxib (<i>HR</i> 0,84, <i>IC</i> 95% 0,72-0,99), comparado com ibuprofeno, mas não houve diferença na comparação com naproxeno. O risco de evento GI foi menor nos doentes com OA aleatorizados para tomar celecoxib quando comparado com naproxeno (0,73; 95% <i>IC</i> 0,55-0,98) e ibuprofeno (0,68; 95% <i>IC</i> 0,51-0,91). O risco de eventos adversos renais foi mais baixo nos doentes com toma de celecoxib do que em doentes com ibuprofeno (<i>HR</i> 0,58; 95% <i>IC</i> 0,40-0,82) e foi numericamente inferior, mas sem diferença estaticamente significativa no grupo de celecoxib vs. naproxeno (<i>HR</i> 0,7; 95% <i>CI</i> 0,53-1,12).
<i>Ruschitzka F et al.</i> (2017) ¹⁹	A toma de ibuprofeno, comparada com celecoxib associou-se a aumento significativo da pressão arterial sistólica e maior incidência de hipertensão de novo. A variação da pressão arterial sistólica média nas 24h foi: • - 0,3 mmHg [95% <i>IC</i> , -2,25 a 1,74] para celecoxib; • 3,7 mmHg (95% <i>IC</i> , 1,72 a 5,58) para ibuprofeno; • 1,6 mmHg (95% <i>IC</i> , -0,40 a 3,57) para naproxeno. A percentagem de doentes com pressão arterial basal normal e que desenvolve hipertensão (media PAS 24 > 130 mmHg e/ou PAD > 80 mmHg) foi de: • 23,2% para ibuprofeno • 19,0% para naproxeno; • 10,3% para celecoxib.
<i>Solomon D et al.</i> (2017) ²⁰	Esta análise secundária revelou um risco aumentado de toxicidade por AINE nos doentes com naproxeno ou ibuprofeno, com <i>Number Needed To Harm</i> de 82 a 135 (135 (95% <i>IC</i>, 72- 971) para naproxeno e 82 (95% <i>IC</i>, 53- 173) para ibuprofeno, ambos comparados com celecoxib. As taxas de eventos foram diferentes nos 3 braços: 4,1% para celecoxib; 4,8% para naproxeno ($p = 0,02$) e 5,3% para ibuprofeno ($p < 0,001$). As taxas ajustadas de <i>Hazard ratio</i> (<i>HR</i>) mostram risco significativamente superior nos utilizadores de naproxeno comparado com celecoxib (<i>HR</i> , 1,20; 95% <i>IC</i> , 1,04-1,90, $p = 0,02$) e nos que utilizam ibuprofeno (<i>HR</i> , 1,38; 95% <i>IC</i> , 1,19-1,59, $p < 0,001$).
<i>Yeomans N.D. et al.</i> (2018) ²¹	Eventos GI ocorreram em 0,34%, 0,74% e 0,66% dos doentes com toma de celecoxib, ibuprofeno e naproxeno. <i>HR</i> foi de 0,43 (95% <i>IC</i> 0,27-0,68, $p = 0,0003$) celecoxib vs. ibuprofeno e 0,51 (0,32-0,81, $p = 0,004$) vs. naproxeno. Registaram-se menos casos de anemia por deficiência de ferro no grupo de celecoxib: • <i>HR</i> 0,43 (0,27-0,68, $p = 0,0003$) vs. ibuprofeno; • <i>HR</i> 0,40 (0,25-0,62, $p < 0,0001$) vs. naproxeno.

Legenda: CV - cardiovascular; *HR* - *hazard ratio*; *IC* - intervalo de confiança; GI - gastrointestinais; OA - osteoartrose.

eventos cardiovasculares, que ocorreram em número reduzido em ambos os grupos, ou de complicações graves associadas a úlceras¹⁷

O estudo PRECISION afirmou que celecoxib em doses moderadas não será inferior a ibuprofeno ou naproxeno em termos de segurança cardiovascular.¹⁸ Aliás, em termos de segurança cardiovascular, renal e gastrointestinal é superior a ibuprofeno. Na comparação com naproxeno, revelou superioridade na tolerância gastrointestinal.

Resumo da evidência

Eficácia

A RS não retirou conclusões em termos da eficácia do celecoxib em comparação com outros AINE.⁹ As MA e os ECA concluíram que não existiram diferenças significativas na eficácia do celecoxib em comparação com outros AINE.

Segurança

Em relação às MA, apenas uma delas avaliou a ocorrência de efeitos adversos, num período limitado de tempo e em comparação com placebo, destacando a maior ocorrência de dor abdominal.¹⁰ Os ECA utilizaram diferentes metodologias e fármacos comparativos, mas, no global, o celecoxib foi comparado com naproxeno, diclofenac e ibuprofeno, na OA do joelho, durante seis semanas. No estudo que compara com diclofenac verificaram-se menos eventos adversos com o celecoxib.¹⁶ Os restantes estudos não encontraram diferenças assinaláveis.

Dois ECA realizados com um elevado número de doentes e num período temporal mais alargado procuraram avaliar os eventos cardiovasculares e gastrointestinais. Um deles foi realizado numa população sem doença cardiovascular, revelando que a toma de qualquer um destes AINE (diclofenac, ibuprofeno, celecoxib) não aumentou significativamente o número de eventos e a troca do AINE habitual (ibuprofeno, diclofenac) para celecoxib não se associou a maior risco de efeitos adversos.¹⁷ O outro foi realizado numa população com risco cardiovascular, comparando com naproxeno e ibuprofeno e demonstra que celecoxib está associado a menos eventos cardiovasculares e renais do que ibuprofeno e que o uso de ibuprofeno se associou a maior aumento da pressão arterial e maior incidência de hipertensão arterial de novo. A nível gastrointestinal a utilização a celecoxib associou-se a menor número de eventos.²¹

DISCUSSÃO

Pontos fortes e limitações dos artigos

Em relação às MA, agregam estudos de curta duração e comparam diferentes fármacos em doses variadas. Ou seja, é difícil avaliar se há consistência dos resultados.

Os ECA foram na maioria multicêntricos, com número elevado de doentes, utilizaram na sua maioria as mesmas escalas para avaliar os resultados e foi realizada a comparação de celecoxib 200 mg com outros AINE em doses terapêuticas habitualmente usadas. Na sua maioria ocorreu aleatorização e dupla ocultação. Contudo, existiram limitações:

- Os vários estudos compararam diferentes fármacos e dosagens entre si, o que dificulta a análise;
- Foi variável a permissão da utilização de outros fármacos concomitantemente ao estudado (por exemplo, paracetamol ou antiácidos), o que dificulta a interpretação dos resultados de eficácia e efeitos adversos;
- Alguns estudos avaliaram OA do joelho enquanto outros não especificaram a articulação afetada;
- Os estudos com avaliação de um número elevado de doentes e com objetivo de avaliar *outcomes* cardiovasculares tiveram perdas de seguimento importantes;^{17,19}
- A maioria dos estudos é financiada pela indústria farmacêutica.^{13-15,17,18}

Pontos fortes e limitações da RS

O tema é pertinente pela elevada prevalência da OA e pela elevada utilização de AINE, por vezes, não prescritos. O objetivo é a avaliação de um *outcome* orientado para o doente. O tema tem-se mantido polémico e é importante a atualização neste contexto.

Nesta revisão, optou-se por incluir investigações feitas nos últimos seis anos o que, por um lado, pode enviesar os resultados, mas por outro, tendo em conta que existe uma *guideline* de 2019 e uma RS de 2017 com congregação de informação, decidiu-se encurtar o intervalo da pesquisa.

Nesta área, verifica-se que os ECA realizados e publicados têm financiamento das farmacêuticas.

A opção entre AINE seletivo e não seletivo mantém-se polémica e esta revisão da literatura existente permitiu perceber que no global, com as limitações já exploradas, há consenso quanto a eficácia e segurança de celecoxib e não está descrito que com este fármaco haja mais eventos adversos.

Perspetivas futuras

Num doente com fatores de risco cardiovascular, com monitorização apertada, com utilização durante o menor período de tempo possível, a utilização de

celecoxib poderá não ser inferior a AINE seletivos (ibuprofeno) em termos de eficácia e segurança cardiovascular e renal. Além disso, não será inferior a ibuprofeno e naproxeno em termos de *outcomes* gastrointestinais. Contudo, este é o resultado de apenas um estudo.¹⁸

Tendo em conta o número limitado de artigos, a sua heterogeneidade e o viés existente na investigação desta área e a evidência encontrada não é possível realizar uma recomendação em termos da opção preferencial do celecoxib em relação a outros AINE de uma forma generalizada e em população com risco cardiovascular estabelecido ou outras comorbilidades.

À semelhança da revisão mais recente, é recomendável a realização de mais estudos em doentes com comorbilidades, com comparadores ativos e com um seguimento mais prolongado no tempo.

CONCLUSÃO

Após esta revisão, poderá realizar-se a seguinte recomendação, com força de recomendação B: num doente com osteoartrose sem fatores de risco cardiovascular, a utilização de celecoxib, durante o menor período de tempo possível e com monitorização regular, não é inferior a AINE não seletivos (naproxeno, ibuprofeno, diclofenac) em termos de eficácia (melhoria de dor e função) e segurança cardiovascular e gastrointestinal.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Rheumatol*. 2020;72(2):220-33.
- 2- Geenen R, Overman CL, Christensen R, Åsenlöf P, Capela S, Huisinga KL, et al. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(6):797-10.
- 3- Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCIIT). *Ann Rheum Dis*. 2005;64(5):669-81.
- 4- Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JW, Dieppe P, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCIIT). *Ann Rheum Dis*. 2003;62(12):1145-55.
- 5- Direção-Geral da Saúde. Anti-inflamatórios não esteroides sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX-2. Norma nº 013/2011 de 27/06/2011, atualizada a 13/02/2013.
- 6- Conaghan PG. A turbulent decade for NSAIDs: update on current concepts of classification, epidemiology, comparative efficacy, and toxicity. *Rheumatol Int*. 2012;32(6):1491-502.
- 7- Kearney PM, Baigent C, Godwin J, Halls H, Emberson JR, Patrono C. Do selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors and traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs increase the risk of atherothrombosis? Meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2006;332(7553):1302-8.
- 8- Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:c7086.

- 9- Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): A Patient-Centered Approach to Grading Evidence in the Medical Literature. *Am Fam Physician*. 2004;69(3):548-56.
- 10- Xu C, Gu K, Yasen Y, Hou Y. Efficacy and Safety of Celecoxib Therapy in Osteoarthritis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(20):e3585.
- 11- Costa BR, Reichenbach S, Keller N, Nartey L, Wandel S, Jüni P, et al. Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. *Lancet*. 2017;390(10090):e21-33.
- 12- Puljak L, Marin A, Vrdoljak D, Markotic F, Utrobicic A, Tugwell P. Celecoxib for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD009865.
- 13- Essex MN, O'Connell MA, Behar R, Bao W. Efficacy and safety of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Asian patients with knee osteoarthritis: summary of a randomized, placebo-controlled study. *Int J Rheum Dis*. 2016;19(3):262-70.
- 14- Park MS, Kang CN, Lee WS, Kim HJ, Lee S, Kim JH, et al. A comparative study of the efficacy of NAXOZOL compared to celecoxib in patients with osteoarthritis. *PLoS One*. 2020;15(1):e0226184.
- 15- Gordo AC, Walker C, Armada B, Zhou D. Efficacy of celecoxib versus ibuprofen for the treatment of patients with osteoarthritis of the knee: A randomized double-blind, non-inferiority trial. *J Int Med Res*. 2017;45(1):59-74.
- 16- Yu Z, Zhao L, Yu C, Bi J, Yu X. Clinical therapeutic effect and safety of celecoxib in treating knee osteoarthritis. *Pak J Pharm Sci*. 2018; 31(4(Special)):1629-32.
- 17- MacDonald T, Hawkey CJ, Ford I, McMurray JJ, Scheiman JM, Hallas J, et al. Randomized trial of switching from prescribed non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs to prescribed celecoxib: the Standard care vs. Celecoxib Outcome Trial (SCOT). *Eur Heart J*. 2017;38(23):1843-50.
- 18- Solomon DH, Husni ME, Wolski KE, Wisniewski LM, Borer JS, Graham DY, et al. Differences in Safety of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs in Patients With Osteoarthritis and Patients With Rheumatoid Arthritis: A Randomized Clinical Trial. *Arthritis Rheumatol*. 2018;70(4):537-46.
- 19- Ruschitzka F, Borer JS, Krum H, Flammer AJ, Yeomans ND, Libby P, et al. Differential blood pressure effects of ibuprofen, naproxen, and celecoxib in patients with arthritis: the PRECISION-ABPM (Prospective Randomized Evaluation of Celecoxib Integrated Safety Versus Ibuprofen or Naproxen Ambulatory Blood Pressure Measurement) Trial. *Eur Heart J*. 2017;38(44):3282-92.
- 20- Solomon DH, Husni ME, Libby PA, Yeomans ND, Lincoff AM, Luscher TF, et al. The Risk of Major NSAID Toxicity with Celecoxib, Ibuprofen, or Naproxen: A Secondary Analysis of the PRECISION Trial. *Am J Med*. 2017;130(12):1415-22.e4.
- 21- Yeomans ND, Graham DY, Husni ME, Solomon DH, Stevens T, Vargo J, et al. Randomised clinical trial: gastrointestinal events in arthritis patients treated with celecoxib, ibuprofen or naproxen in the PRECISION trial. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;47(11):1453-63.

CONFLITOS DE INTERESSE:

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

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Catarina Dias Oliveira
anacdoliveira@gmail.com

RECEBIDO: 17 de abril de 2021 | ACEITE: 09 de fevereiro de 2022

A EFICÁCIA DO TRATAMENTO OSTEOPÁTICO NO CONTROLO DE LOMBALGIA CRÓNICA - UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

THE EFFECTIVENESS OF OSTEOPATHIC TREATMENT IN MANAGING CHRONIC LOW-BACK PAIN - AN EVIDENCE-BASED REVIEW

Autores:

Joana Gomes da Silva¹, Ana Sofia Rodrigues², Karolina Mohosh², Joana Mata³, Rui Ramos³

RESUMO

Introdução: A lombalgia crónica inespecífica é um problema desafiante, com impacto na qualidade de vida do utente. Verifica-se uma procura crescente da Medicina Complementar e Alternativa para tratamento de diversos problemas de saúde, sendo a lombalgia crónica a causa mais comum para procura de tratamento osteopático. O objetivo deste trabalho é rever a eficácia do tratamento osteopático no controlo de lombalgia inespecífica crónica.

Métodos: Realizada uma pesquisa de artigos em fevereiro de 2021 (normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos controlados), publicados entre janeiro de 1993 e janeiro de 2021, em português e/ou inglês, utilizando os termos MeSH "osteopathic treatment" AND "low back pain", através das bases de dados NHS Evidence, Cochrane e MEDLINE/PubMed. Utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) da American Family Physician* para avaliação de nível de evidência e força de recomendação.

Resultados: 257 artigos encontrados; 20 preencheram os critérios de inclusão (nove revisões sistemáticas/meta-análises, oito ensaios clínicos controlados e aleatorizados e três normas de orientação clínica/*guidelines*). Dos selecionados, 86,0% evidenciam eficácia positiva do tratamento osteopático no controlo de lombalgia crónica quando comparado com o controlo álgico convencional ou sem controlo.

Discussão: Apesar de parecer existir um benefício com o uso de tratamento osteopático, percebe-se disparidade dos resultados devido, sobretudo à variabilidade do desenho dos diferentes estudos. É também necessário considerar as diversas limitações que persistem nestes estudos, das quais se destacam a reduzida amostragem, curta duração dos estudos e subjetividade nas respostas em estudos com avaliação da percepção do utente. Considera-se assim fundamental a realização de novos estudos aleatorizados mais alargados que colmatem as limitações encontradas nos estudos já realizados.

Conclusões: A força de recomendação e nível de evidência científica para o tratamento osteopático no controlo da lombalgia inespecífica crónica é insuficiente, categorizada em SORT B/2.

Palavras-chave: lombalgia; tratamento osteopático; medicina complementar e alternativa

ABSTRACT

Introduction: Nonspecific chronic low back pain is a challenging problem, with an impact on the patient's quality of life. There is a growing demand for Complementary and Alternative Medicine to treat various health problems, with chronic low back pain being the most common cause for seeking osteopathic treatment. The aim of this work is to review the effectiveness of osteopathic treatment in the control of chronic nonspecific low back pain.

Methods: An article search was carried out in February 2021 (clinical guidelines, systematic reviews/meta-analyses and controlled clinical trials), published between January 1993 and January 2021, in Portuguese and/or English, using the terms MeSH "osteopathic treatment" AND "low back pain", resorting the NHS Evidence, Cochrane and MEDLINE/PubMed databases. The *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) scale of the American Family Physician* was used to assess the level of evidence and strength of recommendation.

Results: 257 articles found; 20 met the inclusion criteria (nine systematic reviews/meta-analyses, eight randomized controlled clinical trials, and three clinical guidelines/guidelines). 86.00% show positive efficacy of osteopathic treatment in the control of chronic low back pain when compared to conventional pain control or without control.

Discussion: Although there seems to be a benefit with the use of osteopathic treatment, a disparity in the results is perceived (high variability in the design of different studies). It is necessary to consider the various limitations that persist in these studies: reduced sampling, short duration of studies and the subjectivity of the responses in studies. It is therefore essential to carry out new, more extensive randomized studies that overcome the limitations found in the studies already carried out.

Conclusions: The strength of recommendation and level of scientific evidence for osteopathic treatment in the control of chronic nonspecific low back pain is insufficient, categorized as SORT B/2.

Keywords: low back pain; osteopathic treatment; complementary and alternative medicine

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, UCSP Mirandela II, Unidade Local de Saúde do Nordeste - Mirandela

2. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, UCSP Miranda do Douro, Unidade Local de Saúde do Nordeste - Miranda do Douro

3. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, UCSP Mirandela I, Unidade Local de Saúde do Nordeste - Mirandela

INTRODUÇÃO

A dor crônica é definida como uma dor que persiste após o período estimado para uma recuperação residual normal, com um controlo algico frequentemente difícil e implicando consequências para a qualidade de vida do utente e encargos socioeconómicos elevados para o Serviço Nacional de Saúde.¹⁻³ Em termos temporais, a dor crônica é definida como uma dor que tem uma duração igual ou superior a três meses.⁴⁻⁶

Uma das principais tipologias de dor crônica é a lombalgia, importante problema de saúde pública e de incapacidade laboral que, apesar de vários fatores de risco identificados (como postura incorreta, obesidade e humor depressivo) se apresenta com diagnóstico e controlo desafiante.^{7,8}

Estima-se que cerca de 80% da população possa referir lombalgia pelo menos uma vez ao longo da sua vida, de forma aguda ou crônica, sendo considerada a segunda causa mais comum de consulta médica e uma das queixas mais frequentes na consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF).⁹⁻¹¹ A lombalgia crônica pode ocorrer por uma causa específica (hérnia de disco intervertebral, estenose do canal medular, entre outras) ou sem causa anatomopatológica específica, designando-se de lombalgia inespecífica. A lombalgia crônica inespecífica é responsável por cerca de 90% dos quadros clínicos de lombalgia observados nos cuidados de saúde primários.^{7,11-13}

A lombalgia crônica inespecífica, pelo elevado grau de incapacidade, consumo de recursos diagnósticos e terapêuticos, afigura-se como um grande desafio para o médico de família. Efetivamente, são inúmeras as abordagens terapêuticas disponíveis, dando primazia às opções não farmacológicas: atividade física moderada, aplicação de calor, massagem, acupuntura e outras tipologias de Medicina Complementar e Alternativa (MCA).^{11,14-17} Em caso de falha de uma atitude não farmacológica, poderá ser necessária a instituição de terapêutica farmacológica, com a introdução de analgésicos como paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides (AINE) ou opióides.^{8,11,18}

Atualmente, verifica-se uma procura crescente da MCA, para resolução e/ou controlo de inúmeras patologias ou sintomas.¹⁹⁻²³ Em sentido lato, entende-se como MCA as abordagens e terapêuticas fundamentadas em evidências empíricas não abrangidas pela medicina convencional, por falta de evidência científica comprovada, destacando-se: *yoga*, *tai chi* e *qi qong*, *mindfulness*, homeopatia, naturopatia e osteopatia. Fundada em 1828, nos Estados Unidos, pelo médico *Dr. Andrew Taylor Still*, a osteopatia é “a terapêutica que tem como objetivo diagnosticar diferencialmente, tratar e prevenir distúrbios

neuro-músculo-esqueléticos e outras alterações relacionadas, utilizando uma variedade de técnicas manuais e outras necessárias ao bom desempenho osteopático para melhorar funções fisiológicas e/ou da regulação da homeostase”.^{24,25} Assim, baseia-se no conceito de integração dos sistemas orgânicos, com mecanismos de autorregulação, autocura e da biomecânica do sistema neuro-músculo-esquelético, utilizando tratamentos osteopáticos manipulativos.²⁴⁻²⁶ O tratamento osteopático manipulativo é “a aplicação terapêutica de forças manualmente aplicadas por um terapeuta osteopático para melhoria da função fisiológica e/ou equilibrar a homeostasia alterada por disfunção somática”.²⁷

A lombalgia crônica é a causa mais comum de recurso a terapeutas osteopáticos, com elevado grau de satisfação por parte dos utentes.^{28,29} Não obstante, nem sempre os utentes informam de forma espontânea os seus médicos sobre a utilização/recurso a estes tratamentos, talvez por receio de julgamento por parte do profissional de saúde. Por sua vez, nem sempre os clínicos possuem conhecimento acerca desta terapia complementar nem acerca da força de recomendação e nível de evidência para a sua realização. Assim, considerando a procura cada vez mais crescente da osteopatia e visando a prossecução do supra-exposto, este artigo de revisão baseada na evidência pretende aferir a evidência disponível sobre a eficácia da manipulação osteopática no controlo da lombalgia crônica inespecífica.

MÉTODOS

A presente pesquisa sistemática foi realizada em fevereiro de 2021, com ensaios clínicos controlados e aleatorizados (ECA), meta-análises, revisões sistemáticas e normas de orientação clínica/*guidelines*, utilizando os termos MeSH “osteopathic treatment” AND “low back pain”, escritos em português e/ou inglês. Foram incluídos artigos publicados entre janeiro de 1993 e janeiro de 2021, disponíveis nas bases de dados *NHS Evidence*, *Cochrane* e *MEDLINE/PubMed*, aplicando a pergunta PICO (População - adultos com lombalgia inespecífica crônica; Intervenção - tratamento osteopático; Controlo - placebo ou tratamento convencional; *Outcome* - melhoria da sintomatologia e/ou funcionalidade). Excluíram-se os artigos repetidos, os associados a condições pediátricas/gravidez, ou cujo primordial objetivo do estudo não fosse a avaliação da melhoria clínica. O nível de evidência e a força de recomendação foram avaliados através da *Strength Of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Family Physician*, por consenso entre os cinco investigadores. A metodologia encontra-se resumida no fluxograma (Figura 1).

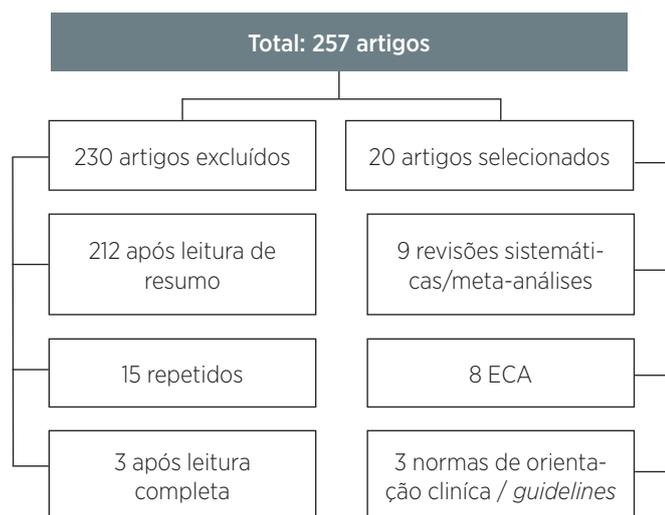


Figura 1. ECA - ensaios clínicos aleatorizados.

RESULTADOS

De 257 publicações encontradas, selecionaram-se 20 artigos: nove revisões sistemáticas/meta-análises (Quadro I), oito ensaios clínicos aleatorizados (Quadro II) e três normas de orientação clínica (Quadro III).

Revisões sistemáticas/meta-análises

A primeira revisão sistemática encontrada, de 2003, foi realizada por Swenson *et al* e avaliou a eficácia do tratamento osteopático [*Osteopathic Manipulative Treatment* (OMT)] no controlo algico da lombalgia de variadas etiologias.³⁰ Relativamente à lombalgia crónica inespecífica, os resultados são contraditórios: alguns estudos revelaram um benefício significativo ($p = 0,05$) no seu controlo algico; outros revelaram diferenças significativas ($p < 0,05$) na melhoria de funcionalidade mas não no controlo de dor; outros revelaram benefício significativo no controlo algico mas não na melhoria da funcionalidade. Não obstante, de uma forma geral, é advogado um benefício a curto prazo no controlo da lombalgia aguda e crónica. Esta revisão foi classificada com SORT B/2.

Em 2004, Licciardone *JC* realizou uma revisão sistemática integrando resultados de três ensaios clínicos, realizados entre 1973 e 1979; 1992 e 1994 e entre 2000 e 2001.³¹ Estes estudos compararam OMT com ausência de tratamento ou tratamento placebo, tendo sido demonstrados benefícios mais evidentes de OMT quando comparados com nenhuma intervenção. Adicionalmente, a intervenção pareceu diminuir o recurso a medidas terapêuticas coadjuvantes como medicação. Contudo, os estudos incluídos nesta revisão englobam uma pequena amostragem, condicionando um potencial. Esta revisão foi classificada com SORT B/2.

Na sua revisão de 2005, Licciardone *et al.* incluíram seis ensaios clínicos aleatorizados, com oito

comparações duplamente cegas. Foi demonstrado que o OMT reduziu significativamente a dor na lombalgia crónica (efeito de dimensão da amostra, - 0,30; intervalo de confiança 95%, - 0,47; - 0,13; $p = 0,001$), sendo estas reduções observadas a curto, médio e longo prazo, observando-se, uma redução superior ao esperado do efeito placebo e perdurando num período de, pelo menos, três meses.³² Esta meta-análise foi classificada com SORT A/1.

Bronfort *et al.* em 2010 realizaram uma meta-análise avaliando o efeito terapêutico do OMT em diversas condições musculoesqueléticas e não musculoesqueléticas.³³ Relativamente à lombalgia crónica foram avaliadas cinco revisões sistemáticas (avaliando cerca de 70 ECA), quatro *guidelines* e treze ECA, revelando uma evidência moderada para o OMT como forma de tratamento para lombalgia crónica. Esta meta-análise foi classificada com SORT A/1.

Na sua revisão de 2013, Orrock *et al.* analisaram a intervenção osteopática no controlo algico da lombalgia crónica inespecífica, usando uma avaliação rigorosa da qualidade do estudo.³⁴ Esta revisão avaliou apenas dois artigos (809 artigos encontrados, 772 excluídos com base no resumo e 35 após análise mais detalhada), sendo estes analisados quanto ao risco de viés - revelando um baixo risco. Um dos estudos comparou o OMT ao tratamento placebo (amplitude de movimento, toque leve e técnicas simuladas) e um grupo sem tratamento. Este ensaio concluiu que a intervenção osteopática teve uma ação semelhante aos restantes grupos. O outro estudo comparou a intervenção osteopática a exercícios em grupo e fisioterapia, tendo considerado semelhança entre OMT e as intervenções. Este estudo foi classificada como SORT B/2.

Em 2014, uma revisão realizada por Franke *et al.* demonstrou dados favoráveis relativamente ao OMT.³⁵ Esta revisão avaliou apenas quinze ensaios clínicos aleatorizados, dos quais apenas dez avaliaram a eficácia de OMT no controlo da lombalgia crónica inespecífica, demonstrando que o tratamento osteopático é eficaz na melhoria da lombalgia crónica e status funcional. Esta revisão foi classificada com SORT B/1.

Roger *et al.*, em 2017, realizaram uma revisão sistemática, de forma a rever as evidências acerca dos benefícios e danos de nove opções terapêuticas não farmacológicas para o controlo da lombalgia. Para tal, essas opções terapêuticas foram comparadas com tratamento placebo, convencional ou sem tratamento, criando assim, uma evidência científica atualizada para a melhoria da *American College of Physicians Clinical Practice Guideline*.³⁶ O número de ECA encontrados variou de dois (para a opção

terapêutica tai chi) a 122 (para a opção terapêutica exercício físico). A evidência demonstra que o OMT teve um controlo ligeiro na lombalgia crónica, estatisticamente não significativos, quando comparado com o tratamento de manipulação simulada, apenas a curto prazo, não sendo nenhum efeito observado em 12 meses. Este artigo foi classificado com SORT A/1.

Em 2018, *Verhaeghe et al.* realizaram uma revisão sistemática apenas incluindo ensaios clínicos aleatorizados de países ocidentais com um nível socioeconómico elevado.³⁷ Foram incluídos 19 estudos: nove realizados nos Estados Unidos da América e dez realizados na Europa. Destes estudos apenas 13 avaliavam o controlo da dor através do recurso ao OMT, com protocolos variáveis e divergentes em diversos parâmetros. O número de sessões de tratamento variou entre uma única sessão a 10 sessões, o *follow-up* entre duas semanas a nove meses, o número de participantes entre 10 e 353. De todos os estudos, apenas nove apresentaram um protocolo bem definido e controlado, e destes, sete revelaram diferenças significativas no controlo algico. Nos oito estudos com protocolos não controlados, OMT foi considerado efetivo em cinco. Os restantes dois estudos não avaliaram o controlo da dor. Este artigo foi classificado com SORT B/1.

A última meta-análise encontrada foi publicada em novembro de 2020, por *Fulvio Dal Farra et al.*, avaliando a eficácia de OMT no controlo algico e funcionalidade e mobilidade num utente com lombalgia crónica.³⁸ Nesta análise foram incluídos dez ensaios clínicos aleatorizados, cuja análise demonstrou uma eficácia de OMT (efeito da amostra: - 0,59; intervalo de confiança 95%: - 0,81, - 0,36; $p < 0,001$) e melhoria do status funcional (ES: - 0,42, 95%; intervalo de confiança 95% CI: - 0,68, - 0,15; $p = 0,002$). Este estudo foi classificado com SORT B/2.

Ensaio Clínicos Aleatorizados (ECA)

No primeiro ECA encontrado, de 1999, *Andersson et al.*, foram incluídos 155 pacientes, com idades compreendidas entre 20 e 59 anos, com lombalgia de duração mínima de três semanas.³⁹ Neste estudo, os pacientes foram distribuídos em dois grupos: tratamento convencional ($n = 72$) vs. OMT ($n = 83$) e avaliado o devido controlo da dor durante 12 semanas de tratamento, com o recurso a scores dos questionários *Roland-Morris* e *Oswestry*, escala analógica visual e medidas da amplitude do movimento e elevação da perna. Em ambos os grupos os pacientes melhoraram a sua lombalgia durante as 12 semanas, sem diferenças estatisticamente significativas entre grupos, em qualquer uma das medidas de resultados primários.

Contudo, o grupo de OMT necessitou significativamente menos medicação (analgésicos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares) ($p < 0,001$) e recurso a fisioterapia (0,20% vs. 2,60%, $p < 0,05$). Este ensaio clínico foi classificado com um SORT A/2.

Licciardone et al. em 2003 publicaram um artigo de um estudo conduzido de 2000 a 2001, com uma amostra de 91 pacientes aleatoriamente distribuído entre grupo controlo (sem intervenção), grupo de tratamento placebo e grupo de estudo (OMT), seguidos um mês, três meses e seis meses após a intervenção, usando o SF-36 *Health Survey*, escala analógica visual da lombalgia, questionário de incapacidade de *Roland-Morris*, dias de escola/trabalho perdidos por causa da lombalgia e satisfação com os cuidados prestados.⁴⁰ Neste estudo, os utentes submetidos a OMT reportaram controlo algico superior, satisfação com os cuidados prestados, melhor saúde física e mental ao mês de seguimento e menos tratamentos adjuvantes aos seis meses. Também no grupo placebo foram observadas essas melhorias, não havendo diferenças significativas entre o grupo de OMT vs. grupo placebo. Este estudo foi classificado com SORT B/2.

Em 2013, *Licciardone et al.* conduziram um ensaio clínico aleatorizado duplamente cego, visando o estudo do controlo algico independente de OMT, usando uma amostra de 455 pacientes aleatoriamente agrupados em grupo sob OMT ($n = 230$) vs. tratamento placebo ($n = 225$), submetidos a seis sessões de tratamento durante oito semanas e com avaliações de dor à semana 12 após início de sessões.⁴¹ Nestas avaliações considerou-se alívio moderado uma redução igual ou superior a 30% do basal da dor e um alívio substancial uma redução igual ou superior a 50%, sendo ainda, avaliados cinco *outcomes* secundários, relacionados com a segurança e adesão ao tratamento. Comparando os grupos em estudo, a intervenção osteopática revelou um alívio moderado [response ratio (RR) = 1,38; intervalo de confiança 95%, 1,16 - 1,64; $p < 0,001$] e substancial (RR = 1,41, Intervalo de confiança 95%, 1,13 - 1,76; $p = 0,002$) da lombalgia. Adicionalmente, os pacientes reportaram também um uso menos frequente de medicação, não sendo reportadas, contudo, melhorias na função lombar, saúde geral ou incapacidade laboral, sendo de uma forma geral o OMT seguro e bem aceite pelos pacientes, com elevada adesão e satisfação dos mesmos. Este estudo foi classificado com SORT B/1.

Também em 2013, os mesmos autores publicaram os resultados do estudo OSTEOPATHIC, randomizado, duplamente cego, visando a avaliação do OMT no controlo da lombalgia crónica, numa amostra de 455 utentes seguidos às 12 semanas após seis

sessões de tratamento durante oito semanas - com os mesmos parâmetros de avaliação que o estudo anterior.⁴² Um total de 269 (59%) pacientes relataram baixa intensidade de dor basal (LBPS), enquanto 186 (41%) pacientes relataram alta intensidade de dor basal (HBPS). Houve um grande efeito da OMT na melhoria substancial da LBP em pacientes com HBPS (RR, 2,04; intervalo de confiança 95%, 1,36 - 3,05; $p < 0,001$), com uma melhoria na função lombar reportada no questionário de incapacidade de *Roland-Morris* (RR, 1,80; intervalo de confiança 95%, 1,08 - 3,01; $p = 0,02$). O OMT foi consistentemente associado a benefícios em todos os outros desfechos secundários em pacientes com HBPS, embora a significância estatística e a relevância clínica dos resultados tenham variado. Este estudo foi classificado com SORT B/1.

Ainda relativamente ao estudo OSTEOPATHIC, em 2014, *Licciardone et al.* reportam que, comparativamente aos utentes submetidos a tratamento placebo, os pacientes que submetidos a OMT revelaram uma melhoria substancial da sua lombalgia cerca de duas vezes superior, havendo também uma resposta inicial mais rápida neste grupo - 65% dos pacientes no grupo de estudo vs. 45% do grupo de tratamento de manipulação simulada (RR, 1,45; intervalo de confiança 95%, 1,11 - 1,90).⁴³ O tempo médio de resposta ao OMT foi de quatro semanas. Destes pacientes 52% com uma resposta rápida manteve uma resposta clínica a OMT até à observação na semana 12, significativamente superior aos 25% do grupo sob tratamento placebo (RR, 2,04; intervalo de confiança 95%, 1,36 - 3,05). Adicionalmente, em pacientes que responderam clinicamente ao OMT na semana 12, três sessões de tratamento programadas em quatro semanas foram suficientes para cruzar o limiar de redução da dor de 50% para melhoria substancial da lombalgia. Assim, afigura-se que relativamente poucas sessões de tratamento podem ser necessárias para atingir e prever uma resposta de curto prazo à OMT. Este estudo foi classificado com SORT B/1.

Em 2016, *Licciardone et al.* publicaram um novo artigo ainda relativo aos resultados do estudo OSTEOPATHIC, advogando um elevado efeito de cura de OMT (RR, 2,36; 95% CI, 1,31 - 4,24; $p = 0,003$), associados com um “*need-to-treat*” clinicamente relevante (8,90; intervalo de confiança 95%, 5,40 - 25,50).⁴⁴ Foi observada, ainda, uma interação entre OMT e depressão ($p = 0,02$), indicando que pacientes sem depressão poderão recuperar mais facilmente da lombalgia crónica com este tratamento (RR, 3,21; intervalo de confiança 95%, 1,59 - 6,50; $p < 0,001$) (NNT, 6,50; intervalo de confiança 95%, 4,20 - 14,50). Cerca de um quinto a um quarto dos pacientes que

recebem OMT podem experimentar melhorias na intensidade da dor e função lombar consistente com a recuperação da dor lombar crónica. Um tratamento “teste” de OMT pode ser útil antes de progredir para outras intervenções, particularmente em pacientes com níveis moderados a graves de intensidade de dor e disfunção lombar específica. Este estudo foi classificado com SORT B/1.

Ainda neste ano e ainda relativo ao estudo OSTEOPATHIC, *Licciardone et al.* publicaram outro artigo, cujos resultados gerais demonstraram que OMT foi eficaz em produzir melhorias moderadas e substanciais na intensidade da lombalgia (RR, 1,41; intervalo de confiança 95%, 1,13 - 1,76; $p = 0,002$; NNT, 6,90; intervalo de confiança 95%, 4,30 - 18,60) mas não na funcionalidade lombar.⁴⁵ Adicionalmente, os pacientes submetidos a OMT recorreram a menos medicação adjuvante. Este estudo foi classificado com SORT B/2.

Já em 2020, *Licciardone et al.* realizaram um estudo englobado no *PRECISION Pain Research Registry* de abril de 2016 a fevereiro de 2019, envolvendo 445 adultos com lombalgia crónica e randomizados em dois grupos: grupo controlo (sem tratamento osteopático) vs. grupo de estudo (OMT).⁴⁶ O grupo de estudo reportou um melhor controlo algico significativo (valor médio escala numérica de dor, 5,60; intervalo de confiança 95%, 5,10 - 6,10 vs. 6,10; intervalo de confiança 95%, 5,90 - 6,30; $p = 0,04$), assim como um menor uso frequente de AINE OR, 0,41; intervalo de confiança 95%, 0,24 - 0,70; $p = 0,001$) e opióides (OR, 0,52; intervalo de confiança 95%, 0,28 - 0,98; $p = 0,04$). Este estudo foi classificado com SORT B/2.

Normas de Orientação Clínica/Guidelines

Segundo as *guidelines* de 2010 da *American Osteopathic Association*, existe uma redução significativa da lombalgia crónica com OMT, superior ao do efeito placebo e pode persistir durante o primeiro ano de tratamento, sendo, contudo, necessária investigação adicional para a compreensão dos mecanismos de OMT, atribuindo uma força de recomendação C/1.⁴⁷ Consideram, ainda, que poderá ser utilizada em casos de disfunção somática e realizada por um terapeuta osteopático e de evicção em casos de fraturas vertebrais, lacerações/ruturas musculares, lesões/ruturas de ligamentos espinhais ou vertebrais, inflamação dos discos intervertebrais, lacerações da pele, sacroileite, espondilite anquilosante, massas de estruturas lombares ou doença orgânica (visceral) com dor referida à zona lombar ou que causa espasmos musculares lombares. A mesma associação recomenda em 2016, o recurso a OMT no tratamento de

pacientes com lombalgia crônica, com uma força de recomendação B/2.⁴⁸

Não obstante, resultados contraditórios foram encontrados na *Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain*, uma *guideline* de 2015 baseada em revisões sistemáticas, ensaios clínicos aleatorizados, estudos comparativos não aleatorizados, *guidelines* e opiniões, dirigida a pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, seguidos nos cuidados de saúde primários.⁴⁹ Nesta *guideline* foram excluídas mulheres grávidas, diagnóstico ou tratamento de causas de lombalgia como condições cirúrgicas que causem instabilidade, dor referida (abdominal, renal, ovárica, pélvica ou da bexiga), condições inflamatórias (artrite reumatóide, espondilite anquilosante), infecções (discite, osteomielite, abscesso epidural), alterações degenerativas e estruturais (espondilose, espondilolistese, escoliose marcada e/ou cifose), fratura, neoplasia, doença metabólica óssea (osteoporose, osteomalácia, doença de Paget). Esta *guideline* advoga, com uma força de recomendação C/1, que, apesar do benefício para lombalgia aguda/subaguda, não há evidência científica suficiente para recomendar OMT quer para a prevenção quer para o tratamento ou controlo de lombalgia crônica.

DISCUSSÃO

Após a análise dos artigos incluídos verifica-se existir um benefício do tratamento osteopático no controlo da lombalgia crônica inespecífica em cerca de 86% dos estudos. Alguns estudos demonstraram um aparente benefício do tratamento inicial, recorrendo as queixas a longo prazo, outros estudos referiam benefício a longo prazo. Por esta razão, compreendemos que existe alguma disparidade nos resultados dos estudos, sendo perceptível uma discrepância entre os resultados. Esta poderá ser justificada pela própria diferença na construção dos estudos: variabilidade dos *outcomes* avaliados - alguns estudos consideravam apenas melhoria das queixas álgicas, outros consideravam também melhoria na mobilidade e funcionalidade e/ou menor uso de analgésicos, variabilidade dos tempos de *follow-up* e variabilidade no método de avaliação.

A variabilidade dos tempos de *follow-up* é um aspeto fundamental nesta discussão. Como *Roger et al.* demonstraram, existiu um benefício do tratamento osteopático a curto prazo, não existindo eficácia comprovada a longo prazo.³⁶ Neste âmbito, a variabilidade de tempos de *follow-up* constitui não só uma limitação como também uma potencial justificação para os resultados díspares dos estudos; isto é, um estudo com um período de *follow-up* de três meses poderá revelar um efeito benéfico do tratamento

osteopático que poderia não se manter num *follow-up* aos 12 meses. Esta elevada variabilidade e contradição de resultados infere e revela a necessidade de investigação adicional para elucidar acerca dos mecanismos de ação do tratamento osteopático, para compreender se os benefícios observados prevalecem a longo prazo e compreender o seu custo-benefício.

A variabilidade do método de avaliação e dos *outcomes* afigura-se como outra justificação dos resultados contraditórios obtidos. Quando avaliados os estudos incluídos nesta revisão, observamos sobretudo dois métodos de avaliação do *outcome*: questionários *Roland-Morris* e *Oswestry* e a parametrização da mobilidade e funcionalidade. A utilização de questionários, dependendo das respostas e perceção dos utentes da própria dor, constitui um método de avaliação subjetivo, implicando vários fatores pessoais e socioeconómicos. A avaliação da funcionalidade e mobilidade através, sobretudo, da medição de ângulos afigura-se como um método de avaliação mais objetivo. Assim, esta diferença entre método de avaliação subjetivo vs. objetivo poderá justificar a variabilidade observada, com os estudos que englobam avaliação objetiva e subjetiva com maior sensibilidade.

Estes resultados contraditórios verificados em diversos estudos, particularmente na semelhança do *outcome* verificado entre o grupo de intervenção osteopática e grupo placebo, demonstram a dificuldade em concluir se os benefícios do tratamento osteopático se devem às técnicas osteopáticas ou se estarão relacionadas com a componente biopsicossocial do utente.

Embora pareça existir um benefício no recurso ao tratamento osteopático, é necessário considerar diversas limitações que persistem nestes estudos, das quais se destacam a reduzida amostragem, a curta duração dos estudos e a subjetividade nas respostas em estudos com avaliação da perceção do utente. Assim, considerando as limitações que subsistem nestes estudos, impera-se como fundamental a criação de estudos desenhados e parametrizados de forma controlada e aleatorizada, com métodos consistentes e rigorosos, com avaliação objetiva e subjetiva e controlo a longo prazo, de forma a obter resultados robustos para aplicação da melhor eficácia na prática clínica.

Apesar de não existir evidência suficiente para recomendar o recurso ao tratamento osteopático para controlo álgico da lombalgia crônica, parece existir uma elevada satisfação e melhoria da qualidade de vida geral dos pacientes que recorrem a esta prática. Neste sentido, uma vez que os cuidados de saúde

primários são o contacto de eleição de um utente com o Serviço Nacional de Saúde e uma vez que a Medicina Complementar e Alternativa é uma opção crescente, a sua abordagem em consulta deve ser uma prática recorrente e frequente. Assim, será possível fortalecer a relação médico-doente, evitar comportamentos de risco, atuando no âmbito da prevenção, evitar interações potencialmente lesivas entre fármacos de medicina convencional e MCA e auto-capacitação/*empowerment* do utente na sua própria saúde.

CONCLUSÃO

A maioria dos artigos analisados evidencia eficácia do tratamento osteopático na lombalgia crónica quando comparado com o tratamento convencional, nomeadamente na melhoria das queixas álgicas e menor uso de terapêutica analgésica adjuvante. No entanto, quando analisados, verifica-se uma disparidade e irregularidade na construção e desenhos de grande parte dos estudos, não podendo ser possível, na maioria deles, compreender se a melhoria se deve ao tratamento osteopático em causa ou devido a um efeito placebo associado. A evidência científica para a recomendação do tratamento osteopático é insuficiente, sendo categorizado como SORT B/2.

De forma a colmatar esta falta de evidência científica, é necessária a realização de mais estudos de qualidade, com amostras maiores, protocolo de tratamento osteopático estandardizado e um *follow-up* mais longo, de modo a comprovar/descartar o benefício da osteopatia na lombalgia crónica.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Merksey H, Nogduk N. Classification of chronic pain - descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2ed. Seattle: International Association for the Study of Pain Press; 1994.
- Crombie I, Croft P, Linton S, LeResche L, Von Korff M. Epidemiology of pain. Seattle: International Association for the Study of Pain Press; 1999.
- "WHO Treatment Guidelines on chronic non-malignant pain in adults". Organização Mundial de Saúde.
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015; 156(6):1003-7.
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2015;160(1):19-27.
- Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain*. 2019;160(1):83-7.
- Background Paper 6.24: Low back pain. Organização Mundial da Saúde [consultado em fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_24LBP.pdf
- Ehrlich GE. Low Back Pain. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81(9):671-6. [consultado em fevereiro de 2021]. Disponível em: (<https://www.who.int/bulletin/volumes/81/9/Ehrlich.pdf>)
- Deyo R. Low-Back Pain. *Scientific American*. 1998;279(2):48-53.
- Rodrigues, JG. Porque consultam os utentes o seu Médico de Família?. *Rev Port Med Geral Fam*. 2000;16(6): 442-52.
- Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *CMAJ*. 2017;189(45): E1386-E1395.
- Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*. 2006;332:1430-4.
- Scott NA, Moga C, Harstall C. Managing low back pain in primary care setting: The know-do gap. *Pain Res Manag*, 2010;15(6):392-400.
- Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). [consultado em março de 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27929617/>
- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Clinical Guidelines Committee of American College of Physicians, Denberg TD, Barry TD et al. Non-invasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166:514-30.
- Low-Back Pain and Complementary Health Approaches: What You Need To Know. National Center for Complementary and Integrative Health. [consultado em março de 2021]. Disponível em: <https://www.nccih.nih.gov/health/low-back-pain-and-complementary-health-approaches-what-you-need-to-know>
- Tulder MW, Furlan AD, Gagnier JJ. Complementary and alternative therapies for low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005; Aug;19(4):639-54.
- Bartleson JD. Low Back Pain. *Curr Treat Options Neurol*. 2001; Mar;3(2):159-68.
- Netol JFR, de Faria AA, Figueiredo MFS. Medicina complementar e alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3).
- Eisemberg DM. Advising patients who seek alternative medical therapies. *Ann Intern Med*. 1997; 127:61-9.
- Leal F; Schwartzmann G, Lucas HS. Medicina complementar e alternativa: uma prática comum entre os pacientes com câncer. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2008;54(5).
- Nagail SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(3).
- Soares AL. O uso da Medicina Complementar e Alternativa por doentes com doença cardiovascular. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28(6):458-60.
- Osteopatia. AOST - Associação dos Osteopatas de Portugal [consultado em fevereiro de 2021]. Disponível em: "<https://aost.pt/pt/osteopatia>".
- Governo Português. Portaria n.º 207-B/2014, artigo 2.º, de 8 de outubro. *Diário da República*.
- Overview - Osteopathy. National Health Service [consultado em fevereiro de 2021]. Disponível em: "<https://www.nhs.uk/conditions/osteopathy/>".
- Educational Council on Osteopathic Principles da American Association of Colleges of Osteopathic Medicine. *Glossary of Osteopathic Terminology*. 2011.
- Burton AK. Back pain in osteopathic practice. *Rheumatol Rehabil*. 1981;20(4):239-46.
- Deyo RA. Clinical strategies for controlling costs and improving quality in the primary care of low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 1993; 1;3(4):1-13.
- Swenson R, Haldeman S. Spinal manipulative therapy for low back pain. *J Am Acad Orthop Surg*. 2003;11(4):228-37.
- Licciardone JC. The unique role of osteopathic physicians in treating patients with low back pain. *J Am Osteopath Assoc*. 2004;104(11 Suppl 8):S13-8.
- Licciardone JC, Brimhall AK, King LN. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord*. 2005;4;6:43.
- Bronfort G, Haas M, Evans R, Leininger B, Triano J. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropr Osteopat*. 2010;18:3.
- Orrock PJ, Myers SP. Osteopathic intervention in chronic non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013;9;14:129.
- Franke H, Franke J-D, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;30;15:286.
- Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2017;4;166(7):493-505.
- Verhaeghe N, Schepers J, Dun PV, Annemans L. Osteopathic care for spinal complaints: A systematic literature review. *PLoS One*. 2018; 2;13(11):e0206284.

- 38- Farra FD, Risio RG, Vismara L, Bergna A. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med*. 2021;56:102616.
- 39- Andersson GB, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, Leurgans S. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *N Engl J Med*. 1999;4;341(19):1426-31.
- 40- Licciardone JC, Stoll ST, Fulda KG, Russo DP, Siu J, Winn W et al. Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003;1;28(13):1355-62.
- 41- Licciardone JC, Minotti DE, Gatchel RJ, Kearns CM, Singh K. Osteopathic manual treatment and ultrasound therapy for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2013;11(2):122-9.
- 42- Licciardone JC, Kearns CM, Minotti DE. Outcomes of osteopathic manual treatment for chronic low back pain according to baseline pain severity: results from the OSTEOPATHIC Trial. *Man Ther*. 2013;18(6):533-40.
- 43- Licciardone JC, Aryal S. Clinical response and relapse in patients with chronic low back pain following osteopathic manual treatment: results from the OSTEOPATHIC Trial. *Man Ther*. 2014;19(6):541-8.
- 44- Licciardone JC, Gatchel RJ, Aryal S. Recovery From Chronic Low Back Pain After Osteopathic Manipulative Treatment: A Randomized Controlled Trial. *J Am Osteopath Assoc*. 2016;Mar;116(3):144-55.
- 45- Licciardone JC, Gatchel RJ, Aryal S. Targeting Patient Subgroups With Chronic Low Back Pain for Osteopathic Manipulative Treatment: Responder Analyses From a Randomized Controlled Trial. *J Am Osteopath Assoc*. 2016; Mar;116(3):156-68.
- 46- Licciardone JC, Gatchel RJ. Osteopathic Medical Care With and Without Osteopathic Manipulative Treatment in Patients With Chronic Low Back Pain: A Pain Registry-Based Study. *J Am Osteopath Assoc* 2020 Feb 1;120(2):64-73.
- 47- Clinical Guideline Subcommittee on Low Back Pain; American Osteopathic Association. American Osteopathic Association guidelines for osteopathic manipulative treatment (OMT) for patients with low back pain. *J Am Osteopath Assoc*. 2010;110(11):653-66.
- 48- Task Force on the Low Back Pain Clinical Practice Guidelines. American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for patients with low back pain. *J AM Osteopath Assoc*. 2016; 1;116(8):536-49.
- 49- Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain". Institute of Health Economics [consultado em fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://actt.albertadoctors.org/CPGs/Lists/CPGDocumentList/LBP-guideline.pdf#search=Low%20back%20pain>

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras Joana Gomes da Silva, Ana Sofia Rodrigues, Karolina Mohosh e Joana Mata são membros da AIMGFZ no biênio 2022/2023. Os autores declaram não existir qualquer outro conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

CORRESPONDÊNCIA:

Joana Isabel Carneiro Gomes da Silva
joana.g.silva@ulsne.min-saude.pt

RECEBIDO: 09 de abril de 2021 | ACEITE: 27 de março de 2022

Quadro I. Descrição resumida das revisões sistemáticas/meta-análises incluídas.

Referência	População	Intervenção	Resultados	NE
<i>Swenson R. et al., 2003</i> ³⁰	44 ECA	OMT vs. Tratamento convencional ou Placebo	Resultados contraditórios entre estudos: - Benefício significativo no controlo de lombalgia crónica quando comparado com o tratamento convencional ou placebo; - Diferenças significativas na melhoria de funcionalidade, mas não no controlo de dor; - Benefício significativo no controlo de dor, mas não na melhoria da funcionalidade.	SORT B/2
<i>Licciardone J.C., 2004</i> ³¹	3 ECA	OMT vs. Ausência tratamento ou Placebo	OMT com benefícios mais evidentes em relação a ausência tratamento ao invés do placebo. Tratamento osteopático diminuiu o recurso a medicação ou fisioterapia.	SORT B/2
<i>Licciardone J.C. et al., 2005</i> ³²	6 ECA	OMT vs. Ausência tratamento ou Placebo	OMT reduziu significativamente a dor em comparação com os outros grupos, pelo menos, 3 meses.	SORT A/1
<i>Bronfort G. et al., 2010</i> ³³	5 RS 13 ECA 4 guidelines	OMT vs. Ausência de tratamento	OMT como opção de tratamento eficaz para lombalgia crónica.	SORT A/1
<i>Orrock P.J. et al., 2013</i> ³⁴	2 ECA	OMT vs. Ausência tratamento ou placebo vs. Fisioterapia e exercícios em grupo	OMT com ação semelhante em ambos os grupos.	SORT B/2
<i>Franke H. et al., 2014</i> ³⁵	15 ECA	OMT vs. Terapia manual vs. Ausência tratamento ou placebo	OMT eficaz na melhoria da lombalgia crónica e no status funcional na lombalgia inespecífica crónica.	SORT B/1
<i>Chou R. et al., 2017</i> ³⁶	1 guideline 2 RS 16 ECA	OMT vs. Ausência tratamento ou placebo vs. Opções terapêuticas não farmacológicas	OMT revelou controlo ligeiro na lombalgia crónica.	SORT A/1
<i>Verhaeghe N. et al., 2018</i> ³⁷	19 ECA	OMT vs. Tratamento convencional	OMT considerado efetivo em cinco estudos. Os restantes dois estudos não avaliaram o controlo da dor.	SORT B/1
<i>Farra F.D., et al., 2020</i> ³⁸	10 ECA	OMT vs. Tratamento convencional	Eficácia no uso de OMT no controlo de dor e melhoria do status funcional em comparação com grupo controlo.	SORT B/2

Legenda: ECA - ensaios clínicos aleatorizados; OMT - tratamento osteopático; RS - revisões sistemáticas; SORT - *Strength of Recommendation Taxonomy*.

Quadro II. Descrição resumida dos ensaios clínicos aleatorizados incluídos.

Referência	População	Intervenção	Resultados	NE
<i>Andersson GB et al., 1999</i> ³⁹	Estados Unidos da América <i>n</i> = 155 [20; 59] anos de idade	Tratamento simulado (Grupo 1: <i>n</i> = 72) vs. OMT (Grupo 2: <i>n</i> = 83) 12 meses: 4 sessões na primeira semana e depois 4 sessões com intervalos de 2 semanas.	Melhoria durante as 12 semanas. Sem diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em qualquer uma das medidas de resultados primários. Grupo submetido a OMT necessitou significativamente menos medicação e fisioterapia.	SORT A/2
<i>Licciardone J.C. et al., 2003</i> ⁴⁰	Estados Unidos da América <i>n</i> = 91 (Intervalo de idades entre 21 e 69)	OMT (Grupo 1: <i>n</i> = 48) vs. Tratamento simulado (Grupo 2: <i>n</i> = 23) vs. Tratamento controle - sem intervenção (Grupo 3: <i>n</i> = 20) 7 sessões durante 5 meses.	Melhoria de resultados na intensidade da limitação funcional da dor lombar crônica e menos uso de medicação, quando tratados com OMT.	SORT B/2
<i>Licciardone J.C. et al., 2013</i> ⁴¹	Estados Unidos da América <i>n</i> = 455 (Intervalo de idades entre 21 e 69 anos)	OMT (<i>n</i> = 230) vs. Tratamento simulado (<i>n</i> = 225) 6 sessões durante 8 semanas.	Quando usado OMT, verificou-se alívio moderado a substancial da lombalgia e menos uso de medicação. Sem eficácia na função lombar, saúde geral ou incapacidade laboral.	SORT B/1
<i>Licciardone C., et al., 2013</i> ⁴²	Estados Unidos da América <i>n</i> = 455 (Intervalo entre 21 e 69 anos)	OMT (<i>n</i> = 230) vs. Tratamento simulado (<i>n</i> = 225) 6 sessões ao longo de 8 semanas.	Melhoria substancial da lombalgia crônica quando usado OMT na dor de alta intensidade. OMT consistentemente associado a benefícios em todos os outros desfechos secundários em pacientes com lombalgia crônica de elevada intensidade, mas a significância estatística e a relevância clínica dos resultados variaram.	SORT B/1
<i>Licciardone J.C., 2014</i> ⁴³	Estados Unidos da América <i>n</i> = 455 (Intervalo de idades entre 21 e 69 anos)	OMT (<i>n</i> = 230) vs. Tratamento simulado (<i>n</i> = 225) 6 sessões ao longo de 8 semanas.	OMT associado com melhoria substancial no controlo da lombalgia crônica. Podem ser necessárias poucas sessões de OMT para atingir e prevenir resposta de curto prazo a este tratamento.	SORT B/1
<i>Licciardone J.C. et al., 2016</i> ⁴⁴	Estados Unidos da América <i>n</i> = 455 (Intervalo de idades entre 21 e 69 anos)	OMT (<i>n</i> = 230) vs. Tratamento simulado (<i>n</i> = 225) 6 sessões durante 8 semanas.	Alguns utentes apresentaram melhorias na intensidade da dor e função lombar. Um tratamento “teste” de OMT pode ser útil antes de progredir para outras intervenções mais caras ou invasivas.	SORT B/1
<i>Licciardone J.C., et al., 2016</i> ⁴⁵	Estados Unidos da América <i>n</i> = 455 (Intervalo de idades entre 21 e 69 anos)	OMT (<i>n</i> = 230) vs. Tratamento simulado (<i>n</i> = 225) 6 sessões ao longo de 8 semanas.	Alguns utentes apresentaram melhorias na intensidade da dor e função lombar. Um tratamento “teste” de OMT pode ser útil antes de progredir para outras intervenções mais caras ou invasivas.	SORT B/2
<i>Licciardone J.C., et al., 2020</i> ⁴⁶	Estados Unidos da América <i>n</i> = 445 (Intervalo de idades entre 21 e 79)	OMT (<i>n</i> = 79) vs. Tratamento simulado (<i>n</i> = 48) vs. Tratamento médico convencional (<i>n</i> = 318) 6 sessões ao longo de 8 semanas.	OMT vs. tratamento convencional: Tratamento osteopático mostrou menor intensidade de dor e menor uso de medicação. Tratamento simulado vs. tratamento médico convencional: sem diferenças significativas.	SORT B/2

Legenda: OMT - tratamento osteopático; SORT - *Strength of Recommendation Taxonomy*; vs. - versus.

Quadro III. Descrição resumida das normas de orientação clínica/*guidelines* incluídas.

<i>Guideline</i>	Recomendação	NE
American Osteopathic Association <i>guidelines</i> for osteopathic manipulative treatment (OMT) for patients with low back pain, 2010 ⁴⁷	Existe uma redução significativa da lombalgia com o tratamento osteopático, superior ao efeito placebo e persistindo durante o 1.º ano de tratamento.	SORT C/1
Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain, 2015 ⁴⁸	Não há evidência científica suficiente para recomendar tratamento osteopático quer para a prevenção quer para tratamento/controlo de lombalgia crónica. Benefício para lombalgia aguda/subaguda.	SORT C/1
American Osteopathic Association <i>Guidelines</i> for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain, 2016 ⁴⁹	A Associação Osteopática Americana considera o recurso a tratamento osteopático no tratamento de pacientes com lombalgia crónica.	SORT B/2

Legenda: SORT - *Strength of Recommendation Taxonomy*.

MUSICOTERAPIA E A QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

MUSIC THERAPY AND QUALITY OF LIFE IN PALLIATIVE CARE: AN EVIDENCE-BASED REVIEW

Autoras:

A. Isabel Silva¹, Marta Duarte Gomes²

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças ameaçadoras de vida. A musicoterapia parece contribuir para tal, porém é necessária mais evidência. Esta revisão tem como objetivo avaliar a existência de uma associação entre a aplicação de técnicas de musicoterapia aos doentes em cuidados paliativos e a melhoria da sua qualidade de vida.

Métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos publicados até 11 de junho de 2021, nas línguas portuguesa e inglesa, indexados em bases de dados científicas, utilizando os termos de pesquisa “palliative care”, “quality of life” e “music therapy”.

Resultados: Incluíram-se uma revisão sistemática e três revisões sistemáticas com meta-análise. Dos estudos avaliados, um demonstrou melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida e os restantes mostraram uma melhoria não estatisticamente significativa.

Discussão: Embora a maioria dos estudos incluídos aponte no sentido de benefício da musicoterapia, estes apresentaram elevada heterogeneidade nas variáveis avaliadas e amostras diminutas o que dificulta a obtenção de conclusões estatisticamente significativas.

Conclusão: Parece haver evidência de que a musicoterapia seja eficaz na melhoria da qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos (força de recomendação B).

Palavras-chave: cuidados paliativos, musicoterapia, qualidade de vida

ABSTRACT

Introduction: Palliative care aims to improve the quality of life of patients with life-threatening diseases. Music therapy appears to contribute to this, but more evidence is needed. This review aims to evaluate the existence of an association between the application of music therapy techniques to patients undergoing palliative care and the improvement of their quality of life.

Methods: Bibliographic search of articles published until June 11, 2021, in Portuguese and English, indexed in scientific databases, using the search terms “palliative care”, “quality of life” and “music therapy”.

Results: One systematic review and three systematic reviews with meta-analysis were included. Of the studies evaluated, one showed a statistically significant improvement in quality of life and the other showed a non-statistically significant improvement.

Discussion: Although most of the included studies point towards the benefit of music therapy, they showed high heterogeneity in the variables evaluated and small samples, which makes it difficult to obtain statistically significant conclusions.

Conclusion: There appears to be evidence that music therapy is effective in improving the quality of life of patients in palliative care (strength of recommendation B).

Keywords: palliative care, music therapy, quality of life

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

2. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Terras de Santa Maria, ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os cuidados paliativos (CP) como uma abordagem de intervenção que visa prevenir e aliviar o sofrimento dos doentes e das suas famílias perante problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, quer sejam físicos, psicológicos, sociais ou espirituais.¹ Estes procuram melhorar a qualidade de vida que se traduz por um conceito complexo, multidimensional e subjetivo, com especial importância no final da vida dos doentes em CP.^{2,3,4} A qualidade de vida pode ser definida como uma percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.⁵ Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes em CP podem ser utilizadas terapêuticas adjuvantes aos tratamentos convencionais como a musicoterapia.² Esta consiste em intervenções musicais aplicadas por um musicoterapeuta após a avaliação das necessidades e preferências dos doentes, podendo incluir atividades como cantar, ouvir ou criar músicas, entre outras. A música facilita a expressão dos seus sentimentos e emoções, promovendo o fortalecimento das relações de suporte com aqueles que os rodeiam.^{2,3}

Até à data, já foram publicados vários estudos que avaliaram a eficácia da musicoterapia na melhoria da qualidade de vida dos doentes em CP. Contudo, apesar de alguns sugerirem um benefício neste subgrupo de doentes, os resultados dessas investigações são heterogêneos, levando à necessidade de sistematizar o conhecimento existente acerca desta temática.^{2,6}

O objetivo desta revisão baseada na evidência (RBE) é avaliar a existência de uma associação entre a aplicação de técnicas de musicoterapia aos doentes em CP e a melhoria da sua qualidade de vida.

MÉTODOS

A 11 de junho de 2021, às 14 horas, as autoras realizaram uma pesquisa bibliográfica de *guidelines*, revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA) e estudos originais (EO) nas bases de dados *Guidelines Finder* (NICE), *The Cochrane Database*, *Bandolier*, *BMJ Evidence-Based Medicine*, *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* (DARE), *Clinical Practice Guidelines* (CPG) *Infobase* e *MEDLINE/PubMed*, utilizando os termos de pesquisa “palliative care”, “music therapy” e “quality of life”.

Os critérios utilizados para a inclusão de artigos foram definidos segundo o modelo PICO: População - adultos (≥ 18 anos) a receber CP; Intervenção

- musicoterapia como adjuvante da terapêutica convencional; Comparação - terapêutica convencional sem intervenções adjuvantes; *Outcome* - melhoria da qualidade de vida. Além disso foram apenas incluídos artigos publicados nas línguas portuguesa e inglesa, nos últimos 10 anos.

Definiram-se como critérios de exclusão artigos duplicados, relatos de caso, notícias, revisões clássicas, artigos de opinião, estudos incluídos em RS ou MA já selecionadas para inclusão nesta revisão e estudos que não cumprissem os critérios de inclusão supracitados.

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

Dos 61 artigos obtidos, excluíram-se 57 (nove por repetição; 32 após leitura do título; três após leitura do resumo; seis por impossibilidade de acesso ao artigo integral; três após leitura integral do artigo; e quatro EO por estarem incluídos nas revisões sistemáticas com meta-análise (MA) e na RS selecionadas para inclusão na RBE). Os quatro estudos selecionados para análise incluíram uma RS e três MA como representado na Figura 1.

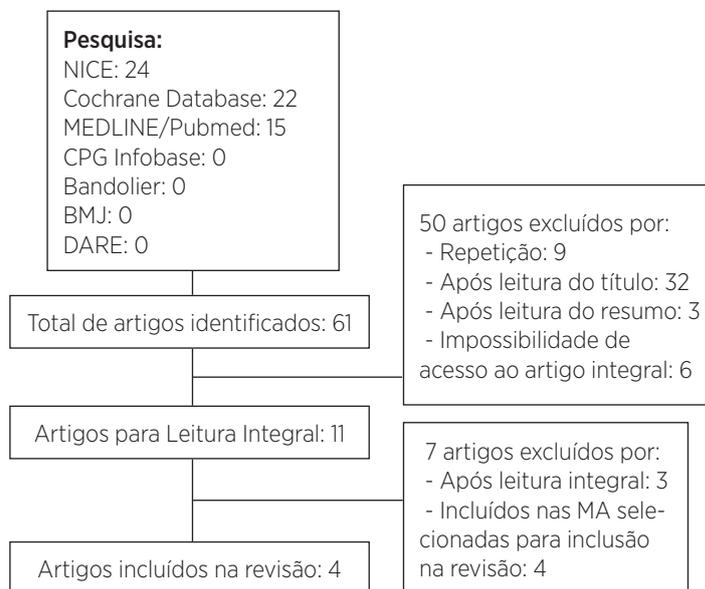


Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos.

Legenda: OMT - tratamento osteopático; SORT - *Strength of Recommendation Taxonomy*; vs. - versus.

RESULTADOS

No Quadro I é apresentada a caracterização sumária dos estudos incluídos nesta RBE: uma RS e três MA.

O estudo de *Köhler et al.* (2020) teve como objetivo realizar uma análise narrativa e quantitativa dos

efeitos da musicoterapia em doentes adultos com cancro em diferentes estádios.⁷

Relativamente aos estudos, foram incluídos 30 artigos na RS e 21 na MA.

Dos artigos incluídos na RS, apenas dois respondiam ao PICO definido: o estudo de *Hilliard* (2003) e o de *Porter et al.* (2018).

O estudo de *Hilliard* (2003) incluiu doentes com cancro avançado sob CP domiciliários distribuídos por um grupo experimental ($n = 40$) e um grupo de controlo ($n = 40$). A intervenção consistia na visita do musicoterapeuta na primeira semana de admissão dos doentes. Este procedia à avaliação das necessidades específicas dos mesmos, decidindo qual o plano de musicoterapia mais adequado (cantar, ouvir música ao vivo, analisar letras de música, tocar instrumentos musicais, entre outros), e posteriormente,

realizava a sessão. No final de cada sessão, era pedido aos doentes que respondessem ao questionário de qualidade de vida *Hospice Quality of Life Index - Revised* (HQLI-R). Estas sessões ocorriam com frequência semanal ou bimensal conforme a necessidade, num total de duas a 13, dependendo da altura da morte. Todos os doentes do estudo foram capazes de responder ao HQLI-R nas primeiras duas sessões, motivo pelo qual apenas se usaram esses resultados para a análise estatística - análise de variância ANOVA: $F(1, 72) = 8.437; p < 0.05$. Assim, o estudo concluiu que no grupo submetido a musicoterapia, houve uma melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida logo após a primeira sessão. Na segunda sessão, verificou-se novo aumento da mesma no grupo experimental.⁴

Quadro I. Características dos estudos incluídos.

Artigo	Tipo de Estudo	População	Objetivo	Intervenção	Resultados	NE
Revisões Sistemáticas						
<i>Köhler et al.</i> (2020)						2
<i>Hilliard</i> (2003), EUA	ECR	80 doentes com cancro avançado a receberem tratamentos de CP em regime de ambulatório	Avaliar os efeitos da musicoterapia na qualidade de vida, no tempo de vida restante após internamento, no estado físico e na relação entre a ocorrência de morte e a última intervenção de musicoterapia na população em estudo.	Sessões de musicoterapia em adjuvância ao tratamento convencional em comparação com o tratamento convencional.	Melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida no grupo experimental.	
<i>Porter et al.</i> (2018), Irlanda do Norte	ECR	51 doentes internados em unidades de CP	Avaliar a potencial eficácia da musicoterapia na melhoria da qualidade de vida da população em estudo.	Sessões de musicoterapia em adjuvância ao tratamento convencional em comparação com o tratamento convencional.	Melhoria da qualidade de vida não estatisticamente significativa no grupo experimental.	
<i>Gao, Y. et al.</i> (2019)						2
<i>Nguyen</i> (2003), EUA	ECR	20 doentes em fase terminal com diferentes patologias	Avaliar a qualidade de vida, nível de ansiedade e satisfação dos familiares dos doentes em fase terminal numa instituição médica.	Sessões de musicoterapia em adjuvância ao tratamento convencional em comparação com o tratamento convencional.	Melhoria da qualidade de vida não estatisticamente significativa no grupo experimental.	
<i>Huirong et al.</i> (2015), China	EC	155 doentes com cancro avançado em CP	-	Sessão de musicoterapia em adjuvância ao tratamento convencional em comparação com o tratamento convencional.	-	
<i>Hilliard</i> (2003), EUA			Ver acima			
<i>Warth, M. et al.</i> (2019)						2
<i>Hilliard</i> (2003), EUA			Ver acima			
<i>McConnel, T. et al.</i> (2016)						2
<i>Nguyen</i> (2003), EUA			Ver acima			

Legenda: CP - Cuidados Paliativos; EUA - Estados Unidos da América; EC - ensaio clínico; ECR - ensaio clínico randomizado; NE - nível de evidência.

O estudo de *Porter et al.* (2018) incluiu 51 doentes internados numa unidade de CP distribuídos num grupo de intervenção ($n = 25$) submetido a sessões individuais de musicoterapia como tratamento adjuvante ao tratamento convencional; e num grupo de controlo ($n = 26$) submetido apenas ao tratamento convencional. As sessões de musicoterapia tinham a duração máxima de 45 minutos e aconteciam duas vezes por semana, durante três semanas. Cada sessão era adaptada às necessidades, interesses e níveis de energia do doente naquele momento, incluindo por exemplo cantar, tocar e criar músicas. Para avaliar o impacto na qualidade de vida, foi aplicado o questionário *McGill Quality of Life Questionnaire* (MQoL) na primeira sessão e após uma semana. No grupo de intervenção houve uma melhoria de 0.5 pontos [desvio padrão (DP): 0.9] e de 0.2 pontos no grupo de controlo (DP: 1.1), pelo que a diferença entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa a favor da musicoterapia: 0.30 [intervalo de confiança (IC) de 95%: - 0.45 - 1.05, $p = 0.43$].⁸

Relativamente à MA, os autores dividiram-na em três grupos: bem-estar psicológico, qualidade de vida e sofrimento associado aos sintomas físicos. De acordo com o PICO estabelecido para a RBE, apenas a análise relativa ao grupo da qualidade de vida foi relevante. A MA concluiu que existiam efeitos modestos, mas estatisticamente significativos da musicoterapia na qualidade de vida ($d = 0.36$, $p = 0.023$).⁷

O estudo de *Gao et al.* (2019) teve como objetivo avaliar a eficácia da musicoterapia em doentes em CP, na melhoria dos parâmetros fisiológicos e psicológicos.³

Relativamente aos estudos, foram incluídos 11 ensaios clínicos randomizados (ECR) na RS e na MA.

Dos artigos incluídos, apenas três respondiam ao PICO definido: o estudo de *Nguyen* (2003), de *Huirong et al.* (2015) e o de *Hilliard* (2003).

O estudo de *Nguye* (2003) incluiu 20 doentes em fase terminal com diferentes patologias, distribuídos pelo grupo experimental ($n = 10$) e pelo grupo de controlo ($n = 10$). No grupo de intervenção, na sessão inicial, eram recolhidas informações acerca das preferências musicais dos doentes e dados que pudessem ser usados na criação de uma música para a sessão seguinte (celebração de fim de vida). No final da celebração, era pedido aos doentes e seus familiares que preenchessem o questionário de qualidade de vida HQLI-R. O autor aplicou o teste *Mann Whitney U two-tailed* obtendo um score U de 77 no grupo controlo e de 28 no grupo experimental, demonstrando que não havia uma diferença estatisticamente significativa na

melhoria da qualidade de vida entre os dois grupos ($n_1 = 10$, $n_2 = 10$, $\alpha = 0.05$, critical U = 23).²

O estudo de *Huirong et al.* (2015) incluiu uma amostra de 155 doentes com cancro avançado em CP. No grupo experimental foram alocados 58 doentes e 97 no grupo de controlo. A intervenção consistiu numa sessão única de musicoterapia onde foi utilizada música gravada, como adjuvante do tratamento convencional em comparação com o tratamento convencional isoladamente. Para avaliar o impacto da musicoterapia na qualidade de vida dos doentes, estes responderam ao questionário *EORTC Quality of Life Questionnaire - Core Questionnaire* (EORTC QLQ-C30).⁹

O estudo de *Hilliard* (2003) estava também incluído na RS de *Köhler et al.* (2020) previamente citada, pelo que a sua análise se encontra acima descrita.

Relativamente à MA, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida dos doentes em fase terminal em CP que receberam musicoterapia quando comparado com o tratamento convencional (diferença de médias padronizada: 0.61; IC de 95%: 0,41 - 0,82, $p < 0.00001$).³

O estudo de *Warth et al.* (2019) teve como objetivo rever a literatura e realizar uma análise estatística da evidência disponível sobre as intervenções psicossociais breves em doentes sob CP. Estas intervenções foram definidas pelos autores como requerendo quatro ou menos sessões concluídas no prazo máximo de 21 dias.¹⁰

No total, foram incluídos 15 ECR na RS e na MA, que reportaram os efeitos de 17 intervenções, sendo a musicoterapia, uma das técnicas mais usadas.

Dos artigos incluídos, apenas um respondia ao PICO definido: o estudo de *Hilliard* (2003).

O estudo de *Hilliard* (2003), estava também incluído na RS de *Köhler et al.* (2020) previamente citada, pelo que a sua análise se encontra acima descrita.

Relativamente à MA, os autores dividiram-na em três grupos: qualidade de vida, sofrimento emocional e sofrimento existencial. De acordo com o PICO estabelecido, apenas a análise relativa ao grupo da qualidade de vida foi relevante. Para a avaliação desse parâmetro, incluíram-se nove estudos. O modelo de efeitos aleatórios demonstrou um efeito estatisticamente significativo a favor das intervenções psicossociais (IC: 0.15 - 1.30, $p = 0.02$).¹⁰

O estudo de *McConnel et al.* (2016) teve como objetivo avaliar a eficácia da musicoterapia em comparação com o tratamento convencional isoladamente

ou em comparação com o tratamento convencional combinado com terapêuticas adjuvantes, na melhoria dos *outcomes* psicológicos, fisiológicos e sociais em doentes adultos em CP.⁶

Relativamente aos estudos, foram incluídos três ECR na RS.

Dos artigos incluídos, apenas um respondia ao PICO: o estudo de *Nguyen* (2003).

Este estudo também estava incluído na RS de *Gao et al.* (2019) previamente citada, pelo que a sua análise se encontra acima descrita.

DISCUSSÃO

Os estudos incluídos neste trabalho confirmaram a noção prévia da ausência de consenso relativamente ao conceito de qualidade de vida. De facto, alguns autores consideraram que o controlo da dor e da ansiedade, bem como a melhoria da depressão e do bem-estar geral por si só, correspondiam a uma melhoria da qualidade de vida. Contudo não utilizaram qualquer escala validada para avaliação da mesma. Acresce que os questionários aplicados para avaliar a qualidade de vida variavam entre os estudos dificultando a homogeneização dos resultados e consequentemente a resposta ao *outcome* desta revisão.

Para além disso, em cada estudo e num mesmo doente, dependendo das sessões, podiam ser usadas diferentes técnicas de musicoterapia adaptadas às necessidades do momento. Assim, quando não se verificava uma melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida no grupo experimental, tornava-se difícil concluir se esse resultado era devido à musicoterapia no geral ou apenas à abordagem e às técnicas utilizadas naquele estudo.

Os estudos analisados mostraram uma elevada heterogeneidade em relação às características da população do grupo experimental já que nem todos os doentes eram de CP; às características do grupo de controlo, nem sempre submetido apenas ao tratamento convencional; às intervenções no grupo experimental que podiam ser outras terapêuticas adjuvantes que não a musicoterapia; e aos *outcomes* considerados, dado que alguns artigos não tinham como objetivo avaliar a qualidade de vida. Assim, não foi possível extrapolar as conclusões da RS e das MA para a presente revisão. De facto, apenas alguns estudos respondiam ao PICO definido pelas autoras. No *Köhler et al.* (2020), nem todos os estudos possuíam como população doentes em CP;⁷ no *Gao et al.* (2019), em alguns estudos, a população dos grupos experimental e de controlo, as intervenções e os *outcomes* avaliados não respondiam ao PICO,³ e

no *Warth et al.* (2019), em alguns estudos, a população do grupo controlo não era sujeita apenas ao tratamento convencional e/ou as intervenções não respondiam ao PICO.¹⁰ Relativamente ao *Huirong et al.* (2015), não se conseguiu perceber se o ensaio clínico era randomizado nem os objetivos do estudo e as suas conclusões, uma vez que na RS MA onde o artigo era citado não era fornecida mais informação acerca do mesmo e que não foi possível obter na íntegra o artigo original, inviabilizando o uso do estudo para as conclusões desta revisão.⁹

Nas MA e RS analisadas, dos EO compatíveis com o PICO desta revisão, apenas um demonstrou uma melhoria da qualidade de vida estatisticamente significativa,⁴ enquanto os outros dois, demonstraram uma melhoria não estatisticamente significativa.^{2,8}

Relativamente às limitações desta RBE destacam-se o número reduzido de artigos incluídos e o facto de nesses artigos apenas uma minoria dos EO corresponderem ao PICO. Portanto, apenas esses foram passíveis de análise. De referir também que os poucos EO analisados possuíam uma dimensão amostral diminuta. Além disso, a análise de um dos EO que correspondia ao PICO⁹ ficou inviabilizada pois não existia informação suficiente sobre este na MA e não foi possível aceder ao artigo na íntegra.

CONCLUSÃO

De acordo com os estudos incluídos neste trabalho parece haver evidência de que a musicoterapia seja eficaz na melhoria da qualidade de vida dos doentes em CP (força de recomendação B).

Embora os resultados dos estudos sejam encorajadores ainda não está totalmente demonstrado o benefício da intervenção supracitada. Esta falta de evidência demonstra a necessidade de mais estudos que avaliem esta associação, com metodologias rigorosas, reproduzíveis e comparáveis, no que respeita às populações incluídas, às intervenções de musicoterapia usadas e às escalas de qualidade de vida.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva. 2018;88 p.
- 2- Nguyen, Judy T. The effect of Music Therapy on end-of-life patients'quality of life, emotional state, and family satisfaction as measured by self-report. 2003;66. Available from: http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-2628
- 3- Gao Y, Wei Y, Yang W, Jiang L, Li X, Ding J, et al. The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2019;57(2):319–29. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.504>
- 4- Hilliard RE. The Effects of Music Therapy on the Quality and Length of Life of People Diagnosed with Terminal Cancer. J Music Ther. 2003;40(2):113–37.

- 5- Organization WH. WHOQOL User Manual. Iryo To Shakai. 1998;9(1):123-31.
- 6- McConnell T, Scott D, Porter S. Music therapy for end-of-life care: An updated systematic review. *Palliat Med.* 2016;30(9):877-83.
- 7- Köhler F, Martin ZS, Hertrampf RS, Gäbel C, Kessler J, Ditzen B, et al. Music therapy in the psychosocial treatment of adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2020;11(April):1-15.
- 8- Porter S, McConnell T, Graham-Wisener L, Regan J, McKeown M, Kirkwood J, et al. A randomised controlled pilot and feasibility study of music therapy for improving the quality of life of hospice inpatients. *BMC Palliat Care.* 2018;17(1):1-9.
- 9- Huirong Z, Hongning J, Bo Y et al. Effect of music therapy on end-stage quality of life in elderly patients with malignant tumors. *Chin J Mult Organ Dis Elder.* 2015;(14):458-62.
- 10- Warth M, Kessler J, Koehler F, Aguilar-Raab C, Bardenheuer HJ, Ditzen B. Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2019;33(3):332-45.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras não possuem conflitos de interesse a declarar.

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Isabel Neves Silva
ana.isabel.ns93@gmail.com

RECEBIDO: 11 de setembro de 2021 | ACEITE: 12 de abril de 2022

SÍNDROME PFAPA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PFAPA SYNDROME: A CASE REPORT

Autores:

Ana Cláudia Martins Novais¹, Patrícia Marques², Carolina Ferreira de Almeida³

RESUMO

Introdução: A síndrome PFAPA (*Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis and Adenitis*) é a principal causa de febre periódica na infância. Caracteriza-se por episódios súbitos e recorrentes de febre acompanhados de faringite, aftas orais e/ou adenomegalias cervicais. O caso clínico descrito pretende reforçar a importância do conhecimento da síndrome PFAPA pelos profissionais dos cuidados de saúde primários, de forma a identificar e referenciar celeremente os casos suspeitos.

Descrição do caso: Criança, do género masculino, de 3 anos de idade, com antecedentes de amigdalites de repetição e roncopia. Os pais apresentavam história de amigdalites de repetição. Foi internado para investigação de episódios recorrentes de febre alta, associados a faringite, aftas orais e/ou adenomegalias cervicais. No período intercrises permanecia assintomático, com crescimento e desenvolvimento psicomotor adequados e com estudos analíticos normais. Por suspeita de síndrome PFAPA, iniciou prednisolona 1 mg/kg/dia (toma única oral), com resolução da febre após algumas horas. Devido à recorrência dos episódios a cada três a quatro semanas, foi medicado com colquicina 0,25 mg/dia e, nas crises, mantinha prednisolona 1 mg/kg (até 2 tomas). Foi, ainda, recomendada adenoamigdalectomia, encontrando-se o doente a aguardar a intervenção cirúrgica.

Comentário: A síndrome PFAPA é uma condição benigna e autolimitada. O tratamento é opcional e depende da gravidade da doença e da duração dos episódios. Esta patologia tem um impacto significativo na qualidade de vida e leva frequentemente à prescrição indevida de antibióticos. Os cuidados de saúde primários são fundamentais no reconhecimento de casos suspeitos perante quadros clínicos inespecíficos e recorrentes. A articulação com os cuidados de saúde secundários promove o estabelecimento do diagnóstico e a otimização terapêutica, contribuindo para melhorar a qualidade de vida do doente e da família.

Palavras-chave: síndrome PFAPA; febre periódica

ABSTRACT

Introduction: PFAPA (*periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis*) syndrome is the most common cause of periodic fever in childhood. It is characterized by periodic fever episodes with an abrupt onset, accompanied by pharyngitis, oral aphthosis, and/or cervical lymphadenopathy. This case shows the importance of primary care physicians recognizing PFAPA syndrome, as the first point of contact with health care system, in order to identify and refer patients with suspicious clinical presentations.

Case report: Three-year-old male child, with history of recurrent tonsillitis and roncopathy. His mother and father had history of recurrent tonsillitis. He was admitted to the hospital to investigate recurrent episodes of fever, accompanied by pharyngitis, oral aphthosis, and cervical lymphadenopathy. He remained completely asymptomatic between episodes, with normal growth and development, and normal laboratory results. This clinical pattern was consistent with PFAPA syndrome, so the patient was treated with prednisolone 1 mg/kg/day (single oral dose), with resolution of fever after a few hours. Since his episodes recurred every three to four weeks, he started taking colchicine 0,25 mg daily and, during crisis, prednisolone 1 mg/kg (the first day of fever; possible to repeat on day 2 if fever persists). Adenotonsillectomy was also recommended (patient is waiting for the surgical intervention).

Comment: PFAPA syndrome is a benign self-limited disease. Treatment is not mandatory, as it depends on the severity of disease and the duration of episodes. This disease has a considerable impact on quality of life and frequently leads to inappropriate antibiotic prescription. Primary health care has an important role in identifying suspicious cases. Articulation between primary and secondary care promotes accurate diagnosis and treatment, which improves the quality of life for patients and their families.

Keywords: PFAPA syndrome; periodic fever

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Locomotiva, ACeS Médio Tejo

2. Médica Assistente de Pediatria, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Médio Tejo

3. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Locomotiva, ACeS Médio Tejo

INTRODUÇÃO

A síndrome PFAPA (*Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis and Adenitis*) constitui a principal causa de febre periódica na infância, tendo sido descrita pela primeira vez por *Marshall et al.*, em 1987.^{1,2}

Representa uma entidade subdiagnosticada, com impacto significativo na qualidade de vida individual e familiar. Um estudo europeu revela uma incidência de 2,3 casos por 10.000 crianças por ano.²⁻⁴

Surge habitualmente até aos cinco anos de idade. Tendencialmente, as crises vão-se tornando menos frequentes, com resolução espontânea ao fim de 3-5 anos de doença. Os episódios raramente ultrapassam os dez anos de idade, mas, em alguns casos, podem prolongar-se até à adolescência. Não apresenta distribuição étnica, sazonal ou geográfica preferencial e observa-se um ligeiro predomínio no género masculino.⁵⁻⁷

A sua causa e fisiopatologia ainda são motivo de controvérsia, mas os estudos mais recentes referem tratar-se de uma síndrome auto-inflamatória.¹⁻⁴

As manifestações clínicas caracterizam-se por episódios súbitos e recorrentes de febre acompanhados de faringite, aftas orais e/ou adenomegalias cervicais. A febre dura três a sete dias e recorre a cada duas a oito semanas. A temperatura corporal pode atingir os 39 - 40,5°C. A faringite (eritematosa ou exsudativa) está presente em mais de 90% dos casos. Nas crianças mais pequenas, pode manifestar-se por recusa alimentar e sialorreia. As aftas orais identificam-se em até 50% dos doentes, sendo tipicamente úlceras dolorosas com um diâmetro < 1 cm e bordo bem definido. Podem surgir na mucosa oral ou na faringe e, se forem de pequenas dimensões, podem passar despercebidas. As adenomegalias cervicais surgem em até 75% dos casos, sendo geralmente bilaterais e com diâmetro < 5 cm.^{1-4,6}

Pode, ainda, verificar-se a existência de sintomas acompanhantes ligeiros, tais como: cefaleias, dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, artralgias e exantema.^{1-4,6}

Entre os episódios, as crianças permanecem assintomáticas, com crescimento e desenvolvimento psicomotor normais.¹⁻⁴

O diagnóstico de síndrome PFAPA baseia-se em critérios clínicos, inicialmente propostos por *Marshall et al.* em 1987. Nos últimos anos, têm vindo a sofrer modificações, sendo os critérios mais recentes de 2018, descritos por *Vanoni et al.* (Quadro I). Existem, ainda, os critérios de *Cantarini et al.*, de 2017, que se aplicam a casos de síndrome PFAPA de início tardio (≥ 16 anos de idade).^{1-3,5,6}

É considerado um diagnóstico de exclusão, pois implica a investigação de causas alternativas de febre

recorrente (Febre Mediterrânica Familiar, Síndrome de Hiperglobulinemia D, Doença de Behçet, Síndrome Periódica associada ao Recetor do Fator de Necrose Tumoral, entre outras) e a exclusão clínica e laboratorial de imunodeficiência, doença autoimune e infeção crónica.^{1-3,5}

Não existem testes laboratoriais específicos que permitam realizar o diagnóstico de síndrome PFAPA. Durante as crises, ocorre subida dos parâmetros inflamatórios, podendo verificar-se elevação da proteína C reativa e da velocidade de sedimentação e leucocitose moderada com neutrofilia, monocitose e linfopenia. Pode, ainda, haver aumento dos valores das imunoglobulinas A e D. A pesquisa na orofaringe de *Streptococcus pyogenes* do grupo A (SGA) é negativa. Fora da crise, verifica-se a normalização dos parâmetros inflamatórios.^{2,6,7}

O estudo genético é útil para excluir outras doenças auto-inflamatórias, sobretudo nos casos de síndrome PFAPA com manifestações atípicas. Até ao momento, não estão descritas mutações associadas à síndrome PFAPA.^{2,6}

Sendo esta síndrome uma condição autolimitada, o tratamento é opcional e depende da gravidade da doença e da duração dos episódios.^{1-3,6,8}

O caso clínico descrito pretende reforçar a importância do conhecimento da síndrome PFAPA pelos profissionais dos cuidados de saúde primários, de forma a identificar e referenciar celeremente casos suspeitos.

Quadro I. Critérios de diagnóstico de síndrome PFAPA de Vanoni et al. (2018)⁶

Idade de início dos sintomas	< 6 anos de idade
Definição de febre recorrente	Febre periódica com ≥ 6 meses: <ul style="list-style-type: none"> ● temperatura axilar $\geq 38,5^\circ\text{C}$ durante 2-7 dias; ● ≥ 5 episódios regulares de febre, com intervalo entre episódios ≤ 2 meses
Sintomas	≥ 1 em cada episódio; $\geq 2/3$ na maioria dos episódios: <ul style="list-style-type: none"> ● aftas orais; ● adenomegalias cervicais; ● faringite
Intervalo entre os episódios	Recuperação completa Crescimento normal
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> ● Infeções ● Imunodeficiências ● Neutropenia cíclica ● Outras causas de febre periódica

DESCRIÇÃO DO CASO

Criança do género masculino, de três anos de idade, raça caucasiana, pertencente a uma família nuclear, na fase V do ciclo de vida familiar de *Duvall*. Frequenta o infantário. Apresentava como antecedentes pessoais de relevo amigdalites de repetição

e roncopia, sendo acompanhado em consulta de Otorrinolaringologia. O desenvolvimento psicomotor e o crescimento eram adequados. Relativamente aos antecedentes familiares, os pais referiam história de amigdalites de repetição, com resolução espontânea na adolescência.

Em outubro de 2020, foi internado no serviço de Pediatria para investigação de episódios de febre periódica com um ano de evolução. O episódio atual caracterizava-se por febre com três dias de evolução (temperatura axilar máxima de 39,2°C, com intervalos de 4-6 horas), com resposta parcial a antipiréticos e associada a odinofagia e recusa alimentar parcial. Não apresentava tosse, expetoração, congestão nasal, rinorreia, queixas gastrointestinais ou génito-urinárias. Não foi identificado qualquer contexto epidemiológico. No exame objetivo, apresentava hiperémia da orofaringe e hipertrofia amigdalina, aftas linguais e adenomegalias cervicais. Não foram encontradas alterações na otoscopia, na auscultação cardíaca, na auscultação pulmonar e no exame abdominal e não apresentava exantemas. Do estudo com métodos complementares de diagnóstico, destacava-se: leucocitose (11.780/ μ L; 63% neutrófilos e 19% linfócitos); elevação da proteína C reativa (17,04 mg/dL) e da velocidade de sedimentação (104 mm/h); e elevação da substância amiloide A (834 mg/L). A radiografia torácica e a análise de urina não revelaram alterações. O resultado do painel respiratório superior, da pesquisa na orofaringe de SGA e da pesquisa de SARS-CoV-2 foi negativo. As serologias do vírus Epstein-Barr e do citomegalovírus e as hemoculturas foram negativas. Assim, foi excluída causa infecciosa.

Analisando os episódios prévios, sucediam crises recorrentes de febre alta desde os dois anos e cinco meses de idade, com um ano de evolução, com duração entre 3 a 5 dias e com uma periodicidade entre 3 a 4 semanas, geralmente acompanhadas de amigdalite ou faringite, adenomegalias cervicais e aftas orais. O desenvolvimento psicomotor e o crescimento eram adequados e no período intercrises verificava-se ausência de sintomas e de alterações laboratoriais. Perante estas características, foi colocada como hipótese de diagnóstico mais provável a síndrome PFAPA. Foi medicado com prednisolona 1 mg/kg/dia (toma única oral). Verificou-se resolução da febre algumas horas após a administração de corticoterapia, com melhoria franca do quadro clínico. Teve alta com orientação para consultas de Pediatria e Otorrinolaringologia.

Não houve encurtamento do intervalo intercrises com a toma de prednisolona. No entanto, pela

manutenção da recorrência dos episódios a cada três a quatro semanas, com impacto na qualidade de vida individual e familiar, foi medicado com colquicina 0,25 mg/dia (toma oral) e, nas crises, manteve prednisolona 1 mg/kg (até duas tomas orais em cada episódio, em dias consecutivos).

Na consulta de Otorrinolaringologia, foi recomendada a realização de adenoamigdalectomia, encontrando-se o doente a aguardar a intervenção cirúrgica.

Manteve seguimento ao nível dos cuidados de saúde primários, Pediatria e Otorrinolaringologia.

COMENTÁRIO

A síndrome PFAPA constitui uma condição benigna, autolimitada, com excelente prognóstico a curto e a longo prazo. Os episódios vão-se tornando menos graves, menos frequentes e de duração mais curta, com resolução na maioria dos casos até ao início da adolescência.^{1-3,5,6}

O tratamento é, assim, opcional, dependendo da gravidade da doença e da duração dos episódios.^{1-3,6,8}

Durante os episódios, o principal objetivo do tratamento reside no controlo sintomático. Os anti-inflamatórios não esteroides e antipiréticos apresentam resultados parcos e a utilização de antibióticos é ineficaz.

Os corticosteroides são a primeira linha de tratamento médico, já que induzem uma rápida remissão dos episódios. Está recomendada a administração de 1 - 2 mg/kg/dia de prednisolona ou 0,1 - 0,2 mg/kg/dia de betametasona no primeiro ou segundo dia de crise, verificando-se resolução eficaz da febre em 24 horas e dos outros sintomas de forma gradual. No entanto, estes fármacos não previnem as recorrências e parecem encurtar o intervalo entre crises em 25 - 50% dos casos.^{1-3,6}

Apesar de controverso, a colquicina (na dose de 0,5 - 1 mg/dia, via oral) pode ser utilizada como segunda linha de tratamento, como terapêutica profilática, pois parece reduzir a frequência das crises. Apresenta boa tolerabilidade, sendo que os efeitos adversos mais comuns são gastrointestinais.^{1,3}

Outras opções terapêuticas têm-se mostrado úteis na prevenção de episódios recorrentes ou quando se verifica encurtamento significativo do intervalo intercrises, situação que pode ocorrer após o início da corticoterapia. Alguns exemplos são: cimetidina, antagonistas da interleucina 1 (Anakinra®) e vitamina D.^{1-3,6}

O tratamento cirúrgico reserva-se para os casos mais graves. Em crianças com intervalos curtos entre episódios que necessitem frequentemente de

corticoterapia, que evidenciem sintomas refratários ao tratamento médico ou cujas crises apresentem impacto significativo na qualidade de vida, a amigdalectomia (associada ou não a adenoidectomia) parece induzir a remissão dos episódios.^{2,3,8}

Todas as crianças apresentam desenvolvimento psicomotor e crescimento adequados e não apresentam sequelas a longo prazo.¹⁻⁴

Apesar do prognóstico favorável, esta patologia tem um impacto significativo na qualidade de vida individual e familiar e leva frequentemente à prescrição indevida de antibioterapia. Nesse sentido, os cuidados de saúde primários são fundamentais no reconhecimento de casos suspeitos perante quadros clínicos inespecíficos e recorrentes.

A articulação com os cuidados de saúde secundários promove o estabelecimento do diagnóstico de síndrome PFAPA e a otimização terapêutica, contribuindo para melhorar a qualidade de vida da criança e da sua família.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Vanoni F, Theodoropoulou K, Hofer M. PFAPA syndrome: a review on treatment and outcome. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2016;14(1):38.
- 2- Soon GS, Laxer RM. Approach to recurrent fever in childhood. *Can Fam Physician*. 2017;63(10):756–62.
- 3- Rigante D, Gentileschi S, Vitale A, Tarantino G, Cantarini L. Evolving Frontiers in the Treatment of Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, Cervical Adenitis (PFAPA) Syndrome. *Isr Med Assoc J*. 2017;19(7):444-7.
- 4- Sangiorgi E, Azzarà A, Molinaro C, Pietrobono R, Rigante D, Verrecchia E, et al. Rare missense variants in the ALPK1 gene may predispose to periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis (PFAPA) syndrome. *Eur J Hum Genet*. 2019;27(9):1361-8.
- 5- Sampaio I, Marques JG. Síndrome febre periódica, estomatite aftosa, faringite, adenite – análise retrospectiva de 21 casos. *Acta Med Port*. 2011;24(1):37-42.
- 6- Batu ED. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and cervical adenitis (PFAPA) syndrome: main features and an algorithm for clinical practice. *Rheumatol Int*. 2019;39(6):957-70.
- 7- Sousa H, Teixeira F, Reis MG, Guedes M. PFAPA, entidade rara ou pouco conhecida? Três casos clínicos. *Nascer e Crescer*. 2008;17(2):70-3.
- 8- Burton MJ, Pollard AJ, Ramsden JD, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy for periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis syndrome (PFAPA). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;12(12).

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse. O trabalho relatado neste manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo.

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Cláudia Martins Novais
anacmnovais@gmail.com

RECEBIDO: 29 de julho de 2021 | ACEITE: 05 de fevereiro de 2022

MACROCEFALIA NO LACTENTE: UM DESAFIO CLÍNICO

MACROCEPHALY IN THE INFANT: A CLINICAL CHALLENGE

Autores:

Daniela Moreira Ferreira¹, Daniela Costa Vieira²

RESUMO

Introdução: A macrocefalia define-se como um aumento do perímetro cefálico de cerca de 2 desvios-padrão acima da média para uma determinada idade e género, podendo constituir a primeira manifestação de diversas condições neurológicas congénitas ou adquiridas. A causa mais comum é a macrocefalia familiar benigna, constituindo cerca de 50% do total de casos e apresentando um prognóstico favorável.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso clínico de uma lactente de 6 meses com cruzamento de percentis de perímetro cefálico. Com um desenvolvimento psicomotor adequado, sem défices neurológicos. A ecografia transfontanelar não revelava alterações. Houve evolução favorável ao longo do tempo, com crescimento do perímetro cefálico de forma paralela às restantes curvas e após confirmação de história familiar positiva, diagnosticou-se macrocrania familiar benigna.

Comentário: Perante uma situação de macrocefalia deve ser efetuada uma abordagem que permita excluir condições subjacentes a um aumento da pressão intracraniana, nomeadamente as lesões ocupantes de espaço ou a hidrocefalia. A macrocrania benigna é uma macrocefalia constitucional. O aumento do perímetro cefálico pode não estar presente ao nascimento e, após estabelecido, vai aumentando de forma proporcional, paralelamente à curva do percentil 97. A família deve ser tranquilizada em relação à evolução e prognóstico favorável.

Palavras-chave: macrocefalia familiar benigna; megalencefalia; crescimento

ABSTRACT

Introduction: Macrocephaly is defined as an increase in head circumference of about 2 standard deviations above the average for a given age and gender, and may be the first manifestation of several congenital or acquired neurological conditions. The most common cause is benign familial macrocephaly, constituting about 50% of the total cases and presenting a favorable prognosis.

Case description: We present the clinical case of a six-month-old infant with cross of percentiles of head circumference. She presented an adequate psychomotor development, without neurological deficits. Transfontanellar ultrasound showed no changes. There was a favorable evolution over time, with head circumference growth parallel to the other curves and after confirmation of a positive family history, a benign family macrocrania was diagnosed.

Comment: In face of a situation of macrocephaly, an approach should be taken to exclude conditions underlying an increase in intracranial pressure, namely space-occupying lesions or hydrocephalus. Benign macrocrania is a constitutional macrocephaly. The increase in head circumference may not be present at birth and, once installed, increases proportionally, parallel to the 97th percentile curve. The family should be reassured about the evolution and favorable prognosis.

Keywords: benign familial macrocephaly; megalencephaly; growth

1. Assistente de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Cristêlo, ACeS do Tâmega II - Vale do Sousa Sul

2. Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Nascente, ACeS Grande Porto II - Gondomar

INTRODUÇÃO

A macrocefalia define-se como um aumento do perímetro cefálico (PC) de cerca de 2 desvios-padrão acima da média para uma determinada idade e género, contrariamente à megalecefalia que consiste no aumento do tamanho do parênquima cerebral.¹ A medição do PC é contemplada no exame objetivo das crianças até aos 36 meses e permite monitorizar o crescimento da cabeça.²

A macrocefalia é uma condição relativamente rara que pode ter múltiplas etiologias. Afeta de forma equivalente ambos os géneros e as diferentes raças. Dada a variedade etiológica, a sua incidência e prevalência não se apresentam documentadas.^{3,4}

A causa mais comum é a macrocefalia familiar benigna, constituindo cerca de 50% do total de casos e apresentando um prognóstico favorável. Contudo, a macrocefalia pode constituir a primeira manifestação de diversas condições neurológicas congénitas ou adquiridas.⁵ Esta condição clínica pode resultar do aumento do tamanho do parênquima cerebral ou do volume do líquido cefalorraquidiano, quer por aumento da produção ou por diminuição da reabsorção do deste, podendo também ser secundária a patologia óssea.⁶ O aumento do PC pode estar presente em lesões ocupantes de espaço (tais como tumores, coleções ou malformações vasculares), hidrocefalia, doenças metabólicas associadas a deposição de substâncias (como a galactosemia, mucopolissacaridoses, histiocitose), alterações da dimensão do crânio no contexto de síndromes (acondroplasia, síndrome de Sotos, *osteogenesis imperfecta*), entre outras condições patológicas. Na faixa etária dos 0 aos 6 meses deve-se ponderar também as malformações congénitas (como a espinha bífida ou a malformação de *Chiari*), as infeções *in utero* ou as hemorragias na fase perinatal (por prematuridade, hipóxia ou traumatismo) como possíveis causas de macrocefalia.^{5,7}

A maioria destas patologias condicionarão sinais e sintomas que poderão ser detetados na história clínica e no exame objetivo e que permitirão orientar a abordagem diagnóstica.^{5,6,7}

Perante uma situação de macrocefalia deve ser efetuada uma abordagem que permita excluir condições subjacentes a um aumento da pressão intracraniana, nomeadamente as lesões ocupantes de espaço ou a hidrocefalia.⁵

As patologias subjacentes requerem uma referência a cuidados hospitalares especializados o mais precocemente possível, no sentido de tratar, orientar e minimizar os danos.

DESCRIÇÃO DO CASO

Lactente do género feminino, com 6 meses de idade, caucasiana, observada na consulta de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil dos 6 meses, na unidade de saúde familiar, em agosto de 2019. Pertence a uma família nuclear, na fase IV do ciclo de *Duvall*, de nível socioeconómico médio-baixo. Os pais não são consanguíneos. É a segunda de uma fratria de dois. O pai e a irmã com 9 anos são saudáveis e a mãe padece de síndrome antifosfolipídico.

Trata-se de uma lactente pré-termo tardio, que nasceu às 36 semanas e 6 dias, por parto eutócico, resultado de uma gravidez planeada, vigiada e sem intercorrências. Como antecedentes neonatais apresenta taquipneia transitória do recém-nascido com internamento de 24 horas na Neonatologia e icterícia neonatal, com necessidade de fototerapia simples durante 14 horas. O rastreio endócrino-metabólico e as otoemissões acústicas não mostraram alterações. Realizou duas ecografias transfontanelares, no internamento e às 40 semanas de idade gestacional, sem alterações de relevo. Teve seguimento na Neonatologia até completar 1 mês de idade, tendo tido alta, mantendo seguimento apenas ao nível dos cuidados de saúde primários.

Realizou aleitamento materno exclusivo até aos 3 meses, passando a fazer fórmula adaptada para lactentes após esse período. Iniciou diversificação alimentar aos 4 meses com sopa. Encontrava-se a realizar suplementação com colecalciferol 666 UI por dia. O Programa Nacional de Vacinação encontrava-se atualizado com vacinas extraplano: duas doses de vacina contra o meningococo tipo B e duas doses da vacina contra o rotavírus.

Segundo as curvas *Intergrowth-21st*, apresentava uma evolução do crescimento no percentil (P) 3 de peso até aos 2 meses e P 10-50 até aos 4 meses; o comprimento no P 3 até aos 2 meses e P 3-10 aos 4 meses; o PC no P 10-50 até aos 2 meses e P 90-97 aos 4 meses.

Na consulta de vigilância dos 6 meses, acompanhada pela mãe, apresentava um bom estado geral, sendo ativa e curiosa. Estava bem adaptada à diversificação alimentar e não houve intercorrências desde a última consulta, aos 4 meses. O desenvolvimento psicomotor era adequado à idade: com boa convergência, conseguindo transferir objetos, levar à boca e atirar ao chão, mantinha-se sentada sem apoio por uns instantes e vocalizava monossílabos. Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo, sem alterações cutâneas e reflexo pupilar sem alterações. Na avaliação do crescimento, segundo as curvas da

Organização Mundial de Saúde (OMS) para a idade corrigida, apresentava peso de 8,06 g (P 50 - 85), comprimento de 63 cm (P 3 - 15) e PC 45 cm (superior ao P 97). Interpretando os valores de PC desde o nascimento, notaram-se vários cruzamentos de percentis (Quadro I). Apresentava fontanela posterior encerrada e fontanela anterior pequena normotensa, pulsátil. Perante a evidência de macrocefalia, apesar de apresentar um desenvolvimento psicomotor adequado, a lactente foi orientada para consulta de Pediatria.

Foi avaliada na consulta de Neonatologia em outubro de 2019, aos 8 meses, mantendo o aumento do PC, agora de forma tendencialmente paralela às restantes curvas. Não se objetivaram alterações ao exame objetivo, exceto impressão visual de macrocefalia, e o desenvolvimento psicomotor era adequado à idade. O PC da mãe situava-se no P 50 - 98, de acordo com as curvas de *Nellhaus*, no entanto, foi visualizada uma fotografia do pai, denotando-se provável macrocefalia. Considerando os dados da história clínica e exame objetivo, a macrocrania benigna mostrou-se a hipótese diagnóstica mais provável. Realizou ecografia transfontanelar, que não apresentava alterações, sendo orientada para consulta de Neurocirurgia.

Na consulta de Neurocirurgia, em janeiro de 2020, aos 11 meses de idade, estava acompanhada pelos dois progenitores. Apresentava um PC de 49 cm, com evolução acima do P 97, mas paralela às curvas. A medição do PC do pai apresentou um valor acima do P 98 na curva de *Nellhaus*, sendo compatível com macrocefalia.

Perante a história familiar positiva, com evolução do PC de forma proporcional, paralelamente às restantes curvas e na presença de um desenvolvimento psicomotor adequado à idade, confirmou-se o diagnóstico de macrocrania familiar benigna.

Quadro I. Evolução do perímetro cefálico nos primeiros seis meses de vida.

Idade	Perímetro cefálico	Percentil (P)*
Nascimento	35 cm	P 85
1 mês	36 cm	P 50
2 meses	38 cm	P 50-85
4 meses	42 cm	P 85-97
6 meses	45 cm	> P 97

*De acordo com as curvas da Organização Mundial da Saúde, para a idade corrigida.

Na consulta de vigilância dos 2 anos, em fevereiro de 2021, na unidade de saúde familiar, a criança apresentava um PC de 51,5 cm, superior ao P 97, com evolução paralela à curva, conforme representado na Figura 1. Mantinha desenvolvimento psicomotor adequado à idade e um exame objetivo sem alterações relevantes.

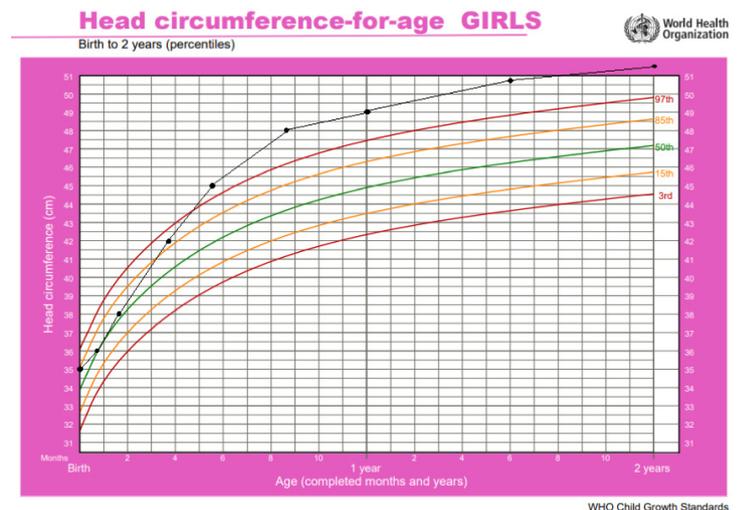


Figura 1. Evolução do PC desde o nascimento até aos 2 anos, segundo as curvas da Organização Mundial da Saúde. Até aos 18 meses foi utilizada a idade corrigida.

COMENTÁRIO

A Sociedade Portuguesa de Neonatologia recomenda a utilização das curvas *Intergrowth-21st* até às 64 semanas pós-parto nos recém-nascidos pré-termo; podendo utilizar-se as curvas da OMS para a idade corrigida após este período.⁸ Na sequência desta recomendação, estas diferentes curvas foram utilizadas para a avaliação de acordo com a idade da lactente.

Do ponto de vista técnico, o PC deve ser medido utilizando uma fita métrica que rodeie a cabeça 1-2 cm acima da glabella, anteriormente, e a porção mais proeminente do occipital, posteriormente (diâmetro fronto-occipital).⁴ É importante ter em conta a variabilidade interobservadores, devendo o PC ser medido preferencialmente pela mesma pessoa e com a mesma fita métrica.

A evolução do crescimento do PC ao longo do tempo é um fator informativo importante, podendo muitas vezes constituir um primeiro indicador de doença. O PC aumenta 2 cm por mês durante os primeiros 3 meses de vida, 1 cm por mês até aos 6 meses e 0,5 cm por mês entre os 6 e os 24 meses.⁴ Neste caso clínico, houve um aumento superior ao esperado, de 2 cm por mês dos 2 aos 4 meses, seguido de aumento de 1,5 cm por mês dos 4 aos 6 meses.

Apesar de a lactente apresentar um desenvolvimento psicomotor adequado à idade e um exame objetivo sem alterações, nomeadamente ausência de dismorfias, alterações cutâneas ou défices neurológicos, a evolução rápida do PC nos primeiros seis meses de vida constituiu um sinal de alerta que levou à referenciação.

Na suspeita de macrocefalia familiar benigna a ecografia transfontanelar não está recomendada. Na suspeita de uma macrocefalia constitucional, em que a evolução do PC é proporcional e acompanhada de desenvolvimento psicomotor adequado, a avaliação e seguimento clínico seriado são suficientes, não havendo necessidade de recorrer a estudo imagiológico, sobretudo quando existe história familiar de macrocefalia.^{4,6}

No entanto, deve ser realizada no caso de haver sintomas neurológicos associados ou na presença de cruzamento de mais do que dois percentis,⁶ como no presente caso.

Na presença de uma macrocefalia não evolutiva, deve ser verificado se existe macrocefalia nos pais, definida como PC superior ao percentil 98, segundo as curvas de Nellhaus.⁴ Uma criança com macrocefalia constitucional apresentará um desenvolvimento psicomotor adequado, um exame neurológico sem alterações, e história familiar positiva.⁵ É importante a avaliação do PC dos pais e irmãos, uma vez que a história familiar positiva é essencial para o diagnóstico.

Perante a constatação de macrocefalia constitucional deve-se tranquilizar a família em relação à benignidade da situação e evolução favorável.^{4,6}



CONFLITOS DE INTERESSE:

A autora Daniela Costa Vieira é membro da equipa da AIMGF Zona Norte no biénio de 2022-2023. As autoras declaram não haver outros conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Daniela Catarina Moreira Ferreira

RECEBIDO: 31 de maio de 2021 | ACEITE: 10 de fevereiro de 2022

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Varma R, William, SD, Wessel HB. Neurology. Zitelli BJ, Davis HW. Atlas of Pediatric Physical Diagnosis. Fifth Edition. Philadelphia: Mosby Elsevier. 2007; 563.
- 2- Amiel-Tison C, Gosselin J, Infant-Rivard C. Head growth and cranial assessment at neurological examination in infancy. *Dev Med Child Neurol.* 2002;44:643-8.
- 3- Olney AH. Macrocephaly syndromes. *Semin Pediatr Neurol.* 2007;14(3):128-35.
- 4- Macrocefalia: protocolo de atuação. Sociedade Portuguesa de Neuropediatria [consultado em maio de 2021]. Disponível em: https://neuropediatria.pt/protocolo.macrocefalia_1.pdf
- 5- Day RE, Schutt WH. Normal children with large heads - benign familial megalencephaly. *Arch Dis Child.* 1979;54(7):512-7.
- 6- Macrocephaly in infants and children: Etiology and evaluation. UptoDate [consultado em maio de 2021]. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/macrocephaly-in-infants-and-children-etiology-and-evaluation>
- 7- Macrocephaly. Nabi S. [consultado em maio de 2021]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/2500053-overview>
- 8- Pereira-da-Silva L, Virella D, Frutuoso S, Cunha M, Rocha G, Pissarra S. Recommendations of Charts and Reference Values for Assessing Growth of Preterm Infants: Update by the Portuguese Neonatal Society. *Port J Pediatr.* 2020;51:73-8.

DOENÇA DE MONDOR: UM RELATO DE CASO

MONDOR'S DISEASE: A CLINICAL CASE

Autores:

Joana Barroco¹, Cátia Arantes¹, Magna Vales¹, Nelma Gomes¹

RESUMO

Introdução: A doença de Mondor é uma entidade rara, benigna e autolimitada. O diagnóstico é clínico e caracteriza-se pela oclusão de uma veia superficial, documentada em ecografia. Uma das principais etiologias da doença de Mondor é o trauma recorrente do mesmo local anatómico, no entanto, pode ocorrer de forma subjacente a uma patologia autoimune. Na maioria dos casos o tratamento é apenas sintomático, com aplicação de calor local, repouso e analgésicos/anti-inflamatórios.

Descrição do caso: Este caso clínico refere-se a um indivíduo do género masculino, de 41 anos, que recorreu à consulta aberta por apresentar um “cordão” na região inframamária direita, doloroso. O doente associava este sinal a trauma recorrente nesse local. Fez ecografia que revelou “trombose de uma pequena veia superficial toracoepigástrica, compatível com doença de Mondor”. Foi pedido estudo analítico com despiste de patologia autoimune, tendo este revelado um anti-coagulante lúpico positivo. Foi colocada a hipótese de doença de Mondor, associada a uma síndrome antifosfolípídica. O doente foi encaminhado para consulta de Reumatologia. Foi repetido o estudo analítico, cujo resultado foi negativo, não se confirmando o diagnóstico da síndrome antifosfolípídica, tendo o doente tido alta da consulta de Reumatologia.

Comentário: Apesar de rara, esta patologia pode ser a manifestação clínica de outras situações mais graves que devem ser detetadas e tratadas atempadamente. No caso descrito, o doente apresentou vários fatores possíveis de serem a etiologia da doença de Mondor, no entanto, após ter sido estudado, concluiu-se que a mais provável terá sido o trauma recorrente do local anatómico. No entanto, foi importante a observação na consulta de Reumatologia, pela raridade da doença e para alertar o médico de família a possíveis situações semelhantes neste ou noutro utente.

Palavras-chave: síndrome antifosfolípídica; trombose venosa; anticorpos antifosfolípidos

ABSTRACT

Introduction: Mondor's disease is a rare, benign, and self-limiting entity. Its diagnostic is clinical and is characterized by the occlusion of a superficial vein, documented in an echography. One of the main etiologies of Mondor's disease is the recurrent trauma of the same anatomical site, however, it can occur as the result of an underlying autoimmune disease. In most cases, the treatment is only symptomatic, with application of local heat, rest and analgesics/anti-inflammatory drugs.

Case description: This paper presents the clinical case of a man who had a painful “cord” in the right inframammary region. He associated this complaint with recurrent trauma to that location. He had an ultrasound that revealed “thrombosis of a small superficial thoracoepigastric vein, compatible with Mondor's disease”. An analytical study was performed with screening for autoimmune diseases, revealing a positive lupus anticoagulant. The hypothesis of Mondor's disease associated with an antiphospholipid syndrome was considered. The patient was referred to a Rheumatology consultation. The analytical study was repeated, and came back negative, ruling out antiphospholipid syndrome, and the patient was discharged from the Rheumatology consultation.

Commentary: Although rare, this disease may be the clinical manifestation of other more serious conditions that must be detected and treated in a timely fashion. In the case described, the patient presented several factors that could be the etiology of Mondor's disease; however, after being studied, it was concluded that the most likely one was recurrent trauma of the anatomical site. However, observation in Rheumatology consultation was important, due to the rarity of the disease and to alert the family doctor to similar situations in this or another patient.

Keywords: antiphospholipid syndrome; venous thrombosis; antiphospholipid antibodies

1. Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar - Unidade de Saúde Familiar Viver Mais, ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo

INTRODUÇÃO

A doença de Mondor é uma entidade rara e caracteriza-se por uma manifestação clínica particular: a palpação de uma tumefação tipo “cordão” subcutânea. Este sinal corresponde à oclusão de uma veia subcutânea. Habitualmente esta manifestação ocorre longitudinalmente na região anterolateral da parede toracoabdominal, devido à sua ampla rede de veias superficiais, ocorrendo maioritariamente nas veias superficiais mamárias ou suas tributárias.^{1,2}

Uma das principais etiologias da doença de Mondor é o trauma recorrente do mesmo local anatómico, existindo, porém, outras causas que poderão estar associadas a esta patologia, como as doenças autoimunes.²

O caso clínico descrito permitirá revisitar as manifestações clínicas, a etiologia e a orientação médica e terapêutica mais adequadas desta doença.

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente de 41 anos do género masculino. Recorreu à consulta aberta em agosto de 2020, por apresentar uma tumefação tipo “cordão” na região inframamária direita, com dor local à palpação e três dias de evolução. Negou outras queixas e negou episódios semelhantes no passado. Referiu que utilizava diariamente um cartão de identificação na região afetada e que, por várias vezes, se debruçava sobre o mesmo, com repetido trauma local. O utente negou antecedentes pessoais de relevo, antecedentes familiares de patologia da mama ou de transtornos da coagulação. Negou toma de medicação habitual ou alergias medicamentosas conhecidas. Ao exame objetivo era palpável uma tumefação tipo “cordão” na região inframamária direita, como representado na figura 1. Não eram visíveis sinais inflamatórios na região circundante e esta era indolor à digitopressão. Não tinha outras alterações de relevo ao exame objetivo. Foi colocada a hipótese diagnóstica de trombose superficial da veia inframamária direita e pedida ecografia de partes moles dessa região. Foi prescrita terapêutica com anti-inflamatório, nomeadamente, ibuprofeno 600 mg de 12 em 12 horas durante três dias.

Em consulta de seguimento, ainda em agosto de 2020, foi analisado o resultado da ecografia de partes moles trazida pelo utente, cujo resultado foi a descrição de uma tumefação palpável na vertente lateral do tórax à direita, visualizando-se trombose de uma pequena veia superficial toracoepigástrica, compatível com doença de Mondor.



Figura 1. Fotografia da lesão.

No relatório era ainda referido que a tromboflebite das veias anterolaterais toracoabdominais é habitualmente idiopática, benigna e autolimitada, mas que podem existir casos de associação a uma síndrome para-neoplásica. De referir que nesta consulta o utente já não padecia de nenhuma queixa, estando o quadro resolvido.

Assim, foi confirmado o diagnóstico de doença de Mondor, com a suspeita de que a provável etiologia deste caso fosse o trauma repetido infligido pelo cartão de identificação; contudo, foram pedidos exames complementares, para despiste de causas imunes, marcadores tumorais, e, ainda, ecografia mamária.

O seguimento do doente foi atrasado durante cerca de seis meses, por este faltar recorrentemente às consultas marcadas. Após este período, o utente trouxe os resultados da ecografia mamária e do estudo analítico, que tinha efetuado em setembro de 2020. A ecografia não demonstrou quaisquer alterações. O estudo analítico revelou apenas um anticoagulante lúpico positivo, tendo os restantes marcadores de autoimunidade um resultado negativo, bem como os marcadores tumorais. O anticoagulante lúpico foi repetido no imediato, tendo em conta que já tinha decorrido o período de 12 semanas (período mínimo indicado para confirmação do resultado) e foi de novo confirmada a sua positividade.

Deste modo, o doente foi encaminhado para uma consulta hospitalar de Reumatologia por suspeita de doença de Mondor associada a uma síndrome antifosfolípica, para estudo e avaliação da necessidade de medidas terapêuticas de carácter preventivo. A consulta de Reumatologia ocorreu em maio de

2021, altura em que foi repetido o estudo analítico, tendo tido todos os marcadores de autoimunidade negativos, bem como descartada a hipótese de síndrome antifosfolípídica. Assim, teve alta da consulta de Reumatologia, com diagnóstico de doença de Mondor associada ao trauma local repetido. O doente não voltou a ter queixas do mesmo foro.

COMENTÁRIO

Mondor descreveu a trombose de veias superficiais da região toracoepigástrica em 1939. A incidência desta patologia é de cerca de 1,39%, no entanto este valor é baseado num único estudo com 1296 doentes.³ Assim, acredita-se que a incidência é de facto superior e está subdiagnosticada devido à baixa morbilidade e à resolução espontânea dos sintomas, levando a que muitos doentes não procurem cuidados de saúde.^{1,3}

Esta patologia afeta maioritariamente mulheres na terceira década de vida. Surge, na maioria dos casos, na região anterolateral da parede toracoabdominal, ocorrendo maioritariamente nas veias superficiais mamárias ou suas tributárias. Pode, no entanto, atingir outras regiões como o pénis, membros superiores ou região inguinal.^{1,2}

O diagnóstico de doença de Mondor é clínico, contudo a realização de ecografia doppler pode ajudar na sua confirmação. É uma doença rara e autolimitada, sendo que na maioria dos casos apenas é necessário tratamento sintomático como aplicação de calor local, repouso e analgésicos/anti-inflamatórios.¹

Aproximadamente 50 a 60% dos casos de doença de Mondor são de causa idiopática, sendo o trauma (traumatismos de repetição, realização de biópsias ou cirurgias) a segunda principal causa. Contudo, outras doenças podem estar associadas nomeadamente neoplasias, distúrbios da coagulação e patologias autoimunes.^{2,4}

Podendo esta ser a primeira manifestação de outras doenças com maior gravidade, torna-se importante obter uma boa história clínica e realizar um exame físico completo e minucioso e pedir exames complementares de diagnóstico adequados à suspeita clínica.²

No caso apresentado, inicialmente, foi considerado que a etiologia seria de causa traumática, contudo o estudo analítico requisitado apresentou a presença do anticoagulante lúpico positivo, o que nos orientou para uma suspeita de uma síndrome antifosfolípídica.

A síndrome antifosfolípídica é uma alteração imunológica, caracterizado por um estado de hipercoagulabilidade, que pode conduzir a eventos trombóticos,

mais ou menos graves, como trombose de veias profundas, embolia pulmonar, tromboses arteriais ou complicações obstétricas. Segundo os consensos internacionais, a trombose das veias superficiais pode também surgir associada a esta síndrome, não sendo, no entanto, critério de síndrome antifosfolípídica. Podem, então, ser detetados no sangue a presença de anticorpos antifosfolípidicos (anticorpos anti-cardiolipina, anticorpo anti-β2 glicoproteína I ou anti-coagulante lúpico).⁵

A terapêutica associada à síndrome anticorpo antifosfolípídico é normalmente efetuada com a utilização de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetário, principalmente em doentes com patologia grave. Relativamente à prevenção de eventos trombóticos, esta deve ser feita de acordo com a gravidade da patologia e também recorrendo a estes últimos fármacos.⁵

A positividade do anticoagulante lúpico, neste caso, acabou por não confirmar a síndrome, uma vez que este parâmetro acabou por negativar. Este facto pode ser explicado pela positividade transitória que ocorre na fase aguda de um evento trombótico. No entanto, foi importante o estudo a nível de especialidade hospitalar, de modo a descartar uma patologia mais grave, bem como para alertar o clínico de Medicina Geral e Familiar para um possível novo episódio semelhante neste utente ou noutro, com queixas semelhantes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Amano M, Shimizu T. Mondor's Disease: A Review of the Literature. *Intern Med.* 2018;57:2607-12.
2. Belleflamme M, Penalzoa A, Thoma M, Hainaut P, Thys F. Mondor disease: a case report in ED. *Am J Emerg Med.* 2012;30:1-3.
3. Walsh JC, Poimboeuf S, Garvin DS. A common presentation to an uncommon disease. Penile Mondor's disease: a case report and literature review. *Int Med Case Rep J.* 2014;31:155-7.
4. Pugh CM, Dewitty RL. Mondor's disease. *J Natl Med Assoc.* 1996;88:359-63.
5. Cervera R. Antiphospholipid syndrome. *Thromb Res.* 2017;151:43-7.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

CORRESPONDÊNCIA:

Joana Maria Lopes Barroco
joanabarroco@gmail.com

RECEBIDO: 25 de novembro de 2021 | ACEITE: 19 de fevereiro de 2022

FILHO DA PANDEMIA

CHILD OF THE PANDEMIC

Autores:

Francisco Santos Coelho¹, Tiago Pinto Neto¹, Catarina Rego Carvalho¹, Carla Micaela Santos²

RESUMO

Introdução: A COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) mudou completamente a dinâmica das famílias, sociedade e serviços de saúde. Na primeira vaga, o medo e a cautela perante o desconhecido fizeram com que recém-nascidos com progenitores COVID-19 positivos ficassem afastados destes, como salvaguarda da sua saúde.

Que marcas ficarão nestas famílias? Como se estabelecerá a vinculação? Que papel tem aqui o médico de família (MF)?

Descrição do caso: Mulher, 38 anos, sem antecedentes de relevo, vive com marido e filha. Março de 2020, consulta de vigilância da segunda gravidez: tosse produtiva há uma semana, sem outros sintomas. Prescrito teste à COVID-19: não fez. A 10/04/2020, já assintomática, entra em trabalho de parto. Teste à COVID-19: positivo. Marido e filha também positivos. Parto eutócico, sem intercorrências. Nado vivo, sexo masculino. Por ser COVID-19 positiva, a mãe não pôde ter qualquer tipo de contacto com o recém-nascido no pós-parto. Teve alta com indicação para quarentena até apresentar dois testes negativos consecutivos. Iniciou vigilância sobreativa pelo MF. A 15/05 questiona sobre possibilidade de estar com o filho, porque ainda não o havia feito. Mantinha-se assintomática e com resultados alternantes nos testes de cura. Dada a importância da vinculação mãe-filho nos primeiros tempos de vida, o MF contactou a Pediatria: ponderados riscos e benefícios, possibilitou-se contacto entre ambos. Sempre assintomática, a puérpera fez 11 testes, sem cumprir dois negativos consecutivos. MF contactou Infeciologia: recomendado teste serológico, que permitiu alta clínica a 15/06.

Atualmente, filho com 20 meses, desenvolvimento harmonioso e excelente vinculação com a mãe.

Comentário: São várias as famílias marcadas pela COVID-19 enquanto doença e pelo seu impacto noutras vertentes. Neste caso clínico, o MF foi um verdadeiro gestor em saúde, estabelecendo a ponte entre família, cuidados primários e secundários, não esquecendo que a vinculação mãe-filho é basilar para um desenvolvimento saudável e feliz.

Palavras-chave: pandemia; COVID-19; interação mãe-filho; médico de família

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) completely changed the dynamics of families, society, and health services. During the first wave of the pandemic, fear and caution facing the unknown made parents with COVID-19 be kept away from their newborns, protecting their health.

What impressions will be left in these families? How will bonding be made? What role does the family physician (FP) play in these cases?

Case description: Woman, 38 years old, no relevant background, living with the husband and daughter. March 2020, pregnancy surveillance appointment: productive cough for one week, without other symptoms. Prescribed COVID-19 test: not done.

On 10/04/2020, already asymptomatic, begins labor. COVID-19 test: positive. Husband and daughter are also positive. Eutocic birth, without complications. Live birth, male. As COVID-19 positive, the mother could not have any contact with the newborn after birth. Discharged with the indication for quarantine until two consecutive negative tests. Began overactive vigilance by the FP. On 15/05 inquires about the possibility of being with her son, because she had not done that yet. Still asymptomatic and with alternating results in the tests. Given the importance of the mother-child bond in the first moments of life, the FP contacts with Pediatrics: weighted risks and benefits, it was given the possibility of contact between both. Always asymptomatic, this woman made 11 tests, without two consecutive negatives. The FP contacts Infectiology: a serologic test was chosen, allowing for clinical release on 15/06.

Nowadays, the son is 20 months old, has a harmonious development and an excellent bond with the mother.

Comment: Multiple families were affected by COVID-19 as a disease as well as its impact on other fronts. In this clinical case, the FP was a real care coordinator, connecting family and primary and secondary care, without forgetting that the mother-child bond is central for a happy and healthy development.

Keywords: pandemic; COVID-19; mother-child interaction; family physician

1. Médico Interno de Medicina Geral e Familiar, USF Valongo, ACeS Grande Porto III - Maia / Valongo

2. Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Valongo, ACeS Grande Porto III - Maia / Valongo

INTRODUÇÃO

A COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), pandemia causada pela infecção por SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), veio alterar por completo a dinâmica das famílias, da sociedade, dos sistemas de saúde e da interação entre estas três entidades.¹⁻³ A evolução científica tem imposto uma constante atualização dos modelos de abordagem da COVID-19, quer em termos clínicos (nas mais diversas áreas de atuação), quer em termos de intervenção social e familiar, sendo estes continuamente adaptados à evolução epidemiológica da doença e às medidas de Saúde Pública implementadas.⁴

Várias crianças têm nascido ao longo da pandemia. No entanto, naquela que foi apelidada de 'primeira vaga', o medo e a cautela perante o desconhecido, a falta de informação e a ciência feita 'em tempo real' fizeram com que várias dessas crianças que tinham os seus progenitores positivos para a COVID-19 aquando do nascimento, ficassem afastadas destes, como salvaguarda do seu estado de saúde. Isto levantou (e levanta, ainda) algumas questões. Que marcas ficarão nestas famílias? Como se estabelece a vinculação? Que papel tem o MF na gestão destes casos?

Relativamente à vinculação, segundo *Bowlby* – considerado o pai desta área – constitui um laço afetivo forte e duradouro que se desenvolve ao longo do tempo entre a criança e o seu cuidador primário – a mãe, na maioria dos casos – numa relação de complementaridade que é especialmente importante que se estabeleça durante o primeiro ano de vida da criança.⁶ A vinculação mãe-filho funciona como uma espécie de catalisador psicológico que contribui para uma melhor autocompreensão, para o desenvolvimento de confiança no outro e de mais e melhores competências sociais.^{5,6}

Sabe-se que a privação de cuidados maternos, sobretudo numa fase precoce da vida (até aos 6 meses), pode ser determinante na manifestação de comportamentos problemáticos na criança e que a qualidade da vinculação precoce se relaciona com a qualidade das relações futuras com os pares e com a capacidade de adaptação escolar, da mesma forma que a separação prolongada do/a cuidador/a primário/a provoca sofrimento na criança. No entanto, se nesse período de seis meses ocorrer uma nova oportunidade de criação de vínculo seguro, tal pode minimizar os efeitos da privação prévia.⁵

Ao MF cabe, assim, no meio de tantas outras tarefas e competências, acompanhar devidamente estes

casos,⁷ nomeadamente nas consultas de saúde infantil (SI) ou noutras em que o contexto familiar possa e deva ser abordado.⁸

Neste sentido, o caso clínico que de seguida se descreve pretende demonstrar a importância da intervenção integrada do MF, sobretudo em contextos particularmente desafiantes, atuando este como um conciliador e gestor em saúde, fazendo a ponte entre os diversos níveis de cuidados e congregando no percurso de cada família os antecedentes de cada elemento do agregado familiar e o impacto que estes podem ter aos mais diversos níveis.

DESCRIÇÃO DO CASO

Como nota inicial, importa referir que este caso clínico remonta ao início de 2020, ou seja, ao início da 'primeira vaga' da pandemia COVID-19 no nosso país.

Mulher, 38 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo. História obstétrica: 2G1P (segunda gravidez em curso à data do início deste caso clínico). Vive com o marido e a filha – família nuclear na fase V do ciclo de *Duvall*.

No dia 27/03/2020 recorreu à sua unidade de saúde familiar (USF) para uma consulta programada de saúde materna (SM), no âmbito da vigilância da referida segunda gravidez. Apresentava tosse produtiva com cerca de uma semana de evolução, sem quaisquer outros sintomas ou sinais acompanhantes, nem fatores de risco conhecidos para COVID-19 (nomeadamente viagens para/de locais com transmissão comunitária da infecção ou contactos conhecidos com outros casos positivos para a doença). Foi prescrito teste à COVID-19, que a utente, por receio do resultado, optou por não fazer. Agendou-se nova consulta de vigilância para o dia 10/04/2020, à qual a utente não compareceu, uma vez que, nesse mesmo dia, já assintomática sob o ponto de vista respiratório, iniciou trabalho de parto espontâneo, tendo dado entrada no serviço de urgência de Obstetrícia do hospital da área de residência. Seguindo as regras impostas à época para controlo da pandemia, realizou teste de diagnóstico à COVID-19 na admissão, tendo o resultado sido positivo. O marido e a filha foram posteriormente testados e também se encontravam positivos para o vírus SARS-CoV-2.

O parto foi eutócico e decorreu sem quaisquer intercorrências, tendo nascido um rapaz com Apgar 9/10/10. Por ser COVID-19 positiva, a mãe não pôde ter qualquer tipo de contacto com o recém-nascido no pós-parto, no sentido de se tentar diminuir o risco de contágio deste.

Três dias depois do parto, a puérpera reunia

condições para alta hospitalar da Obstetria, tendo-lhe sido dada a indicação de que deveria cumprir quarentena até ter dois testes de cura consecutivos com resultado negativo, mantendo-se durante esse período sob vigilância sobreativa pela sua equipa de saúde familiar (ESF), através de chamadas telefónicas que foram efetuadas diariamente. O recém-nascido ficou internado no serviço de Pediatria até estarem reunidas as condições necessárias para que pudesse ter alta em segurança – tal aconteceu no dia em que a irmã cumpriu critério de alta, após apresentar dois testes de cura negativos consecutivos, tendo ido buscar o irmão ao hospital. Ficaram ambos a viver em casa dos avós maternos, uma vez que o pai ainda se encontrava com infeção COVID-19 ativa e, por isso, sem condições de segurança para poder tomar conta do recém-nascido.

A 15/05/2020, cerca de um mês depois da alta obstétrica, a utente mantinha-se assintomática sob o ponto de vista da infeção pelo SARS-CoV-2 e os seus testes de cura apresentavam resultados alternantes, não tendo cumprido até esse momento os critérios de cura definidos. Na chamada telefónica de vigilância efetuada nessa data, a utente questionou a ESF sobre a possibilidade de estar fisicamente com o filho recém-nascido, uma vez que já tinha passado mais de um mês desde o parto e ainda não o tinha feito, facto que lhe estava a gerar grande ansiedade, tristeza e revolta, constituindo também uma grande dificuldade na gestão familiar a vários níveis. Nesta teleconsulta, excluiu-se, ainda, o diagnóstico de depressão pós-parto (através de uma anamnese detalhada e da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo) e foi feita também a revisão do puerpério e o aconselhamento anticoncepcional pós-parto.

Dada a importância já referida da vinculação mãe-filho nos primeiros tempos de vida – e tendo em conta que a utente se encontrava assintomática já desde antes do parto – o MF decidiu contactar a equipa hospitalar de Pediatria, expondo o caso e discutindo-o em conjunto. Ponderados os riscos e os benefícios do contacto entre mãe e filho no contexto infeccioso em causa, foi consensual a decisão de autorizar o contacto físico entre ambos, alertando para a importância do cumprimento das medidas possíveis de higiene e segurança, tendo em conta a situação de risco.

Em junho de 2020, a utente já tinha realizado um total de 11 testes PCR (*polymerase chain reaction*), no entanto, mantinha resultados alternantes e não cumpria ainda o critério necessário para alta do processo de vigilância sobreativa (dois testes negativos

consecutivos). Para além disso, mantinha-se assintomática. Todo este contexto vinha paulatinamente a degradar o seu bem-estar mental e também a harmonia familiar – sobretudo porque tanto o marido como a filha já se encontravam curados da COVID-19. Assim, numa outra chamada de vigilância, questionou a ESF sobre o que se poderia fazer para agilizar esta situação, dirigindo um pedido de ajuda na gestão da sua situação clínica. Neste sentido, o MF contactou o serviço de Infeciologia do hospital da área de residência, expôs o caso e a equipa hospitalar em causa propôs à utente a realização de um teste serológico, – cuja utilização no âmbito da COVID-19 ainda era, à data, recente – no sentido de avaliar o seu real risco de contágio, bem como o desenvolvimento de algum tipo de resposta imunitária de mais longa duração. O resultado deste teste, conhecido a 15/06/2020, permitiu, 65 dias após o parto, dar alta clínica à utente do processo de vigilância sobreativa, com regresso da mesma à sua rotina normal, nomeadamente em termos de interação com o seu filho mais novo e o restante agregado familiar.

Atualmente, este filho tem 20 meses de idade, apresentando um desenvolvimento harmonioso, tanto sob o ponto de vista estatoponderal como psicomotor, tendo vindo a ser objetivada em todas as consultas de SI realizadas até ao momento uma excelente relação de vinculação com a mãe. Tal tem sido percebido através da procura frequente de proximidade e contacto por parte da criança, havendo sempre uma resposta sensível e adequada da mãe, bem como através da interação positiva entre ambos, percebendo-se que é na mãe que o bebé procura segurança e complementaridade, por exemplo, nas situações da consulta em que se sente mais desconfortável. Este facto tem permitido alguma tranquilização à ESF que, no entanto, se mantém particularmente atenta ao desenvolvimento comunicacional e interativo desta criança, não esquecendo que o antecedente relatado poderá vir a ter impacto futuro, sendo merecedor de cuidados adequados.

COMENTÁRIO

Têm sido várias as famílias marcadas pela COVID-19, quer enquanto doença per se, quer pelo seu impacto noutras vertentes (clínicas, familiares e sociais). Este relato de caso demonstra algumas dessas vertentes, como por exemplo, a afeção de todo o agregado familiar pelo estado de doença de um dos seus elementos ou mesmo o impacto da doença física na saúde mental do indivíduo/família.^{9,10}

Tal como demonstrado no caso clínico apresentado,

mesmo em contextos adversos como este pandémico, o MF pode ter um papel interventivo importante, através das múltiplas competências e tarefas que nele se reconhecem e que aqui se demonstraram. Foi um gestor em saúde, quer em termos individuais, quer em termos familiares, o que se percebeu nas consultas de SM, SI ou mesmo de vigilância sobreativa da infeção COVID-19. Foi promotor da saúde como um todo, o que se constatou, entre outros momentos, quando, mesmo através do telefone, acompanhou o puerpério da utente e integrou o impacto da distância do filho no seu estado global de saúde. Foi coordenador dos cuidados de saúde, fazendo a ponte entre a família, os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde secundários, permitindo uma decisão verdadeiramente partilhada entre os vários níveis de cuidados, sempre tendo em vista o melhor interesse dos utentes envolvidos. Teve e tem um papel preponderante no seguimento destes utentes a longo prazo: por exemplo, no caso da mulher na qual se centra este relato, acompanhou a evolução da sua saúde mental e de possíveis repercussões do período de quarentena; no caso do bebé, tendo em conta, em cada consulta, o antecedente de quebra precoce do contacto mãe-filho e o potencial impacto que isso poderá ter no seu desenvolvimento psicossocial.

Assim, este caso demonstra que, apesar da pandemia, o MF continua a ter um papel decisivo no estado de saúde dos seus utentes, valendo-se para tal de todas as suas tarefas e competências que a árvore da WONCA (*World Organization of Family Doctors*) tão bem traduz.⁷ Num período em que muitos dos nossos utentes se sentiram, eles próprios, ‘filhos perdidos’ no meio da pandemia, nós, MF, continuamos a fazer a diferença na gestão de situações afetas à sua saúde e das suas famílias, influenciando positivamente o seu curso.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Yamamoto HQ, van Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Eur J Gen Pract.* 2020; 26(1):129-33.
- 2- COVID-19. Direção-Geral da Saúde [consultado em dezembro de 2021]. Disponível em <https://covid19.min-saude.pt/#>
- 3- Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Organização Mundial da Saúde. [consultado em dezembro de 2021]. Disponível em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- 4- Direção-Geral da Saúde. COVID-19: Gravidez e Parto. Norma n.º 018/2020 de 30/03/2020, atualizada a 27/10/2021.
- 5- Pinto I, Valadares N, Scivoletto S. Manual de Psiquiatria da Infância e Adolescência. 1.ª edição. Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda. 2015.
- 6- Monteiro P. Psicologia da Infância e da Adolescência. 1.ª edição. Lisboa: Lidel. 2014.
- 7- Santos P, Sá AB, Santiago L, Hespanhol A. A Árvore da WONCA: Tradução e Adaptação Cultural para Português. *Rev Port Med Geral Fam.* 2021; 37:28-35.
- 8- Santos P, Maricoto T, Nogueira R, Hespanhol A. O Médico de Família e o COVID-19. *Rev Port Med Geral Fam.* 2020; 36:100-2.
- 9- Carmo RM, Tavares I, Cândido AF. Um Olhar Sociológico sobre a Crise COVID-19 em Livro. 1.ª edição. Lisboa: Observatório das Desigualdades, CIES-ISCTE. 2020.
- 10- Morgado P. Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19: uma Perspetiva da Medicina. Universidade do Minho. 2020.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existir quaisquer conflitos de interesse no âmbito do caso clínico apresentado.

CORRESPONDÊNCIA:

Francisco Santos Coelho
franciscomscoelho@hotmail.com

RECEBIDO: 22 de dezembro de 2021 | ACEITE: 15 de abril de 2022

SÍNCOPE: QUAL O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

SYNCOPE: WHAT IS THE ROLE OF THE FAMILY MEDICINE PHYSICIAN

Autores:

Flávia Cardoso Soares¹, Ana Quelhas¹

RESUMO

Introdução: A síncope caracteriza-se por perda súbita e transitória de consciência com duração rápida e recuperação espontânea. É uma manifestação prevalente, com um diagnóstico diferencial vasto.

Descrição do caso: Mulher, 56 anos, autónoma, divorciada, auxiliar de ação direta em lar de idosos. Antecedentes pessoais relevantes: obesidade dislipidemia; hipotireoidismo; hipertensão arterial; diabetes *mellitus* tipo 2; patologia osteoarticular degenerativa; psoríase e perturbação depressiva. Medicação habitual: omeprazol; indapamida; amlodipina; sertralina; loflazepato de etilo; metformina; sitagliptina; empagliflozina; levotiroxina e pravastatina. Recorre a consulta aberta após um episódio de aperto retroesternal com perda de consciência, ocorrido no dia anterior, enquanto conduzia um veículo de transporte de idosos. Na consulta, apresentava-se ansiosa, mas hemodinamicamente estável, sem alterações na auscultação cardíaca/carotídea ou no exame neurológico sumário. O estudo etiológico requisitado: hemograma e bioquímica; ecocardiograma; ecografia carotídea com doppler e eletrocardiograma (ECG) de 24 horas (Holter), não apresentou alterações relevantes. Em consulta posterior, a doente mantinha um perfil ansioso e é referenciada para a consulta de Psicologia, aumentada a dose do antidepressivo e solicitada uma prova de esforço, que se revelou negativa para isquemia do miocárdio. Os episódios de síncope repetiram-se, com frequências quinzenais. Optou-se pela repetição do *Holter* de forma seriada. A segunda avaliação demonstrou a presença de dois episódios de bloqueio auriculoventricular (BAV) avançado com pausa máxima de 17 segundos.

Comentário: O BAV avançado paroxístico é uma possível causa de síncope. Não havendo identificação de uma causa reversível para o BAV avançado, a colocação de pacemaker torna-se necessária para o controlo da sintomatologia e prevenção de arritmias potencialmente fatais.

Palavras-chave: síncope; bloqueio auriculoventricular

ABSTRACT

Introduction: Syncope is characterized by sudden transient loss of consciousness with rapid duration and spontaneous recovery. It is a prevalent manifestation, with a wide differential diagnosis.

Case description: Female, 56 years old, autonomous, divorced, direct action assistant in a nursing home. Relevant personal background: obesity; dyslipidemia; hypothyroidism; arterial hypertension; type 2 diabetes mellitus; degenerative osteoarticular pathology; psoriasis and depressive disorder. Usual medication: omeprazole; indapamide; amlodipine; sertraline; ethyl loflazepate; metformin; sitagliptin; empagliflozin; levothyroxine and pravastatin. The patient resorted to an open consultation after an episode of retrosternal tightening with loss of consciousness, which occurred the day before, while driving an elderly transport vehicle. At the consultation, she was anxious but hemodynamically stable, with no changes in cardiac/carotid auscultation or summary neurological examination. The etiological study requested: blood count and biochemistry; echocardiography; carotid doppler ultrasound and 24 - hour (Holter) electrocardiogram (ECG) did not show relevant changes. In a later consultation, the patient had an anxious profile and was referred to the Psychology consultation, the dose of the antidepressant was increased and an ECG with exercise test was requested, which proved to be negative for myocardial ischemia. The syncope episodes continued, with fortnightly frequencies. We opted for serial Holter repetition. The second evaluation showed the presence of two episodes of advanced atrioventricular block (AVB) with a maximum pause of 17 seconds.

Comment: Paroxysmal advanced AVB is a possible cause of syncope. If there is no identification of a reversible cause for advanced AVB, the placement of a pacemaker becomes necessary to control the symptoms and prevent potentially fatal arrhythmias.

Keywords: syncope; atrioventricular block

1. USF Terras de Santa Maria, ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca

INTRODUÇÃO

Um evento sincopal é por definição uma perda transitória de consciência (PTC) devido a hipoperfusão cerebral. De início abrupto, é caracteristicamente de curta duração e recuperação espontânea.^{1,2} Estima-se que mais de um terço dos indivíduos terá pelo menos um episódio sincopal ao longo da sua vida,³ com uma incidência semelhante entre homens e mulheres.⁴ Afeta todas as faixas etárias tendo contudo, maior incidência, morbidade e mortalidade na população geriátrica.^{3,4} Constitui uma importante causa de admissão hospitalar urgente contribuindo para até 1% dos episódios.³⁻⁵ Os episódios sincopais são, na sua maioria, eventos isolados, reservando-se a recorrência para sensivelmente 20% dos casos.⁴

O diagnóstico diferencial de síncope, como representado na figura 1, pode ser complexo uma vez que vários eventos importantes, classificados globalmente como PTC, partilham semelhanças clínicas.^{1,5,6} As PTC subdividem-se nas causadas por traumatismos crânio-encefálicos (TCE) e nas devidas a causas não-traumáticas.¹ A síncope faz parte deste último grupo o qual inclui também a epilepsia, PTC psicogénicas e uma variedade de causas raras.^{1,6} A síncope, por sua vez, pode ser devida a três grandes grupos de eventos: mediação neuronal (reflexa) no qual se inclui a vasovagal; hipotensão ortostática e cardíaca.¹

Tanto a epilepsia como a síncope podem ser despoletadas por um evento gatilho como, por exemplo, a exposição a som ou luz intermitente; esta característica é mais rara na síncope. Sintomas ou sinais prodrômicos podem ser igualmente registados em ambas as entidades.^{1,4} Na epilepsia, a aura epilética é

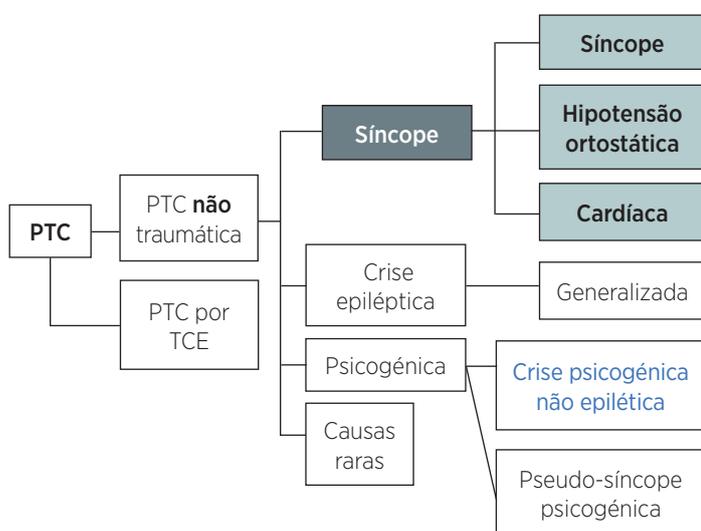


Figura 1. Síncope – Diagnóstico diferencial.

Legenda: PTC – perda transitória de consciência; TCE – traumatismo crânio-encefálico. Adaptado de (1).

classicamente descrita pelo o doente que tende a reconhecer o seu carácter repetitivo.⁴ Contrariamente, o pródromo sincopal é variável e frequentemente dá indicações acerca da causa subjacente: ativação autonómica na síncope reflexa, tontura na hipotensão ortostática e palpitações na síncope cardíaca.^{1,4,7} A mordedura da língua e a incontinência de esfíncteres são sinais raros na síncope.¹ A duração do evento, até 30 segundos na síncope e de vários minutos na epilepsia, pode também auxiliar no diferencial.^{1,7}

São conhecidas duas apresentações clínicas das PTC psicogénicas: crise psicogénica não epilética e pseudo-síncope psicogénica. A última, desprovida de movimentos involuntários grosseiros, assemelha-se à síncope verdadeira. Ambas ocorrem com elevada frequência, por vezes diariamente.^{1,6,7}

As causas raras de PTC dificilmente são interpretadas como episódios sincopais. A título de exemplo, incluem-se nesta categoria os acidentes isquémicos transitórios vertebro-basilares e a síndrome do roubo da subclávia que cursam com sinais neurológicos focais que permitem direccionar a investigação etiológica.^{1,7}

A preocupação inicial do médico responsável pela recolha da anamnese é esclarecer se efetivamente o episódio se tratou de uma PTC, e especialmente, identificar se se trata de uma PTC com alto risco de recorrência e morbimortalidade, como é o caso da síncope cardíaca.^{1,7} Um diagnóstico atempado é essencial para garantir o tratamento adequado e definir o prognóstico. Pode ser importante recorrer a testemunhas do evento.^{1,6,7} Apesar dos avanços que se têm registado na abordagem diagnóstica e estratificação de risco, o mecanismo sincopal permanece muitas vezes desconhecido e os casos de risco nem sempre são facilmente sinalizados.¹ São alguns os sintomas e sinais iniciais que apontam para estarmos perante um evento de alto risco: dispneia, desconforto precordial ou palpitações antes do episódio; hipotensão sistólica, bradicardia persistente, sopro de novo ou hemorragia gastrointestinal e determinadas alterações no eletrocardiograma (ECG).^{1,4} Antecedentes pessoais de doença cardíaca ou coronária bem como história familiar de morte súbita são também marcadores de alto risco.¹

A presença de disfunção autonómica pode ser observada por vezes na mulher, o que pode constituir um fator de confundimento no diagnóstico de síncope. Na mulher de meia idade podem por vezes ocorrer episódios de *drop attacks*: quedas súbitas e idiopáticas, por vezes dissociativas, erradamente interpretadas como síncope.^{1,8}

Na população idosa e com antecedentes psiquiátricos esta dificuldade diagnóstica é ainda mais relevante. Contribuem para tal a apresentação atípica, amnésia, dificuldade em distinguir os episódios de simples quedas, múltiplas comorbilidades e a polimedicação.^{1,2,5}

DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação

Mulher, 56 anos, caucasiana, autônoma para as atividades de vida diária. Tem o quarto ano de escolaridade e trabalha como auxiliar de ação direta em lar de idosos onde esporadicamente desempenha a função de motorista de transporte de idosos. Divorciada, vive sozinha, tem uma filha que reside num concelho próximo.

Antecedentes pessoais

Apresenta os seguintes antecedentes pessoais patológicos: obesidade; dislipidemia; hipotireoidismo; hipertensão arterial; diabetes *mellitus* tipo 2; psoríase e perturbação depressiva. Da sua medicação habitual consta: omeprazol 20 mg *id*; indapamida 2,5 mg *id*; amlodipina 10 mg *id*; sertralina 50 mg *id*; loflazepato de etilo 2 mg *id*; metformina 1000 mg *bid*; sitagliptina 50 mg *id*; empagliflozina 25 mg *id*; levotiroxina 0,075 mg *id* e pravastatina 40 mg *id*.

Dos seus hábitos a destacar: cinco a seis refeições/dia; dois cafés/dia; nega hábitos tabágicos, etílicos ou toxicómanos; nega alergias medicamentosas; Programa Nacional de Vacinação atualizado.

Sem história pessoal de patologia cardíaca ou cerebral congénita bem como de TCE.

Menarca aos 12 anos; menopausa aos 53 anos. Efetuou contraceção oral combinada até aos 46 anos e posteriormente dispositivo intrauterino de cobre até à menopausa. História obstétrica: uma gestação de termo com parto eutócico.

Antecedentes familiares

Sem história familiar de morte súbita cardíaca. Mãe com história de depressão.

Avaliação familiar

Família unitária, de classe média-baixa (IV) segundo a Escala de *Graffar* adaptada; a realçar do Genograma e Psicofigura de Mitchell, como representado na figura 2, que a utente vive sozinha após o divórcio, mantém uma relação de relativa proximidade com a única filha que prefere residir com o namorado num concelho vizinho, o que causa à utente alguma mágoa. O APGAR Familiar de *Smilkstein* assume moderada disfunção familiar (cinco pontos), com o perfil de família dispersa/desagregada patente na dinâmica familiar de *Minuchin*.^{9,10}

História da doença atual

A utente recorre à unidade de saúde familiar (USF) em setembro de 2019 para uma consulta aberta (CA) após um episódio súbito de aperto retroesternal de novo seguido de perda de consciência. O episódio tinha ocorrido no dia anterior, enquanto conduzia um veículo de transporte de idosos que presenciaram o evento. Estes últimos, relataram à utente a ausência de movimentos corporais involuntários, tendo o episódio uma duração total inferior a um minuto. A utente refere uma recuperação total da consciência após o evento, com memória preservada para o

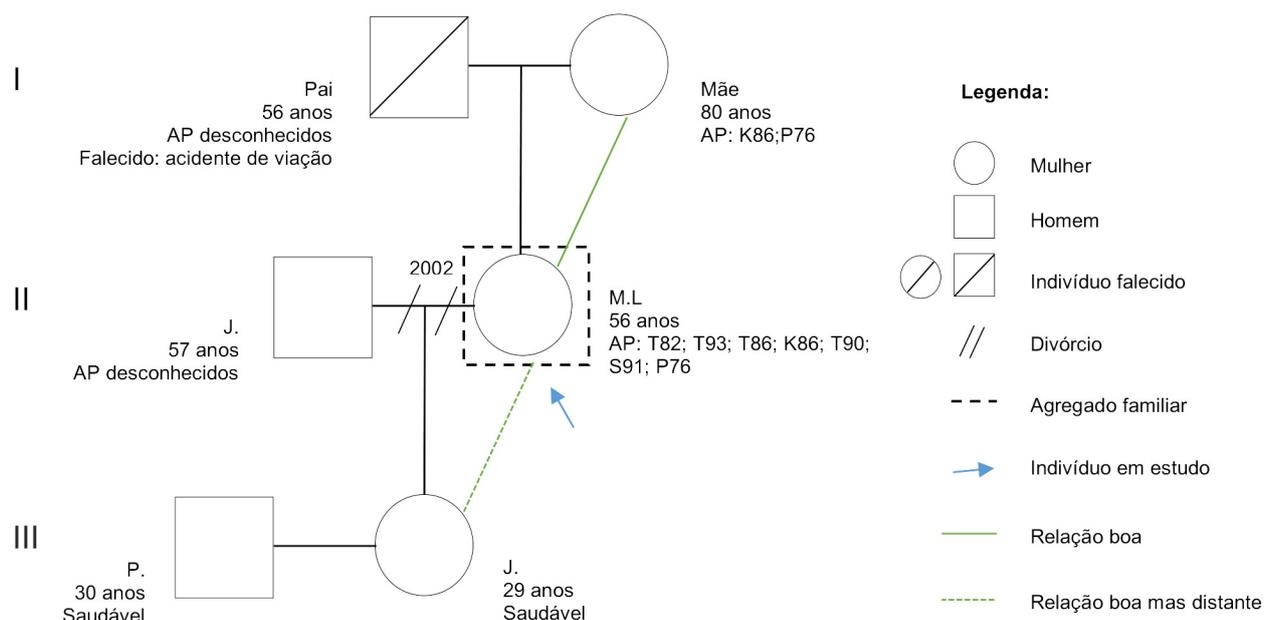


Figura 2. Genograma e Psicofigura de *Mitchell*, realizado a 23/10/2019.

Legenda: AP - antecedentes patológicos; códigos do ICPC-2 utilizados: K86 - Hipertensão sem complicações; P76 - Perturbação depressiva; T82 - Obesidade; T93 - Alteração do metabolismo dos lípidos; T86 - Hipotireoidismo/mixedema; T90 - Diabetes não insulino - dependente; S91 - Psoríase.

sucedido e ausência de aperto retroesternal. Nega palpitações, tontura, dispneia, alterações de visão, mordedura de língua, incontinência de esfíncteres, TCE ou outras queixas relevantes. Nega ainda eventos sociofamiliares disruptivos recentes bem como o consumo de substâncias não medicamente prescritas ou de ervanária. Na CA a utente está assintomática.

Efetua-se um exame objetivo cuidado (Quadro I) que se revela normal.

Quadro I. Exame objetivo – Consulta aberta

EO	<p>Consciente, orientada e colaborante; pupilas isocóricas e isoreactivas Mucosas coradas, hidratadas, anictéricas e acianóticas Eupneica em ar ambiente; SpO₂[†]: 98% (ar ambiente) TA* decúbito dorsal: 130/70 mmHg; TA ortostatismo: 126/72 mmHg; FC** decúbito dorsal: 80 bpm; FC ortostatismo: 89 bpm; Peso: 83 kg; IMC[§] 34,5 kg/m²; Pulsos periféricos arteriais palpáveis, simétricos e rítmicos</p> <p>Otoscopia/Orofaringe: sem alterações de relevo Pescoço: tireoide não palpável, sem adenomegalias cervicais Auscultação cardíaca/carotídea: S1 e S2 presentes, rítmica, sem sopros aparentes Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios Abdómen: ligeiramente globoso, ruídos hidroaéreos presentes de timbre e intensidade normal, timpânico, não doloroso na palpação Exame neurológico sumário: sem alterações (teste impulso cefálico normal) Exame do estado mental: discurso com conteúdo e forma normais, humor ansioso, afetos sintônicos, sem atividade heteróloga ou ideação suicida ativa</p>
-----------	---

Legenda: [†]SpO₂ - saturação periférica de oxigénio; ^{*}TA - tensão arterial; ^{**}FC - frequência cardíaca; [§]IMC - índice de massa corporal.

Conclui-se que se tratou de um episódio inaugural de síncope, sem recorrência.

Opta-se pela requisição de estudo analítico (hemograma, bioquímica), ecocardiograma, ecografia carotídea com doppler e ECG de 24 horas (Holter), este último em virtude de a utente ter um ECG normal de janeiro de 2019. É oferecida a possibilidade de emissão do certificado de incapacidade temporária para o trabalho (CIT), até uma melhor compreensão etiológica do evento, que a utente recusa. Decide-se, após acordo com a utente, passar uma declaração médica para a entidade patronal a desaconselhar a condução automóvel no emprego.

Decorrido um mês a utente vem a uma consulta de saúde do adulto de reavaliação, onde relata novo episódio sincopal em tudo semelhante ao inicial com exceção de se encontrar a caminhar. Do estudo prévio requisitado, a salientar o resultado do Holter: "... frequência cardíaca média foi de 68 bpm com o valor máximo de 121 bpm às 09:13 horas e valor mínimo de

53 bpm às 05:37 horas. Ritmo sinusal com exceção de episódios isolados de ectopia supraventricular rara. Sem alterações da condução ...". Sem alterações no restante estudo requisitado (TSH 1,18 mUI/L; T4L 0,91 µg/dL; creatinina 0,75 mg/dL; Na 138 mmol/L; K 4,4 mmol/L; Cl 100 mmol/L; glicose 97 mg/dl).

Ao exame do estado mental denota-se marcada ansiedade, com agravamento depressivo do humor, embora com afetos neutros, sem atividade heteróloga ou ideação suicida ativa. Prescreve-se uma prova de esforço e, pela manutenção do processo ansioso numa utente com antecedentes de perturbação depressiva, procede-se à referenciação para a consulta de Psicologia da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e ao ajuste da dosagem de sertralina para 100 mg id. Agenda-se uma consulta para avaliação familiar para a semana seguinte de forma a melhor integrar a utente no seu modelo biopsicossocial.

A prova de esforço requisitada, efetuada segundo o protocolo de *Bruce*, foi "...submáxima, interrompida precocemente aos 06:00 minutos por tonturas, inconclusiva para isquemia do miocárdio (...) Atingida frequência cardíaca máxima de 112 bpm. Resposta tensional adequada ao esforço. Sem alterações de ritmo ou de condução. Capacidade funcional normal."

Os episódios de síncope repetiram-se, com frequências quinzenais. No total foram reportados cinco episódios.

Em dezembro de 2019 foi efetuada uma tomografia crânio-encefálica (TC CE) para exclusão de causa neurológica: "... Muito discretas calcificações dos sílfões carotídeos (...) Pequena área hipodensa ao nível do núcleo caudado à esquerda, podendo traduzir área isquémica lacunar ou foco gliótico...", resultado que motivou referenciação à consulta de Neurologia.

A utente regressa à USF para nova consulta de reavaliação em janeiro de 2020, posterior à observação pela Neurologia onde foi requisitado o teste de Inclinação ortostática (*Tilt test*). Após revisão da literatura, e tendo em conta as características dos episódios, prescreve-se a realização de Holter seriado de frequência semanal (três requisições).

O primeiro Holter, realizado ainda em janeiro, não apresentava alterações relevantes. O segundo Holter, efetuado em fevereiro, descreve: "Ritmo sinusal durante todo o registo. Registo de dois episódios de bloqueio auriculoventricular (BAV) avançado com pausa máxima de 17 segundos (diurna) sintomática (dor torácica)". A utente é imediatamente enviada ao serviço de urgência (SU) do hospital da área de residência, acompanhada pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação, para orientação. Posteriormente é

reencaminhada para colocação de pacemaker permanente em centro hospitalar de referência, onde mantém seguimento.

Conclui-se assim que a síncope sofrida pela utente tem etiologia cardíaca, causada por um BAV avançado paroxístico. É iniciada a emissão de CIT, o que facilita a reavaliação mensal da utente. Existe um claro deteriorar da sua sintomatologia depressiva após a colocação do pacemaker, no entanto sem recorrência de síncope.

Já em 2021, a utente apresenta queixas de dor retroesternal com irradiação cervical, tendo sido requisitada uma cintigrafia miocárdica de perfusão pelo seu Cardiologista assistente. O exame revela, após prova de sobrecarga farmacológica, um pequeno defeito de perfusão da parede anteroseptal, reversível em repouso, com fração de ejeção de 63%. Efetua cateterismo cardíaco que exclui doença coronária angiograficamente significativa, atribuindo-se o quadro álgico a angina microvascular. Inicia posteriormente a toma de aspirina 100 mg *id* e bisoprolol 2,5 mg *id*, encontrando-se estável.

COMENTÁRIO

O diagnóstico etiológico de síncope é frequentemente um desafio.¹¹ No presente caso clínico, a utente sobreviveu à sua síncope cardíaca o que infelizmente nem sempre acontece. Os episódios de síncope representam até 1-3% das visitas ao SU apresentando uma taxa de mortalidade a curto prazo de < 2% e uma taxa global de resultados adversos em 10 dias de < 10%. A mortalidade precoce estimada da síncope é < 1% aos 10 dias e de < 1,6% aos 30 dias. O risco de mortalidade e de recorrência parece aumentar, quase linearmente, ao longo do tempo, aumentando de 0,3% em 30 dias para 22% em dois anos de acompanhamento.¹² A síncope cardíaca, em particular, pode ser indicativa de uma doença de base potencialmente fatal. Comporta uma taxa de mortalidade anual de 30%.¹³

É fundamental ter presente na prática clínica diária as diferentes ramificações etiológicas de um evento sincopal, colher uma boa história clínica, de preferência com recurso a testemunhas para os eventos, e efetuar um exame físico completo.¹ Os exames complementares de diagnóstico são importantes, mas não devem descuidar a avaliação clínica cuidada.¹⁴

No presente caso, ao recordar a primeira avaliação da utente em contexto de CA, o que poderia ter sido feito de forma diferente? De acordo com as recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia de 2018 para o diagnóstico e orientação de uma síncope em contexto de SU, é fulcral a estratificação do risco

de morte por síncope.¹⁴ Para tal é necessário dar resposta às seguintes questões: existe uma causa grave facilmente identificável?; qual o risco de um mau *outcome*?; existe necessidade de admissão do doente? Tendo em conta que, a primeira observação desta utente decorreu mais de 24 horas após o episódio sincopal, a estratificação imediata do risco acaba por ser necessariamente adaptada e sujeita a perder detalhes importantes. Se estivermos perante um quadro de elevado potencial de gravidade, a possibilidade de um novo evento deve ser equacionada.¹ Existia algum fator de risco nos antecedentes pessoais e familiares da utente, na anamnese do episódio ou mesmo no exame objetivo efetuado, que indicasse elevado risco de recorrência? Deveria a utente ter sido referenciada ao SU imediatamente para avaliação? Atendendo à síncope recente, embora a utente estivesse assintomática e estável na consulta, era lícito o seu envio ao SU para avaliação.^{1,2,4} No entanto, por se tratar de um primeiro episódio de síncope numa utente com frequente somatização, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes e sem sinais de alarme na observação efetuada, a síncope não foi considerada inicialmente como potencialmente *life-threatening* e optou-se pelo estudo etiológico prévio à referenciação hospitalar. A decisão de requisição do Holter ao invés do ECG na avaliação inicial foi tomada tendo por base a existência de um ECG normal recente. Este racional é considerado pelos autores como uma limitação no estudo do presente caso. O ECG deve ser realizado como uma importante parte da avaliação inicial de um quadro de síncope, não descartando a realização adicional de Holter, se pertinente para o contexto clínico.¹

No decorrer da avaliação etiológica, um episódio de síncope ocorre enquanto a utente caminhava, o que motivou a requisição de uma prova de esforço. A presença de um bloqueio de condução, especialmente um BAV de grau avançado, potenciado pela prática de exercício, é incomum.¹⁴ No entanto, os autores consideraram importante, perante esta nova apresentação clínica, excluir a presença de alterações da condução e de isquemia cardíaca com o esforço.^{13,14}

O estudo efetuado não foi capaz de identificar inicialmente a causa dos eventos, sendo que a única alteração objetivada foi a presente na TC CE, o que leva à suspeita de uma eventual síncope não cardíaca e subsequente referenciação para Neurologia.

Em virtude da repetição dos eventos sincopais e do estudo etiológico se encontrar em curso pela Neurologia, os autores optaram por manter a investigação em paralelo nos cuidados de saúde primários

(CSP). Por que motivo se optou pela realização de Holter seriado? Foi efetuada uma revisão clássica da literatura utilizando para o efeito artigos redigidos em português, espanhol e inglês, publicados na PubMed, sem limite temporal, utilizando os termos MeSH: “*syncope*” e “*diagnosis*”. São vários os métodos disponíveis para a monitorização cardíaca.^{1,7} O tipo de monitor deve levar em consideração a frequência dos eventos, a duração da monitorização pretendida, o registo contínuo versus intermitente, a existência de pródromo ou de incapacitação súbita associada.^{1,7,15,16} A obtenção de uma correlação sintoma-ritmo é o *gold standard* para o diagnóstico de uma síncope arritmica.¹⁵ Segundo as recomendações contemporâneas, perante um diagnóstico incerto e a suspeita de possível síncope de origem cardíaca, estaria recomendada avaliação adicional.^{1,15} A monitorização eletrocardiográfica é indicada apenas quando há alta probabilidade pré-teste de identificar uma arritmia associada à síncope (Quadro II).¹ A escolha do método auxiliar de diagnóstico deve ter por base a periodicidade dos sintomas relatados.¹ No caso clínico apresentado, perante uma frequência quinzenal de episódios, o registador de eventos externo seria a escolha apropriada. O Holter apresenta a vantagem de ser económico e passível de requisição pelos CSP, no entanto, o seu rendimento diagnóstico é inferior chegando a ser menor que 1 - 2% em doentes não selecionados.^{1,16-21} O registador de eventos contínuo (externo ou implantável) poderá ser mais custo-eficaz já que permite um diagnóstico e tratamento célere e, conseqüentemente, um menor custo global.^{1, 16, 17, 20, 21}

Quadro II. Dados clínicos relevantes para o diagnóstico de síncope cardíaca

- Ocorre durante o esforço ou quando em decúbito dorsal
- Palpitações de início súbito imediatamente seguidas de síncope
- História familiar de morte súbita inexplicável em idade jovem
- Presença de doença cardíaca estrutural ou doença arterial coronária
- ECG⁺ sugestivo:
 - Bloqueio bifascicular; Outras anormalidades de condução intraventricular
 - BAV* de segundo grau *Mobitz* I e BAV de 1º grau com intervalo PR marcadamente prolongado
 - Bradicardia sinusal inadequada leve assintomática ou fibrilhação auricular lenta na ausência de medicamentos cronotrópicos
- negativos
 - Taquicardia ventricular não sustentada
 - Complexos QRS pré- excitados
 - Intervalos QT longos ou curtos
 - Repolarização precoce
 - Padrão de *Brugada*
 - Ondas T negativas nas derivações precordiais direitas, ondas epsilon sugestivas de DAVD**
 - Hipertrofia ventricular esquerda sugerindo cardiomiopatia hipertrófica

Legenda: ⁺SpO2 - saturação periférica de oxigénio; *TA - tensão arterial; ** FC - frequência cardíaca; §IMC - índice de massa corporal.

A não referenciação para a consulta de Cardiologia e conseqüente acesso aos métodos diferenciados de investigação mencionados, constitui um fator de limitação no presente caso. No entanto, os autores justificam o racional utilizado com a baixa suspeição inicial de uma causa cardíaca para a síncope: a ausência de achados tanto no exame objetivo como nos meios complementares de diagnóstico, entretanto analisados.

A estratégia adotada provou-se útil para o caso aqui apresentado. O segundo Holter efetuou correlacionou uma síncope com um BAV avançado paroxístico confirmando-se assim, a presença de síncope de origem cardíaca.¹⁵ Este tipo de bloqueio paroxístico da condução cardíaca implica a colocação de um pacemaker definitivo. Contudo, uma investigação cuidada prévia à colocação do dispositivo é necessária para a exclusão de causas secundárias reversíveis e de formas reflexas de BAV.²¹

Após a colocação do pacemaker, a doente manteve o acompanhamento regular em consultas de Cardiologia e Medicina Geral e Familiar, não havendo registo de recorrência de síncope. Foi objetivado, contudo, um agravamento da sintomatologia depressiva após a colocação do pacemaker. Alguns estudos corroboram este desenvolvimento, sendo particularmente evidente em mulheres e mais severo em portadores de desfibriladores implantáveis.²² A qualidade de vida e o perfil psicológico, são também mais favoráveis nos portadores de pacemaker de dupla câmara com resposta adaptada à frequência cardíaca versus sem resposta.^{23,24}

O conceito de saúde digital é já uma realidade. Existem dispositivos no mercado que permitem monitorizar parâmetros vitais e outras variáveis em tempo real. A aplicação destas tecnologias pelos profissionais de saúde é foco atual de muita investigação e investimento.²⁵ O conceito de *mHealth* é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma “prática médica e de saúde pública suportada por dispositivos móveis...”²⁶ A vigilância de doentes com suspeita de síncopes arritmicas, com recurso a dispositivos *mHealth*, teria várias vantagens: uso por tempo indefinido, adaptação ao utilizador e respetivo estilo de vida e ainda recolha de diferentes variáveis simultaneamente.^{25,27} No futuro, prevê-se a expansão dos dispositivos de vigilância, com um aumento do leque de parâmetros a monitorizar e a criação de unidades de integração e orientação dos dados recolhidos.²⁵

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo J-C, Elliott PM, Fanciulli A, *et al.* 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J.* 2018;39(21):1883-948.
- 2- Von Scheidt W, Klingenheben T, Bosch R. Syncope [Syncope]. *Internist (Berl).* 2020;61(8):813-26.
- 3- Sutton R, Benditt DG. Epidemiology and economic impact of cardiac syncope in western countries. *Future Cardiol.* 2012;8(3):467-72.
- 4- Saklani, P, Krahn A, Klein G. Syncope. *Circulation.* 2013;127:1330-9.
- 5- Sun BC, Hoffman JR, Mangione CM, Mower WR. Older age predicts short-term, serious events after syncope. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(6):907-12.
- 6- Coleman DK, Long B, Koyfman A. Clinical Mimics: An Emergency Medicine-Focused Review of Syncope Mimics. *J Emerg Med.* 2018;54(1):81-9.
- 7- Brignole M, Rivasi G. New insights in diagnostics and therapies in syncope: a novel approach to non-cardiac syncope. *Heart.* 2021;107(11):864-73.
- 8- Ulas UH, Chelimsky TC, Chelimsky G, Mandawat A, McNeeley K, Alsheklee A. Comorbid health conditions in women with syncope. *Clin Auton Res.* 2010;20(4):223-7.
- 9- Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de avaliação. *Rev Port Clín Geral.* 1988;5(32):6-17.
- 10- Sampaio D, Dantas AM. Alguns instrumentos para avaliação da família - aplicação em clínica geral e medicina familiar. *Rev Port Clín Geral.* 1990;7(7): 263-6.
- 11- Runser LA, Gauer RL, Houser A. Syncope: Evaluation and differential diagnosis. *Am Fam Physician.* 2017;95(5):303-12.
- 12- Solbiati M, Casazza G, Dipaola F, Rusconi AM, Cernuschi G, Barbic F, *et al.* Syncope recurrence and mortality: a systematic review. *Europace.* 2015;17(2):300-8.
- 13- Waytz J, Cifu AS, Stern SDC. Evaluation and Management of Patients With Syncope. *JAMA.* 2018;319(21):2227-8.
- 14- Yandrapalli S, Hari Krishnan P, Ojo A, Vuddanda VLK, Jain D. Exercise induced complete atrioventricular block: Utility of exercise stress test. *J Electrocardiol.* 2018;51(1):153-5.
- 15- Martow E, Sandhu R. When Is Syncope Arrhythmic? *Med Clin North Am.* 2019;103(5):793-807.
- 16- Quan KJ. Palpitation: Extended Electrocardiogram Monitoring: Which Tests to Use and When. *Med Clin North Am.* 2019;103(5):785-91.
- 17- Sarasin FP, Carballo D, Slama S, Louis-Simonet M. Usefulness of 24-h Holter monitoring in patients with unexplained syncope and a high likelihood of arrhythmias. *Int J Cardiol.* 2005;101(2):203-7.
- 18- Arya A, Haghighi M, Khosrawi A, Emkanjoo Z, Sadr-Ameli MA. Predictors of arrhythmic events during second day monitoring in patients with normal first day holter recordings. *Indian Heart J.* 2005;57(3):241-4.
- 19- Lopes J, Saleiro C, Campos D, Sousa J, Puga L, Gomes R, *et al.* P1092 Syncope in the emergency department: can 24-hour holter monitoring be of any help? *EP Europace.* 2020;22(1): euaa162.157.
- 20- Galli A, Ambrosini F, Lombardi F. Holter monitoring and loop recorders: From research to clinical practice. *Arrhythm Electrophysiol Rev.* 2016;5(2):136-43.
- 21- Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, Michowitz Y, Auricchio A, Barbash IM, *et al.* 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *Eur Heart J.* 2021;42(35):3427-520.
- 22- Rafsanjani MHAP, Masoudi S, Radmanesh M, Bostani Z. Comparison of depression and anxiety among pacemaker and implantable cardioverter-defibrillator recipients: A cross-sectional study. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2021;44(2):235-9.
- 23- Mitro P, Kotianova A, Bodnar J, Skorodensky M, Valocik G. Quality of life and psychological well-being in patients with various pacing modes. *Bratisl Lek Listy.* 2008;109(6):260-6.
- 24- Polikandrioti M, Tzirogiannis K, Zyga S, Koutelekos I, Vasilopoulos G, Theofilou P, *et al.* Effect of anxiety and depression on the fatigue of patients with a permanent pacemaker. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.* 2018;3:e8-e17.
- 25- Varma N, Cygankiewicz I, Turakhia M, Heidebuchel H, Hu Y, Chen LY, *et al.* 2021 ISHNE/HRS/EHRA/APHRS collaborative statement on mHealth in Arrhythmia Management: Digital Medical Tools for Heart Rhythm Professionals: From the International Society for Holter and Noninvasive Electrocardiology/Heart Rhythm Society/European Heart Rhythm Association/Asia Pacific Heart Rhythm Society. *J Arrhythm.* 2021;37(2):271-319.
- 26- mHealth - New horizons for health through mobile technologies. Organização Mundial de Saúde [consultado em outubro de 2021].

Disponível em: https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

27- Nyotowidjojo I, Erickson RP, Lee KS. Crowd-Sourcing Syncope Diagnosis: Mobile Smartphone ECG Apps. *Am J Med.* 2016;129(4):e17-8.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras declaram não ter conflito de interesses.

CORRESPONDÊNCIA:

Flávia Manuela Cardoso Rios Soares
fmsoares@arsnorte.min-saude.pt

RECEBIDO: 12 de maio de 2021 | ACEITE: 30 de maio de 2022

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA – A CAUSA DO CANSAÇO

SOLITARY FIBROUS TUMOR OF THE PLEURA - THE CAUSE OF TIREDNESS

Autores:

Ana Rita Gonçalves¹, Ana Catarina Oliveira¹, José Rui Caetano²

RESUMO

Introdução: O cansaço é um sintoma comum nos cuidados de saúde primários, mas pouco específico e com múltiplas etiologias. Este caso apresenta uma causa incomum de cansaço, com uma evolução insidiosa e cujo diagnóstico só foi possível após aparecimento dos primeiros sintomas. O tumor fibroso solitário pleural é uma neoplasia rara que representa menos de 5% dos tumores pleurais. Na literatura terão sido descritos cerca de 1000 casos. A apresentação clínica mais frequente é tosse, dor torácica ou dispneia. O comportamento destes tumores é imprevisível. O tratamento preconizado é a ressecção cirúrgica em bloco. O prognóstico é geralmente favorável.

Descrição do caso: Trata-se de um homem de 76 anos, com antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, doença arterial periférica, dislipidemia, tabagismo, síndrome coronário crónico e rim único à direita. Recorreu à consulta aberta da sua Unidade de Saúde Familiar por cansaço nos últimos 15 dias, associado a anorexia. Apresentava alterações à auscultação pulmonar e foi objetivada opacidade do hemitórax esquerdo na radiografia do tórax e derrame pleural ipsilateral no ecocardiograma, sem alterações cardíacas relevantes. Foi encaminhado para o serviço de urgência e ficou internado para estudo etiológico, concluindo tratar-se de um tumor fibroso solitário pleural. Após ter sido considerado um tumor irressecável por várias equipas cirúrgicas, acabou por ser submetido a ressecção tumoral. Atualmente encontra-se assintomático.

Comentário: No caso clínico descrito, a evolução do tumor terá ocorrido provavelmente ao longo de vários anos, sem provocar qualquer sintomatologia. A celeridade do diagnóstico e da terapêutica revelou-se essencial, mesmo perante o contexto pandémico do país. Apesar dos condicionalismos, vários contactos telefónicos foram feitos pelo Médico de Família ao doente e sua esposa. É de ressaltar a importância dos cuidados de proximidade e centrados na pessoa que a Medicina Geral e Familiar consegue proporcionar, em qualquer momento da vida dos doentes.

Palavras-chave: cansaço; tumor fibroso solitário pleural; cuidados de saúde primários

ABSTRACT

Introduction: Tiredness is a common symptom in Primary Health Care, but it isn't specific and with multiple etiologies. This case presents an unusual etiology of tiredness, with an insidious evolution and whose diagnosis was only possible after the appearance of the first symptoms. Solitary fibrous tumor of the pleura (STFP) is a rare tumor that represents less than 5% of pleural tumors. About 1000 cases have been described in the literature. Most patients present with cough, chest pain, or dyspnea. The behavior of these tumors is unpredictable. Complete resection of tumor is the treatment of choice. The prognosis is generally favorable.

Case report: A 76-year-old man with a previous medical history of type 2 diabetes, peripheral arterial disease, dyslipidemia, smoking, chronic coronary syndrome and a single kidney on the right. He went to his health center for an emergency consultation due to tiredness in the last 15 days, associated with anorexia. He had alterations on pulmonary auscultation. Left hemithorax opacity on radiography and ipsilateral pleural effusion on echocardiogram were observed, without relevant cardiac alterations. He was referred to the emergency department and hospitalized for an etiological study, concluding that it was a solitary pleural fibrous tumor. After the tumor was considered unresectable by several surgical teams, he underwent tumor resection. He is currently asymptomatic.

Comment: In the clinical case described, the evolution of the tumor probably occurred over several years, without causing any symptoms. The speed of diagnosis and treatment proved to be essential, even in the face of the country's pandemic context. Despite the limitations, several telephone contacts were made by the Family Doctor to the patient and his wife. It is worth noting the importance of proximity and person-centered care that family doctors can provide, at any time in patients' lives.

Keywords: tiredness; solitary fibrous tumor of the pleura; primary health care

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACeS Cávado I - Braga

2. Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACeS Cávado I - Braga

INTRODUÇÃO

O cansaço é um sintoma comum nos cuidados de saúde primários,¹ mas pouco específico e com múltiplas possíveis etiologias, entre as quais condições cardiopulmonares, endócrinas, hematológicas, infecciosas, reumáticas, neoplásicas e psicológicas. A importância da história clínica e do exame objetivo é reconhecida, mas os exames complementares de diagnóstico (ECD) também se revelam de grande importância para a descoberta da causa deste sintoma.

O caso apresentado leva à descoberta de uma causa incomum de cansaço, um tumor fibroso solitário da pleura, cuja evolução terá sido insidiosa e cujo diagnóstico só foi possível após as primeiras manifestações clínicas e com auxílio de ECD.

Os tumores fibrosos solitários são neoplasias mesenquimais, originalmente descritas na pleura, mas posteriormente documentadas em praticamente qualquer região anatómica.²⁻⁴ A localização pleural ocorre em cerca de 30% destas neoplasias.² Na literatura terão sido descritos cerca de 1000 casos,⁵ o que demonstra a raridade do caso clínico.

Dentro dos tumores pleurais, apenas cerca de 5% correspondem a tumores fibrosos solitários da pleura (TFSP).⁵⁻⁸ Ocorrem em qualquer faixa etária, mas o seu pico de incidência é na quinta e sexta décadas de vida,^{3,4,6,7} atingindo igualmente ambos os sexos.^{3,8,9} A etiologia permanece desconhecida e a associação com tabagismo ou exposição a asbestos não foi demonstrada.^{3,4,6-8} Apesar de maioritariamente benignos, em 10 a 20% dos casos surgem TFSP malignos.^{4-6,9}

A maioria dos TFSP têm curso clínico indolente, sendo assintomáticos por vários anos e o diagnóstico é incidental através de radiografia torácica.^{4,6-8,10,11} As lesões tendem a apresentar-se como massas de crescimento lento e indolor ou podem provocar sintomas pelo efeito de massa ou compressão de estruturas adjacentes.^{3,10} A apresentação clínica mais frequente é tosse, dor torácica ou dispneia.^{4,6-8,10} Mais raramente observam-se hemoptises e pneumonite obstrutiva como resultado da obstrução das vias aéreas.^{4,6,9} A ocorrência de derrame pleural é reportado em até 12% dos casos,⁶ podendo relacionar-se com comportamento maligno.^{6,9}

No entanto, o comportamento destes tumores é imprevisível e nem sempre se correlaciona com os achados histológicos.^{3,6,9} Além disso, alguns casos de TFSP de características benignas durante vários anos acabaram por alterar o seu comportamento para maligno,⁹ o que torna fundamental o seguimento destes doentes a longo prazo.^{3,10,11}

Radiologicamente são muitas vezes de grandes dimensões, bem definidos, lobulados, sólidos e vascularizados.^{3,4,7,8,10} A presença de um pedículo vascular ocorre frequentemente^{4,6} e, em cerca de 80% dos casos, a origem é a partir da pleura visceral.^{6,7}

Os achados radiológicos com melhor relação com malignidade incluem: tamanho, intensidade heterogénea do sinal e captação heterogénea de contraste na ressonância magnética nuclear (RMN).^{3,6,10}

O tratamento preconizado é a ressecção cirúrgica completa de qualquer TFSP.^{3,4,6-10} O prognóstico é geralmente favorável, com taxas de sobrevivência a cinco anos de 79 - 100%,⁶ a 10 anos de 76,8% e a 20 anos de 51,7%.¹¹ A excisão completa é o melhor indicador de prognóstico.^{6,8} O risco de recorrência local para os tumores benignos é inferior a 10%, sendo que no caso de tumores malignos sésseis é consideravelmente superior, podendo atingir 60% de taxa de recorrência.^{4,6,8,9} A ocorrência de metástases é também possível, sendo os locais mais comuns: pulmões, ossos e fígado.³ Por esse motivo, o controlo imagiológico a longo prazo é essencial, sobretudo nos primeiros dois anos após a ressecção cirúrgica.^{4,6,9,11}

DESCRIÇÃO DO CASO

Homem de 76 anos de idade, natural de Moçambique, mas a viver em Portugal desde os 8 anos, reformado (engenheiro técnico), casado, totalmente autónomo. Pertencente a uma família nuclear, em estadio VII do ciclo de *Duvall*, com bom suporte familiar, mas apenas com apoio diário da esposa, dado os filhos viverem longe. Como antecedentes pessoais apresentava: diabetes *mellitus* tipo 2, doença arterial periférica, dislipidemia, tabagismo (cerca de 60 UMA; teria iniciado abstinência tabágica há dois meses), síndrome coronário crónico (submetido a *bypass* das artérias coronárias em 1993) e rim único à direita. Encontrava-se medicado com atorvastatina 40 mg *id*, sitagliptina/metformina 50/1000 mg *bid*, insulina *lantus* 10 U *id* e mononitrato de isossorbida 50 mg *id*.

Recorreu à consulta aberta da sua Unidade de Saúde Familiar (USF) em maio de 2020 por quadro de cansaço nas atividades de vida diárias nos últimos 15 dias, associado a anorexia. Referia tosse dentro do seu padrão habitual desde há vários anos e negava outras queixas. Ao exame objetivo apresentava pressão arterial de 85/50 mmHg e frequência cardíaca de 65 bpm; os sons cardíacos eram rítmicos, sem sopros aparentes; na auscultação pulmonar objetivou-se diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo e roncos expiratórios escassos dispersos em todo o campo pulmonar. Não havia alteração do peso

corporal nos últimos seis meses (61 kg, IMC 22,1 kg/m²). Dada a clínica e os achados ao exame físico, e sendo a principal suspeita etiológica uma causa cardiopulmonar (insuficiência cardíaca descompensada como primeira hipótese), foi solicitado eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma e radiografia torácica.

Os ECD solicitados foram mostrados após cerca de três semanas e apresentavam o seguinte: ECG com ritmo sinusal e frequência cardíaca de 91 bpm, baixa voltagem do QRS nas derivações periféricas; ecocardiograma normal para a idade, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 54% e imagem de derrame pleural importante no hemitórax esquerdo; radiografia torácica com hemitórax opaco à esquerda, opacidades metálicas em relação com antecedentes cirúrgicos, moderado reforço do retículo pulmonar à direita, sem aparentes áreas de consolidação ou nódulos, visível na figura 1.

Perante estes resultados e dada a evolução da sintomatologia (agravamento do cansaço e aumento do padrão da tosse), o doente foi encaminhado para o serviço de urgência (SU) do hospital de referência do grupo II.



Figura 1. Radiografia torácica demonstrando derrame pleural esquerdo.

No SU realizou tomografia computadorizada (TC) torácica que demonstrou: “Massa provavelmente pleural esquerda com 18 cm (plano coronal), heterogênea, adjacente à vertente posterior dos lobos superior e inferior esquerdos, com atelectasia parcial do parênquima adjacente. Moderado/volumoso derrame pleural homolateral. Ligeiro desvio contralateral do mediastino. (...)”. O doente ficou internado para estudo etiológico no serviço de Pneumologia desse hospital.

Durante o internamento de oito dias manteve sempre estabilidade hemodinâmica e não se registaram intercorrências. Nesse período realizou toracocentese e broncofibroscopia, que foram inconclusivas. Em junho foi feita biópsia transtorácica, mas o resultado só foi conhecido seis semanas depois. Revelou “fragmentos de neoplasia de padrão estoriforme e fasciculado, com células fusiformes com atipia citológica discreta” e a imunohistoquímica apresentou: CD34 positivo, STAT6 positivo, AE1/AE3/S100/Desmina/RE/CD10 negativos, permitindo fazer-se o diagnóstico de tumor fibroso solitário.

Durante todo este período de incerteza quanto ao diagnóstico, o médico de família realizou vários contactos telefónicos, no sentido de fazer um acompanhamento da evolução do quadro clínico do doente e, sobretudo, para perceber de que forma estava a ser feita a gestão da situação por parte da família. Foi fundamental este contacto frequente com a esposa, o pilar de apoio do doente, dada a fragilidade em que esta se encontrava, permitindo que o suporte familiar se mantivesse forte e estável sob o ponto de vista emocional.

O doente foi, então, encaminhado para consulta multidisciplinar de Oncologia do mesmo hospital que considerou haver necessidade de avaliação por Cirurgia Cardiotorácica. Realizou ressonância magnética nuclear (RMN) torácica em setembro que mostrou “...massa situada nos dois terços superiores da cavidade pleural esquerda, com 7,9 x 12,6 x 17 cm, em relação com tumor fibroso solitário conhecido. Não se identificam sinais que sugiram extensão transpleural, pelo que parece ser uma lesão circunscrita à pleura. Associa-se derrame pleural de médio volume na região basal. Nota-se atelectasia compressiva significativa do pulmão esquerdo, com colapso do segmento apicoposterior do lobo superior esquerdo e dos segmentos basais do lobo inferior esquerdo.”, visível nas figuras 2 e 3.

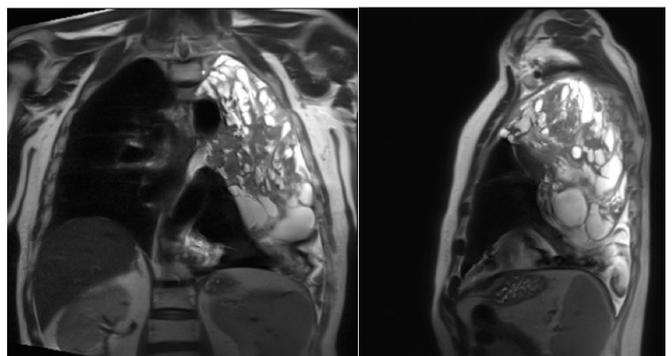


Figura 2 e 3. Ressonância magnética nuclear torácica onde se visualiza a lesão tumoral (corte coronal e sagital).

O caso foi discutido com vários serviços de Cirurgia Cardiotorácica de outros centros hospitalares do grupo III que consideraram o tumor irrisqueável dada a sua localização e, pelos antecedentes cirúrgicos coronários, o doente não seria candidato a pneumectomia pelo elevado risco cirúrgico. Em novembro de 2020, o doente acabou por ser aceite para intervenção cirúrgica num outro hospital, tendo sido internado no serviço de Cirurgia Cardiotorácica e submetido a resseção do tumor fibroso à esquerda, tendo-se observado expansão pulmonar completa, sem derrame ou pneumotórax na radiografia pós-operatória. O doente teve alta três dias depois sem queixas, hemodinamicamente estável e sem necessidade de oxigenoterapia.

Atualmente encontra-se com bom estado geral, com resolução do cansaço e recuperação da capacidade funcional. Mantém acompanhamento em consulta da especialidade e no seu médico de família. Apresenta-se com bom controlo das comorbilidades e sem novo agravamento sintomatológico desde então.

COMENTÁRIO

No caso clínico descrito, a evolução do tumor terá sido insidiosa, provavelmente ao longo de vários anos, sem provocar qualquer sintomatologia. O aparecimento de cansaço, a primeira manifestação clínica da doença, indiciava um diagnóstico distinto, pelo que a principal suspeita era de insuficiência cardíaca descompensada. No entanto, os exames de imagem solicitados revelaram uma massa vascularizada de 17 cm que condicionava atelectasia compressiva significativa da quase totalidade do pulmão esquerdo, com derrame pleural importante. Este diagnóstico mostrou-se surpreendente e inesperado.

Durante o ano de 2020, período em que decorreu a marcha diagnóstica e terapêutica deste caso clínico, estava instalada a pandemia por Covid-19 em Portugal. Uma vez que a sintomatologia do doente não era compatível com os critérios de suspeição em vigor à data de apresentação, o diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2 não foi considerado. De referir também que, nesse período, o acesso a consultas presenciais nos cuidados de saúde primários e hospitalares era escasso. Ainda assim, todo o processo decorreu de forma célere e, apesar da decisão terapêutica ter sido muito controversa dada a evolução da doença e os antecedentes do doente, a intervenção cirúrgica foi bem-sucedida e permitiu a resolução da sintomatologia. Dada a imprevisibilidade do comportamento deste tipo de neoplasias, o seguimento

será essencial para detetar precocemente possíveis recidivas tumorais, sendo que atualmente mantém acompanhamento em consulta da especialidade.

Para este caso, a brevidade com que ocorreram o diagnóstico e a intervenção terapêutica, mesmo perante o contexto pandémico controverso, foi essencial para a resolução atempada do caso clínico. A importância da valorização dos sintomas a nível dos cuidados de saúde primários, que iniciou a marcha diagnóstica, seguida da resposta célere por parte dos cuidados hospitalares e da interligação entre várias instituições de saúde do país, permitiu que fosse encontrada a melhor solução terapêutica para o doente, dentro de um limite temporal razoável, o que culminou numa melhoria significativa da sua qualidade de vida. Este caso demonstra também a importância de haver um Serviço Nacional de Saúde integrado e interligado em todo o território nacional, de forma a ser encontrada a resposta mais adequada para o problema de cada doente, mesmo perante um fenómeno tão adverso quanto uma pandemia.

Apesar dos condicionamentos na realização de consultas presenciais nos CSP nesse período, durante todo o processo desde o diagnóstico até à concretização do tratamento cirúrgico, vários contactos telefónicos foram feitos com a família. Apesar da situação delicada em que o doente se encontrava, e percebendo que a esposa era o seu principal ponto de suporte, a equipa dos CSP percebeu que era ela quem precisava de um apoio reforçado nessa fase. Aqui também se demonstra o papel fundamental do médico de família no que toca ao seu princípio de abordagem centrada na pessoa, englobando o seu contexto familiar, expectativas e preferências, recursos e forças, necessidades espirituais e articulação de cuidados, de forma a assegurar que todas as necessidades dos doentes são atendidas, sobretudo em momentos tão delicados quanto este aqui descrito.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Dukes JC, Matthew C, Mills A, Marcaud M. Approach to Fatigue: Best Practice. *Med Clin North Am.* 2021;105(1):137-48.
- 2- Ronchi A, Cozzolino I, Marino FZ, Accardo M, Montella M, Panarese I, et al. Extrapleural solitary fibrous tumor: A distinct entity from pleural solitary fibrous tumor. An update on clinical, molecular and diagnostic features. *Ann Diagn Pathol.* 2018;34:142-50.
- 3- Thway K, Ng W, Noujaim J, Jones RL, Fisher C. The Current Status of Solitary Fibrous Tumor: Diagnostic Features, Variants, and Genetics. *Int J Surg Pathol.* 2016;24(4):281-92.
- 4- Arab WA. Solitary fibrous tumours of the pleura. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2012;41(3):587-97.
- 5- Shanahan B, Redmond KC. Largest known malignant solitary fibrous tumour of the pleura-extended resection warranting cardiopulmonary bypass support. *Ir J Med Sci.* 2019;188(2):433-5.
- 6- Cardillo G, Lococo F, Carleo F, Martelli M. Solitary fibrous tumors of the pleura. Review. *Curr Opin Pulm Med.*
- 7- Rock P, Weerakkody Y. Solitary fibrous tumor of the pleura. *Radiopaedia.*

[acesso em dezembro de 2020]. Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/solitary-fibrous-tumour-of-the-pleura>

8- Sandri A, Maraschi A, Gagliasso M, Cartia C, Rapanà R, Sobrero S, et al. Solitary Fibrous Tumours of the Pleura. *Diseases of Pleura*. 2020.

9- Perrot M, Fischer S, Bründler MA, Sekine Y, Keshavjee. Solitary Fibrous Tumors of the Pleura. Review. *Ann Thorac Surg*. 2002;74:285–93.

10- You YH, Liu RT, Zhang Y. A large solitary fibrous tumour of the pleura: a case report and review of the literature. *J Int Med Res*. 2018;46(4):1672-7.

11- Karpathiou G, Peoc'h M. Pleura revisited: from histology and pathophysiology and molecular biology. *Series on Pleural Diseases. Clin Respir J*. 2019;13(1):3-13.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Rita Moreira Coutinho Gonçalves
armgoncalves@arsnorte.min-saude.pt

RECEBIDO: 12 de novembro de 2021 | ACEITE: 08 de junho de 2022

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: TRABALHO DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE: CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT INITIATIVE

Autores:

Anabela Barreto Silva¹, Ana Sofia Costa¹, João Pedro Araújo¹, Joana Costa¹, Maria João Barbosa²

RESUMO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma patologia respiratória crónica prevalente. Este estudo pretendeu melhorar o registo do *forced expiratory volume in the first second* (FEV₁) pós-broncodilatação (pós-BD) em doentes com DPOC numa unidade de saúde familiar.

Material e métodos: Estudo de melhoria contínua da qualidade de dimensão técnico-científica. Unidade de estudo: doentes com ≥ 40 anos, com codificação de DPOC. Duração: 12 meses. Parâmetros estudados: idade, sexo, registo de parâmetros espirométricos nos últimos três anos e clínicos no último ano e número de contactos médicos. Tipo de intervenção: educacional. Padrão de qualidade do registo do FEV₁ pós-BD: “insuficiente” < 60%, “suficiente” 60 - 69%, “bom” 70 - 84% e “muito bom” 85 - 100%.

Resultados: Foram incluídos 200 participantes (M = 69,2 anos), 66% eram homens. No final do estudo houve uma melhoria de 33,6% para 40,6% no registo do FEV₁ pós-BD ($p = 0,018$). Verificaram-se ainda diferenças significativas ao nível dos registos da *forced vital capacity* (FVC) pós-BD ($p = 0,007$), do FEV₁/FVC pós-BD ($p = 0,002$), do *modified british medical research council* (mMRC) ($p < 0,001$), do *COPD assessment test* (CAT) ($p < 0,001$), das agudizações ($p < 0,001$), das hospitalizações ($p < 0,001$) e do grupo de gravidade segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) ($p < 0,001$).

Discussão: A sensibilização da equipa para esta patologia parece ter contribuído para a melhoria do registo dos parâmetros espirométricos e clínicos dos doentes com DPOC. Contudo, o registo do FEV₁ pós-BD manteve-se “insuficiente”, podendo estar relacionado com a dificuldade de realização de espirometrias durante a pandemia *coronavirus disease 2019*. **Conclusão:** Intervenções educativas dirigidas a pares são métodos simples e eficazes na melhoria da qualidade dos registos com potencial benefício no acompanhamento dos utentes.

Palavras-chave: doença pulmonar obstrutiva crónica; melhoria de qualidade; espirometria; registos clínicos

ABSTRACT

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a prevalent chronic respiratory disease. The aim of this study was to improve the record of forced expiratory volume in the first second (FEV₁) post bronchodilation (post-BD) in patients with COPD from a primary care unit.

Material and methods: A study of continuous quality improvement of technical and scientific dimension was conducted. **Unit of study:** patients aged ≥ 40 years, with COPD encoding. **Duration:** 12 months. **Parameters studied:** age, gender, record of spirometric parameters in the last three years and clinical in the last year and number of medical contacts. **Type of intervention:** educational. **Quality standard of post-BD FEV₁ record considered:** “insufficient” < 60%, “sufficient” 60 - 69%, “good” 70 - 84% and “very good” 85 - 100%.

Results: 200 participants were included (M = 69,2 years), 66% were male. At the end of the study there was an improvement from 33,6% to 40,6% in the post-BD FEV₁ record ($p = 0,018$). There were also significant differences at record of post-BD forced vital capacity (FVC) ($p = 0,007$), post-BD FEV₁/FVC ($p = 0,002$), modified british medical research council (mMRC) ($p < 0,001$), COPD assessment test (CAT) ($p < 0,001$), exacerbations ($p < 0,001$), hospitalizations ($p < 0,001$) and Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) severity group ($p < 0,001$).

Discussion: The team's awareness of this pathology seems to have contributed to the improvement of the spirometric and clinical parameters record of patients with COPD. However, the post-BD FEV₁ record remained “insufficient”, which may be related to difficulty in performing spirometry during coronavirus disease 2019 pandemic.

Conclusion: Peer-directed educational interventions are simple and effective methods to improve quality of records, with potential benefit in the patient's follow-up.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; quality improvement; spirometry; medical records

1. Médico(a) interno(a) de formação especializada em Medicina Geral e Familiar na unidade de saúde familiar Gualtar, ACeS Cávado I - Braga

2. Assistente de Medicina Geral e Familiar na unidade de saúde familiar Gualtar, ACeS Cávado I - Braga; ICVS - Life and Health Sciences Research Institute, Universidade do Minho - Braga

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença respiratória crónica, prevenível e tratável, caracterizada pela persistência de sintomas respiratórios e limitação do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível.¹ A limitação do fluxo aéreo geralmente é progressiva e encontra-se associada a um aumento da resposta inflamatória nas vias aéreas e pulmão a partículas ou gases nocivos.²

Mais de 12% da população mundial sofre de DPOC e esta prevalência tem vindo a aumentar, em consequência do aumento do tabagismo, do envelhecimento da população mundial e da redução da mortalidade de outras causas de morte, como as doenças cardiovasculares.³ Atualmente já é a terceira causa de morte a nível mundial e é considerada uma das principais causas de morbilidade crónica e perda de qualidade de vida.⁴⁻⁶

Em Portugal a prevalência da DPOC atinge os 14,2% segundo um estudo efetuado numa amostra da área metropolitana de Lisboa, integrado no estudo mundial *burden of obstructive lung disease* (BOLD).⁷

A DPOC é responsável por um elevado número de consultas médicas, de idas ao serviço de urgência e de internamentos hospitalares, associados ainda a um consumo significativo de medicação, oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliária de longa duração.⁸⁻¹⁰

O tabagismo é o principal fator de risco da doença, sendo que a cessação tabágica é a medida mais efetiva na redução do declínio da função pulmonar.¹¹ No entanto, o papel da poluição e inalação de combustão de biomassa na etiopatogenia da doença não deve ser ignorado.² O maior desafio da atualidade e das próximas décadas prende-se com a evicção da exposição ao tabaco e a gases poluentes, com o diagnóstico precoce e com a diminuição da carga de doença.^{12,13}

O diagnóstico de DPOC deve ser considerado em qualquer doente que apresente sintomas de tosse, produção de expectoração ou dispneia, e/ou uma história de exposição a fatores de risco desta doença, sendo confirmado através da realização de uma espirometria com prova de broncodilatação. Na espirometria, a presença de um FEV₁/FVC (*forced expiratory volume in the first second/forced vital capacity*) pós-broncodilatador (pós-BD) inferior a 70% confirma a presença de uma limitação do débito aéreo que não é totalmente reversível.¹

Atualmente não existe evidência que suporte de forma conclusiva o rastreio por espirometria antes do desenvolvimento de sintomas significativos.¹ O rastreio poder-se-á fazer questionando-se sobre história

de tabagismo e sintomas respiratórios. A dispneia e outros sintomas poderão ser avaliados, respetivamente, através do uso das escalas *modified british medical research council* (mMRC) e *COPD assessment test* (CAT).

A abordagem de avaliação dos doentes com DPOC deve agrupá-los de acordo com os sintomas respiratórios e história prévia de agudizações, o que permite considerações terapêuticas mais individualizadas e adequadas.¹ O tratamento farmacológico precoce na DPOC leve a moderada aumenta a função pulmonar, melhora a qualidade de vida e previne agudizações.¹⁴

Na população portuguesa foram identificados níveis elevados de subdiagnóstico (86,6%), assim como uma prevalência aumentada da doença em indivíduos não fumadores (9,2%). Além disso, 61,2% dos casos codificados como DPOC não se confirmaram pela realização de espirometria.⁷ Segundo o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias de 2017, o número de doentes com o diagnóstico ativo de DPOC ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP) com espirometria diagnóstica é de 32,3% a nível nacional e de 48% na região Norte,¹⁵ o que permite concluir que há doentes subdiagnosticados e doentes mal diagnosticados.

Na unidade de saúde familiar (USF) de uma área urbana onde que se realizou o estudo observou-se, através da leitura do indicador dos CSP, um baixo registo do FEV₁ pós-BD. A par disso, percebeu-se a existência de um preenchimento incompleto dos restantes valores espirométricos e clínicos, que dificultava a reavaliação e orientação a longo prazo dos doentes com DPOC, o que motivou o desenvolvimento de um trabalho de melhoria da qualidade com o foco nos registos clínicos. Assim, a equipa de investigadores definiu como objetivo primário a melhoria do registo do FEV₁ pós-BD nos utentes inscritos nesta USF. Como objetivos secundários pretendeu-se otimizar o registo de outros parâmetros espirométricos, como o FVC e o FEV₁/FVC, bem como os registos clínicos, nomeadamente do mMRC, do CAT, das agudizações, das hospitalizações e da classificação da gravidade segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de melhoria contínua da qualidade de dimensão técnico-científica, com realização de uma avaliação interna do registo de FEV₁ pós-BD, FVC e FEV₁/FVC, pelo menos uma vez nos últimos três anos, e dos registos clínicos do mMRC, CAT, agudizações, hospitalizações e classificação da gravidade, pelo menos uma vez no último ano. O período de

estudo compreendeu novembro de 2019 a novembro de 2020, contabilizando um total de 12 meses. A população do estudo correspondeu à totalidade dos utentes, com idade igual ou superior a 40 anos com o diagnóstico da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2) de DPOC (R95), inscritos numa USF urbana da região do Norte de Portugal.

Colheita de dados

A avaliação inicial, daqui em diante denominada momento “0”, foi realizada em novembro de 2019, sendo que na análise dos parâmetros clínicos foram considerados os registos das consultas desde novembro de 2018. Após a aplicação das medidas de intervenção, foram realizadas duas novas avaliações, aos 6 e 12 meses após a avaliação inicial, daqui em diante referidas como momento “1” e “2”, respetivamente.

Em cada um dos momentos, obteve-se a listagem de doentes com o diagnóstico de DPOC, através do módulo de informação e monitorização das unidades funcionais (MIM@UF®), utilizando o código R95 da ICPC-2. Deste modo, foi possível avaliar a existência de novos diagnósticos ou recodificações. A recolha dos dados foi conseguida através da consulta do processo clínico no programa informático SClínico®. Os dados relativos à existência de espirometria prévia e o seu resultado foi obtido no aplicativo “MCDTs”, tendo sido considerado exclusivamente o valor do FEV₁ registado nessa secção, e não o registo através da ficha individual do utente. O registo de classificação dos sintomas com as escalas mMRC ou CAT, assim como o registo das agudizações, das hospitalizações e do grupo de gravidade da doença foi procurado no Subjetivo-Objetivo-Avaliação-Plano (SOAP) no ano precedente.

Cerca de quatro meses após a intervenção, a 11 de março de 2020, a organização mundial de saúde declarou a pandemia *coronavirus disease 2019* (COVID-19), tendo sido decretado estado de emergência em Portugal entre 18 de março e 2 de maio desse ano. Tendo em consideração a reorganização das unidades de saúde neste contexto e o seu possível impacto nos resultados do estudo, subdividiram-se os primeiros seis meses pós-intervenção em dois períodos de três meses. De forma a analisar se a inexistência de registos se devia à ausência de consulta foi avaliado o número de contactos médicos que cada doente teve nos seguintes intervalos de tempo: 22/11/2019 a 22/02/2020 (período “1A”), 23/02/2020 a 22/05/2020 (período “1B”) e 23/05/2020 a 22/11/2020 (período “2”).

Medidas

As variáveis em estudo foram: idade; sexo; proporção de utentes diagnosticados com DPOC (R95) com registo de FEV₁ pós-BD, FVC e FEV₁/FVC pré e pós-BD, nos últimos três anos; proporção de utentes diagnosticados com DPOC (R95) com registo do mMRC, do CAT, das agudizações, das hospitalizações e do grupo de gravidade, no último ano e número de contactos médicos durante o período de estudo.

Relativamente ao padrão de qualidade, este apenas foi definido para o objetivo primário, por permitir avaliar o grau de obstrução na doença já diagnosticada e por ser a referência no indicador contratualizado. A equipa de investigação considerou um registo de FEV₁ pós-BD “insuficiente” < 60%, “suficiente” 60% - 69%, “bom” 70 - 84% e “muito bom” 85 - 100%, adaptado do intervalo mínimo esperado do indicador de monitorização e contratualização respetivo.

Intervenção

Foi realizada uma intervenção educacional através de uma formação sobre a interpretação da espirometria para os médicos integrantes da USF, em novembro de 2019, imediatamente após o momento “0”. De forma a garantir a uniformização dos registos clínicos, foi estabelecido o que e onde deveriam constar cada um dos parâmetros de avaliação do doente com DPOC, segundo o SOAP, como representado na figura 1. Além disso, foi construído e distribuído por todos os consultórios um pequeno folheto com os algoritmos de atuação para que se encontrassem mais facilmente recordáveis e acessíveis, como representado na figura 1 e 2. Os mesmos foram disponibilizados numa pasta partilhada digital para que o fator tempo não fosse limitativo na atualização dos registos.

Análise estatística

No que diz respeito à análise descritiva, as medidas a apresentar foram selecionadas de acordo com o tipo de variável em análise, sendo apresentadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas e média (M), desvio padrão (DP), valores mínimo e máximo para variáveis quantitativas. Para analisar diferenças entre as três avaliações, em termos de variáveis qualitativas dicotómicas, foi utilizado o teste de Cochran, seguido por testes de McNemar com correção Bonferroni, no caso de se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre as três avaliações.

Para analisar a associação entre variáveis qualitativas recorreu-se ao teste de qui-quadrado ou ao teste de Fisher, no caso de a percentagem de células com contagem esperada inferior a cinco ser superior a 20%.

1. QUANDO SUSPEITAR DE DPOC? Se sintomas! (dispneia; tosse crónica; expetoração)

2. FATORES DE RISCO: tabagismo, queima de combustíveis de biomassa, exposição ocupacional, fatores do hospedeiro (défice de alfa 1 anti-tripsina, idade e género, restrição de desenvolvimento pulmonar, asma e hiperreactividade das vias aéreas.)

3. ESPIROMETRIA: FEV1/FVC < 0,70 APÓS PROVA DE BD - CONFIRMA O DIAGNÓSTICO

4. AVALIAR A LIMITAÇÃO DO FLUXO AÉREO:

	FEV ₁ (% previsto após BD)
GOLD 1 (LIGEIRO)	= 80
GOLD 2 (MODERADA)	50-79
GOLD 3 (GRAVE)	30-49
GOLD 4 (MUITO GRAVE)	<30

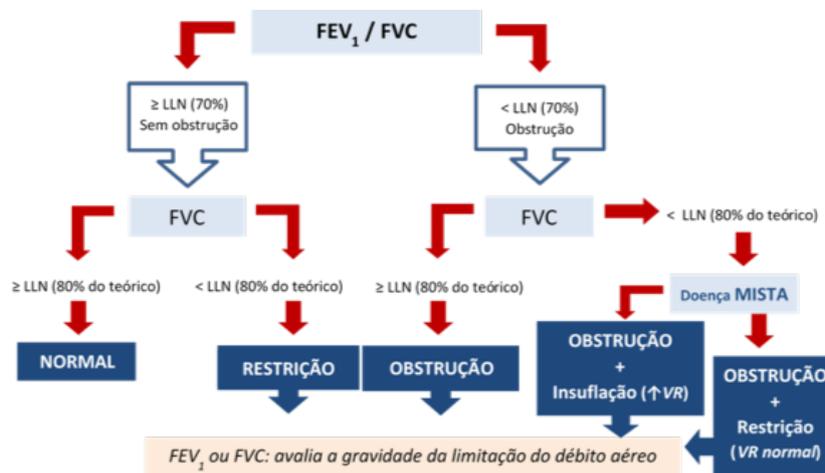
5. AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS E RISCO DE EXACERBAÇÕES + TERAPÊUTICA:

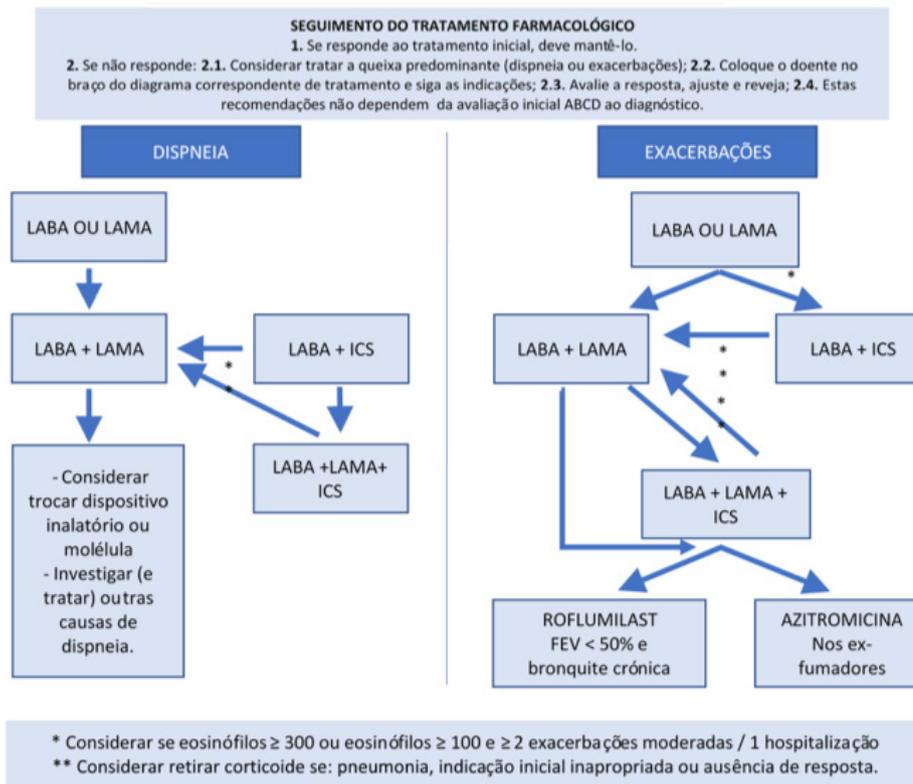
GRUPO C LAMA	GRUPO D LAMA <u>ou</u> LAMA + LABA* <u>ou</u> ICS + LABA** * Considerar se muito sintomático (CAT >20) ** Considerar se eosinófilos > 300	EXACERBAÇÕES: =2 ou =1 internamento
GRUPO A Broncodilatador	GRUPO B Broncodilatador de longa ação LABA ou LAMA	0 ou 1 (sem internamentos)
mMRC 0-1 CAT < 10	mMRC =2 CAT = 10	
SINTOMAS		

Legenda: BD – Broncodilatação; CAT- COPD Assessment Test; DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; FEV₁- forced expiratory volume in the first second ; FVC - forced vital capacity; GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; ICS- inhaled corticosteroids; LABA - long-acting beta agonist; LAMA - long acting muscarinic antagonist; mMRC - Modified British Medical Research Council

Figura 1. Algoritmo de atuação no doente com doença pulmonar obstrutiva crónica.¹

S	Profissão Exposição a fatores de risco Antecedentes familiares de doenças respiratórias Adesão à terapêutica Número e características das agudizações Número de hospitalizações Seguido/Não seguido na consulta de Pneumologia Realização de consultas de cessação tabágica (se fumador) Realização de reabilitação respiratória
O	IMC SpO2 Auscultação pulmonar mMRC e/ou CAT Hábitos tabágicos Espirometria (FEV₁, FVC e FEV₁/FVC pré e pós-broncodilatador)
A	(R95) DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA Classificação GOLD Comorbilidades
P	Aconselhar sobre: Cessação tabágica (se fumador) Evicção de factores de risco de agravamento da doença Realização de exercícios de fortalecimento muscular Referenciar (se necessário) para a consulta de Pneumologia Vacinação (gripe e anti-pneumocócica) Rever e otimizar o tratamento Rever técnica dos dispositivos inalatórios





Versão modificada do Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC)

Avaliação do grau de dispneia (0-4)

GRAU 0	"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso"
GRAU 1	"Fico com falta de ar ao apressar-me ao percorrer um piso ligeiramente inclinado"
GRAU 2	"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando ao meu passo normal"
GRAU 3	"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos"
GRAU 4	"Estou sem fôlego para sair de casa".

CUT POINT – 0-1 – MENOS SINTOMÁTICO

CUT POINT ≥ 2 – MAIS SINTOMÁTICO

COPD Assessment TEST (CAT)

Avaliação do impacto da DPOC no bem estar e quotidiano (0-40)

		Pontuação
NUNCA TENHO TOSSE	0 1 2 3 4 5	TENHO SEMPRE TOSSE <input type="checkbox"/>
NÃO TENHO NENHUMA EXPECTORAÇÃO (CATARRO) NO PEITO	0 1 2 3 4 5	O MEU PEITO ESTÁ CHEIO DE EXPECTORAÇÃO (CATARRO) <input type="checkbox"/>
NÃO SINTO NENHUM APERTO NO PEITO	0 1 2 3 4 5	SINTO UM GRANDE APERTO NO PEITO <input type="checkbox"/>
NÃO SINTO FALTA DE AR AO SUBIR UMA LADEIRA OU LANÇO DE ESCADAS	0 1 2 3 4 5	QUANDO SUBO UMA LADEIRA OU LANCE DE ESCADAS SINTO BASTANTE FALTA DE AR <input type="checkbox"/>
NÃO SINTO NENHUMA LIMITAÇÃO NAS MINHAS ATIVIDADES EM CASA	0 1 2 3 4 5	SINTO ME MUITO LIMITADO NAS MINHAS ATIVIDADES EM CASA <input type="checkbox"/>
SINTO ME CONFIANTE PARA SAIR CASA, APESAR DE MINHA DOENÇA PULMONAR	0 1 2 3 4 5	NÃO ME SINTO NADA CONFIANTE PARA CASA, POR CAUSA DA MINHA DOENÇA PULMONAR <input type="checkbox"/>
DURMO BEM/ PROFUNDAMENTE	0 1 2 3 4 5	NÃO DURMO BEM/ PROFUNDAMENTE DEVIDO A MINHA DOENÇA <input type="checkbox"/>
TENHO MUITA ENERGIA	0 1 2 3 4 5	NÃO TENHO ENERGIA NENHUMA <input type="checkbox"/>
		PONTUAÇÃO TOTAL: <input type="checkbox"/>

Nível de impacto	Pontuação CAT
Reduzido	<10
Médio	10-20
Alto	21-30
Muito alto	>30

Figura 2. Material de apoio à consulta do doente com doença pulmonar obstrutiva crónica.¹
 Legenda: FEV₁ – forced expiratory volume in the first second, FVC – forced vital capacity, ICS – inhaled corticosteroids, LABA – long acting beta agonist, LAMA – long acting muscarinic antagonist, LLN – limite inferior do normal.

Considerações éticas

O protocolo de investigação foi apresentado em reunião clínica à equipa médica e obteve autorização para a sua realização pelo Conselho Técnico da unidade. Foi ainda aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde Norte e pelo Conselho Clínico do ACeS local. Por se tratar da melhoria de registos clínicos, não implicou riscos específicos para os doentes, nem teve impacto no normal funcionamento da unidade. A informação foi tratada de forma anónima e confidencial.

RESULTADOS

Descrição da amostra

A amostra foi constituída por 200 participantes, a maioria do sexo masculino ($n = 132$, 66,0%), com idades compreendidas entre os 42 e os 95 anos ($M = 69,23$, $DP = 11,05$). 199 doentes foram incluídos no momento “1” e 197 no momento “2”. Ao longo do estudo verificaram-se três *dropouts* por falecimento, um entre o momento “0” e “1” e dois entre o momento “1” e “2”. A maioria tinha espirometria ao diagnóstico ($n = 129$, 64,5%).

No momento “0”, 64,5% dos participantes apresentavam pelo menos uma espirometria registada nos últimos três anos. Destes, 77,5% tinham no resultado o relatório da espirometria por extenso, mas em apenas 33,6% constava o registo do FEV₁ pós-BD, em 17% o FVC pós-BD e em 26,4% o FEV₁/FVC pós-BD. Quanto aos registos clínicos, em 10,5% havia referência ao mMRC, 0,5% ao CAT, 15,0% às agudizações no último ano, 1,0% às hospitalizações no último ano e em 10,0% ao grupo de gravidade.

No decorrer do estudo não houve registo de novos diagnósticos. 73,4% tiveram pelo menos um contacto médico nos seis meses pós-intervenção (período “1A” e período “1B”), sendo que 35,6% tiveram pelo menos um contacto médico nos três meses imediatos pré-pandemia COVID-19 (período “1A”) e 48,7% nos três meses seguintes, coincidentes com a pandemia COVID-19 (período “1B”). Por sua vez, 73,6% tiveram um contacto médico nos seis meses seguintes (período “2”). 17% dos doentes não tiveram qualquer contacto médico no período total do estudo (Quadro I).

Análise de diferenças entre os três momentos de avaliação

Analisando as diferenças entre os três momentos de avaliação em relação ao registo dos parâmetros espirométricos (Quadro II), no final do estudo verificou-se uma melhoria de 33,6% para 40,6% no registo de FEV₁ pós-BD.

Foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas ao nível do registo do FEV₁ pós-BD [$Q(2) = 8,00$, $p = 0,018$], do FVC pós-BD [$Q(2) = 10,00$, $p = 0,007$] e do FEV₁/FVC pós-BD [$Q(2) = 12,00$, $p = 0,002$]. Neste último parâmetro, apenas se objetivou uma diferença estatisticamente significativa entre o momento “1” e o “2” ($p = 0,016$).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao registo de espirometria entre os três momentos [$Q(2) = 4,52$, $p = 0,104$].

No que diz respeito ao registo dos parâmetros clínicos (Quadro III), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos no registo do mMRC [$Q(2) = 70,62$, $p < 0,001$], do CAT [$Q(2) = 96,97$, $p < 0,001$], das agudizações [$Q(2) = 34,23$, $p < 0,001$], das hospitalizações no último ano [$Q(2) = 60,34$, $p < 0,001$] e do grupo de gravidade [$Q(2) = 35,56$, $p < 0,001$], como em seguida se descreve.

Relativamente ao registo do mMRC, foram observadas diferenças estatisticamente significativas do momento “0” para “2” e de “1” para “2” ($p < 0,001$), com um acréscimo do registo desta variável em 56 e 51 pessoas, respetivamente.

Verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas no registo do CAT, do momento “0” para “2” e de “1” para “2” ($p < 0,001$), observando-se um aumento no número de registos do CAT de 55 e 54 pessoas, respetivamente.

Da mesma forma, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no registo das agudizações, do momento “0” para “1” ($p = 0,001$), de “1” para “2” ($p < 0,001$) e de “0” para “2” ($p = 0,012$). Este acréscimo correspondeu a um aumento do registo em sete pessoas entre o momento “0” e “1” e de 32 pessoas entre o momento “0” e “2”.

Também no registo das hospitalizações no último ano, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, do momento “0” para “2” e de “1” para “2” ($p < 0,001$), correspondendo a um acréscimo de registo de hospitalizações em 38 e 35 pessoas, respetivamente.

Por fim, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no registo do grupo de gravidade pela classificação *GOLD*, do momento “0” para “2” e de “1” para “2” ($p < 0,001$), correspondendo a um aumento do registo da classificação *GOLD* em 32 e 30 doentes, respetivamente.

Para além disso, avaliando a existência de contactos médicos, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o registo do mMRC no momento “1” e a existência de contacto médico no período “1A” [$\chi^2(1) = 9,69$, $p = 0,003$], que correspondeu ao período de três meses seguintes à intervenção.

Quadro I. Medidas descritivas relativas a características socio-demográficas e clínicas da amostra.

	M (DP)	Min - Máx
Idade	69,23 (11,05)	42 - 95
	n	%
Sexo		
Masculino	132	66,0
Feminino	68	34,0
Espirometria ao diagnóstico		
Não	71	35,5
Sim	129	64,5
Contacto médico (Período "1A") *		
Não	128	64,3
Sim	71	35,6
Contacto médico (Período "1B") *		
Não	102	51,3
Sim	97	48,7
Contacto médico (Período "1A" + "1B") *		
Não	53	26,6
Sim	146	73,4
Contacto médico (Período "2") †		
Não	52	26,4
Sim	145	73,6

Legenda: * Um valor omissos por falecimento ; † Três valores omissos por falecimento.

Quadro III. Análises de diferenças entre os três momentos relativamente ao registo de parâmetros clínicos.

Momento	"0" n (%)	"1" n (%)	"2" n (%)	Q (2)	p
mMRC					
Não	179 (89,5)	178 (89,4)	127 (64,5)	70,62	< 0,001
Sim	21 (10,5)	21 (10,6)	70 (35,5)		
CAT					
Não	199 (99,5)	196 (98,5)	142 (72,9)	96,97	< 0,001
Sim	1 (0,5)	3 (1,5)	55 (27,9)		
Agudizações no último ano					
Não	167 (85,0)	186 (93,5)	147 (74,7)	34,23	< 0,001
Sim	33 (15,0)	13 (6,53)	50 (25,3)		
Hospitalizações no último ano					
Não	44 (34,1)	46 (37,0)	41 (33,6)	60,34	< 0,001
Sim	85 (65,9)	78 (62,9)	81 (66,4)		
Grupo de gravidade					
Não	180 (90,0)	179 (89,9)	150 (76,1)	35,56	< 0,001
Sim	20 (10,0)	20 (10,1)	47 (23,9)		

Legenda: mMRC - Modified Medical Research Council, CAT- COPD Assessment Test.

Quadro II. Análise de diferenças entre os três momentos relativamente ao registo de parâmetros espirométricos.

Momento	"0" n (%)	"1" n (%)	"2" n (%)	Q (2)	p
Espirometria 3A					
Não	71 (35,5)	75 (37,7)	75 (38,1)	4,52	0,104
Sim	129 (64,5)	124 (62,3)	122 (61,9)		
Prova BD					
Não	33 (25,6)	34 (27,4)	26 (21,3)	2,00	0,368
Sim	96 (74,4)	90 (72,6)	96 (78,7)		
Relatório Espirometria					
Não	29 (22,5)	30 (24,2)	28 (23,0)	0,86	0,651
Sim	100 (77,5)	94 (75,8)	94 (77,0)		
FEV₁ pré-BD					
Não	44 (34,1)	46 (37,0)	41 (33,6)	3,43	0,180
Sim	85 (65,9)	78 (62,9)	81 (66,4)		
FEV₁ pós-BD					
Não	86 (66,4)	82 (66,1)	73 (59,6)	8,00	0,018
Sim	43 (33,6)	42 (33,9)	49 (40,6)		
FVC pré-BD					
Não	94 (72,9)	89 (71,8)	57 (64,8)	2,00	0,368
Sim	35 (27,1)	35 (28,2)	43 (35,2)		
FVC pós-BD					
Não	107 (83,0)	100 (80,6)	85 (69,7)	10,00	0,007
Sim	22 (17,0)	24 (19,4)	37 (30,3)		
FEV₁/FVC pré-BD					
Não	68 (52,7)	66 (56,2)	56 (45,9)	2,00	0,368
Sim	61 (47,3)	58 (46,8)	66 (54,1)		
FEV₁/FVC pós-BD					
Não	95 (73,6)	87 (70,2)	71 (58,2)	12,00	0,002
Sim	34 (26,4)	37 (29,8)	51 (41,8)		

Legenda: Prova BD - prova de broncodilatação, FEV₁ - forced expiratory volume in first second, FVC - forced vital capacity.

A maioria dos participantes que tinham registo do mMRC no momento “1” (66,7%) tiveram consulta médica no período “1A”.

Do mesmo modo, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o registo de agudizações no momento “1” e o contacto médico no período “1A” (Teste de Fisher, $p = 0,017$), sendo que 69,2% dos doentes com este registo tiveram consulta médica no período “1A”.

Também se observou uma associação estatisticamente significativa entre o registo do grupo de gravidade no momento “1” e o contacto médico no período “1A” [$\chi^2 (1) = 5,54, p = 0,026$], sendo que 60,0% dos participantes com este registo teve consulta médica no período “1A”.

Por outro lado, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a existência de registo de espirometria nos últimos três anos no momento “2” e a ocorrência de consulta médica no período “2” [$\chi^2 (1) = 6,48, p = 0,018$], que corresponde aos últimos seis meses do estudo. Isto é, 85,4% dos participantes com registo de espirometria nos últimos três anos tiveram consulta médica no período “2”.

Foi também demonstrada uma associação estatisticamente significativa entre a existência de contacto médico no período “2” e o registo, no momento “2”, do mMRC, onde a maioria dos participantes com registo do mMRC (97,2%) tiveram consulta médica nesse período [$\chi^2 (1) = 31,31, p < 0,001$], do CAT, em que todos os participantes com registo do CAT tiveram consulta médica nesse período [$\chi^2 (1) = 27,61, p < 0,001$], de agudizações, em que todos os participantes com registo de agudizações tiveram consulta médica no período referente [$\chi^2 (1) = 22,96, p < 0,001$], de hospitalizações, em que todos os doentes com registo de hospitalizações tiveram consulta nesse período [$\chi^2 (1) = 17,17, p < 0,001$] e do grupo de gravidade, em que a maioria dos participantes com registo do grupo de gravidade (97,9%) tiveram consulta médica no período “2”.

DISCUSSÃO

Os objetivos deste estudo residiram na melhoria dos registos dos parâmetros espirométricos e clínicos dos doentes com diagnóstico de DPOC (R95) de uma USF urbana. Cerca de um terço dos doentes não apresentava registo de espirometria ao diagnóstico, o que poderá parcialmente justificar-se por diagnósticos realizados a nível hospitalar ou em contexto privado. Por outro lado, sabe-se que alguns diagnósticos se baseiam unicamente na parte clínica, não sendo confirmados por espirometria, como se observou num estudo nacional que documentou existir

sobrediagnóstico em cerca de 61% desses casos.⁷ Essa análise não constituiu um objetivo deste estudo.

Curiosamente, apesar da formação aos profissionais acerca da doença, sintomatologia, fatores de risco e critérios para se solicitar espirometria, não houve novos diagnósticos de DPOC ao longo do estudo, nem aumento do número de utentes com registo de espirometria nos últimos três anos. No supracitado estudo nacional, a realização de espirometria a indivíduos com 40 ou mais anos, encontrou valores de subdiagnóstico da doença relevantes, na ordem dos 86,8%, realçando a necessidade de maior utilização da espirometria nos CSP.² A instalação da pandemia COVID-19, entre o terceiro e o quarto mês pós-intervenção, obrigou à reorganização dos serviços de saúde, com redução significativa do número de consultas presenciais, o que juntamente com a diminuição da realização de exames complementares de diagnóstico, particularmente das espirometrias, poderá ter contribuído para os resultados encontrados.

No período total do estudo, 17% dos doentes não tiveram qualquer contacto médico na unidade, o que poderá indiciar a existência de uma franja de doentes com DPOC sem vigilância médica regular, que, segundo as orientações da Direção-Geral da Saúde, se deverá realizar de forma semestral.¹⁷ Este dado reforça a pertinência da implementação de programas de saúde específicos da DPOC nos CSP, à semelhança do que acontece com a hipertensão arterial e com a diabetes *mellitus*, cuja tipologia de consulta especializada contribuiu para a melhoria do acesso, seguimento e orientação dos doentes com essas patologias. Naturalmente esta medida também se iria refletir na melhoria dos registos clínicos, como se pode comprovar neste estudo na associação encontrada entre a qualidade dos registos e a presença de contactos médicos.

Após as intervenções efetuadas observou-se uma melhoria estatisticamente significativa do registo do FEV₁ pós-BD, apesar do padrão de qualidade estabelecido não se ter modificado, mantendo-se “insuficiente” (< 60%) no momento “2”. Além disso, não foi alcançada uma melhoria estatisticamente significativa do registo de espirometria a três anos. Estes resultados poderão ter sido influenciados pela dificuldade já mencionada de realização de espirometria no período pandémico e pelo próprio receio do doente em fazer o exame ou procurar os cuidados de saúde neste contexto. Para além disso, poderão demonstrar que as espirometrias realizadas mais recentemente apresentaram um registo mais completo dos parâmetros espirométricos, em comparação com as espirometrias incluídas no momento “0”, mas que

na avaliação final já não foram contabilizadas, pois tinham sido realizadas há mais de três anos. O único estudo nacional de melhoria da qualidade, realizado recentemente numa USF do norte do país, também não alcançou uma melhoria estatisticamente significativa do registo de espirometrias, embora tenha verificado uma melhoria significativa do FEV₁ pós-BD ao fim de um ano (37,5% para 50,2%, $p = 0,0002$), com melhoria do padrão de qualidade de “insuficiente” para “suficiente” (padrão de qualidade definido pelos autores: > 75% “bom”; 50 - 75% “suficiente”; < 50% “insuficiente”).¹⁶ É de referir que esse estudo apresenta outras diferenças metodológicas, nomeadamente a exclusão de doentes com espirometria sem critérios de DPOC ou sem consulta na USF no último ano.¹⁶

No presente estudo foi demonstrada uma melhoria estatisticamente significativa do registo de outros parâmetros espirométricos, como o FVC pós-BD e FEV₁/FVC pós-BD, o que evidencia a crescente sensibilização dos profissionais para a qualidade da transcrição de todos os dados deste exame complementar. Além disso, houve uma melhoria significativa do registo de vários parâmetros clínicos, nomeadamente das escalas de avaliação de sintomas e qualidade de vida (mMRC e CAT), do número de agudizações e hospitalizações no último ano e, por fim, do grupo de gravidade, o que demonstra uma maior atenção por parte dos profissionais para as queixas respiratórias dos doentes com DPOC e sua caracterização.

Quando se avaliaram diferentes períodos temporais, verificou-se que esta melhoria dos registos ocorreu de forma significativa nos primeiros três meses (período “1A”) e dos seis aos 12 meses (período “2”) após a intervenção, o que coincide com a fase prévia à pandemia COVID-19 e com a fase que se seguiu ao término do estado de emergência em Portugal, altura em que houve uma progressiva retoma da atividade assistencial e das consultas de vigilância a estes doentes.

Esta melhoria na monitorização dos parâmetros espirométricos e clínicos dos doentes com DPOC permite obter uma visão global do doente, perceber o impacto da doença na sua qualidade de vida, podendo contribuir para um melhor controlo da sua doença e gestão de comorbilidades, e facilita a mobilidade do doente nos diferentes níveis de cuidados.

Assim, a intervenção que incluiu a formação junto dos pares e a utilização de documentos de apoio à consulta que sumariamente espelharam os conteúdos formativos, mostraram-se boas estratégias. Estas intervenções de fácil execução, que exigem baixos recursos, revelaram-se úteis na criação da mudança, à semelhança do encontrado noutros estudos.¹⁸

Como limitação é de referir o fato deste ser um estudo *single center*, realizado numa única unidade de saúde, apesar de ter compreendido a avaliação de todos os doentes com DPOC da unidade. Além disso, as avaliações da intervenção ocorreram num período circunscrito de 12 meses, pelo que seria interessante reavaliar os resultados, de modo a perceber se os mesmos se manteriam em período pós-pandémico, utilizando para já as mesmas medidas de intervenção. A pandemia COVID-19 poderá ter sido um fator condicionador dos resultados, visto que coincidiu com o período pós-intervenção do estudo e, pelo menos transitoriamente, houve uma redução da prestação dos cuidados assistenciais a doentes não COVID, ao mesmo tempo que os próprios doentes poder-se-ão ter retraído na vigilância e seguimento das suas doenças, pelo receio e/ou limitação para sair do domicílio.

No futuro, seria pertinente complementar esta intervenção com uma ação de sensibilização dos doentes com DPOC para a importância da realização da espirometria, a par da criação de uma sub-consulta específica para esta patologia, com vista a avaliar o seu impacto na qualidade do seguimento. Outra alternativa para tentar melhorar os registos espirométricos e clínicos poderia passar pela contratualização de novos indicadores que avaliassem mais parâmetros, para além do FEV₁.

Durante a realização deste projeto, de forma oportuna e aproveitando a sensibilização da equipa para esta patologia, foi também realizada uma formação sobre terapêutica inalatória, destinada a médicos e enfermeiros, com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados a estes doentes. Futuramente, poderia ser relevante o alargamento desta formação junto dos doentes, sob forma de uma sessão de educação para a saúde.

CONCLUSÃO

Conclui-se que este tipo de intervenções, de sensibilização e educativas direcionadas a pares são métodos simples, de baixo custo, facilmente reprodutíveis à escala regional ou nacional, que mostram sucesso na melhoria do registo de parâmetros espirométricos e clínicos dos doentes com DPOC. Os registos médicos são importantes veículos de informação, no âmbito interno da unidade familiar, assim como externamente quando o doente se desloca, por exemplo, a um serviço hospitalar, pelo que o seu rigor pode condicionar a orientação e atendimento destes doentes.

Seria importante no futuro manter o esforço de melhoria no diagnóstico e acompanhamento destes doentes, com a realização de exames espirométricos

de forma regular, de forma a otimizar a gestão da sua doença.



Anabela Filipa Barreto Silva
anabelafbsilva@gmail.com

RECEBIDO: 21 de setembro de 2021 | ACEITE: 20 de junho de 2022

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- 2021 GOLD Reports - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD [consultado em janeiro de 2021] Disponível em: <https://goldcopd.org/2021-gold-reports/>
- 2- Hogg J, Timens W. The Pathology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease. 2009;4:435-59.
- 3- Varmaghani M, Dehghani M, Heidari E, Sharifi F, Moghaddam SS, Farzadfar F. Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review and meta-analysis. East Mediterr Heal J. 2019;25(1):47-57.
- 4- Halpin DMG, Celli BR, Criner GJ, Frith P, López Varela M V., Salvi S, et al. The GOLD Summit on chronic obstructive pulmonary disease in low- And middle-income countries. Int J Tuberc Lung Dis. 2019;23(11):1131-41.
- 5- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(11):2011-30.
- 6- Soriano JB, Kendrick PJ, Paulson KR, Gupta V, Abrams EM, Adedoyin RA, et al. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Respir Med. 2020;8(6):585-96.
- 7- Bárbara C, Rodrigues F, Dias H, Cardoso J, Almeida J, Matos MJ, et al. Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in lisbon, portugal: The burden of obstructive lung disease study. Rev Port Pneumol. 2013 May;19(3):96-105.
- 8- Newham JJ, Presseau J, Heslop-Marshall K, Russell S, Ogunbayo OJ, Netts P, et al. Features of self-management interventions for people with COPD associated with improved health-related quality of life and reduced emergency department visits: A systematic review and meta-analysis. Int J COPD. 2017;12:1705-20.
- 9- Bhattarai B, Walpola R, Mey A, Anoopkumarpós-Dukie S, Khan S. Barriers and strategies for improving medication adherence among people living with COPD: A systematic review. Respir Care. 2020;65(11):1738-50.
- 10- Swan F, Newey A, Bland M, Allgar V, Booth S, Bausewein C, et al. Airflow relieves chronic breathlessness in people with advanced disease: An exploratory systematic review and meta-analyses. Palliat Med. 2019;33(6):618-33.
- 11- Tønnesen P. Smoking cessation and COPD. Eur Respir Rev. 2013;22(127):37-43.
- 12- Van Eerd EAM, Risør MB, Spigt M, Godycki-Cwirko M, Andreeva E, Francis N, et al. Why do physicians lack engagement with smoking cessation treatment in their COPD patients? A multinational qualitative study. NPJ Prim Care Respir Med. 2017;27(1):1-5.
- 13- Take Action for the Sustainable Development Goals - United Nations Sustainable Development [consultado em novembro de 2020] Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- 14- Contoli M, Rogliani P, Di Marco F, Braidò F, Corsico AG, Amici CA, et al. Satisfaction with chronic obstructive pulmonary disease treatment: results from a multicenter, observational study. Ther Adv Respir Dis. 2019;13:1-12.
- 15- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Direção-Geral da Saúde. [consultado em junho de 2022] Disponível em: http://3r.web.ua.pt/wp-content/uploads/2019/01/Programa_nacional_doencas_respiratorias.pdf
- 16- Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for QQuality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. BMJ Qual Saf. 2016 Dec;25(12):986-92.
- 17- Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto. Norma Clínica nº 005/2019 de 26/08/2019.
- 18- Burkes RM, Takudzwa Mkorombindo T, Chaddha U, Bhatt A, El-Kersh K, Cavallazzi R, et al. Impact of Quality Improvement on Care of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in an Internal Medicine Resident Clinic. Healthcare. 2018; 6(88): 1-8.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existir quaisquer conflitos de interesse ou financiamento, no âmbito do caso clínico apresentado.

CORRESPONDÊNCIA:

Errata a “Novos Começos...”

No editorial “Novos começos...”, publicado na edição anterior da AIMGF Magazine, volume 12. nº1: página 6-9, na página 6, na linha de autoria:

Onde se lê:

Joana Silva, Catarina Metelo Coimbra, Joana Costa Martins

Deverá ler-se:

Catarina Metelo Coimbra, Joana Costa Martins, Joana Silva



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

zona norte

SEDE AIMGF ZONA NORTE

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