

AIMGF MAGAZINE

INDEXADA



Foto: EPAC – Encontro Para Além da Clínica

Nesta Edição
I curso de Estatística para MGF
I Curso do Estudo da Lista
Curso de ECG na Prática Clínica - Edição 2017
Curso musculo-esquelético para MGF - Edição 2016 e 2017
Curso de Formação em Dor - 5ª edição
EPAC – Encontro Para Além da Clínica



Confiança que Advém da Evidência e da Experiência da Vida Real

- ◆ Doentes com Fibrilhação Auricular NV^{1,3} e EP/TVP.^{4,5}
- ◆ O NOAC mais prescrito em Portugal e no Mundo.^{6,7,8}
- ◆ 23 milhões de doentes 7 indicações.^{7,8}



Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. **Nome:** Xarelto 2,5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg. **Composição:** Cada comprimido revestido por película contém 2,5 mg, 10 mg, 15 mg ou 20 mg de rivaroxabano. **Forma Farmacéutica:** Comprimido revestido por película. **Indicações terapêuticas:** **Xarelto 2,5 mg:** Xarelto, coadministrado com ácido acetilsalicílico (AAS) isoladamente ou com AAS mais clopidogrel ou ticlopidina, é indicado para a prevenção de acontecimentos aterotrombóticos em doentes adultos após uma síndrome coronária aguda (SCA) com biomarcadores cardíacos elevados. **Xarelto 10 mg:** Prevenção do tromboembolismo venoso (TEV) em doentes adultos submetidos a artroplastia eletiva da anca ou joelho. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Prevenção do acidente vascular cerebral e do embolismo sistémico em doentes adultos com fibrilhação auricular não-valorul com um ou mais fatores de risco, tais como insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, idade ≥ 75 anos, diabetes mellitus, antecedentes de acidente vascular cerebral ou acidente isquémico transitório. Tratamento da trombose venosa profunda (TVP) e prevenção da TVP recorrente e EP em adultos. **Posologia e modo de administração:** **Xarelto 2,5 mg:** A dose recomendada é de 2,5 mg duas vezes ao dia. Os doentes também devem tomar uma dose diária de 75 - 100 mg de AAS ou uma dose diária de 75 - 100 mg de AAS em adição quer a uma dose diária de 75 mg de clopidogrel quer a uma dose diária padrão de ticlopidina. A extensão do tratamento para além dos 12 meses deve ser feita individualmente em cada doente, uma vez que a experiência até aos 24 meses é limitada. **Xarelto 10 mg:** 10 mg de rivaroxabano, administrados, por via oral, uma vez ao dia. A posologia inicial deve ser administrada 6 a 10 horas após a cirurgia, desde que a hemostase tenha sido estabelecida. A duração do tratamento depende do risco individual do doente para tromboembolismo venoso, a qual é determinada pelo tipo de cirurgia ortopédica. Grande cirurgia da anca: tratamento de 5 semanas. Grande cirurgia do joelho: 2 semanas. Se for espedida uma dose, o doente deverá tomar Xarelto imediatamente e depois continuar no dia seguinte com a toma uma vez ao dia, tal como anteriormente. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Prevenção do acidente vascular cerebral e do embolismo sistémico: A dose recomendada, que também é a dose máxima recomendada, é de 20 mg uma vez por dia. No caso de esquecimento de uma dose, o doente deve tomar imediatamente Xarelto e continuar no dia seguinte com a toma uma vez ao dia, conforme recomendado. Não deve ser tomada uma dose a dobrar no mesmo dia para compensar uma dose esquecida. **Tratamento da TVP, tratamento da TVP recorrente e EP:** A dose recomendada para o tratamento inicial da TVP aguda ou EP é de 15 mg duas vezes por dia durante as primeiras três semanas, seguida de 20 mg uma vez por dia para continuação do tratamento e prevenção da TVP recorrente e EP. No caso de esquecimento de uma dose durante a fase de tratamento de 15 mg duas vezes por dia (dia 1 - 21), o doente deve tomar imediatamente Xarelto para assegurar a toma de 30 mg de Xarelto por dia. Neste caso podem tomar-se dois comprimidos de 15 mg ao mesmo tempo. O doente deve continuar no dia seguinte a toma diária e regular de 15 mg duas vezes por dia, conforme recomendado. No caso de esquecimento de uma dose durante a fase de tratamento de uma toma diária (dia 22 e seguintes), o doente deve tomar imediatamente Xarelto e continuar no dia seguinte com a toma diária, conforme recomendado. Não deve ser tomada uma dose a dobrar no mesmo dia para compensar uma dose esquecida. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** **Passagem de Antagonistas da Vitamina K (AVK) para Xarelto:** Em doentes tratados para prevenção do acidente vascular cerebral e embolismo sistémico, o tratamento com AVK deve ser interrompido e a terapêutica com Xarelto deve ser iniciada quando o INR for ≤ 3,0. Em doentes tratados para TVP, EP e na prevenção da recorrência, o tratamento com AVK deve ser interrompido e a terapêutica com Xarelto deve ser iniciada assim que o INR for ≤ 2,5. **Xarelto 2,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg:** Durante a passagem de doentes de AVK para Xarelto, os valores do INR estarão falsamente elevados após a toma de Xarelto. O INR não é uma medida válida para determinar a atividade anticoagulante de Xarelto, e portanto não deve ser utilizado. **Passagem de Xarelto para os Antagonistas da Vitamina K (AVK):** Em doentes que passam de Xarelto para um AVK, o AVK deve ser administrado simultaneamente até o INR ser ≥ 2,0. Durante os dois primeiros dias de passagem, deve utilizar-se a dose inicial padrão do AVK, seguida de uma dose do AVK com base nas determinações do INR. Enquanto os doentes estiverem a tomar simultaneamente Xarelto e o AVK, o INR não deve ser determinado antes das 24 horas após a dose precedente de Xarelto e antes da dose seguinte. **Passagem de anticoagulantes parentéricos para Xarelto:** Em doentes atualmente a serem tratados com um anticoagulante parentérico, interromper o anticoagulante parentérico e iniciar Xarelto 0 a 2 horas antes da hora prevista para a administração seguinte do medicamento parentérico (ex.: HBPM) ou na altura da interrupção de um medicamento parentérico em administração contínua (ex.: heparina não fracionada intravenosa). **Passagem de Xarelto para anticoagulantes parentéricos:** Administrar a primeira dose do anticoagulante parentérico na altura em que deve ser tomada a dose seguinte de Xarelto. Não é necessário ajuste posológico: compromisso renal ligeiro, população idosa, sexo, peso corporal. Não é recomendada a utilização em doentes com taxa de depuração da creatinina < 15 ml/min. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Compromisso renal moderado ou grave: Na prevenção do acidente vascular cerebral e do embolismo sistémico em doentes com fibrilhação auricular não-valorul, a dose recomendada é de 15 mg uma vez por dia; No tratamento da TVP, tratamento do EP e prevenção da TVP recorrente e EP: os doentes devem ser tratados com 15 mg duas vezes por dia durante as primeiras 3 semanas. Após isto, a dose recomendada é 20 mg uma vez por dia. A redução da dose de 20 mg uma vez por dia para 15 mg uma vez por dia deve ser considerada se o risco avaliado de hemorragia do doente se sobrepõe ao risco de TVP recorrente e EP. A recomendação para utilização de 15 mg tem por base modelos farmacocinéticos, não tendo sido estudada neste contexto clínico. **Xarelto 2,5 mg e 10 mg:** Os comprimidos podem ser tomados com ou sem alimentos. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Os comprimidos devem ser tomados com alimentos. **Xarelto 2,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg:** População pediátrica: não é recomendada a sua utilização em crianças com idade inferior a 18 anos. Em doentes incapazes de engolir comprimidos inteiros, o comprimido Xarelto pode ser esmagado e misturado com água ou puré de maçã imediatamente antes da utilização e administrado por via oral. O comprimido Xarelto esmagado pode também ser administrado através de sondas gástricas após confirmação da correta localização gástrica da sonda. O comprimido esmagado deve ser administrado com uma pequena quantidade de água através de uma sonda gástrica, que deve, de seguida, ser irrigada com água. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Após a administração de Xarelto 15 mg ou 20 mg comprimidos revestidos por película esmagados, a dose deve ser imediatamente seguida por alimentos ou por alimentação entérica. **Cardioversão:** Xarelto pode ser iniciado ou continuado em doentes que possam necessitar de cardioversão. **Contraindicações:** **Xarelto 2,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Hemorragia ativa clinicamente significativa. Gravidez e amamentação. Doença hepática associada a coagulopatia e risco de hemorragia clinicamente relevante incluindo doentes com cirrose com Child Pugh B e C. Lesões ou condições se consideradas como apresentando um risco significativo de grande hemorragia. Estas podem incluir úlceras gastrointestinais atuais ou recentes, presença de neoplasias malignas com elevado risco de hemorragia, lesão recente no cérebro ou na espinal medula, cirurgia cerebral, espinal ou oftálmica recente, hemorragia intracraniana recente, suspeita ou conhecimento de varizes esofágicas, malformações arteriovenosas, aneurismas vasculares ou grandes anomalias vasculares intraespinais ou intracerebrais. O tratamento concomitante com quaisquer outros agentes anticoagulantes, ex.: heparina não fracionada (HNF), heparinas de baixo peso molecular (enoxaparina, dalteparina, etc.), derivados da heparina (fondaparinux, etc.), anticoagulantes orais (varfarina, dabigatran etexilato, apixabano, etc.), exceto nas circunstâncias específicas de mudança de terapêutica anticoagulante ou quando são administradas doses de HNF necessárias para manter aberto um acesso venoso central ou um cateter arterial. **Xarelto 2,5 mg:** O tratamento concomitante da SCA com terapêutica antiplaquetária em doentes com acidente vascular cerebral ou acidente isquémico transitório (AIT) anterior. **Advertências e precauções especiais de utilização:** **Xarelto 2,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg:** Risco hemorrágico; Compromisso renal; Os doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase Lapp ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. Puncção ou anestesia espinal/epidural. **Xarelto 2,5 mg:** Doentes com SCA; Doentes com antecedentes de acidente vascular cerebral ou AIT. **Xarelto 10 mg:** Cirurgia por fratura da anca. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Doentes com válvulas protésicas; Doentes com EP hemodinamicamente instáveis ou doentes que necessitam de trombolise ou embolectomia pulmonar; **Xarelto 2,5 mg, 15 mg e 20 mg:** Procedimentos invasivos e intervenções cirúrgicas. **Interações medicamentosas:** Inibidores do CYP3A4 e da gp-P: não é recomendada em doentes submetidos a tratamento sistémico concomitante com antimicóticos azólicos tais como cetoconazol, itraconazol, voriconazol, posaconazol ou inibidores da protease do VIH; Anticoagulantes: deve ter-se precaução se os doentes são tratados concomitantemente com quaisquer outros anticoagulantes; AINEs/ inibidores da agregação plaquetária: deve ter-se precaução nos doentes tratados concomitantemente com AINEs (incluindo ácido acetilsalicílico) e inibidores da agregação plaquetária; Varfarina; Indutores do CYP3A4; Os parâmetros de coagulação (ex.: TP, APTT, Heparin) são afetados. **Efeitos indesejáveis:** Anemia (incl. parâmetros laboratoriais respetivos), tonturas, cefaleias, hemorragia ocular (incl. hemorragia conjuntival), hipotensão, hematoma, epistaxe, hemoptise, hemorragia gengival, hemorragia do trato gastrointestinal (incl. hemorragia retal), dores gastrointestinais e abdominais, dispnea, náuseas, obstipação, diarreia, vômitos, prurido (incl. casos raros de prurido generalizado), exantema cutâneo, equimose, hemorragia cutânea e subcutânea, dor nas extremidades, hemorragia do trato urogenital (incluindo hematuria e menorragia), compromisso renal (aumento da creatinina no sangue, aumento de ureia no sangue), febre, edema periférico, diminuição da força e energia de um modo geral (incl. fadiga, astenia), aumento das transaminases, hemorragia pós-procedimento (incluindo anemia pós-operatória e hemorragia da ferida), contusão, secreção da ferida, trombocitemia (incl. aumento da contagem de plaquetas), reação alérgica, dermatite alérgica, hemorragia cerebral e intracraniana, síncope, taquicardia, xerostomia, anomalia da função hepática, urticária, hemartrose, sensação de mal-estar, aumento da bilirrubina, aumento da fosfatase alcalina no sangue, aumento da HDL, aumento da lipase, aumento da amilase, aumento da GGT, icterícia, hemorragia muscular, edema localizado, aumento da bilirrubina conjugada (com ou sem aumento concomitante da ALT), pseudoaneurisma vascular, angioedema, edema alérgico, colerístase, hepatite (incl. lesão traumática hepatocelular), trombocitopenia. **Número da A.J.M.:** 5565858, 5565866, 5565874, 5132956, 5132964, 5132972, 5423918, 5423926, 5423934, 5424379, 5424403. **Data de revisão do texto:** maio 2017.

MSRM. Regime de comparticipação: Xarelto 10mg, 15mg e 20mg (Comparticipado no Regime Geral 69%; Regime Especial 84%). Xarelto 2,5mg (não Comparticipado). Bayer Portugal, LDA., Rua Quinta do Pinheiro, nº 5, 2794-003 Carnaxide - NIF 500 043 256. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado

Referências: 1. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J., et al. Rivaroxaban versus Warfarin in non-valvular atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011;365(10):883-91. 2. Camm J., Amarencio P., Haas S., et al. XANTUS: A Real-World, Prospective, Observational Study of Patients Treated with Rivaroxaban for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation. Eur Heart J. 2015;doi:10.1093/eurheartj/ehv466. 3. Tamayo S., Peacock F., Patel M., et al. Characterizing major bleeding in patients with non-valvular atrial fibrillation: a pharmacovigilance study of 27467 patients taking Rivaroxaban. Clin. Cardiol. 2015;38(2):63-8. 4. Prins M.H., Lensing A.W.A., Bauersachs R., et al. Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies. Thrombosis J. 2013;11(1):21. 5. Agno W., Mantovani L.G., Haas S., et al. XALIA: rationale and design of a non-interventional study of rivaroxaban compared with standard therapy for initial and long-term anticoagulation in deep vein thrombosis. Thrombosis J. 2014;12(1):16. 6. Dados de vendas mensais IMS Health MIDAS, Junho 2016. 7. Cálculo baseado nos dados de vendas mensais IMS Health MIDAS, Junho 2016. 8. Resumo das características do medicamento de Xarelto®.

**COORDENAÇÃO**

Dr.ª Filipa Matias
 Dr.ª Catarina Nogueira
 Dr.ª Ana Cláudia Almeida
 Dr.ª Cristina Neves
 Dr. João Palas

DESIGN

Dr. João Pinto

CORPO EDITORIAL

Dr. Jonathan dos Santos
 Dr.ª Andreia Marques
 Dr.ª Rita Luz
 Dr.ª Fabiana Peixoto
 Dr.ª Filipa Filipe
 Dr. José João Carvalho
 Dr.ª Mariana Bessa
 Dr.ª Mariana Relvas
 Dr. Miguel Alves
 Dr.ª Ligia Massena
 Dr.ª Patrícia Fernandes
 Dr. Pedro Couto
 Dr.ª Rosa Barreira
 Dr.ª Alexandra Duarte
 Dr.ª Liliana Teixeira
 Dr. João Pinto
 Dr. Pedro Mendes
 Dr.ª Ana Luísa Matos
 Dr.ª Ana Patrícia Dias
 Dr.ª Sara Barbosa
 Dr.ª Telma Tavares
 Dr.ª Maria João Serra
 Dr.ª Susana Pinto
 Dr. Pedro Ferreira
 Dr.ª Diana Pinto
 Dr.ª Maria João Sá
 Dr.ª Margarida Moreira

AUTORES CONVIDADOS

Prof. Doutor Rui Nunes
 Prof. Doutor Ricardo Fontes Carvalho
 Dr.ª Patrícia Fernandes
 Dr.ª Sara Magalhães
 Dr.ª Filipa Filipe
 Dr. João Palas
 Dr.ª Cristina Neves
 Dr.ª Ligia Massena
 Dr.ª Filipa Matias
 Dr.ª Joana Barreira
 Dr.ª Margarida Pereira
 Dr.ª Tânia Martins
 Dr.ª Mariana Moura Relvas

IMPRESSÃO E ACABAMENTO

Dotcopy

SEDE AIMGF ZONA NORTE

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

EDITORIAL

4

ATIVIDADES

Cronograma das atividades com colaboração da AIMGF Zona Norte no último ano	4
I curso de Estatística para MGF	5
I curso do Estudo da Lista	7
Curso de ECG na prática clínica” - Edição 2017	8
Curso musculoesquelético para MGF - Edição 2016 e 2017	9
Curso de Formação em Dor - 5ª edição	11
Jantar de Receção aos novos internos de MGF	12
XXIII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar (MGF) da Zona Norte (ZN)	13
EPAC – Encontro Para Além da Clínica	14

AUTORES CONVIDADOS

Eutanásia	15
Os Highlights do Congresso Europeu de Cardiologia para Medicina Geral e Familiar	18
O Mundo das Pós-graduações	19

TRABALHOS CIENTÍFICOS

Relato de caso - “Doença de Steinert – o papel do Médico de Família”	24
Relato de caso - “Às vezes o que parece é”	29
Relato de caso - “Medo do abandono, medo de abandonar - um caso de Perturbação Obsessivo-Compulsiva”	32
Relato de caso - “Demência no idoso – a importância da investigação”	35
Relato de caso - “Herpes zoster na infância”	38
Estudo de Melhoria Contínua da Qualidade - “Impacto de uma intervenção na prescrição e realização de osteodensitometria por critério de idade”	42
Revisão baseada na evidência - “Qual a evidência do uso da melatonina na melhoria da qualidade do sono de adultos com dissónia?”	48

QUIZ ESPIROMETRIA

52

FERRAMENTAS - COMO INTERPRETAR UMA ESPIROMETRIA?

54

ROSA DOS VENTOS

58

EDITORIAL

pela Direção AIMGF Zona Norte

Com a finalização de mais um ano desta nova Direção AIMGF Zona Norte estamos satisfeitos com os novos projetos desenvolvidos. Como Internos reconhecemos que a nossa especialidade é abrangente havendo necessidade crescente de atualização e formação. É missão desta Direção a realização de cursos e formações dirigidas à prática clínica que visem colmatar lacunas formativas. Deste modo, contamos com a colaboração dos Internos de MGF da Zona Norte para que juntos consigamos melhorar conhecimentos e competências em áreas formativas não tão abordadas durante o Internato. Poderão fazer chegar as vossas sugestões por email ou página facebook. Tal como em anos anteriores, a Direção mantém a possibilidade de publicação de artigos originais na AIMGF Magazine, não sendo estabelecido prazo limite para submissão. Enviem os vossos artigos! Poderão consultar esta informação e dados relativos aos cursos e formações no nosso site (www.aimgfzonanorte.pt).



CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES COM COLABORAÇÃO DA AIMGF ZONA NORTE NO ÚLTIMO ANO

Atividade	Data
I e II Curso de exame músculo-esquelético para MGF	Outubro de 2016 e junho/julho de 2017
Curso de formação em dor - 5ª edição	Outubro/novembro de 2016
XXIII Encontro do Internato MGF ZN	10 e 11 de novembro de 2016
Encontro Para Além da Clínica (EPAC)	16 de dezembro de 2016
1º Curso do Estudo da Lista	1 de abril de 2017
Curso de Estatística para MGF	Março/abril de 2017
5º Curso de ECG na Prática Clínica para MGF	9 de junho de 2017



CURSO

"I CURSO DE ESTATÍSTICA PARA MGF"

por **Filipa Matias**
Vogal da AIMGF Zona Norte

A análise estatística, muitas vezes vista como um bicho de sete cabeças, está presente em vários tipos de trabalhos que nos são propostos fazer, como é o exemplo dos trabalhos de investigação ou de melhoria contínua da qualidade. Visto que a formação em estatística pré-graduada da generalidade das faculdades não é muito aprofundada, e dadas as dificuldades sentidas neste âmbito, a AIMGF Zona Norte, em parceria com a Boehringer Ingelheim, organizou o I Curso de Estatística para Medicina Geral e Familiar. Tratou-se de um

curso de 30 horas com avaliação final, que se realizou entre os meses de março e abril de 2017, no Centro Empresarial da Lionesa. Estiveram presentes neste curso 30 participantes, sendo o orador principal o Dr. Firmino Machado, médico interno de Saúde Pública no ACeS Porto Ocidental, tendo contado com a colaboração da Dra Andreia Vilas Boas, médica interna de Medicina Interna na ULS de Matosinhos.

Durante as primeiras quatro sessões foi feita a explicação acerca do funcionamento do programa SPSS, tendo sido abordados os temas de estatística básica (qual o tipo de variáveis existentes, noções de população e amostra e de que forma efetuar o

cálculo amostral) progredindo progressivamente para análises mais complexas (análise descritiva, análise exploratória e regressão). Houve ainda tempo para abordar a escrita clínica, tendo sido dito como escrever e como ler um artigo científico. Ao longo destas sessões, para complementar a teoria, foram sendo feitos exercícios práticos onde os participantes podiam testar os conhecimentos adquiridos. Nas duas sessões finais, houve oportunidade para a criação e elaboração de um projeto de investigação por parte dos participantes, culminando com a apresentação e discussão dos mesmos.

O feedback do curso foi muito positivo, tendo sido referido pelos participantes que foi muito útil para a sua prática, sentindo-se mais à vontade para a correta execução de trabalhos que impliquem o recurso à estatística. De salientar que a maioria das sessões terminou além do tempo estipulado, dado o interesse dos participantes. Em suma, um curso muito participado, tendo correspondido as expectativas da AIMGF Zona Norte.





CURSO

"I CURSO DO ESTUDO DA LISTA"

por **Ana Cláudia Almeida**
Vogal da AIMGF-Zona Norte

"O importante é não parar de questionar"
Albert Einstein

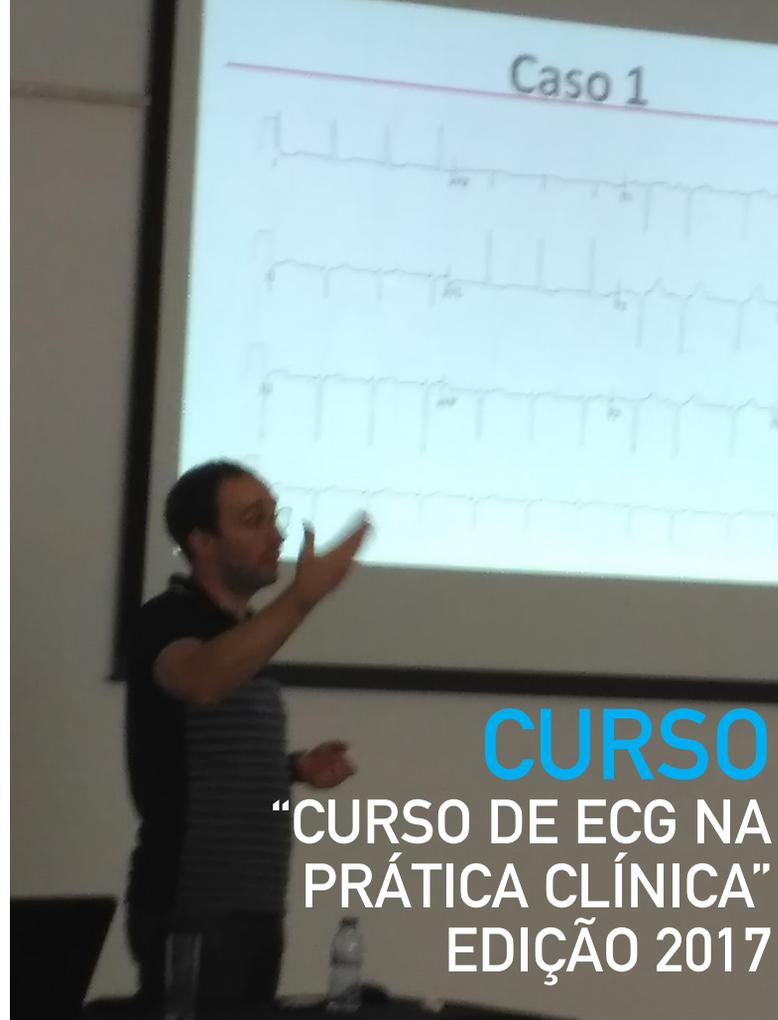
Tão importante como questionar o outro, é questionarmo-nos a nós mesmos e à nossa prática clínica, de forma a poder corrigir eventuais aspetos menos positivos. O estudo da lista e da consulta são ferramentas importantes neste contexto; permitem planear e avaliar a prática profissional do Médico de Família, melhorar a vigilância epidemiológica, aperfeiçoar a qualidade do desempenho (diagnóstico, terapêutico e resultados) e ainda prever e adequar a oferta de cuidados às necessidades dos cidadãos e famílias, regulando também a procura de cuidados, de forma a melhorar a acessibilidade. Por outro lado permitem assegurar a continuidade e globalidade dos cuidados através da programação de atividades e de tarefas e otimizar a

utilização do tempo.

O estudo da lista e da consulta são atividades curriculares obrigatórias e, não raras vezes, levantam algumas questões práticas na sua elaboração, nomeadamente na definição dos parâmetros a estudar para caracterização de uma lista de utentes, no tipo de amostragem, na forma de apresentação e ainda na sua avaliação e interpretação. Assim, a AIMGF promoveu a 1 de Abril de 2017, na Ordem dos Médicos, o 1º Curso do Estudo da Lista, que contou com a participação da Dra. Mariana Martins e a Dra. Mariana Alves, especialistas em Medicina Geral e Familiar. O curso teve a duração de 4 horas, com uma componente teórica durante a qual as oradoras desenvolveram a importância do estudo de uma lista de utentes, os pontos fundamentais a abordar na sua redação e importância da reflexão sobre os dados colhidos. Teve ainda uma parte prática durante a qual os participantes resolveram alguns exercícios práticos criados pelas oradoras, que permitiram adquirir capacidades e competências para se estudar uma lista de utentes e aplicar o estudo na prática clínica

O feedback dos participantes foi muito positivo, sendo que foram várias as solicitações para a replicação deste curso.





por **Ana Patrícia Dias**
Colaboradora AIMGF Zona Norte

A técnica de registo da corrente elétrica cardíaca, o eletrocardiograma (ECG), foi descrita para utilização em Medicina em 1902 pelo famoso fisiologista holandês Willem Einthoven. Esta descoberta permitiu, pela primeira vez, a obtenção de um registo representativo do funcionamento cardíaco de forma acessível e não-invasiva. Apesar de centenário, o ECG mantém uma elevada utilidade na prática clínica dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Hospitalares. Nos CSP os motivos mais comuns de requisição deste exame são a avaliação de sintomatologia de etiologia cardíaca, como palpitações ou dor torácica, e a vigilância de doentes com fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente a hipertensão arterial. Assim, o Médico de Família deve ser capaz de realizar uma interpretação correta do ECG, e mais do que isso, deve adequar o plano de cuidados mediante os resultados e conhecer os tipos de alterações que devem motivar uma referência Hospitalar.

Tendo em conta a sua importância, a AIMGF Zona Norte organizou, com o apoio da Bayer, mais uma edição do “Curso de ECG na prática clínica”. O curso realizou-se a 9 Junho de 2017 na Fundação Dr. Cupertino de Miranda na cidade do Porto e teve a duração de 4 horas. Esta edição do curso contou com a presença de 3 formadores da área de Cardiologia: Dr. João

Português, Dra. Filipa C. Almeida e Dra. Sílvia Ribeiro. Cada formador ficou a cargo de um dos três workshops inseridos no âmbito deste curso: “Arritmologia”, “Dor torácica” e “Questões do dia-a-dia”. O curso abriu com uma sessão introdutória, para todos os participantes, realizada pelo Dr. João Português e na qual foram abordados os princípios básicos de realização e interpretação do ECG respeitando a sequência correta de leitura dos traçados. Inicialmente foram abordadas as características normais do ECG terminando com algumas das alterações mais frequentes, nomeadamente, da condução auriculoventricular, intraventricular, hipertrofia ventricular e isquemia. Após esta sessão introdutória, os 36 participantes foram distribuídos em 3 grupos para assistirem em simultâneo e de forma rotativa aos três workshops planeados. No workshop de “Arritmologia” palestrado pela Dra. Sílvia Ribeiro foram abordadas alterações da formação e condução dos impulsos, reforçando as características eletrocardiográficas das patologias mais presentes nos CSP. O workshop intitulado “Dor torácica”, palestrado pela Dra. Filipa C. Almeida, baseou-se sobretudo na discussão de casos clínicos sobre doença cardíaca isquémica, pericardite e tromboembolismo pulmonar integrando critérios de diagnóstico, etiologia e diagnóstico diferencial de cada um dos casos. O workshop “Questões do dia-a-dia” palestrado pelo Dr. João Português caracterizou-se pela interpretação de traçados de várias patologias permitindo aos participantes praticar a interpretação sistemática do ECG como abordado na sessão introdutória. Por fim, os participantes realizaram um teste para avaliação individual do curso e após a entrega de todos os testes as questões foram resolvidas e discutidas.

Este curso permitiu a aquisição de competências essenciais para a prática clínica de Medicina Geral e Familiar no respeito à realização e análise de ECG bem como no tratamento e orientação dos doentes que apresentam alterações eletrocardiográficas.

Características do ECG normal
Duração da onda P <0.12 seg
Onda P é positiva em DI e DII e negativa em aVR
Intervalo PR constante <0.2 seg
Duração do QRS <0.12 seg
Segmento ST isoelettrico
Onda T com polaridade semelhante ao QRS
Onda S diminuindo progressivamente de amplitude de V1 a V6
Onda R aumentando progressivamente de amplitude de V1 a V6



CURSO

“CURSO DE EXAME MÚSCULO-ESQUELÉTICO PARA MGF” EDIÇÃO 2016 E 2017

por **Fabiana Peixoto¹** e **Sara Barbosa²**

1. Vogal da AIMGF Zona Norte

2. Colaboradora da AIMGF Zona Norte

A patologia osteoarticular representa uma proporção considerável dos motivos de consulta ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, constituindo uma causa frequente de morbilidade e, conseqüentemente, incapacidade laboral. É fundamental que o médico de família consiga realizar com segurança o exame músculo-esquelético, adequando as manobras semiológicas às suspeitas clínicas, sabendo valorizar os achados desse exame de acordo com as diferentes patologias. Com o intuito de colmatar uma falha que muitos internos de Medicina Geral e Familiar sentem na sua formação pré-graduada, surgiu a necessidade de criar um curso nesta área, o I Curso de Exame Músculo-Esquelético para Medicina Geral e Familiar, que decorreu nos dias 8, 14, 15, 21 e 22 de Outubro de 2016. Pela sua recetividade junto dos colegas, evidente na ocupação total do número de vagas disponíveis na 1ª edição, assim como pelo excelente feedback recebido dos participantes, de tal forma que 100% o recomendaria aos seus pares, a AIMGF promoveu a segunda edição deste curso em 2017. A 2ª edição do curso decorreu nos dias 16, 17 e 30 de junho e 7 e 8 de julho. Ambas as edições tiveram lugar no PARK Hotel, em Valongo e contaram com a participação de 30 internos de for-

mação específica de MGF, por um período total de 30 horas. A limitação do número de participantes explica-se pela componente prática deste curso, de forma a possibilitar a execução do exame objetivo por todos os participantes, com o apoio necessário dos palestrantes.

Em ambas as edições, o presente curso resultou de uma parceria entre a AIMGF e o Prof. Dr. João Torres (Assistente Hospitalar do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Centro Hospitalar São João - CHSJ), Dr. Luís Pedro Vieira (Interno de Formação Específica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do CHSJ) e Dr.ª Luísa Vital (Interna de Formação Específica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do CHSJ), contando também na edição de 2017 com a participação do Dr. Pedro Pereira (Interno de Formação Específica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do CHSJ) como palestrante.

Em cada sessão, foi realizada uma breve revisão da anatomia e uma abordagem teórica das patologias ortopédicas mais frequentes, por área anatómica. Isto permitiu recordar conceitos e fazer a ponte para a componente prática do curso, não descurando, evidentemente, a relação dos achados objetivos do exame com a orientação devida, tanto a nível da realização de exames complementares de diagnóstico, como da adequação de estratégias terapêuticas e/ou referência, quando indicado.

Relativamente ao exame músculo-esquelético, os formadores realizaram uma apresentação teórica e uma exemplificação em modelos humanos da realização do exame sistemático dirigido, explorando alguns testes mais específicos. Após esta exposição prática pelos formadores, havia tempo dedicado especificamente ao treino das manobras do exame objetivo por todos os formandos, em pequenos grupos de 2 a 4 colegas, sempre sob supervisão e orientação dos formadores.

Os palestrantes mostraram-se sempre disponíveis para esclarecimento de dúvidas em todos os momentos das suas sessões, tanto em relação ao exame objetivo, como à orientação das diferentes patologias, o que contribuiu para o sucesso deste evento. No final do curso, houve ainda lugar para a realização de um



teste de escolha múltipla (para os participantes interessados em obter certificado com nota).

A realização de cursos na área ortopédica com uma forte componente prática, como nestas iniciativas, permite adquirir competências e colmatar lacunas na formação pré-graduada dos internos de MGF, uma vez que o programa do internato complementar não contempla nenhum estágio obrigatório na área da Ortopedia, para além do contexto de urgência. No serviço de urgência, os momentos de avaliação objetiva são fundamentalmente dirigidos à patologia traumática, que representa apenas uma pequena fracção da patologia ortopédica com que o médico de família se depara no momento da consulta. Para além disso, a própria estrutura do curso, organizada por áreas anatómicas e esquematizando o exame músculo-esquelético por partes, tais como a inspeção, palpação, mobilidades, exame neurovascular (exame sensitivo, motor e vasculonervoso) e manobras/testes, com possibilidade deste treino prático, permite a criação de um esquema mental para cada articulação, que se revela muito útil na elaboração de diagnósticos diferenciais, bem como na requisição de exames complementares de diagnóstico e propostas terapêuticas.

Sob forma de conclusão, considera-se que o objetivo de ambas edições foi cumprido, excedendo as expectativas. É com satisfação que a AIMGF considera a realização de uma terceira edição deste curso, tendo em conta o seu sucesso.



CURSO “CURSO DE FORMAÇÃO EM DOR” 5ª EDIÇÃO

por **Andreia Marques¹**, **Catarina Pinto Nogueira²**

1. Vogal da AIMGF Zona Norte

2. Vogal da AIMGF Zona Norte

Em outubro e novembro de 2016 realizou-se, no Hotel Vila Galé Porto, a 5ª edição do “Curso de Formação em Dor”, resultado da parceria entre a AIMGF Zona Norte e a Pfizer. Estiveram presentes sessenta participantes e oito palestrantes. Dado o sucesso das edições anteriores manteve-se o programa de 30 horas, apenas com pequenas alterações de conteúdo. No primeiro dia o Prof. Doutor Castro Lopes (Centro Hospitalar de São João) abordou a definição de dor, a sua fisiopatologia e classificação neurofisiológica - nociceptiva (somática ou visceral) ou não-nociceptiva (neuropática e psicogénica). Nesse dia o Dr. José Romão do Centro Hospitalar do Porto (CHP) palestrou sobre a “Avaliação da pessoa com dor” realçando a importância da história clínica detalhada, uma vez que, as características da dor são fundamentais para que a sua abordagem terapêutica seja a mais adequada. Para além disso realçou a importância do modelo biopsicossocial na dor assim como as diferentes escalas utilizadas para

avaliação da intensidade da dor. O dia 8 de outubro foi dedicado à “Abordagem ao tratamento da dor”. O Dr. José Romão e o Dr. Ernesto Silva (CHP) dinamizaram uma sessão prática e recorrendo a casos clínicos, em que sequencialmente foram abordados os diferentes fármacos, formulações e escalada analgésica. A sessão seguinte, a 21 de outubro, foi palestrada pela Dra. Rita Moutinho (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho) e Dra. Maria Carlos Cativo (Centro Hospitalar Cova da Beira). A primeira debruçou-se na temática da “Dor aguda” e na importância da abordagem individualizada e, na segunda parte da sessão, a Dra. Maria Carlos Cativo incidiu a palestra na dor neuropática, dor desencadeada na consequência direta de uma lesão ou disfunção que afeta o sistema somatosensorial. Esta entidade encontra-se subdiagnosticada em Portugal, acarretando uma maior dificuldade no seu tratamento. A Dra. Rosa Fragoço (Instituto Português de Oncologia do Porto) deu o mote de abertura à sessão de 22 de outubro, com o tema “Dor oncológica”. Há uma prevalência elevada de dor crónica nos doentes oncológicos, podendo a sua etiologia estar relacionada com a doença, os tratamentos



instituídos, ou ser independente da neoplasia. A sessão incidiu em questões relacionadas com a escalada analgésica, efeitos adversos da medicação e importância da abordagem multidisciplinar da dor, melhorando sinergicamente a qualidade de vida dos doentes. Posteriormente, seguiu-se o Prof. Doutor José Barros (CHP), que abordou o tema “Cefaleias”. Foi pormenorizada a avaliação da cefaleia de tensão e enxaqueca, dado serem motivos frequentes de consultas nos Cuidados de Saúde Primários. No dia 4 de novembro, o Dr. Filipe Antunes (Hospital de Braga) abordou a “Dor osteoarticular e dor musculoesquelética”, dando particular ênfase ao papel da Medicina Física e Reabilitação como tratamento não farmacológico. Na última sessão, dia 5 de novembro, a Dr^a. Rita Moutinho, palestrou sobre a dor no idoso, que pelas suas parti-

cularidades (comorbilidades e polimedicação), apresenta-se como um desafio às escolhas terapêuticas e gestão da dor. Por último, foi dinamizada uma sessão interativa dirigida pelo Dr. José Romão, com auxílio de casos clínicos enviados pelos participantes no curso. Esta sessão permitiu aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo das sessões e perceber as dúvidas e dificuldades sentidas perante casos reais. A avaliação do curso foi realizada presencialmente, no último dia. Ao longo de todas as sessões destaca-se a participação ativa dos internos, com colocação de questões e dúvidas muito pertinentes que motivaram momentos de discussão enriquecedores. Assim, consideramos que o curso correspondeu às expectativas da AIMGF Zona Norte, pelo que esperamos realizar próximas edições em breve!

JANTAR DE RECEÇÃO AOS NOVOS INTERNOS DE MGF

por **Fabiana Peixoto**, Vogal da AIMGF Zona Norte

A tradição mantém-se! Em 2017, a AIMGF Zona Norte organizou novamente o jantar de receção aos novos internos de MGF, estando aberta à participação de todos os sócios. Este ano, o evento decorreu no final do mês de janeiro, tendo contado com a presença de várias dezenas de colegas recém-chegados à Medicina Geral e Familiar na zona Norte.

A Medicina Geral e Familiar é uma especialidade vasta, com muitas particularidades inerentes e que envolve o desenvolvimento de competências específicas e necessárias ao desempenho da profissão que se vão adquirindo durante o percurso como internos de formação específica. Este jantar assume-se, assim, como um momento fulcral na entrada para a especialidade, proporcionando um momento único de convívio entre colegas mais novos e mais velhos, permitindo a partilha de experiências e diferentes realidades, com vista a permitir a integração dos novos colegas de especialidade.

XXIII ENCONTRO DO INTERNATO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR (MGF) DA ZONA NORTE (ZN)



por **Inês Torrinha Leão¹**, **Carlota Saraiva¹**, **André Carvalho¹**, **Nelson Rodrigues²**

1. Membros da Comissão Organizadora do XXIII Encontro de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte
2. Assistente Graduado/Consultor em Medicina Geral e Familiar na USF Arquis Nova. Diretor da Direção de Internato Ricardo Jorge

*“Nihil Nisi Amor – Nada se faz sem amor”
Lema de Ricardo Jorge*

O Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar (MGF) da Zona Norte (ZN) realiza-se anualmente e a sua organização é da responsabilidade de uma das Direções de Internato da Coordenação de Internato Médico de MGF da ZN. No ano de 2016, este evento ficou a cargo da Direção de Internato Ricardo Jorge, realizando-se em Viana do Castelo e contando com mais de 700 participantes. Para os seus internos foi uma experiência formativa única, permitindo o desenvolvimento de capacidades organizativas, de responsabilidade e sobretudo a valorização do trabalho em equipa para criar um Encontro desta dimensão.

Foram dois dias de debate e partilha sobre temáticas e linhas de orientação mais atualizadas em saúde, abordando o doente em todas as suas dimensões, “da razão ao coração”. A programação do Encontro teve como linha de orientação a abordagem do doente no seu todo, tendo sido convidados como palestrantes profissionais de saúde de diversas áreas que deram a sua visão sobre o Cuidar.

Para além das sessões mais expositivas procurou-se dinamizar momentos de formação mais íntimos e interativos,

através de Workshops criados quer pela organização quer por internos de várias especialidades, permitindo a troca de conhecimento inter pares.

Em termos culturais, a organização deu a conhecer um pouco do Alto Minho proporcionando um jantar convívio que contou com a participação da Real Confraria do Vinho Alvarinho e da Ronda Típica da Meadela.

O sucesso deste evento só foi possível graças ao empenho, criatividade e dinamismo da equipa que durante um ano se desdobrou em reuniões gerais e de grupos de trabalho (secretariado, tesouraria, marketing, catering, informática, logística, comissão científica e cultural). Apesar de todo o trabalho, no final toda a equipa ficou orgulhosa com o resultado, com a sensação de dever cumprido e grata pela oportunidade única de fazer parte da organização deste evento. Durante os dois dias, além da troca de conhecimento entre colegas, houve também tempo para o reencontro e convívio de amigos, sendo este o lema do Encontro pois é no equilíbrio entre a razão e o coração que se encontra o verdadeiro ato médico.





por **Jonathan dos Santos**
Presidente da AIMGF Zona Norte

Foi em parceria com a MSD que a AIMGF Zona Norte deu lugar à primeira edição deste que foi um encontro para cerca de 300 internos de MGF da zona norte. Decorreu na secção regional do norte da ordem dos médicos no dia 16 de dezembro de 2016.

A ideia partiu da necessidade de se abordarem temáticas para além da clínica mas com impacto na prática profissional do interno (questões médico-legais, concurso de colocação de especialistas e curriculum vitae).

O evento teve início com 3 workshops relacionados com as 3 temáticas: cartas de condução (Dr. Carlos Carvalho, médico de Saúde Pública do ACeS Vale do Sousa Sul), “USF – Estado da arte” (Dr. Carlos Alvarenga da ARS Norte) e “Trabalhos vs. Obras de Arte” (Dr.^a Margarida Moreira,

médica de família).

O médico de família depara-se diariamente com questões legais (sujeita a atualizações constantes) para as quais tem dificuldade em lidar e cuja formação é escassa. Certificados de incapacidade temporária e atestados médicos (Dr.^a Ana Penas e Dr.^a Sabrina Pedone do ACeS Vale do Sousa Sul), maus tratos a idosos e violência doméstica (Dr. Ricardo Dias e Dr.^a Angélica Gomes Silva da delegação do norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses) foram os temas debatidos e esclarecidos neste evento.

A construção do CV (curriculum vitae) é o reflexo do trabalho do interno durante 4 anos e tem um peso importante na classificação final de especialidade. A recente alteração da grelha de avaliação foi esclarecida pela Dr.^a Ângela Teixeira (orientadora de formação) e testemunhada pela Dr.^a Patrícia Fernandes (recém-especialista) com a presença do Dr. Hélder Sousa (diretor de internato).

A colocação dos recém-especialistas é um momento decisivo para muitos colegas que pretendem locais de trabalho próximos da sua área de residência. Com um concurso agora nacional e um número de vagas na zona norte inferior ao número de candidatos, são muitos os colegas que procuram alternativas. A Professora Doutora Luciana Couto (colégio da especialidade de MGF) e o Dr. Carlos Alvarenga (ARS Norte) vieram esclarecer o atual funcionamento do concurso e o método de transição de uma UCSP (unidade de cuidados de saúde personalizados) para USF (unidade de saúde familiar). A especialidade de MGF, pela sua versatilidade, permite aquele que a detiver seguir caminhos para além daquilo que é um médico de família numa unidade de saúde. Foi por esse motivo que o Dr. Alberto Pais de Sousa (médico numa unidade de psiquiatria em França) e o Dr. Pedro Norton (saúde ocupacional no centro hospitalar do S. João) vieram partilhar a sua experiência. O evento terminou com a expectativa de se prosseguir com uma segunda edição em 2017.





EUTANÁSIA

por **Prof. Doutor Rui Nunes**
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

1. Introdução

O debate sobre a eutanásia é particularmente intenso nas sociedades modernas sendo uma fonte importante de controvérsia social. É sabido que, em muitas circunstâncias, a decisão médica contribui para abreviar a morte de um doente terminal e diferentes sociedades têm entendimentos diversos no que respeita ao papel específico do médico neste contexto. Mais ainda, a morte ocorre geralmente no hospital, longe da família e amigos, num ambiente mais favorável à solidão e ao abandono. O desenvolvimento dos cuidados paliativos como uma nova abordagem filosófica no final da vida é um importante sinal da transformação cultural que se assiste neste domínio. Tal como sugere John Keown “se a legislação deve permitir ou não a eutanásia voluntária e a assistência médica ao suicídio é uma das questões vitais que confrontam qualquer sociedade contemporânea”.

Existiram muitas tentativas para legalizar a eutanásia em diferentes sociedades mas poucas tiveram sucesso, existindo boas razões para se proceder ou não à sua legalização. Tradicionalmente, na maioria dos países com raízes cristãs, a eutanásia e a assistência médica ao suicídio eram práticas moralmente condenadas devido à santidade atribuída à vida humana. Porém, a emergência de sociedades seculares e pluralistas deu um significado diferente ao conceito de autonomia pessoal, e o direito à autodeterminação passou a ser progressivamente reconhecido e valorizado como um direito básico e inalienável.

2. Enquadramento Histórico e Desenvolvimento

Apesar do intenso debate sobre a legalização da eutanásia

voluntária e da assistência médica ao suicídio, diferentes correntes filosóficas aceitam esta prática afirmando o direito a morrer com dignidade. Por exemplo, os autores libertários defendem que não existe distinção entre matar e deixar morrer desde que o consentimento mútuo entre as partes seja adequadamente obtido. Também na ótica utilitarista sugere-se que a eutanásia pode ser moralmente admissível em algumas circunstâncias.

Esta evolução sociológica surgiu inicialmente na Europa e em países de tradição anglo-americana. Porém, este debate estendeu-se a todo o mundo civilizado mesmo aos países Mediterrâneos com larga tradição de respeito pela sacralidade da vida. De facto, assistiu-se a uma profunda transformação social e a uma escala global, sobretudo devido ao aumento da esperança de vida, a uma menor influência da Igreja Católica (e de outras confissões religiosas), bem como ao diferente papel que a família vem adotando enquanto cuidador informal. Neste clima social e cultural, era expectável que novas abordagens sobre a morte assistida se viessem a desenvolver, desde logo porque muitos doentes terminais têm pensamentos frequentes sobre a morte e acreditam que a eutanásia voluntária e a assistência médica ao suicídio podem ser práticas aceites pela sociedade.

Entre os diferentes motivos para pedir a eutanásia encontram-se sentimentos de solidão, de exclusão e de abandono, e portanto um colapso do projeto existencial. E, a inexistência de objetivos claros de autorrealização pessoal pode originar uma contínua ideação suicida. Também, muitos doentes podem solicitar a eutanásia devido a uma perda de autonomia e de dignidade, nomeadamente devido a uma incapacidade de desenrolar atividades que deem significado à vida. Por exemplo, a lei holandesa sobre eutanásia e assistência médica ao suicídio refere-se ao conceito de “sofrimento insuportável” como o critério major para pedir a eutanásia. Isto é, esta lei sustenta-se numa avaliação subjetiva por parte do doente quando este não encontra soluções alternativas a uma morte com dignidade. Porém, “sofrimento insuportável” não é uma expressão técnica mas antes uma condição subjetiva pessoal que irá determinar a escolha por uma morte misericordiosa.

Diferentes variáveis podem influenciar um pedido específico de eutanásia – que se reporta à prática de administrar, fornecer, ou prescrever fármacos com a intensão explícita de abreviar a morte do doente. Se é verdade que algumas dessas variáveis são difíceis de ultrapassar, tal como a morte de um ente querido, outras podem e devem ser dirimidas antes de se implementar e legalizar a eutanásia voluntária e a assistência médica ao suicídio: por exemplo, um programa nacional de cuidados paliativos. No plano ético a eutanásia e a assistência médica ao suicídio só podem ser uma opção se forem a expressão da autonomia da vontade. Qualquer influência indevida na vontade pessoal, tal como uma depressão ou outra doença afetiva tratável, condiciona definitivamente o conceito de eutanásia voluntária. É também inaceitável que um pedido de eutanásia seja

fundamentado em dor insuportável dado que a medicina dispõe hoje de estratégias adequadas para ultrapassar a dor crónica. Em qualquer caso “sofrimento insuportável” não deve nunca ser equivalente a “dor insuportável” e os médicos devem estar especialmente preparados para conhecer e detetar esta diferença.

Mais ainda, é frequentemente questionado se um doente terminal com “sofrimento insuportável” acha aceitável perguntar a um médico para lhe terminar a vida. Isto é, se a eutanásia voluntária e a assistência médica ao suicídio devem ser incorporadas na prática da medicina. Isto porque existe uma diferença entre a aceitação moral de uma prática e a sua legalização. A despenalização pela via legislativa implica um desvio social em valores fundamentais da medicina porque qualquer lei dispõe de um conjunto alargado de valores na sua estrutura concetual.

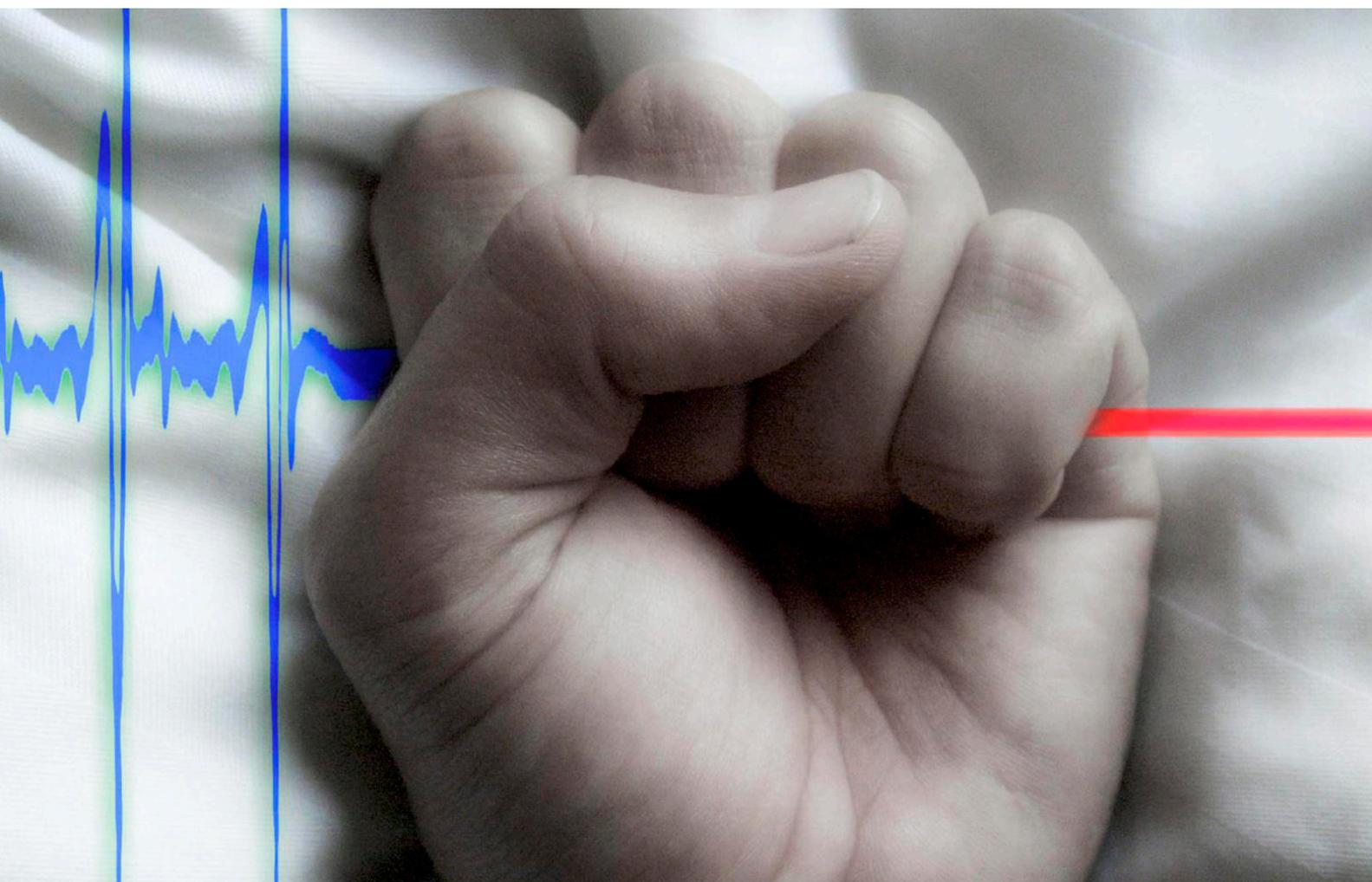
Em todo o caso as consequências inaceitáveis da legalização da eutanásia voluntária e da assistência médica ao suicídio são também um importante fator a equacionar. Uma análise aprofundada da evidência empírica obtida no estado norte-americano do *Oregon* (onde a assistência médica ao suicídio foi legalizada através do *Oregon Death with Dignity Act*), do *Northern Territory* na Austrália (onde a eutanásia voluntária e a assistência médica ao suicídio foram temporariamente legalizadas através do *Rights of the Terminally Ill Act of 1995*), e também na Holanda, na Bélgica e no Luxemburgo são essenciais para melhor se enquadrar

esta problemática. Um estudo efetuado por Van der Heide et al. demonstrou já em 2005 que 1,7% de todas as mortes na Holanda são resultado de eutanásia. Também na Bélgica estima-se que 30% de todas as mortes sejam precedidas de cuidados paliativos e cerca de 3% de eutanásia.

Em outros países, tal como Portugal, o debate sobre a eutanásia está a iniciar-se e temas como a morte com dignidade irão originar necessariamente um equilíbrio entre a autonomia do doente e os seus melhores interesses numa perspetiva comunitária. Porém, o debate será mais frutífero se, por um lado, o acesso a cuidados paliativos for universal e equitativo e, por outro, se existir uma formação adequada de profissionais de saúde em tomada de decisão em doentes terminais. A longo prazo, no entanto, a eutanásia e a assistência médica ao suicídio serão progressivamente aceites pela sociedade se o receio da eutanásia não-voluntária (sem o conhecimento do doente) e da eutanásia involuntária (contra a sua vontade) forem totalmente excluídos. Também, condições frequentes como a depressão e a ansiedade devem ser detetadas.

3. Definição e Clarificação Concetual

Numa perspetiva hipocrática a eutanásia é sempre um ato eticamente condenável porque a natureza fiduciária da relação médico-doente estaria em causa se o paciente não confiasse totalmente no seu médico. Isto é, tanto a eutanásia voluntária como a assistência médica ao suicídio



não seriam uma opção para os médicos dado que a vida humana não se encontra dentro dos limites consentidos à autonomia da pessoa. Note-se que, tradicionalmente, os objetivos da medicina são curar, cuidar e aliviar o sofrimento. Assim, a sua moralidade interna seria questionada na ótica hipocrática se os objetivos centrais da sua prática fossem desvirtuados em um sentido incompatível com a proteção da dignidade humana, tal como terminar a vida de uma pessoa.

Mais ainda, a autonomia profissional deve reconhecer sempre o direito à objeção de consciência e, assim, a ética profissional deve permitir que um médico rejeite a eutanásia mesmo no caso de esta se encontrar legalizada. Por exemplo o Código Internacional de Ética Médica da World Medical Association refere expressamente que “Um médico deve ter sempre em consideração a obrigação de respeitar a vida humana” considerando mesmo contrário à ética médica a prática da eutanásia, mesmo a pedido instantâneo do doente. De facto, pode perguntar-se qual deveria ser o profissional responsável por autorizar e implementar a eutanásia voluntária ou a assistência ao suicídio. E que tipo de treino, formação, supervisão, escrutínio, e *accountability*, seria requerido para aqueles que ensinam médicos e enfermeiros. Ou seja, as consequências para a moralidade interna da medicina devem ser avaliadas em profundidade se esta evolução legislativa se vier a concretizar.

Para ultrapassar o inevitável impacto da eutanásia nos pressupostos éticos essenciais da medicina foi sugerida a criação de um sistema gerido centralmente que retirasse os médicos deste circuito. Esta visão aproxima-se do modelo Suíço segundo o qual voluntários participam na assistência ao suicídio e não o médico assistente. Porém, a fundamentação ética desta proposta não é totalmente clara dado que pode ser aduzido que se a eutanásia e a assistência médica ao suicídio forem legalizadas, então os médicos que não tiverem reservas no plano ético não devem ser privados de participar em práticas que estão em consonância com a sua consciência moral.

Apesar deste contexto histórico existe uma aceitação progressiva da eutanásia voluntária e da assistência médica ao suicídio, nomeadamente em cuidados intensivos, oncologia e mesmo em cuidados paliativos. No debate sobre a legalização da eutanásia voluntária e da assistência médica ao suicídio argumenta-se frequentemente sobre a possibilidade de existir uma “rampa deslizante” prevendo a possibilidade de abuso em populações vulneráveis, tal como as crianças, os idosos e os deficientes. Um dos principais receios é, precisamente, a dificuldade de implementar mecanismos de regulação e supervisão suficientemente robustos.

Por isso os defensores da eutanásia advogam uma política regulatória onde a morte assistida seja eficazmente monitorizada pelas autoridades públicas. De esta forma a prevenção da eutanásia não-voluntária e da eutanásia in-

voluntária seria mais facilmente concretizável. Para o consentimento ser válido deve ser completamente voluntário, devendo o doente agir sem qualquer influência externa ou intrínseca. Seja de terceiros (médicos, enfermeiros, familiares) ou de doenças debilitantes, problemas psiquiátricos, ou toxicodependência. No caso das crianças para o consentimento ser válido (presumindo que já dispõe de capacidade para decidir) o consentimento parental pode não ser necessário, já que pode ser eventualmente disruptivo de um verdadeiro consentimento voluntário.

Para implementar uma supervisão eficaz foi sugerido que a formação médica devesse enfatizar competências específicas para lidar com a morte, principalmente junto dos médicos de família. Estes devem estar capacitados para avaliar se um doente que pede a eutanásia não quer viver mais ou apenas não quer viver naquelas circunstâncias específicas. Também deve ser avaliado o impacto psicológico da eutanásia e assistência médica ao suicídio, agora na ótica dos familiares e amigos próximos.

Numa perspetiva médica e apesar de a eutanásia ser proibida pela ética médica tradicional, os médicos estão mais sensíveis para a sua prática tratando-se de doentes terminais com sofrimento insuportável e intratável, sofrimento que o doente entenda ser tão grave e severo a ponto de ser considerado como inaceitável. Deduz-se que na perspetiva de uma ética médica à escala global a eutanásia voluntária e a assistência médica ao suicídio devem ser abordadas apenas no plano da consciência ética de cada médico podendo este optar pela objeção de consciência.

4. Conclusão

A morte assistida representa um dos mais importantes problemas das sociedades contemporâneas ao evocar a questão da finitude da existência humana e das condições de vida dos doentes terminais. Embora diferentes sociedades apresentem diferentes tradições sociais e religiosas a maioria das sociedades desenvolvidas está presentemente a promover este debate. A rápida evolução deste ambiente sociológico antecipa que a legalização da eutanásia voluntária pode ocorrer brevemente em muitas sociedades.

Porém, a evidência demonstra que a legalização da eutanásia voluntária e da assistência médica ao suicídio promove o desenvolvimento dos cuidados paliativos e de outros aspetos da assistência a doentes terminais. Por exemplo, é hoje sabido que aquilo que se designa pelo modelo Belga de “cuidados integrais ao doente terminal” apresenta a eutanásia como uma opção disponível mesmo no final de cuidados paliativos de excelência. Mas, garantir os direitos das populações vulneráveis – especialmente de aqueles que não conseguem decidir por si próprios – deve ser a pedra angular do debate sobre a política pública sobre a morte assistida. A distinção entre eutanásia voluntária e involuntária é fundamental de modo a salvaguardar os direitos das pessoas incompetentes.

OS HIGHLIGHTS DO CONGRESSO EUROPEU DE CARDIOLOGIA PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

por Prof. Doutor Ricardo Fontes Carvalho (MD, PhD, FESC, FACC)

Cardiologista no Centro Hospitalar Gaia-Espinho

O último Congresso Europeu de Cardiologia, que decorreu em Barcelona no final de Agosto de 2017, foi unanimemente considerado um dos mais relevantes dos últimos anos na Medicina Cardiovascular. Foi rico na discussão científica, mas marcou sobretudo pela apresentação de novos estudos que irão alterar a forma como tratamos ou compreendemos a doença cardiovascular.

Segue-se um breve resumo dos dados mais importantes que foram apresentados:

1. Estudo COMPASS1

Este estudo mostrou que em doentes com antecedentes de doença cardiovascular (prevenção secundária), a adição de uma dose baixa de rivaroxaban (2.5 mg, em duas tomas por dia) ao tratamento tradicional com aspirina 100 mg, permite uma redução de 24% dos eventos cardiovasculares e também da mortalidade total. Houve um aumento ligeiro de hemorragias, mas não das hemorragias fatais.

Comentário: estes resultados introduzem um novo conceito na medicina cardiovascular. Mostram que em prevenção secundária, para além da anti-agregação, poderá ser importante adicionar uma baixa dose de hipocoagulação (surge o conceito do rivaroxaban em “dose vascular”) para aumentar a proteção cardiovascular.

Além disso, estes dados confirmam o bom perfil de eficácia e segurança do rivaroxaban, desta vez numa nova indicação para além da fibrilação auricular.

2. Estudo CANTUS2

O estudo CANTUS pretendeu avaliar se em prevenção secundária a redução da inflamação através da administração do canakinumab (um anticorpo monoclonal que bloqueia a IL-1) permite maior proteção cardiovascular. Observou-se uma redução de cerca de 15% dos eventos cardiovasculares, sem benefícios na mortalidade total. Em termos de efeitos laterais observou-se um aumento do risco de leucopenia e de infeções fatais.

Comentário: será pouco provável uma utilização disseminada deste fármaco na doença cardiovascular. Os benefícios cardiovasculares foram modestos e ocorreram à custa

de efeitos laterais relevantes.

Contudo, este estudo é muito relevante porque demonstra pela primeira vez a importância da inflamação como um dos fatores envolvidos na fisiopatologia da doença cardiovascular, abrindo assim as portas para mais investigação nesta área.

3. Estudo REHARSE-AF3

Sabemos que a fibrilação auricular (FA) é uma doença frequentemente assintomática, sobretudo nos idosos. Este estudo testou a importância de uma estratégia de rastreio ativo da FA, usando um novo dispositivo (AliveCor), simples de usar, que pode ser acoplado ao smartphone para obter um traçado de eletrocardiograma. De forma não surpreendente esta estratégia aumentou em 4 vezes a probabilidade de identificação de casos de FA assintomática.

Comentário: estes resultados são mais uma prova da importância de fazermos o rastreio da FA. Isto pode ser feito de forma simples, por exemplo pela avaliação do pulso do doente durante a consulta, sobretudo nos idosos.

Além disso, este estudo é mais uma prova da importância futura da chamada “Medicina Digital” que abre enormes potencialidades na utilização dos smartphones para melhorar o diagnóstico e seguimento de várias doenças.

4. Novas guidelines e quedas de alguns mitos da Cardiologia

Durante o congresso foram publicadas novas recomendações para o tratamento da doença valvular e do enfarte com supradesnivelamento de ST. Existem várias novidades, impossíveis de resumir aqui.

Comentário: relativamente às guidelines do enfarte, destaca a noção da individualização da duração da terapêutica anti-plaquetária dupla (a duração passa a depender do risco isquémico e hemorrágico do doente), a importância de atingir um LDL alvo de < 70 mg/dL e uma subida do nível de recomendação para a utilização do cateterismo pela artéria radial e dos stents revestidos por fármacos.

Em relação às recomendações de doença valvular, verifica-se um alargamento das indicações para a utilização da substituição valvular por via percutânea (TAVI,) que passa a ser a estratégia preferencial na estenose aórtica grave com risco cirúrgico alto ou proibitivo e uma opção nos doentes de risco intermédio.

Finalmente, foi desfeito um dos mitos da Cardiologia. No tratamento da fase aguda do enfarte o oxigénio não deve ser utilizado em todos os doentes, devendo ser reservado para aqueles com hipoxemia.

REFERÊNCIAS

1. Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. N Engl J Med 2017. Epub ahead of print
2. Anti-inflammatory Therapy with Canakinumab for Atherosclerotic Disease. N Engl J Med 2017. Epub ahead of print
3. Rhythm Sampling Using the AliveCor Heart Monitor to Screen for Atrial Fibrillation: The REHEARSE-AF Study. Circulation 2017

O MUNDO DAS PÓS-GRADUAÇÕES



Quando decidimos melhorar o nosso currículo, indo de encontro às necessidades sentidas no dia-a-dia, às lacunas teóricas que possamos sentir e aos gostos pessoais, deparamo-nos com uma imensidão de cursos, pós graduações e mestrados. Nos programas disponíveis pelas faculdades, dificilmente encontramos uma opinião isenta acerca de cada um, pelo que por vezes se torna difícil a escolha entre um ou outro curso apenas pelos temas abordados ao longo do programa. Assim, a AIMGF Magazine achou relevante compilar a opinião de alunos que já tenham completado alguns dos cursos pós graduados disponíveis, de forma a dar uma outra visão dos mesmos e, assim, ajudar os colegas na escolha mais consciente do curso que escolherão.

Pós graduação de Medicina do Trabalho por **Patrícia Fernandes e Sara Magalhães**

- Interesse dos conteúdos:

As aulas incidem sobre os mais variados temas relacionados com o Trabalho, sendo que, inicialmente, pela sua especificidade, torna-se difícil o seu acompanhamento. Contudo, com o avançar dos temas, os alunos tornam-se nitidamente mais sensíveis a esta temática, o que facilita a compreensão e integração entre as diversas temáticas. Para dominar alguns temas, além de estudar a bibliografia recomendada e as apresentações cedidas (que, nem sempre, apresentam o conteúdo necessário), é importante assistir às aulas e à discussão que é realizada durante as mesmas.

- Aplicabilidade na prática clínica diária do Médico de Família:

De uma forma geral, o curso de especialização é uma boa base científica para profissionais de saúde no sentido de atribuir competências para uma melhor abordagem da patologia relacionada com o trabalho, que se apresenta nos Cuidados de Saúde Primários (relacionada com o trabalho). Permite igualmente ao Mé-

dico de Família estar mais sensibilizado para os riscos profissionais, assim como para as patologias relacionadas com o trabalho e a sua participação ao Centro Nacional de Proteção contra os riscos Profissionais (CNPRP). Sendo as condições laborais do utente, bem como as condicionantes inerentes à sua profissão, motivos frequentes de consulta no âmbito dos CSP, este curso permite, sem dúvida, aquisição de competências para a melhor orientação destes utentes, em coordenação com o Médico do Trabalho.

- Oportunidades em termos futuros:

Até final do ano letivo 2013/2015 a frequência do Curso de Especialização em Medicina do Trabalho dava acesso à inscrição no Plano Transitório de Formação em Medicina do Trabalho do Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho, homologado pelo Conselho Nacional Executivo a 28 de fevereiro de 2014, para obtenção do título de especialista em Medicina do Trabalho pela Ordem dos Médicos (OM). Esta metodologia de formação, com duração de 2 anos, prevê o exercício orientado em Medicina do trabalho como componente teórico-prática para o desenvolvimento e consolidação das competências adquiridas na pós-graduação de Medicina do Trabalho, com vista à especialização nesta área e dentro das boas práticas e legislação em vigor. Após a criação do Internato de Especialidade de Medicina do Trabalho, tal já não é possível. Contudo, a realização do curso de especialização não deixa de ser importante na sensibilização dos profissionais de saúde para esta área.

Pós graduação de Medicina Desportiva Por **Filipa Filipe e João Palas**

- Interesse dos conteúdos:

As aulas iniciais abordam temas relacionados com a fisiologia do movimento e do exercício, acabando por ser bastante “pesadas” para o aluno, por mais dinâmi-

co que o professor tente ser. Com o avançar dos temas, existe mais e melhor interação entre alunos e professores, surgindo muitas vezes debates saudáveis durante as aulas, mesmo entre os alunos que assistem à distância. A maioria dos temas acabam por ser tratados de uma maneira muito generalista, não existindo muitas vezes orientação para a prática clínica. Para dominar um tema, além de assistir à aula e estudar a bibliografia recomendada, torna-se importante procurar informação noutras fontes, uma vez que as apresentações cedidas deixam a desejar, tanto pela falta de organização como pelo conteúdo das mesmas.

- Aplicabilidade na prática clínica diária do Médico de Família:

De uma maneira geral, o curso de especialização é insuficiente para trabalhar na área de forma consistente. Permite uma melhor abordagem à patologia músculo-esquelética que se apresenta nos Cuidados de Saúde Primários, permite orientar o exame físico, a suspeita diagnóstica, a escolha de exames auxiliares de diagnóstico e sua leitura e orientação. Para além disso, também possibilita a capacitação na realização de um bom exame médico-desportivo assim como na prescrição de exercício físico. Com o sucessivo aumento de utentes a praticar desporto de forma não prescrita e não supervisionada, é de esperar um aumento de consultas por lesões e eventuais dúvidas relacionadas com exercício físico. Este curso de especialização irá ajudar a melhor orientar estas lesões e a responder a essas dúvidas.

Oportunidades em termos futuros:

A Medicina Desportiva acaba por “estar em alta”, devido ao aumento da necessidade, quer por atletas federados como por “atletas de domingo”. No geral, o maior problema será o pouco investimento que os clubes e o público em geral atribuem a esta especialidade médica. Ainda não se recorre ao médico para prescrição de exercício de uma forma rotineira, acabando esta tarefa por ser realizada por profissionais menos qualificados para esse efeito. Apesar de tudo, existem algumas portas abertas além dos cuidados prestados nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente o trabalho direto com um clube (avaliação dos atletas, seguimento, prescrição de exercício e diferentes níveis de treino durante a época, tratamento de lesões), a realização de exames médico-desportivos e a consulta de Medicina Desportiva no âmbito da medicina privada, embora para isto este Curso de Especialização em Medicina Desportiva não seja, de todo, suficiente, na opinião dos autores.

Pós graduação de Geriatria

por **Cristina Neves, Ligia Massena e Filipa Matias**

- Interesse dos conteúdos:

Curso teórico, abrangendo uma grande diversidade de temas. Dado o método de ensino ser essencialmente académico há pouca interação entre o professor e os alunos, dificultando o debate. Os conteúdos são, por vezes, demasiado pormenorizados e dirigidos à especialidade do módulo em questão, com conceitos menos práticos. Ainda assim, num país em que a formação pré-graduada em Geriatria deixa a desejar e a especialidade não é reconhecida, é uma mais valia tanto a nível curricular como clínico, permitindo a revisão de conteúdos importantes que, de outro modo, ficariam esquecidos.

- Aplicabilidade na prática clínica diária do Médico de Família:

Alguns dos módulos lecionados demonstraram ter aplicabilidade clínica, com uma revisão simples e uma abordagem sistematizada das patologias discutidas, destacando as especificidades desta faixa etária. Por outro lado, ao longo da pós-graduação, foi possível aumentar a capacidade clínica para uma correta valorização e interpretação de sinais e sintomas, assim como de alterações nos exames complementares de diagnóstico, do doente idoso e ajuste terapêutico. Assim, poderá ser mais fácil fazer uma melhor distinção entre as alterações associadas ao envelhecimento ou a uma determinada patologia, durante a prática clínica diária.

- Oportunidades em termos futuros:

A população idosa está a aumentar, representando em 2014 cerca de 20% da população residente total. Deste modo, é expectável que a população idosa represente uma fatia cada vez maior das listas dos Médicos de Família. É necessária uma preparação para esta realidade, tornando-se essencial a realização de formações e atualizações nesta área. Num país em que a formação pré-graduada em Geriatria deixa a desejar e a especialidade propriamente dita é inexistente, o Curso Internacional em Geriatria Clínica é uma mais valia tanto a nível curricular como clínico.

Pós graduação de Dor

por **Joana Barreira**

- Interesse dos conteúdos:

De uma maneira geral, os conteúdos das aulas teóricas têm bastante interesse. Pontualmente, observei situações em que os conteúdos estavam desatualizados e al-

gumas das aulas são mais destinadas para colegas das especialidades hospitalares (presentes na pós-graduação em número significativo). Apesar de nas aulas teóricas não ser possível a discussão de todas as dúvidas e questões práticas, o facto de existir um estágio de 150 horas é, no meu ponto de vista, a grande mais-valia da pós-graduação. A vantagem de o estágio poder ser realizado em várias Unidades permite que o aluno possa conhecer tantas realidades diferentes quanto possível. No meu caso, para além das 3 Unidades localizadas no Porto, estive 2 dias completos no Hospital Garcia de Orta, fazendo uso de dias de comissão gratuita de serviço. Tive oportunidade de assistir a consultas de Dor, consultas multidisciplinares (com colegas de Reumatologia e Neurocirurgia), consultas de Psicologia e Psiquiatria, sessões de acupuntura e algumas técnicas invasivas.

- Aplicabilidade na prática clínica diária:

Os conhecimentos adquiridos são aplicáveis, uma vez que na generalidade das nossas consultas lidamos com doentes com dor, nomeadamente com dor crónica por patologia osteoarticular. A realização da pós-graduação ajudou-me na distinção do tipo de dor, na avaliação da mesma através de escalas e questionários e no manejo dos fármacos. Uma área em que me permitiu estar mais à vontade foi a de dor oncológica e Cuidados Paliativos.

- Oportunidades em termos futuros:

A pós-graduação poderá permitir a criação de uma consulta de Dor Crónica na Unidade de Saúde, bem como ter mais conhecimento para se integrar, por exemplo, uma Equipa de Cuidados Paliativos. Para além disso, poderá abrir portas para a aquisição da competência em Medicina da Dor da Ordem dos Médicos, visto que o critério de formação teórica fica cumprido com estas 120 horas. Para a candidatura, a formação prática terá de ser alargada até se completar um mínimo de 1000 horas, no período máximo de 3 anos consecutivos, assim como terão de existir trabalhos científicos na área da dor.

Mestrado em Cuidados Paliativos

por **Margarida Pereira**

- Interesse dos conteúdos:

Como aspeto mais positivo deste mestrado, salienta-se a multidisciplinaridade do mesmo. Em primeiro lugar, é dirigido a várias especialidades médicas, como Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Oncologia, Hematologia e Pediatria. Em segundo lugar, é dirigido não só a médicos, mas também a outros pro-

fissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. Uma vantagem desta multidisciplinaridade foi conhecer a perspetiva de outros profissionais e as experiências daqueles que já trabalhavam na área, permitindo a aquisição de ferramentas para o trabalho em equipa. Como aspeto mais negativo, destaca-se o facto de ser um curso teórico. Tendo em conta este aspeto, a formação em Cuidados Paliativos não estará completa, na minha opinião, sem a realização de um estágio em equipa de Cuidados Paliativos.

- Aplicabilidade na prática clínica diária:

No geral é uma experiência positiva, que permite a aquisição de muitos conhecimentos, nomeadamente ao nível de comunicação clínica, como lidar com o luto e questões sobre espiritualidade, áreas muitas vezes desvalorizadas pelos profissionais de saúde, e que, no final da vida, adquirem tanta ou mais importância como os sintomas físicos.

- Oportunidades em termos futuros:

Tendo em conta a ainda escassa disponibilidade de recursos humanos com formação em Cuidados Paliativos e os objetivos do plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, este mestrado poderá também abrir muitas portas em termos profissionais no futuro.

Pós graduação em Climatologia e Hidrologia por **Tânia Martins**

- Interesse dos conteúdos:

Os conteúdos de cada uma destas unidades curriculares foram na generalidade teóricos, tendo sido transmitidos conhecimentos relevantes para a prática clínica da Medicina Termal. A unidade curricular de Higiene Hidrológica, aborda conceitos importantes de bioestatística, sendo também útil na aquisição de conhecimentos para a leitura crítica de estudos científicos, bem como para a realização dos mesmos. Nas unidades de Química Analítica e Geologia e Captagem, os temas abordados estão fora do âmbito da ciência médica, no entanto, e dado a forma entusiasta com que os professores das disciplinas abordam os temas, foram sem dúvida aulas interessantes e dinâmicas. As disciplinas de Hidrologia Geral e de Terapêutica Hidrológica dedicaram-se exclusivamente à abordagem de conceitos úteis à prática clínica no contexto das estâncias termais.

- Aplicabilidade na prática clínica diária:

Embora os tratamentos realizados nas estâncias ter-

mais não sejam compartilhados pelo Serviço Nacional de Saúde, há uma parte significativa da população que recorre a estes cuidados, pelo que é importante que o Médico de Família conheça as indicações destes tratamentos. Nesta pós-graduação de Climatologia e Hidrologia, mais especificamente na unidade curricular de Fisioterapia, são lecionados temas muito úteis na abordagem de patologia músculo-esquelética. Esta disciplina é, sem dúvida, a mais útil para a prática diária do Médico de Família.

- Oportunidades em termos futuros:

Esta pós-graduação é um requisito essencial para a candidatura à Competência em Hidrologia pela Ordem dos Médicos, sendo esta competência imprescindível para o exercício do cargo de Diretor Clínico de Estabelecimentos Termas. Considerando o envelhecimento da população, já mencionado anteriormente, a crescente procura e valorização do conceito de “qualidade de vida” e o facto de uma grande parte dos recursos hidrominerais suscetíveis de serem aproveitados para a prática da atividade termal se localizarem nas regiões mais desfavorecidas e no interior do país, é de grande interesse o crescente investimento neste recurso que tem sido cada vez mais utilizado na vertente do turismo em saúde.

Pós graduação em Competências de Comunicação Clínica

por **Mariana Moura Relvas**

- Interesse dos conteúdos:

A relação Médico-Doente tem sido alvo de maior enfoque na formação pré e pós-graduada, com o reconhecimento crescente da importância da comunicação clínica e o seu impacto terapêutico. Sabe-se que a relação criada entre o profissional de saúde e o doente tem reflexo não só no grau de satisfação do doente e na adesão à terapêutica, mas também em parâmetros como a glicemia e pressão arterial, permitindo ganhos económicos com a requisição de menor número de meios auxiliares de diagnóstico e realização de menor número de referências. Considerando as limitações no dia-a-dia da nossa prática clínica, como o curto tempo por consulta, a escassez de recursos, a necessidade de realizar registos, entre vários outros, maioritariamente não controlados por nós, percebe-se que o investimento na aprendizagem de técnicas para uma comunicação eficaz poderá ser valioso para a construção de uma relação verdadeiramente terapêutica, que permita contornar algumas destas limitações. Tradicionalmente, o ensino de técnicas de comunicação era realizado de forma informal, assumindo-

se como parte inerente da “vocação”, mas atualmente sabe-se que as técnicas de comunicação são passíveis de ser ensinadas. Nesta pós-graduação, as sessões são realizadas de modo presencial com ensino prático, uma introdução teórica para cada módulo, seguida de role-play com casos clínicos diversos. O ambiente é descontraído e permite uma aprendizagem eficaz uma vez que o número de participantes é reduzido. A aplicação do conteúdo vai sendo realizada de forma crescente, com utilização de técnicas de comunicação na nossa prática clínica, o que funciona como motivação para a aprendizagem de novos conteúdos. O facto de o módulo correspondente à entrevista clínica ser o mais extenso tem utilidade pois permite utilizar uma estrutura fixa para a entrevista, o que facilita a fluidez da mesma e ajuda-nos a prever o próximo passo e antecipar potenciais pontos difíceis.

- Aplicabilidade na prática clínica diária do Médico de Família:

A relação Médico-Doente baseia-se na capacidade do clínico em obter informação que permita o diagnóstico, aconselhamento adequado e fornecimento de instruções terapêuticas, simultaneamente estabelecendo uma relação de empatia. A capacidade de partilhar perceções e emoções, de compreender a perspetiva do doente em relação à sua doença, quais as suas crenças e preocupações, os seus valores culturais e as suas preferências, é fundamental para uma boa relação. Saber observar, comunicar de forma verbal e não-verbal, informar, identificar emoções e atuar adequadamente são competências que podem ser aprendidas. A abordagem de temas específicos como o manejo de situações emocionais, dar más notícias, realizar consulta motivacional, lidar com extremos de idades, e saber abordar tópicos difíceis como sexualidade e espiritualidade foram de extrema utilidade, em particular no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, onde a primazia é a abordagem holística do doente.

- Oportunidades em termos futuros:

Esta pós-graduação oferece ferramentas transversais a diversas situações na prática clínica, que permitem estabelecer relações terapêuticas com os nossos doentes. Permite a melhoria da capacidade de comunicação, diminuindo o tempo de consulta e tornando-a mais proveitosa. Existe ainda a possibilidade de realização de mestrado, com investigação na área e publicação de artigos ou cargos de docência e a participação numa comunidade científica através da recém-criada Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde, e colaboração com outros grupos profissionais.

	Duração	Horário	Início e final das aulas	Local	ECTs	Presencial / Não presencial	Avaliação
Medicina do trabalho	24 meses	De 4ª a 6ª feira (3 dias/semana) 16-20 horas	Outubro a Julho do ano letivo seguinte	FMUP	90	Presencial	Testes escritos (perguntas de escolha múltipla e de resposta curta ou longa), no final de cada unidade curricular de carácter presencial e apresentação de um relatório ou trabalho
Medicina Desportiva	10 meses	6ª-feira 14:30-18:30 horas Sábado 9-13 horas	Outubro a Julho	FMUP	36	As duas modalidades estão disponíveis; possibilidade de combinação de 3 vias (sala de aula, videoconferência e aula gravada). No caso de aula gravada, é necessário entregar um relatório sobre a mesma.	Testes de escolha múltipla online, no final de cada unidade curricular, através da plataforma moodle
Geriatría	11 meses	6ª-feira 14:30-18:30 horas Sábado 9-13 horas	Setembro a Julho	FMUP	46.5	As duas modalidades estão disponíveis; possibilidade de combinação de 3 vias (sala de aula, videoconferência e aula gravada). No caso de aula gravada, é necessário entregar um relatório sobre a mesma.	Teste de escolha múltipla, online, no final de cada módulo (29 módulos)
Dor		Componente teórico: 6 horas/semana 6ª-feira das 17-20 horas e sábados das 9:30- 12:30 horas Componente prático: 150 horas - horário a combinar	Aulas teóricas: de setembro a maio; Estágio prático: períodos setembro julho (conforme disponibilidade do estudante e da Unidade de Dor) - o estudante é responsável por agendar os seus períodos de estágio, até completar as 150 horas preconizadas	FMUP e Unidades Multidisciplinares de Dor que têm protocolo com a Faculdade – CHSJ, CHP, IPO do Porto, Hospital Garcia de Orta, Hospital Santo António dos Capuchos, IPO de Lisboa, CHUC e Hospital Central do Funchal	30	Presencial	Ponderação do componente teórico e prático. - Componente teórico: 5 testes escritos ao longo do ano - Componente prático: caderneta de estágio (lista de gestos e procedimentos) e relatório de estágio (2 páginas).
Mestrado em Cuidados Paliativos	24 meses	6ª-feira 16-20 horas sábado 9-13 horas	1º ano - componente curricular - setembro a julho do ano seguinte 2º ano - dissertação de mestrado - opcional	FMUP	120	Presencial	Avaliação no final de cada módulo - apresentação de trabalhos (orais e escritos) e teste escrito.
Climatologia e hidrologia	12 meses	6ª-feira 18-21 horas sábado 9-12 horas		FMUP e FEUP	24	Presencial	Dissertação (módulo de química analítica) e testes com perguntas de escolha múltipla e resposta aberta
Competências em comunicação Clínica	30 semanas	6ª-feira 17-22 horas Alguns sábados 9-13 horas	Outubro a Julho	FMUP	30	Presencial	3 trabalhos clínicos com doentes reais, gravados em registo áudio ou vídeo, cotados segundo a grelha SEGUE; avaliação pelo tutor durante as sessões através de uma lista de verificação de competências; autoavaliação e avaliação pelos pares através de uma grelha de manejo para cada módulo; avaliação de entrevista com doente simulado, através da grelha SEGUE e grelha ICSC; teste de escolha múltipla.

Legenda:

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CHP – Centro Hospitalar do Porto

IPO - Instituto Português de Oncologia

Relato de caso

Doença de Steinert – o papel do Médico de Família

por Ana Catarina Silva^{1*}, Sandra Costa Sá^{2*}, Carla Fraga³, Ivânia Alves⁴, Maria José Silva⁴, Sabrina Pedone⁵, Baptista Pereira⁶

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Terras de Souza, ACES Vale do Sousa Sul

2. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Baltar, ACES Vale do Sousa Sul

3. Médica Assistente Graduada de Neurologia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

4. Médica Assistente de Neurologia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

5. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Terras de Souza, ACES Vale do Sousa Sul

6. Médico Assistente Graduado Sênior de Medicina Geral e Familiar, USF Baltar, ACES Vale do Sousa Sul

*Contribuíram de igual forma para a realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução: A distrofia miotónica tipo 1 (DM1) ou Doença de Steinert é a miopatia mais comum entre adultos. Trata-se de uma doença genética autossómica dominante e geralmente manifesta-se entre a segunda e a quarta décadas de vida.

O quadro clínico caracteriza-se principalmente por atrofia muscular e miotonia. O diagnóstico definitivo é realizado através de testes genéticos; no entanto, em doentes com antecedentes familiares de Doença de Steinert e com fenótipo característico da doença, não existe a necessidade de fazer estudo genético uma vez que, nestes casos, o diagnóstico da doença poderá ser clínico.

A metodologia utilizada neste trabalho foi o estudo de um caso clínico e a pesquisa na literatura e na base de dados PubMed, utilizando o termo MeSH “Myotonic dystrophy” e “Steinert Disease”.

Descrição do Caso: A.C.M., 46 anos, género masculino. Antecedentes pessoais: dislipidemia, dificuldades de aprendizagem (aos 13 anos ainda não tinha concluído o 2º ano de escolaridade); antecedentes familiares: fratria de 14 irmãos dos quais 3 com doença neuromuscular (NM). O doente é referenciado para a consulta de Medicina Interna do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS) por provável défice cognitivo, distrofia muscular associada a queixas de mialgias crónicas para pequenos esforços e dislipidemia. Ao exame físico apresentava debilidade mental, alopecia

frontal, atrofia dos músculos masséteres e temporais, diparésia facial e tetraparésia distal com miotonia das mãos. Analiticamente apresentava elevação acentuada da CPK e ECG com bloqueio aurículo-ventricular (BAV) de 1º grau.

Comentário: Doentes com antecedentes familiares de doença neuromuscular e com fenótipo característico da doença, que recorram ao Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem ser devidamente encaminhados para consulta de Neurologia para confirmação do diagnóstico e orientação clínica do doente e restantes familiares.

Palavras-chave: Distrofia miotónica, Doença Steinert. Mesh terms: Steinert Disease, Myotonic Dystrophy

INTRODUÇÃO

A distrofia miotónica tipo 1 (DM1) ou Doença de Steinert é a miopatia mais comum entre adultos, com uma incidência de 1:8000 habitantes e uma prevalência que varia entre 2,1 e 14,3:100 000 habitantes. Trata-se de uma doença genética autossómica dominante em que ocorre uma mutação do cromossoma 19 responsável pela expansão anormal da repetição CTG na região 3’UTR do gene DMPK (myotonic dystrophy protein kinase).¹

A DM1 pode ser subdividida em 4 tipos: congénita (manifesta-se durante a gestação), infantil (manifesta-se entre os 5 e os 10 anos), clássica (manifesta-se na idade adulta) e assintomática (leve fraqueza muscular).¹

Em geral, a(s) manifestação(ões) da doença que motivam a consulta ocorre(m) entre a segunda e quarta décadas de vida.¹ O quadro clínico caracteriza-se principalmente por atrofia muscular e miotonia e pode afetar um grande número de órgãos ou sistemas.²⁻⁵

Nos exames complementares, é comum observar-se, analiticamente, aumento de CPK, GGT e glicose, arritmias e bloqueios de condução cardíacos, no ECG.²⁻⁵ Este caso clínico pretende alertar o médico de família (MF) para a existência desta patologia que apresenta uma sintomatologia variável e é muitas vezes diagnosticada tardiamente. O diagnóstico precoce permite melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

A metodologia utilizada foi o estudo de caso e a pesquisa bibliográfica na literatura e na base de dados PubMed, utilizando os termos MeSH “Myotonic dystrophy” e “Steinert Disease”.

DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação: A.C.M., homem, caucasiano, 46 anos, natural e residente no concelho de Felgueiras. Desempregado, solteiro e sem filhos, inserido numa família monoparental. O seu agregado familiar é constituído

pelo próprio e pela mãe, de 88 anos, com quem tem uma boa relação. Habitam numa moradia com condições higieno-sanitárias razoáveis, em meio rural, pertencendo à classe IV de Graffar. No genograma familiar (com psicofigura de Mitchell) de A.C.M. é de destacar a presença de antecedentes familiares de patologia NM, nomeadamente DM1, nos irmãos e numa sobrinha (ver figura 1).

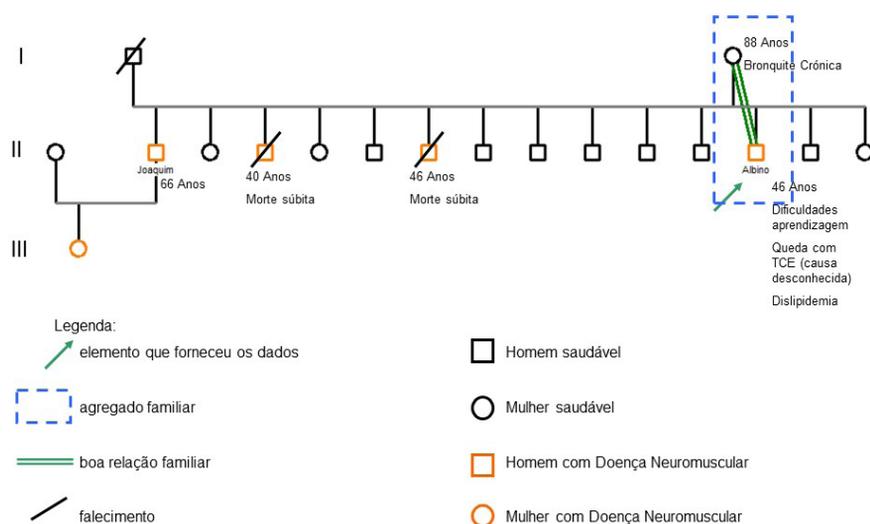


Figura 1. Genograma Familiar com Psicofigura de Mitchell. (Data: 28.10.2015)

Antecedentes pessoais: A.C.M. apresentava antecedentes de dificuldades de aprendizagem (aos 13 anos ainda não tinha concluído o 2º ano de escolaridade), queda com traumatismo crânio-encefálico aos 14 anos (sem fator desencadeante conhecido), dislipidemia e sedentarismo. Sem outros antecedentes pessoais relevantes, nomeadamente cirúrgicos ou neoplásicos. Negava hábitos tabágicos, alcoólicos ou toxicómanos. Referia ter uma alimentação variada e diversificada, realizando apenas duas refeições diárias.

Desconhecia ter tido seguimento em consultas de Saúde Infantil e Juvenil nos CSP bem como em consultas de Pediatria.

Negava medicação habitual, alergias medicamentosas, ou outras. Tinha o Programa Nacional de Vacinação atualizado.

Antecedentes familiares: Mãe, 88 anos, doença pulmonar obstrutiva crônica. Fratria de 14 irmãos dos quais 3 terão doença NM; dos 3 irmãos com doença, 2 deles já faleceram de morte súbita (aos 40 e aos 46 anos, ambos do sexo masculino, de causa desconhecida); o outro, de 66 anos, é seguido em consulta de Neurologia no Centro Hospitalar S. João (CHSJ).

Sobrinha com diagnóstico genético de DM1, seguida em consulta no CHSJ.

Pais não consanguíneos, naturais da mesma aldeia.

Sem outros antecedentes familiares relevantes.

História da doença atual: O doente é referenciado pelo MF, em junho de 2015, para a consulta de Medicina Interna do CHTS por défice cognitivo e distrofia muscular. Foi observado em consulta de Medicina Interna, onde foi pedida colaboração de Neurologia para esclarecimento diagnóstico por suspeita de doença NM.

Em outubro de 2015, o doente é avaliado em consulta de Neurologia, do mesmo hospital. Nesta consulta, na exploração anamnésica, o doente referiu queixas de mialgias crónicas, com agravamento progressivo, quando realizava pequenos esforços. Segundo o irmão, que o acompanhava na consulta, a evolução do quadro clínico teria sido insidiosa mas gradual, tendo tido início há cerca de 30 anos. Em criança praticava atividade física sem dificuldade. Manteve sempre autonomia para as atividades de vida diária. Sem queixas bulbares (disfagia, disartria, atrofia da

língua); o irmão apenas referia que o doente tinha engasgamento fácil quando comia. Sem outras queixas, nomeadamente perda de conhecimento ou tonturas.

Ao exame físico, apresentava debilidade mental, sendo pouco comunicativo, mas respondendo com coerência quando interrogado. A voz era hipofónica. Relativamente ao fâcies observava-se alopecia frontal e atrofia dos músculos masséteres e temporais (Figura 2) com diparésia facial. Observava-se também tetraparésia distal com miotonia das mãos, evidenciada pela dificuldade em abrir as mãos após um aperto de mão. Os membros inferiores revelavam maior incapacidade, com marcha em steppage bilateral. Analiticamente salientavam-se as seguintes alterações: GGT 329 U/L; Triglicéridos 382 mg/dL; Colesterol Total 310 mg/dL; Colesterol-LDL 183.6 mg/dL; CPK 1712 U/L; ECG com BAV de 1º grau.

Optou-se por iniciar pravastatina 40mg + fenofibrato 160 mg e repetir estudo analítico após 3 meses. Efetuaram-se pedidos de consulta de Cardiologia, Pneumologia, Medicina Física e de Reabilitação e Oftalmologia, uma vez que esta doença apresenta repercussões sistémicas (Figura 3). Posteriormente será necessário convocar os restantes irmãos para consulta de rastreio da doença.

COMENTÁRIO

Tendo em conta a história da doença atual, os antecedentes familiares e o fenótipo é possível afirmar que se

trata de um caso de Doença de Steinert.



Figura 2. Alopecia frontal e atrofia dos músculos masséteres e temporais.



Figura 3. Cronograma das intervenções médicas.

Doentes com antecedentes familiares de doença neuromuscular e com fenótipo característico da DM1, que recorram aos CSP devem ser devidamente encaminhados para consulta de Neurologia para confirmação do diagnóstico, orientação clínica do doente e dos restantes familiares, e consulta de aconselhamento genético. Os sintomas de apresentação são variáveis, não só em gravidade, mas também no tipo e idade de aparecimento.¹

A DM1 congénita apresenta-se frequentemente antes do nascimento como polihidrâmnios e diminuição dos movimentos fetais na ecografia obstétrica. Após o nascimento caracteriza-se por fraqueza muscular severa, hipotonia, dificuldade respiratória, dificuldades na aprendizagem e atrofia cerebral.⁶

O tipo de DM1 infantil caracteriza-se por déficit cognitivo com dificuldade na aprendizagem, miotonia, fraqueza facial e alterações da condução cardíaca.⁶

A DM1 clássica caracteriza-se por fraqueza muscular de predomínio distal com repercussões na motricidade fina, fraqueza facial, ptose palpebral, cataratas, defeitos da condução cardíaca, insulinoresistência, dificuldade respiratória, dificuldades na linguagem e na deglutição.⁶

Doentes com DM1 assintomática manifestam apenas miotonia ligeira e cataratas.⁶

A queixa inicial destes doentes é, frequentemente, a fraqueza muscular. A rigidez e a dor muscular podem também estar presentes. Por vezes, o diagnóstico pode surgir na investigação dos problemas subjacentes (défices cognitivos, dificuldades visuais, problemas cardiovasculares e endócrinos, infertilidade ou insuficiência respiratória), em doentes com queixas musculares.⁶

A multiplicidade de sistemas afetados e a gravidade

dos sintomas observados pode variar entre os pacientes e entre elementos da mesma família. Um doente normalmente não exhibe todos os possíveis sintomas.⁷

O conhecimento do espectro da DM1 é muito relevante para o MF, pois só com o conhecimento do mesmo poderá chegar à suspeita do diagnóstico. Devido à variedade de sistemas afetados, a sua gestão requer uma abordagem mais ampla do que

a maioria dos distúrbios. Estes cuidados devem ser fornecidos por uma equipa multidisciplinar e coordenada. Assim, de modo a simplificar a leitura, segue-se a descrição do atingimento da doença, por órgãos e sistemas (ver Figura 4).

Fácies

Tipicamente, apresentam face longa, com expressão triste e diminuição da mímica facial. Caracteristicamente existe atrofia masseterina e temporal, a que se associa ptose bilateral. Geralmente, a boca apresenta-

se aberta e pode desenhar um V invertido (ver Figura 2).^{6,7}

Sistema músculo-esquelético

O sintoma predominante da DM1 é a miotonia, constituindo um aspeto distintivo em relação a outras distrofias musculares. Esta é mais visível na mão (músculo longo flexor dos dedos), podendo afetar a língua e os músculos da mastigação; este sintoma tende a piorar nos meses de inverno.^{1,6} A miotonia pode ser observada pedindo ao doente para “fechar o punho com força”: após esta ação, o mesmo pode levar até 20 segundos para conseguir relaxar a musculatura envolvida e conseguir abrir a mão, tal como foi evidenciado ao exame físico, neste caso clínico.

A fraqueza muscular de predomínio distal é um sintoma comum de apresentação e afeta a musculatura de modo heterogéneo. Pode causar um pé pendente (que se objetivou neste caso, através da marcha em steppage). A voz habitualmente é hipofónica.⁷

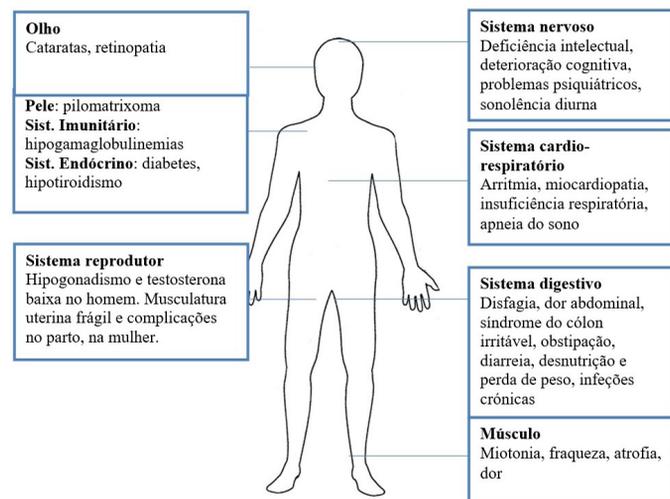


Figura 4. Manifestações sistêmicas da DM1 por órgãos e sistemas.¹²

Sistema cardiovascular

A prevenção da morte súbita cardíaca é prioritária nos doentes com DM1, uma vez que é a segunda causa de morte nestes doentes (depois da falência respiratória).⁸ As alterações cardiovasculares mais frequentes são as anomalias do sistema de condução cardíaco como os bloqueios da condução auriculoventricular e as taquiarritmias, com os consequentes riscos de embolismo cardiogénico. Síncope, lipotímia, tonturas, palpitações e cansaço fácil devem ser sempre valorizados e explorados.^{2-4,8-10}

Sistema respiratório

Frequentemente os doentes com DM1 têm dificuldade respiratória, resultante da fraqueza muscular generalizada. A dificuldade na deglutição, associada à dificuldade em tossir, pode resultar em aspirações pulmo-

nares e predisposição para infeções respiratórias. A apneia do sono pode também fazer parte do quadro e, em estadios avançados, pode surgir insuficiência respiratória severa.^{6,7,11}

Sistema digestivo

Os sintomas gastrointestinais resultam da disfunção dos músculos estriado e liso ao longo do tubo digestivo. São comuns: disfagia, refluxo gastro-esofágico, dificuldades na digestão e colestase. A dismotilidade intestinal origina períodos alternantes de diarreia e obstipação.^{11,12}

Sistema nervoso central

A presença de alterações cognitivas é esperada nos doentes com distrofia miotónica congénita, podendo também estar presente nas formas infantil e do adulto.^{10,11} Muitas vezes não é perceptível o défice cognitivo através do discurso do doente, podendo isto ser ultrapassado averiguando o sucesso escolar (p.e. aos 13 anos A.C.M. ainda não tinha concluído o 2º ano de escolaridade).

A presença de hipersónia diurna é muito comum (afeta aproximadamente 80% dos doentes) e pode surgir em qualquer idade.^{11,12}

Sistema endócrino

Níveis elevados de insulinémia, intolerância à glicose e dislipidemia são comuns. A resistência à insulina tende a ser moderada e raramente progride para diabetes.^{7,12} Neste caso observamos a presença de uma dislipidemia mista, tendo-se optado pelo início de pravastatina 40mg + fenofibrato 160 mg.

Visão

As dificuldades visuais estão frequentemente relacionadas com a presença de cataratas, que nesta população têm um aparecimento mais precoce.^{6,7}

Sistema Reprodutor

Homem

A presença de hipogonadismo normalmente não é reconhecida até à idade adulta. A produção de esperma pode estar diminuída ou ausente, pelo que a infertilidade é mais comum do que na população geral. A testosterona sérica está habitualmente diminuída.^{6,7}

Mulher

A infertilidade e irregularidades menstruais são mais comuns nas mulheres com DM1 do que na população geral. Existe um número aumentado de abortos espontâneos e as complicações na gravidez são mais comuns na altura do parto devido à atonia do músculo uterino.^{6,7}

Outras

O pilomatrixoma, um tumor benigno e raro da pele, é mais comum entre estes doentes do que na população geral. Estudos epidemiológicos têm demonstrado uma incidência aumentada de neoplasias malignas, mais frequentemente envolvendo a tiróide, ovários, cólon, endométrio e cérebro.⁷

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico definitivo é realizado através de testes genéticos (PCR e Southern Blot); no entanto, em doentes com antecedentes familiares de DM1 e com fenótipo característico da doença, não existe a necessidade de fazer estudo genético uma vez que, nestes casos, o diagnóstico poderá ser clínico.¹

Familiares diretos de doentes com DM1 que pretendam tomar conhecimento se são, ou não, portadores do gene, devem ser encaminhados para a consulta de genética. Casais que pretendam engravidar em que um dos membros tem confirmação ou possibilidade de ter a doença devem ser encaminhados para consulta de aconselhamento genético. Posteriormente, e se esse for o desejo dos progenitores, pode-se proceder ao diagnóstico pré-implantatório, com seleção de embriões saudáveis, não afetados pelo gene da doença. Não existe cura para a DM1 no entanto, é possível tratar as complicações decorrentes da doença. As complicações cardiorespiratórias são responsáveis por 70% das mortes nestes doentes.^{6,8,9}

O tratamento passa pelo suporte e avaliação periódica nas especialidades hospitalares supracitadas, consoante o quadro clínico. A fenitoína e a acetazolamida podem melhorar a miotonia e o modafinil pode melhorar os sintomas de hipersónia.⁷

Seguimento do doente com DM1 – O papel do médico de família
1. Referenciação à consulta de Neurologia, aquando da suspeita clínica
2. Realização de genograma familiar/ avaliação familiar
3. Avaliação do estado nutricional (peso, perímetro abdominal, IMC)
4. Análises com glicemia em jejum, TSH, colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, anualmente
5. ECG e Holter periodicamente, consoante as alterações encontradas, e encaminhamento para consulta de Cardiologia (quando não efetuado no hospital onde é seguido)
6. Avaliação da função respiratória, conforme as alterações encontradas ao exame físico
7. Fornecer aconselhamento genético pré-concepcional aos casais afetados, referenciando para a consulta de Genética Médica
8. Encaminhamento para consulta de Oftalmologia (quando não efetuado no hospital onde é seguido): despiste de cataratas e retinopatia; a periodicidade das consultas é definida pelo oftalmologista

Quadro I. Seguimento do doente com DM1 – O papel do médico de família

CONCLUSÃO

O diagnóstico desta doença constitui um desafio para o médico: o espectro de apresentação é muito variável,

sendo muitas vezes o diagnóstico feito tardiamente. Trata-se de uma doença crónica, multissistémica e hereditária que implica sempre uma abordagem holística do paciente e da sua família, com um acompanhamento em todas as suas fases, com uma equipa multidisciplinar. Um clínico atento e informado pode prevenir a perpetuação desta doença nos descendentes dos indivíduos afetados, aumentando a qualidade de vida destas famílias e trazendo ganhos em saúde para as populações.

BIBLIOGRAFIA

1. Harper PS. Myotonic Dystrophy, Disorders of Voluntary Muscle. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2001: 541–559.
2. Bassez G, Lazarus A, Desguerre I, et al. Severe cardiac arrhythmias in young patients with myotonic dystrophy type 1. *Neurology*. 2004; 63: 1939–1941.
3. Chebel S, Ben Hamda K, Boughammoura A, et al. Cardiac involvement in Steinert's myotonic dystrophy. *Rev. Neurol.* 2005; 161: 932–939.
4. Dello Russo, Pelargonio G, Parisi Q, et al. Widespread electroanatomic alterations of right cardiac chambers in patients with myotonic dystrophy type 1. *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2006; 17: 34–40.
5. Bugiardini E, Meola G. Consensus on cerebral involvement in myotonic dystrophy: workshop report. *J. Neuromuscul. Disord.* 2014; 24: 445–452.
6. Meola G, Sansone V, Marinou K, et al. Proximal myotonic myopathy: a syndrome with a favourable prognosis. *J. Neurol. Sci.* 2002; 193: 89–96.
7. Bird, T. Myotonic dystrophy type 1. *GeneReviews*. 2015.
8. Sansone VA, Brizonzi E, Schoser B, et al. The frequency and severity of cardiac involvement in myotonic dystrophy type 2 (DM2): long-term outcomes. *J. Cardiol.* 2013; 168: 1147–1153.
9. Flachenecker P, Schneider C, Cursiefen S, et al. Assessment of cardiovascular autonomic function in myotonic dystrophy type 2 (DM2/PROMM). *J. Neuromuscul. Disord.* 2003; 13: 289–293.
10. Gomes L, Pereira T, Martins L. Perfil cardiovascular na distrofia muscular miotónica tipo 1: estudo de uma série de casos seguida num centro especializado. *Rev Port Cardiol.* 2014; 33: 765–772.
11. Myotonic Dystrophy Foundation. Myotonic Dystrophy Foundation Toolkit. 1st edition. San Francisco; 2014.
12. Thornton, C. Myotonic Dystrophy. *Neurol Clin.* 2014; 32(3): 705–719.

CONFLITOS DE INTERESSES

As autoras declaram não possuir conflitos de interesse.

Relato de caso

Às vezes o que parece é

por **Mariana Sá Nogueira**¹

1. Interna de formação específica de Medicina Geral e Familiar - USF S. Félix/Perosinho, ACES Grande Porto VIII – Espinho/Gaia

RESUMO

Introdução: A tuberculose constitui uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo e Portugal é um dos países com maior incidência na Europa. Assim, trata-se de um importante diagnóstico diferencial perante clínica sugestiva e/ou contexto epidemiológico favorável.

Descrição do caso: Em janeiro de 2016 recorreu à consulta um utente de 34 anos, com quadro de perda ponderal de 10kg, astenia progressiva e hipersudorese noturna. Ao sogro, com quem coabita, foi diagnosticado tuberculose pulmonar em maio de 2015. Nessa altura o utente realizou rastreio de contatos, que não revelou alterações, porém não compareceu à consulta de reavaliação. Após realização de radiografia pulmonar urgente e referenciação ao Centro de Diagnóstico Pneumológico da área de residência, foi-lhe diagnosticada tuberculose pulmonar.

Comentário: Perante um diagnóstico de tuberculose, devem definir-se prioridades: notificar e tratar devidamente o indivíduo, proceder ao rastreio de contatos, acompanhar e monitorizar todos estes procedimentos. Para que todo este processo ocorra de forma efetiva e concordante com as orientações nacionais e internacionais, é fulcral a articulação entre as diferentes entidades envolvidas. Ao médico de família compete, também, estar sensível para o impacto que este tipo de diagnóstico tem para a família e disponível para dar resposta às dúvidas e anseios que possam surgir.

Palavras-chave: tuberculose, tuberculose latente, epidemiologia

INTRODUÇÃO

A tuberculose constitui, atualmente, uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, com cerca de 9,6 milhões de novos casos e 1,5 milhões de mortes por ano.^{1,2}

No cenário europeu, a incidência de tuberculose tem vindo a diminuir na maioria dos países, ainda que com alguma heterogeneidade, concentrando-se, fundamentalmente, nas populações económica e socialmente desfavorecidas e excluídas.³

A nível nacional, em 2014, notificaram-se 2080 novos

casos de tuberculose, o que representou uma taxa de incidência de 20,0/100 000 habitantes (verificando-se um decréscimo relativamente ao ano anterior).^{4,5} O género masculino foi o mais representado (63,4%), a idade média dos doentes foi de 48,5 anos e o grupo etário dos 35 aos 54 anos o predominante. A localização pulmonar representou 71,3% dos casos.⁴ Em Portugal, nos últimos anos, tem-se constatado uma melhoria sustentada nos indicadores associados à tuberculose, levando a que o país seja considerado de baixa incidência. Existe ainda um bom nível de prestação de cuidados de saúde a toda a população e está implementado um Programa Nacional para a Tuberculose, o que incentivou a recente alteração no Programa Nacional de Vacinação. Desde o presente ano que apenas as crianças pertencentes a grupos de risco têm indicação para a vacina BCG.⁵

Não obstante da melhoria dos indicadores, Portugal mantém-se no grupo de países com maior incidência de tuberculose relativamente aos restantes países europeus, apresentando uma evidente heterogeneidade regional. Os distritos do Porto, Lisboa e Setúbal apresentam taxas de incidência intermédias (entre 20,0 e 50,0/100 000 habitantes). Para tal contribuem fatores de ordem socioeconómica, à semelhança da tendência europeia. Assim, são considerados grupos de risco a população reclusa, os portadores do vírus da imunodeficiência humana, os migrantes provenientes de países de elevada incidência, os desempregados e os habitantes de espaços sobrepovoados.⁶

O conhecimento dos indicadores associados à tuberculose permite-nos constatar que se trata de um importante diagnóstico diferencial perante clínica sugestiva e/ou contexto epidemiológico favorável, tal como se descreve neste caso clínico.

DESCRIÇÃO DO CASO

Em janeiro de 2016 recorreu à consulta programada de saúde de adultos da unidade de saúde um utente de 34 anos de idade, raça caucasiana, casado e atualmente a trabalhar como ajudante de cozinha. Reside no concelho de Vila Nova de Gaia. Tratava-se de um indivíduo com antecedentes de dislipidemia, tratado com pravastatina na dose de 40mg, sem alergias conhecidas, com calendário vacinal atualizado, fumador de 20 cigarros/dia (17 Unidades Maço Ano), sem hábitos etílicos ou história de consumo de substâncias ilícitas.

Do ponto de vista do contexto familiar, insere-se numa família de tipo alargado, coabitando com o sogro, a esposa e as duas filhas, de 5 anos e 20 meses de idade.

Durante a anamnese referiu um quadro de perda

ponderal, não intencional, de cerca de 10kg nos últimos dois meses associada a astenia progressiva, negando febre, anorexia, vômitos ou alteração do hábito intestinal. Relativamente a queixas do foro respiratório, geniturinário, musculoesquelético e psíquico, todas foram negadas. Quando questionado especificamente, referiu episódios esporádicos de hipersudorese noturna. No que diz respeito ao contexto epidemiológico, referiu o diagnóstico de tuberculose pulmonar do sogro em maio de 2015. Em seguimento deste diagnóstico, no ano passado, foi convocado pelo Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) da área de residência, no qual realizou radiografia pulmonar e teste tuberculínico, ambos sem alterações de relevo (sic), pelo que lhe foi agendada uma consulta de reavaliação em 3 meses. Na mesma altura os restantes conviventes foram também observados e devidamente orientados. O utente reconheceu ter faltado à consulta de reavaliação por motivos profissionais e por se apresentar assintomático.

Ao exame objetivo apresentava aspeto emagrecido e palidez cutânea, apirético, normotenso, normocárdico e eupneico. A auscultação cardíaca e pulmonar não revelou alterações de relevo.

O utente trazia um estudo analítico (pedido em agosto do ano anterior e realizado na semana anterior) no qual apresentava anemia (hemoglobina de 12,2g/dl) normocítica e normocrômica.

Perante os achados mencionados, foi pedida nova radiografia pulmonar com carácter urgente. Esta apresentava «pneumopatia infecciosa, atingindo as metades superiores dos campos pulmonares, mais expressiva à direita e derrame pleural direito», pelo que foi referenciado, no mesmo dia, acompanhado de carta, ao CDP da área de residência, no qual se estabeleceu o diagnóstico de tuberculose pulmonar. Por conseguinte foi instituída terapêutica com os quatro tuberculostáticos de 1ª linha (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) durante um período previsto de 9 meses, em regime de Toma Observada Direta (TOD), realizada no domicílio. A pravastatina foi suspensa, temporariamente, pela interação descrita com a rifampicina.

Uma vez que se encontrava em período de contagiosidade foi indicada a permanência no domicílio, com uso permanente de máscara. Estas indicações foram retiradas após os primeiros 3 meses de tratamento. O rastreio de contactos foi devidamente realizado.

O utente mantém seguimento mensal no CDP, com realização periódica de estudo analítico e radiográfico. Dos coabitantes, a esposa e as duas filhas realizaram tratamento para a tuberculose latente, estando o mesmo a decorrer sem intercorrências.

Ao final de cerca de 8 meses de tratamento, em consulta programada na unidade de saúde, o utente refere estar assintomático, tendo já retomado a sua atividade profissional. Refere manter hábitos tabágicos, tendo reduzido o consumo diário para 10 cigarros. No que diz respeito ao peso, recuperou cerca de 5kg. Todos os coabitantes mantêm acompanhamento médico.

COMENTÁRIO

A clínica da tuberculose pulmonar é, habitualmente, de início gradual, podendo ser súbito em crianças e imunodeprimidos. A sintomatologia mais frequente é composta por febre, hipersudorese noturna, perda ponderal e tosse persistente, estando estes achados presentes em cerca de 75, 45, 55 e 95% dos casos, respetivamente.⁷

No presente caso clínico não estava presente a febre e a tosse persistente. Contudo, e sobretudo tendo em conta o contexto epidemiológico, o diagnóstico diferencial de tuberculose foi prontamente colocado. Apesar de ter sido realizado o rastreio de contactos aquando do diagnóstico do sogro e de não ter sido diagnosticada tuberculose latente, o utente não compareceu à consulta de reavaliação.

Perante a suspeita de tuberculose, cabe ao médico (neste caso ao médico de família) a devida orientação do utente, ou seja, a referenciação para uma unidade especializada de tratamento. A notificação do caso é um dos procedimentos prioritários e pode ser feita mesmo na ausência de confirmação diagnóstica.

No que diz respeito ao inquérito epidemiológico, que por sua vez pretende identificar os possíveis contactos com o caso índice, o médico de família também pode desempenhar um papel importante ao articular com a Unidade de Saúde Pública, uma vez que o contágio pode ocorrer não só a nível familiar, como escolar, laboral e comunitário.⁸

Ao médico de família cumpre estar, por um lado, sensível para o impacto que este tipo de diagnóstico tem para a família e, por outro, disponível para dar resposta às dúvidas e anseios que possam surgir. Como tal, de acordo com as indicações, foi realizada uma avaliação familiar na qual não se identificaram fatores de risco acrescido nas escalas de Segovia-Dreyer e de Holmes-Rahe, e se obteve pontuação compatível com «família altamente funcional», segundo o Apgar familiar.

O rastreio dos contactos considerados próximos de um caso índice deve ser iniciado após o seu diagnóstico, num prazo nunca superior a 15 dias. O rastreio tem dois objetivos principais: identificar casos de doença ativa e de doença latente. Para o diagnósti-

co de doença ativa é necessário, para além de uma história clínica direcionada, a realização de exames complementares de diagnóstico como a radiografia pulmonar e os exames direto, amplificação dos ácidos nucleicos e cultural das amostras de expetoração. Para o diagnóstico de tuberculose latente, após exclusão de doença ativa, aplicam-se os testes tuberculínicos prova de Mantoux e IGRA (*Interferon-Gamma release assay*). Em caso de diagnóstico de tuberculose latente, ou nos casos em que há indicação para profilaxia, é instituída terapêutica com isoniazida (desde que o caso índice seja suscetível à mesma), nas posologias indicadas.^{8,9}

Nesta família existem duas crianças com menos de 6 anos de idade, sendo que nesta faixa etária, mesmo não existindo diagnóstico de infeção latente, há a indicação para realização de quimioprofilaxia (com isoniazida, desde que o caso índice seja suscetível à mesma), tal como ocorreu.

A TOD foi responsabilidade da unidade de saúde (no domicílio e posteriormente na unidade), permitindo assim acompanhar a evolução clínica do utente.

Neste caso, poderia não ter sido perdida a consulta de reavaliação, à qual o utente faltou, se, por exemplo, tivesse sido comunicada ou ao médico de família ou à USP a sua ausência, de forma a ser novamente convocado.

Os pilares da estratégia global do controlo da tuberculose assentam nos princípios da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento atempado.³

BIBLIOGRAFIA

1. Raviglione M, Giorgia S. Tuberculosis 2015: bur-

den, challenges and strategy for control and elimination. *Infectious Disease Reports*. 2016; volume 8:6570

2. Hamed EL, Hossein SK, Mehdi Y, et al. Pulmonary Tuberculosis Diagnosis: Where We Are? *Tuberc Respir Dis*. 2016; 79:134-142

3. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations. Stockholm: ECDC; 2016.

4. DGS Direção Geral de Saúde. Portugal: infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números. DGS Direção Geral de Saúde; 11/2015.

5. DGS Direção Geral de Saúde. Norma de Orientação Clínica: Estratégias de vacinação contra tuberculose com a vacina BCG. DGS Direção Geral de Saúde; 06/2016

6. Franco I, Sousa P, Gomes M, et al. Social profile of the highest tuberculosis incidence areas in Portugal. *Rev Port Pneumol*. 2016;22(1):50-56

7. Heemskerk D, Caws M, Marais B, Farrar J. Tuberculosis in Adults and Children. London: Springer; 2015.

8. DGS Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Tuberculose: Planeamento de rastreio de contactos de doentes com Tuberculose. DGS Direção Geral de Saúde; 11/2013

9. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Tuberculosis – NICE Guideline. NICE National Institute for Health and Care Excellence; 01/2016

CONFLITOS DE INTERESSES

A autora declara não ter conflito de interesses.

Entrada > AIMGF Magazine

AIMGF Magazine

A AIMGF Magazine é uma revista essencialmente vocacionada para a prática clínica no âmbito da Medicina Geral e Familiar, tendo como principal objetivo proporcionar o intercâmbio de informação científica credível acerca da abordagem dos problemas encontrados na prática clínica diária. É, por isso, essencial a publicação de artigos vocacionados para este âmbito.

A revista publica artigos nas seguintes secções:

- RC's – Relatos de Casos
- RBE's – Revisões Baseadas na Evidência
- TI's – Trabalhos de Investigação
- TQ's – Trabalhos de Qualidade

As normas de publicação atualizadas encontram-se [aqui](#). Estas deverão ser lidas com a devida atenção antes da submissão do artigo.

Não haverá data limite de submissão dos artigos. A revisão dos mesmos será efetuada à medida que os fomos recebendo, com a

QUERES SER SÓCIO? QUERES PUBLICAR? SABE COMO EM WWW.AIMGFZONANORTE.PT

Relato de caso

Medo do abandono, medo de abandonar - um caso de Perturbação Obsessivo-Compulsiva

por **Ângela Almeida Costa¹**

1. Interna de Medicina Geral e Familiar, UCSP Aldoar (ACeS Porto Ocidental)

RESUMO

Introdução: A Perturbação Obsessivo-Compulsiva é definida pela presença de obsessões e compulsões recorrentes, que consomem tempo ou que causam um marcado sofrimento, interferindo significativamente no quotidiano da pessoa. Cabe ao médico de família identificar o quadro e orientar adequadamente. Com o presente caso pretende-se alertar para a importância da relação médico-doente no diagnóstico de patologias mentais, assim como a abordagem biopsicossocial do doente.

Descrição do caso: Utente do género feminino de 37 anos, sem antecedentes psiquiátricos de relevo, que iniciou de forma súbita um quadro obsessivo-compulsivo com compulsões de verificação (certificação de inexistência de crianças esquecidas em carros estacionados, desligar aquecedores e ferro de engomar, desligar luzes de presença), e de ordem e simetria (afastar móveis da parede). Desde o início apresentou um bom insight, sem alucinações ou delírios. Nos Cuidados de Saúde Primários iniciou precocemente tratamento com inibidores seletivos da recaptção da serotonina e ansiolíticos, com boa resposta após dois meses de tratamento. No início do quadro foi orientada para a especialidade de Psiquiatria do hospital de referência, que manteve a medicação prescrita, e orientou para psicoterapia.

Comentário: A Perturbação Obsessivo-Compulsiva é uma doença crónica, frequentemente incapacitante, com prejuízos a nível familiar, laboral e social. Apesar de nem sempre se identificar um acontecimento precipitante, poderá haver neste caso uma relação entre as circunstâncias atuais de vida da doente e o aparecimento desta perturbação. Trata-se de uma mulher solteira que vive com a mãe e três irmãos, sendo cuidadora de dois, que tem sentido uma pressão crescente para construir família com o namorado. O médico de família desempenhou neste caso um importante papel na introdução precoce da terapêutica, gestão de emoções e dúvidas, e no acompanhamento estreito da situação, prevenindo complicações.

Palavras-chave: Perturbação obsessivo-compulsiva; Obsessão; Compulsão

INTRODUÇÃO

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é definida pela presença de obsessões e compulsões recorrentes,

que consomem tempo ou que causam um marcado sofrimento, interferindo significativamente no quotidiano do indivíduo. As obsessões são pensamentos, imagens ou ideias indesejáveis e persistentes que são acompanhadas por sensações desagradáveis como ansiedade ou culpa. As mais frequentes são: contaminação; dúvida patológica; preocupações somáticas; necessidade de ordem e simetria; impulsos agressivos ou sexuais.^{1,2} As compulsões são ações realizadas com o objetivo de reduzir os sentimentos, pensamentos e ideias desagradáveis envolvidos nas obsessões; e podem ser de verificação; lavagem; contagem; interrogação ou afirmação repetitiva; simetria e precisão; impulsos sexuais; e acumulação.¹

A idade de aparecimento é, em geral, a adolescência e início da idade adulta. O início dos sintomas pode ser agudo ou insidioso. Em geral, a evolução é crónica ou com flutuações na intensidade dos sintomas, com agravamento em situações de stress. A remissão completa é rara.

O tratamento precoce tem provado ter uma influência positiva na maior parte das patologias mentais. Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina têm demonstrado eficácia. A psicoterapia pode ser útil, quer no alívio dos sintomas comportamentais, quer na intervenção ao nível dos fatores psicológicos internos que podem estar envolvidos no desenvolvimento da doença, e os indivíduos que recebem este tipo de tratamento têm habitualmente um melhor prognóstico.

DESCRIÇÃO DO CASO

1. Dados demográficos, antecedentes pessoais e contexto familiar

Utente do género feminino de 37 anos, raça caucasiana, natural de Massarelos e residente em Aldoar. Completou o 7º ano de escolaridade, auxiliar de geriatria num lar de idosos e empregada de limpeza em casa particular. Pertence à classe média-baixa da classificação de Graffar.

É a filha mais nova de uma fratria de 9, tendo um dos seus irmãos falecido por abuso de drogas aos 27 anos de idade. Vive com a mãe e três irmãos, dois dos quais são parcialmente dependentes ajudando-os nas tarefas domésticas, na gestão da medicação e no acompanhamento às consultas médicas. Tem com estes uma boa relação. Estes beneficiam de pensão social de invalidez mas não raras vezes a utente tem que suportar os custos da medicação. Com o terceiro irmão tem uma relação um pouco mais conflituosa, porque este ainda mantém consumo de drogas, embora também lhe preste apoio. Tem um relacionamento amoroso desde há 6 anos com um homem de 40 anos, que está desempregado e vive sozinho com a sua mãe. Gostariam de viver juntos, mas nenhum quer abandonar a respetiva mãe. Sente também um forte dever de apoiar a sua mãe e os irmãos, negligenciando os seus interesses individuais e o seu bem-estar. Diz não ter condições para ter filhos, embora gostaria.

Tem excesso de peso, dislipidemia, fibromioma uterino

e Hepatite B crónica (sem terapêutica em curso) cuja via de contágio se desconhece. Sem consumos de tabaco, álcool ou drogas. Medicada com anticoncepcional oral combinado. Plano nacional de vacinação e rastreios oncológicos atualizados.

ta com a representação familiar. A aplicação do apgar familiar de Smilkstein sugere uma família altamente funcional. Considera-se o ponto de ligação entre vários elementos da família e é a gestora da casa pois realiza grande parte das tarefas domésticas (limpeza, cozinhar, compras, etc.), gere a medicação da mãe e dos irmãos portadores de diversas comorbidades, e acompanha-os às consultas. Por vezes tem dificuldade em lidar com os problemas psiquiátricos dos irmãos, mas refere que mantém com eles um bom relacionamento.

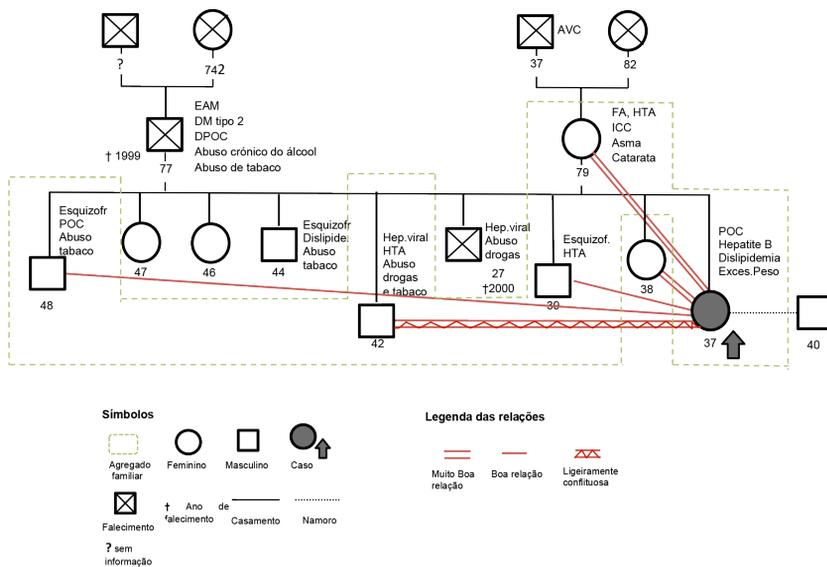


Figura 1. Genograma

Do genograma (figura 1) destaca-se os antecedentes familiares de patologia mental, nomeadamente três irmãos com Esquizofrenia e um caso de Perturbação Obsessivo-Compulsiva; e elevada prevalência de problemas aditivos, com abuso de drogas por dois irmãos, e o alcoolismo do pai que protagonizava situações de violência doméstica com a mãe.

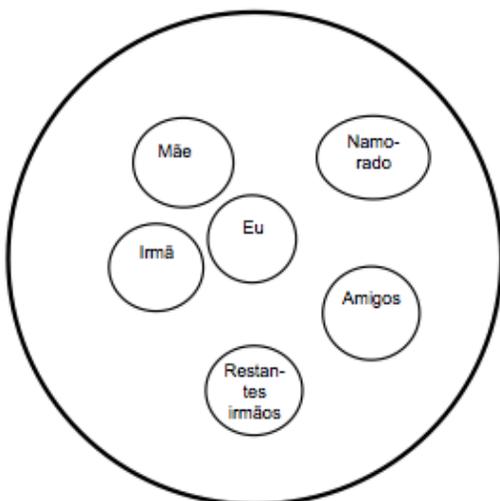


Figura 2. Círculo de Trower

No Círculo de Trower (figura 2) representou no seu interior a mãe, a irmã, os restantes irmãos num único círculo, o namorado e os amigos. Desenhou com maior proximidade a irmã mais nova e a mãe, a quem recorre quando precisa de ajuda. Afirmou sentir-se satisfi-

2. **História clínica**
 Iniciou de forma súbita em março de 2015, um quadro obsessivo-compulsivo caracterizado por obsessões, ansiedade e compulsões relacionadas com a verificação. Quando passava por veículos estacionados tinha de ir verificar através do vidro se não existiam crianças esquecidas no seu interior; tocou na campainha de uma casa porque a janela estava aberta há vários dias, com receio de que estivesse

um idoso abandonado no seu interior; no lar verificava a luz de presença dos idosos; na casa particular onde trabalhava, antes de ir embora assegurava que não ficavam objetos junto dos aquecedores, verificava se desligou o ferro de engomar, afastava os móveis das tomadas, realizava mais que uma verificação, e depois de fechar a porta, permanecia muitas vezes o sentimento de dúvida. Quando ia buscar a mãe ao centro de fisioterapia, verificava se o aquecedor a gás estava desligado. Tinha consciência que os seus pensamentos eram irracionais, contudo perturbavam significativamente o seu dia-a-dia, de tal forma que deixou de ir a pé para o trabalho e passou a usar o autocarro, deixou de passear com o namorado, deixou de ir ao centro de fisioterapia, e inclusivamente fechou as persianas das janelas da sua casa para não ver janelas partidas ou abertas nas casas dos vizinhos. Teve ideação suicida, porém sem plano estruturado ou tentativas consumadas. Sentia-se uma pessoa diferente e receava estar num estado irreversível. Para aumentar o controlo da situação começou a registar os acontecimentos num diário.

Recorreu a consulta aberta da sua médica de família a 5 de março, e perante este quadro foi medicada com fluoxetina 20mg 1+0+0 e propranolol 40mg 1+0+1. Na consulta de reavaliação em 23 de março, apresentou além dos sintomas prévios, insónia inicial e intermédia e aumento da ansiedade, pelo que se decidiu suspender fluoxetina e iniciar sertralina na dose de 50 mg de manhã, com indicação de aumento progressivo para 100 mg/dia; em simultâneo introduziu-se alprazolam 0,25mg 1+1+2 e reduziu-se o propranolol para 40mg 1+0+0. Nesta consulta foi referenciada para a especialidade de Psiquiatria

do hospital de referência (Hospital Magalhães Lemos). Na segunda reavaliação, a 2 de abril, apresentava franca melhoria da insónia, ligeira redução da ansiedade, no entanto mantinha as obsessões e compulsões de verificação. Deixou de ver telejornais porque ficava muito perturbada com notícias relacionadas com abandono (ex. criança esquecida no infantário, jovem que fugiu de casa). Mantinha *insight* para o problema e continuava a escrever no diário.

Na terceira avaliação, a 29 de abril apresentava algumas melhorias, conseguia resistir a algumas obsessões, no entanto com ansiedade associada, e teve alguns episódios de insónia inicial. Já havia sido vista pela especialidade que manteve a medicação, à exceção de ajuste posológico do ansiolítico (redução de alprazolam 0,25mg 0+1+0+2), e solicitou colaboração de psicologia. Nesta avaliação a médica de família prescreveu loprazolam 1mg, para usar apenas em caso de insónia.

Na última reavaliação, em 20 de maio, a utente sentia-se bastante melhor, conseguia contrariar a maioria dos rituais de verificação, mantendo ainda rituais de ordem e simetria mas com menor ansiedade, sem novos episódios de insónia (não teve necessidade de usar loprazolam). Nessa consulta reforçou-se positivamente a evolução favorável, anteciparam-se dificuldades e realçou-se a importância da adesão à terapêutica farmacológica e psicoterapia cuja primeira consulta estava agendada para essa semana. Por acordo mútuo, espaçou-se o seguimento com agendamento da reavaliação num período de dois meses.

COMENTÁRIO

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) constitui um desafio clínico uma vez que ainda não é totalmente compreendida a sua etiologia. Apesar de ser uma doença pouco prevalente, pode comprometer gravemente o funcionamento psicossocial do indivíduo com limitações no desempenho de tarefas familiares, profissionais e sociais.

A apresentação clínica não é linear, sendo dotada de um marcado polimorfismo que motivou a separação desta perturbação dos restantes Distúrbios de Ansiedade e a criação de um capítulo individual na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), intitulado “Distúrbio Obsessivo-Compulsivo e Distúrbios Relacionados”.³ O diagnóstico diferencial deve ser realizado com Perturbações de controlo de impulsos; Hipocondria; Perturbações depressivas; Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas; e Perturbações de tiques.

Os casos de POC de início agudo são mais frequentes no sexo feminino, mas habitualmente apresentam relação temporal com um evento de vida (ex. aborto, gravidez, nascimento do primeiro filho)¹, situação que não se verificou no presente caso. A utente apresenta obsessões de conteúdo misto, quer de dúvida patológica (desligar

o aquecedor, as luzes de presença, o ferro de engomar), quer de ordem e simetria (afastar os móveis da parede). Curiosamente o tema do abandono é muito prevalente (crianças abandonadas nos automóveis, idosos abandonados em casa). Poderá haver uma relação entre este tema e as circunstâncias de vida atuais da utente, que tem sentido uma pressão crescente para construir família com o namorado, que implica o abandono da sua família, situação que lhe cria bastante angústia e sentimentos ambivalentes, uma vez que é a principal cuidadora destes.

Vários estudos têm tentado delinear fatores preditores da evolução da POC. Comprovou-se existir uma relação entre o estado civil do indivíduo, a sua personalidade e o funcionamento pré-mórbido no curso da doença. Verificou-se que indivíduos casados e com um melhor funcionamento pré-mórbido apresentam um curso mais favorável, aos 5 anos de follow-up.^{1,2}

Numa primeira fase, os indivíduos têm de aprender estratégias para lidar com as obsessões e compulsões, e posteriormente têm de aprender a controlar a ansiedade provocada pelas obsessões não aliviadas pelas compulsões. Nos contactos repetidos nos CSP estes aspetos foram progressivamente trabalhados. A utente compreendeu e interiorizou facilmente, o que provavelmente contribuiu para a sua evolução favorável. Até a data a evolução foi bastante favorável, sendo de destacar o importante papel do médico de família neste caso, na introdução precoce da terapêutica, na gestão de emoções, dúvidas e no acompanhamento estreito da situação, prevenindo complicações. Haverá, no entanto, necessidade de manter um seguimento adequado, de forma a prevenir complicações, mas também para detetar precocemente alterações no quadro clínico, uma vez que a associação a outras perturbações mentais é muito frequente.

Na MGF a proximidade entre médico-doente facilita a verbalização de pensamentos e a partilha de comportamentos que poderiam ser omitidos pela utente numa fase inicial. A sua valorização pelo médico de família, permitiu uma intervenção precoce e compreensiva, com ganhos significativos na qualidade de vida da utente.

BIBLIOGRAFIA

1. Macedo A, Pocinho F. Obsessões e Compulsões – as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
2. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course of OCD. Em: Macedo A., Pocinho F. Obsessões e Compulsões – as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

CONFLITOS DE INTERESSES

A autora declara não ter qualquer conflito de interesses.

Relato de caso

Demência no idoso – a importância da investigação

por Helena Fernandes¹, Ana Catarina Peixoto¹, Gabriela Casanova²

1. Internas de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar do Mar, Agrupamento dos Centros de Saúde Grande Porto IV, Póvoa de Varzim/Vila do Conde

2. Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar do Mar, Agrupamento dos Centros de Saúde Grande Porto IV, Póvoa de Varzim/Vila do Conde

RESUMO

Introdução: A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência nos idosos. As suas causas potencialmente reversíveis e tratáveis (menos de 5% de todos os casos) devem ser excluídas. Um exemplo é a neurosífilis, cujo diagnóstico definitivo pode implicar um estudo do líquido cefalorraquidiano e cujo tratamento recomendado é a penicilina.

Descrição do Caso: JS, sexo feminino, 80 anos, previamente autónoma, orientada e independente, hipertensa e com declínio mnésico ligeiro com 6 meses de evolução. Numa consulta com o Médico de Família (MF), a utente apresentou-se desorientada no tempo e espaço, com agravamento acentuado do estado de memória e incapaz de efetuar qualquer atividade de vida diária. JS pontuava 18 no Mini-Mental State Examination, mas sem alterações ao exame neurológico sumário. Realizou-se estudo analítico, destacando-se apenas VDRL e TPHA positivos, tendo-se instituído penicilina G 2.4 M.U em 3 tomas semanais, assumindo tratar-se de sífilis latente tardia. Por manter o quadro clínico após antibioterapia, a utente foi referenciada a Neurologia, com realização de TAC cerebral, sem alterações agudas, e orientada para consulta de Infeciologia. Por manter positividade para VDRL e, para exclusão de neurosífilis, foi programada punção lombar, que não foi realizada devido a fibrose extensa da coluna dorso-lombar. A utente foi medicada como tendo neurosífilis com Penicilina G aquosa E.V. durante 10 dias. Atualmente, apresenta uma melhoria da função cognitiva, orientada no tempo e espaço e com discurso mais adequado e fluente.

Comentário: No caso descrito, o MF teve um papel essencial pelo diagnóstico atempado de demência, com consequente investigação e diagnóstico de infeção por sífilis/neurosífilis, e pela referenciação oportuna da utente para os cuidados de saúde secundários. A

intervenção do MF, complementada com a atuação das especialidades hospitalares, resultou numa melhoria da função cognitiva da doente, com reacquirição da autonomia e independência, parâmetros essenciais à sua saúde.

Palavras-Chave: *dementia; neurosyphilis; aged*

INTRODUÇÃO

A demência é uma forma de disfunção cognitiva e consiste numa das causas principais de incapacidade e dependência entre os idosos.¹ A sua apresentação clínica é variável e o seu início é insidioso.^{1,2} Caracteriza-se por défices progressivos em vários domínios cognitivos, sendo que um dos mais marcantes é a deterioração progressiva da memória recente e remota.^{1,2} Poderá ocorrer também uma desorientação temporal e espacial e outras funções cognitivas podem estar afetadas, tais como a linguagem, cálculo e função executiva.^{1,2} Perante uma suspeita clínica e/ou diagnóstico de demência, deve ser realizada uma avaliação cognitiva, psicológica e comportamental,³ bem como se devem excluir causas potencialmente reversíveis e tratáveis, embora estas constituem apenas 5% de todas as causas de demência.^{2,4} Essas causas podem ser de foro toxicológico, infeccioso, metabólico e estrutural.¹ Uma causa infecciosa é a sífilis, doença causada pelo *Treponema pallidum*, transmitida por via sexual ou transplacentária, na qual 30% dos doentes infetados não tratados evoluem para complicações tardias graves, entre as quais, do foro neuropsiquiátrico.⁵ A sífilis pode ser classificada em sífilis recente, cuja infeção ocorreu há menos de 2 anos, que engloba a sífilis primária, secundária e latente recente, em sífilis tardia, cuja infeção ocorreu há mais de 2 anos, que engloba a sífilis latente tardia e a sífilis terciária e em sífilis congénita.⁶ A forma de sífilis passível de provocar manifestações neuropsiquiátricas consiste na sífilis terciária, designada, nesse caso, de neurosífilis.⁶ As manifestações psiquiátricas subdividem-se em precoces ou tardias e são muito variáveis, podendo haver disfunção dos nervos cranianos, meningite, tabes dorsalis, alteração aguda do estado mental, disfunção cognitiva e défices motores ou sensitivos. O diagnóstico definitivo de neurosífilis pode implicar um estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR), obtido através de punção lombar, quando há evidência clínica de envolvimento neurológico ou perante falência terapêutica de sífilis latente, avaliada clínica e serologicamente. Recomenda-se tratamento da sífilis latente tardia e da sífilis terciária (exceto neurosífilis) com penicilina G 2.4 M.U em 3 tomas semanais e o tratamento da neurosífilis com Penicilina G aquosa endovenosa (E.V.) durante 10 dias, sem necessidade de repetição do tratamento. Em todos os casos, deve-se proceder a uma

avaliação clínica, serológica e, no caso da neurosífilis, a uma análise do LCR, após o tratamento, para avaliar a eficácia do mesmo.⁷

DESCRIÇÃO DO CASO

Relata-se o caso de uma utente de 80 anos, JS, sexo feminino, 0 gesta, 0 para, solteira, com o 4º ano de escolaridade, a viver com o irmão solteiro, sem hábitos toxofílicos, comportamentos sexuais de risco nem história de transfusões sanguíneas conhecidas. Utente previamente autónoma, orientada no tempo e espaço e independente para as atividades de vida diária (AVD), com antecedentes de hipertensão arterial, com 20 anos de evolução, bem controlada, medicada com Losartan + Hidroclorotiazida (50mg+12,5mg), e antecedente de declínio mnésico ligeiro com 6 meses de evolução. Sem antecedentes familiares relevantes.

Numa consulta programada com o seu MF, a utente, acompanhada pelo irmão, encontrava-se desorientada no tempo e espaço, apresentava uma alteração acentuada do estado de memória, sendo incapaz de reter ou cumprir qualquer indicação ou ordem, com a sua funcionalidade global comprometida e incapaz de efetuar qualquer AVD. A utente negava queda com traumatismo craneano ou outros sintomas de novo, como cefaleias, convulsões ou incontinência de esfíncteres. JS pontuava 18 no Mini-Mental State Examination (MMSE), e apresentava uma dependência moderada para a realização de AVD básicas, segundo a Escala de Katz, mas sem alterações ao exame neurológico sumário. Perante o quadro de deterioração progressiva da memória e de outras funções cognitivas, função executiva, compatível com quadro demencial, foi solicitada uma investigação complementar com hemograma, ionograma, função renal, hepática e tiroideia, doseamento de vitamina B12 e ácido fólico, serologias VIH, VDRL e ECG. Os resultados foram negativos, excetuando o VDRL, com resultado duvidoso. Foi requisitado novo estudo analítico, com VDRL e TPHA positivos, colocando-se como hipóteses diagnósticas uma sífilis latente tardia ou terciária, tendo-se instituído penicilina G 2.4 M.U em 3 tomas semanais, ou, por outro lado, neurosífilis, na base da insuficiência cognitiva da utente, que para confirmação diagnóstica exige a realização de uma punção lombar, tendo sido a utente referenciada para Neurologia.

Na consulta de Neurologia, a utente mantinha o quadro clínico após antibioterapia e realizou TAC cerebral, que revelou leucoencefalopatia isquémica arteriosclerótica/doença dos pequenos vasos e lacuna isquémica de perfil talâmica direita, sem outras alterações. A utente foi referenciada à consulta de Infeciologia, tendo sido pedido controlo analítico

com VDRL, para posterior decisão de orientação. Na consulta subsequente, por manter VDRL positivo, foi requisitada uma punção lombar, para exclusão de neurosífilis, que, no entanto, não foi possível devido a fibrose extensa da coluna dorso-lombar e foi decidido tratar como neurosífilis, com Penicilina G aquosa E.V. durante 10 dias. Após o tratamento, a utente manteve acompanhamento nas consultas hospitalares de Neurologia e de Infeciologia, com melhoria significativa do quadro clínico, pontuando 22 no MMSE e com melhoria dos parâmetros sorológicos, tendo tido alta das consultas.

Atualmente, a utente mantém seguimento na consulta de Medicina Geral e Familiar. No que diz respeito ao seu estado cognitivo e funcionalidade após o tratamento, a utente readquiriu capacidade de orientação no tempo e espaço, melhorou significativamente a sua função cognitiva, pontuando 22 pontos no MMSE, em detrimento de 18 pontos, prévios ao tratamento, e recuperou a sua autonomia e independência total para a execução de AVD básicas, segundo a Escala de Katz.

COMENTÁRIO

No caso apresentado, o MF teve um papel privilegiado no diagnóstico atempado e investigação do quadro demencial. Nos idosos, o desafio diagnóstico da demência é ainda mais complexo, dadas as múltiplas co-morbilidades frequentemente encontradas e com potencial contributivo para a ocorrência de demência. Neste caso, o quadro demencial poderá ser multifatorial, intervindo fatores etários, cardiovasculares (hipertensão arterial com lesão de órgão alvo associada - doença cerebrovascular) e infecciosos (sífilis terciária/neurosífilis). Para além disso, a demência no utente idoso pode ter um impacto devastador ao nível da saúde e da qualidade de vida, sendo fundamentais o seu diagnóstico e abordagem atempadas. No caso apresentado, perante a suspeita de quadro demencial, o MF procedeu a uma avaliação do estado neurológico, cognitivo e comportamental da utente e investigou causas reversíveis e tratáveis de demência, de acordo com as recomendações. De facto, tal como preconizado pela Norma de Orientação Clínica da Direção Geral de Saúde relativa à Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas,³ é crucial nestes casos proceder-se a uma avaliação laboratorial que deve incluir hemograma, glicemia, calcemia, ionograma sérico, função hepática, renal e tiroideia, vitamina B12, ácido fólico e teste sorológico para a sífilis e de um estudo de imagem estrutural cerebral. Para além disso, deverá ainda ser assegurado o seguimento clínico especializado regular dos doentes com demência.

Do caso apresentado, realça-se ainda o contributo do MF no acompanhamento e na referenciação oportu-

na da utente para os cuidados de saúde secundários, o que permitiu a sua avaliação, orientação e acompanhamento pelas especialidades de Neurologia e Infecio-logia. O resultado da intervenção do MF, complementada com a atuação das especialidades hospitalares, foi uma melhoria da função cognitiva da utente, com re-aquisição da sua autonomia e independência, parâmetros essenciais à sua saúde.

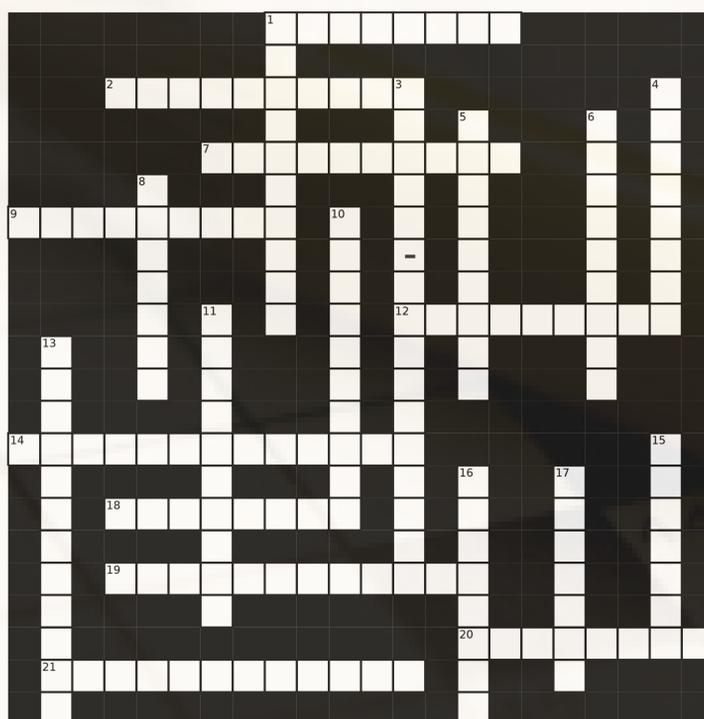
BIBLIOGRAFIA

1. Longo D et al. Harrison-principles of internal medicine. 18 ed: McGraw-Hill; 2012; 169: 1380-1388.
2. Vilela AL, Moraes ENd, Lino V. Grandes síndromes geriátricas. In: Borges APA, Coimbra AMC, editors. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Rio de Janeiro 2008: 193-213.
3. Norma da Direção Geral de Saúde nº 052/2011.

- “Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas”.
4. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. Geriatric Conditions and Disability: The Health and Retirement Study. *Annals of Internal Medicine*. 2007; 147(3):156-64.
 5. Hicks CB, Clement M. Syphilis: Screening and diagnostic testing: uptodate; 2014 [cited 2014 Março].
 6. Sparling PF, Hicks CB. Pathogenesis, clinical manifestations, and treatment of late syphilis: uptodate; 2014 [cited 2014 Março].
 7. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Centers for Disease Control and Prevention. 2015 ; 64(3): 34-48.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesses.



- Horizontal
- 1 O carcinoma que menos preocupa as mulheres
 - 2 Farmaco da classe dos SSRI utilizado no tratamento da ejaculação precoce
 - 7 Classe de diureticos contra-indicados em doentes com Gota
 - 9 Exame de primeira opção para avaliação tripla da mama em mulheres <35 anos
 - 12 Escala Depressão Pós-parto
 - 14 Tratamento farmacologico 1ª linha na enurese noturna monosintomatica
 - 18 O cheque do Médico de Família :)
 - 19 Serologia que faz parte do estudo analítico de vigilancia da gravidez de baixo risco em todos os trimestres
 - 20 Fármaco análogo das Benzodiazepinas
 - 21 Farmaco de 1ª linha utilizado no tratamento via oral da vaginose bacteriana

- Vertical
- 1 Primeiro passo da consulta
 - 3 Farmaco da classe dos AINEs que pode ser utilizado no tratamento da hemorragia uterina
 - 4 Ocorre em cerca de 10% das grávidas
 - 5 À abordagem da MGF
 - 6 Tipo de prevenção que implica o tratamento e controlo da doença crónica
 - 8 Tipo de familia
 - 10 Anti-depressivo que pode ser usado durante a gravidez e na amamentação
 - 11 Teste que avalia grau de dependência da nicotina
 - 13 Devem ser guardados 2 a 5 dias de abstinência sexual para o realizar
 - 15 A menopausa que surge antes dos 40 anos de idade, designa-se de...
 - 16 Sinal instabilidade da anca a partir do 1º mês
 - 17 Instrumento avaliação familiar

Relato de caso

Herpes zoster na infância

por Isabel Machado¹, Sandra Oliveira¹, Alfredo João Pereira¹, Ana Marlene Barros¹

1. Interna(o) Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF do Minho, ACeS Cavado I

RESUMO

Introdução: O herpes zoster (HZ) ou zona corresponde à reativação do vírus varicela-zoster, latente na raiz dorsal dos gânglios sensoriais afetados, após a infeção primária. A incidência de HZ aumenta com a idade, sendo rara em idade pediátrica.

Descrição de caso: Descreve-se o caso de uma criança de 4 anos, com antecedente de varicela aos 4 meses de idade, que apresentava um exantema maculopapular e vesicular na distribuição dos dermatômos T10 e T11, associado a queixas álgicas. Foi feito o diagnóstico clínico de infeção por HZ, tendo sido medicada com aciclovir oral. Apresentou boa evolução clínica e resolução do exantema após um mês.

Comentário: Trata-se de um caso raro de HZ em idade pediátrica, com apresentação atípica, dado o envolvimento de dois dermatômos contíguos na região torácica inferior. A ocorrência de varicela no primeiro ano de vida constitui um fator de risco para o desenvolvimento de HZ na infância. Sendo esta uma patologia geralmente benigna em crianças saudáveis, é enfatizado o papel do médico de família no acompanhamento longitudinal do paciente pediátrico e na resolução de casos similares ao nível dos cuidados de saúde primários.

Palavras-chave: Vírus *varicela-zoster*; varicela; herpes zoster; zona; criança

INTRODUÇÃO

O vírus *Varicela-Zoster* (VVZ) é o agente etiológico da varicela e do *Herpes Zoster* (HZ). A varicela é uma patologia benigna muito comum na idade pediátrica e é altamente contagiosa. Cerca de 86,8% da população portuguesa é seropositiva para o VVZ.^{1,2} O HZ resulta da reativação do VVZ, latente na raiz dorsal dos gânglios sensoriais ou dos nervos cranianos.³ Caracteriza-se por uma erupção vesicular localizada, segundo o dermatômo sensorial afetado e, geralmente, é precedida ou acompanhada por dor intensa.⁴ Embora possa ocorrer em qualquer altura após a infeção primária, é rara na criança.⁵

Apresentamos um caso pediátrico de HZ, atípico pelos dermatômos envolvidos, numa criança saudável de 4 anos. Realçamos a importância em conhecer os antecedentes pessoais, os fatores de risco para complicações, diagnóstico diferencial e abordagem terapêutica do HZ. Esta patologia é geralmente benigna e pode ser diagnosticada e orientada pelo médico de família, sem necessidade de referenciação hospitalar.



Figura 1. Lesões maculopapulares e vesiculares correspondentes aos dermatômos T10 e T11

DESCRIÇÃO DE CASO

Criança de 4 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, pertencente a uma família nuclear e classe social média segundo a classificação de Graffar, foi trazida pela mãe a uma consulta aberta da Unidade de Saúde Familiar a que pertence, em abril de 2015, por erupção cutânea localizada na região torácica inferior direita, associada a queixas álgicas tipo “queimadura”, com cerca de 12 horas de evolução. Em relação aos antecedentes obstétricos, a progenitora teve uma gravidez de termo, vigiada, com serologias positivas (IgM e IgG) para *citomegalovírus* (CMV), no primeiro trimestre de gravidez, com teste de avidéz alta. As ecografias pré-natais foram todas normais. A criança foi seguida em consulta de neonatologia, onde realizou estudo infeccioso para CMV que foi negativo, tendo tido alta com um ano de idade. Como antecedentes pessoais apresentava história de varicela aos 4 meses de idade, tendo sido medicada com aciclovir 20mg/Kg/dose 4 vezes por dia, durante 5 dias. Era seguida na consulta de saúde infantil, apresentando boa evolução estaturo-ponderal e bom desenvolvimento psicomotor. Apresentava o Programa Nacional de Vacinação atualizado, com imunização extra-plano contra o

rotavírus e bactéria pneumococos, tendo realizado 3 doses de cada vacina.

Ao exame objetivo encontrava-se com bom estado geral e apirética. Apresentava lesões maculopapulares e vesiculares confluentes, com base eritematosa bem definida, discretamente pruriginosa, na região torácica inferior direita e periumbilical, sem ultrapassar a linha média, correspondente aos dermatômos T10 e T11 (Figura 1).



Figura 2. Lesões em fase de crosta

Foi feito o diagnóstico clínico de HZ. Dada a instalação ser recente e haver envolvimento atípico de dois dermatômos na região torácica inferior com exantema moderado associado muito sugestivo de HZ, a criança foi medicada com aciclovir (80mg/kg/dia) 5 vezes por dia, suspensão oral (80mg/ml) durante 7 dias e paracetamol (15mg/kg/dose), em SOS.

A criança foi reavaliada 9 dias depois, apresentando lesões já em fase de crosta (Figura 2). A mãe referiu que apenas necessitou de administrar paracetamol para resolução das queixas álgicas, durante os primeiros 4 dias. O quadro clínico resolveu, sem intercorrências, tendo-se verificado resolução completa, ao fim de 4 semanas.

COMENTÁRIO

Apresentamos um caso de uma criança saudável de 4 anos cujo diagnóstico de HZ foi suportado pela clínica sugestiva e pelo antecedente de varicela nos primeiros meses de vida. Dado que o médico de família dedica parte das suas consultas à saúde infantil e juvenil e é geralmente a primeira linha de recurso, reforçamos a sua importância na identificação, acompanhamento e resolução desta patologia, não sendo necessário a sua referência hospitalar em crianças saudáveis com primeiro episódio de HZ.

A incidência de HZ aumenta com a idade, afetando sobretudo indivíduos imunocomprometidos, com idade superior aos 50 anos, sendo raro em crianças com idade inferior aos 10 anos.⁶⁻⁹ Na Europa, a

incidência anual do HZ tem sido reportada como 0,3-0,74/1000 crianças abaixo dos 10 anos; 1,6/1000 adultos abaixo dos 40 anos; 7,8/1000 adultos com idade superior a 60 anos e 10/1000 idosos acima dos 80 anos de idade.¹⁰ Uma vez que a infeção pelo VVZ não é uma doença de declaração obrigatória em Portugal, e nem todas as crianças com sintomas ligeiros procuram tratamento, os dados nacionais sobre a incidência e frequência das suas complicações são limitados.

Os fatores de risco mais frequentes para a ocorrência de HZ, em lactentes e crianças imunocompetentes, são a infeção por VVZ durante a gestação ou durante o primeiro ano de vida.^{5,7} Pensa-se que esteja relacionado com a imaturidade imunológica, bem como com a presença de anticorpos maternos que podem modificar a resposta imunológica ao VVZ e conduzir a infeção primária clínica ou subclínica.^{5,11} Defeitos na imunidade, por imunodeficiência ou terapêutica imunossupressora, bem como fatores como a idade mais velha, fadiga, stress e antecedentes de asma são também fatores de risco conhecidos para a ocorrência de HZ.^{9,12}

O HZ corresponde a uma infeção cutânea, provocada pela reativação do VVZ, que permanece latente na raiz dorsal ganglionar, após resolução da infeção primária que se manifesta clinicamente como varicela.¹¹ A apresentação clínica típica é o aparecimento de dor, seguida, 48-72 horas depois, de uma erupção papulovesicular unilateral, de base eritematosa, no dermatomo correspondente. A dor pode ser referida como queimadura, prurido ou parestesia e deve-se à nevrite aguda relacionada com a replicação viral.⁹ Pode estar associada a febre, adenopatias regionais e cefaleias.^{5,9} As vesículas podem coalescer e formar lesões bolhosas que podem evoluir para pústulas. Estas acabam por ulcerar e cicatrizar após 7-10 dias, resolvendo espontaneamente.^{5,9} Geralmente as crostas desaparecem ao fim de 3-4 semanas.¹³ Na forma mais típica, apenas está envolvido um dermatomo, no entanto, podem estar envolvidos 2 ou 3 dermatômos contíguos.^{9,11} Nas crianças geralmente estão afetados os dermatômos cervicais e sagrados, enquanto, nos adultos, os torácicos inferiores e os lombares superiores são os mais frequentemente envolvidos.^{8,9}

O diagnóstico é essencialmente clínico, não sendo necessário estudo imunológico complementar para investigação de possível imunodeficiência, em crianças saudáveis com primeiro episódio de HZ.⁸ O impétigo bolhoso e a infeção por herpes simples

podem cursar com erupção vesicular semelhante pelo que devem ser considerados no diagnóstico diferencial.¹¹

Geralmente o curso da doença é benigno, bem tolerado e auto-limitado.¹¹ Particularmente nas crianças, é raro afetar os pares cranianos ou complicar-se com nevralgia pós-herpética.⁵ As principais complicações prendem-se com o desenvolvimento de infecções bacterianas secundárias e despigmentação cicatricial.¹¹

Os principais objetivos do tratamento são a eliminação da dor e da replicação viral. Deve ser explicado à família o que é a doença, o risco de contágio de pessoas não imunes à varicela e o objetivo do tratamento, de modo a aumentar a adesão ao mesmo.¹³ Deve ser recomendada a evicção escolar ou do infan-tário até que as lesões “tipo crosta” comecem a aparecer, bem como evitar o contacto com grávidas.^{8,9} Medidas preventivas gerais devem ser tomadas, tais como uma boa higiene pessoal, com particular ênfase à lavagem das mãos. Se ocorrer infecção bacteriana secundária, o uso de antibióticos tópicos ou sistêmicos podem ser necessários.

Existe alguma controvérsia no que respeita ao tratamento com antivirais, devido ao curso benigno da doença. Alguns autores defendem que pode ser adotada uma estratégia de medicação universal, visto que a terapêutica reduz a formação de novas vesículas, a duração da doença e minimiza o risco de complicações.^{9,11,13} Outros defendem que deve ser limitada a situações graves, com dor intensa ou envolvimento dos pares cranianos.^{5,13} Parece ser consistente a escolha inicial recair no aciclovir, no entanto os esquemas terapêuticos variam: dose oral de 20-80mg/kg/dia, 4-5 tomas/dia, durante 5-7 dias (máximo 800mg/dose). Geralmente recomenda-se iniciar o tratamento antiviral nas primeiras 72 horas.^{9,11} Nos casos graves pode ser necessária terapêutica endovenosa, 7-10 dias ou até 2 dias após o aparecimento de novas lesões.⁵ A recorrência é rara em crianças imunocompetentes (cerca de 5% dos casos).⁹

Com este caso clínico pretendemos reforçar o papel do médico de família no estabelecimento de um diagnóstico correto de HZ, conhecer os seus principais fatores de risco e objetivos do tratamento, de modo a esclarecer os pais quanto à benignidade desta patologia, tranquilizá-los quanto ao prognóstico e aconselhá-los em relação aos cuidados apropriados. O estabelecimento de uma boa relação médico-doente, aliado ao acompanhamento longi-

tudinal que caracteriza a Medicina Geral e Familiar são fundamentais para o sucesso terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ulrich H, Seward JF. Varicella. *Lancet* 2006;368(9544):1365-1376.
2. Freitas MG, Paixão MT, editors. Avaliação do programa nacional da vacinação e melhoria do seu custo-efetividade: 2º inquérito serológico nacional, Portugal Continental 2001-2002. Lisboa: Direção Geral Saúde; 2004.
3. Feder HM, Hoss DM. Herpes zoster in otherwise healthy children. *Pediatric Infect Dis J* 2004;23:451-457.
4. Pinchinat S, Cebrián-Cuenca A, Bricout H, Johnson R. Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic literature review. *BMC Infectious Diseases* 2013; 13:170.
5. Rodrigues V, Gouveia C, Brito MJ. Herpes Zoster na infância. *Acta Pediatr Port* 2010; 41(3):138-140.
6. Weinmann S, Chun C, Schmid DS, Roberts M, Vandermeer M, Riedlinger K et al. Incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children in the varicella vaccine era 2005-2009. *J Infect Dis* 2013;208(11):1859-1868.
7. Wen S, Liu, W. Epidemiology of pediatric herpes zoster after varicella infection: a population-based study. *Pediatrics* 2015;135 (3):e565-71.
8. Leung A, Robson W, Leong A. Herpes Zoster in Childhood. *J Pediatric Health Care* 2006;20:300-303.
9. Leung A, Barankin B. Herpes Zoster in Childhood. *Open Journal of Pediatrics* 2015;5,39-44.
10. Volpi A, Gross G, Hercogova J, Johnson RW. Current Management of Herpes Zoster: The European View. *Am J Clin Dermatol* 2006;6:317-325.
11. Roda J, Santos D, Mascarenhas R, Moura L, Figueiredo N. Herpes zoster na criança. Caso clínico exuberante com disseminação cutânea. *Acta Pediatr Port* 2011;42(3):114-116.
12. Kim BS, Mehra S, Yawn B, Grose C, Tarrell R, Lahr B et al. Increased risk of herpes zoster in children with asthma: a population-based case-control study. *J Pediatr* 2013;163(3):816-821.
13. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M et al. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis* 2007;1:44.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.



Para a mulher cansada da rotina da toma diária da pílula

Jaydess®: Elevada eficácia contraceptiva sem necessidade de uma toma diária

- Contraceção de elevada eficácia (Índice de Pearl de 0,33) até 3 anos¹
- O Sistema intrauterino (SIU) mais pequeno, com um estreito tubo de inserção¹
- Uma opção estudada em mulheres nulíparas e múltiparas^{1,2*}



SISTEMA INTRAUTERINO
13,5 mg LEVONORGESTREL

Simplemente inesquecível

*Jaydess não é a primeira escolha para a contraceção em mulheres nulíparas

Referência: 1. Informed. Resumo das Características do Medicamento para Jaydess. 2. Nelson A et al. Two Low-Dose Levonorgestrel Intrauterine Contraceptive Systems. A Randomized Controlled Trial, *Obstetrics & Gynecology* VOL. 122, NO. 6, DECEMBER 2013.

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. **Nome:** Jaydess 13,5 mg dispositivo de libertação intrauterino **Composição:** contém 13,5 mg de levonorgestrel. **Forma farmacêutica:** Dispositivo de libertação intrauterino (DLIU). **Indicações terapêuticas:** Contraceção até 3 anos. **Posologia e administração:** Jaydess é inserido na cavidade uterina e é eficaz até três anos. **Contraindicações:** gravidez; doença inflamatória pélvica aguda ou recorrente ou patologias associadas a um risco acrescido de infeções pélvicas; cervicite ou vaginite aguda; endometrite pós-parto ou aborto com infeção durante os últimos três meses; **Advertências e precauções especiais:** enxaqueca, enxaqueca focal com perda de visão assimétrica ou outros sintomas que indiquem isquemia cerebral transitória; cefaleias exceçãoalmente intensas, icterícia, aumento acentuado da tensão arterial, doença arterial grave como acidente vascular cerebral ou enfarte do miocárdio. **Interações:** Podem ocorrer interações com fármacos que induzem as enzimas dos microsomas hepáticos, especificamente as enzimas do citocromo P450, e que podem aumentar consequentemente o metabolismo do levonorgestrel, resultando num aumento da depuração das hormonas sexuais (p. ex., fenitoína, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, rifabutina, nevirapina, efavirenz, bosentano e, possivelmente, também a oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina e produtos contendo a planta hipericão). **Efeitos indesejáveis:** Muito frequentes: Cefaleias, Dor abdominal/pélvica, Acne/Seborreia, Alterações hemorrágicas incluindo aumento e diminuição da hemorragia menstrual, pequenas perdas sanguíneas, hemorragia pouco frequente e amenorreia, quisto ovário, vulvovaginite; Frequentes: Humor depressivo / Depressão, Enxaqueca, Náuseas, Alopecia, Infeção das vias genitais superiores, dismenorreia, dor mamária/desconforto mamário, expulsão do dispositivo (completo e parcial), corrimento vaginal; **Titular da A.I.M.:** Berlex - Especialidades Farmacêuticas Lda. **Número da A.I.M.:** N.º de registo: 5566617 - 1 unidade: 1x1 dispositivo de libertação intrauterino; **Data de revisão do texto:** Julho de 2014. Medicamento sujeito a receita médica e compartilhado (regime geral 69% e regime especial 84%). Para mais informações, deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado: Bayer Portugal Lda, Rua Quinta do Pinheiro, 5 - 2794-003 Carnaxide. NIF 500043256 Sistema Intrauterino (SIU) cuja designação registada da forma farmacêutica é Dispositivo de Libertação Intrauterino (DLIU).

Estudo de Melhoria Contínua da Qualidade

Impacto de uma intervenção na prescrição e realização de osteodensitometria por critério de idade

por Ana Luís Pereira¹, Catarina Vidinha², Luís Pinho Costa³, Óscar Henriques⁴, Sónia Marques Moreira³

1. Interna Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Salvador Machado (ACeS Entre Douro e Vouga II)

2. Interna Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Novo Sentido (ACeS Porto Oriental)

3. Internos Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Fânzeres (ACeS Gondomar)

4. Interno Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Escariz (ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca)

RESUMO

Introdução: A osteoporose é um problema de saúde caracterizado por alteração da microestrutura óssea condicionando um risco aumentado de fratura, sendo esta uma importante causa de morbi-mortalidade. Segundo a norma nº001/2010 da Direção-Geral da Saúde, devem realizar osteodensitometria as mulheres com idade superior a 65 anos e os homens com idade superior a 70 anos sem fatores de risco que condicionem a sua antecipação.

Objetivos: O objetivo principal deste estudo é aumentar a prescrição e/ou realização de osteodensitometria segundo o referido critério de idade. Secundariamente, pretende-se monitorizar os custos da prescrição de osteodensitometrias.

Tipo de estudo: Estudo de melhoria contínua da qualidade.

Locais: Unidades de Saúde Familiar A, B, C e D da ARS Norte.

População: Todos os utentes do sexo feminino entre os 66 e os 70 anos e do sexo masculino dos 71 aos 75 anos, inscritos nas unidades supramencionadas.

Métodos: Procedeu-se a amostragem aleatória simples, tendo-se realizado um estudo piloto (janeiro de 2016), uma avaliação pré-intervenção (fevereiro de 2016) seguida de uma intervenção educacional, e uma avaliação pós-intervenção (outubro de 2016).

Resultados: A avaliação pré-intervenção aferiu um resultado insuficiente em todas as unidades, traduzido por menos de 50% dos utentes com uma osteodensitometria por critério de idade, sendo residual nos homens. Após

a intervenção a proporção aumentou entre as mulheres de duas unidades, mantendo-se, no entanto, um resultado global insuficiente em todas as unidades.

Conclusão: A melhoria obtida ficou aquém do pretendido, o que poderá dever-se ao curto tempo de intervenção, controvérsias na evidência científica do rastreio e tratamento da osteoporose, sobretudo no homem, e priorização de intervenções em saúde mais custo-efetivas. Foi planeada uma reformulação da intervenção no próximo ciclo de melhoria da qualidade integrando a mais recente evidência sobre a prescrição de osteodensitometria apoiada no cálculo do risco fraturário a 10 anos.

Palavras chave: osteoporose; densitometria, garantia de qualidade dos cuidados de saúde.

INTRODUÇÃO

As equipas das Unidades de Saúde Familiar (USF) dos autores consideraram pertinente abordar a prescrição de osteodensitometria tendo em conta a epidemiologia da osteoporose e suas implicações na sociedade e, a percepção de que as recomendações para a sua prescrição não estariam a ser aplicadas nas suas Unidades, nomeadamente a Norma de Orientação Clínica da Direção Geral da Saúde (DGS) 001/2010: “Prescrição da Osteodensitometria na Osteoporose do Adulto”.¹ Os dados epidemiológicos revelam que existem em Portugal mais de meio milhão de pessoas, sobretudo mulheres, com osteoporose, problema de saúde caracterizado por perda de massa óssea, alteração da microestrutura e fragilidade ósseas, associado a um risco aumentado de fratura.^{1,2} Em termos de saúde pública, as complicações associadas, em particular as fraturas do fémur proximal, causam significativa morbi-mortalidade e elevados encargos sociais e económicos.³ Torna-se, portanto, importante identificar indivíduos com risco aumentado de fratura(s) de fragilidade - resultante de traumatismo de baixo impacto - e que possam beneficiar de uma intervenção que minimize este risco. A estratificação de risco inclui o despiste de fatores de risco e a avaliação da Densidade Mineral Óssea (DMO), particularmente nas mulheres pós-menopáusicas e homens com idade superior a 50 anos.

Classificam-se como fatores de risco major a idade superior a 65 anos; fratura vertebral prévia; fratura de fragilidade depois dos 40 anos; história de fratura da anca num dos progenitores; corticoterapia sistémica com mais de 3 meses de duração; menopausa precoce; hipogonadismo; hiperparatiroidismo primário; e a propensão aumentada para quedas. Relativamente aos fatores de risco minor, estes definem-se por: artrite reumatoide; hipertireoidismo clínico; terapêutica crónica com antiepiléticos ou com heparina; baixo aporte de cálcio na dieta e consumo de mais de 3 chávenas de café por dia; tabagismo atual; consumo de mais de 3 unidades de

álcool por dia; índice de massa corporal menor do que 19 kg/m²; perda de peso superior a 10% relativamente ao peso do indivíduo aos 25 anos; e imobilização prolongada.^{1,2,4,5}

A técnica com resultados mais consistentes para avaliar a DMO é a osteodensitometria de dupla energia radiológica (*dual-energy X-ray absorptiometry - DEXA*). Este é o método padrão para o diagnóstico e seguimento da evolução dos doentes com osteoporose. As indicações para a sua prescrição encontram-se previstas na Norma de Orientação Clínica da DGS 001/2010: “Prescrição da Osteodensitometria na Osteoporose do Adulto”.¹ A avaliação por osteodensitometria é realizada ao nível do fémur proximal e da coluna lombar, tendo em conta os valores absolutos da DMO e o índice T do colo do fémur, da anca total e da coluna lombar. A osteodensitometria do fémur proximal é a que oferece maiores garantias de precisão após os 65 anos. O índice T representa o número de desvios padrão acima ou abaixo da média de DMO. Este método tem assim valor prognóstico, permitindo avaliar o risco de fratura: a diminuição de um desvio padrão duplica o risco. A definição operativa de osteoporose, da Organização Mundial de Saúde, baseia-se nos valores da DMO no colo do fémur e usando como referência os valores da população feminina jovem, considerando-se: normal se $T \geq 1$; osteopenia se $-2,5 < T < 1$; osteoporose se $T \leq -2,5$; e osteoporose grave se $T \leq -2,5$ e fratura de fragilidade.^{2,3,4,5,6}

A avaliação dos fatores de risco é independente da avaliação da DMO e constitui um importante preditor de fratura de fragilidade. Nesse sentido, existe uma ferramenta de avaliação do risco de fratura (*Fracture Risk Assessment Tool - FRAX*) que pode ser utilizada com ou sem conhecimento da DMO. Contudo, o resultado da osteodensitometria pode alterar a decisão terapêutica. À data da conceção do trabalho (2015) sabia-se que o tratamento da osteoporose devia ser considerado nos indivíduos com baixa DMO (índice de $T \leq -2,5$), assim como quando o cálculo de risco (FRAX) de fratura da anca fosse $\geq 3\%$ ou de risco a 10 anos de fratura major fosse $\geq 20\%$.^{1,2,4,5,7,8,9} Nessa data, o FRAX ainda se encontrava em processo de validação em Portugal, pelo que esses limiares de intervenção eram os conhecidos nos países onde o FRAX já estava validado. A norma da DGS referia por isso que a utilização desta ferramenta não era ainda recomendada em Portugal, devendo ser considerados os fatores de risco supramencionados.

Verifica-se que não existe uma relação custo-benefício favorável para o rastreio na população geral, devido a baixa sensibilidade das diferentes técnicas de osteodensitometria (apesar da especificidade elevada).^{1,2,5,6} Nesse sentido e de acordo com a norma supracitada, as indicações para a sua prescrição são: 1) mulheres com 65 ou mais anos e homens com 70 ou mais anos, sem outros fatores de risco; 2) as mulheres pós-menopáusicas com

menos 65 anos e homens com idade superior a 50 anos se apresentarem 1 fator de risco major ou 2 minor e 3) as mulheres pré-menopáusicas e homens com idade inferior a 50 anos apenas se existirem causas conhecidas de osteoporose secundária ou fatores de risco major.

Tendo definido como prioridade a Norma da DGS 001/2010, as equipas pretendem com este trabalho dar resposta a uma necessidade comum às USF, de avaliar e melhorar a aplicação das recomendações sobre prescrição e realização de osteodensitometrias.^{2,5,9} Em paralelo, os autores procuram monitorizar o impacto das medidas corretivas nos custos com estes exames nas unidades. Efetivamente, poderão ser identificados mais utentes com indicação para a sua realização, mas por outro lado, a sensibilização dos médicos para as indicações de prescrição poderá igualmente evitar pedidos sem justificação clínica.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de qualidade técnico-científica, com avaliação interna e retrospectiva da prescrição e/ou realização da osteodensitometria de acordo com as recomendações, por critério de idade, constantes da Norma da DGS 001/2010. Para tal, foram selecionadas amostras aleatórias de utentes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 66 e os 70 anos, e de utentes do sexo masculino com idades compreendidas entre os 71 e os 75 anos, inscritos nas USF A, USF B, USF C e USF D (critérios de elegibilidade). Nesse sentido, foram avaliadas todas as prescrições de todos os médicos de família das mencionadas unidades, assim como os registos de exames já realizados pelos utentes. A idade mínima foi assim estabelecida dado que a primeira consulta após a idade alvo pode acontecer decorridos vários meses; adicionalmente, considerando a data de publicação da Norma da DGS 001/2010, estabeleceu-se como limite etário superior os 70 anos nas mulheres e os 75 anos nos homens. O protocolo de revisão do processo clínico eletrónico estabeleceu que, para cada utente elegível, fosse verificado se foi prescrita e/ou realizada uma osteodensitometria de fémur após os 65 anos na mulher e após os 70 anos no homem. Foram consultados os “pedidos de MCDT” em SClínico para identificação das osteodensitometrias de fémur prescritas, bem como o “registo do resultado de MCDT” com vista à identificação de osteodensitometrias realizadas por prescrição através de outros sistemas informáticos (por exemplo em consulta hospitalar).

A colheita de dados compreendeu 3 fases: estudo piloto, avaliação pré-intervenção e avaliação pós-intervenção. No estudo piloto recorreu-se à análise do processo clínico eletrónico de 30 utentes do sexo feminino e 30 utentes do sexo masculino do universo de utentes de cada USF em estudo, de acordo com os critérios de

elegibilidade. Recorreu-se a listagens de dezembro de 2015, retiradas do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), para efeitos de amostragem. O tamanho amostral mínimo das fases seguintes foi calculado, com recurso ao Epi Info™, para cada sexo e por forma a detetar aumento de pelo menos 25% na proporção de osteodensitometrias prescritas e/ou realizadas, assumindo um nível de significância de 5%, poder de 80% e razão de tamanho amostral de 1:1, e simulando vários cenários de proporção inicial de acordo com o valor obtido em cada unidade no estudo piloto (quadro I).

	Homens 71-75 anos				Mulheres 66-70 anos			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Tamanho da população	78	270	246	244	147	404	408	380
Proporção de utentes com osteodensitometria no teste piloto	3,3%	0%	0%	3,3%	36,7%	6,7%	10,0%	16,7%
Tamanho amostral mínimo*	40	34	34	40	70	46	51	59
Tamanho amostral obtido	40				70			

Quadro I. Cálculo do tamanho amostral.

Legenda: *Tamanho amostral necessário para detetar diferenças estatisticamente significativas, de pelo menos 25%, entre a proporção pré- e pós-intervenção, com nível de significância de 5%, poder de 80% e razão de tamanho amostral de 1:1, assumindo como valor populacional basal a proporção obtida no teste piloto.

A avaliação pré-intervenção, decorreu em fevereiro de 2016 e foi escolhido o maior tamanho amostral - 70 mulheres e 40 homens aleatorizados das listagens de dezembro de 2015 retiradas do MIM@UF. A avaliação pós-intervenção, decorreu em novembro de 2016, com análise de nova amostra com as mesmas dimensões da avaliação pré-intervenção e usando listagens do MIM@UF de setembro de 2016.

As equipas definiram como indicador principal a proporção de utentes, de cada sexo, com osteodensitometria prescrita e/ou realizada por critério de idade, na ausência de diagnóstico prévio de osteopenia ou osteoporose, em mulheres com 66 a 70 anos e homens com 71 a 75 anos. Este indicador é uma medida de processo escolhido pela exequibilidade de comparação de desempenho. Seria desejável que a proporção estipulada se aproximasse dos 100%, aceitando-se como meta mínima os 50%.

Adicionalmente, dado que o custo é uma variável importante no esforço de mudança, a equipa propôs-se a monitorizar o custo médio mensal com exames de osteodensitometria antes e após a intervenção.

Todos os dados para as medidas de qualidade foram obtidos a partir de revisão do processo clínico eletrónico, em SClínico, e do MIM@UF para os custos e listagens de utentes. Os investigadores desenvolveram um proto-

colo standardizado de revisão do processo clínico eletrónico e respetiva folha de recolha de dados (formato Microsoft Excel®), os quais foram refinados por meio do teste piloto. Durante o período de abstração de dados piloto, 5% dos casos foram selecionados aleatoriamente (dois homens e duas mulheres, por USF) para, após anonimização, ser realizada abstração independente por cada investigador, no sentido de calcular a reprodutibilidade da estratégia implementada.

O desempenho no indicador principal foi quantificado pela divisão do número de utentes com osteodensitometria na idade alvo. Os critérios de inclusão no numerador são: ter osteodensitometria prescrita e/ou realizada após os 65 anos, se mulher, ou após os 70 anos, se homem; e ausência de osteodensitometria prévia reveladora de osteopenia ou osteoporose.

Os critérios de inclusão no

denominador são: sexo feminino e completado 66 a 70 anos, ou sexo masculino e completado 71 a 75 anos; ter pelo menos um registo de consulta médica nessas idades.

Monitorizou-se o diferencial dos custos médios mensais com exames de DEXA (PVP) faturados nos períodos pré e pós-intervenção, em cada unidade.

O estudo comparou a proporção de utentes, de cada sexo, com osteodensitometria prescrita e/ou realizada por critério de idade antes e depois da implementação da estratégia definida pelas equipas. Para a análise dos dados recorreu-se a estatística descritiva e inferencial (teste de Qui-quadrado e teste exato de Fisher), para o nível de significância estatística de 0,05, com recurso a Google Sheets e calculadora online para os testes estatísticos. Na hipótese nula não se verifica diferença na proporção de osteodensitometrias cumpridoras dos critérios estabelecidos, antes e depois da intervenção.

Em todas as USF foram acordados em reunião prévia à implementação do protocolo o uso de padrões de qualidade para interpretação dos resultados do indicador principal, tendo as equipas definido e aceite o seguinte padrão: “muito bom, se resultado superior a 75%”, “bom, entre 50 e 74%” e “insuficiente, se resultado inferior a 50%”. As equipas optaram por manter o padrão ao longo do trabalho, dado julgarem-no o balanço mais adequado para a atual fase de desenvolvimento organizacional das equipas.

Sabendo que os profissionais de saúde são constantemente pressionados com informações e tarefas não assistenciais, as equipas consideraram que a apresentação em reunião de serviço do diagnóstico de situação e da evidência científica subjacente à prescrição de osteo-

densitometria, seria uma forma eficaz de sensibilizar os médicos para esta temática. A intervenção subsequente acordada por consenso da equipa foi programada em 3 momentos, segundo a descrição no quadro II.

Medidas	Com que objetivo?	Quem?	Para quem?	Como?	Com que frequência?	Onde?
Apresentação teórica	Fundamentação científica para os objetivos propostos	Autores	Médicos das USF	Apresentação oral com suporte informático	Uma vez	Reunião de Serviço para a equipa médica
Panfleto sobre Osteoporose	Fundamentação teórica	Autores	Utentes das USF	Disponibilização no período da intervenção	6 meses	Sala de espera das USF
<i>Emails</i> aos médicos das Unidades	Fundamentação teórica e sensibilização	Autores	Médicos das USF	<i>Emails</i>	De 15 em 15 dias	Correio eletrónico

Quadro II. Descrição da intervenção.

Unidade funcional	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
USF A	72,9 (±1,6)	67,9 (±1,4)	73,0 (±1,4)	67,8 (±1,5)
USF B	73,0 (±1,4)	68,1 (±1,9)	72,7 (±1,3)	68,0 (±1,5)
USF C	73,0 (±1,5)	67,8 (±1,5)	72,7 (±1,4)	68,1 (±1,6)
USF D	72,5 (±1,2)*	68,2 (±1,3)	73,1 (±1,3)*	68,0 (±1,4)

Quadro III. Descrição da idade dos participantes nas pré e pós-intervenção, por sexo e por unidade funcional.

Legenda: *estatisticamente significativo.

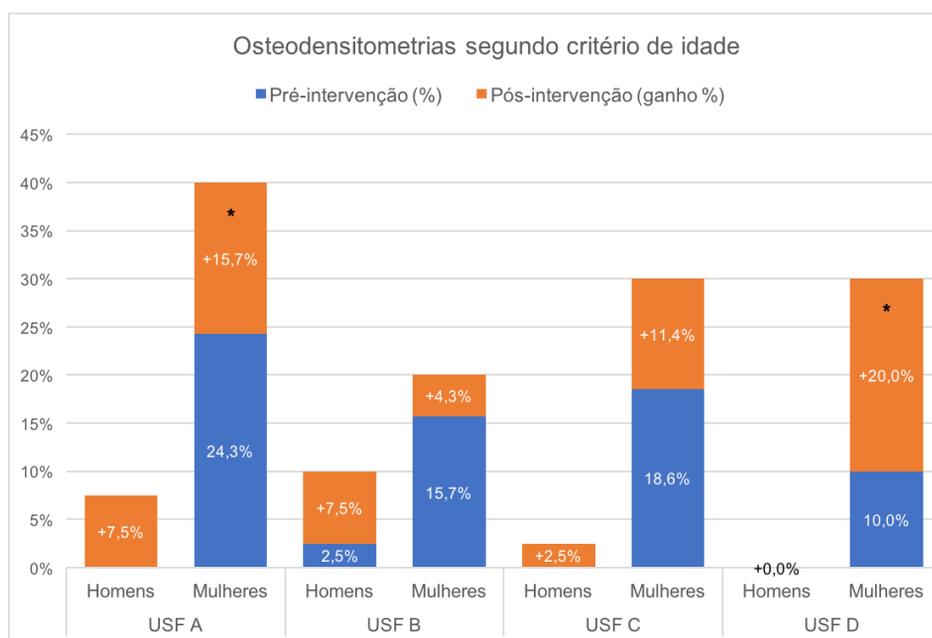


Gráfico 1. Proporção de utentes, de cada sexo, com osteodensitometria prescrita e/ou realizada por critério de idade, na ausência de diagnóstico prévio de osteopenia ou osteoporose, em mulheres com 66 a 70 anos e homens com 71 a 75 anos, nas fases pré-intervenção e pós-intervenção. **Legenda:** * estatisticamente significativo.

O envio quinzenal de email pretendeu reforçar a inter-

venção inicial e relembrar a importância da prescrição. As apresentações a realizar foram da responsabilidade dos autores que integram as respetivas unidades. O panfleto visou que mais utentes discutissem, por sua inicia-

tiva, a pertinência da realização da osteodensitometria com o seu médico. Os autores assumem o respeito pela confidencialidade e anonimato dos dados utilizados. Adicionalmente garantiram a inexistência de qualquer interferência no funcionamento das USF e nos cuidados prestados aos utentes, durante o período de estudo. A realização deste estudo contou com o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, em reunião de 12/01/2016 (parecer nº 03/2016).

RESULTADOS

No estudo piloto a proporção de utentes com osteodensitometria por critério de idade variou entre 0% (USF B e C) e 3,3% (USF A e D) nos homens e entre 6,7% (USF B) e 36,7% (USF A) nas mulheres. Além de informar o cálculo do tamanho amostral das fases seguintes, estes resultados indicaram uma assimetria entre unidades, sendo classificados como insuficientes à luz do padrão de qualidade definido pelas equipas. Os resultados da avaliação inter-observador não revelaram quaisquer avaliações discordantes, isto é, um observador atribuir uma categoria diferente do segundo ob-

servador. A distribuição por idade e USF, dos participantes nas fases pré e pós-intervenção encontram-se explanadas no quadro III. Verificamos que não há diferenças estatisticamente significativas, de idade, entre as amostras pré e pós-intervenção, exceto nos homens na USF D (em média meio ano mais velhos na avaliação pós-intervenção).

A proporção de homens e mulheres nas idades alvo com osteodensitometria prescrita e/ou realizada por critério de idade encontra-se sumarizada no gráfico 1.

Tendo em conta os resultados apresentados no Gráfico 1, verifica-se que a proporção de utentes de todas as USF, com osteodensitometria prescrita e/ou realizada por critério de idade, é inferior a 50%, o que se interpreta como sendo um resultado global insuficiente. Adicionalmente, constata-se que essa proporção de prescrição é mais elevada nas mulheres, sendo reduzida nos homens. São ainda discerníveis assimetrias entre as USF. Verificaram-se ganhos estatisticamente significativos na USF A e D para o sexo feminino. (Quadro IV)

Unidade funcional	Variação da proporção de utentes com osteodensitometria	
	Masculino	Feminino
USF A	+7,5% [-0,8%; +15,8%]	+15,7% [+0,2%; +31,2%]
USF B	+7,5% [-3,1%; +18,1%]	+4,3% [-8,4%; +17,0%]
USF C	+2,5% [-2,4%; +7,4%]	+11,4% [-2,8%; +25,6%]
USF D	+0% [-0%; +0%]	+20,0% [+6,8%; +33,3%]

Quadro IV. Impacto da intervenção na prescrição e/ou realização de osteodensitometria por critério de idade, por sexo e por unidade funcional.

No referente à análise dos custos com a prescrição de osteodensitometria, os dados foram obtidos a partir do MIM@UF para os anos de 2015 (total) e de 2016 (dados de fevereiro a setembro de 2016). Os dados foram colhidos em fevereiro de 2016 e novembro de 2016, respetivamente. Foram incluídos todos os médicos das unidades em apreço de forma a serem contabilizados todos os custos. Estes resultados encontram-se disponibilizados no quadro V.

DISCUSSÃO

No ponto de partida para este trabalho esteve a opinião das equipas de que face aos riscos e complicações associadas a fraturas osteoporóticas, era fundamental a sensibilização dos clínicos e utentes para as indicações da prescrição da osteodensitometria. As equipas esperavam que a sensibilização dos médicos para a evidência científica existente e vantagens da prescrição de osteodensitometria em idades-chave contribuísse para um aumento da frequência da prescrição da osteodensitometria por critério de idade, com vista ao atingimento da meta mínima de 50% dos utentes.

Esta metodologia teve por base o facto de os médicos serem os principais agentes de modificação da prescrição de meios complementares de diagnóstico. No entanto, a percepção dos autores, foi que o tempo de intervenção não foi suficientemente longo para se observar

um aumento mais significativo na prescrição de osteodensitometrias, bem como as metodologias adotadas na intervenção educacional poderiam ser aperfeiçoadas no sentido de incluir a recente evidência científica, nomeadamente os limiares de custo-eficácia para realização de osteodensitometria e a instituição de terapêutica para a prevenção das fraturas de fragilidade adaptados à população portuguesa.¹⁰ Apesar de existir alguma controvérsia nas *guidelines* internacionais e o facto da norma da DGS datar de 2010/11, a recente definição dos limiares de avaliação, com recurso ao FRAX® Portugal, poderá otimizar a prescrição de osteodensitometria, que deve ser realizada quando existe uma probabilidade razoável

de alterar a decisão terapêutica. No sexo masculino, a evidência de ganhos em saúde com estas atitudes diagnósticas e terapêuticas, são mais escassas, motivo que pode justificar a menor proporção de prescrição de osteodensitometrias. Outro fator

limitante são os custos associados à prescrição sistemática de osteodensitometria, o que poderá direcionar os médicos para problemáticas e intervenções que considerem mais custo-efetivas, tendo em conta as crescentes exigências para a gestão judiciosa dos recursos, traduzidas nos indicadores de eficiência contratualizados pelas unidades. Adicionalmente, seria interessante avaliar se as prescrições das osteodensitometrias solicitadas estiveram estritamente na dependência do critério de idade ou se foram identificados outros fatores de risco major e minor.

	Custo mensal Pré-intervenção	Custo mensal Pós-intervenção	Diferença do custo mensal
USF A	101,9 €	145,6 €	+43,7 €
USF B	123,5 €	194,9 €	+71,3 €
USF C	20,9 €	296,2 €	+275,3 €
USF D	148,5 €	265,3 €	+116,7 €

Quadro V. Análise dos custos médios mensais, em euros (€), da prescrição de osteodensitometrias.

Os fatores supramencionados explicam muito provavelmente o impacto limitado da intervenção delineada. Por outro lado, o tamanho amostral foi calculado na premissa de se detetarem ganhos de pelo menos 25%, o que se verificou nas mulheres das unidades A e D. Nos restantes casos ou efetivamente não há diferença ou o estudo não teve poder suficiente para a detetar. A assimetria entre sexos deverá estar intimamente relacionada com as dúvidas prevalentes sobre os ganhos de saúde, mais agudizadas no sexo masculino. Já as assimetrias entre unidades serão resultado de diferentes sensibilidades dos médicos prescritores para os argumentos

delineados.

Na USF A, o ganho na proporção de mulheres com osteodensitometria por critério de idade acompanhou-se de um aumento dos custos, mas menor que nas outras unidades estudadas. Uma razão apontada para este resultado é a discrepância no número de utentes abrangidos, já que a unidade A tem cerca 6000 utentes e as restantes têm cerca de 13000. Outra explicação poderá ser a de que os médicos dessa Unidade centraram a prescrição de osteodensitometria nos critérios de idade estabelecidos. Pelo contrário na Unidade C obteve-se um aumento dos custos, sem repercussão nos resultados do Indicador principal, possivelmente porque as osteodensitometrias foram prescritas por outros critérios clínicos (por exemplo, acompanhamento de utentes com osteoporose/osteopenia, utentes com osteoporose já medicada, utentes com fatores de risco que justifiquem a antecipação do exame). A esse respeito refira-se que a opção de excluir os utentes com osteopenia/osteoporose do presente estudo é justificada com base na necessidade de acompanhamento densitométrico distinto. Na continuidade deste trabalho as equipas pretendem manter a meta mínima inicialmente proposta de que sejam prescritas e/ou realizadas osteodensitometrias a 50% dos utentes elegíveis, mas, agora, excetuando os casos em que o cálculo do risco fraturário a 10 anos dispense a realização desse exame, de acordo com os limiares que, entretanto, foram validados para a população Portuguesa. A intervenção deverá prolongar-se por um mínimo de 12 meses até à reavaliação, através de medidas de sensibilização científica e teórica similares às da intervenção inicial mas focando a recente publicação da FRAX®Port, nomeadamente os limiares de intervenção, farmacológica e osteodensitométrica validados para a população Portuguesa, bem como a incidência estimada das fraturas osteoporóticas em cada lista de utentes (e quantas serão “poupadas” com o rastreio e tratamento da osteoporose). Uma medida adicional será a disponibilização aos clínicos de hiperligação para a ferramenta de cálculo FRAX®Port. A intervenção deverá ser implementada pelas equipas de cada USF ao longo do ano de 2017. Caso não se atinjam novamente as metas, as equipas deverão repensar e enquadrar este trabalho nas diferentes áreas com necessidades de intervenção, mobilizando os esforços de melhoria para as áreas tidas como prioritárias.

Concluindo, os autores consideram que a melhoria obtida ficou aquém da meta mínima (50%) pretendida pelas equipas, pelo que o prosseguimento deste trabalho de melhoria da qualidade beneficiaria de uma redefinição e prolongamento da intervenção nos próximos ciclos, incorporando evidência científica que melhor sustente os ganhos em saúde obtidos com a prescrição de osteodensitometria apoiada no cálculo do ris-

co fraturário a 10 anos. Por outro lado, na observação dos utentes em idade elegível nas consultas dedicadas a outras atividades específicas, poderão ficar para segundo plano procedimentos não avaliados em indicadores contratualizados; assim, a implementação de consultas de vigilância especificamente dedicadas à prevenção das síndromes geriátricas e a contratualização de indicadores relacionados, poderia contribuir para a melhoria dos resultados de prescrição de osteodensitometria.

BIBLIOGRAFIA

1. Direção-Geral da Saúde. Norma 001/2010, de 30/09/2010: Prescrição da Osteodensitometria na Osteoporose do Adulto.
2. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Cooper C, Rizzoli R, Reginster J-Y. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int.* 2013 Jan;24(1):23-57.
3. Branco JC, Felicíssimo P, Monteiro J. A epidemiologia e o impacto socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur- uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave. *Acta Reumatol Port.* 2009;34(3):475-85.
4. Tavares V, Canhão H, Gomes JAM, Simões E, Romeu JC, Coelho P, et al. Recomendações para o Diagnóstico e Terapêutica da Osteoporose. *Acta Reumatol Port.* 2007;32:49-59.
5. Kleerekoper M, Rosen CJ, Schmader KE. Screening for osteoporosis. Available from: UpToDate, Post, Ted (Ed), UpToDate, Waltham, MA; 2015 [cited 2015 Aug 31].
6. Lewiecki EM, Rosen CJ, Mulder JE. Overview of dual-energy x-ray absorptiometry. Available from: UpToDate, Post, Ted (Ed), UpToDate, Waltham, MA; 2015 [cited 2015 Aug 31].
7. Unnanuntana A, Gladnick BP, Donnelly E, Lane JM. The Assessment of Fracture Risk. *J Bone Joint Surg Am.* 2010 Mar;92(3):743-53.
8. Marques A, Mota A, Canhão H, Romeu JC, Machado P, Ruano A. A FRAX model for the estimation of osteoporotic fracture probability in Portugal. *Acta Reumatol Port.* 2013;38:104-12.
9. Direção-Geral da Saúde. Norma 027/2011, de 29/09/2011: Tratamento Farmacológico da Osteoporose Pós-menopáusia.
10. Marques A, Rodrigues AM, Romeu JC, Ruano A, Barbosa AP, Simões E, et al. Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade. *Rev Port Med Geral Fam.* 2016;32:425-41.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses.

Revisão baseada na evidência

Qual a evidência do uso da melatonina na melhoria da qualidade do sono de adultos com dissónia?

por **Beatriz Cordeiro Aguiar¹**, **Ana Castro²**, **Ana Isabel Morais¹**, **Daniela Duarte Silva¹**, **João Vieira Antunes¹**, **Margarida Sampaio Leite¹**

1. Interno(a)s Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Brás Oleiro, ACeS Gondomar

2. Interna Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Lusíada, ACeS Gondomar

RESUMO

Introdução: A dissónia constitui uma perturbação do sono caracterizada por alterações na quantidade ou qualidade do sono, englobando insónia, hipersonolência e perturbações do ritmo circadiano. 28,1% dos portugueses queixam-se de insónia e 10,1% estão insatisfeitos com a qualidade do sono, o que resulta em limitação funcional e diminuição da qualidade de vida. Nos Cuidados de Saúde Primários estas perturbações são melhor avaliadas pela perceção subjetiva da qualidade do sono. A utilização da melatonina está aprovada no tratamento da insónia primária a partir dos 55 anos, desconhecendo-se o seu efeito na melhoria da qualidade do sono em adultos mais jovens. Este trabalho pretende rever a evidência existente sobre o efeito da melatonina comparativamente ao placebo na melhoria da qualidade do sono, avaliada subjetivamente, em adultos com dissónia.

Métodos: Pesquisa de artigos científicos publicados entre janeiro de 2006 e abril de 2016, em inglês, português e espanhol, nas bases de dados de medicina baseada na evidência. As palavras-chave utilizadas foram “*melatonin*” e “*dysomnia*”. A *Strength Of Recommendation (SOR) Taxonomy da American Academy of Family Physicians* foi usada para classificar o nível de evidência (NE) e atribuir a força de recomendação.

Resultados: Foram encontrados 209 artigos, preenchendo os critérios de inclusão 6 estudos originais. Nestes, 2 ou 3mg de melatonina foram administrados via oral 1 a 2 horas antes de deitar. Na avaliação da qualidade do sono foram usados diários e questionários validados. Dos 6 estudos, 5 demonstraram evidência do benefício da melatonina na melhoria da qualidade do sono e 1 não revelou alteração.

Discussão: Os achados apoiam a utilização de melatonina na melhoria da qualidade do sono em adultos com dissónia (SORT A). Porém, verificaram-se diferenças nas dosagens administradas, intervalo de idades estudado e duração da terapêutica. Assim, são necessários estudos adicionais que esclareçam estes parâmetros e definam

critérios de atuação baseados na evidência.

Palavras-chave: “*melatonin*” e “*dysomnia*”.

INTRODUÇÃO

A dissónia é uma perturbação primária do sono que se caracteriza por alterações a nível da quantidade ou qualidade do sono, englobando estados de hipersonolência, insónia e perturbações do ritmo circadiano. Em Portugal, 28,1% da população adulta reporta sintomas de insónia e 10,1% está insatisfeita com a qualidade do sono.^{1,2} É também significativo o impacto cronobiológico da mudança de fuso horário (*jet lag*) e do trabalho por turnos, cada vez mais frequentes na nossa população e que condicionam o surgimento de distúrbios do sono em idades precoces.

A privação do sono está associada a alterações endócrinas, metabólicas e psicológicas que levam a perturbações do humor e diminuição das capacidades executivas, entre outras consequências prejudiciais. Indivíduos com diminuição da qualidade do sono apresentam pelo menos o dobro de queixas diurnas, consultas médicas relacionadas com o sono e recurso a sedativos/hipnóticos do que aqueles sem queixas de “sono não reparador”.¹ Por outro lado, uma duração do sono de 7 a 8 horas por noite está associada a menor morbi-mortalidade.³ Esta evidência levou a que a avaliação quantitativa do sono pela polissonografia se generalizasse no estudo dos distúrbios a ele associados.⁴ Contudo, é a avaliação subjetiva do doente, isto é, a qualidade do sono percecionada pelo próprio, o parâmetro que melhor se relaciona com as limitações funcionais diurnas e com a qualidade de vida.^{5,6} Assim, nos Cuidados de Saúde Primários, em que a decisão clínica é orientada para o doente e baseada na anamnese, é fulcral conhecer as opções terapêuticas orientadas para a melhoria da qualidade do sono.

A melatonina tem sido apontada como uma alternativa terapêutica útil nos distúrbios do sono em adultos, estando aprovada a sua utilização no tratamento da insónia primária a partir dos 55 anos. Esta é uma hormona endógena produzida pela glândula pineal que desempenha um papel primordial na regulação do ritmo circadiano, apresentando níveis superiores durante a noite e supressão pela exposição à luz. Os seus níveis endógenos diminuem com o aumento da idade, o que torna lógica a sua utilização nas faixas etárias mais avançadas. No entanto, a evidência do seu uso generalizado em adultos e o seu efeito na melhoria da qualidade do sono são pouco conhecidos.

O objetivo deste trabalho é, portanto, rever a evidência existente sobre o uso da melatonina comparativamente ao placebo na melhoria da qualidade do sono em adultos com dissónia.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de normas de orientação clí-

nica, meta-análises, revisões sistemáticas e estudos originais na MEDLINE e nas bases de dados *National Guideline Clearinghouse*, *National Electronic Library for Health do National Health Service* britânico, *Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase*, *The Cochrane Library*, *DARE*, *Bandolier* e *Evidence based medicine online*, a 6 de abril de 2016, utilizando os termos MeSH “*melatonin*” e “*dyssomnia*”. Foram incluídos artigos escritos em inglês, português e espanhol, publicados desde 1 de janeiro de 2006 até à data da pesquisa. A *Strength Of Recommendation (SOR) Taxonomy da American Academy of Family Physicians*⁷ foi usada para classificar o nível de evidência (NE) dos estudos e atribuir a força da recomendação.

Incluíram-se estudos referentes a indivíduos adultos (≥ 18 anos) com dissónia (insónia primária e perturbações do ritmo circadiano), nos quais foi estudada a utilização de melatonina por via oral, comparativamente ao placebo. Os resultados foram medidos em relação ao impacto na melhoria da qualidade do sono, avaliada de forma subjetiva pelo doente. Foram excluídos os artigos repetidos e os que não cumpriam os critérios de inclusão.

RESULTADOS

Dos 209 artigos encontrados, 173 foram excluídos após leitura do título e resumo, por incumprimento dos critérios de inclusão. Dos 36 artigos analisados na íntegra, 27 foram excluídos por incumprimento dos critérios de inclusão e 3 por se tratarem de artigos repetidos. Deste modo, foram obtidas 6 publicações referentes a 6 estudos originais, cuja análise se encontra sintetizada no Quadro I.

A. Bjorvatn B. et al. 2007, Mar do Norte⁸

Bjorvatn et al realizaram um ensaio clínico aleatorizado e controlado com o objetivo de avaliar os efeitos da exposição à luz clara e da administração de melatonina, comparativamente ao placebo, na adaptação ao turno da noite em trabalhadores de uma plataforma petrolífera no Mar do Norte. Com 38 participantes, de idades compreendidas entre os 29 e os 55 anos, o estudo teve a duração de 3 quinzenas. Os trabalhadores foram divididos em 3 braços – placebo, 30 minutos de exposição à luz clara na fase de maior sonolência durante o turno ou administração de 3mg de melatonina 1 hora antes de deitar. A qualidade do sono foi avaliada através da utilização de um diário de classificação global do sono, numa escala de 1 a 5. Foi concluído não haver melhoria da qualidade do sono com a administração de melatonina. No entanto, este estudo teve um *follow-up* de apenas 50% e não é referido o valor de p, tornando impossível avaliar-se a significância estatística dos resultados. Foi atribuído um NE de 2.

B. Patrick L. et al. 2007, França e Israel⁹

No ensaio clínico aleatorizado e controlado levado a

cabo por Patrick et al foram estudados 170 doentes com insónia primária, de idade igual ou superior a 55 anos. O estudo pretendeu comparar o efeito da toma de melatonina, comparativamente ao placebo, na melhoria da qualidade do sono (entre outros parâmetros estudados). Durante as 2 primeiras semanas foi administrado placebo, havendo uma divisão dos pacientes nas 3 semanas seguintes – placebo ou 2mg de melatonina de libertação prolongada, via oral, 1 a 2 horas antes de deitar. Por fim, num período adicional de 2 semanas, foi apenas administrado placebo com o objetivo de avaliar os efeitos da descontinuação da melatonina. A qualidade do sono foi avaliada por um questionário, o *Leeds Sleep Evaluation Questionnaire (LSEQ)*, e um diário com avaliação global do sono, numa escala de 1 a 5. Com um *follow-up* de 96% e atribuição de um NE de 1, este estudo concluiu, com significância estatística, que a melatonina tem um efeito positivo na melhoria da qualidade do sono, avaliada pelo LSEQ ($p=0,047$) e diário ($p=0,003$), sem evidência de insónia *rebound* ou outros efeitos secundários à descontinuação da mesma.

C. Wade A. et al. 2007, Reino Unido¹⁰

Com um *follow-up* de 94%, neste ensaio clínico controlado e aleatorizado foram estudados 354 doentes com insónia primária, dos 55 aos 80 anos, com o objetivo de avaliar a eficácia e segurança da administração de 2mg de melatonina de libertação prolongada, comparativamente ao placebo. O efeito da melatonina na melhoria da qualidade do sono foi avaliado como objetivo secundário. Este estudo teve um desenho semelhante ao anterior: 2 semanas de exposição ao placebo, seguidas de 3 semanas de administração de placebo ou 2mg de libertação prolongada de melatonina, via oral, 2 horas antes de deitar, seguindo-se outras 2 semanas de apenas placebo. A qualidade do sono foi avaliada com recurso a 2 questionários, o LSEQ e o *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*. Com um NE de 1, este estudo concluiu, com significância estatística, haver melhoria na qualidade do sono com a administração de melatonina, comparativamente ao placebo, avaliada pelo LSEQ ($p=0,014$) e PSQI ($p=0,036$).

D. Luthringer R. et al. 2009, França¹¹

Luthringer et al realizaram um ensaio clínico aleatorizado e controlado com o propósito de investigar os efeitos da melatonina no sono e na performance psicomotora diurna de 40 pacientes de idade igual ou superior a 55 anos, com insónia primária. O desenho deste estudo também consistiu em 2 semanas de exposição ao placebo, seguidas de 3 semanas de placebo ou 2mg de melatonina de libertação prolongada, após a refeição e 1 a 2 horas antes de deitar, seguidas de 3 semanas de placebo. A qualidade do sono foi avaliada como *outcome* secundário pelo questionário LSEQ, tendo outros parâmetros sido avaliados com recurso a outros instrumentos. Este

ensaio clínico teve um *follow-up* de 100%. Verificou-se que a melatonina melhorou de forma estatisticamente significativa a qualidade do sono, avaliada pelo LSEQ ($p=0,018$), tendo sido atribuído um NE de 1. Secundariamente, observou-se melhoria na performance psicomotora e na indução do sono, relativamente ao placebo, sem insónia *rebound* ou efeitos secundários significativos.

E. Wade A. et al, 2010, Reino Unido¹²

O ensaio clínico aleatorizado e controlado efetuado por Wade et al teve como objetivo avaliar se a idade avançada ou níveis baixos de excreção de melatonina seriam bons preditores da resposta ao tratamento com melatonina, e, adicionalmente, se tratamentos por longos períodos de tempo teriam a mesma eficácia e segurança que os tratamentos curtos. A qualidade do sono foi um dos parâmetros avaliados. Uma população de 791 doentes com insónia primária e período de latência do sono superior a 20 min, dos 18 aos 80 anos, foi dividida em 2 grupos: grupo com baixa excreção de melatonina independentemente da idade e grupo dos 65 aos 80 anos independentemente da excreção de melatonina. Com um desenho semelhante aos anteriores estudos, era administrado placebo durante 2 semanas, seguindo-se 3 semanas de placebo ou 2mg de melatonina de libertação prolongada, via oral, após a refeição, 1 a 2 horas antes de deitar (período a curto prazo). O período a longo prazo correspondeu à administração de placebo ou melatonina durante 26 semanas, seguindo-se 2 semanas de placebo. A melhoria da qualidade do sono foi avaliada pelo questionário PSQI. Com um *follow-up* de 69%, este estudo verificou melhoria significativa da qualidade do sono no grupo dos 65 aos 80 anos tratados a curto prazo ($p=0,042$) e em ambos os grupos com tratamento a longo prazo (baixa excreção $p=0,046$ e 65 a 80 anos $p=0,003$). Não se verificou melhoria da qualidade do sono estatisticamente significativa no grupo com baixa excreção de melatonina, tratados a curto prazo ($p=0,313$). Foi atribuído um NE de 2.

F. Wade A. et al, 2011, Reino Unido¹³

Este ensaio clínico aleatorizado e controlado teve a mesma população e desenho do anterior, tendo tido, porém, um objetivo diferente: avaliar a eficácia e segurança da melatonina em pacientes com insónia a partir dos 55 anos. Para tal, os 791 doentes foram divididos em 3 grupos, dos 18 aos 80 anos, dos 18 aos 54 e dos 55 aos 80. A qualidade do sono foi avaliada com recurso ao questionário PSQI. Foi observada melhoria estatisticamente significativa da qualidade do sono em todos os grupos tratados a curto prazo (18-80 $p=0,027$, 18-54 $p=0,0412$ e 55-80 $p=0,003$) e a longo prazo nos grupos 18-80 ($p=0,014$) e 55-80 ($p=0,002$). Apenas não foi objetivada melhoria da qualidade do sono no grupo dos 18-55 anos a longo prazo. Foi atribuído um NE de 2.

CONCLUSÕES

Dos 6 estudos analisados, 5 apontam para a existência de melhoria estatisticamente significativa da qualidade do sono com a administração de 2mg melatonina de libertação prolongada, 1 a 2 horas antes de deitar, comparativamente ao placebo. Como demonstra o ensaio clínico realizado por Wade A. et al (2010), esse efeito parece ser mais evidente na população de maior idade (a partir dos 55 anos) e em tratamentos prolongados (duração total de 29 semanas).

Desta forma, esta revisão conclui que existe evidência de benefício da utilização de melatonina na melhoria da qualidade do sono, avaliada de forma subjetiva e pelo doente, em adultos com dissónia, comparativamente ao placebo (SOR A).

Foi constatado, porém, que os 5 estudos que mostram benefício da melatonina têm desenhos muito semelhantes e diversos autores em comum, tendo sido financiados pela empresa farmacêutica que comercializa a única formulação de melatonina aprovada para utilização na Europa. Foi verificado, também, que na maioria dos estudos o *endpoint* primário não foi a avaliação da melhoria da qualidade do sono, tendo este parâmetro sido avaliado secundariamente e com recurso a diferentes formas de medição dos resultados (diários e questionários). Em termos metodológicos, foi possível constatar alguns problemas, como a elevada variabilidade na duração dos estudos e a vasta amplitude do intervalo de idades avaliado, assim como o reduzido tamanho amostral em alguns deles. Adicionalmente, a maioria dos estudos direcionou-se para a utilização da melatonina como tratamento da insónia primária, com apenas um ensaio referente a perturbações do ritmo circadiano (trabalhadores por turnos). Igualmente, foi notada a escassez de estudos orientados para os adultos jovens, particularmente trabalhadores por turnos, que se adaptem à realidade da população portuguesa, assim como a inexistência de artigos de maior evidência científica, como meta-análises e revisões sistemáticas.

Assim, embora exista evidência que sustente a utilização da melatonina na prática clínica, são necessários mais estudos independentes com uniformização dos instrumentos de avaliação e que tenham como *endpoint* primário a avaliação subjetiva da qualidade do sono, de forma a estabelecer, de forma sistemática e sustentada, o *cut-off* etário e a duração ótima para o tratamento com melatonina.

BIBLIOGRAFIA

1. Ohayon MM, Paiva T. Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Medicine* 2005; 6: 435-441.
2. Paixão E, Branco MJ, Contreiras T. Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental. ONSA – INSA, Lisboa, 2006.
3. Alvarez GC, Ayas NT. The impact of Daily Sleep Du-

ration on Health: a review of the literature. *Prog Cardiovasc Nurs* 2004; 75(5): 439-43. In Verster Gc. Melatonin and its Agonists, Circadian Rhythms and Psychiatry. *Afr J Psychiatry*, 2009, 12(1):42-6.

4. Costa e Silva J, Chase M, Sartorius et al. Special report from a symposium held by the world health organization and the world federation of sleep research societies: an overview of insomnia and related disorders: recognition, epidemiology and rational management. *Sleep*, 1996, 19: 412-416.

5. Roth T, Hajak, G, Ustun TB. Consensus for the pharmacological management of insomnia in the new millennium. *Int. J. Clin. Pract.*, 2001, 55: 42-52.

6. Hajak G. Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*, 2001, 251: 49-56.

7. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Fam Pract.* 2004; 17(1):59-67.

8. Bjorvatn B, Stangenes K, Oyane N et al. Randomized placebo-controlled field study of the effects of bright light and melatonin in adaptation to night work. *Scand J Work Environ Health*, 2007;33(3):204-214.

9. Patrick L, Nir T, Laudon M et al. Prolonged-release melatonin improves sleep quality and morning alertness

in insomnia patients aged 55 years and older and has no withdrawal effects. *J. Sleep Res.* (2007) 16, 372-380.

10. Wade A, Ford I, Crawford G et al. Efficacy of prolonged release melatonin in insomnia patients aged 55-80 years: quality of sleep and next-day alertness outcomes. *Current Medical Research and Opinion*, Vol. 23, No. 10, 2007, 2597-2605.

11. Luthringer R, Muset M, Zisapel N et al. The effect of prolonged-release melatonin on sleep measures and psychomotor performance in elderly patients with insomnia. *International Clinical Psychopharmacology*. 2009, Vol 24 No 5.

12. Wade A, Ford I, Crawford G et al. Nightly treatment of primary insomnia with prolonged release melatonin for 6 months: a randomized placebo controlled trial on age and endogenous melatonin as predictors of efficacy and safety. *BMC Medicine*, 2010, 8:51.

13. Wade A, Ford I, Crawford G et al. Prolonged release melatonin in the treatment of primary insomnia: evaluation of the age cut-off for short- and long-term response. *Current Medical Research & Opinion* Vol. 27, No. 1, 2011, 87-98.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses.

Quadro I. Resumo dos estudos analisados

Referência	Tipo de estudo	População	Intervenção/Comparação	Outcomes	Resultados	NE
Bjorvatn B. et al 2007 ⁸	ECAC	38 trabalhadores por turnos em plataforma petrolífera. 29-55 anos (<i>Follow-up</i> 50%)	3 quinzenas. Placebo. 3mg de melatonina, via oral. 1h antes de deitar ou 30min de exposição a luz clara na fase de maior sonolência	Qualidade do sono avaliada por diário de avaliação global do sono, escala de 1-5	Sem melhoria da qualidade do sono	2
Patrick L. et al, 2007 ⁹	ECAC	170 doentes com insônia primária ≥ 55 anos (<i>Follow-up</i> 96%)	2 semanas placebo; 3 semanas placebo ou 2mg de melatonina LP via oral, 1-2h antes de deitar; 2 semanas placebo	Qualidade do sono avaliada por diário de avaliação global do sono, escala de 1-5 e questionário (LSEQ)	Melhoria significativa da qualidade do sono	1
Wade A. et al, 2007 ¹⁰	ECAC	354 doentes com insônia primária 55-80 anos (<i>Follow-up</i> 94%)	2 semanas placebo; 3 semanas placebo ou 2mg de melatonina LP via oral, 2h antes de deitar; 2 semanas placebo	Qualidade do sono avaliada por questionários (LSEQ e PSQI)	Melhoria significativa da qualidade do sono	1
Luthringer R. et al, 2009 ¹¹	ECAC	40 doentes com insônia primária ≥ 55 anos (<i>Follow-up</i> 100%)	2 semanas placebo; 3 semanas placebo ou 2mg de melatonina LP via oral, após a refeição, 1-2h antes de deitar; 2 semanas placebo	Qualidade do sono avaliada por questionário (LSEQ)	Melhoria significativa da qualidade do sono	2
Wade A. et al, 2010 ¹²	ECAC	791 doentes com insônia primária e latência do sono > 20min, 18-80 anos divididos em 2 grupos: baixa excreção de melatonina independentemente da idade e 65-80 anos independentemente da excreção de melatonina (<i>Follow-up</i> 69%)	2 semanas placebo; 3 semanas placebo ou 2mg de melatonina LP via oral, após a refeição, 1-2h antes de deitar (curto prazo); 26 semanas placebo ou melatonina (longo prazo); 2 semanas placebo	Qualidade do sono avaliada por questionário (PSQI)	Melhoria significativa da qualidade do sono no grupo dos 65-80 anos a curto prazo e em ambos os grupos a longo prazo. Sem melhoria significativa da qualidade do sono no grupo de baixa excreção a curto prazo	2
Wade A. et al, 2011 ¹³	ECAC	791 doentes com insônia primária e latência do sono > 20min, 18-80 anos divididos em grupos etários: 18-80, 18-54 e 55-80 (<i>Follow-up</i> 69%)	2 semanas placebo; 3 semanas placebo ou 2mg de melatonina LP via oral, após a refeição, 1-2h antes de deitar (curto prazo); 26 semanas placebo ou melatonina (longo prazo); 2 semanas placebo	Qualidade do sono avaliada por questionário (PSQI)	Melhoria significativa da qualidade do sono em todos os grupos a curto e a longo prazo nos grupos 18-80 e 55-80. Sem melhoria significativa da qualidade do sono no grupo 18-55 a longo prazo	2

Legenda: NE - Nível de Evidência, ECAC - Ensaio Clínico Aleatorizado Controlado, LSEQ - *Leeds Sleep Evaluation Questionnaire*, PSQI - *Pittsburg Sleep Quality Index*, LP - Liberação Prolongada

QUIZ ESPIROMETRIA

1. A espirometria pode medir:

- a) Volume residual
- b) Capacidade vital
- c) Capacidade residual funcional
- d) Capacidade pulmonar total

2. Um FEV1 diminuído é uma indicação primária de obstrução.

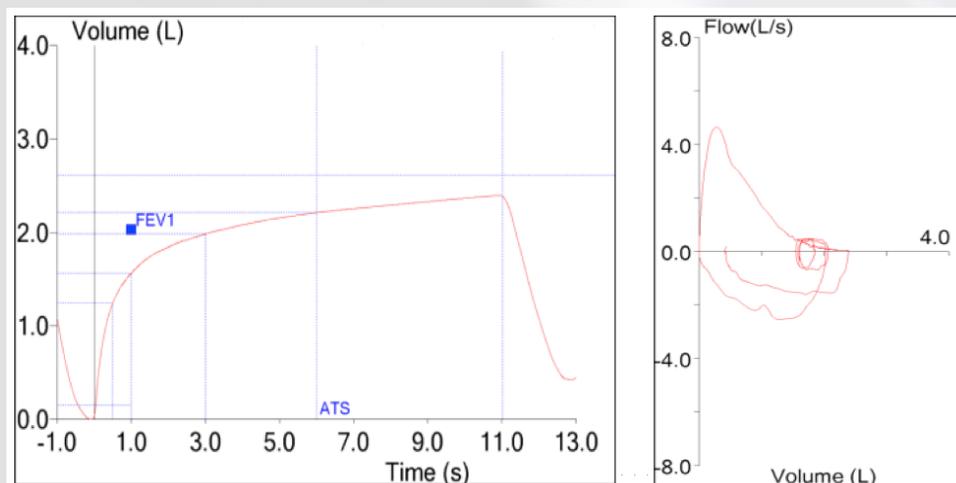
- a) Verdadeiro
- b) Falso

3. Uma FVC diminuída com um índice FEV1/CVF normal ou aumentado é indicativo de padrão restritivo.

- a) Verdadeiro
- b) Falso

4. D^a Esperança Nascimento de Jesus, 71 anos, 168cm, 93kg, IMC 36,2. Realizou uma espirometria em rastreio na sua USF. Como interpretaria os seguintes resultados?

	Obs:	%Pred:	LLN:	Pred:
CVF (L):	2.39	92%	1.82	2.58
FEV1 (L):	1.56	77%	1.33	2.00
FEV1/CVF:	65	85%	67	77
PEF:	4.65	91%		5.12
Exp. Time:	11.01			
Ext. Vol (L):	0.04			

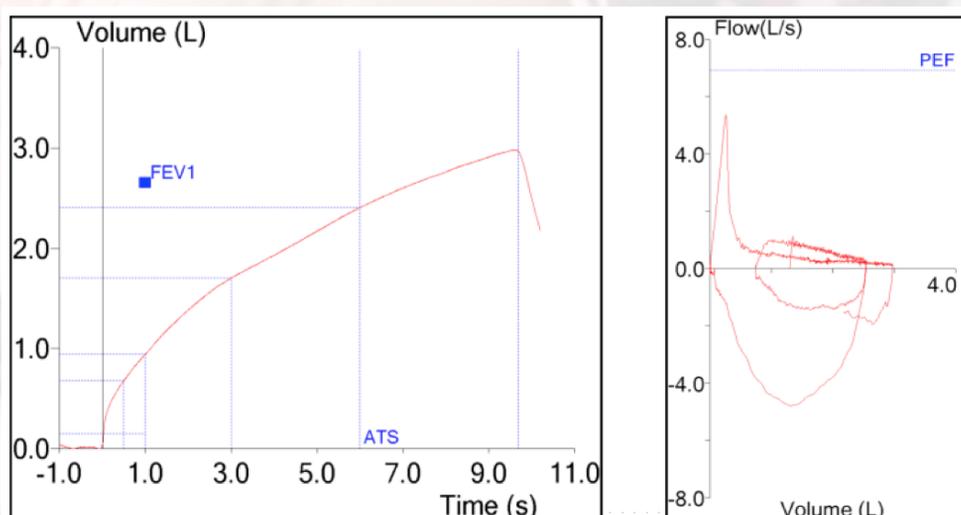


QUIZ ESPIROMETRIA

- a) Espirometria normal
- b) Obstrução ligeira
- c) Obstrução moderada
- d) Obstrução severa
- e) Restrição

5. Sr. Luciano, 78 anos, 173cm, 89kg, IMC 29,7. Realizou espirometria após ida a consulta aberta no SASU. Como interpretaria os seguintes resultados?

	Obs:	%Pred:	LLN:	Pred:
CVF(L):	3.08	96%	2.92	3.80
FEV1 (L):	0.93	34%	1.96	2.71
FEV1/CVF:	30	42%	62	72
PEF:	5.35	76%		7.06
Exp. Time:	9.68			
Ext. Vol (L):	0.05			



- a) Espirometria normal
- b) Obstrução ligeira
- c) Obstrução moderada
- d) Obstrução severa
- e) Restrição

Por João Rocha Palas

COMO INTERPRETAR UMA ESPIROMETRIA?

PRINCIPAIS PARÂMETROS A AVALIAR

A espirometria avalia os volumes pulmonares dinâmicos ou débitos. Os valores deverão ser $\geq 80\%$ ou \geq ao limite inferior do normal

Principais padrões: Alteração ventilatória	FEV1/FVC ou FEV1/VC	FVC ou VC
Obstrutiva	<70% ou <LIN	>80% ou >LIN
Restritiva	>70% ou >LIN	<80% ou <LIN
Mista	<70% ou <LIN	<80% ou <LIN

Gravidade da alteração ventilatória	FEV1 %ref
Ligeira	>70%
Moderada	60-69%
Moderadamente grave	50-59%
Grave	35-49%
Muito grave	<35%

Será isto sempre verdade? NÃO

Alterações ventilatórias obstrutivas

- Com ratio FEV1/FVC normal (ou diminuído) e FVC diminuída
 - ▶ Quando o FEV 1 e a FVC estão concomitantemente diminuídos, a relação FEV1/FVC pode ser normal ou quase normal. A capacidade pulmonar total (TLC) será normal (portanto, sem restrição). Nestes casos a VC e o ratio FEV1/VC pode dar um valor mais correto e estimar melhor a obstrução em vez da FVC e do ratio FEV1/FVC;
 - ▶ A FVC pode estar também diminuída por um colapso precoce das vias aéreas durante a expiração forçada, resultando num RV aumentado, e uma TLC normal (portanto, sem restrição).
- Com a exceção destes casos, a realização **pletismografia**, com a avaliação da TLC e RV, **não é mandatória** para identificar um padrão obstrutivo.

Alterações ventilatórias restritivas e mistas

- Devemos fazer sempre a ressalva de que são alterações restritivas ou mistas **definidas por parâmetros espirométricos**. A verdadeira definição destas alterações ventilatórias **exige a realização de pletismografia**, com a avaliação de TLC que deve estar diminuída.
- Embora uma alteração ventilatória restritiva implique ratio FEV1/FVC ou FEV1/VC normais e FVC ou VC diminuídas, como vimos acima, este mesmo padrão pode estar presente em alterações ventilatórias obstrutivas. Aliás, a TLC diminuída a confirmar a alteração restritiva está presente em menos de metade destes casos.

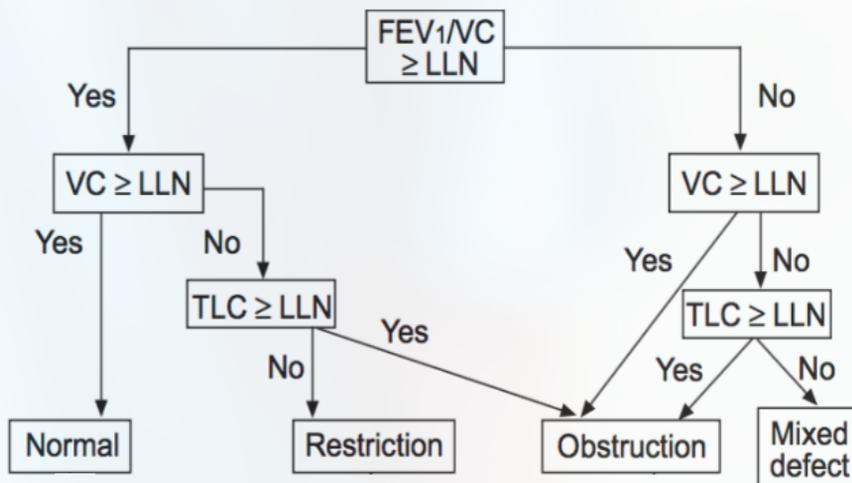
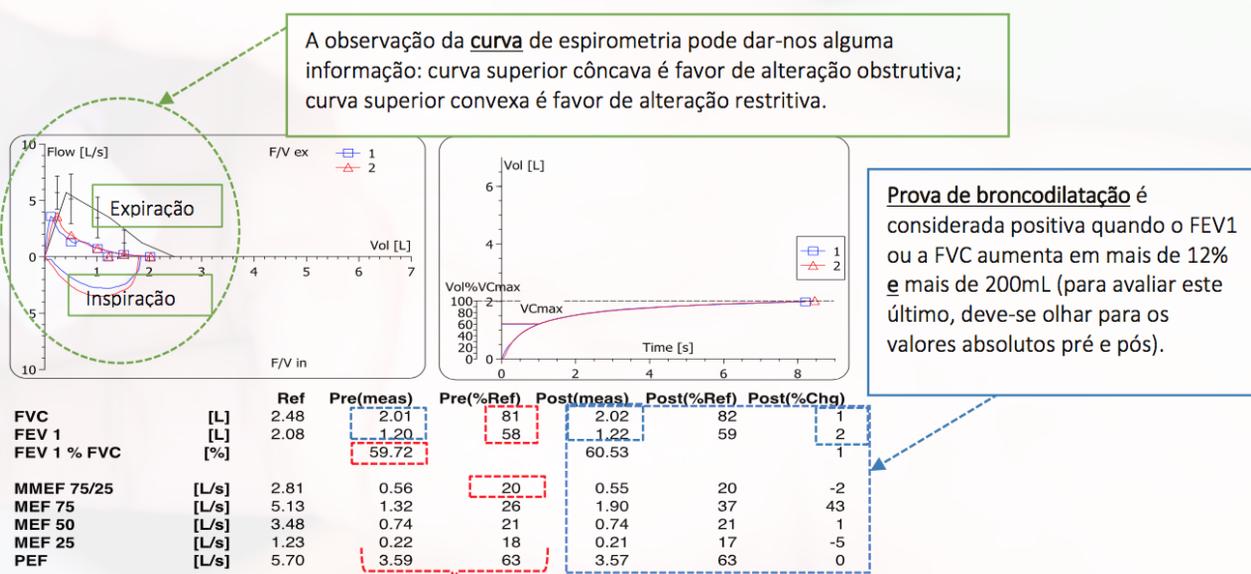


Figura 1. Algoritmo simplificado que pode ser usado para avaliação da função pulmonar na prática clínica (Eur Respir J 2005; 26:948-68). VC: Capacidade vital, LLN: limite inferior do normal, TLC. Capacidade pulmonar total.

Algumas notas

- Nas guidelines GOLD, a obstrução é definida como ratio FEV1/FVC < 70% (não inclui na definição o ratio FEV1/VC, nem o LIN como cut-off, e, portanto, podemos ter um padrão obstrutivo definido pelas guidelines GOLD mas que se usássemos o LIN seria normal);
- O estudo funcional respiratório, nomeadamente a espirometria, não faz diagnósticos, e deve ser sempre interpretado tendo em conta o contexto clínico;
- Diferentes laboratórios têm uma forma própria de apresentar os resultados, por exemplo, apenas com a percentagem do valor de referência (%ref) ou incluindo os limites de normalidade (LIN e LSN). Adicionalmente, só alguns laboratórios apresentam os valores da VC e do ratio FEV1/VC que, como vimos, pode trazer algumas vantagens.

Exemplo 1



FEV1/FVC (%) e FVC (%ref): principais parâmetros a avaliar para definição da alteração ventilatória obstrutiva, restritiva ou mista.
 FEV1 (%ref): define a gravidade da alteração ventilatória (obstrutiva ou restritiva).
 MEF 25-75 (% ref) representa as pequenas vias, quando diminuído significa obstrução das pequenas vias aéreas, mesmo com restantes parâmetros normais (FEV1/FVC e FEV1).

Relatório (original):

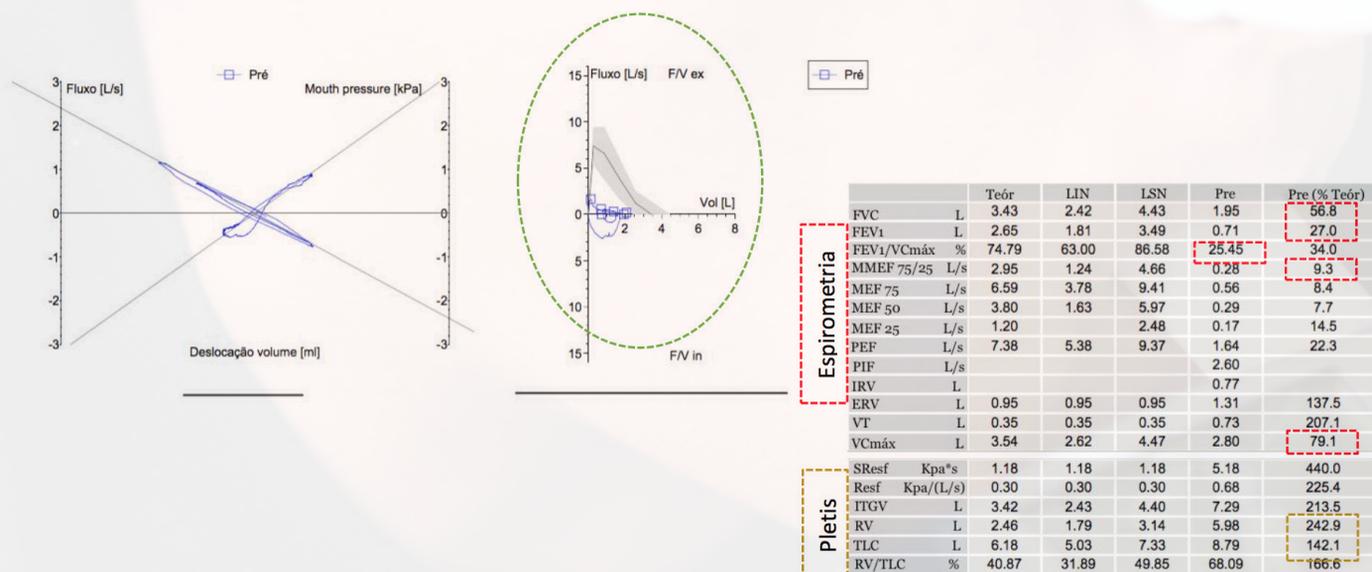
Boa colaboração do doente.
 Capacidade vital forçada (FVC) dentro dos valores previstos, com diminuição do volume expiratório máximo no 1º segundo (FEV1) e do Índice de Tiffeneau (FEV1/FVC).
 Débito expiratório máximo forçado (PEF) e débito expiratório forçado entre os 25 e os 75% da capacidade vital forçada (MMEF 75/25) diminuídos.
 Após aerossol de Salbutamol (400mcg) não se verificam alterações significativas do volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV1).

Conclusão:
 Alteração ventilatória obstrutiva moderada/grave, com obstrução das pequenas e médias vias aéreas.
 Prova de broncodilatação negativa.

Comentário:

Quando existe claramente um padrão obstrutivo, como é o caso (FEV1/FVC diminuído), referir que existe obstrução das pequenas vias aéreas na conclusão torna-se pouco relevante.

Exemplo 2



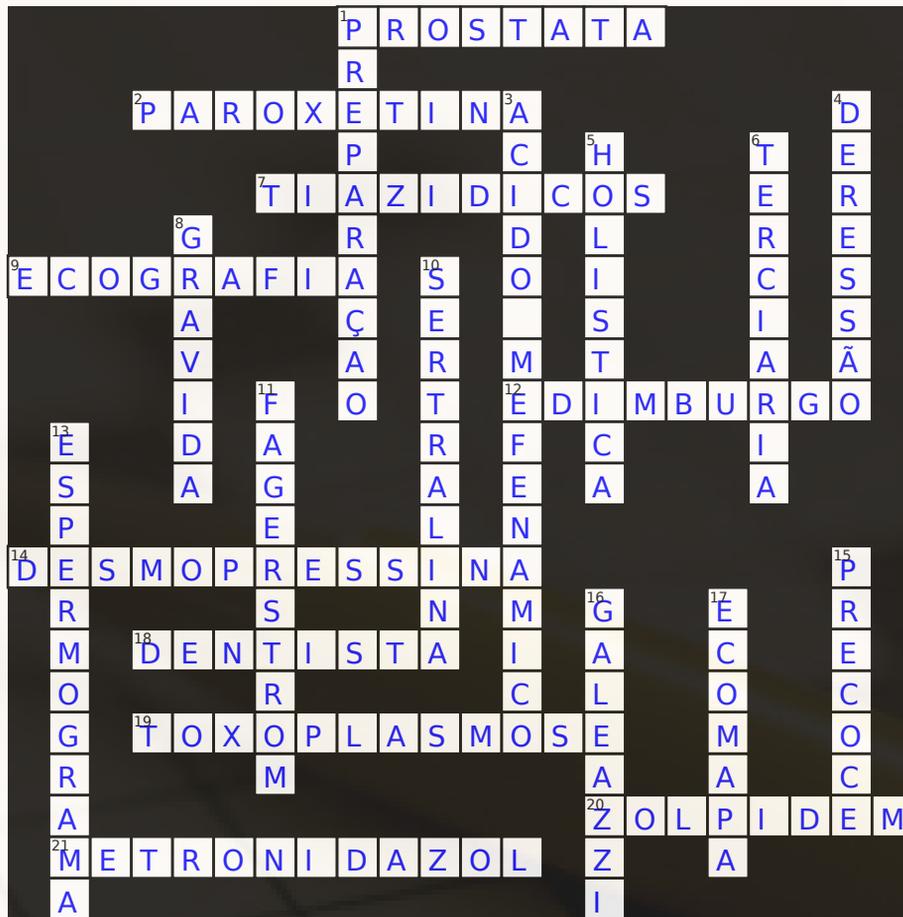
Relatório (original):

Razoável/possível colaboração do utente.
 Capacidade vital forçada (FCV) , débito expiratório forçado ao primeiro segundo (FEV1) e índice de Tiffeneau (FEV1/VC) diminuídos.
 Débitos expiratórios forçados (MEF's e PEF) diminuídos.
 Curva débito-volume com morfologia obstrutiva.
 Resistência da via aérea (R eff) aumentada.
 Volume residual (RV) aumentado com capacidade pulmonar total (TLC) e índice de Mottley (RV/TLC) aumentados.

Conclusão:
 Alteração ventilatória obstrutiva grave com insuflação pulmonar.

Comentário:

Se tivéssemos acesso apenas à espirometria, poderíamos ser induzidos a dizer que se tratava de uma alteração ventilatória mista definida por parâmetros espirométricos. Contudo, neste caso, a avaliação da VC permite perceber que não existe restrição e a FVC deve estar reduzida pelo colapso precoce da via aérea durante a manobra forçada. A pletismografia confirma que a TLC não está reduzida (ausência de restrição) e o RV está aumentado (insuflação pulmonar). Neste caso, a classificação da gravidade da obstrução é “muito grave” e não “grave”.



- Horizontal
- 1 O carcinoma que menos preocupa as mulheres
 - 2 Farmaco da classe dos SSRI utilizado no tratamento da ejaculação precoce
 - 7 Classe de diureticos contra-indicados em doentes com Gota
 - 9 Exame de primeira opção para avaliação tripla da mama em mulheres <35 anos
 - 12 Escala Depressão Pós-parto
 - 14 Tratamento farmacológico 1ª linha na enurese noturna monosintomatica
 - 18 O cheque do Médico de Família :)
 - 19 Serologia que faz parte do estudo analítico de vigilancia da gravidez de baixo risco em todos os trimestres
 - 20 Fármaco análogo das Benzodiazepinas
 - 21 Farmaco de 1ª linha utilizado no tratamento via oral da vaginose bacteriana

- Vertical
- 1 Primeiro passo da consulta
 - 3 Farmaco da classe dos AINEs que pode ser utilizado no tratamento da hemorragia uterina
 - 4 Ocorre em cerca de 10% das grávidas
 - 5 A abordagem da MGF
 - 6 Tipo de prevenção que implica o tratamento e controlo da doença crónica
 - 8 Tipo de familia
 - 10 Anti-depressivo que pode ser usado durante a gravidez e na amamentação
 - 11 Teste que avalia grau de dependência da nicotina
 - 13 Devem ser guardados 2 a 5 dias de abstinência sexual para o realizar
 - 15 A menopausa que surge antes dos 40 anos de idade, designa-se de...
 - 16 Sinal instabilidade da anca a partir do 1º mês
 - 17 Instrumento avaliação familiar

ROSA DOS VENTOS

Novembro 2017		
38.º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia	22 a 24	Lisboa
Fevereiro 2018		
12.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global	22 a 25	Vilamoura
Março 2018		
22.ª Jornadas Nacionais Patient Care	1 e 2	Lisboa
35.º Encontro Nacional de MGF	14 a 17	Vilamoura
Abril 2018		
CPC 2018 - Congresso Português de Cardiologia	28 a 30	Vilamoura
Maio 2018		
23rd WONCA Europe Conference	24 a 27	Cracóvia
Maio/Junho 2018		
9.ª Conferência Mundial do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG)	30 Maio a 2 Junho	Porto
A Definir		
Jantar de Receção aos novos internos de MGF	A Definir	A Definir
3º Encontro para Além da Clínica	A Definir	A Definir

Fontes:
www.apmgf.pt, www.tempomedicina.com, www.newsfarma.pt



Para a mulher cansada da rotina da toma diária da pílula

Jaydess®: Elevada eficácia contraceptiva sem necessidade de uma toma diária

- Contraceção de elevada eficácia (Índice de Pearl de 0,33) até 3 anos¹
- O Sistema intrauterino (SIU) mais pequeno, com um estreito tubo de inserção¹
- Uma opção estudada em mulheres nulíparas e múltiplaras^{1,2*}

 jaydess®

SISTEMA INTRAUTERINO
13,5 mg LEVONORGESTREL

Simplemente inesquecível

*Jaydess não é a primeira escolha para a contraceção em mulheres nulíparas

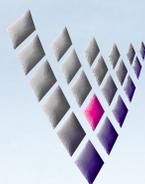
Referência: 1. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento para Jaydess. 2. Nelson A et al. Two Low-Dose Levonorgestrel Intrauterine Contraceptive Systems. A Randomized Controlled Trial, Obstetrics & Gynecology VOL. 122, NO. 6, DECEMBER 2013.

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. **Nome:** Jaydess 13,5 mg dispositivo de libertação intrauterino **Composição:** contém 13,5 mg de levonorgestrel. **Forma farmacêutica:** Dispositivo de libertação intrauterino (DLIU). **Indicações terapêuticas:** Contraceção até 3 anos. **Posologia e administração:** Jaydess é inserido na cavidade uterina e é eficaz até três anos. **Contraindicações:** gravidez; doença inflamatória pélvica aguda ou recorrente ou patologias associadas a um risco acrescido de infeções pélvicas; cervicite ou vaginite aguda; endometrite pós-parto ou aborto com infeção durante os últimos três meses; **Advertências e precauções especiais:** enxaqueca, enxaqueca focal com perda de visão assimétrica ou outros sintomas que indiquem isquemia cerebral transitória; cefaleias exceçãoalmente intensas, icterícia, aumento acentuado da tensão arterial, doença arterial grave como acidente vascular cerebral ou enfarte do miocárdio. **Interações:** Podem ocorrer interações com fármacos que induzem as enzimas dos microsomas hepáticos, especificamente as enzimas do citocromo P450, e que podem aumentar consequentemente o metabolismo do levonorgestrel, resultando num aumento da depuração das hormonas sexuais (p. ex., fenitoína, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, rifabutina, nevirapina, efavirenz, bosentano e, possivelmente, também a oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina e produtos contendo a planta hipericão). **Efeitos indesejáveis:** Muito frequentes: Cefaleias, Dor abdominal/pélvica, Acne/Seborreia, Alterações hemorrágicas incluindo aumento e diminuição da hemorragia menstrual, pequenas perdas sanguíneas, hemorragia pouco frequente e amenorreia, quisto ovário, vulvovaginite; Frequentes: Humor depressivo / Depressão, Enxaqueca, Náuseas, Alopecia, Infeção das vias genitais superiores, dismenorreia, dor mamária/desconforto mamário, expulsão do dispositivo (completo e parcial), corrimento vaginal; **Titular da A.I.M.:** Berlex - Especialidades Farmacêuticas Lda. **Número da A.I.M.:** N.º de registo: 5566617 - 1 unidade: 1x1 dispositivo de libertação intrauterino; **Data de revisão do texto:** Julho de 2014. Medicamento sujeito a receita médica e compartilhado (regime geral 69% e regime especial 84%). Para mais informações, deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado: Bayer Portugal Lda, Rua Quinta do Pinheiro, 5 - 2794-003 Carnaxide. NIF 500043256 Sistema Intrauterino (SIU) cuja designação registada da forma farmacêutica é Dispositivo de Libertação Intrauterino (DLIU).



Confiança que Advém da Evidência e da Experiência da Vida Real

- ◆ Doentes com Fibrilhação Auricular NV¹⁻³ e EP/TVP.^{4,5}
- ◆ O NOAC mais prescrito em Portugal e no Mundo.^{6,7,8}
- ◆ 23 milhões de doentes 7 indicações.^{7,8}



Xarelto[®]

rivaroxabano

Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. **Nome:** Xarelto 2,5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg. **Composição:** Cada comprimido revestido por película contém 2,5 mg, 10 mg, 15 mg ou 20 mg de rivaroxabano. **Forma Farmacéutica:** Comprimido revestido por película. **Indicações terapêuticas:** **Xarelto 2,5 mg:** Xarelto, coadministrado com ácido acetilsalicílico (AAS) isoladamente ou com AAS mais dlopigrorel ou ticlopidina, é indicado para a prevenção de acontecimentos aterotrombóticos em doentes adultos após uma síndrome coronária aguda (SCA) com biomarcadores cardíacos elevados. **Xarelto 10 mg:** Prevenção do tromboembolismo venoso (TEV) em doentes adultos submetidos a artroplastia eletiva da anca ou joelho. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Prevenção do acidente vascular cerebral e do embolismo sistémico em doentes adultos com fibrilhação auricular não-valvular com um ou mais fatores de risco, tais como insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, idade ≥ 75 anos, diabetes mellitus, antecedentes de acidente vascular cerebral ou acidente isquémico transitório. Tratamento da trombose venosa profunda (TVP) e embolismo pulmonar (EP) em adultos. **Posologia e modo de administração:** **Xarelto 2,5 mg:** A dose recomendada é de 2,5 mg duas vezes ao dia. Os doentes também devem tomar uma dose diária de 75 - 100 mg de AAS ou uma dose diária de 75 - 100 mg de AAS em adição quer a uma dose diária de 75 mg de dlopigrorel quer a uma dose diária padrão de ticlopidina. A extensão do tratamento para além dos 12 meses deve ser feita individualmente em cada doente, uma vez que a experiência até aos 24 meses é limitada. **Xarelto 10 mg:** 10 mg de rivaroxabano, administrados, por via oral, uma vez ao dia. A posologia inicial deve ser administrada 6 a 10 horas após a cirurgia, desde que a hemostase tenha sido estabelecida. A duração do tratamento depende do risco individual do doente para tromboembolismo venoso, a qual é determinada pelo tipo de cirurgia ortopédica. Grande cirurgia da anca: tratamento de 5 semanas. Grande cirurgia do joelho: 2 semanas. Se for espedida uma dose, o doente deverá tomar Xarelto imediatamente e depois continuar no dia seguinte com a toma uma vez ao dia, tal como anteriormente. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Prevenção do acidente vascular cerebral e do embolismo sistémico: A dose recomendada, que também é a dose máxima recomendada, é de 20 mg uma vez por dia. No caso de esquecimento de uma dose, o doente deve tomar imediatamente Xarelto e continuar no dia seguinte com a toma uma vez ao dia, conforme recomendado. Não deve ser tomada uma dose a dobrar no mesmo dia para compensar uma dose esquecida. **Tratamento da TVP, tratamento do EP e prevenção da TVP recorrente e EP:** A dose recomendada para o tratamento inicial da TVP aguda ou EP é de 15 mg duas vezes por dia durante as primeiras três semanas, seguida de 20 mg uma vez por dia para continuação do tratamento e prevenção da TVP recorrente e EP. No caso de esquecimento de uma dose durante a fase de tratamento de 15 mg duas vezes por dia (dia 1 - 21), o doente deve tomar imediatamente Xarelto para assegurar a toma de 30 mg de Xarelto por dia. Neste caso podem tomar-se dois comprimidos de 15 mg ao mesmo tempo. O doente deve continuar no dia seguinte a toma diária e regular de 15 mg duas vezes por dia, conforme recomendado. No caso de esquecimento de uma dose durante a fase de tratamento de uma toma diária (dia 22 e seguintes), o doente deve tomar imediatamente Xarelto e continuar no dia seguinte com a toma diária, conforme recomendado. Não deve ser tomada uma dose a dobrar no mesmo dia para compensar uma dose esquecida. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** **Passagem de Antagonistas da Vitamina K (AVK) para Xarelto:** Em doentes tratados para prevenção do acidente vascular cerebral e embolismo sistémico, o tratamento com AVK deve ser interrompido e a terapêutica com Xarelto deve ser iniciada quando o INR for ≤ 3,0. Em doentes tratados para TVP, EP e na prevenção da recorrência, o tratamento com AVK deve ser interrompido e a terapêutica com Xarelto deve ser iniciada assim que o INR for ≤ 2,5. **Xarelto 2,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg:** Durante a passagem de doentes de AVK para Xarelto, os valores do INR estarão falsamente elevados após a toma de Xarelto. O INR não é uma medida válida para determinar a atividade anticoagulante de Xarelto, e portanto não deve ser utilizado. **Passagem de Xarelto para os Antagonistas da Vitamina K (AVK):** Em doentes que passam de Xarelto para um AVK, o AVK deve ser administrado simultaneamente até o INR ser ≥ 2,0. Durante os dois primeiros dias de passagem, deve utilizar-se a dose inicial padrão do AVK, seguida de uma dose do AVK com base nas determinações do INR. Enquanto os doentes estiverem a tomar simultaneamente Xarelto e o AVK, o INR não deve ser determinado antes das 24 horas após a dose precedente de Xarelto e antes da dose seguinte. **Passagem de anticoagulantes parentéricos para Xarelto:** Em doentes atualmente a serem tratados com um anticoagulante parentérico, interromper o anticoagulante parentérico e iniciar Xarelto 0 a 2 horas antes da hora prevista para a administração seguinte do medicamento parentérico (ex.: HBPM) ou na altura da interrupção de um medicamento parentérico em administração contínua (ex.: heparina não fracionada intravenosa). **Passagem de Xarelto para anticoagulantes parentéricos:** Administrar a primeira dose do anticoagulante parentérico na altura em que deve ser tomada a dose seguinte de Xarelto. Não é necessário ajuste posológico: compromisso renal ligeiro, população idosa, sexo, peso corporal. Não é recomendada a utilização em doentes com taxa de depuração da creatinina < 15 ml/min. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Compromisso renal moderado ou grave: Na prevenção do acidente vascular cerebral e do embolismo sistémico em doentes com fibrilhação auricular não-valvular, a dose recomendada é de 15 mg duas vezes por dia durante as primeiras 3 semanas. Após isto, a dose recomendada é 20 mg uma vez por dia. A redução da dose de 20 mg uma vez por dia para 15 mg uma vez por dia deve ser considerada se o risco avaliado de hemorragia do doente se sobrepõe ao risco de TVP recorrente e EP. A recomendação para utilização de 15 mg tem por base modelos farmacocinéticos, não tendo sido estudada neste contexto clínico. **Xarelto 2,5 mg e 10 mg:** Os comprimidos podem ser tomados com ou sem alimentos. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Os comprimidos devem ser tomados com alimentos. **Xarelto 2,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg:** População pediátrica: não é recomendada a sua utilização em crianças com idade inferior a 18 anos. Em doentes incapazes de engolir comprimidos inteiros, o comprimido Xarelto pode ser esmagado e misturado com água ou puré de maçã imediatamente antes da utilização e administrado por via oral. O comprimido Xarelto esmagado pode também ser administrado através de sondas gástricas após confirmação da correta localização gástrica da sonda. O comprimido esmagado deve ser administrado com uma pequena quantidade de água através de uma sonda gástrica, que deve, de seguida, ser irrigada com água. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Após a administração de Xarelto 15 mg ou 20 mg comprimidos revestidos por película esmagados, a dose deve ser imediatamente seguida por alimentos ou por alimentação entérica. **Contraindicações:** **Xarelto 2,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Hemorragia ativa clinicamente significativa. Gravidez e amamentação. Doença hepática associada a coagulopatia e risco de hemorragia clinicamente relevante incluindo doentes com cirrose com Child Pugh B e C. Lesões ou condições se consideradas como apresentando um risco significativo de grande hemorragia. Estas podem incluir úlceras gastrointestinais atuais ou recentes, presença de neoplasias malignas com elevado risco de hemorragia, lesão recente no cérebro ou na espinal medula, cirurgia cerebral, espinal ou oftálmica recente, hemorragia intracraniana recente, suspeita ou conhecimento de varizes esofágicas, malformações arteriovenosas, aneurismas vasculares ou grandes anomalias vasculares intraespinais ou intracerebrais. O tratamento concomitante com quaisquer outros agentes anticoagulantes, ex.: heparina não fracionada (HNF), heparinas de baixo peso molecular (enoxaparina, dalteparina, etc.), derivados da heparina (fondaparinux, etc.), anticoagulantes orais (varfarina, dabigatran etexilato, apixabano, etc.), exceto nas circunstâncias específicas de mudança de terapêutica anticoagulante ou quando são administradas doses de HNF necessárias para manter aberto um acesso venoso central ou um cateter arterial. **Xarelto 2,5 mg:** O tratamento concomitante da SCA com terapêutica antiplaquetária em doentes com acidente vascular cerebral ou acidente isquémico transitório (AIT) anterior. **Advertências e precauções especiais de utilização:** **Xarelto 2,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg:** Risco hemorrágico; Compromisso renal; Os doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase Lapp ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. Puncção ou anestesia espinal/epidural. **Xarelto 2,5 mg:** Doentes com SCA; Doentes com antecedentes de acidente vascular cerebral ou AIT. **Xarelto 10 mg:** Cirurgia por fratura da anca. **Xarelto 15 mg e 20 mg:** Doentes com válvulas protésicas; Doentes com EP hemodinamicamente instáveis ou doentes que necessitam de trombolise ou embolectomia pulmonar; **Xarelto 2,5 mg, 15 mg e 20 mg:** Procedimentos invasivos e intervenções cirúrgicas. **Interações medicamentosas:** Inibidores do CYP3A4 e da gp-P: não é recomendada em doentes submetidos a tratamento sistémico concomitante com antimicóticos azólicos tais como cetoconazol, itraconazol, voriconazol, posaconazol ou inibidores da protease do VIH; Anticoagulantes: deve ter-se precaução se os doentes são tratados concomitantemente com quaisquer outros anticoagulantes; AINEs/ inibidores da agregação plaquetária: deve ter-se precaução nos doentes tratados concomitantemente com AINEs (incluindo ácido acetilsalicílico) e inibidores da agregação plaquetária; Varfarina; Indutores do CYP3A4; Os parâmetros de coagulação (ex.: TP, APTT, Heparin) são afetados. **Efeitos indesejáveis:** Anemia (incl. parâmetros laboratoriais respetivos), tonturas, cefaleias, hemorragia ocular (incl. hemorragia conjuntival), hipotensão, hematoma, epistaxe, hemoptise, hemorragia gengival, hemorragia do trato gastrointestinal (incl. hemorragia retal), dores gastrointestinais e abdominais, dispnéia, náuseas, obstipação, diarreia, vômitos, prurido (incl. casos raros de prurido generalizado), exantema cutâneo, equimose, hemorragia cutânea e subcutânea, dor nas extremidades, hemorragia do trato urogenital (incluindo hematuria e menorragia), compromisso renal (incluimento da creatinina no sangue, aumento de ureia no sangue), febre, edema periférico, diminuição da força e energia de um modo geral (incl. fadiga, astenia), aumento das transaminases, hemorragia pós-procedimento (incluindo anemia pós-operatória e hemorragia da ferida), contusão, secreção da ferida, trombocitemia (incl. aumento da contagem de plaquetas), reação alérgica, dermatite alérgica, hemorragia cerebral e intracraniana, síncope, taquicardia, xerostomia, anomalia da função hepática, urticária, hemartrose, sensação de mal-estar, aumento da bilirrubina, aumento da fosfatase alcalina no sangue, aumento da HDL, aumento da lipase, aumento da amilase, aumento da GGT, icterícia, hemorragia muscular, edema localizado, aumento da bilirrubina conjugada (com ou sem aumento concomitante da ALT), pseudoaneurisma vascular, angioedema, edema alérgico, colostase, hepatite (incl. lesão traumática hepatocelular), trombocitopenia. **Número da A.J.M.:** 5565858, 5565866, 5565874, 5132956, 5132964, 5132972, 5423918, 5423926, 5423934, 5424379, 5424403. **Data de revisão do texto:** maio 2017.

MSRM. Regime de comparticipação: Xarelto 10mg, 15mg e 20mg (Comparticipado no Regime Geral 69%; Regime Especial 84%). Xarelto 2,5mg (não Participado). Bayer Portugal, LDA., Rua Quinta do Pinheiro, nº 5, 2794-003 Carnaxide - NIF 500 043 256. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado

Referências: 1. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J., et al. Rivaroxaban versus Warfarin in non-valvular atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011;365(10):883-91. 2. Camm J., Amarencio P., Haas S., et al. XANTUS: A Real-World, Prospective, Observational Study of Patients Treated with Rivaroxaban for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation. *Eur Heart J.* 2015;doi:10.1093/eurheartj/ehv466. 3. Tamayo S., Peacock F., Patel M., et al. Characterizing major bleeding in patients with non-valvular atrial fibrillation: a pharmacovigilance study of 27467 patients taking Rivaroxaban. *Clin. Cardiol.* 2015;38(2):63-8. 4. Prins M.H., Lensing A.W.A., Bauersachs R., et al. Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies. *Thrombosis J.* 2013;11(1):21. 5. Agno W., Mantovani L.G., Haas S., et al. XALIA: rationale and design of a non-interventional study of rivaroxaban compared with standard therapy for initial and long-term anticoagulation in deep vein thrombosis. *Thrombosis J.* 2014;12(1):16. 6. Dados de vendas mensais IMS Health MIDAS, Junho 2016. 7. Cálculo baseado nos dados de vendas mensais IMS Health MIDAS, Junho 2016. 8. Resumo das características do medicamento de Xarelto[®].

FANV, fibrilhação auricular não-valvular; EP, embolismo pulmonar; TVP, trombose venosa profunda; NOAC anticoagulantes orais não-antivitamínicos K; Cálculo baseado nos dados de vendas mensais IMS Health MIDAS, Junho 2016.