

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

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

Autores:

Maria João Coelho<sup>1</sup>

### RESUMO

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

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

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

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

### ABSTRACT

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

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

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

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

---

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

## INTRODUÇÃO

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

## DESCRIÇÃO DO CASO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

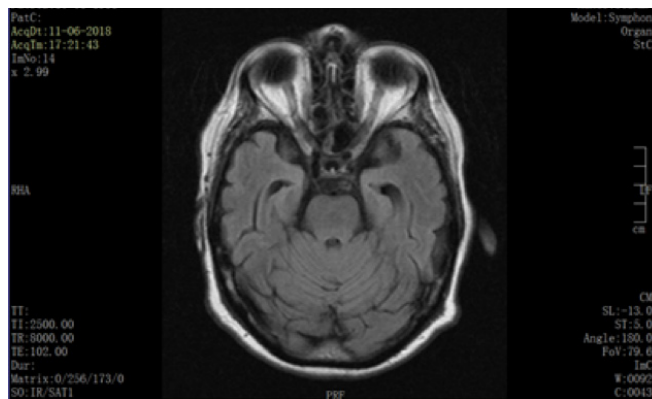
A 12/07/2018 a utente teve uma consulta subsequente de Neurologia onde se verificou melhoria do tremor, sem queixas de novo. Foram avaliados os exames previamente solicitados:

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

pericerebrais”, possível de visualizar na figura 1.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

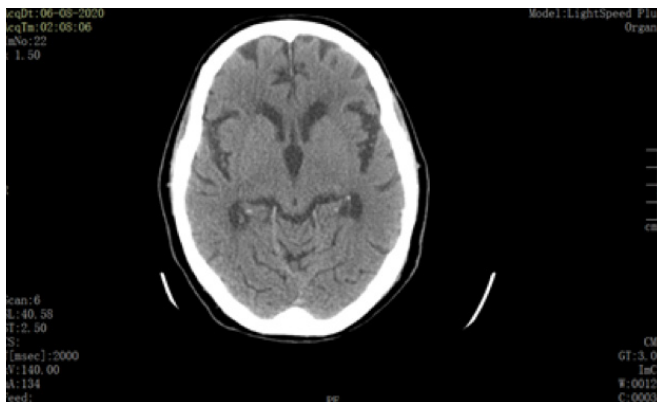
A tomografia computadorizada crânio-encefálica, apesar de realizada a 06/08/2020, apenas foi avaliada nesta fase uma vez que o resultado não estava disponível na consulta previamente realizada. Esta revelou: “Não há evidência de significativas alterações intraparenquimatosas focais quer a nível cerebral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

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

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

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





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



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

## COMENTÁRIO

Dadas as contingências da pandemia, a utente não teve consulta presencial com o seu médico assistente de MGF, durante um ano, nem com a médica assistente de Neurologia, durante dois anos. As consultas telefônicas ao apresentarem barreiras como ausência de avaliação presencial dos utentes<sup>6</sup> e dificuldade na realização de anamnese exaustiva levaram a que o agravamento da sintomatologia da utente fosse associado a possível síndrome depressivo (contexto de problemas familiares e viuvez).

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

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

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

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



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

## CONFLITOS DE INTERESSE:

Não existem conflitos de interesse a declarar.

## CORRESPONDÊNCIA:

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

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