

AIM GF MAGAZINE

volume 12 . n° 3

novembro 2022 | quadrimestral
ISSN 2184-2493

editorial »

REVISITAR A INVESTIGAÇÃO E A INOVAÇÃO
EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR:
uma controversa reflexão

artigo de opinião »

REDUÇÃO DAS LISTAS DE
UTENTES DOS MÉDICO DE
FAMÍLIA: ESSENCIAL PARA
MÉDICOS E DOENTES

relato de caso »

AFINAL NÃO ERA SÓ UM TREMOR
- A REALIDADE EM PLENA PANDEMIA

DE UMA SIMPLES CÓLICA RENAL
À TUBERCULOSE UROGENITAL

PSEUDOPORFIRIA INDUZIDA POR
FÁRMACOS, UM CASO CLÍNICO

POLICONDRITE RECIDIVANTE,
UMA PATOLOGIA RARA - RELATO DE CASO

MENINGITE POR B. CEREUS
- UMA ENTIDADE RARA A CONSIDERAR

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE
- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A UTENTE DA SEGUNDA-FEIRA
- RELATO DE UM CASO SOBRE UMA DOENTE
HIPERFREQUENTADORA DOS CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS

melhoria da qualidade »

A SÍNDROME DE APNEIA
OBSTRUTIVA DE SONO NOS
CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS
- UM PROJETO DE MELHORIA
CONTÍNUA DE QUALIDADE

intervenção na comunidade »

INTERVENÇÃO NA
COMUNIDADE: PROMOÇÃO
DA LITERACIA EM SAÚDE
NOS DOENTES COM
DIABETES MELLITUS

artigo de investigação »

BURNOUT E A COVID-19
NUMA USF: ESTUDO
LONGITUDINAL
E OBSERVACIONAL

Ficha Técnica

ISSN 2184-2493

CORPO EDITORIAL

EDITORES-CHEFE:

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

EDITORES-ADJUNTOS:

Dr^a. Ana Filipa Miranda
Dr^a. Ana Jacinta Abreu
Dr^a. Ana Rita Correia
Dr. 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

6 EDITORIAL

REVISITAR A INVESTIGAÇÃO E A INOVAÇÃO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR: uma controversa reflexão
Rita Correia, Daniel Martinho Dias

9 ARTIGO DE OPINIÃO

REDUÇÃO DAS LISTAS DE UTENTES DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA: ESSENCIAL PARA MÉDICOS E DOENTES
Hugo Cadavez

12 RELATO DE CASO

AFINAL NÃO ERA SÓ UM TREMOR – A REALIDADE EM PLENA PANDEMIA
Maria João Coelho

17 RELATO DE CASO

DE UMA SIMPLES CÓLICA RENAL À TUBERCULOSE UROGENITAL
M^ª João Fernandes, Ana Bessa Monteiro, Hugo Silva Almeida, Inês Baptista

21 RELATO DE CASO

PSEUDOPORFIRIA INDUZIDA POR FÁRMACOS, UM CASO CLÍNICO
Flávio Silva, Margarida Costa, Ana Inês Silva, Vera Teixeira

24 RELATO DE CASO

POLICONDRITE RECIDIVANTE, UMA PATOLOGIA RARA - RELATO DE CASO
Inês da Costa, Isabel Hora, Sofia Assunção

28 RELATO DE CASO

MENINGITE POR *B. cereus* - UMA ENTIDADE RARA A CONSIDERAR
Fátima da Cruz, Ana Rafaela Gave, João Braga Simões, André Costa e Silva

32 RELATO DE CASO

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
Mariana Costa Pereira, Marta Fontes Ferreira, Olga Couto Cardoso

37 RELATO DE CASO

A UTENTE DA SEGUNDA-FEIRA - RELATO DE UM CASO SOBRE UMA DOENTE HIPERFREQUENTADORA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
Rita Cancela Nogueira, Diana Brigas

42 MELHORIA DA QUALIDADE

A SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DE SONO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - UM PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE
Ana Catarina Oliveira, Carina Peixoto Ferreira, Jorge Hernâni-Eusébio, José Rui Caetano, Pedro Fonte, Ricardo Silva

50 INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE: PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE NOS DOENTES COM DIABETES *MELLITUS*
Vânia Fernandes, João Teles, Andreia Leal, Gisela Santos Leite, Mariana Magalhães

58 ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

BURNOUT E A COVID-19 NUMA USF: ESTUDO LONGITUDINAL E OBSERVACIONAL
Tatiana Peralta, Vanessa Rodrigues da Silva, Paula Braga da Cruz, Ana Margarida Bigotte

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 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

REVISITAR A INVESTIGAÇÃO E A INOVAÇÃO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR: uma controversa reflexão

Rita Correia^{1,2}, Daniel Martinho Dias^{1,3}

¹ Editor-adjunto da AIMGF Magazine, biénio 2022-2023

² Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Alto da Maia, ACeS Maia-Valongo

³ Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Ao Encontro da Saúde, ACeS Santo Tirso-Trofa

*coautores

Importa objetivar a realidade para a melhor conhecer e abordar. A investigação e, em particular, a investigação em Medicina Geral e Familiar (MGF), não é exceção e requer a objetivação quantitativa e qualitativa da realidade de produção internacional, para melhor orientar novos projetos e objetivos de formação em investigação em MGF.

A propósito deste editorial, foi efetuado um levantamento dos últimos 10 anos (2012 - 2021) de publicação científica indexada na área de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Foram produzidos, pelo menos, 34218 artigos indexados à base *Web of Science*[®], em língua inglesa, em revistas classificadas como *primary healthcare*, num total de 35 revistas indexadas. A produção científica internacional indexada na área de CSP aumentou desde 2018, passando de cerca de 3000 publicações/ano para mais de 4000 publicações/ano (figura 1).

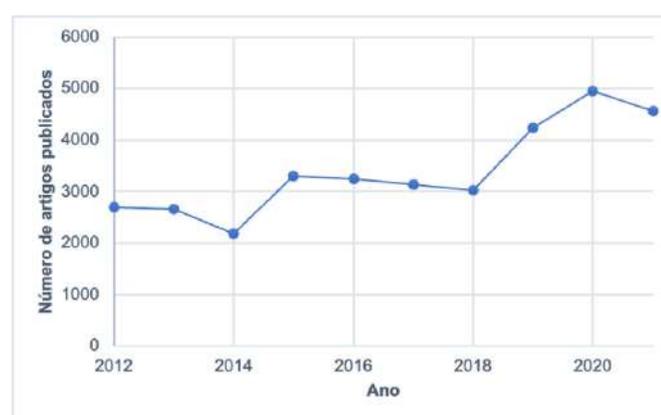


Figura 1. Número de artigos indexados a periódicos na área de *primary healthcare* no período 2012 - 2021 (*Web of Science*[®]).

Cada publicação nos periódicos supramencionados terá sido citada cerca de uma a duas vezes por ano, desde a sua publicação. Os autores publicam mais frequentemente com coautores do mesmo país (aproximadamente, apenas 10% de trabalhos em coautoria internacional), com um número médio de

coautores de 3,8. Verificando-se que cerca de 11% das publicações ocorreram a título individual (quase 4000 publicações). Indexando a produção científica em revistas da área de CSP de cada país (medida pela afiliação do autor correspondente) à média de população residente em cada país (de acordo com o *World Bank*), verificamos que Portugal ocupa o 26º lugar de entre 125 países com publicações na área, com cerca de 9,46 publicações por milhão de habitantes, nos últimos 10 anos.

As palavras-chave de autor mais utilizadas foram *management, prevalence, risk, diagnosis, impact, outcomes, mortality*, o que, em parte, traduz um alinhamento com as seis competências definidas pela WONCA para os médicos de família.

Será provavelmente seguro afirmar que, com base nesta curta análise bibliométrica, a produção científica internacional em MGF aumentou nos últimos dois anos, todavia com um número significativo de publicações a título individual, baixo nível de colaboração internacional e baixo padrão de citações. Tal pode indiciar pouca transferência do conhecimento produzido para novos trabalhos e necessidade de reforço de redes internacionais de colaboração para a investigação em MGF.

Um estudo finlandês publicado em 2021 que replica estudos efetuados anteriormente, mostra que a produção científica entre os médicos de família europeus não é muito comum, se comparada com outras especialidades. Os programas doutorais também parecem ser pouco atrativos, com cerca de 7% de médicos de família com doutoramentos concluídos (vs. 32% noutras especialidades). A intenção de iniciar um programa de doutoramento entre os médicos de família não sofreu alterações significativas nos últimos 10 anos.¹

Pelo que foi mencionado anteriormente, consideramos de máximo interesse relembrar que a *European*

General Practice Research Network (EGPRN), uma organização da WONCA Europa, disponibilizou, em 2021, uma estratégia para a investigação em MGF. Essa estratégia assenta em **quatro pilares fundamentais**: identificar **prioridades** para investigação em MGF; suportar a **capacitação**; desenvolver **elevados padrões** de investigação; promover a tradução da evidência para a prática. Com a sua implementação, pretende-se fomentar a investigação com qualidade e impacto. Esse impacto pode ser medido através de três principais tipos de *outcomes*: **outcomes de implementação**, baseados nos custos, fiabilidade, sustentabilidade, adoção e penetração das medidas; **outcomes relativos a serviços**, avaliando a eficiência, a efetividade, a segurança, a equidade e, ainda, **outcomes relativos ao consumidor** assentes na satisfação e sintomatologia dos doentes.²

De forma a refletir sobre uma possível explicação para estas assimetrias entre especialidades e nacional-internacional, apontam-se alguns desafios e limitações da investigação nos CSP. Antes de mais, a reconhecida inexistência de uma cultura implementada de investigação em áreas afetas à MGF. Adicionalmente, se considerarmos o contexto atual de elevada pressão assistencial e aumento da prevalência de *burnout* profissional, prevê-se que tarefas que não sejam valorizadas, de imediato, para o desempenho das unidades, possam ser excluídas das prioridades não assistenciais. Inclusive, se ainda juntarmos a dificuldade em captar financiamento à ausência de suporte em gestão processual para investigação em MGF, os incentivos para a sua realização ficam bastante reduzidos.

Para melhor escrutinar a realidade portuguesa, considera-se pertinente medir a valorização atribuída às tarefas de investigação, em concreto, durante o internato de especialidade em MGF. Analisando a grelha final de avaliação curricular para obtenção do grau de assistente, especialista em MGF, subentende-se que, com a sua atualização em 2019, haveria um compromisso no reconhecimento da investigação. De facto, prevê-se a obtenção de 15 em 200 pontos pela publicação em revistas indexadas na *Web of Science*, *Scopus*, *Pubmed* ou *Scielo*. Concluir um programa doutoral com relevância para MGF valoriza em 6 pontos a nota final, uma diferença de 2 pontos para mestrado (em que a publicação científica não é obrigatória). Ainda assim, os autores consideram duvidoso o impacto destas bonificações no aumento da investigação científica de qualidade entre internos. Por um lado, pelas dificuldades acarretadas por um programa doutoral sobreposto a um internato

(mesmo considerando o disposto pelo regulamento do interno doutorando). E, por outro lado, ao compararem a duração prevista do internato em MGF com a duração do programa doutoral.

Para além das limitações globais previamente descritas, relacionadas com a priorização e com o financiamento, os autores acrescentam a reduzida disponibilidade de tempo dos médicos internos e, ainda, a sua baixa literacia em metodologias de investigação. De lembrar que o curso de metodologias de investigação do 2º ano contempla apenas dois dias de formação. Portanto, a procura pela melhoria de conhecimentos nesta área, não só com o objetivo de produção, mas também com o objetivo de análise crítica da literatura científica produzida por terceiros, fica da responsabilidade dos médicos internos a título individual. Isto é, melhorar a sua literacia nesta área exigiria dispor de tempo, necessariamente, pessoal e, ainda, de investimento financeiro pessoal para obter essa formação e capacitação. Entre as horas assistenciais do interno (atualmente, 32 horas semanais), a sua implementação, ainda, assimétrica, e os restantes pontos da grelha curricular, resta pouca tempo para a produção científica em MGF. Mais ainda, resta pouco tempo para aprender a fazê-la com qualidade. De salientar que também a formação em investigação de grande parte dos orientadores de formação e restantes elementos das equipas multidisciplinares foi escassa, pelo que o seu apoio, mesmo que bem intencionado, pode ser limitado. E ainda, se tivermos em conta os longos tempos de espera para autorizações de comissão de ética, os tempos tradicionais de revisão por pares e a necessidade de produzir as diferentes tipologias constantes da grelha curricular (melhorias de qualidade, projetos de intervenção, revisões de tema, casos clínicos), a publicação em tempo útil fica dificultada. De facto, a pressão de produzir muito em tempo útil, neste caso, quatro anos, torna difícil a publicação com qualidade numa fase da carreira em que estas tarefas são avaliadas. Desta forma, promove-se indiretamente um maior número de trabalhos de menor qualidade e de impacto limitado, que são, tendencialmente, apresentados em conferências locais dada a maior probabilidade de prémio.

Partindo da avaliação do panorama internacional e a situação nacional em particular, com as suas limitações evidentes, cumpre refletir sobre o principal objetivo da investigação em MGF e da sua exequibilidade em Portugal, em larga escala, com qualidade. Numa realidade em que os recursos são finitos, não só os humanos, mas também os financeiros, e a própria

disponibilidade de tempo, urge a necessidade de reabilitá-los. É necessário refletir criteriosamente em que ponto nos encontramos e a que distância nos encontramos do objetivo, para, assim, encontrarmos as soluções necessárias para dar início à ação na direção pretendida.

Em suma, os autores consideram que, ainda que a investigação médica, no seu sentido tradicional, se dedique à patologia específica, a investigação em MGF pode e deve englobar a preocupação com a integração dos cuidados prestados em fluxos de trabalho otimizados, fiáveis e sustentáveis. Para isso, a literacia em metodologias de investigação dos médicos de família pode ter um papel fundamental na criação de evidência que possa ser integrada em algoritmos de decisão focados na gestão do processo de atendimento e na gestão da lista de utentes. Os autores acreditam que, dessa forma, conseguir-se-iam melhorias substanciais na prestação de cuidados à população, através do aumento da eficiência do uso do tempo médico. Isto é, seria possível melhorar os *outcomes* de implementação e dos serviços de saúde. Com implementação da estratégia proposta pela EGPRN, adequada ao panorama nacional, os autores defendem ser possível que a realidade se aproxime da resposta idealizada e, muitas vezes, romanceada, à pergunta... afinal, qual o principal objetivo da investigação em MGF? Produzir investigação de qualidade, realmente necessária e com potencial de impactar os cuidados efetivos, não os documentados, prestados às populações.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Sumanen M, Reho T, Heikkilä T, Mäntyselkä P, Halila H, Mattila K. Research orientation among general practitioners compared to other specialties. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(1):10-6.
- 2- Collins C. The EGPRN Research Strategy for general practice in Europe. *Eur J Gen Pract*. 2022;28(1):136-41.

CONTRIBUIÇÕES:

Os autores desenvolveram o editorial em regime de coautoria.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não terem conflitos de interesse a reportar.

NOTA DOS AUTORES:

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

REDUÇÃO DAS LISTAS DE UTENTES DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA: ESSENCIAL PARA MÉDICOS E DOENTES

Hugo Cadavez¹

¹ Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Emílio Peres, ACeS Grande Porto III - Maia / Valongo

A redução da dimensão máxima das listas de utentes dos Médicos de Família é uma das medidas mais importantes e prioritárias para a área de Medicina Geral e Familiar da carreira médica.

No dia 1 de janeiro de 2013 entrou em vigor o Decreto-Lei n.º 266-D/2012, que alterou os Decretos-Leis n.ºs 176/2009 e 177/2009 que estabelecem, respetivamente, o regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, e o regime da carreira especial médica cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas. Com a entrada em vigor daquele Decreto-Lei, a dimensão máxima da lista de utente inscritos, por médico, aumentou de 1.500 utentes para 1.900 utentes, correspondentes a 2.358 unidades ponderadas. Verificou-se assim, por esta via, um aumento de 27% da dimensão das listas de utentes dos Médicos de Família.

De forma praticamente simultânea, entrou em vigor o Despacho n.º 13795/2012 que determinou que os utentes sem contacto nos últimos três anos deixassem de ser classificados como utentes com Médico de Família atribuído, determinando a abertura de vaga na lista de utentes do Médico de Família. Como consequência desta eliminação dos utentes não utilizadores das listas de utentes, nos anos subsequentes assistiu-se a um aumento de 22% na percentagem de utentes utilizadores existentes nas listas de utentes dos Médicos de Família.

Assim, para além do aumento de 27% da dimensão máxima das listas de utentes assistiu-se a um aumento de 22% na percentagem de utentes utilizadores. Estes dois aumentos tiveram um efeito multiplicativo. Assistiu-se assim a um aumento global de 55% do número de utentes utilizadores nas listas de utentes.

O aumento da dimensão máxima das listas de utentes, no início de 2013, foi acompanhado do aumento do período normal de trabalho dos médicos de 35 para 40 horas semanais. O período normal de trabalho aumentou assim 14%. Portanto, para um aumento de 14% no período normal de trabalho houve um aumento de 55% do número de utentes que necessitam de cuidados de saúde em cada lista.

O resultado deste enorme aumento da carga de trabalho dos Médicos de Família é bem conhecido.

A acessibilidade dos utentes aos seus Médicos de Família continua a ser um problema apesar de todas as tentativas de Médicos de Família e unidades funcionais para o mitigar. O excesso de utentes por médico é o principal motivo para esta sobrecarga e para a incapacidade de melhorar de forma significativa a acessibilidade, qualquer que seja o horário de trabalho ou proporção de consulta programada e não programada.

Os Médicos de Família trabalham hoje acima da capacidade das suas agendas. O planeamento da capacidade e a gestão de filas de espera dizem-nos que reduzir tempos de espera implica que a capacidade de serviço exceda a procura. Reduzir tempos de espera implica também que os prestadores estejam desocupados parte do tempo. Em sentido inverso, uma elevada utilização da capacidade implica tempos de espera elevados. Não é, portanto, possível que os Médicos de Família tenham tempos de espera reduzidos para marcação de consulta quando estão persistentemente a trabalhar acima da capacidade máxima das suas agendas.

Apesar desta enorme sobrecarga, surgem ainda determinações como a Circular Normativa n.º 11/2022/ACSS, de 27 de julho, da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) que pretende desviar para os Cuidados de Saúde Primários parte dos doentes que recorrem aos Serviços de Urgência hospitalares. Esta determinação surge sem que tenha sido feito previamente qualquer reforço dos recursos humanos médicos dos Cuidados de Saúde Primários. Ou seja, mantendo os mesmos Médicos de Família, é objetivo do Ministério da Saúde sobrecarregar ainda mais estes médicos, criando ainda mais problemas de acesso a consultas nos Cuidados de Saúde Primários, na expectativa de tentar resolver os problemas das urgências hospitalares.

Os cerca de 5.700 Médicos de Família do Serviço Nacional de Saúde fazem anualmente mais de 31 milhões de consultas aos seus utentes, das quais mais de 20 milhões são consultas presenciais. Esperar que sejam os Médicos de Família a resolver o problema dos Serviços de Urgência hospitalares, ou seja, o problema dos 6 milhões de episódios de urgência nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, sem um prévio reforço do número de Médicos de Família e sem a

consequente redução do número de utentes atribuído a cada Médico de Família, é um erro. Não é possível pedir mais aos Médicos de Família. Não é possível que os Médicos de Família façam mais quando já têm as agendas e os dias de trabalho completamente preenchidos.

A esta sobrecarga acrescentam ainda as referências provenientes do Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS24) e o objetivo de o SNS24 marcar diretamente consultas abertas nas agendas dos Médicos de Família. Este objetivo foi já objeto de um projeto de Normativa Conjunta da ACSS/Serviços Partilhados do Ministério da Saúde em outubro de 2017 que estabelecia a existência de períodos de consulta de recurso destinados à marcação exclusiva por telefone através SNS 24 até às duas horas anteriores à hora da consulta. Tal proposta apresentava-se fundamentada na melhoria contínua do acesso aos cuidados de saúde, ignorando o facto de limitar ainda mais o acesso à consulta aberta por parte dos utentes que recorrem às unidades funcionais. Os referidos períodos excluem parte dos utentes da marcação nesses períodos. De facto, os utentes não utilizadores do SNS24 ou da Área do Cidadão do Portal do SNS não poderão marcar consulta em parte da agenda dos seus Médicos de Família. Ou seja, os utentes mais frágeis e mais desprotegidos são os primeiros a ser excluídos da marcação de consulta programada ou de doença aguda.

Toda esta sobrecarga dos Médicos de Família será também mais um dos motivos para a existência de sucessivos concursos para ingresso na área de Medicina Geral e Familiar da carreira médica que terminam com metade das vagas por ocupar em regiões de saúde com enorme carência de médicos. Os Médicos de Família querem tempo para consultar os seus doentes e querem também tempo para dedicar às restantes funções que lhes são atribuídas, nomeadamente participar na formação dos médicos internos, participar em projetos de investigação e integrar programas de melhoria contínua da qualidade. Não é razoável também que, com a progressão na carreira, a um assistente graduado acrescentem mais seis funções, incluindo dinamizar projetos e investigação, sem que lhes seja atribuído tempo de trabalho para o seu desempenho. Ou que a um assistente graduado sénior sejam acrescentadas mais cinco funções, mantendo a mesma sobrecarga assistencial e tempo de atividade assistencial.

Melhorar a acessibilidade para marcação de consulta, reduzir os tempos de espera e melhorar a atratividade do SNS para os médicos recém-especialistas em Medicina Geral e Familiar obrigará à redução da dimensão máxima das listas de utentes. É não só uma medida importante como também prioritária.



AFINAL NÃO ERA SÓ UM TREMOR – A REALIDADE EM PLENA PANDEMIA

IT WASN'T JUST A TREMOR – THE REALITY DURING PANDEMIC

Autores:

Maria João Coelho¹

RESUMO

Introdução: O tremor consiste num movimento involuntário, rítmico e oscilatório de uma parte do corpo. O tremor de ação é o mais comum e, desses, o tremor essencial é dos mais frequentes. A doença de Parkinson constitui uma das principais causas de tremor em repouso. A abordagem diagnóstica envolve a história clínica e exame físico, só possível em consulta presencial. O médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) possui uma posição privilegiada na avaliação do utente e no estabelecimento da ligação com as especialidades hospitalares. A pandemia COVID-19 acrescentou desafios à prática clínica, existindo dificuldade no agendamento de consulta presencial.

Descrição do caso: A utente foi referenciada para Neurologia, em 2018, por suspeita de tremor essencial. Nessa consulta, presencial, foi iniciada terapêutica sintomática ainda que não tenha sido possível estabelecer um diagnóstico definitivo. Foi mantida a vigilância pela especialidade, sem agravamento das queixas durante vários meses. Posteriormente, a utente apresentou agravamento sintomatológico que, após consulta telefónica, foi interpretado no contexto de síndrome depressiva. Dado o agravamento progressivo, a utente recorreu ao médico de MGF que a orientou na procura de reavaliação antecipada por Neurologia. A utente foi avaliada presencialmente, em 2021, tendo sido efetuado o diagnóstico de doença de Parkinson.

Comentário: As consultas telefónicas levam à perda de informação. Dadas as contingências da altura, a utente não teve consultas presenciais, algo necessário, sobretudo, nos que descrevem agravamento sintomático. A ausência de consulta presencial atrasou o diagnóstico, com prejuízo da qualidade de vida. A MGF tem a vantagem da proximidade com os utentes, apresentando um importante papel no que toca à sua avaliação inicial bem como na referência precoce. Apesar da pandemia, os médicos de MGF continuam a ser os que estão mais acessíveis e os que podem auxiliar na procura antecipada de reavaliação pela especialidade hospitalar.

Palavras-chave: tremor; tremor essencial; doença de *Parkinson*; pandemia.

ABSTRACT

Introduction: Tremor consists of an involuntary, rhythmic and oscillatory movement of a body part. Action tremor is the most common and, of these, essential tremor is the most frequent. Parkinson's disease is a major cause of rest tremor. The diagnostic approach involves clinical history and physical examination, only possible face-to-face. The General and Family Medicine practitioner has a privileged position in the early evaluation of the patient and on accessing the hospital specialties. The pandemic added challenges to clinical practice, with difficulties in scheduling face-to-face evaluation.

Case description: The patient was referred to Neurology for suspected essential tremor. A face-to-face evaluation was performed, without establishing a definitive diagnosis, and symptomatic therapy was started. Surveillance by specialty was maintained and complaints were stable for months. She presented worsening symptoms which, after telephone consultation, were interpreted as depressive syndrome. Given the progressive worsening, the patient turned to the General and Family Medicine practitioner who guided her in seeking an early reassessment by Neurology. The patient was evaluated in person having been diagnosed with Parkinson's disease.

Comment: Remote evaluations lead to loss of information. Given the contingencies, the patient did not have face-to-face evaluation, which is necessary on those who describe symptomatic worsening. The absence of a face-to-face evaluation delayed the diagnosis, with impaired quality of life. General and Family Medicine practitioner has the advantage of being close to patients, playing an important role in the initial assessment and early referral. Despite the pandemic, these doctors continue to be the most accessible and those who can assist patients in search of anticipated reevaluation by secondary care.

Keywords: tremor; essential tremor; Parkinson disease; pandemic.

1. Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Freamunde, ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte

INTRODUÇÃO

O tremor é definido como um movimento involuntário, rítmico e oscilatório de uma parte do corpo.^{1,2} Um vasto número de doenças, fármacos e outras substâncias podem estar na origem de um tremor.^{1,2} Os tremores podem ser distinguidos com base nas condições de ativação (isto é, em repouso versus ação).^{1,2} Contudo, outras características clínicas, como frequência e distribuição corporal, podem orientar a avaliação e o diagnóstico etiológico.¹ O tremor de ação é o mais comum e, desses, o tremor essencial (TE)^{1,2} e o tremor fisiológico exacerbado são os mais frequentes.¹ A doença de Parkinson (DP) e síndromes parkinsonianas constituem as causas mais comuns de tremor em repouso.^{1,2} Neste caso, frequentemente coexistem outros sinais e/ou sintomas que apontam para estes diagnósticos e não apenas um tremor isolado.¹ A abordagem diagnóstica para doentes com tremor envolve a colheita de história clínica e a realização de exame físico incluindo exame neurológico, algo só possível com uma consulta presencial.¹ Numa fase inicial de doença ou quando existe dúvida quanto ao diagnóstico por sobreposição de características do tremor, poderá ser necessária a realização de meios complementares de diagnóstico.¹ Os critérios de diagnóstico de TE e DP encontram-se bem definidos. O tratamento é sintomático e existem diversas opções disponíveis.¹ O prognóstico varia de acordo com a patologia de base e com o indivíduo.³ Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são, geralmente, o ponto de entrada do utente no Serviço Nacional de Saúde. Assim, o médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) possui uma posição privilegiada que lhe permite avaliar o utente precocemente, algo que acarreta a responsabilidade de estabelecer a ponte de ligação com as especialidades hospitalares, como Neurologia, sempre que indicado e em tempo útil. Contudo, a pandemia COVID-19 veio acrescentar desafios à prática clínica atual: durante a pandemia houve dificuldade de agendamento de consultas presenciais.

DESCRIÇÃO DO CASO

ECMS, género feminino, 70 anos (10/1/1951), viúva, raça caucasiana, natural e residente em São Mamede de Recezinhos, pertencente a uma família alargada (filha e neta), altamente funcional (segundo *APGAR* familiar) e com classe socioeconómica média-baixa (segundo Classificação de *Graffar*). A utente apresentava grau de dependência leve para as Atividades de Vida Diárias (AVDs), totalizando 80 pontos na Escala de *Barthel*.

De antecedentes pessoais de relevo, a destacar: diabetes não insulino-dependente; hipertensão arterial; dislipidemia; excesso de peso; bócio multinodular eutiroideu; rotura parcial do tendão supra-espinhoso esquerdo; falecimento de familiar - viuvez; problema comportamental de familiar - filho toxicodependente.

A utente nega consumo de álcool, tabaco, café ou drogas. A sua medicação habitual é: losartan, 50 mg (1+0+0); metformina + sitagliptina, 1000 mg + 50 mg (1+0+0); gliclazida, 60 mg (1+0+0); sinvastatina, 20 mg (0+0+1); mirtazapina, 15 mg (0+0+1). A utente nega alergias conhecidas.

De antecedentes familiares de relevo, a destacar: mãe que “tremia das mãos” – *sic*, que faleceu aos 86 anos de causa desconhecida; pai sem antecedentes patológicos de relevo; fratria de nove irmãos: um faleceu aos 18 anos sem causa conhecida; um faleceu aos 70 anos após acidente vascular cerebral; segundo registos de consulta de Neurologia, um irmão com “provável tremor essencial com história familiar positiva”, controlado com primidona, avaliado por Neurologia no passado e com seguimento atual por MGF.

História da doença atual: A utente recorreu ao seu médico de MGF, a 24 de janeiro de 2018, por queixa de tremor do membro superior (MS) direito. Após avaliação, a queixa foi interpretada no contexto de “tremor essencial nas mãos”, tendo sido iniciada terapêutica com propanolol, 10 mg (1+0+0) e efetuada referência para consulta hospitalar de Neurologia. Desde então, a utente teve várias consultas nos CSP e, ainda, a nível hospitalar, na especialidade de Neurologia. Os dados foram recolhidos junto da utente e sua filha e complementados através de consulta do processo clínico no programa *SClínico CSP*[®] e através do ícone *Registo de Saúde Eletrónico*[®] (RSE).

A 22/02/2018, a utente teve a sua primeira consulta programada de Neurologia. A utente foi à consulta acompanhada pela filha que descreveu início das queixas aos 68 anos de idade. De destacar: queixas de tremor exclusivo do MS direito sem noção de agravamento progressivo, sem noção de fatores precipitantes, agravantes ou de alívio. Foram negadas alterações da marcha, fadiga, disfonia, disfagia, obstipação, urgência, incontinência ou retenção urinária. Negada, ainda, história de traumatismo crânio-encefálico. A filha negou perceção de declínio cognitivo, alterações de humor ou distúrbios do sono, referindo manutenção de autonomia para todas as Atividades de Vida Diária (AVDs) embora com maior dificuldade. Negou, ainda, melhoria com propanolol 10 mg, previamente instituído.

Ao exame neurológico a utente encontrava-se vigil, colaborante, orientada quanto à pessoa, tempo e espaço. Apresentava campos visuais intactos à confrontação, pupilas isocóricas e isofotorreativas, movimentos oculares com aparente limitação na superversão – a reavaliar. Não apresentava nistagmo. Sem assimetria da mímica facial. Sem hipomímia. Sem disfagia, disartria ou hipofonia. Elevação simétrica do palato. Protusão da língua sem desvios e com mobilidade conservada. **Tremor de repouso e postural do MS direito.** Sem tremor cefálico. Força dos membros normal e simétrica. **Tónus parecia esboçar roda dentada no MS Esquerdo.** Reflexos osteotendinosos presentes, simétricos e intensidade normal, à exceção de reflexos aquilianos abolidos. Sem alterações da sensibilidade tátil ou algica. Marcha sem alterações evidentes, à exceção de possível **redução ligeira do baloiçar do MS esquerdo.**

Assim, a favor de TE, a utente apresentava tremor isolado⁴ e apresentava antecedentes familiares. Contra esta hipótese diagnóstica, a utente apresentava tremor de repouso⁴ e tremor assimétrico.⁴ Por outro lado, o tremor em repouso,⁵ tremor assimétrico,⁵ rigidez incipiente⁵ e a diminuição do baloiço do MS esquerdo,⁵ eram a favor de PD. Contudo, a utente não apresentava bradicinesia,⁵ achado típico desta patologia. Portanto, foi assumido um tremor assimétrico em utente com história familiar positiva, para estudo.

Foi requisitada Ressonância Magnética (RM) Crânio-encefálica e Estudo da Função Dopaminérgica no Sistema Nervoso Central com 123I-loflupano (*DaTSCAN*) e Tomografia Computadorizada por emissão de fotão único (*SPECT*).

Foi prescrita primidona, 250 mg (0+0+1) e suspendeu-se propranolol.

A 12/07/2018 a utente teve uma consulta subsequente de Neurologia onde se verificou melhoria do tremor, sem queixas de novo. Foram avaliados os exames previamente solicitados:

- A RM crânio-encefálica (11/06/2018) revelou: “Visualizamos escassos focos hiperintensos em T2 e T2 FLAIR nos centros semiovais e nas coroas radiadas, a traduzirem áreas de gliose, possíveis sequelas de lesões isquémicas antigas em território pequenos vasos. Não existem outras alterações da morfologia ou do sinal do parênquima encefálico. Não encontramos indícios de lesão nos núcleos da base ou no tronco cerebral. As vias de líquor são globalmente amplas, aspeto a refletir **atrofia corticossubcortical generalizada, admitindo-se predomínio temporal medial, com atingimento hipocampal.** Não existem coleções

pericerebrais”, possível de visualizar na figura 1.

- O estudo da função dopaminérgica no sistema nervoso central com 123I-loflupano (*DaTSCAN*) e tomografia computadorizada por emissão de fotão único (*SPECT*) (12/06/2018) revelou: “Assimetria da disponibilidade dos transportadores pré-sinápticos da dopamina no estriado esquerdo, com redução da captação mais evidente no putamen; o estriado direito apresenta também captação ligeiramente diminuída no putamen. Estes achados poderão traduzir degenerescência dopaminérgica no trato nigro-estriado, mais marcada no hemisfério esquerdo (**doença de Parkinson possível**).”

Após estes resultados, a neurologista manteve a impressão clínica inicial (tremor assimétrico em estudo, com história familiar positiva), tendo sido dada indicação para manutenção da terapêutica previamente instituída e para vigilância das queixas.

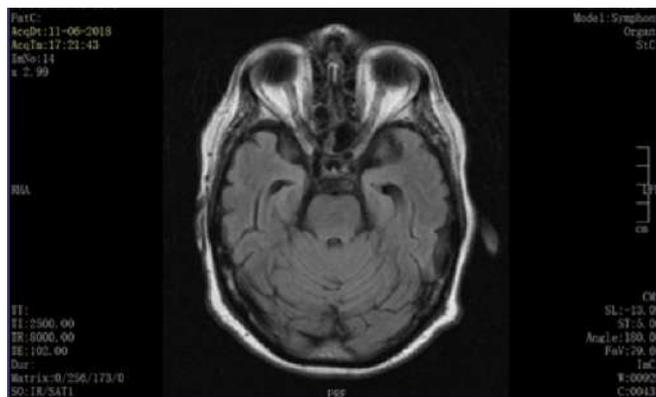


Figura 1. Ressonância Magnética Crânio-encefálica (11/06/2018).

A 21/01/2019 a utente teve nova consulta de Neurologia, onde referiu ausência de agravamento de queixas e onde não foram encontrados achados anormais de novo ao exame objetivo. Foi, novamente, dada indicação para manutenção da terapêutica e foi efetuado pedido de tomografia computadorizada crânio-encefálica para ser avaliada na consulta seguinte.

Dada a pandemia, a utente não teve contacto com as profissionais de saúde assistentes desde Janeiro de 2019 até setembro de 2020.

A 16/09/2020 a utente teve uma consulta telefónica com a sua médica de família onde a filha relatou “mãe com esquecimentos com cerca de seis meses de evolução com agravamento após o falecimento do marido, em Abril de 2020.” Foi-lhe dada indicação para vigilância das queixas nos meses seguintes.

A 19/11/2020 a utente teve consulta telefónica de Neurologia onde a filha relatou agravamento de queixas “anda mais em baixo e treme mais” - *sic*. Foi

mantida a primidona previamente instituída, suspendeu-se alprazolam 0,5 mg, que havia sido prescrito pelo médico de MGF e procedeu-se à instituição de sertralina 25 mg, com indicação para titulação para 50 mg/dia.

Em dezembro de 2020, por noção de agravamento progressivo de tremor e apatia, sem melhoria com a terapêutica instituída pela especialidade de Neurologia, a filha recorreu ao médico assistente de MGF que terá aconselhado a efetuar pedido de antecipação de reavaliação presencial por Neurologia.

A 22/01/2021 a utente recorre a uma consulta aberta presencial de Neurologia, onde foi novamente observada. A utente foi à consulta acompanhada pela filha, sendo a informação essencialmente transmitida pela mesma. Esta referiu agravamento progressivo do tremor dos membros superiores, marcha com passos curtos e quedas da própria altura, esporádicas. Referiu humor deprimido com agravamento desde Abril, após o falecimento do marido, associado a fadiga. Referiu sono agitado, com “berros” esporádicos durante a noite - *sic*. Referiu apatia, esquecimentos frequentes e dependência para a maioria das AVDs, mantendo a capacidade de alimentar-se e de marcha autónoma. Negou atividade alucinatória, obstipação, urgência, incontinência ou retenção urinária. Filha negou melhoria com a toma de sertralina, que suspenderam por iniciativa própria, um mês após prescrição.

Ao exame neurológico, a utente encontrava-se vigil, colaborante e orientada quanto à pessoa e espaço. Sabia o dia da semana, **não sabia o mês. Lentificada do ponto de vista cognitivo e sem iniciativa no discurso. Prova do relógio muito alterada** (apenas efetuou o círculo com alguns números no local errado). Campos visuais intactos à confrontação. Pupilas isocóricas e isofotorreativas. Movimentos oculares com **limitação na superversão**. Sem nistagmo. **Hipomímia**. Sem assimetria da mímica facial. **Hipofonia**. Sem disfagia ou disartria. Elevação simétrica do palato. Protusão da língua sem desvios e com mobilidade conservada. **Tremor bilateral em repouso, mais exuberante e persistente no MS direito**. Sem tremor cefálico. Força nos membros normal e simétrica. **Rigidez em roda dentada bilateral, mais evidente no MS esquerdo**. Reflexos osteotendinosos presentes, simétricos e intensidade normal, exceto **reflexos aquilianos abolidos. Bradicinesia global**. Sem alterações da sensibilidade tátil ou algica. Marcha com **postura cifótica, de pequenos passos, sem baloiço do MS esquerdo, com decomposição de viragens**.

A tomografia computadorizada crânio-encefálica, apesar de realizada a 06/08/2020, apenas foi avaliada nesta fase uma vez que o resultado não estava disponível na consulta previamente realizada. Esta revelou: “Não há evidência de significativas alterações intraparenquimatosas focais quer a nível cerebral ou cerebeloso, quer a nível do tronco cerebral. Leucoaraisios. **Moderada atrofia cerebral cortico-subcortical difusa com maior expressão subcortical, coexistindo ligeira atrofia cerebelosa cortical difusa**. Calcificação ateromatosas nos sífilões carotídeos. Calcificação fisiológica na foíce do cérebro”, possível de visualizar nas figuras 2 e 3.

Portanto, foi feito o diagnóstico clinicamente **provável** de doença de *Parkinson*:⁵ presença de parkinsonismo (tremor, rigidez, bradicinesia) assimétrico, ausência de critérios absolutos de exclusão⁵ (Quadro I) e ausência de fármacos que façam suspeitar de iatrogenia. A utente apresentava, ainda, critérios de suporte (Quadro I): tremor de repouso de um membro (geralmente unilateral no início), documentado em exame clínico anterior⁵ e alteração assimétrica em *DaTSCAN*.⁴ Como sinal de alarme, quedas recorrentes (mais de uma vez por ano) devido a desequilíbrio, nos primeiros três anos de doença (Quadro I).⁵

Quadro I. Critérios absolutos de exclusão, critérios de suporte e sinais de alarme da doença de *Parkinson*.

Critérios absolutos de exclusão: ⁵
<ul style="list-style-type: none"> - Alterações cerebelares inequívocas, como marcha cerebelar, ataxia de membros ou anomalias oculomotoras cerebelares; - Paralisia supranuclear vertical para baixo do olhar ou desaceleração seletiva das sacadas verticais para baixo; - Diagnóstico de provável variante comportamental de demência frontotemporal ou afasia progressiva primária nos primeiros cinco anos de doença; - Características <i>parkinsonianas</i> restritas aos membros inferiores por mais de três anos; - Ausência de resposta observável à levodopa em altas doses, apesar da gravidade (moderada a grave) da doença; - Neuroimagem funcional normal do sistema dopaminérgico pré-sináptico.
Critérios de suporte: ⁵
<ul style="list-style-type: none"> - Benefício claro do tratamento com fármacos dopaminérgicos; - Presença de discinesia induzida por levodopa; - Tremor de repouso de um membro (geralmente unilateral no início), documentado em exame clínico anterior ou atual.
Sinais de alarme: ⁵
<ul style="list-style-type: none"> - Rápida progressão do comprometimento da marcha, num prazo de cinco anos desde o início; - Disfunção bulbar precoce, nos primeiros cinco anos; - Disfunção respiratória inspiratória; - Insuficiência autonómica grave nos primeiros cinco anos de doença; - Quedas recorrentes (mais de uma vez por ano) devido ao desequilíbrio, dentro de três anos desde o início; - Ausência de qualquer uma das características não motoras comuns da DP, apesar de cinco anos de duração da doença; - <i>Parkinsonismo</i> simétrico bilateral.

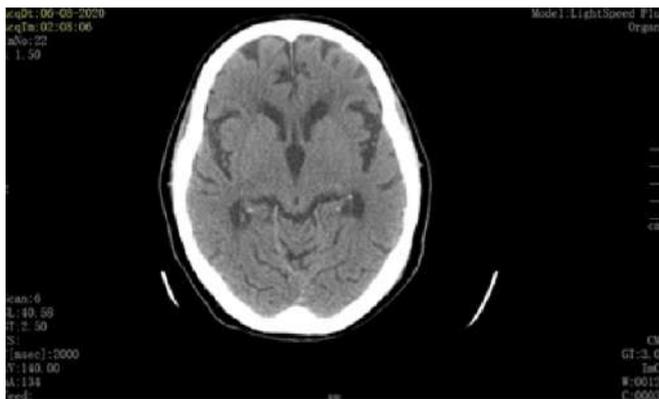


Figura 2. Tomografia Computadorizada Crânio-encefálica (06/08/2020).



Figura 3. Tomografia Computadorizada Crânio-encefálica (06/08/2020).

COMENTÁRIO

Dadas as contingências da pandemia, a utente não teve consulta presencial com o seu médico assistente de MGF, durante um ano, nem com a médica assistente de Neurologia, durante dois anos. As consultas telefônicas ao apresentarem barreiras como ausência de avaliação presencial dos utentes⁶ e dificuldade na realização de anamnese exaustiva levaram a que o agravamento da sintomatologia da utente fosse associado a possível síndrome depressivo (contexto de problemas familiares e viuvez).

Além disso, as consultas telefônicas trazem dificuldades de comunicação,⁶ podendo constituir uma importante barreira para alguns indivíduos.⁶ Muitas vezes, os utentes e seus familiares/cuidadores não têm capacidade ou conhecimentos que lhes permitam valorizar achados que seriam óbvios à avaliação pelo profissional de saúde, o que reforça a importância de o médico promover a literacia em saúde dos utentes e cuidadores de modo a facilitar a comunicação entre si, evitando perda de informação relevante. Com este relato de caso, apercebemo-nos da importância da realização de consulta presencial, sobretudo naqueles utentes que descrevem agravamento de sintomatologia.

O diagnóstico inicialmente indefinido da utente, ao fim de dois anos, veio a revelar-se uma doença de Parkinson. A ausência de consulta presencial atrasou o diagnóstico e, conseqüentemente, a instituição de terapêutica adequada, algo que se associou a aumento da incapacidade funcional com prejuízo da qualidade de vida da utente.⁷ A MGF tem a vantagem da proximidade física com os seus utentes, apresentando um papel importante no que toca à sua avaliação inicial bem como à sua reavaliação. Além disso, espera-se que os médicos de MGF se mantenham atualizados do ponto de vista científico, conhecendo os princípios básicos do diagnóstico dos diferentes tipos de tremor,² que lhes permita efetuar o diagnóstico diferencial com a maior acuidade possível. Espera-se, ainda, que sejam capazes de instituir a terapêutica numa fase inicial,² de acordo com o diagnóstico efetuado, e que procedam a referência dos utentes para cuidados hospitalares sempre que adequado, e o mais precocemente possível, com o fim de lhes prestar os melhores cuidados.

Contudo, durante a pandemia houve dificuldades no agendamento de consultas presenciais, o que impediu a avaliação física da utente.

Apesar do exposto acima, os médicos de MGF continuam a ser o elemento que, durante a pandemia, estiveram mais acessíveis aos utentes, o que se torna essencial pelo facto de os conseguirem aconselhar e orientar na procura antecipada de reavaliação pelas especialidades hospitalares.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- *Overview of tremor.* [Consultado em janeiro de 2021] Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-tremor?search=overview%20of%20tremor&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
- 2- Carvalho V, Massano J. Tremor: Um Guia Clínico Para Não Neurologistas *Acta Med Por.* 2019 Feb; 32(2):149-157.
- 3- *Clinical manifestations of Parkinson disease.* [Consultado em janeiro de 2021] Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-parkinson-disease?search=Clinical%20manifestations%20of%20Parkinson%20disease&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
- 4- *Essential tremor: Clinical features and diagnosis* [Consultado em janeiro de 2021] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/essential-tremor-clinical-features-and-diagnosis>
- 5- *Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease.* [Consultado em janeiro de 2021] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease>
- 6- Catapan S de C, Calvo MCM. *Teleconsultation: an Integrative Review of the Doctor-Patient Interaction Mediated by Technology* *Rev Bras Educ Med.* 2020; 44: 1-12.
- 7- Vieira S. Tremores *Rev Port Clin Geral.* 2005;21:61-7.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Não existem conflitos de interesse a declarar.

CORRESPONDÊNCIA:

Maria João Carneiro Coelho
E-mail: maria.joacocoelho@hotmail.com

RECEBIDO: 31 de maio de 2021 | ACEITE: 16 de junho de 2022

DE UMA SIMPLES CÓLICA RENAL À TUBERCULOSE UROGENITAL

FROM A SIMPLE RENAL COLIC TO UROGENITAL TUBERCULOSIS

Autores:

M^º João Fernandes¹, Ana Bessa Monteiro², Hugo Silva Almeida¹, Inês Baptista Pereira¹

RESUMO

Introdução: A tuberculose urogenital é a terceira forma mais comum de tuberculose extrapulmonar ocorrendo em 2 - 20% dos indivíduos com tuberculose pulmonar. As manifestações clínicas incluem disúria, urgência miccional e noctúria, sendo que num terço dos casos pode ocorrer lombalgia e hematúria macroscópica. Sintomas sistémicos como febre e perda ponderal são raramente observados.

Descrição do caso: Sexo feminino, 41 anos, natural da Índia, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Lojista, sem história de exposição a inalantes ou outros produtos tóxicos. Desconhece contactos de risco. Em janeiro de 2019 iniciou quadro compatível com cólica renal por hidronefrose persistente possivelmente secundária a litíase renal. Após sete meses foi diagnosticada com tuberculose urogenital com necessidade de realização de nefrostomia percutânea e tuberculostáticos. Em julho de 2020 realizou ureterectomia segmentar com posterior reimplantação do ureter. De momento mantém vigilância em consulta de Urologia.

Comentário: Este caso clínico permite alertar para uma patologia pouco comum, que se manifesta por uma clínica de cólica renal, frequentemente observada nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e muitas vezes relacionada com episódios prévios de tuberculose. Embora o seguimento inicial desta patologia não seja realizado nos CSP, o médico de família deve estar atento, reconhecer a sua existência e intervir no seguimento a longo prazo destes doentes.

Palavras-chave: tuberculose urogenital; tuberculostáticos; nefrostomia percutânea; hidronefrose.

ABSTRACT

Introduction: Urogenital tuberculosis is the third most common form of extrapulmonary tuberculosis occurring in 2 - 20% of individuals with pulmonary tuberculosis. Clinical manifestations include dysuria, urgency and nocturia, and in a third of the cases low back pain and macroscopic hematuria may occur. Systemic symptoms such as fever and weight loss are rarely seen.

Case description: Woman, 41 years old, born in India, with no relevant personal or family history. Shopkeeper, with no history of inhalant or other toxic exposures. Unaware of risky contacts. In January 2019, she started symptoms compatible with renal colic due to persistent hydronephrosis probably secondary to renal lithiasis. After seven months, she was diagnosed with urogenital tuberculosis requiring percutaneous nephrostomy and antituberculous drugs. In July 2020, she was submitted to segmental ureterectomy with subsequent reimplantation of the ureter. Now, she maintains regular appointments in urology.

Comment: This clinical case alerts to an unusual pathology, which manifests itself with renal colic symptoms, frequently seen in primary health care (PHC) and often related to previous episodes of tuberculosis. Although the follow-up of this pathology is not carried out in the PHC, the family doctor must be attentive and acknowledge its existence.

Keywords: genitourinary tuberculosis; antitubercular agents; percutaneous nephrostomy; hydronephrosis.

INTRODUÇÃO

A tuberculose urogenital (TUG) é a terceira forma mais comum de tuberculose extrapulmonar, ocorrendo em 2 a 20% dos indivíduos com tuberculose pulmonar.^{1,2,3}

A micobactéria chega ao trato urinário através da via hematogénica e pode apresentar-se de duas formas distintas. A sua apresentação mais frequente abrange o sistema coletor urinário, incluindo pelve e cálices renais, ureteres e bexiga.^{4,5} Pode ocorrer aquando da

tuberculose pulmonar primária, durante a reativação ou ainda na doença miliar. Assim, quando atingido o rim, ocorre uma resposta inflamatória que leva à formação de um granuloma cortical microscópico, que em indivíduos imunocompetentes pode cicatrizar ou permanecer estável durante décadas. Devido às suas dimensões reduzidas, são difíceis de detetar em exames radiográficos.^{6,7} Em alguns casos, a redução da imunidade do hospedeiro, leva à reativação dos granulomas corticais e rutura do mesmo, ocorrendo

1. Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Barão de Nova Sintra, ACeS Grande Porto VI - Porto Oriental

2. Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Barão de Nova Sintra, ACeS Grande Porto VI - Porto Oriental

excreção e disseminação do bacilo tuberculostático para o trato urinário, onde acaba por se multiplicar. A propagação descendente da infecção para o ureter e bexiga podem provocar estenose e obstrução uretral, hidronefrose e comprometimento da função renal, lesões essas já facilmente identificáveis através de imagens radiográficas típicas. O atingimento renal normalmente é unilateral.^{4,5,8}

Por outro lado, a TUG também se pode apresentar de uma forma menos comum, com atingimento do parênquima renal, sob a forma de nefrite intersticial, glomerulonefrite ou amiloidose, particularmente quando se verifica um sedimento urinário ativo, proteinúria elevada e aumento da creatinina.^{9,10} Pode ainda ter uma apresentação genital, manifestando-se no sexo masculino essencialmente em forma de epididimite ou orquiepididimite e no sexo feminino como dor abdominal ou pélvica, alterações menstruais ou ainda como infertilidade.^{11,12}

A TUG manifesta-se de forma geralmente insidiosa e pouco específica. Pode ser detetada apenas em achados laboratoriais como piúria ou hematúria microscópica. No entanto, quando a doença progride, observa-se em cerca de 50% dos casos, sintomas como disúria, urgência urinária, polaquiúria e noctúria, e em cerca de 33% dos casos pode estar associada a hematúria macroscópica e dor lombar. Sintomas sistémicos como febre ou perda ponderal são raros.^{4,8,11,13}

O diagnóstico de TUG deve ser considerado quando estamos perante sintomas urinários típicos, em doentes com história epidemiológica sugestiva, como história anterior de infecção/doença por tuberculose (TB), possível exposição à TB ou em doentes com história de viagens ou residência, passada ou presente, para uma área onde a TB é endémica.¹³ Neste sentido, os CSP são, na maior parte das vezes, o primeiro local de contacto destes doentes. Apesar de, na atualidade, a TB urogenital ser uma entidade pouco comum, a sua forma de apresentação clínica é frequente na prática da Medicina Geral e Familiar, desse modo será importante alertar para a existência desta patologia.

DESCRIÇÃO DO CASO

Doente do sexo feminino, 41 anos, nacionalidade indiana, residente em Portugal há 13 anos. Casada, vive com o marido de 43 anos e dois filhos, uma rapariga de 12 anos e um rapaz de 9 anos. Pertence a uma família nuclear em estadio IV do ciclo de vida de *Duvall* e a uma classe social média de acordo com a classificação de *Graffar*. Tem como antecedentes pessoais de rinite alérgica e síndrome vertiginosa.

Medicada habitualmente com bilastina 20 mg id, mometasona 10 mg id e beta-histina 24 mg *bid*. Sem alergias medicamentosas documentadas.

A 26/01/2019 inicia quadro de lombalgia com irradiação para o flanco esquerdo. Nega febre, náuseas, vômitos ou sintomatologia urinária. Recorre, por iniciativa própria, ao serviço de urgência (SU) onde realiza radiografia abdominal simples em pé (exame sem alterações), estudo analítico (proteína C reativa 7 mg/dL, sem outras alterações) e tira teste urinária (hematúria microscópica e leucocitúria). Foi assumido o diagnóstico de cólica renal e medicada com tansulosina 0,4 mg id durante duas semanas e diclofenac 50 mg id durante cinco dias. Por manutenção do quadro clínico, a 28/01/2019 recorre à consulta aberta na Unidade de Saúde Familiar (USF). É pedida ecografia renal urgente que a utente realiza em duas horas, sendo que na mesma apresenta ureterohidronefrose aguda unilateral, por provável cálculo na porção terminal do ureter esquerdo, não se tendo identificado o tamanho do cálculo. Por este motivo é enviada novamente ao SU para observação por urologia. No SU teve alta com indicação para reavaliação ecográfica em duas semanas e foi efetuado ajuste terapêutico (adicionado tramadol 50 mg de 8/8 horas e metoclopramida 10 mg).

A 01/02/2019 recorre novamente ao SU por persistência de lombalgia associada a pico febril isolado de 39°C e náuseas. Realiza estudo analítico que revela ausência de leucocitose, PCR de 9,18 mg/L, creatinina de 0,82 mg/dL, e ionograma sem alterações. A ecografia renal revela “rins com morfologia e dimensões normais, com contornos regulares e normal espessura de parênquima, com diferenciação preservada. Sem sinais de litíase renal. Ligeira ureterohidronefrose esquerda com bacinete de 12 mm de diâmetro antero-posterior visualizando-se o ureter dilatado até ao cruzamento com os vasos ilíacos. A avaliação do ureter pélvico foi dificultada pela presença de interposição de gás, tendo o ureter terminal calibre normal. Não se identifica a causa obstrutiva. Sem dilatação do sistema renal direito”. Realiza ainda radiografia sem evidência de litíase radiopaca. Teve novamente alta com ajuste terapêutico (adicionado diclofenac 50 mg tid) e com indicação para realização de tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica em duas semanas para comprovar resolução do caso.

A 5/02/2019 recorre novamente a consulta aberta na USF por manutenção da lombalgia apesar da terapêutica instituída. É observada por outro médico da Unidade, sendo pedida TC abdominopélvica e

realizado ajuste terapêutico com substituição do tramadol 50 mg por tramadol 100 mg bid.

A 18/02/2019 vem mostrar o resultado da TC: “rins de topografia habitual, com captação e excreção simultânea do produto de contraste, contornos regulares, sem evidência de imagens litiásicas. Hidronefrose moderada à esquerda (bacinete com 17 mm), com ureter visível e dilatado até cerca de 10 mm da implantação da bexiga, onde se verificam sinais de paragem abrupta, sem evidência de cálculo, sendo assim questionável existência de estenose intrínseca do ureter, a justificar observação por cisto-ureteroscopia. Sem alterações da árvore excretora direita”. É encaminhada para consulta externa de urologia com prioridade urgente.

A 25/02/2019 é observada em consulta externa de Urologia, tendo sido solicitado TC abdominopélvica de controlo, análise sumária de urina, sedimento urinário e pesquisa para *Mycobacterium Tuberculosis* (MT). Passado um mês é reavaliada em nova consulta, apresentando na TC hidronefrose esquerda sem aparente cálculo ou lesão expansiva. A análise sumária de urina não apresenta alterações, o sedimento urinário revela a presença de células epiteliais escamosas > 50/campo 100x e leucócitos entre 5-10 / campo 400x. A pesquisa para MT encontrava-se em curso. Por manutenção da hidronefrose sem lesão ocupante de espaço foi programada nefrostomia percutânea. É ainda realizado novo ajuste terapêutico com manutenção de diclofenac 50 mg por mais uma semana.

A 08/05/2019 realiza cistoscopia e ureteroscopia que revelou múltiplas estenoses do ureter pélvico esquerdo, não ultrapassáveis, tendo sido colocada nefrostomia percutânea esquerda.

A 18/07/2019 em consulta de urologia tem a confirmação de cultura positiva para MT, cujo resultado demorou 5 meses, tendo sido referenciada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico para início de tratamento, o que ocorreu a 22/7/2019 com terapêutica quádrupla. Realizou exames culturais de expectoração e urina a 23/07/2019 (1º dia de tratamento), 07/08 (15º dia de tratamento) e 08/08 (16º dia de tratamento) – todos negativos para MT.

A 11/11/2019 realiza substituição de nefrostomia percutânea esquerda com nova pesquisa de bacilo de *Koch*, também negativa para MT.

A 02/01/2020 realiza substituição de nefrostomia percutânea esquerda e pielografia que revela estenose do ureter terminal com extensão de 4 cm em duas áreas pericentimétricas de aperto a montante, mas ainda no ureter pélvico. A 13/07/2020 é submetida a ureterectomia segmentar e reimplantação de ureter de *Lich*.

De momento mantém-se em seguimento em consulta de Urologia.

COMENTÁRIO

A TUG é uma entidade pouco frequente nos CSP. Contudo, a sua apresentação clínica pode muitas vezes ser confundida com outras patologias diariamente observadas neste contexto, como as lombalgias, as cólicas renais e as pielonefrites. É extremamente importante questionar sobre infeção prévia de TB, uma vez que as manifestações urogenitais podem ocorrer, em média, 22 anos após a infeção pulmonar inicial.⁵ No caso clínico em questão, a utente desconhecia qualquer contacto prévio de risco, não existindo história documentada de infeção prévia. O diagnóstico de TUG deve ser ponderado em pacientes com sintomatologia característica (frequência urinária, disúria, hematúria) e fatores epidemiológicos relevantes como história prévia de TB, possível exposição a TB ou residência passada ou presente em áreas com TB endémica.⁸ A utente apresentava queixas consideradas menos frequentes, como lombalgia, tendo mesmo tido um episódio de febre (raro). Contudo, a naturalidade parece ser um dos fatores epidemiológicos mais importantes, uma vez que a Índia é, ainda em 2021, considerada um dos países com alta incidência de TB.¹⁴ Desta forma, a utente poderá ter tido contacto prévio, possivelmente na infância, não recordando ter desenvolvido sintomatologia.

O diagnóstico definitivo é feito através do isolamento da micobactéria na urina por urocultura com especificidade de 100%⁹ ou por reação em cadeia da polimerase (PCR), sendo necessárias, pelo menos, três amostras matinais de urina. O teste cutâneo da tuberculina ou teste de libertação de interferão gama (IGRA) positivos apoiam o diagnóstico de TB urogenital, mas não são essenciais para o mesmo. Analiticamente, apresentam piúria persistente e uma urina ácida, com ou sem hematúria e sem isolamento de bactérias típicas. Perante a suspeita diagnóstica, devem ainda ser realizados exames imagiológicos como ecografia renovesical e TC com contraste, de forma a detetar alterações específicas como estenoses do ureter e dilatações segmentares (ureter em “saca-rolhas”), um ureter rígido encurtado (ureter em pipe-stem), ou ainda adicionalmente calcificações e hidronefrose.¹⁵⁻¹⁹ A realização da TC pélvica é recomendada nos pacientes com TUG, uma vez que em 60 - 84% das pessoas existem estenoses ao longo de todo o sistema coletor.¹⁰ A suspeita diagnóstica e o pedido de exames complementares de diagnóstico deverá ser realizada pelo MF, assim como a referenciação à

consulta de urologia o mais precocemente possível de forma a serem solicitados os exames culturais e dado início à terapêutica dirigida. Como observamos no caso clínico, os sintomas podem tornar-se incapacitantes, com inúmeras recorrências aos cuidados de saúde, sendo fundamental o diagnóstico e o início do tratamento com tuberculostáticos para controlo sintomático.

O tratamento da TUG assenta na terapêutica farmacológica com tuberculostáticos em esquema quádruplo durante um mínimo de seis meses, igual ao tratamento da TB pulmonar.²⁰ Na presença de estenose ureteral e hidronefrose persistente deve ser realizada nefrostomia percutânea de forma a prevenir a disfunção renal obstrutiva.^{21,22} A duração da nefrostomia percutânea é incerta, embora alguns estudos refiram estabilização das estenoses em 6-12 meses.¹¹ O tratamento cirúrgico poderá também estar indicado, como é o caso da nefrectomia, dilatação e reconstrução do ureter e derivação vesical. A nefrectomia pode ser considerada nos casos de rim não funcionante, doença extensiva envolvendo todo o rim ou coexistência de carcinoma renal. Em casos de estenose ureteral, o tratamento consiste na dilatação ureteral ou cirurgia reconstrutiva.¹² A vigilância após TUG deve ser mantida por um período de 10 anos após término do tratamento farmacológico, com cultura de urina e ecografia renal a cada 6-12 meses. Nos casos de tuberculose extrapulmonar, como a urogenital, não há transmissão de infeção pelo que não é necessário realizar profilaxia de conviventes.

Este caso clínico permite alertar para uma patologia pouco comum, que se manifesta por uma clínica de cólica renal, frequentemente observada nos CSP e muitas vezes relacionada com episódios prévios de TB. Embora o seguimento inicial desta patologia não seja realizado nos CSP, o médico de família deve estar atento, reconhecer a sua existência e intervir no seguimento a longo prazo destes utentes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Figueiredo AA, Lucon AM, Srougi M. Urogenital tuberculosis. *Microbiol Spectr*. 2017;5(1):1-16.
- 2- Abbara A, Davidson RN, Medscape. Etiology and management of genitourinary tuberculosis. *Nat Rev Urol*. 2011; 8(12):678-88.
- 3- Bentz RR, Dimcheff DG, Nemiroff MJ, Tsang A, Weg JG. The incidence of urine cultures positive for *Mycobacterium tuberculosis* in a general tuberculosis patient population. *Am Rev Respir Dis*. 1975; 111(5):647-50.
- 4- Simon HB, Weinstein AJ, Pasternak MS, Swartz MN, Kunz LJ. Genitourinary tuberculosis. Clinical features in a general hospital population. *Am J Med*. 1977; 63(3):410-20.
- 5- Christensen WL. Genitourinary tuberculosis: review of 102 cases. *Medicine (Baltimore)*. 1974; 53(5):377-90.
- 6- Gibson MS, Pucket ML, Shelly ME. Renal Tuberculosis. *Radiographics*. 2004; 24(1):251-256.
- 7- Merchant S, Bharati A, Merchant S. Tuberculosis of the genitourinary system-Urinary tract tuberculosis: Renal tuberculosis-Part I. *Indian J Radiol Imaging*. 2013; 23(1):46-63.

- 8- Eastwood JB, Corbishley CM, Grange JM. Tuberculosis and the kidney. *J Am Soc Nephrol*. 2001; 12(6):1307-1314.
- 9- Eastwood JB, Corbishley CM, Grange JM. Tuberculosis and tubulointerstitial nephritis: an intriguing puzzle. *Kidney Int*. 2011; 79(6): 579-581.
- 10- Sun L, Yuan Q, Feng J, Yao L, Fan Q, Ma J, Wang L. Be alert to tuberculosis-mediated glomerulonephritis: a retrospective study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2012; 31(5):775-9.
- 11- Kulchavenya E, Kholobin D, Shevchenko S. Challenges in urogenital tuberculosis. *World J Urol*. 2020; 38(1):89-94.
- 12- Aliyu MH, Aliyu SH, Salihu HM. Female genital tuberculosis: a global review. *Int J Fertil Womens Med*. 2004; 49(3):123-36.
- 13- Council of the Infectious Disease Society of America. Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children. *Respir Crit Care Med*; 2000.
- 14- Global Tuberculosis Report. Organização Mundial de Saúde. [consultado em novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2021>.
- 15- Hemal AK, Gupta NP, Rajeev TP, Kumar R, Dar L, Seth P. Polymerase chain reaction in clinically suspected genitourinary tuberculosis: comparison with intravenous urography, bladder biopsy, and urine acid fast bacilli culture. *Urology*. 2000; 56(4):570-4.
- 16- Figueiredo AA, Lucon AM, Arvellos AN, Ramos COP, Toledo ACT, Falci R, et al. A better understanding of urogenital tuberculosis pathophysiology based on radiological findings. *Eur J Radiol*. 2010; 76(2):246-57.
- 17- Kollins SA, Hartman GW, Carr DT, Segura JW, Hattery RR. Roentgenographic findings in urinary tract tuberculosis: A 10 year review. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*. 1974; 121(3):487-99.
- 18- Gaudiano C, Tadolini M, Busato F, Vanino E, Pucci S, Corcioni B, et al. Multidetector CT urography in urogenital tuberculosis: use of reformatted images for the assessment of the radiological findings: A pictorial essay. *Abdom Radiol (NY)*. 2017; 42(9):2314-24.
- 19- Vijayaraghavan SB, Kandasamy SV, Arul M, Prabhakar M, Dhinakaran CL, Palanisamy R. Spectrum of high-resolution sonographic features of urinary tuberculosis. *J Ultrasound Med*. 2004; 23(5):585-94.
- 20- Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the European Association of Urology (EAU) Guidelines Office. EAU guidelines for the management of genitourinary tuberculosis. *Eur Urol*; 2005.
- 21- Goel A, Dalela D. Options in the management of tuberculous ureteric stricture. *Indian J Urol*. 2008; 24(3):376-81.
- 22- Kerr WK, Gale GL, Peterson KS. Reconstructive surgery for genitourinary tuberculosis. *J Urol*. 1969; 101(3):254-66.

CONFLITOS DE INTERESSE:

O autor Hugo Silva Almeida foi membro da AIMGF no biénio 2020/2021. A autora Inês Baptista Pereira foi colaboradora da AIMGF no ano 2021. Os autores declaram não existir qualquer outro conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

CORRESPONDÊNCIA:

Maria João Sousa Fernandes
mariajoaosousafernandes@gmail.com

RECEBIDO: 2 de julho de 2021 | ACEITE: 17 de junho de 2022

PSEUDOPORFIRIA INDUZIDA POR FÁRMACOS, UM CASO CLÍNICO

CASE REPORT – DRUG-INDUCED PSEUDOPORPHYRIA

Autores:

Flávio Silva¹, Margarida Costa¹, Ana Inês Silva¹, Vera Teixeira²

RESUMO

Introdução: A pseudoporfiria é uma fotodermatite bolhosa rara que se manifesta através de fragilidade cutânea, bolhas, vesículas e eritema, semelhante à porfiria cutânea tardia. Apesar de poder haver uma predisposição genética, a exposição a radiação ultravioleta, fármacos e doença renal crónica estão entre possíveis causas. Este caso tem como objetivo alertar para o diagnóstico da doença e os seus agentes causadores.

Descrição do caso: Mulher de 73 anos, casada e reformada. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, síndrome depressiva e ciatalgia crónica medicadas com amlodipina, metformina, pitavastatina, sertralina, trazodona, pantoprazol e naproxeno on demand. Recorreu à consulta aberta do centro de saúde com quadro clínico de múltiplas vesículas e bolhas nas mãos. Negava prurido, febre, quadro infeccioso anterior, contacto com substâncias corrosivas e alérgicas ou toma de medicação nova recente. Foi assumido o diagnóstico provável de porfiria cutânea tardia, pedido estudo analítico com porfirinas e feita referência. Na consulta posterior de Dermatologia, a utente apresentava uma melhoria do quadro e o estudo analítico não demonstrava quaisquer alterações pelo que se excluiu o diagnóstico de porfiria cutânea tardia. Assim, foi assumido o diagnóstico de pseudoporfiria sendo o agente etiológico presumível o naproxeno. Após a sua suspensão, num período de vigilância de aproximadamente um ano, a utente não voltou a ter reaparecimento da sintomatologia.

Comentário: A pseudoporfiria, apesar de rara, é muitas vezes subdiagnosticada, podendo ter como agentes etiológicos vários fármacos frequentemente usados na prática clínica como os anti-inflamatórios não esteroides. O caso apresentado é importante na medida em que alerta para a necessidade de uma boa anamnese e de aprofundar o conhecimento dos efeitos secundários associados a cada fármaco. Na pseudoporfiria tal é particularmente importante já que o seu tratamento assenta na suspensão do agente causador.

Palavras-chave: anti-inflamatórios não esteroides; porfiria cutânea tardia; fotodermatite; efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: Pseudoporphyria is a rare bullous photodermatitis that manifests as skin fragility, blisters, vesicles and erythema, similar to porphyria cutanea tarda. Although there may be a genetic predisposition, exposure to ultraviolet radiation, drugs and chronic kidney disease are among possible causes. The main objective of the case is to explore the disease's diagnosis and its causes.

Case description: 73-year-old female, married, retired. Personal history of hypertension, type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia, depressive syndrome and chronic sciatica. Medicated with amlodipine, metformin, pitavastatin, sertraline, trazodone, pantoprazole and naproxen. She resorts to primary care consultation with manifestation of multiple vesicles and blisters on her hands. She denied itching, systemic symptoms, previous infection, contact with corrosive substances or allergens and recent new medication. A probable diagnosis of porphyria cutanea tarda was assumed and an analytical study with porphyrins was requested for confirmation and exclusion of differential diagnoses. Also she was referred to dermatology consultation. At this she showed an improvement in her condition and the analytical study did not show any changes so diagnosis of porphyria cutanea tarda was excluded. Thus, the diagnosis of pseudoporphyria was assumed as the presumptive etiologic agent being naproxen. After suspension of treatment, during surveillance period of approximately one year, the patient did not have any reappearance of the symptoms.

Commentary: Pseudoporphyria, although rare, is often underdiagnosed and may have as etiologic agents several drugs frequently used in clinical practice. The case presented is important as it alerts us to the need to carry out a good anamnesis and to acquire deeper knowledge about the diseases and side effects associated with drug's use. In this case it is particularly important as the treatment is based on suspension of the causative agent.

Keywords: anti-inflammatory agents non-steroidal; porphyria cutanea tarda; dermatitis photoallergic; drug-related side effects and adverse reactions.

1. Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Arquis Nova, ACeS Alto Minho, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

2 Assistente em Dermatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A pseudoporfiria é uma fotodermatite bolhosa com características clínicas e histológicas sobreponíveis às da porfiria cutânea tardia.¹ A idade no diagnóstico da doença varia entre os 2 e 81 anos sendo que a idade média descrita é de 50 anos.² Clinicamente, caracteriza-se por um aumento da fragilidade cutânea com eritema, bolhas, vesículas e erosões em áreas foto-expostas, semelhante ao que ocorre na porfiria cutânea tardia. Contudo, ao contrário desta última, na pseudoporfiria, a hipertricose, hiperpigmentação, mília e alterações esclerodermóides da pele não estão presentes.³ Laboratorialmente, um doseamento negativo de porfirinas séricas, na urina e fezes exclui o diagnóstico de porfiria cutânea tardia. No entanto, existem situações em que o diagnóstico pode ser dificultado, como na doença renal crônica em que os níveis séricos de porfirinas podem estar falsamente aumentados por ausência de depuração das mesmas.⁴

Apesar de rara na população geral, existem certos grupos de risco com frequência aumentada desta doença e entre os principais fatores etiológicos envolvidos na sua patogênese estão a exposição a radiação ultravioleta, fármacos, doença renal crônica e predisposição genética.⁵ O tratamento assenta na fotoproteção e suspensão do agente causador.

O caso clínico apresentado tem como principal objetivo não só sensibilizar para as características clínicas da doença e o seu diagnóstico como também para os principais agentes causadores.

DESCRIÇÃO DO CASO

Relata-se o caso de uma mulher, raça caucasiana, com 73 anos de idade, casada e reformada. Como antecedentes pessoais apresentava síndrome depressiva, hipertensão arterial essencial, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia e cialgia crônica devido a protrusão discal com compromisso radicular na emergência da raiz de L5. Tinha como antecedentes familiares hipertensão arterial e dislipidemia na mãe e no pai e diabetes *mellitus* na mãe. A medicação habitual incluía amlodipina 5mg/dia, metformina 1000mg/dia, pitavastatina 2mg/dia, sertralina 50mg/dia, trazodona 150mg/dia, pantoprazol 20mg/dia e naproxeno 500 mg em caso de necessidade.

Recorreu à consulta aberta em setembro de 2020 por um quadro clínico com múltiplas vesículas, bolhas e erosões atingindo a maioria dos dedos e palmas das mãos bilateralmente com uma semana de evolução. As bolhas eram dolorosas, as maiores mediam cerca de 2 cm e as erosões mostravam-se em várias

fases de cicatrização. A utente negava febre, prurido, artralguas, perda de peso, anorexia bem como quadro infeccioso recente ou toma de medicação de novo. Negava contacto com animais, plantas ou árvores, substâncias corrosivas, historial de reações alérgicas cutâneas bem como episódios semelhantes anteriores. Atendendo a ser uma utente frequentadora e com historial clínico bem conhecido, foi colocada como hipótese diagnóstica porfiria cutânea tardia e, assim, foi pedido um estudo analítico com doseamento de porfirinas séricas e na urina bem como marcadores inflamatórios, enzimas hepáticas, hemograma completo, função renal e pesquisa de infeção por vírus da imunodeficiência humana, hepatites e sífilis. Foi também pedida consulta externa de Dermatologia através do telerrastreio dermatológico no qual foram enviadas fotografias (Figura 1) com o consentimento da utente. Atendendo a que o tratamento com corticoterapia tópica poderia mascarar os sintomas, foi aconselhada apenas higiene da pele e proteção da exposição solar.

Um mês depois, a utente foi observada na consulta externa de Dermatologia e apresentava uma melhoria substancial do quadro. O estudo analítico pedido na consulta no centro de saúde não apresentava alterações. Assim, foi assumido o diagnóstico presumível de pseudoporfiria, neste caso tendo como fator etiológico provável a toma de naproxeno apesar de esta ser intermitente (em média três vezes por semana) e ter sido iniciada há mais de um ano. Neste contexto, foi explicada a situação à utente e aconselhada a sua suspensão.

Após cerca de um ano, a utente foi reavaliada no centro de saúde. Nesta consulta a utente referiu a cessação da toma de naproxeno desde então sem reaparecimento de lesões cutâneas semelhantes.



Figura 1. Imagem das lesões cutâneas captadas na primeira consulta.

COMENTÁRIO

A pseudoporfiria, embora seja uma doença rara, é provavelmente subdiagnosticada.

O seu mecanismo fisiopatológico não está bem estabelecido. Pensa-se que a formação de metabólitos fototóxicos após exposição a radiações ultravioletas, em indivíduos geneticamente predispostos,

pode desencadear as lesões, sendo que alguns fármacos têm um papel fotossensibilizante. Entre os fármacos descritos como causadores desta doença estão os anti-inflamatórios não esteroides derivados do ácido fenilpropanóico (particularmente o naproxeno), tetraciclina, dapsona, piridoxina, ciclosporina, amiodarona, furosemida, clorotalidona, tiazidas, entre outros.⁶

Neste sentido, perante uma suspeita de pseudoporfiria, é importante que haja uma colheita cuidada da história clínica para exclusão dos diagnósticos diferenciais, mas sobretudo para inquirir sobre a possível presença de um determinado agente etiológico. Assim, a revisão da lista terapêutica é importante, devendo ser confirmada a existência de algum fármaco como agente causador. É de realçar que o início das manifestações pode ocorrer semanas a meses após o início da terapêutica, pelo que não só os fármacos de introdução mais recente devem ser considerados.⁷ Para além disso, as manifestações da doença são intermitentes dificultando o diagnóstico e a associação com o agente causador. A eficácia de uma eventual terapêutica, se usada, pode ser falsamente assumida pelo facto de os utentes poderem apresentar melhoria das lesões apenas com cuidados de proteção da exposição solar. Ainda assim, sem a retirada do agente causador o mais provável é que haja uma recidiva.

No caso apresentado os principais diagnósticos diferenciais foram excluídos através da anamnese e exame físico. A epidermólise bolhosa adquirida geralmente manifesta-se em zonas sujeitas a pequenos traumas, nomeadamente superfícies extensoras como os cotovelos, com prurido associado, milia e hipertrichose.⁸ O pênfigo bolhoso manifesta-se também com prurido associado geralmente afetando o tronco, axilas e região inguinal.⁹ A dermatite herpética, para além do prurido, manifesta-se através de pápulas e vesículas frágeis menores atingindo principalmente regiões extensoras, sacro, glúteos e está muitas vezes associada a doença celíaca.¹⁰ Como descrito, a porfiria cutânea tardia, clinicamente muito semelhante, foi excluída através da análise das porfirinas séricas e urinárias.

O diagnóstico definitivo da pseudoporfiria é obtido através de biópsia embora, neste caso, a apresentação clínica típica com desaparecimento das lesões após a suspensão do naproxeno sem recidiva nos orientasse para o seu diagnóstico presumível.

De um modo geral existe uma prescrição importante de fármacos anti-inflamatórios não esteroides nos cuidados de saúde primários, principalmente

devido à elevada prevalência de patologias musculoesqueléticas. O perfil de segurança cardiovascular do naproxeno torna-o muitas vezes a primeira escolha entre estes. É importante que estejamos sensibilizados para os efeitos secundários da sua utilização bem como de outros fármacos descritos como fotossensibilizantes e possivelmente causadores de pseudoporfiria. Desta forma, com este artigo pretende-se alertar para a necessidade de identificar estes agentes causadores com vista a melhorar a assertividade do diagnóstico, possivelmente evitando o recurso à consulta externa dos cuidados de saúde secundários.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Green JJ, Manders SM. Pseudoporphyria. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44:100-8.
- 2- Beer K, Applebaum D, Nousari C. Pseudoporphyria: discussion of etiologic agents. *J Drugs Dermatol* 2014; 13:990-2. PMID: 25116980
- 3- Maynard B, Peters MS. Histologic and immunofluorescence study of cutaneous porphyrias. *J Cutan Pathol*. 1992;19:40-7.
- 4- Habif TP, ed. Light-related diseases and disorders of pigmentation. *Clinical Dermatology*. 6th ed. Elsevier; 2016. Chapter 19.
- 5- Schanbacher CF, Vanness ER, Daoud MS, Tefferi A, Su WP. Pseudoporphyria: a clinical and biochemical study of 20 patients. *Mayo Clin Proc*. 2001. 76 (5):488-92.
- 6- Kostler E, Heinicke H. Porphyria cutanea tarda, pseudoporphyria and hemodialysis of chronic renal failure patients. *Z Gesamte Inn Med* 1986; 41 (2): 50-2. PMID: 3953126
- 7- Burns DA. Naproxen pseudoporphyria in a patient with vitiligo. *Clin Exp Dermatol*. 1987;12:296-7.
- 8- Braun-Falco O, Flewing G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Blistering diseases. New York: Springer-Verlag; 1996. p.649-95.
- 9- Miyamoto D, Santi CG, Aoki V, Maruta CW. Bullous pemphigoid. *An Bras Dermatol*. 2019; 94(2):133-46.
- 10- Salmi TT. Dermatitis herpetiformis. *Clin Exp Dermatol*. 2019; 44(7):728-31.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Flávio Elísio Vasconcelos Silva
flavio.elisio.silva@ulsam.min-saude.pt

RECEBIDO: 27 de abril de 2022 | ACEITE: 13 de agosto de 2022

POLICONDRITE RECIDIVANTE, UMA PATOLOGIA RARA - RELATO DE CASO

RELAPSING POLYCHONDRITIS, A RARE PATHOLOGY - CASE REPORT

Autores:

Inês da Costa¹, Isabel Hora², Sofia Assunção²

RESUMO

Introdução: A policondrite recidivante é uma doença multissistêmica autoimune, rara e potencialmente fatal. Caracteriza-se por episódios recorrentes de inflamação de tecidos cartilagosos e ricos em proteoglicanos. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseia-se em dois critérios *major* (condrite auricular; nasal; do trato respiratório), ou um critério *major* e dois *minor* (hipoacusia; inflamação ocular; disfunção vestibular; poliartrite seronegativa). Em 80% dos casos, manifesta-se por condrite auricular e poliartrite. O diagnóstico é frequentemente tardio, com atraso no tratamento e maior risco de sequelas. O principal objetivo deste manuscrito é reduzir o atraso diagnóstico e melhorar o prognóstico desta patologia.

Descrição do caso: Mulher de 53 anos, fumadora, com doença de *Crohn* e hipertensão arterial, foi inserida na plataforma Trace COVID-19 por cansaço, cefaleias e febre. Dois dias depois desenvolveu rubor, edema e dor na hemiface esquerda sendo encaminhada para o serviço de urgência, onde foi medicada com antibioterapia por provável quadro de celulite. Três semanas depois recorreu a consulta aberta por queixas semelhantes, desta feita no pavilhão auricular direito. À anamnese descreveu episódios recorrentes de inflamação eritemato-edematosa dolorosa e intermitente dos pavilhões auriculares, nos últimos meses, com melhoria parcial com antibioterapia, seguida de rápida recidiva. Referiu ainda pelo menos três episódios de otite no ano anterior e artralguas generalizadas, com envolvimento preferencial das mãos, de predomínio matinal e vespertino, com agravamento em repouso e rigidez associada. Ao exame objetivo: subfebril, edema marcado do pavilhão auricular direito que poupa o lóbulo, rubor, calor e dor à palpação. Posteriormente, foi encaminhada para observação hospitalar urgente, sendo colocada a hipótese de diagnóstico de policondrite recidivante por Dermatologia, e instituída terapêutica de crise (anti-inflamatório).

Comentário: Apesar de cumprir apenas um critério de diagnóstico *major* e um *minor* para policondrite recidivante, decorridos cerca de 11 meses desde as primeiras manifestações clínicas, esta constitui a hipótese mais provável.

Palavras-chave: policondrite recidivante; doença rara; diagnóstico tardio.

ABSTRACT

Introduction: Recurrent polychondritis is a rare and potentially fatal autoimmune multisystem disease. It is characterized by recurrent episodes of inflammation of cartilaginous and proteoglycan-rich tissues. The diagnosis is essentially clinical and is based on two major criteria (ear; nasal; respiratory tract chondritis), or one major and two minor criteria (hyposacusis; ocular inflammation; vestibular dysfunction; seronegative polyarthritides). In 80% of cases, it's manifested by auricular chondritis and polyarthritides. The diagnosis is often late, with delayed treatment and increased risk of sequelae. The main objective of this manuscript is to reduce diagnostic delay and improve prognosis of this pathology.

Case description: A 53-year-old woman, smoker, with Crohn's disease and hypertension, was entered into the Trace COVID-19 platform for fatigue, headache and fever. Two days later, she developed redness, edema and pain on the left hemiface and was referred to the emergency department, where was treated with antibiotic therapy for probable cellulitis. Three weeks later, she returned to the open consultation for similar complaints, this time in the right ear pavilion. She described recurrent episodes of painful and intermittently erythematous edematous inflammation of the ear pavilion, over the last few months, with partial improvement with antibiotherapy, followed by a rapid relapse. She also reported at least three episodes of otitis media in the previous year, generalized arthralgias and stiffness with preferential involvement of the hands, predominantly in the morning and afternoon, worsening at rest. On objective examination: subfebrile; marked swelling of the right pavilion sparing the earlobe, redness, warmth and pain on palpation. She was subsequently referred for urgent hospital observation, and the diagnosis of relapsing polychondritis was hypothesized by Dermatology, and effective crisis therapy (anti-inflammatory) was instituted.

Comment: Despite meeting only one major and one minor diagnostic criterion for relapsing polychondritis, after about 11 months since the first clinical manifestations, it was the most likely hypothesis.

Keywords: relapsing polychondritis; rare disease; late diagnosis.

1. Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Eça de Queirós - ACeS Póvoa de Varzim/Vila do Conde;

2. Assistente em Medicina Geral e Familiar; USF Eça de Queirós - ACeS Póvoa de Varzim/Vila do Conde.

INTRODUÇÃO

A policondrite recidivante (PR) é uma doença multissistêmica autoimune, rara, de etiologia desconhecida e potencialmente fatal.¹ É uma patologia rara, com uma incidência estimada de 3,5 casos por milhão, a cada ano.^{1,2}

Caracteriza-se por episódios recorrentes de inflamação de tecidos cartilagosos e ricos em proteoglicanos, incluindo a cartilagem elástica da orelha e do nariz, a cartilagem hialina das articulações periféricas, a fibrocartilagem das estruturas axiais e da árvore traqueobrônquica, e por subsequente deformação anatômica e déficit funcional progressivos das estruturas envolvidas.¹ O diagnóstico é essencialmente clínico, dado que não existem testes laboratoriais, nem características histológicas ou imagiológicas específicas.¹ Os critérios de diagnóstico mais recentes datam de 1986 e consistem em dois critérios *major* (condrite auricular, nasal ou do trato respiratório) ou um critério *major* e dois *minor* (hipoacusia, inflamação ocular, disfunção vestibular, poliartrite seronegativa - fator reumatoide negativo).³ Em 80% dos casos manifesta-se por condrite auricular e poliartrite.¹ A condrite auricular pode ser uni ou mais frequentemente bilateral e é a manifestação clínica mais comum, seguida da artropatia.¹ A poliartrite ou oligoartrite aguda, intermitente e assimétrica, envolve as articulações metacarpofalângicas, interfalângicas proximais e joelhos.¹ Outras manifestações clínicas incluem condrite nasal, condrite do trato respiratório, manifestações oculares (episclerite, esclerite, conjuntivite), dermatológicas (nódulos, púrpura, livedo, ulcerações distais e necrose associada a vasculite), e menos comumente, manifestações neurológicas, cardiovasculares e renais. As manifestações respiratórias e cardiovasculares são mais graves e associam-se a pior prognóstico.^{1,4} Sintomas inespecíficos como febre, perda ponderal, cansaço e mal-estar também podem estar presentes.⁵

O seu início é habitualmente insidioso, entre os 40 - 50 anos de idade, com crises inflamatórias dolorosas agudas, que podem durar dias ou semanas, seguidas por remissão espontânea de duração variável.^{1,4} Contudo, pode surgir em qualquer idade.¹ Está descrita uma ligeira preponderância no género feminino.⁶

Dado o amplo espectro de manifestações clínicas, o diagnóstico é frequentemente tardio, com atraso do tratamento e maior risco de sequelas.¹ O atraso médio no diagnóstico é estimado em vários estudos, estando na ordem dos 2,5 meses a 1,2 e 2,9

anos.^{1,7-8} As sequelas resultam da deformação anatômica progressiva das estruturas envolvidas e da sua consequente limitação funcional. Por isso, dependem do atingimento da doença. Alguns exemplos são hipoacusia de condução ou neurosensorial, zumbido, deformação do tipo “nariz em sela”, laringomalácia, traqueomalácia, rouquidão, tosse seca, dispneia, estridor, pieira.¹

A patogénese exata ainda não está definida. Porém, é considerada complexa, envolvendo a imunidade humoral e celular.¹ Alguns estudos demonstram uma eventual suscetibilidade genética, sendo que indivíduos com PR têm aproximadamente o dobro da probabilidade de ser portadores do alelo genético HLA-DR4, relativamente aos indivíduos sem a doença.⁴

A associação a outras doenças autoimunes está descrita em 30% dos casos, sendo a mais comum a artrite reumatóide.¹ Outras doenças autoimunes associadas incluem lúpus eritematoso sistémico, esclerose sistémica, doença mista do tecido conjuntivo, síndrome de Sjögren, dermatomiosite, assim como vasculite;⁹ e ainda doenças gastrointestinais (incluindo doença *Crohn* e colite ulcerativa), neoplasias e síndromes mielodisplásicas.^{1,4}

Em termos de tratamento, não existe consenso nem uniformização de atuação dado que se trata de uma patologia rara, cuja experiência clínica é limitada.¹ Não obstante, as opções terapêuticas incluem anti-inflamatórios não esteróides (AINE); dapsona, colchicina; corticóides sistémicos (prednisolona oral é comumente usada); ciclofosfamida, azatioprina, ciclosporina, metotrexato e biológicos (infiximab, etanercept, adalimumab, rituximab).¹ Contudo, são necessários mais estudos e ensaios clínicos, para considerar os biológicos uma verdadeira opção terapêutica, em caso de falência das terapêuticas imunossupressoras convencionais.¹ O principal objetivo terapêutico é controlar as crises inflamatórias e suprimir, a longo prazo, os mecanismos patogénicos imunomediados.¹

Com este relato de caso, os autores pretendem sensibilizar a comunidade médica para esta patologia e para as suas manifestações clínicas inespecíficas, procurando assim aumentar a suspeição clínica e a referenciação hospitalar precoce, de forma a encurtar o tempo médio de diagnóstico e a melhorar o prognóstico.

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher de 53 anos, fumadora (18 unidades maço ano), com doença de *Crohn* íleo-cólica extensa sob

adalimumab desde 2016, e hipertensão arterial sob lisinopril 5 mg/dia desde 2018, sem alergias conhecidas, foi inserida na plataforma Trace COVID-19 por cansaço, cefaleias e febre (temperatura auricular de 38°C) a 19/10/2020. A 20/10/2020 revelou rubor, edema, calor e dor na hemiface esquerda, de início nessa madrugada, sendo encaminhada para observação presencial. Recorreu ao serviço de urgência onde realizou teste PCR SARS-CoV-2 que foi negativo, e foi medicada com antibioterapia por provável quadro de celulite. Três semanas depois (10/11/2020) recorreu a consulta aberta da sua unidade de saúde familiar, por queixas semelhantes, desta feita no pavilhão auricular direito com três dias de evolução. À anamnese descreveu episódios recorrentes de inflamação eritemato-edematosa dolorosa dos pavilhões auriculares, bilateral e de forma intermitente nos últimos meses, com melhoria parcial com antibioterapia, seguida de rápida recidiva. De referir ainda, que existe registo informático de pelo menos um episódio de presumida dermatite seborreica do pavilhão auricular, em dezembro de 2019 e de um episódio de infeção do pavilhão auricular a 1/10/2020. Descreveu ainda artralguas generalizadas, com envolvimento preferencial das articulações distais, nomeadamente das mãos, de predomínio matinal e vespertino, associadas a rigidez e agravamento com o repouso. Negou alterações visuais, auditivas, cutâneas, desequilíbrio, disfagia, dispneia ou tosse. Ao exame objetivo apresentava temperatura timpânica de 37.4°C; edema marcado do pavilhão auricular direito com poupança do lóbulo, rubor, calor, como representado na figura 1, e dor à palpação; lesões eritematodescamativas no pavilhão auricular esquerdo; otoscopia sem alterações.



Figura 1. Fotografia de episódio de crise à direita – consulta aberta presencial.

Face ao quadro apresentado foi encaminhada para o serviço de urgência, observada por Otorrinolaringologia e Dermatologia, tendo sido colocada a hipótese de PR e iniciado seguimento regular em consulta de Dermatologia para estudo complementar. Do estudo efetuado a destacar o exame anatomopatológico da biópsia que revelou alterações inflamatórias inespecíficas e, em termos analíticos: IgA ASCA positivo, ANA padrão mosqueado 1:160 com mitoses. Os restantes parâmetros avaliados como hemograma, função renal, velocidade de sedimentação, ferritina, anticorpos anti-dsDNA, ANCA, fator reumatóide e complemento foram normais. Realizou ainda tomografia axial computadorizada toracoabdominopélvica que não mostrou alterações relevantes. A colonoscopia total revelou doença de *Crohn* com atividade inflamatória no íleo terminal, duas úlceras superficiais de bordos congestivos e fundo limpo com cerca de 10 mm.

Durante o seguimento, e para despiste de angioedema facial recorrente provocado por inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA), foi efetuada substituição do lisinopril por indapamida. Decorridos três meses dessa alteração, a utente referiu manutenção das crises, com periodicidade de quatro em quatro semanas aproximadamente, controladas com ciclos de AINE de três a cinco dias. À posteriori, a doente foi referenciada a consulta de Reumatologia.

COMENTÁRIO

Em suma, a utente apresenta as duas características clínicas mais frequentes da PR: crises recorrentes de inflamação cartilágnea dos pavilhões auriculares, que poupam o lóbulo, controladas com ciclo curto de AINE e queixas articulares generalizadas, com características inflamatórias e com fator reumatóide negativo, que são compatíveis com uma poliartrite inflamatória seronegativa. No global, apresenta apenas um critério de diagnóstico *major* e um critério *minor* para PR, não preenchendo a totalidade os critérios anteriormente descritos. De salientar que a hipótese de diagnóstico apenas foi colocada cerca de 11 meses após as primeiras manifestações clínicas (dezembro de 2019 - novembro de 2020). Contudo, este parece ser, até à data, o diagnóstico mais provável.

Alguns diagnósticos diferenciais a considerar incluem manifestação cutânea da doença de *Crohn*, doença de *Crohn* metastática, efeito adverso de terapêutica (adalimumab), angioedema facial recorrente secundário a IECA.

As manifestações cutâneas da doença de *Crohn* são a manifestação extraintestinal mais frequente¹⁰

e são mais comuns em mulheres e fumadoras,¹¹ tal como a doente em análise. No entanto, as entidades mais comuns são o eritema nodoso e o pioderma gangrenoso, que se manifestam comumente nas superfícies extensoras dos membros inferiores.¹⁰ Os achados histológicos são distintos dos da doença de *Crohn*,¹⁰ sendo que os do pioderma gangrenoso são inespecíficos e os do eritema nodoso podem revelar paniculite septal.¹²

Já a doença de *Crohn* metastática é uma manifestação rara mas específica, que cursa com achados histopatológicos compatíveis com doença de *Crohn* (inflamação granulomatosa) na biópsia cutânea, mas em locais distantes do trato gastrointestinal, como a face.^{10,12} Estas são lesões em placas e/ou nódulos com matriz avermelhada a púrpura e podem apresentar um componente ulcerativo,¹² o que não se verifica neste caso.

Adicionalmente, a terapêutica com adalimumab, um anticorpo monoclonal anti-TNF¹⁰ pode cursar com erupções cutâneas eczematosas e psoriformes, embora se verifique em apenas 5-10% dos casos.¹²⁻¹³ No entanto, a doente já realizava esta terapêutica há quatro anos sem qualquer afeção cutânea anterior.

Já o angioedema facial recorrente secundário a IECA, habitualmente cursa com um período de latência desde início da terapêutica, de horas a vários anos, sendo que os estudos apontam para uma variação entre 3 a 22 meses.¹⁴ No entanto, sabe-se que é mais provável logo após o início da terapêutica. Cursa com edema da face, lábios, pálpebras, língua, pescoço, vias respiratórias e/ou trato gastrointestinal.¹⁴ Esta hipótese é também menos provável não só pela clínica menos sugestiva, como também pela toma de lisinopril há já dois anos e manutenção das crises mesmo após a sua suspensão durante três meses.

Assim, este caso reforça a média de diagnóstico tardio da PR descrita na literatura (cerca de 11 meses), em parte devido às manifestações iniciais inespecíficas. Sendo uma patologia rara, não foi uma hipótese diagnóstica de primeira instância, mais ainda num contexto pandémico e de medicina à distância. Nesse sentido, pretende-se sensibilizar para esta patologia rara, de forma a aumentar a suspeição clínica e a promover uma referenciação hospitalar atempada. Essa atitude permitirá efetuar um diagnóstico mais precoce, prevenir complicações graves e melhorar o prognóstico do doente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Borgia F, Giuffrida R, Guarneri F, Cannavò SP. Relapsing Polychondritis: An Updated Review. *Biomedicines*. 2018;6(3):84.
- 2- Kent PD, Michet CJ Jr, Luthra HS. Relapsing polychondritis. *Curr Opin*

Rheumatol. 2004;16(1):56-61.

- 3- Michet CJ Jr, McKenna CH, Luthra HS, O'Fallon WM. Relapsing polychondritis. Survival and predictive role of early disease manifestations. *Ann Intern Med*. 1986;104(1):74-8.
- 4- Relapsing polychondritis. U.S. Department of Health & Human Services. National Institutes of Health - Genetic and Rare Disease Information Center [consultado em março de 2021] Disponível em <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/7417/relapsing-polychondritis>
- 5- Vitale A, Sota J, Rigante D, Lopalco G, Molinaro F, Messina M, et al. Relapsing Polychondritis: an Update on Pathogenesis, Clinical Features, Diagnostic Tools, and Therapeutic Perspectives. *Curr Rheumatol Rep*. 2016;18(1):3.
- 6- Belot A, Duquesne A, Job-Deslandre C, Costedoat-Chalumeau N, Boudjemaa S, Wechsler B, et al. Pediatric-onset relapsing polychondritis: case series and systematic review. *J Pediatr*. 2010;156(3):484-9.
- 7- Sharma A, Law AD, Bamberg P, Sagar V, Wanchu A, Dhir V, et al. Relapsing polychondritis: clinical presentations, disease activity and outcomes. *Orphanet J Rare Dis*. 2014;9:198.
- 8- Lin DF, Yang WQ, Zhang PP, Lv Q, Jin O, Gu JR. Clinical and prognostic characteristics of 158 cases of relapsing polychondritis in China and review of the literature. *Rheumatol Int*. 2016;36(7):1003-9.
- 9- Cantarini L, Vitale A, Brizi MG, Caso F, Frediani B, Punzi L, et al. Diagnosis and classification of relapsing polychondritis. *J Autoimmun*. 2014;48-49:53-9.
- 10- Keyal U, Liu Y, Bhatta AK. Dermatologic manifestations of inflammatory bowel disease: a review. *Discov Med*. 2018;25(139):225-33.
- 11- Jansen FM, Vavricka SR, den Broeder AA, de Jong EM, Hoentjen F, van Dop WA. Clinical management of the most common extra-intestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease focused on the joints, skin and eyes. *United European Gastroenterol J*. 2020;8(9):1031-44.
- 12- Bennett CN, Krishnamurthy K. Cutaneous Crohn Disease. *StatPearls* [Internet]. [consultado em janeiro 2021] Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470311/>
- 13- Fiorino G, Danese S, Pariente B, Allez M. Paradoxical immune-mediated inflammation in inflammatory bowel disease patients receiving anti-TNF- α agents. *Autoimmun Rev*. 2014;13(1):15-9.
- 14- Montinaro V, Cicardi M. ACE inhibitor-mediated angioedema. *Int Immunopharmacol*. 2020;78:106081.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não apresentar qualquer conflito de interesses.

CORRESPONDÊNCIA:

Inês Vieira da Costa
inesvieiracosta@hotmail.com

RECEBIDO: 11 de novembro de 2021 | ACEITE: 16 de setembro de 2022

MENINGITE POR *B. CEREUS* - UMA ENTIDADE RARA A CONSIDERAR

MENINGITIS DUE TO B. CEREUS - A RARE ENTITY TO CONSIDER

Autores:

Fátima da Cruz¹, Ana Rafaela Gave¹, João Braga Simões², André Costa e Silva³

RESUMO

Introdução: O *Bacillus cereus* (*B. cereus*) é uma bactéria produtora de toxinas capaz de provocar intoxicações alimentares mediante duas síndromes clínicas: diarreica e emética. Esta bactéria, além de intoxicações alimentares, pode provocar bacteriemia, endocardite, infecções respiratórias, cutâneas, oculares e do sistema nervoso central (SNC).

Descrição do caso: Criança do género masculino de quatro anos de idade, com antecedentes de sibilância recorrente e estado vacinal atualizado (com uma dose da vacina extraplano para a *Neisseria meningitidis* do grupo B) é trazida a consulta por vômitos, dor abdominal, recusa alimentar, sonolência e cefaleia. Ao exame objetivo estava sonolenta, febril, com rigidez da nuca e sinal de *Brudzinski* positivo. Foi referenciada ao serviço de urgência (SU) Pediátrica, onde foi ativado o protocolo de atuação da meningite, com realização de rastreio séptico, de tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica e de punção lombar, e início de terapêutica empírica.

A criança ficou internada para vigilância e manutenção terapêutica. Analiticamente apresentava leucocitose e foi isolado no líquido cefalorraquidiano (LCR) o *B. cereus*. Havia referência ao consumo de arroz frito aquecido do dia anterior, no dia do início da clínica. O internamento evoluiu favoravelmente com recuperação completa da criança e alta ao oitavo dia.

Comentário: Apesar das infecções do SNC por *B. cereus* serem mais frequentes em imunodeprimidos e na presença de fatores de risco, este caso alerta para uma causa rara de meningite, numa criança saudável. Assim, pretende-se alertar os clínicos para a necessidade de um exame físico completo em crianças com suspeita de intoxicação alimentar e sinais e sintomas sistémicos, como a febre, para a distinção entre um quadro benigno e autolimitado, de um quadro com maior gravidade e que exige referência imediata aos cuidados hospitalares.

Palavras-chave: *Bacillus cereus*; intoxicação alimentar; meningite.

ABSTRACT

Introduction: *Bacillus cereus* (*B. cereus*) is a toxin-producing bacterium capable of producing food poisoning through two clinical syndromes: diarrheal and emetic. In addition to food poisoning, this bacterium can be linked to bacteremia, endocarditis, respiratory, skin, eye and central nervous system infections (CNS).

Case description: A four-year-old male child with a history of recurrent wheezing and updated vaccination status (with one dose of vaccination for *Neisseria meningitidis* group B) is brought to consultation due to vomiting, abdominal pain, food refusal, fever and headache. On physical examination, he was sleepy, febrile and presented a stiff neck and positive *Brudzinski's* sign. He was referred to the Pediatric Emergency Department, where the meningitis action protocol was activated. Septic screening, cranioencephalic computerized tomography (CT) and lumbar puncture were performed and empirical therapy initiated. The child was hospitalized for surveillance and therapeutic maintenance. Analytically, he presented leukocytosis and *B. cereus* was isolated on the cerebrospinal fluid. There was reference to the consumption of heated fried rice from the day before, the day the clinic started. Hospitalization progressed favorably with the child's complete recovery and discharge on the eighth day.

Comment: Although CNS infections by *B. cereus* are more frequent in immunocompromised patients and in the presence of risk factors, this case alerts to a rare case of meningitis in a healthy child. Thus, it is intended to alert clinicians for the need of a complete physical examination in children with suspected food poisoning and systemic signs and symptoms, such as fever, to allow the distinction between a benign and self-limited condition and a serious condition that requires immediate referral to hospital care.

Keywords: *Bacillus cereus*; food poisoning; meningitis.

1. Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Uarcos, ACeS Alto Minho, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

2. Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Terras da Nóbrega, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

3. Interno de Formação Específica em Pediatria, Hospital de Santa Luzia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

O *Bacillus cereus* (*B. cereus*) é um bacilo gram-positivo, ubíquo na natureza, aeróbio (anaeróbio facultativo), produtor de esporos. A formação de esporos permite que sobreviva no ambiente por longos períodos de tempo e que resista a temperaturas extremas. Devido a estas propriedades, é capaz de persistir em ambientes de processamento de alimentos, podendo causar intoxicações alimentares.¹

As intoxicações alimentares causadas por *B. cereus*, apresentam-se em duas formas clínicas distintas, a síndrome diarreica e a síndrome emética, geralmente leves e autolimitadas, embora possam ocorrer formas mais graves de doença.^{1,2}

A síndrome diarreica é causada pela enterotoxina diarreica, produzida no intestino delgado após a ingestão de bacilos ou esporos de *B. cereus*. Caracteriza-se por dor abdominal em cólica e diarreia abundante. Os vômitos são incomuns. Apresenta um período de incubação de 8 - 16 horas após a ingestão, e uma duração de aproximadamente 12 - 24 horas. Os alimentos mais frequentemente implicados são: carnes, sopas, legumes, molhos, leite e derivados.^{1,2,3}

A síndrome emética é originada pela toxina emética (cereulida) produzida nos alimentos antes da ingestão. Clinicamente manifesta-se por vômitos, náuseas e dor abdominal em cólica. A diarreia pode ocorrer em 1/3 dos casos.¹ O quadro clínico inicia-se entre 30 minutos a 6 horas após a ingestão de alimentos contaminados, e habitualmente, desaparece em 6-24 horas. Alimentos amiláceos como o arroz são os mais implicados, geralmente como resultado do consumo de arroz frito arrefecido à temperatura ambiente e reaquecido no dia seguinte.^{1,2,3}

Além de intoxicações alimentares, e particularmente em imunodeprimidos, recém-nascidos, usuários de drogas endovenosas e portadores de dispositivos médicos, o *B. cereus* pode estar implicado em infecções oportunistas e nosocomiais, podendo causar bacteriemia, endocardite, infecções respiratórias, cutâneas, oculares e do sistema nervoso central (SNC).^{1,4,5,6}

Do ponto de vista epidemiológico, na Europa, segundo dados da *European Food Safety Authority* (EFSA), entre 2006 - 2010, foram registados 103 surtos associados a *B. cereus*, que afetaram 1502 pessoas e causaram 37 hospitalizações. Em todos estes casos foi reportada a intoxicação alimentar como manifestação clínica predominantemente associada à infecção por este agente.⁵

O número de casos documentados de infecções do

SNC por *B. cereus* em crianças é limitado. Uma revisão sistemática da literatura inglesa publicada em 2003, identificou 22 casos de bacteriemia a *B. cereus* em crianças (16 em recém-nascidos), 11 das quais apresentavam infecção do SNC.^{1,7}

O objetivo deste relato é alertar para uma causa rara de meningite, mas potencialmente grave, que os clínicos de Medicina Geral e Familiar e de Pediatria devem considerar no diagnóstico diferencial de uma criança com história de intoxicação alimentar e sinais e sintomas sistêmicos.

DESCRIÇÃO DO CASO

Relata-se o caso de uma criança de quatro anos de idade, do género masculino, caucasiana, terceiro filho de uma família na fase V do ciclo familiar de *Duvall*, pertencente à classe média baixa segundo a classificação de *Graffar*. Residia em apartamento com três quartos, com condições básicas de saneamento, consumia água engarrafada e não tinha animais domésticos. Apresentava antecedentes de sibilância recorrente desde os 24 meses, atualmente controlada sem necessidade de medicação. Sem história de alergias medicamentosas ou alimentares conhecidas. Sem antecedentes familiares relevantes. Os pais eram fumadores.

A criança frequentava o infantário desde os três anos de idade, apresentava um estado vacinal atualizado, com uma dose da vacina extraplano para a *N. meningitis* do grupo B aos dois meses de idade, por impossibilidade económica da família para suportar o esquema completo. Apresentava um desenvolvimento psicomotor adequado e um crescimento estaturoponderal no P3 - P15.

Em julho de 2018 foi trazida a consulta numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em meio rural, por vômitos, dor abdominal e recusa alimentar com dois dias de evolução, e sonolência e cefaleia desde o próprio dia. Os vômitos, inicialmente alimentares, surgiram 6 horas após a última refeição.

Não havia história de conviventes doentes ou com a mesma sintomatologia. Foram negados diarreia, alterações cutâneas e sintomas respiratórios e geniturinários.

Ao exame físico, na USF, a criança apresentava-se sonolenta e febril (38,6°C de temperatura axilar). Evidenciava rigidez da nuca e sinal de Brudzinski positivo. Não apresentava outras alterações relevantes ao exame.

Pelo exposto, foi transferida para o serviço de urgência (SU) Pediátrica do hospital de referência. À chegada ao SU foram confirmados os achados do

exame físico e prontamente iniciado o protocolo de abordagem de meningite, com colheita de sangue e urina para análise, urocultura, hemoculturas e realização de tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica e de punção lombar. Foi iniciada terapêutica empírica com ceftriaxone (100mg/kg/dia 24/24h) e fluidoterapia endovenosa. A criança ficou internada para manutenção terapêutica e vigilância clínica.

Da investigação diagnóstica realizada destaca-se, no estudo analítico leucocitose ($18,8 \times 10^9/L$) com neutrofilia associada (91,5%) e proteína C reativa em valores normais (0,2 mg/dl). Exame sumário de urina sem alterações. Hemoculturas e urocultura negativas. TC crânio-encefálica sem alterações de relevo.

Da análise do líquido cefalorraquidiano (LCR): líquido incolor, límpido, com 42 células, 42 leucócitos (com predomínio de neutrófilos - 92%); glicose (77 mg/dl) e proteínas (29,2 mg/dl) em valores normais.

No exame bacteriológico do LCR foi identificado *B. cereus* com teste de sensibilidade a antibiótico (TSA) com sensibilidade a ceftriaxone. A restante pesquisa no LCR (*M. pneumoniae*, *N. meningitis* grupos A, B, C, W e Y, *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *Streptococcus* do grupo B, *Herpes simplex* tipo 1, 6 e 7, vírus varicela zóster, vírus *Epstein-Barr*, citomegalovírus e enterovírus) foi negativa.

Perante o diagnóstico de meningite por *B. cereus* e o quadro prévio de síndrome emética, foi questionada a alimentação da criança e, segundo a mãe, a última refeição teria sido arroz frito confeccionado previamente, guardado a temperatura ambiente e aquecido no micro-ondas, acompanhado de bife de frango cozinhado no momento.

Durante o internamento a criança cumpriu oito dias de terapêutica com ceftriaxone, com evolução clínica favorável traduzida por recuperação do estado geral, apirexia sustentada e tolerância à dieta oral após 48 horas do início da terapêutica. Teve alta ao oitavo dia, com orientação para o hospital de dia para término de antibioterapia (14 dias de ceftriaxone) e para consulta de Pediatria Geral, com recuperação completa e sem evidência de sequelas.

COMENTÁRIO

As infecções do SNC por *B. cereus* são raras, mas graves, havendo relatos de casos em adultos e em crianças, sobretudo em recém-nascidos (1,4%).⁵ As manifestações mais frequentes são meningite, abscessos cerebrais e hemorragia subaracnoide infetada.¹⁵ A mortalidade é particularmente elevada em recém-nascidos e em imunodeprimidos.^{5,6,8,9}

O envolvimento do SNC por *B. cereus* é mais

frequente em imunodeprimidos e na presença de fatores de risco (recém-nascidos pré-termo, recém-nascidos com baixo peso ao nascimento, doentes com neutropenia, doentes sob tratamento sistêmico com corticoides, com cefalosporinas de terceira geração ou sob quimioterapia, em caso de hospitalização recente e em doentes submetidos a procedimentos invasivos como entubação endotraqueal, ventilação mecânica, colocação de cateteres intravasculares e punção lombar).^{8,10,11,12}

Alguns autores apontam uma associação patológica entre intoxicações alimentares e as infecções do SNC por *B. cereus*, sobretudo em doentes que apresentam sintomas de intoxicação alimentar antes ou concomitantemente ao envolvimento do SNC. Esta hipótese foi corroborada em autópsias a doentes falecidos por infecção do SNC por *B. cereus*, que revelaram invasão e necrose da mucosa gástrica e envolvimento sanguíneo, hepático e do SNC pelo bacilo.⁵

Este relato alerta para a possibilidade de uma causa rara de meningite, numa criança saudável e sem fatores de risco para infecção do SNC por *B. cereus*, após quadro de intoxicação alimentar.

Segundo a literatura, o tratamento das intoxicações alimentares por *B. cereus* consiste em cuidados de suporte. O tratamento antibiótico, apenas está indicado, em quadros clínicos mais graves, como as infecções do SNC.¹ Em caso de meningoencefalite, está preconizada a terapêutica combinada de um aminoglicosídeo com vancomicina durante, pelo menos, 14 dias.¹

Não obstante, no caso descrito, suportado pelo TSA e evolução clínica, o tratamento com ceftriaxone demonstrou-se eficaz, apesar do *B. cereus* ser um reconhecido agente produtor de beta-lactamases e resistente às cefalosporinas de terceira geração.^{6,8,9} A hipótese de contaminação do LCR foi avançada, dado o carácter ubíquo do patogénico isolado, mas o seu crescimento isolado em amostra pura, permitiu ao laboratório de Microbiologia excluir essa hipótese.

Apesar da gravidade das infecções do SNC por *B. cereus*, o desfecho deste caso foi favorável, muito devido a um elevado nível de suspeição diagnóstica de meningite a nível dos cuidados de saúde primários e prontidão terapêutica a nível dos cuidados hospitalares.

De destacar, a relevância de uma minuciosa anamnese para orientar para um diagnóstico assertivo, tendo em conta a intoxicação alimentar e a síndrome emética desenvolvida pela criança no contexto do consumo de arroz frito aquecido após inadequada refrigeração.

Pelo exposto, os autores deste relato pretendem realçar o papel do médico de família, na destrição entre situações benignas e autolimitadas, de situações mais graves e com risco de vida que exigem referência imediata aos cuidados hospitalares. Alertam ainda para importância do exame físico completo nas crianças com história de intoxicação alimentar e sinais e sintomas sistêmicos, como a febre, já que os sinais meníngeos podem estar presentes e serem fundamentais para sinalizar um quadro de maior gravidade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Bacillus cereus and other non-anthraxis Bacillus species [Consultado em março de 2022] Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/bacillus-cereus-and-other-non-anthraxis-bacillus-species?search=BACILO%20CEREUS&source=search_result&selectedTitle=1-49&usage_type=default&display_rank=1
- 2- Stenfors LP, Fagerlund A, Granum PE. From soil to gut: Bacillus cereus and its food poisoning toxins. FEMS Microbiol Rev. 2008; 32: 579-606.
- 3- Dietrich R, Jessberger N, Ehling-Schulz M, Märklbauer E, Granum PE. The Food Poisoning Toxins of Bacillus cereus. Toxins. 2021.
- 4- Gaur AH, Patrick CC, McCullers JA, Flynn PM, Pearson TA, Razzouk BI, et al. Bacillus cereus Bacteraemia and Meningitis in Immunocompromised Children. Clin Infect Dis Rev. 2001;32:1456-62.
- 5- Frechaut TI. Validação de metodologia para detecção de Bacillus cereus em arroz e produtos à base de cereais. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Tecnologia e Segurança Alimentar. Faculdade de Ciências e Tecnologia de Lisboa. 2014: 3-36
- 6- Stevens MP, Elam K, Bearman G. Meningitis due to Bacillus cereus: A case report and review of the literature. Can J Infect Dis Med Microbiol Rev. 2012;23(1):16-9
- 7- Hilliard NJ, Schelonka RL, Waites KB. Bacillus cereus bacteremia in preterm neonate. J Clin Microbiol. 2003; 41(7):344
- 8- Toshinobu H, Tamai K, Haapasalo M. Bacillus cereus Bloodstream Infection in a Preterm Neonate Complicated by Late Meningitis. Case Rep Infect Dis. 2012.
- 9- Manickam N, Knorr A, Muldrew KL. Neonatal meningoencephalitis caused by Bacillus cereus. Ped Infect Dis J. 2008; 27(9): 843-846
- 10- Kotiranta A, Lounatmaa K, Haapasalo M. Epidemiology and pathogenesis of Bacillus cereus infections. Microbes Infect. 2000;2(2):189-98.
- 11- Lebessi E, Dellagrammaticas H, Antonaki G, Foustoukou M, Lacovidou N. J Matern-Fetal Neonatal Med. 2009; 22(5): 458-61.
- 12- Arora S, Thakkar D, Upasana K, Yadav Anjali, Rastogi N, Yadav SP. Bacillus cereus infection in pediatric oncology patients: A case report and review of literature. Elsevier. 2021: 26: e01302.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Fátima Isabel Ferreira da Cruz
fatinhacruz15@gmail.com

RECEBIDO: 22 de dezembro de 2021 | ACEITE: 16 de setembro de 2022

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

HYPERSENSITIVITY PNEUMONITIS – ABOUT A CLINICAL CASE

Autores:

Mariana Costa Pereira¹, Marta Fontes Ferreira¹, Olga Couto Cardoso¹

RESUMO

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH), classificada como doença pulmonar intersticial, é caracterizada por uma reação imunológica complexa do parênquima pulmonar em resposta à inalação repetida de partículas orgânicas. Pode ser classificada como aguda, subaguda ou crônica. A PH relacionada com aves, sobretudo pombos e periquitos, é a forma mais frequente da doença e é descrita, maioritariamente, em homens de meia-idade. O tratamento consiste na evicção do antigénio causador da doença, podendo ser necessária terapêutica anti-inflamatória e/ou imunossupressora.

Descrição do caso: Homem de 57 anos, transportador de carnes, iniciou há alguns meses um quadro de dispneia para médios esforços e tosse seca associada a perda de peso de 2-3 kg. Ao exame objetivo, apresentava crepitações bibasais e baqueteamento digital, sem outras alterações de relevo. Foi solicitada uma radiografia (Rx) do tórax e, posteriormente, uma tomografia computadorizada (TC) do tórax que levantaram a suspeita de doença intersticial pulmonar. Foi realizada visita domiciliária para aferir possíveis exposições de risco do utente, na qual foi possível perceber que o mesmo era cuidador de um corvo há cerca de 20 anos. Foi referenciado para consulta de Pneumologia, estabelecendo-se o diagnóstico de PH crônica fibrosante. O doente iniciou terapêutica imunossupressora, mas, devido à progressão rápida da doença, foi referenciado para transplante pulmonar, acabando por falecer enquanto aguardava pelo mesmo.

Comentário: Este caso clínico permitiu chamar a atenção para a rápida evolução da patologia neste utente, destacando a importância de uma rápida referenciação para os cuidados de saúde secundários. De salientar, também, a visita domiciliária realizada pelo médico de família (MF) que se revelou fulcral em todo o processo diagnóstico. Esta permitiu pesquisar a presença de animais no domicílio que, neste caso, resultou na identificação da etiologia da doença.

Palavras-chave: pneumonite de hipersensibilidade; médico de família; visita domiciliária.

ABSTRACT

Introduction: Hypersensitivity pneumonitis (HP), classified as an interstitial lung disease, is characterized by a complex immune reaction of the lung parenchyma in response to repeated inhalation of organic particles. It can be classified as acute, subacute or chronic. Bird-related HP, especially pigeons and parakeets, is the most common form of the disease and is mostly described in middle-aged men. Treatment consists of avoidance of the antigen that causes the disease, and anti-inflammatory and/or immunosuppressive therapy may be required.

Case description: A 57-year-old man, a meat carrier, presented with dyspnea on moderate effort and a dry cough with a few months of evolution associated with weight loss of 2-3 kg. On physical examination, he presented bibasal crepitations and digital clubbing, with no other significant changes. A chest X-ray and later a computed tomography scan (CT) of the chest were requested, which raised the suspicion of interstitial lung disease. A home visit was conducted to assess possible risk exposures of the user, in which it was possible to realize that he had been a caretaker of a crow for about 20 years. The patient was referred to the pulmonology department and a diagnosis of chronic fibrosing HP was established. The patient was started on immunosuppressive therapy, but due to the rapid progression of the disease he was referred for lung transplantation and died while awaiting it.

Comment: This clinical case drew attention to the rapid progression of the pathology in this patient, highlighting the importance of a rapid referral to secondary health care. It should also be noted that the home visit made by the family physician was crucial to the whole diagnostic process. This allowed us to investigate the presence of animals in the home, which in this case resulted in the identification of the disease's etiology.

Keywords: hypersensitivity pneumonitis; family physician; home visit.

1. Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Ribeirão, ACeS Ave-Famalicão

INTRODUÇÃO

A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é um síndrome complexo causado pela exposição a uma vasta variedade de partículas orgânicas de pequenas dimensões, capazes de atingir os alvéolos (<5 µm). Em indivíduos suscetíveis, estes antigénios provocam uma resposta imunitária exagerada das pequenas vias aéreas e do parênquima pulmonar.¹⁻⁷ Foram descritos mais de 300 antigénios como potenciais causadores de PH. Estes podem ser classificados em bactérias, fungos, proteínas animais, proteínas vegetais, produtos químicos de baixo peso molecular e metais. A exposição aos mesmos geralmente ocorre em profissões ou *hobbies* específicos, mas também pode ocorrer em ambientes domésticos.^{1,3,5} Os antigénios mais frequentemente implicados na doença são espécies de actinomicetos termofílicos, fungos e proteínas de aves. Os actinomicetos termofílicos (*Saccharopolyspora retivirgula*) e os fungos (espécies de *Aspergillus* e *Penicillium*) são causadores de PH em variadas profissões, nomeadamente na agricultura. Para além disso, proteínas de alto e baixo peso molecular do soro, fezes e penas de aves podem causar o “pulmão do criador de pássaros”.^{3,4} Um exemplo de produto químico causador de PH são os isocianatos que são usados para a produção em larga escala de polímeros de poliuretano, amplamente utilizados no fabrico de espumas de poliuretano, tintas e plásticos.³

Somente uma pequena proporção de pessoas expostas a esses antigénios desenvolve a doença, pelo que será necessária uma interação complexa entre fatores genéticos do hospedeiro e agentes ambientais.¹⁻⁸ Epidemiologicamente, a PH é mais frequente em homens de meia-idade. Registos efetuados na Europa demonstram que esta doença representa cerca de 1,5% a 12% de todas as doenças pulmonares intersticiais. Globalmente, a PH relacionada com aves é a forma mais frequente, tendo sido mais comumente descrita em criadores de pombos e periquitos, apesar de também poder ocorrer com outras aves.^{4,5}

Pode classificar-se em aguda, subaguda e crónica com base no tempo de evolução da doença e na forma de apresentação. A forma aguda surge 4 a 8 horas após contacto com o antigénio, sendo que uma exposição prolongada no tempo (meses ou anos) resultará em formas de doença subagudas ou crónicas. No entanto, recentemente foi proposta a classificação de PH aguda ou inflamatória e PH crónica ou fibrosante, com base nas características clínicas, radiológicas e patológicas.^{1,3-5}

A tosse é um sintoma predominante devido às alterações de natureza inflamatória que ocorrem nas vias aéreas. Também são descritos sintomas como dispneia, mal-estar e perda de peso. Sendo assim, é muito importante a realização de uma história clínica completa, que inclua os *hobbies* e a profissão do doente, de forma a poder identificar exposições ambientais específicas no ambiente deste, que possam ser causadoras da doença. O exame físico é normal, no entanto na auscultação pulmonar poderão existir crepitações inspiratórias que refletem a inflamação existente nas pequenas vias aéreas. Na PH crónica, as crepitações poderão ser mais proeminentes e poderá ser observado baqueteamento digital.^{1,3-5}

A avaliação funcional respiratória é de grande importância para estudo da função pulmonar, demonstrando, na maioria das vezes, diminuição dos volumes pulmonares, traduzindo um padrão funcional restritivo. Também se observa uma redução moderada a grave da capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO). Na tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) torácica, um achado clássico são as opacidades em vidro despolido, no entanto, com a progressão da doença, poderá ser observado um aumento da reticulação (indicativo de fibrose) e bronquiectasias de tração. O lavado broncoalveolar (LBA) é outro método que habitualmente fornece pistas acerca do diagnóstico. Na PH existe um aumento mais acentuado de linfócitos no LBA, geralmente, com uma predominância relativa de linfócitos T CD8, sendo que a relação CD4/CD8 se apresenta diminuída. Por outro lado, na PH crónica, em pacientes expostos a antigénios de aves, a razão CD4/CD8 é frequentemente aumentada. A contagem de linfócitos é geralmente superior a 50% do total de células, mas poderá ser inferior nas formas crónicas fibrosantes. Também poderá ser útil na marcha diagnóstica a pesquisa de precipitinas séricas para um antigénio em questão.^{1,3-5,8} A presença de anticorpos imunoglobulinas (Ig) G específicos (precipitinas séricas) para um antigénio demonstra que existe sensibilização, mas não necessariamente doença. Uma grande percentagem de indivíduos saudáveis expostos a certos antigénios produzem anticorpos específicos contra estes. Por outro lado, entre 10% e 15% dos pacientes com PH não desenvolvem precipitinas séricas, portanto um achado negativo não exclui a presença de doença. Apesar dessas limitações, a pesquisa de precipitinas é um teste laboratorial adicional útil na avaliação diagnóstica, em particular para sugerir uma exposição potencial não reconhecida.^{1,4,8}

O diagnóstico precoce e a evicção à exposição ao

antigénio são os pontos chave no tratamento e prognóstico da PH.^{1,3-6} Não há um tratamento farmacológico totalmente eficaz para a PH crónica e, portanto, apenas o transplante pulmonar poderá melhorar a taxa de sobrevivência destes pacientes com formas mais graves e refratárias a outras medidas terapêuticas.⁽⁷⁾ Embora os mecanismos inflamatórios e fibróticos subjacentes a esta doença sejam complexos, os linfócitos B e T desempenham um papel fulcral, pelo que está indicado o uso de terapêutica anti-inflamatória ou imunossupressora, como os corticosteroides sistémicos.^{1,3-5,8} Em pacientes com PH crónica poderá existir indicação para o uso de azatioprina e micofenolato-mofetil, como agentes poupadores de corticosteroides, mas também em casos resistentes, uma vez que estes demonstraram melhoria na função pulmonar em doentes com sintomas persistentes, além da corticoterapia.⁹ O rituximab e a leflunomida também foram relatados em alguns estudos como terapêutica benéfica nestes pacientes.² Nos casos de PH crónica com fibrose progressiva poderá haver indicação para a realização de anti-fibróticos.⁸

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente do sexo masculino, 57 anos, casado, com dois filhos, transportador de carnes. Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2 controlados, estenose aórtica severa, tendo sido realizada substituição valvular mecânica em 2009. Era ex-fumador de 10 unidades maço ano (UMA) e consumia 20 g de álcool por semana. Como medicação habitual fazia varfarina segundo esquema, perindopril 5 mg, amlodipina 5 mg (uma vez por dia) e metformina 500 mg (duas vezes por dia). Não apresentava antecedentes familiares de relevo. Da avaliação familiar realizada pelo médico de família (MF) resultou que o utente pertencia a uma família nuclear, apresentando-se no estágio VII do ciclo de *Duvall*, classe III da *classificação social de Graffar* e *APGAR* familiar de *Smilkstein* de nove.

Em 2019, numa consulta programada de vigilância da diabetes com o MF, o doente referiu dispneia para médios esforços com agravamento progressivo, tendo sido classificada na escala *modified Medical Research Council* (mMRC) com um valor de dois. Da história clínica realizada foi possível obter que apresentava tosse seca com três meses de evolução, acompanhada de perda de peso estimada em 2 - 3 kg, relativamente à consulta anterior realizada seis meses antes, apesar da ausência de anorexia. O utente negava outra sintomatologia cardiorrespiratória ou cutânea, febre, astenia, mialgias, existência

de infeções respiratórias nos meses anteriores ou qualquer outro acontecimento adverso. Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, obesidade (com índice de massa corporal de 30.5 kg/m²) e tensão arterial controlada. Encontrava-se eupneico em ar ambiente, sem sinais de dificuldade respiratória, auscultação cardíaca sem alterações, frequência cardíaca de 91 bpm; no entanto, na auscultação pulmonar eram audíveis discretas crepitações bibasais, com saturação periférica de oxigénio (SpO₂) de 95%. O utente não apresentava alterações cutâneas nem edemas periféricos, porém foi possível objetivar hipocratismo digital, que foi descrito pelo utente como sendo já habitual. Tendo em conta estes achados foi solicitado eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma transtorácico e radiografia (Rx) do tórax. O ECG e o ecocardiograma não apresentavam alterações que justificassem o quadro clínico. Contudo, o Rx tornou-se revelador, pois mostrou diminuição do volume pulmonar à esquerda e padrão reticular nas metades inferiores, mais à direita, como demonstra a figura 1.

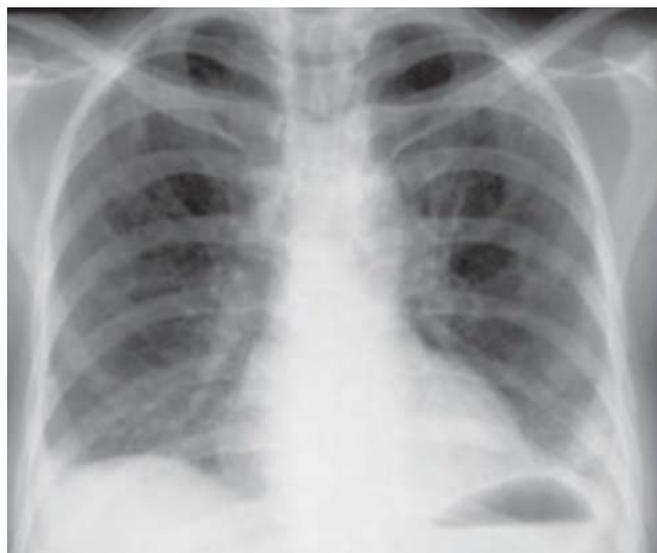


Figura 1. Radiografia de tórax com padrão reticular nas metades inferiores.

O passo seguinte foi a realização de tomografia computadorizada (TC) torácica que confirmou os achados, apresentando reticulação periférica bilateral com distribuição assimétrica (mais exuberante à direita), associada a discretas bronquiectasias de tração, sendo estas alterações sugestivas de patologia intersticial pulmonar, e adenomegalias hilares direitas. Foi solicitado estudo analítico com hemograma, bioquímica, perfil tiroideu, alfa-1 antitripsina, velocidade de sedimentação, Ig A, G e M, complemento e estudo autoimune completo, não tendo apresentado alterações. O *Phadiotop*[®] inalatório também se revelou negativo. Quando questionado sobre os seus hábitos e

possíveis exposições, além de ser ex-fumador de 10 UMA, não evidenciou exposições de risco no ambiente de trabalho ou em casa. O utente referiu que tinha um cão doméstico com todas as vacinas e cuidados veterinários, negando a existência de outros animais no domicílio. O MF realizou visita domiciliária para avaliar as condições de habitação, tendo averiguado que a casa apresentava boas condições de habitabilidade, com paredes e telhado com isolamento, sem sinais de humidade ou infiltrações. No entanto, durante esta visita, foi possível observar que o utente possuía, para além do cão, um corvo. Após questionado, mencionou que era o seu cuidador já há 20 anos e que se havia esquecido de mencionar. Foi pedido ao utente que não mantivesse contacto com o corvo, tendo este sido adotado por outra família.

Com toda esta informação e achados, o utente foi referenciado para consulta de Pneumologia, para continuação do estudo.

No ano de 2020, o utente teve a primeira consulta de Pneumologia, na qual foram pedidos diversos meios complementares de diagnóstico: gasimetria em ar ambiente que revelou hipóxia em repouso, provas de função respiratória que identificaram padrão restritivo moderado com diminuição do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e da capacidade vital forçada (CVF) com a relação VEF1/CVF normal e, ainda, diminuição grave da DLCO. A prova de marcha de 6 minutos confirmou a existência de dessaturação durante a marcha (SpO2 inicial de 95%; SpO2 final 84%) e a TCAR evidenciou um aumento do calibre do tronco da artéria pulmonar, sugestivo de hipertensão pulmonar. Confirmou, também, os achados já evidenciados na TC de tórax, com a presença de reticulação periférica, sendo já evidente algumas áreas de fibrose com padrão em favo de mel (sobretudo à direita) e várias bronquiectasias de tração, tendo sido observadas também várias áreas de opacificação em vidro despolido, como se observa na figura 2.

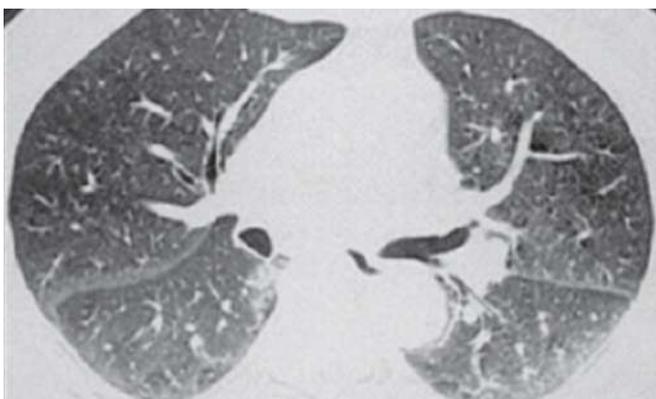


Figura 2. Tomografia computadorizada de alta resolução tórax evidenciando reticulação periférica, bronquiectasias de tração e áreas de opacificação em vidro despolido.

Por fim, realizou um LBA que demonstrou a ausência de células malignas e revelou um predomínio linfocitário com uma relação CD4/CD8 aumentada. O doseamento de precipitinas séricas referentes a periquito e a papagaio resultaram negativas. Foi aconselhado ao utente a realização das vacinas da gripe e anti-pneumocócica. Este manteve consultas regulares com o seu MF e com o pneumologista durante todo o restante ano de 2020.

Durante o ano de 2021, o utente referiu um agravamento progressivo das suas queixas iniciais: a dispneia apresentou-se cada vez mais intensa e para esforços cada vez menores e a tosse tornou-se mais frequente, com maior intensidade e com produção de expectoração mucosa de moderada quantidade. Numa das consultas de Pneumologia o utente mostrou-se polipneico com SpO2 de 88% após uma marcha de curta distância. Desde então, iniciou oxigénio domiciliário 3 L/min e reabilitação respiratória. Este caso foi discutido na reunião multidisciplinar de doenças difusas do pulmão e, tendo em conta a história de exposição ao corvo durante 20 anos e a idade jovem do utente, assumiu-se como diagnóstico mais provável o de PH crónica, já num estadio avançado/fibrótico. O doente iniciou imunossupressão com corticoterapia sistémica e ciclos de ciclofosfamida, com o objetivo de obter uma rápida supressão do componente inflamatório, completando seis ciclos de ciclofosfamida com razoável tolerância e com benefício clínico descrito pelo doente (melhoria da dispneia durante o tratamento). No entanto, na reavaliação funcional e radiológica realizada após seis meses de tratamento constatou-se progressão da doença com uma queda significativa na CVF, apresentando, nesse momento, um padrão restritivo grave com diminuição grave da DLCO. Imagiologicamente, na TCAR, para além do anteriormente descrito, apresentava áreas de opacificação em vidro despolido mais extensas. Sendo assim, optou-se por alterar a imunossupressão do doente para micofenolato-mofetil e foi proposto realização de anti-fibrótico. O doente foi inscrito para transplante pulmonar, tendo em conta a progressão rápida da doença, acabando por falecer enquanto aguardava pelo mesmo.

Nas consultas com o seu MF, que se realizavam com regularidade para seguimento clínico do utente, foi prioritário avaliar o grau de adaptação do utente à doença e foi possível constatar que o doente não se estava a conseguir aceitar esta realidade. O MF procurou compreender o contexto em que o utente se inseria, a sua relação familiar e qual o seu suporte emocional face à doença, de modo a apoiar no processo de luto

associado ao diagnóstico e à aceitação do mesmo. Através das escalas de avaliação familiar, verificou-se que o utente detinha um grande suporte familiar e todas as condições necessárias para prosseguir com os tratamentos necessários para a doença. Foi reforçada a importância do cumprimento do oxigénio domiciliário e de todos os restantes tratamentos, tendo sido prestados ao utente e à família apoio e suporte pelo seu MF e pelo psicólogo do agrupamento de centros de saúde.

COMENTÁRIO

O presente caso clínico permite alertar para dois pontos fundamentais: a evolução rápida da PH neste utente e a importância da visita domiciliária efetuada pelo MF.

A PH, neste utente, foi diagnosticada num estado já crónico, pelo que a doença evoluiu de forma rápida tendo um desfecho fatal, mesmo após a interrupção da exposição. O diagnóstico da PH nem sempre é fácil pela sua evolução gradual e sintomatologia inespecífica e, por vezes, insidiosa. A gestão clínica com a adaptação do utente e da família à mesma, também se revela um desafio. Apesar do desfecho do caso, a rápida referenciação para consulta de Pneumologia foi de extrema importância.

De salientar a relevância da visita domiciliária realizada pelo MF, que permitiu decifrar a origem de todo o problema. Foi graças a esta visita que foi detetada a existência de um corvo que inicialmente não foi referido pelo utente. Foi possível pesquisar as condições em que este vivia, de forma a excluir outras possíveis fontes causadoras da doença.

Apesar do seu excelente estado funcional e otimismo, o utente teve dificuldade em aceitar a terapêutica com oxigénio por se sentir intimidado e envergonhado socialmente. O MF desempenhou um papel fundamental, quer no processo diagnóstico, quer no desenrolar da doença, acompanhando proximamente o utente em consultas regulares, garantindo acompanhamento psicológico deste e da sua família. Foram aplicadas as escalas de avaliação familiar, que se mostraram ferramentas extremamente úteis no auxílio e gestão das dificuldades do utente perante a doença.

A intervenção do MF incidiu tanto no utente, como em toda a sua família, tornando este núcleo familiar coeso e com bastante *insight* para esta doença.

pneumonitis (cHP): A retrospective, multicentric, observational study. *Respir Med.* 2020; 172: 106146.

3- Selman M, Pardo A, King TE. Hypersensitivity pneumonitis: Insights in diagnosis and pathobiology. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012;86(4):314-24.

4- Selman M, Lacasse Y, Pardo A, Cormier Y. Hypersensitivity pneumonitis caused by fungi. *Proc Am Thorac Soc.* 2010;7(3):229-36.

5- Chandra D, Cherian SV. Hypersensitivity Pneumonitis. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.

6- Soumagne T, Dalphin JC. Current and emerging techniques for the diagnosis of hypersensitivity pneumonitis. *Expert Rev Respir Med;* 2018; 12(6):493-507.

7- Kern RM, Singer JP, Koth L, Mooney J, Golden J, Hays S, et al. Lung transplantation for hypersensitivity pneumonitis. *Chest.* 2015;147(6):1558-65.

8- Agache IO, Rogozea L. Management of hypersensitivity pneumonitis. *Clin Transl Allergy.* 2013;3(1):5.

9- Morisset J, Johannson KA, Vittinghoff E, Aravena C, Elicker BM, Jones KD, et al. Use of Mycophenolate Mofetil or Azathioprine for the Management of Chronic Hypersensitivity Pneumonitis. *Chest.* 2017;151(3):619-25.

CONFLITOS DE INTERESSE:

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

CORRESPONDÊNCIA:

Mariana Neves da Costa Pereira
mncpereira@arsnorte.min-saude.pt

RECEBIDO: 10 de março de 2022 | ACEITE: 8 de setembro de 2022

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Costabel U, Bonella F, Guzman J. Chronic Hypersensitivity Pneumonitis. *Clinics in Chest Medicine.* 2012;33(1):151-63.

2- Ferreira M, Borie R, Crestani B, Rigaud P, Wemeau L, Israel-Biet D, et al. Efficacy and safety of rituximab in patients with chronic hypersensitivity



A UTENTE DA SEGUNDA-FEIRA - RELATO DE UM CASO SOBRE UMA DOENTE HIPERFREQUENTADORA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

THE MONDAY PATIENT – CASE REPORT ABOUT A PRIMARY HEALTH CARE FREQUENT ATENDER

Autores:

Rita Cancela Nogueira¹, Diana Brigas²

RESUMO

Introdução: Nos diversos contextos de saúde é habitual encontrar doentes que procuram cuidados com muita frequência. Estes doentes, hiperfrequentadores, ocupam grande parte do nosso tempo de consulta, sem que se consiga efetivamente resolver os seus problemas. Uma abordagem possível nestes casos é a realização de uma avaliação familiar. O objetivo deste caso é mostrar que a avaliação familiar pode ser utilizada num doente hiperfrequentador, com sintomas inespecíficos, como ferramenta diagnóstica e terapêutica.

Descrição do caso: Mulher de 55 anos, raça caucasiana, viúva, com o quarto ano de escolaridade, empregada de limpeza. A utente recorre frequentemente à consulta aberta, especialmente às segundas-feiras. As queixas dividem-se em queixas inespecíficas, relacionadas com ansiedade, como cefaleias e tonturas, e em queixas músculo-esqueléticas, com dores musculares e omalgia à esquerda.

Pelas queixas inespecíficas e pela frequência das consultas decidiu-se fazer uma avaliação familiar para compreender melhor o contexto sociofamiliar desta utente.

Trata-se de uma família reconstruída, com um agregado familiar de quatro elementos: a utente, o companheiro, o filho de 8 anos e um filho de 22 anos de um relacionamento prévio. O companheiro teve um diagnóstico recente de insuficiência cardíaca, que levou a invalidez, e o filho mais novo apresenta atraso global do desenvolvimento. Com estas ferramentas entendemos que a utente tem pouco apoio familiar, quer na família alargada, quer no núcleo familiar. Após a avaliação, decidimos agendar consultas programadas mais frequentes para garantir melhor apoio emocional da utente. Após esta avaliação, a utente recorreu menos vezes à consulta aberta e tem menos queixas inespecíficas.

Comentário: Embora por vezes negligenciada, a avaliação familiar é uma arma poderosa na prática clínica de um médico de família. Por vezes, é importante dedicar tempo para avaliar o doente e a sua família, aumentando os ganhos em saúde e fortalecendo a relação médico-doente.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários; mau uso de serviços de saúde; saúde familiar.

ABSTRACT

Introduction: In the different health contexts, there are patients who seek medical care often. These patients occupy a large part of our consultation time without their problems being addressed. One approach in these cases is to carry out a family assessment. The purpose of this case report is to show that a family assessment can be used in a frequent patient, with non-specific symptoms, as a diagnostic and therapeutic tool.

Case description: A 55-year-old woman, caucasian, widow, with the fourth year of schooling, cleaning lady. The patient frequently uses open consultation, especially on Mondays. The complaints are divided into nonspecific complaints, related to anxiety such as headache and dizziness, and musculoskeletal complaints, with frequent muscle pain and left shoulder pain.

Due to nonspecific complaints and the frequency of consultations, it was decided to carry out a family assessment to better understand the socio-family context of this patient.

The patient's family is a reconstructed family, with four elements: the patient, her partner, an 8-year-old child and a 22-year-old child from a previous relationship. The partner had a recent diagnosis of heart failure, which led to disability and the youngest child has global developmental delay. With these tools, we understand that the patient has little family support, whether in the extended family or in the nuclear family. After the assessment, we decided to schedule more frequent appointments to ensure better emotional support for the patient.

After this assessment, the patient used the open consultation less often, and had fewer nonspecific complaints.

Comment: Though sometimes overlooked, family assessment is a powerful weapon in a family doctor's clinical practice. It is sometimes important to take time to assess the patient and their family, increasing health gains and strengthening the doctor-patient relationship.

Keywords: primary health care; health services misuse; family health.

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

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

INTRODUÇÃO

Nos diversos contextos de saúde é habitual encontrar doentes que procuram cuidados com muita frequência. Estes doentes, hiperfrequentadores, ocupam grande parte do nosso tempo sem que se consiga efetivamente resolver os seus problemas.¹ Habitualmente, estes doentes apresentam doença crónica, doença psiquiátrica ou problemas sociais, resultando em queixas heterogêneas e complexas.^{1,2}

Uma abordagem possível nestes casos é a realização de uma avaliação familiar.^{2,3} Permite-nos ter uma perspetiva do doente como um todo, conhecer as suas vivências e os seus sistemas de suporte. Esta ferramenta integra a avaliação médica e permite identificar um componente familiar que possa estar relacionado ou ser origem da disfunção orgânica, psicológica e/ou psicossocial que o indivíduo apresenta.⁴

Este caso clínico é um exemplo que mostra o poder desta ferramenta, por vezes pouco utilizada no nosso quotidiano. Salienta o impacto transversal que a família tem na vida de um indivíduo, desde o desenvolvimento na infância até a idade adulta, quer depois com a constituição da sua própria família.^{5,6}

O objetivo deste caso é mostrar que a avaliação familiar pode ser utilizada num doente hiperfrequentador e com sintomas inespecíficos, não só como ferramenta diagnóstica, mas também como ferramenta terapêutica.

DESCRIÇÃO DO CASO

Informação da doente

Mulher de 55 anos, raça caucasiana, viúva, com o quarto ano de escolaridade, empregada de limpeza.

Antecedentes médicos e cirúrgicos: obesidade (Índice de Massa Corporal de 31,9 kg/m²); hipertensão sem complicações desde 2011; tendinite do ombro esquerdo, osteoartrose da anca e ansiedade; correção de um prolapso uterino em 2019.

História ginecológica e obstétrica: 10 gestações, seis partos (cinco partos eutócicos e uma cesariana) e quatro abortamentos espontâneos. Menopausa desde os 53 anos.

Está medicada com perindopril 8 mg + indapamida 2.5 mg uma vez por dia; nevilolol 5 mg uma vez por dia; estriol 1 mg creme vaginal duas vezes por semana; loflazepato de etilo 2 mg em SOS.

Nega consumo de tabaco, álcool ou drogas. Sem alergias alimentares ou medicamentosas conhecidas.

Frequenta uma organização religiosa todas as

semanas, estando muito envolvida nas atividades da mesma.

Pertence a uma família reconstruída, com quatro elementos.

História clínica

A utente recorre frequentemente à consulta aberta, especialmente às segundas-feiras. As queixas dividem-se em queixas inespecíficas, relacionadas com ansiedade, como cefaleias e tonturas, e em queixas músculo-esqueléticas, com dores musculares frequentes e omalgia.

Em 2019, a utente teve 30 contactos médicos: seis consultas programadas, 14 consultas abertas e 10 contactos não presenciais. Em 2020, até à avaliação familiar (realizada em setembro) teve 20 contactos: duas consultas programadas, 14 consultas abertas e quatro consultas não presenciais.

Pelas queixas inespecíficas e pela frequência das consultas, decidiu-se fazer uma avaliação familiar para compreender melhor o contexto sociofamiliar desta utente. De acordo com *Sault* e *Christie Seely*, estes são critérios para a realização de uma avaliação familiar.^{3,7,8}

Avaliação Familiar

Trata-se de uma família reconstruída, com um agregado familiar de quatro elementos: a utente, o companheiro, o filho de oito anos e um filho adulto de um relacionamento prévio. O companheiro teve um diagnóstico recente de insuficiência cardíaca, que levou a invalidez e o filho mais novo apresenta atraso global do desenvolvimento.

Tem uma classificação de *Graffar* média -baixa, pela escala de risco familiar de *Garcia- Gonzales* pontua dois pontos, ou seja, com risco médio.³

Começamos a avaliação familiar com a realização do *APGAR* familiar, para perceber qual a perceção de funcionalidade familiar da utente.³ O total contabilizou uma pontuação de cinco, traduzindo uma família com disfunção moderada. A utente referiu nunca estar satisfeita com o apoio que recebe da sua família, mas estar contente com a comunicação que existe. Acrescentou que gostaria de receber mais afeto e de passar mais tempo em família.

Para entender melhor a dinâmica familiar realizamos o genograma com psicofigura de *Mitchel* (Figura 1). A utente tem uma família numerosa, mas não mantém boa relação com a maioria dos seus membros. Tem uma relação muito conflituosa com a mãe, semelhante à que tem com a sua própria filha. Os irmãos com quem tinha melhor relação, já faleceram.

Mantém uma boa relação com uma das irmãs, mas com as outras irmãs tem uma relação distante ou ausente. Tem cinco filhos vivos, mas só tem uma relação muito próxima com os filhos mais novos, com quem habita. A utente teve vários relacionamentos amorosos ao longo da sua vida. O primeiro casamento resultou em divórcio. Tem uma relação boa com os seus filhos, mas é mais próxima dos netos. As relações mais conflituosas que tem são fora do núcleo familiar, mas a relação com o companheiro atual não é

totalmente satisfatória. Avaliamos também o círculo familiar de *Thrower*, mas a utente colocou o primeiro nome de todas as pessoas que escolheu incluir no círculo, não sendo possível divulgar a imagem sem comprometer o anonimato da utente. Por essa razão não foi incluído neste artigo.

Com estas ferramentas entendemos que a utente tem pouco apoio familiar, quer na família alargada, quer na família nuclear.

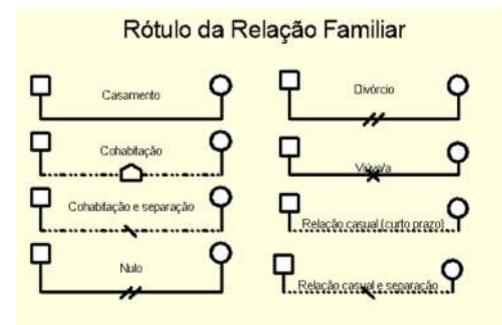
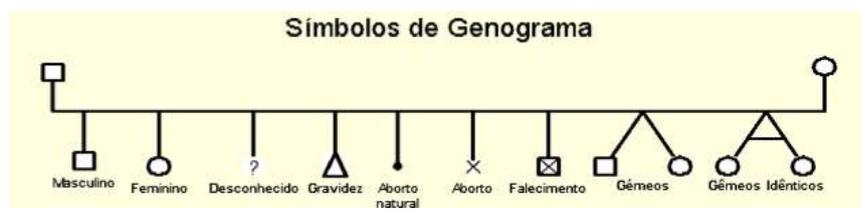
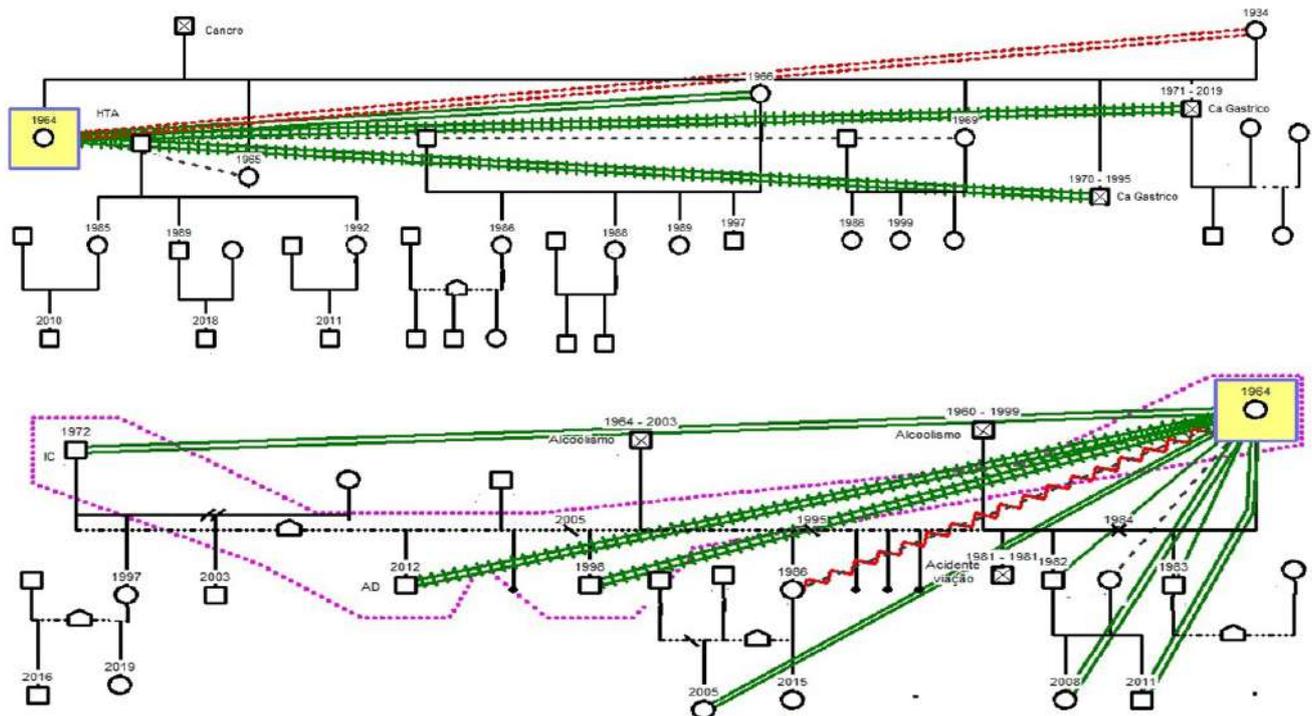


Figura 1. Genograma com Psicófigura de Mitchell – o genograma está dividido em duas partes pela dimensão alargada da família.

Legenda: HTA - Hipertensão arterial, AD - atraso global de desenvolvimento, IC - Insuficiência cardíaca

Perante estes conflitos com a mãe e com a própria filha e para investigar uma possível relação temporal com os conflitos e com as queixas inespecíficas que apresenta, entendemos que seria útil aplicar a linha de vida de Medalie, descrita na figura 2.⁹

A utente cresceu separada dos seus pais e irmãos, num colégio, e nunca teve boa relação com a mãe. Começou a ter crises de ansiedade aos 14 anos, quando regressou para casa dos pais.

Quando constituiu a sua própria família, ainda antes de ter 18 anos, teve um mau relacionamento com o marido. A saída de casa da mãe melhorou a sua ansiedade. Terá sido vítima de violência doméstica e teve que ultrapassar a morte do primeiro filho, quando este tinha apenas sete meses. O seu segundo relacionamento também não correu bem. Teve uma filha, mas depois teve vários abortos. Teve um novo relacionamento, e um novo filho. Este novo parceiro não foi bem aceite pela filha e desde essa altura começaram os conflitos que se mantêm até hoje. Apesar de todos os maus relacionamentos e da perda de um filho, foi só quando iniciou uma relação conflituosa com a filha que voltou a ter crises de ansiedade. A filha saiu de casa aos 18 anos e teve a sua primeira filha, a primeira neta da utente. Por desentendimentos com o companheiro, terminou a relação e ficou a viver sozinha com os seus três filhos.

Em 2009, iniciou o relacionamento com o companheiro atual e teve o último filho. Apesar de classificar a relação com o companheiro como boa/próxima, refere que gostava de ter mais apoio por parte deste.

Após a análise da família desta utente percebemos que é uma família de risco moderado e com alguma disfunção. Isto tudo, associado às dificuldades que o filho mais novo enfrenta pelo atraso de desenvolvimento e o diagnóstico de insuficiência cardíaca do companheiro, percebemos que a utente está sujeita a grande *stress* emocional, o que pode explicar o facto de ser grande consumidora de consultas e com sintomas inespecíficos. Cresceu num ambiente familiar disfuncional e nunca conseguiu alterar essa tendência nas famílias que foi criando ao longo da sua vida.

Apesar disto, a utente mantém alguma estabilidade emocional pelo apoio que encontrou na igreja que frequenta. Afirma ter algumas amigas que lhe dão apoio.

Após a avaliação decidimos agendar consultas programadas com maior frequência, para garantir melhor apoio emocional da utente. Encaminhamos também para a assistente social para avaliação dos possíveis apoios disponíveis, uma vez que a família sofreu uma perda de rendimento pela doença do companheiro da utente.

Nascimento	1964	
Integrou um colégio interno-nunca vinha a casa	1968	
	1971	Meningite
Saiu do colégio e foi viver para casa da madrinha	1972	
Regressou a casa dos pais	1978	Começou a ter crises de ansiedade (cefaleias, tonturas, insónias)
1º casamento- saiu de casa dos pais Nascimento do 1º filho Morte do 1º filho (7 meses de idade) por acidente de viação	1981	
Nascimento do 2º filho	1982	
Nascimento do 3º filho	1983	
Separação do marido. Saiu de casa com os filhos porque era vítima de violência doméstica	1984	
Novo relacionamento	1984	
Nascimento da 1ª filha	1986	
3 Abortos espontâneos	1987-1990	
Falecimento do pai	1992	
Fim do relacionamento	1995	
Novo relacionamento	1997	
Nascimento do 5º filho Inicio das discussões com a filha	1998	Retoma das crises de ansiedade e insónia
Aborto espontâneo	2000	
Saída da filha de casa	2004	
Fim do relacionamento	2005	
Novo relacionamento	2009	
Saída dos filhos mais velhos de casa		
6º filho	2012	Diabetes gestacional
	2016	Hipertensão arterial
Filho mais novo com dificuldades de aprendizagem ingressa 1º ano	2018	Queixas de ansiedade
Diagnóstico de insuficiência cardíaca do parceiro	2019	Cirurgia para correção de prolapso uterino Queixas de dores musculares e ansiedade
	2020	Osteoartrose da anca

Figura 1. Linha de vida de Medalie.

Seguimento e resultados:

Após esta avaliação, a utente veio menos vezes à consulta aberta, e tem menos queixas inespecíficas. Até ao final do ano de 2020 veio a duas consultas abertas e duas consultas programadas. Em 2021 teve cinco consultas programadas, e sete consultas abertas. Quando há alguma situação de maior *stress* na sua vida, ou pelo agravamento da condição do companheiro, ou por questões relacionadas com o filho, a utente continua a procurar o médico de família, mais para partilhar a sua preocupação do que por sintomas físicos. Entendemos que a avaliação familiar mudou a relação médico-doente para melhor, incentivando à partilha e reduzindo a morbidade sentida pela doente. A consulta passou a ser um momento de aconselhamento/ desabafo. Desta forma a utente consegue reduzir a sua ansiedade e sentir-se apoiada na sua vida.

COMENTÁRIO

A família tem um papel importante na saúde global do indivíduo, sendo equivalente a outros fatores de risco para doença.¹⁰ Para além de potencial para desencadear ou agravar doença, a família pode funcionar de forma oposta, como fator promotor de saúde. Neste caso clínico a família tem um papel protetor, através da relação que a utente tem com os filhos com quem habita e com o companheiro, mas também é um fator de *stress*. Este *stress* advém das relações conflituosas que tem com a mãe e com a filha, bem como das complicações resultantes da doença do companheiro e do atraso de desenvolvimento do filho mais novo. A doente assume o papel de principal cuidadora de todos os elementos do agregado familiar. Cuida do filho com um atraso de desenvolvimento, que implica maior acompanhamento escolar e social, e agora do marido com uma patologia que lhe causa alguma incapacidade, bem como todos os aspetos de gestão doméstica. A doença crónica é, por si só um fator de *stress* para a família.³ A relação marital é também um fator protetor^{3,10} pelo companheirismo e partilha da vida quotidiana e pela ausência de conflito, embora a utente não sinta que tem o apoio necessário, especialmente nas questões relacionadas com a educação do filho mais novo. A doença pode afetar o casal de forma positiva, fortalecendo as relações, ou de forma negativa.³ Por essa razão é necessário manter uma vigilância do impacto da patologia cardíaca na dinâmica do casal.

Este caso clínico mostra também o papel da religião na saúde da doente.^{10,11} Possibilita-lhe um sentido de pertença a um grupo e uma rede de apoio que,

de alguma forma, compensa parcialmente a falta de apoio que sente.

A avaliação familiar não só foi útil para compreender melhor a origem das queixas da doente, como teve um papel terapêutico e contribuiu para melhorar a relação médico doente.

Embora por vezes negligenciada, a avaliação familiar é uma arma poderosa na prática clínica de um médico de família. Por vezes é importante gerir o tempo de consulta para avaliar o doente e a sua família. Aumentamos os ganhos em saúde e fortalecemos a relação privilegiada médico-doente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res.* 1999;47(2):115-30.
- 2- Vedsted P, Fink P, Sørensen HT, Olesen F. Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-sectional study. *Soc Sci Med.* 2004;59(4):813-23.
- 3- Rebelo L. *A Família em Medicina Geral e Familiar.* Coimbra: Almedina; 2019.
- 4- Moreira LT, Rollo AC, Torre R, Cruz MA. Abordagem familiar: quando, como e porquê? Um caso prático. *Rev Port Med Geral Fam.* 2018;34(4):229-36.
- 5- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286).
- 6- McDaniel S, Campbell TL. How Families Affect Illness: Research on the Family's Influence on Health. In: *Family-Oriented Primary Care.* New York: Spring Verlag; 1990. p. 16-32.
- 7- Christie-Seely J. *Working With The Family In Primary Care - A Systems Approach To Health And Illness.* ABC-CLIO. 1984.
- 8- Saultz J. *Textbook of family medicine: defining and examining the discipline.* New York: McGraw-Hill; 2000.
- 9- Caeiro R. *Registo Clínicos em Medicina Familiar.* Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1991.
- 10- Campbell TL. The effectiveness of family interventions for physical disorders. *J Marital Fam Ther.* 2003;29(2):263-81.
- 11- Fisher L, Weihs KL. Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease. *J Fam Pract.* 2000;49(6):561-6.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras declaram que não têm nenhum conflito de interesses.

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Rita Conceição Cancela Nogueira
a.ritanogueira@hotmail.com

RECEBIDO: 23 de dezembro de 2022 | ACEITE: 30 de setembro de 2022

A SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DE SONO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - UM PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA – A PROJECT OF HEALTHCARE IMPROVEMENT

Autores:

Ana Catarina Oliveira¹, Carina Peixoto Ferreira¹, Jorge Hernâni-Eusébio², José Rui Caetano³, Pedro Fonte⁴, Ricardo Silva⁵

RESUMO

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é um distúrbio da respiração noturna. A ventiloterapia integra o tratamento. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), o diagnóstico e início de tratamento realizam-se em centro especializado, seguindo-se a renovação nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com aplicação da Escala de Sonolência de *Epworth* (ESE) e registo de efeitos secundários, da adesão e eficácia do tratamento. Este projeto de Melhoria Contínua da Qualidade teve como finalidade melhorar a qualidade dos cuidados aos utentes com SAOS em CSP, segundo a DGS.

Material e Métodos: Análise dos registos médicos no *SCLínico CSP*[®] dos utentes com diagnóstico de SAOS sob ventiloterapia, com prescrição realizada nos CSP pelo menos uma vez entre março de 2020 (momento 0) e março de 2021 (momento 2), com avaliação intercalar em final de agosto de 2020 (momento 1). Avaliou-se o registo da eficácia e adesão ao tratamento, resultado da Escala de Sonolência de *Epworth* e efeitos laterais. As medidas implementadas foram a formação aos profissionais, criação de um procedimento padrão na Unidade de Saúde Familiar (USF) e documentos de apoio.

Resultados: No momento 0 ($n = 49$), houve registo da adesão e eficácia em 42%, do valor da ESE em 4% e dos efeitos laterais em 8%. No momento 1 ($n = 53$), houve melhoria do registo da adesão e eficácia (62,2%), uma queda no registo da ESE (1%) e dos efeitos laterais (1,3%). No momento 2 ($n = 51$), melhorou o registo da adesão/eficácia (66,6%), da ESE (17,6%) e dos efeitos laterais (27,4%).

Discussão: Apesar de limitações impostas pela pandemia, destaca-se a melhoria do registo da adesão/eficácia. Existe margem de melhoria no registo da ESE e efeitos laterais.

Conclusão: No final do projeto, atingiu-se melhoria no registo de todos os parâmetros a avaliar aquando da prescrição de ventiloterapia aos doentes com SAOS.

Palavras-chave: síndrome de apneia obstrutiva do sono; cuidados de saúde primários; melhoria contínua de qualidade.

ABSTRACT

Introduction: Obstructive sleep apnea (OSA) is a nocturnal breathing disorder. Its treatment includes Continuous Positive Airway Pressure (CPAP). According to Direção-Geral da Saúde (DGS) this medical condition is diagnosed in a specialized OSA center where initial treatment is prescribed. After that, patients are sent to Primary Health Care to maintain follow up. The physicians must apply Epworth sleepiness scale (ESS), verify side effects and check for efficacy/compliance to treatment before prescribing. This project is intended to improve care to patients with OSA, following the directives of DGS.

Material and Methods: Evaluation of clinical records of patients with OSA under CPAP treatment prescribed at least once by family physicians, between march 2020 (moment 0) and march 2021 (moment 2), with an intercalary evaluation (august 2020- moment 1). The analyzed parameters were ESS result, side effects and efficacy/adhesion to treatment. Implemented measures were training of professionals, creation of a standard protocol and documentation.

Results: In moment 0 ($n = 49$), there were records of efficacy/adhesion in 42% of the cases, ESS was registered in 4% and side effects in 8%. In moment 1 ($n = 53$), there was an improvement of the registry of efficacy/adhesion (62,2%), a fall of ESS recording (1%) and of side effects (1,3%). In moment 2 ($n = 53$), there was an improvement of the registry of efficacy/adhesion (66,6%), of ESS recording (17,6%) and of side effects (27,4%).

Discussion: Despite the limitations imposed by the pandemic there was an improvement in the registration of adherence/efficacy. There is still room for improvement in ESS registration and side effects.

Conclusion: At the end of the project, an improvement of the registry of all the parameters assessed during the prescription of CPAP to OSA patients was accomplished.

Keywords: obstructive sleep apnea; primary health care; healthcare quality improvement.

1. Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACES Cávado I – Braga
2. Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACES Cávado I – Braga, Escola de Medicina da Universidade do Minho
3. Assistente Graduado em Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACES Cávado I – Braga
4. Assistente Graduado em Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACES Cávado I – Braga; Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho; ICVS/3B's – PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal
5. Médico Especialista de Medicina Geral e Familiar, USF do Minho, ACES Cávado I – Braga

INTRODUÇÃO

Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono – do diagnóstico ao seguimento

A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) caracteriza-se por um distúrbio da respiração noturna (ressonar, *gaspings*, pausas respiratórias durante o sono) associado a sonolência diurna ou fadiga (independentemente de haver possibilidade de dormir) e é inexplicável por outra doença médica.¹ A partir de uma suspeita clínica, o diagnóstico é feito através da realização de uma polissonografia, na qual, entre outros parâmetros, é contabilizado o número de eventos (apneia/hipopneia) por hora de sono – Índice de Apneia (IAH).¹ A doença pode ser classificada como ligeira (IAH = 5 - 14 eventos/hora), moderada (IAH = 15 - 29 eventos/hora) ou grave (IAH \geq 30 eventos/hora).¹

A ventiloterapia por pressão contínua fixa (CPAP) ou variável (AutoCPAP) está indicada em adultos com SAOS que, após realização de estudo do sono, apresentem os seguintes critérios: IAH \geq 30 ou IAH \geq 5, se estiver associado a hipersonolência e/ou a patologia cardiovascular.¹

Após estabelecimento do diagnóstico, início e estabilização do tratamento (que ocorre em centros especializados em medicina do sono/medicina respiratória do sono) o doente pode ser orientado em Cuidados de Saúde Primários (CSP).^{2,3}

Seguimento em Cuidados de Saúde Primários

Quando orientados nos CSP, a Direção-Geral da Saúde (DGS) estipula que os doentes com SAOS deverão ser avaliados em consulta presencial, pelo menos, anualmente, podendo o segundo contacto anual ser não presencial.^{2,3}

Em cada consulta, o médico de família pode optar por manter a prescrição ou, mediante a presença de alguns critérios definidos pela DGS, voltar a referenciar o doente para consulta em centro de medicina do sono/medicina respiratória do sono a nível do Sistema Nacional de Saúde, para revisão da necessidade do tratamento e otimização do mesmo.^{2,3}

O utente deve voltar a ser referenciado caso se verifiquem as seguintes condições:

- hipersonolência diurna (ESE \geq 10), não justificável por outras condições clínicas passíveis de correção;
- efeitos secundários de difícil correção;
- incapacidade de adaptação ao ventilador de aparecimento recente;
- vontade expressa do doente em suspender a terapêutica;
- não adesão à terapêutica (utilização de CPAP inferior a 4 horas em 70% das noites);
- situações de natureza técnica, expressas nas observações da empresa fornecedora de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD), que impliquem necessidade de nova adaptação a CPAP.^{2,3}

Em Portugal, a abordagem da doença e o circuito do utente seguem as recomendações internacionais mais recentes.^{4,5,6}

O mais recente consenso internacional tem uma secção dedicada ao papel dos cuidados de saúde primários na SAOS, recomendando o envolvimento destes profissionais para uma melhor gestão da doença, sobretudo na fase diagnóstica e na fase de seguimento, tal como em Portugal.⁴ Assim, os mesmos peritos recomendam formação no sentido de melhorar o desempenho destas tarefas.⁴

Procedimentos na consulta

De acordo com a DGS, o utente deverá ter pelo menos uma consulta anual presencial com o registo dos seguintes parâmetros:

- dados do relatório da empresa prestadora de CRD (adesão e IAH);
- resultado da ESE;
- presença/ausência de efeitos secundários.

A segunda consulta poderá ser presencial ou não presencial e deverá conter, pelo menos, os dados do relatório da empresa prestadora de CRD (adesão/IAH).^{2,3}

O problema

A adesão plena a este tipo de tratamento pode, por um lado, não ser atingida ou, depois de uma fase

de tratamento bem sucedido, pode haver suspensão do mesmo. Internacionalmente, 5 - 50% dos doentes recusam o tratamento ou suspendem após uma semana e 12 - 25% dos doentes restantes suspende ao fim de 3 anos.⁷

Assim, é importante que, ao nível dos CSP, seja feito um seguimento regular e que, além da renovação da prescrição, sejam verificados os relatórios para confirmar a adesão e eficácia à ventiloterapia, para que o doente obtenha os maiores ganhos possíveis com o tratamento.

Verifica-se que, por desconhecimento de profissionais e utentes, a renovação da prescrição é, na maioria das vezes, realizada sem a verificação e/ou registo de todos os parâmetros previamente mencionados.

Este projeto de Melhoria Contínua da Qualidade (PMCQ) teve como finalidade melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes com esta patologia, através da formação dos profissionais da Unidade de Saúde Familiar (USF) e garantia da verificação e registo dos parâmetros estipulados na orientação 022/2014 da DGS.

MÉTODOS

Diagnóstico de situação

Os doentes com diagnóstico de SAOS e sob tratamento com CPAP solicitam ao médico assistente a renovação da prescrição desta terapêutica.

O projeto realizado baseou-se na orientação 022/2014 da DGS, que define os parâmetros a verificar e registar neste contexto.

O momento 0 constituiu o diagnóstico de situação (ver secção de resultados).

Intervenção

Características do Estudo

Este constituiu um estudo observacional e descritivo.

A dimensão estudada foi a qualidade técnico-científica dos registos (como prova da realização dos procedimentos) nos utentes com SAOS.

Os dados avaliados foram os registos médicos durante as consultas dos utentes com SAOS, refletindo o trabalho de secretários clínicos e médicos.

A avaliação realizada considera-se interna.

Durante o projeto, os avaliadores foram os internos de Medicina Geral e Familiar dinamizadores deste trabalho.

Unidades de estudo

Os utentes cujos registos foram avaliados no

presente projeto foram todos aqueles com o diagnóstico “P06 - Perturbação do Sono” na lista de problemas ativos dos respetivos ficheiros clínicos informáticos. Dado que este código engloba “insónia, pesadelos, apneia do sono, sonambulismo, sonolência”, a perturbação específica “SAOS” deveria estar registada no *SCLínico*[®].

A partir da lista inicial, houve consulta individual dos processos para incluir somente os utentes com SAOS sob CPAP e com, pelo menos, 6 meses de seguimento na USF.

Tarefas dos Elementos da equipa

A equipa médica realizou a avaliação clínica, pesquisa de efeitos secundários do tratamento, registo de informação do relatório da empresa de CRD e decidiu a orientação de acordo com a informação reunida (renovação da prescrição ou orientação para consulta em centro especializado em medicina do sono/medicina respiratória do sono).

O secretário clínico teve como função garantir a entrega do relatório da empresa prestadora de CRD, nos contactos não presenciais solicitados com o objetivo de obter nova prescrição de ventiloterapia.

A equipa de enfermagem, inicialmente, propôs-se a realizar a avaliação antropométrica dos doentes e a aplicação da ESE. Contudo, após a instalação da pandemia por COVID-19, a reorganização da USF e a existência de novas tarefas a que foram necessariamente alocados estes profissionais, o seu envolvimento deixou de ser possível.

Lista de verificação

Em cada um dos momentos de avaliação estipulados, os avaliadores utilizaram, para cada utente com SAOS, a lista de verificação descrita no quadro I.

Além da avaliação direta de cada indicador, para cada um destes foi determinado um índice de cumprimento e conseqüentemente atribuído um padrão de qualidade. Para tal, seguiram-se as seguintes amplitudes de valores:

- Padrão de qualidade muito bom se o índice de cumprimento for $\geq 90\%$;
- Padrão de qualidade bom se o índice de cumprimento for 80-89%;
- Padrão de qualidade suficiente se o índice de cumprimento for 60-79%;
- Padrão de qualidade insuficiente se o índice de cumprimento for $< 60\%$.

Após a instalação da pandemia por COVID-19, houve adaptação da contabilização do item “Consulta presencial anual - Ocorrência de pelo

menos uma consulta anual de seguimento presencial na qual haja prescrição de CRD”, tendo sido contabilizados contactos não presenciais, desde que houvesse comunicação com o doente por via telefónica ou correio eletrónico.

Quadro I. Lista de critérios a verificar durante a avaliação do registo clínico.

Consulta presencial anual Ocorrência de pelo menos uma consulta anual de seguimento presencial na qual haja prescrição de CRD.	Sim/Não
Clínica Registo do resultado da escala de sonolência de <i>Epworth</i> , pelo menos uma vez anualmente.	Sim/Não
Clínica Verificação da presença e caracterização de efeitos colaterais do tratamento, pelo menos uma vez anualmente.	Sim/Não
Relatório da empresa de CRD Registo da informação relativa a adesão (utilização superior a 4 horas num período superior a 70% das noites), pelo menos uma vez a cada semestre.	Sim/Não
Relatório da empresa de CRD Registo da informação relativa a eficácia terapêutica (índice de apneia-hipopneia residual < 5/h), pelo menos uma vez a cada semestre.	Sim/Não
Referenciação a consulta em centro especializado em medicina do sono/medicina respiratória do sono, na presença de situação clínica que o exija.	Sim/Não

Legenda: CRD - cuidados respiratórios domiciliários.

Metas

Os autores definiram como meta melhorar os seguintes registos, com obtenção de níveis de cumprimento > 80%, ao longo de 12 meses:

- registo do resultado da ESE;
- verificação da presença e caracterização de efeitos colaterais do tratamento;
- registo da informação relativa a adesão (utilização superior a 4 horas num período superior a 70% das noites);
- registo da informação relativa a eficácia terapêutica (índice de apneia-hipopneia residual < 5/h).

Os autores definiram, igualmente, como meta melhorar o cumprimento dos seguintes tópicos, com obtenção de níveis de cumprimento > 80%, ao longo de 12 meses:

- realização de pelo menos uma consulta anual de seguimento presencial na qual haja prescrição de CRD;
- referenciação a consulta em centro especializado

em medicina do sono/medicina respiratória se necessário.

Avaliação da intervenção

A avaliação 0 constituiu o momento do diagnóstico da situação inicial. Através da apresentação destes resultados e da Orientação O22/2014 pretendeu-se sensibilizar os profissionais para a mesma.

Aos 6 meses foi realizada a avaliação 1. Para cada item foi avaliada a percentagem de cumprimento e classificação da mesma consoante os valores estipulados.

Após aplicação de medidas corretivas decididas em equipa, foi realizada uma nova avaliação, aos 12 meses (avaliação 2).

Estratégias corretivas

A sessão de apresentação do projeto e exposição dos resultados da avaliação inicial incluiu também um momento de formação dos profissionais da USF. Nesta, foi apresentada a orientação O22/2014 da DGS, bem como foi discutida a qualidade dos registos no momento inicial.

Face a isto, foram definidas as funções a cumprir pelos três grupos profissionais, sendo que a enfermagem acabou por não participar pela contingência já descrita.

Após a avaliação 1, e perante os resultados obtidos, foram implementadas as seguintes medidas:

- Organização de nova sessão de formação para os profissionais. Nesta, foi apresentada uma breve revisão sobre a patologia, o diagnóstico, a terapêutica e foram revistos os conteúdos presentes na norma O22/2014 “Seguimento nos Cuidados de Saúde Primários de doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono sob terapêutica com pressão positiva contínua”;
- Criação de um procedimento padrão na USF para definir o circuito do pedido de renovação de prescrição de CRD, para sistematizar as funções de cada grupo;
- Criação de um modelo escrito a colocar no ambiente de trabalho dos profissionais para uniformização dos registos;
- Criação de documento Excel, para facilitar o cálculo automático da pontuação da ESE;
- Criação de material educativo para doentes (panfleto informativo - ver figura 1).

Após a avaliação 2, não foram definidos novos procedimentos, mas sim a priorização das áreas que exigiam maior reforço.

	Março 2020	6 meses	Setembro 2020	6 meses	Março 2021
Avaliação 0					
Apresentação dos resultados da avaliação 0					
Implementação das medidas corretivas					
Avaliação 1					
Apresentação dos resultados da avaliação 1					
Implementação das medidas corretivas					
Avaliação 2					
Apresentação dos resultados da avaliação 2					

Figura 2. Cronograma.

RESULTADOS

Na USF, aquando do diagnóstico de situação (momento 0), verificou-se um total de 49 utentes com SAOS sob CPAP e com seguimento há pelo menos 6 meses. Destes, 67,3% ($n = 33$) tinham tido uma consulta presencial no ano anterior com prescrição de CRD. Contudo, apenas em 4% ($n = 2$) havia registo da ESE, em 8% ($n = 4$) o registo de efeitos secundários e 42% ($n = 20$) tinham registado, no processo clínico, dados da eficácia e adesão ao tratamento.

No quadro II, estão descritos os resultados obtidos para cada parâmetro em cada momento de avaliação. Neste, pode ser também verificada uma diminuição das consultas presenciais da primeira para a segunda avaliação.

O registo do resultado da ESE e a verificação de efeitos laterais diminui entre os momentos 0 e 1, com melhoria na última avaliação. O registo da eficácia e adesão melhorou ao longo do tempo, havendo uma subida de patamar (de insuficiente para suficiente).

Verifica-se que houve referência a consulta em centro especializado em medicina do sono/medicina respiratória do sono, nos momentos 0 e 1.

Quadro II. Resultados.

Registo clínico	Momento 0 ($n = 49$)	Momento 1 ($n = 53$)	Momento 2 ($n = 51$)
Consulta presencial anual Ocorrência de pelo menos uma consulta anual de seguimento presencial na qual haja prescrição de CRD.	67,3%	15%	25%
Clínica Registo do resultado da escala de sonolência de <i>Epworth</i> , pelo menos uma vez anualmente.	4%	1%	17,6%
Clínica Verificação da presença e caracterização de efeitos colaterais do tratamento pelo menos uma vez anualmente.	8%	1,3 %	27,4%
Relatório da empresa de CRD Registo da informação relativa a adesão (utilização superior a 4 horas num período superior a 70% das noites), pelo menos uma vez a cada semestre.	42%	62,2 %	66,6%
Relatório da empresa de CRD Registo da informação relativa a eficácia terapêutica (índice de apneia-hipopneia residual <5/h), pelo menos uma vez a cada semestre	42%	62,2%	66,6%
Referência a consulta em centro especializado em medicina do sono/medicina respiratória do na presença de situação clínica que o exija.	66%	100%	100%

Legenda: CRD - cuidados respiratórios domiciliários; n - número.

DISCUSSÃO

Sumário

Este PMCQ baseou-se na orientação 022/2014 da DGS, que define os parâmetros a verificar e registar durante o seguimento de doentes com SAOS sob CPAP em CSP.

Com este trabalho, foi conseguida uma melhoria no registo da adesão e eficácia do tratamento (quadro II), atingindo-se um nível de cumprimento classificado como “Suficiente”. Destaca-se ainda a melhoria da aplicação da ESE e da pesquisa de efeitos secundários (Quadro II).

De notar que o projeto foi realizado no contexto da pandemia COVID-19, com o esforço de suplantar as dificuldades impostas pela mesma na prática clínica. Acreditam os autores deste trabalho que, verificando-se as condições previstas aquando da idealização do mesmo, os resultados poderiam ter sido francamente melhores, nomeadamente a realização da consulta presencial, aplicação da ESE e avaliação de efeitos secundários. Após este projeto e com o regresso à prática clínica habitual, os autores creem que estes parâmetros irão atingir níveis satisfatórios.

Interpretação dos resultados

A realização de consultas presenciais sofreu uma queda aos 6 meses, com recuperação aos 12 meses. A mesma tendência foi verificada para o registo da ESE e dos efeitos secundários. Este fenómeno pode ser explicado pela instalação da pandemia COVID-19 que condicionou o trabalho dos profissionais.

Em relação às consultas presenciais, houve a adaptação do critério referente à realização de consultas presenciais, tendo passado os auditores a considerar que a mesma fora efetuada, mesmo que não presencial, desde que tivesse havido algum contacto telefónico ou por correio eletrónico com o doente.

O registo da ESE obteve a melhor percentagem aos 12 meses, após implementação das medidas sugeridas após a avaliação realizada aos seis meses. Nessa altura, foi facultado um documento no ambiente do trabalho para a aplicação da escala e cálculo automático do resultado. Isto facilitou a sua utilização e o registo pelos profissionais.

O registo de efeitos secundários teve a mesma tendência, notando-se uma maior sensibilização dos profissionais.

O resultado obtido no registo de adesão e eficácia reflete também a maior atenção de médicos e secretários clínicos, que informam os doentes para a necessidade de trazerem à USF o relatório emitido pela empresa de CRD. Isto permite a verificação e registo dos valores.

O papel do médico de família deve ser proativo no registo destes parâmetros para identificar os doentes que potencialmente necessitem de nova referência a consulta de cuidados de saúde secundários.

Por último, analisou-se a referência hospitalar. O objetivo deste tópico foi a deteção de doentes com critérios para referência que, por qualquer motivo, não tenham sido orientados para consulta em centro especializado em medicina do sono/medicina respiratória. Estes critérios já foram mencionados anteriormente, destacando os autores um valor elevado na ESE e resultados de adesão/eficácia comprometedores do sucesso do tratamento.

Para identificar doentes com critérios para referência, todos os elementos anteriores (ESE, adesão/eficácia) têm de estar registados. Como uma percentagem elevada de utentes não tinha todos os elementos recolhidos simultaneamente (94%, 88% e 74%, respetivamente), a necessidade de referência poderá estar subestimada.

De qualquer forma, destaca-se que, ao longo do tempo, o número de dados ausentes diminuiu, já que foi verificado um aumento dos registos. Além disso, aos seis e 12 meses, todos os utentes com motivo de referência foram orientados.

Limitações

Este projeto foi condicionado pelo contexto vivido durante a pandemia de COVID-19, com diminuição do número de consultas presenciais, bem como aumento das tarefas alocadas aos profissionais. Houve ajuste para realizar os procedimentos de forma não presencial.

Além disso, durante parte do projeto houve limitação de recursos humanos, o que pode ter comprometido a qualidade dos registos.

CONCLUSÃO

Este PMCQ permitiu a sensibilização e formação dos profissionais para os parâmetros da orientação 022/2014 da DGS a cumprir nos CSP.

A criação de um procedimento na USF e de documentos de apoio aos profissionais permitem a sustentabilidade e continuidade das aprendizagens e competências adquiridas neste processo.

A verificação de todos os tópicos permitirá um melhor acompanhamento dos doentes com SAOS sob CPAP, com consequentes ganhos na saúde dos mesmos.

Será importante continuar a avaliar e reforçar a necessidade de continuidade de cumprimento desta orientação e alargamento deste projeto a outras unidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Rente P. Ventilação na apneia obstrutiva do sono em medicina familiar. 1ª edição. Clínica do Sono. 2016.
- 2- Direção Geral de Saúde. Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e outros equipamentos. Norma número 022/2011, de 28/09/2011, atualizada 11/09/2015
- 3- Direção Geral de Saúde. Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e outros equipamentos. Norma número 022/2014, de 30/12/2014, atualizada a 28/11/2016.
- 4- Mediano O, Mangado N, Montserrat J, Alonso-Álvarez M, Almendros I, Alonso-Fernández A *et al.* Documento internacional de consenso sobre apneia obstrutiva del sueño, *Archivos de Bronconeumología*. 2021. ISSN 0300-2896, <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.017>.
- 5- The National Institute for Health and Care Excellence. *Obstructive sleep apnoea/ hypopnoea syndrome and obesity hypoventilation syndrome in over 16s* [Consultado em janeiro de 2022] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng202/resources/obstructive-sleep-apnoeahypopnoea-syndrome-and-obesity-hypoventilation-syndrome-in-over-16s-pdf-66143711375557>
- 6- Patil S, Ayappa I, Caples S, Kimoff R, Patel S, Harrod C. Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea with Positive Airway Pressure: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*. 2019. 15;15(2):335-43.
- 7- Engleman HM, Wild MR. Improving CPAP use by patients with the sleep apnoea/hypopnoea syndrome (SAHS). *Sleep Med Rev*. 2003.

CONFLITOS DE INTERESSE:

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

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Catarina Oliveira
anacdoliveira@gmail.com

RECEBIDO: 30 de julho de 2021 | ACEITE: 03 de julho de 2022

INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE: PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE NOS DOENTES COM DIABETES MELLITUS

COMMUNITY INTERVENTION: PROMOTION OF HEALTH LITERACY IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Autores:

Vânia Fernandes¹, João Teles¹, Andreia Leal¹, Gisela Santos Leite¹, Mariana Magalhães¹

RESUMO

Introdução: O nível de literacia em saúde na população portuguesa é considerado inadequado. Relativamente à diabetes *mellitus* (DM), vários estudos têm demonstrado que a baixa literacia em saúde se relaciona com pior controlo glicémico. O questionário *Diabetes Knowledge Test* (DKT) avalia o conhecimento que os doentes com DM têm sobre a sua doença, sendo as primeiras 14 perguntas (DKT14) dirigidas a casos de DM tipo 2 não insulino-tratados. Uma pontuação ≥ 12 neste último (DKT14) corresponde a uma literacia adequada. O objetivo deste projeto foi melhorar a literacia em diabetes de $\geq 50\%$ uma amostra de doentes com DM tipo 2 não insulino-tratados.

Métodos: Projeto de intervenção, com seleção, a partir dos utentes inscritos numa unidade de saúde familiar, de uma amostra de 22 utentes com DM tipo 2, não insulino-tratados, e com uma pontuação inicial no DKT14 < 12 . A intervenção consistiu na realização de 6 sessões de educação relacionadas com a diabetes. Foi avaliada a literacia de cada participante através de nova aplicação do DKT14 após as sessões, para determinar a eficácia da intervenção.

Resultados: 13 utentes compareceram a todas as sessões e, como tal, completaram a intervenção. Os restantes foram excluídos da análise. Após a intervenção, todos os participantes tiveram uma melhoria na pontuação total, mas apenas 30,8% alcançaram uma pontuação ≥ 12 no DKT14 (literacia adequada). A média da pontuação obtida no DKT14 subiu, de forma estatisticamente significativa, de 6,77 antes da intervenção para 10,85 após a intervenção [$+4,077$; IC95% (2,629 – 5,525); $p < 0,001$].

Discussão/Conclusão: Embora o objetivo principal não tenha sido atingido, verificou-se um incremento pontual em todos os participantes e uma melhoria estatisticamente significativa na pontuação média do DKT14 após as sessões. Assim, os autores consideram que a intervenção foi eficaz, acreditando que esta poderá reproduzir-se na melhoria do controlo metabólico dos formandos a curto e médio prazo.

Palavras-chave: diabetes *mellitus* tipo 2; literacia em saúde; promoção da saúde.

ABSTRACT

Introduction: The level of health literacy in Portugal is considered inadequate. Regarding diabetes *mellitus* (DM), several studies have shown that low health literacy is related to worse glycemic control. The *Diabetes Knowledge Test* (DKT) questionnaire assesses the knowledge that DM patients have about their disease. The first 14 questions (DKT14) allow the assessment of literacy in non-insulin-treated type 2 DM. A score of ≥ 12 in the DKT14 signifies adequate literacy. The purpose of this project was to improve diabetes literacy in $\geq 50\%$ of a sample of non-insulin-treated type 2 DM patients.

Methods: Intervention project, with a sample selection of 22 patients with non-insulin-treated type 2 DM and an initial < 12 score on the DKT14. The intervention consisted of conducting 6 diabetes-related education sessions. The literacy of each participant was assessed again by applying the DKT14 after the sessions, to determine the effectiveness of the intervention.

Results: 13 patients attended all sessions and so completed the intervention. The remain were excluded from the analysis. After the intervention, all participants had a total score improvement, however, only 30,8% achieved a ≥ 12 score on the DKT14 (adequate literacy). The mean score obtained in DKT14 had a statistically significant increase from 6,77 before the intervention to 10,85 after the intervention [$+4,077$; 95%CI (2,629 – 5,525); $p < 0,001$].

Discussion/Conclusion: Although the main objective was not achieved, there was a score increase in all participants and a statistically significant improvement in the mean DKT14 score after the sessions. Thus, the authors consider that the intervention was effective, trusting that it can have an impact on the improvement of the patient's metabolic control, on a short to medium term.

Keywords: diabetes *mellitus* type 2; health literacy; health promotion.

1. Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF de Fânzeres, ACeS Grande Porto II - Gondomar

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define literacia em saúde como “competências cognitivas e sociais individuais que determinam a motivação e capacidade para aceder, compreender e usar a informação de modo a promover e manter a saúde pessoal, da família e comunidade”.¹ De acordo com o relatório síntese “Literacia em Saúde em Portugal” publicado em 2016 pela Fundação *Calouste Gulbenkian*, em relação ao índice geral de literacia, Portugal situa-se ligeiramente abaixo da média dos países participantes no estudo europeu, com 49% da população portuguesa apresentando um nível de literacia em saúde “inadequado” ou “problemático”.²

No Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar (ACeSG), a prevalência de utentes com diagnóstico ativo de DM tipo 2 é de 8,5%,³ sendo um dos principais problemas de saúde desta população, segundo o Plano Local de Saúde 2017-2021.⁴

Relativamente aos doentes com DM, vários estudos têm demonstrado que a baixa literacia em saúde se relaciona com piores resultados clínicos, nomeadamente, pior controlo glicémico [hemoglobina glicada (HbA1c) acima do alvo de 6,5%],⁵⁻⁹ e que, paralelamente, uma literacia adequada se associa a comportamentos mais saudáveis.¹⁰ Conhecendo o tipo de alimentos a evitar, reconhecendo sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e sabendo como agir em caso de alteração no esquema de toma normal de medicação, os doentes com DM conseguirão ter um maior controlo sobre a sua doença. Assim, as intervenções realizadas com o intuito de ampliar o conhecimento destes doentes poderão contribuir para a sua capacitação na gestão da doença e consequente melhoria dos resultados clínicos, sobretudo naqueles com níveis inferiores de literacia em saúde,¹⁰ que constituem quase metade da população portuguesa.²

De modo a avaliar o conhecimento que os doentes com DM têm sobre a sua doença, que complicações pode trazer, o que implica a nível alimentar e do estilo de vida, bem como sobre o manuseio da terapêutica, o *Michigan Diabetes Research and Training Center* desenvolveu a Escala de Conhecimentos da Diabetes – *Diabetes Knowledge Test* (DKT), composta por 23 perguntas de escolha múltipla, sendo as últimas nove relativas a insulino-terapia. Ao identificar as lacunas no conhecimento dos doentes com DM nestas temáticas, a DKT permite aos profissionais de saúde delinear uma estratégia interventiva personalizada, dirigindo a informação transmitida às principais dificuldades dos doentes.

Desde a sua criação, o DKT foi já traduzido e utilizado em vários países. Embora sem validação em Portugal, este questionário já foi traduzido e aplicado por C. Morais *et al.*, tendo-se verificado uma correlação significativa e positiva entre o conhecimento e a capacidade de controlo metabólico.¹¹ Assim, para este projeto foram utilizadas as primeiras 14 questões (DKT14) do DKT traduzido para português (Figura 1), para avaliar e comparar o nível de conhecimento sobre a doença em pessoas com DM tipo 2 não insulino-tratadas antes e após a intervenção.

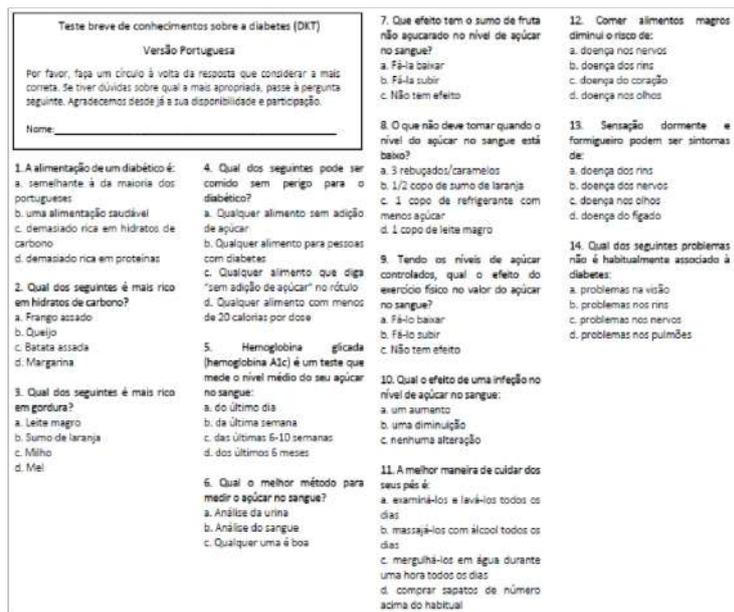


Figura 1. Versão portuguesa do questionário *Diabetes Knowledge Test* (primeiras 14 questões), com a resposta correta assinalada.

A intervenção comportou sessões educativas sobre a DM a uma amostra de doentes com DM tipo 2 não insulino-tratados e que apresentavam a priori uma literacia em saúde considerada insuficiente. O objetivo principal da intervenção consistiu em melhorar a literacia em DM, traduzido por um resultado pós intervenção igual ou superior a 12 pontos no DKT14, em pelo menos 50% dos intervencionados, mantendo até ao final das sessões pelo menos 50% dos participantes. Como objetivos secundários, os autores procuraram identificar preditores independentes da melhoria da literacia em saúde.

MÉTODOS

O desenho deste projeto de intervenção na comunidade foi realizado em janeiro de 2019, mas a sua execução, após aprovação pela Comissão de Ética, foi protelada para 2021, devido à impossibilidade imposta pela pandemia COVID-19. A realização do projeto decorreu entre maio e julho de 2021, tendo

sido implementado e executado por 5 médicos internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar (MGF) de uma Unidade de Saúde Familiar (USF). Contou com a colaboração do nutricionista da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) do ACeSG, que ficou responsável pela elaboração e exposição de uma das seis sessões formativas do projeto.

A população-alvo da intervenção foram os utentes inscritos na USF de Fânzeres com o diagnóstico de DM tipo 2, não insulino-tratados, com literacia insuficiente sobre esta doença (pontuação < 12 no questionário DKT14). Em maio de 2021, foi obtida, através da plataforma Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF[®]), a lista de utentes da USF com o código T90 (Diabetes não insulino-dependente) da *International Classification of Primary Care* – 2^a edição (ICPC-2) na lista de problemas ativos (N = 1273). Devido às restrições impostas pela Direção Geral de Saúde (DGS) durante a pandemia COVID-19, com conseqüente limitação do número máximo de pessoas permitido no espaço físico para a execução do projeto (sala de reuniões da USF de Fânzeres), foi selecionada uma amostra reduzida, constituída por 22 utentes. Para a seleção desta amostra, foi realizada uma aleatorização simples dos utentes com DM inscritos na USF (N = 1273), utilizando o *Microsoft Excel*[®]. De seguida, os utentes foram contactados telefonicamente pela equipa de investigadores, pela ordem da randomização efetuada. Foram selecionados os primeiros 22 doentes que não cumpriam os seguintes critérios de exclusão:

- Primovacinação contra a COVID-19 não completa;
- Prescrição de insulina nos últimos 12 meses;
- Analfabetismo;
- Demência ou doença crónica grave que dificultasse ou impossibilitasse alguma das atividades propostas, como dependência, incapacidade visual ou dificuldades na locomoção;
- Falta de interesse para participar no projeto.

Os doentes foram sendo excluídos até se per fazer um tamanho amostral de 22 participantes. Ao todo, foram excluídos por via telefónica 2 utentes por não apresentarem a primovacinação completa, 3 por serem insulino-tratados e 15 por falta de interesse em participar no projeto (Figura 2). Os 22 doentes selecionados foram convocados presencialmente para o preenchimento do questionário DKT14, que foi respondido na presença de um dos investigadores do projeto, tendo sido atribuído um ponto a cada resposta correta e zero pontos a cada resposta errada

ou ausência de resposta. De acordo a aplicação desta escala em estudos prévios, os resultados obtidos no questionário foram dicotomizados em: “bons conhecimentos” (pontuação ≥ 12 pontos) ou “conhecimentos insuficientes” (pontuação < 12 pontos).^{12,13} Todos os participantes obtiveram uma pontuação <12, pelo que foram incluídos na intervenção, após obtenção do consentimento informado por escrito. Os autores analisaram as respostas obtidas no questionário de forma a determinar quais as questões mais vezes erradas, com objetivo de incidir sobre essas temáticas nas sessões formativas.

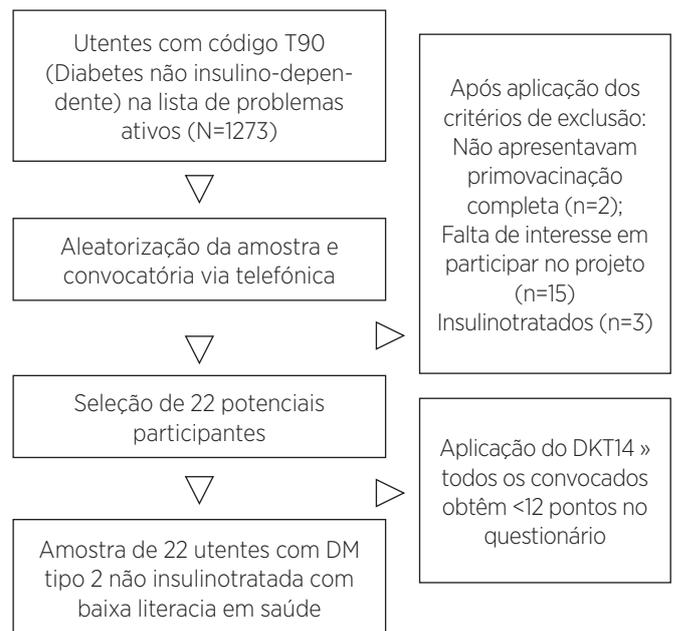


Figura 2. Fluxograma de seleção da amostra de participantes.

A intervenção do projeto consistiu na realização de sessões de educação para a saúde, que decorreram presencialmente na sala de reuniões da USF de Fânzeres e foram palestras pelos cinco investigadores do projeto e por um nutricionista do ACeSG. Os participantes foram divididos em dois grupos de 11 elementos, de forma a cumprir o distanciamento interpessoal de segurança recomendado pela DGS naquela altura. A cada grupo de 11 elementos foram apresentadas as primeiras três sessões formativas no dia 29 de junho de 2021. No dia 6 de julho de 2021 foram apresentadas as restantes três sessões aos mesmos dois grupos. Optou-se por não realizar todas as sessões no mesmo dia, para permitir captar melhor a atenção dos participantes e um tempo de reflexão sobre os conteúdos lecionados. Cada sessão teve a duração aproximada de 20 minutos. As três sessões lecionadas no primeiro dia incidiram sobre os temas: “O que é a diabetes?”; “A alimentação na diabetes” (sessão que ficou a cargo do nutricionista

que colaborou neste projeto); “Exercício físico e tratamento da diabetes”. Uma semana depois, foram expostas as três últimas sessões do projeto, sobre: “Vigilância e cuidados de saúde preventivos”; “Como irá evoluir a minha diabetes?”; “Mensagens-Chave”. (Quadro I).

Quadro I. Calendarização, temas e palestrantes de cada sessão.

Data das sessões	Tema	Palestrante
29 de junho de 2021	“O que é a diabetes?”	Gisela Santos Leite
	“A alimentação na diabetes”	Miguel Rego (nutricionista)
	“Exercício físico e tratamento da diabetes”	Vânia Fernandes
6 de julho de 2021	“Vigilância e cuidados de saúde preventivos”	João Teles
	“Como irá evoluir a minha diabetes?”	Mariana Magalhães
	“Mensagens-Chave”	Andreia Roque Leal

Aos participantes que compareceram em ambos os dias e que, portanto, completaram a intervenção, foi aplicado novamente o DKT14 no final do segundo dia de formação (6 de julho de 2021) para verificar se se cumpria o objetivo da intervenção: melhoria a literacia em DM, traduzida por um resultado pós intervenção ≥ 12 pontos no questionário, em pelo menos 50% dos intervencionados, mantendo até ao final das sessões pelo menos 50% dos participantes. Como objetivos secundários, os autores pretendiam identificar preditores independentes da melhoria da literacia em saúde, como idade, género, nível de escolaridade, índice de massa corporal (IMC) e controlo da DM, determinado pelo último valor de HbA1c.

Foi aplicado ainda, no final da intervenção, um questionário de satisfação anónimo, composto por 8 parâmetros de avaliação (organização geral, desempenho dos palestrantes, interesse dos temas, impacto na perceção da diabetes, participação, motivação, relacionamento do grupo e satisfação geral), cotados de 1 a 5 pontos. Foi considerado que uma pontuação média ≥ 4 correspondia a “Satisfeito”.

A baixa adesão e perda de participantes entre os dias formativos constituíram potenciais obstáculos

previstos pelos investigadores. Com o objetivo de minimizar esta problemática, os autores adotaram as seguintes estratégias: sensibilização para a importância da literacia sobre a doença; informação clara e atempada sobre o horário e periodicidade das sessões; realização de contacto telefónico na véspera das sessões a relembrar a intervenção; oferta de um lanche saudável e adequado a diabéticos, juntamente com as receitas utilizadas na sua confeção.

No final do projeto, os autores realizaram uma avaliação da intervenção, considerando os seguintes critérios de qualidade:

- Participação de pelo menos 80% dos utentes selecionados em pelo menos um dos dias formativos (isto é, assistir a três das seis sessões educativas);
- Presença de pelo menos 50% dos participantes na totalidade das sessões;
- Satisfação de pelo menos 75% dos participantes.

RESULTADOS

Para efeitos de análise estatística e apresentação de resultados, apenas os utentes diabéticos que participaram em ambas as sessões ($n=13$) foram considerados.

Quanto aos dados sociodemográficos desta amostra, apresentava uma distribuição por géneros equilibrada (53,8% de homens e 46,2% de mulheres), e a idade média foi de $66,6 \pm 2,3$ anos, com um mínimo de 48 e um máximo de 80 anos. No nível de escolaridade, verificou-se que a maioria dos participantes apresentava o 4º ano de escolaridade (38,5%), com o 2º ano e o 12º ano a serem o grau mínimo e máximo de escolaridade, respetivamente. Relativamente às variáveis quantitativas registadas nos seis meses anteriores, verificou-se que o valor médio de HbA1c era 7,269 mg/dL ($\sigma = 1,0881$; valor mínimo = 5,8; valor máximo = 9,3) e o valor médio de IMC era 30,615 m/kg² ($\sigma = 5,0209$; valor mínimo = 20,7; valor máximo = 39,1).

Quanto à aplicação do DKT14, o valor médio da pontuação obtida antes da intervenção foi de 6,77 ($\sigma = 2,127$; valor mínimo = 2; valor máximo = 9), e a média da pontuação no DKT14 após a intervenção foi de 10,85 ($\sigma = 1,772$; valor mínimo = 7; valor máximo = 14). Após a intervenção, apenas 4 dos 13 utentes (30,8%) que participaram em todas as sessões alcançaram uma pontuação igual ou superior a 12 no DKT14 (Quadro 2), não tendo por isso sido atingido o objetivo de se verificar uma pontuação pós intervenção igual ou superior a 12 em pelo menos 50% dos participantes.

Quadro II. Pontuações individuais obtidas no questionário DKT14 antes e após a intervenção.

Participante	Pontuação DKT14 prévia à intervenção	Pontuação DKT14 após intervenção	Diferencial Pontuação
1	6	13	+7
2	9	12	+3
3	8	11	+3
4	8	11	+3
5	8	12	+4
6	5	11	+6
7	5	7	+2
8	5	9	+4
9	6	14	+8
10	9	11	+2
11	9	10	+1
12	2	10	+2
13	8	10	+2
14	9	-	-
15	10	-	-
16	7	-	-
17	9	-	-
18	11	-	-
19	6	-	-
20	6	-	-
21	4	-	-
22	-	-	-

Legenda: DKT - *Diabetes Knowledge Test*.

Verificou-se que todos os participantes registaram um aumento na pontuação do DKT14 (Quadro II) e, fazendo uma análise por questão, também se verificou um aumento na percentagem de acerto em todas as perguntas do questionário DKT14 após a intervenção, conforme apresentado no Quadro III. De forma a avaliar o efeito que a intervenção teve na melhoria da literacia em saúde dos participantes, fez-se uma comparação das médias das pontuações obtidas no

DKT14 antes e após a intervenção. Atendendo a que estas duas variáveis quantitativas seguem uma distribuição normal (avaliou-se a normalidade de cada uma recorrendo ao teste de *Shapiro-Wilk*), foram comparadas através do teste *t-Student* para amostras emparelhadas, verificando-se que houve um aumento estatisticamente significativo de, aproximadamente, quatro pontos na pontuação média alcançada no DKT14 após a intervenção em relação à pontuação média antes da intervenção [+4,077; IC95% (2,629 - 5,525); $p < 0,001$].

Quadro III. Respostas certas por questão do *Diabetes Knowledge Test 14*, em valor absoluto e relativo, antes e após a intervenção.

Questão	Antes da intervenção		Após a intervenção	
	Respostas certas Pré intervenção (n)	Respostas certas Pré intervenção (%)	Respostas certas Pós intervenção (n)	Respostas certas Pós intervenção (%)
1	8	62%	13	100%
2	5	38%	7	54%
3	6	46%	8	62%
4	0	0	10	77%
5	3	23%	10	77%
6	8	62%	12	92%
7	4	31%	6	46%
8	3	23%	4	31%
9	8	62%	12	92%
10	12	92%	13	100%
11	10	77%	13	100%
12	9	69%	10	77%
13	6	46%	10	77%
14	6	46%	13	100%

Sabendo que a intervenção melhorou de forma estatisticamente significativa a pontuação média final no DKT14 em cerca de quatro pontos, os autores procuraram determinar se poderia ter havido influência de fatores individuais nesta melhoria, nomeadamente idade, género, nível de escolaridade, IMC e

controlo da DM (determinado pelo último valor de HbA1c).

Relativamente às variáveis independentes quantitativas (idade, nível de escolaridade, IMC e HbA1c) procedeu-se à avaliação da correlação de cada uma com o diferencial da pontuação no DKT14 antes e após a intervenção, recorrendo ao coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*), tendo em conta que cada uma destas variáveis segue uma distribuição normal na amostra estudada, conforme verificado pelo teste de *Shapiro-Wilk*. Da análise elaborada, verificou-se não existir correlação estatisticamente significativa entre cada uma das variáveis independentes quantitativas e o diferencial registado na pontuação DKT14 antes e após a intervenção: idade [$r(13) = -0,037; p = 0,904$]; IMC [$r(13) = -0,120; p = 0,696$]; HbA1c [$r(13) = 0,152; p = 0,621$]; nível de escolaridade [$r(13) = -0,157; p = 0,610$].

Relativamente ao género, procedeu-se à comparação da média do diferencial obtido na pontuação do DKT14 antes e após a intervenção, entre homens e mulheres, aplicando-se então o teste *t-Student* para amostras independentes. O diferencial na pontuação obtida no DKT14 antes e após a intervenção foi, em média, maior nos homens ($\mu = 4,43; \sigma = \pm 2,637$) do que nas mulheres ($\mu = 2,67; \sigma = \pm 0,816$), não sendo esta diferença estatisticamente significativa [$t(7,308) = -1,677; p = 0,136$].

Por fim, para a avaliação da intervenção realizada pelos autores, foi analisada a taxa de participação dos doentes selecionados e o nível de satisfação dos participantes no final da intervenção. Relativamente à participação, do total de 22 utentes selecionados, 95,5% (21 participantes) compareceram à primeira sessão. Apenas 59,1% (13 participantes) compareceram à segunda sessão, havendo assim 8 participantes perdidos por desistência ou impossibilidade de deslocação à USF. Assim, foram cumpridos os critérios de qualidade do projeto, que passavam por garantir uma participação de pelo menos 80% na primeira sessão e de pelo menos 50% no total das sessões de educação para a saúde.

Quanto à satisfação dos participantes, no questionário de satisfação anónimo entregue no final da intervenção àqueles que assistiram a todas as sessões ($n=13$), foi obtida uma classificação média de 4,3 (de 0 a 5), com apenas 1 dos participantes a atribuir uma classificação inferior a 4 (Quadro IV). Assim, 92% dos participantes registaram uma classificação média ≥ 4 no questionário de satisfação, cumprindo-se o critério de qualidade de haver satisfação de pelo menos 75% dos participantes.

Quadro IV. Classificação média dos questionários de satisfação, por utente.

Utente	Classificação média do questionário satisfação
1	5
2	4,625
3	3,875
4	4,875
5	4,5
6	4
7	4,5
8	4,875
9	4,875
10	4,875
11	4,75
12	4,25
13	4

DISCUSSÃO

A DM é uma doença crónica que desafia diariamente o doente na sua autogestão, no que diz respeito à alimentação, atividade física, atividades preventivas, gestão e cumprimento terapêutico, vigilância e autocuidados. O investimento na promoção da literacia em saúde e consequente empoderamento dos doentes é determinante para uma gestão eficaz da DM, podendo traduzir-se em melhores resultados clínicos.

Com a aplicação inicial do DKT14, verificou-se que as questões com maior percentagem de erro (questões 2, 4, 5, 7 e 8) se prendem maioritariamente com temas relativos à alimentação. Este achado está de acordo com evidência recente de que os doentes diabéticos apresentam baixa literacia relativamente à alimentação, o que dificulta a adesão a uma dieta adequada.¹⁴ Sendo a alimentação um pilar importante no controlo da DM, os autores concluem que realizar ações formativas no âmbito da educação para a saúde, com enfoque em questões alimentares, poderá ter um impacto significativo no controlo da doença.

Apesar do objetivo principal não ter sido alcançado, os autores consideram que a intervenção contribuiu para uma efetiva melhoria da literacia em DM, tendo em conta o aumento estatisticamente significativo da pontuação média no DKT14. Não foi encontrada significância estatística na associação entre fatores individuais (idade, género, nível de escolaridade, IMC, valor de HbA1c) e a melhoria obtida, o que

sugere que aquela melhoria não foi influenciada por estes fatores. Porém, outros fatores externos não estudados podem ter influenciado o efeito da intervenção na melhoria da literacia dos participantes, como por exemplo, a duração da doença, a presença de outras comorbilidades e o nível socioeconómico.

Uma limitação relevante do estudo foi a dimensão da amostra, uma vez que o número de participantes foi inferior ao mínimo calculado para constituir uma amostra representativa. Esta limitação foi influenciada pelo contexto pandémico vigente aquando da realização do estudo. No futuro, seria vantajosa uma repetição desta intervenção com um maior tamanho amostral, para replicar os bons resultados obtidos.

Outra dificuldade verificou-se na seleção dos utentes, uma vez que grande parte dos convidados não se mostraram recetivos a participar nas sessões formativas. As principais razões apontadas como justificação foram a falta de interesse, a indisponibilidade nos dias e horários escolhidos ou a falta de meio de transporte para se deslocar à USF. Será provavelmente esta falta de recetividade, interesse e motivação em aumentar o conhecimento sobre a sua doença, um dos fatores que contribui para que o nível de literacia em saúde em Portugal seja considerado inadequado ou problemático.² Estas mesmas razões podem justificar o abandono de 8 dos participantes entre os dois dias formativos, apesar das estratégias utilizadas pelos autores para minimizar a baixa adesão e a perda de participantes, como a oferta de lanche adequado a diabéticos e a realização de um contacto telefónico a todos os participantes no dia anterior a cada dia formativo. A taxa de *drop out* da amostra foi superior ao expectável, o que poderá espelhar a falta de interesse em saúde na generalidade da nossa população.

O desenvolvimento de programas de educação para a saúde, como foi este projeto de intervenção na comunidade, pode ser uma estratégia eficaz no aumento do conhecimento sobre a doença, com consequente melhoria da capacidade de autogestão dos diabéticos e assim traduzir-se em melhoria nos resultados clínicos. Partindo desta premissa, seria interessante avaliar qual a variação da HbA1c nesta amostra de participantes, para estudar a relação entre a melhoria da literacia em diabetes e o controlo metabólico da doença e, desta forma, corroborar ou não os dados da literatura.

Sobre esta temática, os autores verificaram que há vários estudos a corroborar a importância da intervenção na comunidade com o fim de aumentar a literacia em saúde nos doentes diabéticos.^{15,16,17} *Vandenbosch J et al.* realizaram um projeto de investigação, que

incluiu 366 diabéticos de nove países diferentes aos quais foi aplicado um questionário para avaliar a literacia em saúde antes e depois da participação no *Diabetes Self-Management Education*, um programa de autogestão da DM. O estudo concluiu que a intervenção não produziu melhorias significativas na literacia em saúde, apesar de se ter registado uma melhoria na capacidade de autogestão da DM. Apesar de o objetivo ser semelhante ao nosso projeto, é de ressaltar que este estudo foi aplicado numa população diferente e com um questionário que não o DKT14.17 Os autores não encontraram projetos de intervenção com objetivos e metodologia semelhantes ao presente projeto, após pesquisa na base de dados *Pubmed*[®], recorrendo aos termos “*Intervention*” e “*Diabetes*”, selecionando artigos publicados nos últimos 10 anos. Denota-se, assim, a importância deste projeto de intervenção na comunidade que quantifica de forma objetiva o impacto das formações na melhoria da literacia em saúde.

Os autores deixam, assim, o desafio da realização de uma intervenção semelhante, com uma amostra maior de participantes, seguida de um *follow-up* para estudar o impacto da eventual melhoria da literacia no controlo metabólico.



AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a participação neste projeto do Dr. Miguel Rego, Nutricionista no ACeS de Gondomar, que fez uma excelente sessão interativa de educação para a saúde sobre alimentação do diabético.

Agradecem também aos assistentes de Medicina Geral e Familiar: Dra. Ana Coelho, Dr. Hélder Sousa e Dr. Rui Rocha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot. Int.* 1998; 13 (4): 349-64.
- 2- Espanha R, Ávila P, Mendes R V. Literacia em Saúde em Portugal – Relatório Síntese. Fundação Calouste Gulbenkian. 2016.
- 3- Unidade de Saúde Pública ACES Grande Porto II – Gondomar. Perfil Local de Saúde 2017. Administração Regional de Saúde do Norte. 2017. Available from: https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/PeLS2017_A13_Gondomar.pdf.
- 4- Unidade de Saúde Pública ACES Grande Porto II – Gondomar. Plano Local de Saúde 2017-2021. Administração Regional de Saúde do Norte. 2017.
- 5- Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care.* 2008; 31: 874-9.
- 6- Powell CK, Hill EG, Clancy DE. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *Diabetes Educ.* 2007; 33:144-51.
- 7- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *J Am Med Assoc.* 2002; 288: 475-82.
- 8- Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med.* 2003; 163: 83-90.
- 9- Schillinger D, Barton LR, Karter AJ, Wang F, Adler N. Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Rep.* 2006; 121: 245-54.
- 10- Brega AG, Ang A, Veja W, Jiang L, Beals J, Mitchell CM, et al. Mechanisms underlying the relationship between health literacy and

glycemic control in American Indians and Alaska Natives. *Patient Educ Couns.* 2012; 88(1): 61-8.

11- Morais CS, Pimenta RE, Ferreira PL, Boavida JM, Amorim JP. Assessing diabetes health literacy, knowledge and empowerment in northern Portugal. Springer International Publishing. 2015; 63-71.

12- [12] Azevedo C, Santiago L. Fiabilidade da Escala de Conhecimento da Diabetes em Portugal. *Acta Medica Portuguesa.* 2016; 29(9): 499-506.

13- Mufunda E, Wikby K, Björn A, Hjelm K. Level and determinants of diabetes knowledge in patients with diabetes in Zimbabwe: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J.* 2012; 13:78.

14- Katsaridis S, Grammatikopoulou M, Gkiouras K, Tzimos C, Papageorgiou S, Markaki A et al. Low Reported Adherence to the 2019 American Diabetes Association Nutrition Recommendations among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, Indicating the Need for Improved Nutrition Education and Diet Care. *Nutrients.* 2020;12(11):3516.

15- Kim S, Lee A. Health-Literacy-Sensitive Diabetes Self-Management Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing.* 2016;13(4):324-333.

16- Dahal, Padam K., and Hassan Hosseinzadeh. "Association of health literacy and diabetes self-management: a systematic review." *Australian journal of primary health* 25.6 (2020): 526-533.

17- Vandenbosch J, et al. "The impact of health literacy on diabetes self-management education." *Health education journal* 77.3 (2018): 349-362.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores Vânia Fernandes, João Teles, Andreia Leal e Gisela Santos Leite, declaram como conflitos de interesse terem sido colaboradores da AIMGF, apoiando o departamento formativo durante o ano de 2021. Escusam qualquer interesse financeiro e assistência editorial recebida de qualquer organização.

CORRESPONDÊNCIA:

Vânia Filipa Ferreira Fernandes
vania-fernandes@live.com.pt

RECEBIDO: 19 de novembro de 2021 | ACEITE: 23 de julho de 2022

BURNOUT E A COVID-19 NUMA USF: ESTUDO LONGITUDINAL E OBSERVACIONAL

BURNOUT AND COVID-19 AT A FAMILY HEALTH UNIT: LONGITUDINAL AND OBSERVATIONAL STUDY

Autores:

Tatiana Peralta¹, Vanessa Rodrigues da Silva², Paula Braga da Cruz³, Ana Margarida Bigotte⁴

RESUMO

Introdução: A doença por coronavírus (COVID-19) trouxe diversos desafios num serviço nacional de saúde deficitário. Os profissionais de saúde enfrentaram a incerteza, aumentando o risco de diversas patologias, nomeadamente *burnout*, para o qual já são uma população vulnerável. Este estudo determina e compara a prevalência de *burnout* no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, numa unidade de saúde familiar (USF), antes e após a pandemia (a curto e médio prazo).

Material e Métodos: Estudo longitudinal, observacional, realizado antes e após o início da pandemia (curto e médio prazo), a profissionais de uma USF, através da aplicação do inventário traduzido e validado para português de *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*.

Resultados: A taxa de resposta foi de 100% antes da pandemia (T0), 65,4% a curto prazo (T1) e 70,4% a médio prazo (T2). Observámos maior proporção de inquiridos com nível alto de exaustão emocional (35,3%), alto de despersonalização (29,4%) mas menor proporção de baixa realização pessoal (17,6%) a curto prazo sem significância estatística. A médio prazo após a pandemia, verificou-se que a maioria dos inquiridos apresentava exaustão emocional e despersonalização baixas e realização pessoal médio-alto. A prevalência de *burnout* encontrada na USF antes da pandemia foi de 7,1% (IC95%: 0,9-23,5), 5,9% (IC95%: 0,15-28,7) a curto prazo e 5,3% (IC 95%: 0,13-26,0) a médio prazo.

Discussão: A USF apresenta uma prevalência de *burnout*, a curto e médio prazo após a pandemia COVID-19, inferior ao pré-pandemia.

Conclusão: A médio prazo após a pandemia, parece haver tendência a voltar aos valores pré-pandemia. São necessários estudos para avaliar o impacto a longo prazo.

Palavras-chave: *burnout*; pandemia; COVID-19; cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Introduction: The coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak has presented numerous challenges to a health care system already in deficit. Health care workers are facing the uncertainty of a new disease, which increases the risk of various pathologies, namely *burnout* to which they are already vulnerable. This study aims to determine and compare the prevalence of *burnout* among primary care professionals before and after COVID-19 outbreak (short and medium term).

Methods: Longitudinal observational study conducted before and after COVID outbreak (short and medium term) in a family health unit (USF) using the translated and validated for use in the Portuguese version of *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*.

Results: The response rate was 100% before the COVID-19 outbreak (T0), 65.4% in the short term (T1) and 70.4% in the medium-term (T2). We observed a higher proportion of professionals with a high level of emotional exhaustion (35.3%) and high level of depersonalization (29.4%) but a smaller proportion of low personal accomplishment (17.6%) in the short-term without statistical significance. In the medium-term after the outbreak, we found that the majority of professionals had low emotional exhaustion and depersonalization and a tendency to medium-high personal accomplishment. The prevalence of *burnout* found in the USF before the pandemic was 7.1% (95% CI: 0.9-23.5), 5.9% (95% CI: 0.15-28.7) in the short term and 5.3% (95% CI: 0.13-26.0) and medium-term.

Discussion: The family health unit has a *burnout* prevalence in the short and medium-term after the COVID-19, lower than those identified before the outbreak.

Conclusion: In the medium-term after the pandemic, there seems to be a tendency to return to pre-pandemic values. Studies are needed to assess the long-term impact.

Keywords: *burnout syndrome*; pandemic; COVID-19; primary health care.

1. Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Serra da Lousã, ACeS Pinhal Interior Norte

2. Enfermeira, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

3. Médica Consultora de Medicina Geral e Familiar, USF Serra da Lousã, ACeS Pinhal Interior Norte

4. Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Serra da Lousã, ACeS Pinhal Interior Norte

INTRODUÇÃO

O *burnout* resulta da exposição crónica ao *stress* laboral e é definido como um conjunto de sintomas que engloba três dimensões: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).^{1,2} O *burnout* tem sérias consequências para os profissionais de saúde, os sistemas de saúde e para os doentes.³ Está associado a menor produtividade, aumento do absentismo e invalidez, acidentes de trabalho, erros de desempenho e consequentemente insatisfação dos doentes.⁴ Alguns dos desencadeantes identificados são o *stress* laboral e o excesso de trabalho.²

A 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde reconheceu como pandemia a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19).⁵ O primeiro caso em Portugal foi identificado a 2 de março de 2020.⁶ Desde então, a pandemia tem obrigado a diversas adaptações organizacionais no Serviço Nacional de Saúde.⁵ Os cuidados de saúde primários (CSP), aquando do estado de emergência, viram a sua atividade assistencial não urgente suspensa, permanecendo a atividade relacionada com serviços mínimos – seguimento de doenças crónicas, programas de saúde e vigilância.^{5,7} Assumiram a função de rastreio de contactos, vigilância ativa e passiva e acompanhamento clínicos dos doentes com COVID-19 através de uma nova plataforma informática – Trace COVID-19.^{8,9} Posteriormente, aquando do reinício gradual da atividade assistencial, foram definidos circuitos de doentes (baixo e alto risco de infeção pelo SARS COV-2), áreas dedicadas à COVID-19, foram criados sistemas de atendimento telefónico qualificado e dedicado com garantia de resposta no período de funcionamento da USF (unidade de saúde familiar), atendimento presencial com resposta a situações agudas e retoma das carteiras básica e adicional de serviços.⁹⁻¹³ Os CSP asseguraram ainda o plano de vacinação contra a COVID-19, em Portugal, através dos Centros de Vacinação, tendo atingido 86,4% população vacinada em janeiro 2022.^{14,15}

Assim, a COVID-19 aumentou potencialmente fatores stressantes e o excesso de trabalho num sistema com recursos limitados e profissionais de saúde já em risco de *burnout*.⁴

Neste sentido, importa compreender as consequências nos profissionais de saúde para que sejam adotadas medidas preventivas.⁴

O objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência de *burnout* e comparar as suas dimensões, antes e após a pandemia COVID-19 (a curto e médio prazo), nos profissionais da USF.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, longitudinal, retrospectivo, descritivo com componente analítica, realizado em três momentos cuja população foram os profissionais de uma unidade funcional no âmbito dos CSP.

Foram incluídos todos profissionais da unidade: médicos (especialistas e internos da formação específica), enfermeiros, secretários clínicos e assistentes operacionais. Foram excluídos os profissionais que não se encontrassem a exercer funções por um período superior a 30 dias (por motivo de doença ou licença).

Foi utilizada uma amostra de conveniência, de carácter voluntário, constituída pelos profissionais da USF em área rural no centro do país – constituída por 28 profissionais – 15 médicos (seis médicos especialistas e nove internos da formação específica de Medicina Geral e Familiar), seis enfermeiros, quatro secretários clínicos e três assistentes operacionais. O agrupamento de centros de saúde (ACeS) é constituído por 30 unidades funcionais das quais cinco USF.

Foi usado um questionário composto por duas secções: a primeira relativa a dados sociodemográficos (idade, sexo e categoria profissional) e a segunda composta pela versão traduzida e validada para português do inventário de *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS).^{3,16} Não foi realizada análise distinta entre médico especialista e médico interno.

As questões do MBI-HSS referentes a cada uma das dimensões foram somadas, dando lugar a uma variável que foi posteriormente categorizada, segundo a *European General Practice Research Network*, da seguinte forma:

- EE: baixo \leq 13 pontos; médio 14-26 pontos; alto \geq 27 pontos;
- DP: baixo \leq 5 pontos; médio 6-9 pontos; alto \geq 10 pontos;
- RP: baixa \leq 33 pontos; médio 34-39 pontos; alta \geq 40 pontos (escala inversa).¹⁷

O *burnout* foi definido como o conjunto de altos níveis de EE e DP e baixos níveis de RP.¹⁷

O questionário na primeira avaliação (T0), foi disponibilizado em formato papel de 13.01.2020 a 17.01.2020. A segunda avaliação (T1) foi realizada de 12.08.2020 a 11.09.2020 e a terceira avaliação (T2) foi realizada de 25.10.2021 a 12.11.2021, ambas através de um formulário online enviado por endereço eletrónico a todos os profissionais. Foi enviado um lembrete via endereço eletrónico a todos os profissionais semanalmente. Em ambas as avaliações, os resultados foram anónimos e acessíveis apenas aos investigadores e

o consentimento informado foi obtido no início do questionário quer em papel quer online. Foram excluídos os questionários que não tivessem dado consentimento e que não apresentassem a segunda secção totalmente preenchida. Dada a dimensão da amostra, os dados sociodemográficos tinham carácter de preenchimento facultativo enquanto os itens do MBI-HSS eram de preenchimento obrigatório para a efetiva submissão do formulário online.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo conselho técnico da USF e teve parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro. Foi obtida autorização para aplicação da versão traduzida e validada por *Marcelino et al.*¹⁶

Foi efetuada análise estatística descritiva univariada simples para as variáveis sociodemográficas dos profissionais, os scores de cada dimensão e a prevalência de *burnout*. Na análise quantitativa dos scores apresentou-se a mediana (*Mdn*) e intervalo interquartil (IIQ). Para análise comparativa dos scores do *burnout* em cada momento avaliativo usou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. As dimensões do *burnout* foram transformadas em variáveis dicotómicas (“alto” e “não alto” para as dimensões EE e DP; “baixo” e “não baixo” para a dimensão RP) tendo-se posteriormente usado o teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher para análise quantitativa em função do momento avaliado. Perante missing values e dimensão da amostra, não se procedeu à análise por subgrupos. Utilizou-se um nível de significância de 5% para a tomada de decisão relativa à significância estatística dos resultados. Para a prevalência de *burnout* foi calculado intervalo de confiança a 95% (IC 95%).

A análise dos dados foi efetuada pelo *software IBM SPSS Statistics* versão 26.0.

RESULTADOS

Em T0 e em T2 nenhum dos profissionais apresentava critérios de exclusão. Em T1 foram excluídos dois profissionais por ausência prolongada. Assim, em T0 verificou-se adesão de 100% ($n = 28$), em T1 obteve-se uma adesão de 65,4% ($n = 17$) e em T2 obteve-se uma adesão de 70,4% ($n = 19$). Não foi excluído nenhum inquirido.

No Quadro I, encontram-se descritas as características dos profissionais de saúde. Não foram preenchidos os dados sociodemográficos, relativos à idade em 21,4% ($n = 6$) em T0 e 11,8% ($n = 2$) em T1, relativo ao sexo em 5,9% ($n = 1$) em T1, e relativo à categoria profissional em 17,9% ($n = 5$) em T0. Não houve *missing values* em T2. Dos inquiridos analisados, a maioria dos profissionais eram do sexo feminino e

apresentavam idade inferior a 45 anos. Em termos de categoria profissional, os médicos representaram a maioria da amostra, 53,6% (T0), 64,7% (T1) e 63,2% (T2).

Da análise quantitativa das dimensões do *burnout* (Quadro II), verificou-se que a EE mediana em T2 (*Mdn* 13,0; IIQ 8,0; 28,0) foi inferior a T0 (*Mdn* 15,0; IIQ 7,2; 24,7) e a T1 (*Mdn* 15,0; IIQ 9,5; 35,0), sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,625$).

No score DP, mediana em T1 (*Mdn* 7; IIQ 1; 11) foi superior ao verificado em T0 (*Mdn* 5; IIQ 2; 9), tendo em T2 (*Mdn* 4; IIQ 1; 7) diminuído para valores inferiores a T0, sem diferença estatisticamente significativas ($p = 0,696$). Na RP, em T1 (*Mdn* 41; IIQ 34; 44) houve aumento relativamente ao verificado em T0 (*Mdn* 37; IIQ 29; 44) e diminuição em T2 (*Mdn* 38; IIQ 35; 43), sem diferença estatisticamente significativa.

Na análise qualitativa, na dimensão da EE (Quadro III), em T0, 50% dos inquiridos apresentavam nível baixo de EE. Em T1 a maioria (58,8%) apresentava nível médio-alto, enquanto em T2 a maioria apresentava nível baixo de EE (52,6%). Em T1, houve maior proporção de nível alto de EE [14,3% (T0), 35,3% (T1) e 26,3% (T2)], sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,252$).

Na dimensão da DP, a proporção de profissionais com alto nível DP foi superior em T1 (17,9% em T0; 29,4% em T1 e 15,8 em T2), sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,578$).

Na análise qualitativa da RP, em T0, 35,7% dos inquiridos apresentava baixo nível e 42,9% alto nível. Em T1 a maioria (58,8%) dos inquiridos apresentava níveis alto de RP e 17,6% de baixo nível de RP. Em T2 a maioria (52,6%) apresentava nível médio de RP e 5,3% nível baixo, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,044$).

Tendo em conta a definição de *burnout* utilizada estimou-se uma prevalência de *burnout* em T0 de 7,1% (IC 95%: 0,9 - 23,5), em T1 de 5,7% (IC 95%: 0,15 - 28,7) e em T2 de 5,3% (IC 95%: 0,13 - 26,0).

DISCUSSÃO

Este estudo analisa a prevalência de *burnout* e as suas dimensões numa USF em três momentos: antes da pandemia, a curto e médio prazo após o início da pandemia COVID-19, fazendo análise comparativa. Neste estudo, foram incluídos todos os profissionais da USF por se considerar que nestas unidades funcionais a prestação de cuidados assenta em equipas multiprofissionais e por se considerar que estão igualmente sujeitos ao desenvolvimento de *burnout*, dado que contactam com o utente.²

Quadro I. Caracterização da amostra.

	TO	T1	T2
	n (%)	n (%)	n (%)
Profissionais	28	28	27 ‡
Excluídos	-	2 (7,1)	-
Respostas	28 (100)	17 (65,4)	19 (70,4)
Idade			
Idade < a 45 anos	13 (46,4)	8 (47,1)	10 (52,6)
Idade > ou = a 45 anos	9 (32,1)	7 (41,2)	9 (47,4)
Missing values	6 (21,5)	2 (11,8)	-
Sexo			
Feminino	19 (67,9)	12 (70,6)	15 (78,9)
Masculino	9 (32,1)	4 (23,5)	4 (21,1)
Missing values	-	1 (5,9)	-
Categoria profissional			
Assistente operacional	2 (7,1)	-	1 (5,3)
Secretário clínico	-	3 (17,6)	1 (5,3)
Enfermeiro	6 (21,4)	3 (17,6)	5 (26,3)
Médico	15 (53,6)	11 (64,7)	12 (63,2)
Missing values	5 (17,9)	-	-

Legenda: TO - antes da pandemia COVID-19; T1 - curto prazo, após a pandemia COVID-19; T2 - médio prazo, após a pandemia COVID-19. ‡ saída de um médico interno que concluiu a formação específica de MGF.

Quadro II. Análise quantitativa das três dimensões de *burnout* nos diversos momentos avaliados.

Dimensão de <i>burnout</i>	TO	T1	T2	p
Exaustão emocional, Mdn (Q1,Q3)	15,0 (7,2; 24,7)	15,0 (9,5; 35,0)	13 (8,0; 28,0)	0,625 *
Despersonalização, Mdn (Q1,Q3)	5,0 (2,0; 9,0)	7,0 (1,0; 11,0)	4,0(1,0; 7,0)	0,696 *
Realização pessoal, Mdn (Q1,Q3)	37,0 (29,0; 44,0)	41,0 (34,0; 44,0)	38,0 (35,0; 43,0)	0,635 *

Legenda: Mdn - mediana. Q1 - primeiro Quartil. Q3 - terceiro Quartil. TO - antes da pandemia COVID-19; T1 - curto prazo, após a pandemia COVID-19; T2 - médio prazo, após a pandemia COVID-19.

*: teste *Kruskal-Wallis*. †: significativo a 5%

Quadro III. Análise categórica das dimensões de *burnout* nos diversos momentos avaliados.

	TO (n = 28)	T1 (n = 17)	T2 (n = 19)	P
Exaustão emocional, n(%)				
Baixo	14 (50,0)	7 (41,2)	10 (52,6)	0,252 *
Médio	10 (35,7)	4 (23,5)	4 (21,1)	
Alto	4 (14,3)	6 (35,3)	5 (26,3)	
Despersonalização, n(%)				
Baixo	15 (53,6)	7 (41,2)	11 (57,9)	0,578 *
Médio	8 (28,6)	5 (29,4)	5 (26,3)	
Alto	5 (17,9)	5 (29,4)	3 (15,8)	
Realização pessoal, n(%)				
Baixo	10 (35,7)	3 (17,6)	1 (5,3)	0,044 **
Médio	6 (21,4)	4 (23,5)	10 (52,6)	
Alto	12 (42,9)	10 (58,8)	8 (42,1)	

Legenda: TO - antes da pandemia COVID-19; T1 - curto prazo, após a pandemia COVID-19; T2 - médio prazo, após a pandemia COVID-19.

*: teste exato de Fisher. †: significativo a 5%

Considerando a participação dos profissionais, verificou-se menor taxa de resposta na segunda e terceira avaliações (ambas ocorridas após o início da pandemia). Na segunda avaliação (T1), encontravam-se ausentes da USF de forma prolongada dois profissionais, tendo sido excluídos. Em T0 a equipa estava completa. Em T1 verificou-se a saída de dois médicos internos que terminaram a sua formação específica de Medicina Geral e Familiar (MGF) e a entrada de dois médicos internos. Em T2, houve a saída de um médico interno que terminou a formação específica de MGF e que explica a variação no número total de profissionais da USF. Apesar do inquérito na segunda e terceira avaliações ter estado disponível mais tempo, não se traduziu em maior taxa de resposta. A segunda avaliação ocorreu em período de férias, podendo explicar menor adesão. O formato de inquérito online (escolhido na segunda e terceira avaliações para permitir cumprir normas de higiene e segurança) poderá ter contribuído também para menor adesão dos profissionais. Acautelar ainda que a menor percentagem de respostas na segunda e terceira avaliação poderá traduzir menor comprometimento na organização, o que pode ser explicado por sentimento de sobrecarga e exaustão emocional, fatores que por si só contribuem para o desenvolvimento de *burnout*.³

A exaustão emocional caracteriza-se por esgotamento emocional, psicológico e físico.³

Após o início da pandemia, na avaliação a curto prazo, a maioria dos inquiridos apresentou nível médio-alto de EE, sendo 35,3% nível alto. Já na avaliação a médio prazo após o início da pandemia, verificou-se tendencialmente menor proporção de nível alto (26,3%) e maior proporção de nível baixo EE (52,6%), sem significância estatística. As principais causas desta exaustão poderão ter sido a sobrecarga de trabalho e conflitos pessoais no trabalho exacerbados pela pandemia.^{3,4}

A DP, diz respeito à vertente interpessoal do *burnout*.³ Nesta dimensão, após o início da pandemia, na avaliação a curto prazo, a maioria dos inquiridos apresentou nível médio-alto de DP, sendo 29,4% nível alto. A médio prazo, a maioria dos inquiridos apresentou nível baixo 57,6% e menor proporção de alto nível de DP (15,8%), mas sem significância estatística. A DP caracteriza-se por assumir uma atitude de distanciamento na prestação de cuidados, em relação aos colegas e à organização do trabalho, com contacto mais impessoal e menor afetividade.³

Após o início da pandemia, particularmente no dia 16 de março de 2020, foi decretado o primeiro estado

de emergência que determinou “a suspensão da atividade assistencial não urgente e que, pela sua natureza ou prioridade clínica, não implicasse risco de vida para os utentes, limitação do seu prognóstico e/ou limitação de acesso a tratamentos periódicos ou de vigilância”.^{5,7,10} Na USF, houve reestruturação da atividade assistencial e inicialmente foi estabelecido um processo de triagem presencial à entrada do centro de saúde, comum a todos os utentes. Posteriormente foi criada triagem médica telefónica com avaliação, orientação e agendamento quando necessário.^{7,10} Posteriormente houve a criação de circuitos diferenciados de doentes de baixo e alto risco para COVID-19 e retoma da atividade assistencial.^{7,13} Este sistema organizativo a curto prazo, mais impessoal e à distância (i.e. consulta telefónica), poderá ajudar a explicar os níveis de DP identificados no nosso estudo.^{3,4}

A falta de controlo sobre acontecimentos ou atividades no próprio trabalho e a baixa participação na tomada de decisões, geralmente, relacionam-se com a baixa RP e associam-se a maiores níveis de stress.^{3,4} Adicionalmente, *Maslach* refere que altos níveis de RP associam-se a participação ativa na tomada de decisões, relações interpessoais de apoio e aumento de competências profissionais.³

As USF na sua organização promovem o trabalho em equipa e os profissionais têm autonomia para se organizarem, apresentarem objetivos e metas concretas, responsabilizando-se e comprometendo-se na sua concretização e execução.¹⁸ O envolvimento na tomada de decisões é um dos fatores organizacionais protetores de *burnout*.^{4,19} Aquando o início da pandemia, a dinâmica da USF foi pautada pela tomada de decisões em equipa alargada, o que poderá justificar os resultados relativos à RP a curto prazo.¹⁸ No entanto verificam-se níveis tendencialmente piores de realização pessoal que pode ser justificado pela maior exigência a nível profissional com múltiplas tarefas (atividade assistencial COVID-19 e não COVID-19 e funções no Centro de Vacinação), aliado a perda de autonomia nas decisões organizativas (p.e. imposição de escalas de vacinação), maior exigência dos utentes (retoma da atividade assistencial) e falta de reconhecimento.^{4,14,20}

Aquando da síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2003, os estudos, que analisaram o impacto nos profissionais de saúde, mostraram correlação entre o *burnout* e o risco de exposição ao vírus, aspeto que se manteve a longo prazo (reavaliado após um ano).^{4,21,22} Também se verificou a longo prazo impacto na capacidade laboral, necessidade de redução do horário laboral e adoção de comportamentos

de evitamento para com os doentes.^{4,21,22}

A prevalência de *burnout* identificado em T0 (7,1%) é ligeiramente superior ao identificado num estudo regional no âmbito dos CSP (5,7%), mas inferior ao identificado a nível nacional (12%) e a nível europeu (10 - 20%).^{1,2,17,23}

Surpreendentemente, após a primeira vaga da pandemia, a curto prazo (T1), verificou-se prevalência inferior de *burnout* (5,9%), que se manteve sobreponto a médio prazo, em T2 (5,3%).

De notar que a segunda avaliação ocorreu cerca de cinco meses após a identificação do primeiro caso em Portugal e a classificação como pandemia pela Organização Mundial da Saúde, o que traduz uma avaliação do impacto a curto prazo.²⁴ A terceira avaliação ocorreu dezoito meses após a identificação do primeiro caso em Portugal, em fase de evolução favorável no contexto pandémico, quer a nível nacional, quer a nível regional/local, e encerramento do centro de vacinação, traduzindo avaliação a médio prazo.^{15,24} Para além disso, a recolha dos dados da segunda avaliação em período de férias pode subestimar a prevalência de *burnout* e que não pode ser negligenciado.

A curto prazo, um estudo na Catalunha estimou uma prevalência de *burnout* nos médicos de família de 50% (aplicado MBI) e em Portugal apresentou prevalência elevada (aplicado questionário de *Copenhagen Burnout Inventory*).^{25,26} Estes resultados não são corroborados pelo nosso estudo que verificou prevalência inferior a curto prazo e que se manteve a médio prazo, que parece ter sido à custa do aumento da realização pessoal dos participantes do estudo.

Em Portugal, o principal preditor da incidência de *burnout* nos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) foi a perceção de más condições de trabalho.¹ Após a pandemia, a curto prazo, as condições de trabalho na USF sofreram alterações significativas: sistema de triagem à entrada na USF (inicialmente presencial e assegurado pelos médicos internos), reestruturação dos horários (modelo flexível, em 2 mini-equipas, de modo a reduzir contacto entre profissionais).⁷ Progressivamente houve “retoma” da organização prévia à pandemia. O aspeto organizacional (trabalho em equipa, trabalho flexível) poderá explicar a “retoma” da prevalência de *burnout* ao valor pré-pandemia.^{25,26}

Considerando o número reduzido de participantes, não foi realizada análise por subgrupos de forma a garantir o anonimato e confidencialidade. No entanto considera-se pertinente identificar grupos de maior risco para definir áreas prioritárias e alvos

prioritários de prevenção e intervenção. Analisando a literatura, o sexo feminino tem maior propensão a desenvolver exaustão emocional, pois respondem de forma mais emotiva a situações de stress laboral.^{4,19} O sexo masculino associa-se a maior probabilidade de desenvolver despersonalização.^{4,19} No estudo do impacto provocado pela SARS nos profissionais de saúde verificou-se que os profissionais com menor experiência e menos anos de atividade, mais jovens, estão sujeitos a maior risco *burnout*.^{4,19,22} A prevalência de *burnout* durante a COVID-19 verificou-se que era maior no sexo feminino, enfermeiros e profissionais mais jovens.^{22,27} Na USF, os médicos assumiram funções nas áreas dedicadas à COVID-19, incluindo atividades de triagem, e Trace COVID-19, estando em contacto mais próximo com doentes suspeitos ou infetados.¹³

Todos os profissionais com exceção dos assistentes operacionais prestaram serviço no centro de vacinação. Os secretários clínicos não estiveram em teletrabalho.

Como fatores desencadeantes de *burnout* em contexto de pandemia COVID-19, foram identificados a ausência de equipamento de proteção individual, risco de infeção de familiares, dificuldade de testagem em caso de sintomatologia sugestiva, novas exigências laborais e incerteza.²¹

A curto e a longo prazo, para além do *burnout*, a pandemia pode desencadear ou exacerbar patologia mental tal como insónia, abuso de substâncias, stress pós-traumático, depressão e ansiedade, variáveis que não foram analisadas neste estudo.^{4,22} Fazendo a analogia com outras epidemias, o risco de stress pós traumático e depressão está aumentado até três anos após o início.²²

Este estudo tem diversas limitações, o facto de ser um estudo observacional, bem como o facto de incluir uma amostra de conveniência numa única instituição dos CSP, com um reduzido número de participantes, o que introduz um viés de seleção. Foram incluídos todos os profissionais da instituição, que poderá constituir uma limitação na interpretação dos resultados dado que foi aplicado o mesmo instrumento sem considerar as particulares de cada grupo profissional. Também a renovação da equipa (decorrente do plano formativo dos médicos internos) pode introduzir um viés. Ainda que se tenha aplicado o mesmo instrumento de avaliação nas diversas fases do estudo, o formato foi diferente, por contingência, o que constitui também uma limitação. Apesar das limitações, este estudo destaca-se por abordar um problema atual com repercussões desconhecidas.

Destaca-se ainda por apresentar, comparar e analisar a evolução da prevalência do *burnout* antes da pandemia, a curto e médio prazo, focando os cuidados de saúde primários. No futuro, pretende-se alargar o estudo a outras unidades bem como apresentar e analisar o potencial efeito a longo prazo da COVID-19, nomeadamente tempo de absentismo laboral, produtividade, ansiedade e depressão.

CONCLUSÃO

A USF apresenta uma prevalência de *burnout* de 5,9%, a curto prazo, após a pandemia COVID-19 e 5,3% a médio prazo, valores inferiores ao identificado antes da pandemia. Ainda assim, verificou-se menor taxa de resposta que merece particular atenção e poderá constituir um alerta. Analisando as dimensões de *burnout* após a pandemia, a curto prazo verificou-se tendencialmente níveis mais elevados de DP e maior proporção de alto nível de RP. A médio prazo, parece haver tendência a voltar aos valores pré-pandemia. Apesar das múltiplas limitações, este estudo piloto pretende levantar a problemática do impacto a curto e médio prazo da COVID-19 no *burnout*, mas também a nível da saúde mental dos profissionais de saúde nos CSP.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. *Burnout* em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Med Port.* 2016;7.
- 2- Mata C, Machado S, Moutinho A, Alexandra D. Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de *burnout* nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.* 1 de maio de 2016;32(3):179-86.
- 3- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. *Job Burnout.* *Annu Rev Psychol.* fevereiro de 2001;52(1):397-422.
- 4- Stuijzand S, Deforges C, Sandoz V, Sajin CT, Jaques C, Elmers J, et al. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health.* dezembro de 2020;20(1):1230.
- 5- Ministério da Saúde. Despacho n.º 5314/2020 [Internet]. *Diário da República*, 2ª série, N.º 89, 07 de maio de 2020. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2020/05/089000000/0007900081.pdf>
- 6- Rico C. Confirmado primeiro caso de coronavírus em Portugal. Segundo caso aguarda contra-análise [Internet]. *TSF Rádio Notícias.* 2020 [citado 17 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/confirmados-dois-primeiros-casos-de-contagio-pelo-novo-coronavirus-em-portugal-11876592.html>
- 7- Administração Regional de Saúde do Centro. Reestruturação dos Serviços – Em Fase (3) de Mitigação do COVID-19 – Orientação no1/2020 [Internet]. Coimbra: ARS Centro; 2020 [citado 20 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/ARSC-1-COVID-19-USF-UCSP-13marco20.pdf>
- 8- Direção Geral da Saúde. Norma 004/2020 - Abordagem da Suspeita ou Confirmação de COVID-19 [Internet]. Ministério da Saúde, Portugal; 2020 [citado 19 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042020-de-230320201.aspx>
- 9- Direção Geral da Saúde. Norma 002/2020 - Infeção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. 2020 [citado 20 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022020-de-25012020-pdf.aspx>
- 10- Direção Geral da Saúde. Norma 001/2020 - COVID-19: Primeira Fase

de Mitigação Medidas Transversais de Preparação [Internet]. Ministério da Saúde, Portugal; 2020 [citado 20 de novembro de 2021]. Disponível em: https://www.simedicos.pt/fotos/editor2/ficheiros/Norma_DGS_001_2020_COVID_mitigacao_16.03.2020.pdf

11- Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, Ordem dos Médicos. Recomendação do Colégio de MGF sobre organização de «mini-equipas» exclusivamente destinadas ao serviço em ADC nos CSP [Internet]. 2020 [citado 20 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/03/recomenda%C3%A7%C3%A3o-CMGF-26-2020-2vs.pdf>

12- Ramos V, Santos I, Santos Gonçalo P. Reorganização da atividade assistencial e pandemia COVID-19 – Retoma faseada da resposta às restantes necessidades de saúde [Internet]. 2020. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/05/2020.033-Reorganiza%C3%A7%C3%A3o-da-atividade-assistencial-MGF.pdf>

13- Administração Regional de Saúde do Centro. Reestruturação dos Serviços – Em Fase (3) de Mitigação do COVID-19 – Orientação no2/2020 – Unidades Funcionais dos ACeS [Internet]. Coimbra: ARS Centro; 2020 [citado 20 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://warscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/ARSC-2-COVID-19-UF-ACeS-ARSC-22marco20.pdfmarco20.pdf>

14- Direção Geral de Saúde. Norma 002/2021 - Campanha de Vacinação Contra a COVID-19 [Internet]. Ministério da Saúde Português; 2021 [citado 20 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022021-de-30012021-pdf.aspx>

15- Direção Geral de Saúde - Ministério da Saúde Português. COVID-19 – Ponto da Situação Atual em Portugal [Internet]. COVID-19 – Ponto da Situação Atual em Portugal. [citado 17 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>

16- Marcelino G, Melich-Cerveira J, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, et al. MBI-HSS VALIDITY IN PORTUGUESE MEDICAL DOCTORS. New York: Nova Science Publishers. 2013; *Psychology of burnout: new research*:121–35.

17- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. *Burnout* in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. agosto de 2008;25(4):245–65.

18- Decreto-Lei n.º 73/2017- Diário da República n.º 118/2017, Série I de 2017-06-21, páginas 3128 - 3140 [Internet]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>

19- Alarcon G, Eschleman KJ, Bowling NA. Relationships between personality variables and *burnout*: A meta-analysis. *Work & Stress*. julho de 2009;23(3):244–63.

20- Acácio M, Maldonado Vasconcelos C. Faltam meios técnicos e humanos para acelerar vacinação, alertam profissionais de saúde [Internet]. TSF Rádio Notícias. 2021 [citado 19 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/faltam-meios-tecnicos-e-humanos-para-acelerar-vacinacao-tememos-seriamente-que-algo-fique-para-tras-13909640.html>

21- Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. setembro de 2020;14(5):779–88.

22- Waring S, Giles S. Rapid Evidence Assessment of Mental Health Outcomes of Pandemics for Health Care Workers: Implications for the Covid-19 Pandemic. *Front Public Health*. 21 de maio de 2021;9:629236.

23- Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, et al. *Burnout* levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open*. 2012;2(3):e001050.

24- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) weekly epidemiological update and weekly operational update [Internet]. [citado 20 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

25- Seda-Gombau G, Montero-Alía JJ, Moreno-Gabriel E, Torán-Monserrat P. Impact of the COVID-19 Pandemic on *Burnout* in Primary Care Physicians in Catalonia. *Int J Environ Res Public Health*. 27 de agosto de 2021;18(17):9031.

26- Baptista S, Teixeira A, Castro L, Cunha M, Serrão C, Rodrigues A, et al. Physician *Burnout* in Primary Care during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Portugal. *J Prim Care Community Health*. 12 de abril de 2021;12:21501327211008436.

27- Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, et al. Prevalence of Health Care Worker *Burnout* During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA Netw Open*. 4 de agosto de 2020;3(8):e2017271.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores desempenham funções laborais na instituição alvo do estudo.

CORRESPONDÊNCIA:
Tatiana Oliveira Peralta
tatianaoperalta@gmail.com

RECEBIDO: 07 de dezembro de 2021 | ACEITE: 10 de agosto de 2022



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

zona norte

SEDE AIMGF ZONA NORTE

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