

MGF & CIÊNCIA

Volume 3 | Nº1 | junho, 2019

Diretor: Rosa Ribeiro
Periodicidade: Semestral

A Revista MGF&Ciência é um projeto novo e ambicioso com a missão de publicação de trabalhos científicos originais e de revisão na área da saúde, de forma gratuita, com vista a melhorar o conhecimento técnico e científico da comunidade médica.

Equipa

Diretor:
Rosa Ribeiro

Corpo Editorial:
Daniel Ventura
Teresa Botelho
Cláudia Santos Melo

Conselho Científico:
Ana Cunha
Ana Luísa Gomes
Ana Pinho
Márcio Carvalhosa
Maria Teresa Saavedra
Carolina Reis
Filipa Ladeiro
Paula Neves
Fabiana Chyczj

Consultor Estatístico:
Jaime Ribeiro

Secção de Grafismo:
Mafalda Sequeira
Marlene Cardoso
Vitor Costa

Secção de Informática:
Filipa Mota Pimenta
Pedro Apolinário
Rita Macedo
Karla Marin
Sara Daniela Peixoto
Ana Sousa
Inês Conde
Vera Santos

Secção de Revisão:
Joana Bastardo
Nuno Amaral
Tatiana Bastos
Gonçalo Pereira
Daniela Rocha
Sandra Alves

Secção de Relações Públicas:
Daniela Abrantes

Nº de registo na ERC:
127063

Proprietário:
Associação de Internos, Ex-Internos
e Orientadores de Formação do IMT

NIPC
513318291

Sede do editor/redação:
USF Aqueae Flavíae, Rua Fonte de Leite
de Baixo. 5400-261 Chaves

Estatuto Editorial
<https://mgfciencia.wixsite.com/mgfciencia/estatuto-editorial>

Normas de Publicação
<https://mgfciencia.wixsite.com/mgfciencia/submissao>

Índice

Editorial

4 Trabalhar em equipa

Teresa Botelho Patricio, Cláudia Melo, Daniel Ventura, Inês Conde

Artigos de Opinião

5 Estilos de vida saudáveis – sabemos mesmo o que recomendar?

Sara Miranda

7 Controvérsias da vitamina D

Elvira Teles Sampaio

Artigos Originais

9 Prescrição de antibioterapia na cistite aguda não complicada em mulheres não grávidas: melhoria contínua da qualidade

Débora de Paiva Monteiro, Cláudia Grilo, Cristina Sousa, Francisca Gomes de Almeida, Filipa Tavares, Inês Videira, Rosa Nogueira dos Santos

15 Disfunção sexual feminina em mulheres com diabetes acompanhadas nos cuidados de saúde primários

Ana Vilaçal, Ana Vieira, André Fernandes, Inês Esteves, Joana Bouça, Vera Peixoto, Ana Pimentel, Hélder Lanhas, Maria Botelho

23 Porque mudam os utentes de médico de família? Estudo transversal em seis USF da ARS Norte

Sílvia Alves, Adriana Menezes, Diogo Ferreira, Filipa Duarte, Joana Relva, Nuno Guerra, Sara Martins

Relatos de Caso

31 Tumefação cervical e cefaleia intensa – uma relação inesperada

Inês Pintalhão, Ana Menezes, Ana Calafate

37 Da psicopatologia ao diagnóstico de glioblastoma – um caso clínico

Filipa Martins Alves, Ana Gabriela Ribeiro, Antónia Fornelos, Diogo Fitas

Artigos de Revisão

44 Ácidos gordos ómega-3 no tratamento da perturbação depressiva major no adulto: uma revisão baseada na evidência

Vera Costa

51 O uso da metformina na diabetes gestacional – Qual a evidência da segurança fetal?

Ana Rita Luz, Mafalda Oliveira, Maria João Gonçalves

Relato de Prática

56 Duas semanas de primavera dinamarquesa

João Vieira Fonseca

59 Atenção primária à saúde no Rio de Janeiro – o que há de diferente?

Andreia Forno, Pedro Hakme

63 Agradecimentos

Open Access

A Revista MGF&Ciência está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.



Patrocínios científicos

Colégio da especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos



Revista indexada



ISSN 2184-0326

Trabalhar em equipa

Team Work

Teresa Botelho Patricio, Cláudia Melo, Daniel Ventura, Inês Conde
Corpo Editorial

O paradigma atual, fortemente marcado pela conjuntura atual e consequente racionalidade económica, incentiva a organização de processos de trabalho e a prestação de serviços públicos de qualidade com vista à satisfação dos cidadãos. Sabemos que a prática do nosso quotidiano, de uma forma cada vez mais crescente, cria espaços de distância em relação às conceções empíricas, tendo em conta o poliedro multifacetado em presença.

A aposta no trabalho em equipa, sustentado por elementos fundamentais como o objetivo comum, a multidisciplinaridade, a comunicação, a interação, o trabalho colaborativo, o respeito e o reconhecimento das idiossincrasias individuais, têm vindo a demonstrar o quão importante é o recurso a este modelo de pensar e agir.

Todo o trabalho que nos envolveu ao longo deste tempo, viveu e afirmou-se como um período favorecido pelo ambiente de cumplicidade entre todos numa causa plural e partilhada, conscientemente assegurado pela importância da interdependência entre todos, da multidisciplinaridade e, acima de tudo, da complementaridade.

A conjugação destas componentes, promotora de mais e melhor conhecimento e da sua projeção nas práticas em contexto de trabalho no terreno, contribuem para a possibilidade de avaliar o que foi realizado, identificar os pontos fortes e a implementar processos de melhoria, que geram retornos positivos para a solidez do trabalho realizado em equipa.

Ficou claro o reconhecimento da importância do trabalho em equipa e a necessidade da comunicação, da interação e da focalização comum sobre um mesmo objetivo, rentabilizar as prestações individuais na promoção e afirmação de um serviço público de qualidade à comunidade e a cada doente em particular.

O exercício da nossa profissão, enquanto ponto de partida e primeira linha da ação, exige abrangência e requer uma visão holística de cada situação e de cada caso. A sua maior ou menor complexidade exige sempre a conjugação de diferentes olhares sobre a diagnose e a articulação entre diferentes saberes que promova o acompanhamento e o seu impacto progressivo na melhoria.

Trabalhar em equipa significa ouvir e partilhar ideias e saberes com vista ao melhor desempenho, em detrimento da dúvida, da insegurança, da incerteza, da arrogância científica e, acima de tudo, da negligência. Trabalhar em equipa é sinónimo de saber fazer em conjunto, de respeito

mútuo e espírito de interajuda, levando ao enriquecimento do próprio eu. É um modelo de ação assente na coesão e coerência de um todo, que impede a construção de vazios e a emergência de arquipélagos, onde cada ilha, na contingência do seu isolamento, ao não permitir a interferência do outro, nega a eficácia e o sucesso da partilha e da pluralidade de conceitos e práticas.

O trabalho em equipa, quando estruturado na solidariedade dos diferentes atores no terreno, rompe com hierarquias rígidas que dificultem a autonomia, supera o empirismo académico, propicia a comunicação, que respeita o individual e favorece a construção coletiva. Infere-se, daqui, que um trabalho assim reforça os níveis de satisfação do eu e do eu com os outros, promovendo resultados com impacto positivo na avaliação realizada pelos nossos recetores.

Estilos de vida saudáveis – sabemos mesmo o que recomendar?

Healthy lifestyles – do we know what to advice?

Sara Miranda¹

¹ Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Espinho, ACeS Grande Porto VIII – Espinho/Gaia

A prevenção primária e as modificações do estilo de vida são duas áreas basilares da intervenção dos Profissionais de Saúde no geral e da Medicina Geral e Familiar em particular.

A obesidade é, segundo a Organização Mundial de Saúde, a epidemia do século XXI. As doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologias associadas ao álcool, patologia digestiva, patologia respiratória crónica, diabetes mellitus, doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental) constituem atualmente a principal causa de morbidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. São também as principais responsáveis por situações de incapacidade, temporária e permanente, e perda de qualidade de vida.¹

Qual o ponto comum a todas as orientações de prevenção e tratamento destas patologias? Modificações do estilo de vida.

Cada vez mais a sociedade ocidental procura adotar estilos de vida saudáveis, o que é ilustrado pelo crescimento da produção agrícola, da indústria e das empresas de produtos biológicos/orgânicos e de suplementos alimentares, pelo aumento da prática de exercício físico, pelo aumento do número de estabelecimentos a oferecer opções vegetarianas e ditas “saudáveis”, com listas de ingredientes que contêm frequentemente iogurte natural, sumos naturais, saladas, receitas com aveia, fruta, sementes, pela inclusão de opção vegetariana nas escolas, pelas leis de proibição de fumo em locais fechados/públicos.

Desde cedo no ciclo de estudos da Faculdade de Medicina somos formados para promover junto da população uma alimentação saudável, a prática de exercício regular, o consumo moderado de álcool e a cessação tabágica. No entanto, vejo dois grandes obstáculos a esta promoção. Por um lado, a formação pré-graduada em Nutrição, Exercício Físico e abordagem do abuso do álcool e tabaco é limitada, tendo os profissionais de procurar formações na fase pós-graduada para colmatar estas dificuldades, sendo que as mesmas são lecionadas pelos mais variados grupos profissionais, não podendo nós atestar quantas revisões sistemáticas e meta-análises sustentam toda a informação que nos veiculam. Por outro lado, não é raro depararmo-nos com argumentos/preconceitos como “Mas a minha

avó come fritos todos os dias desde há 40-50 anos, é saudável e tem 80 e tal anos!”, “Mas o meu tio não fumava e teve cancro do pulmão!”, “Mas o meu amigo toma suplementos proteicos e não acusou nada nas análises!”, quer no contexto da prática clínica, quer no contexto da vida diária, de um modo mais informal. Em ambos estes contextos são muitas as vezes em que a comparação com os outros e as crenças individuais sobre alimentação, suplementação, exercício, álcool e tabaco criam uma barreira entre o médico e o doente, entre o médico e o seu familiar ou amigo, dificultando a implementação dos ditos “estilos de vida saudáveis”.

São muitas as orientações nacionais e internacionais sobre o que constitui um estilo de vida saudável, e de um modo global seguem as mesmas linhas orientadoras: incentivam a adoção do padrão alimentar mediterrâneo, dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ou dietas vegetarianas, a prática de exercício aeróbico e anaeróbico regular, o consumo moderado de álcool e a cessação tabágica.²⁻⁴

Mas então porque é que com tantas linhas orientadoras, tão semelhantes em conteúdo, a incidência e prevalência de muitas das doenças mencionadas anteriormente continuam a aumentar? É a oferta alimentar, que dificulta o “resistir à tentação”? É o preço do álcool e do tabaco, que ainda não aumentou o suficiente? É a nossa incapacidade de comunicar eficazmente e transmitir a importância da adoção destes estilos de vida?

E quando numa consulta vemos um vegetariano obeso? Quando nos fazem questões sobre a suplementação vitamínica nos vegetarianos, sabemos o que aconselhar, de forma devidamente fundamentada? Então e quando observamos um doente obeso desnutrido? Sabemos como intervir eficazmente? E se agora me perguntassem a indicação para tomar o suplemento diurético/drenante/anorexígeno que o Personal Trainer, Nutricionista ou Homeopata recomendou? E por falar em Personal Trainer, daquelas cem proteínas que vendem no mercado, onde está de facto a informação de qualidade que nos permita aconselhar e desaconselhar com certezas estes produtos? E quando temos de aconselhar exercício físico? Quantos de nós sabem exatamente que tipos de exercício aconselhar, frequência cardíaca alvo, duração de cada exercício ou

número de repetições, número de vezes por semana? Sabemos individualizar, na prática, as orientações gerais das guidelines?

Por entre tanta informação e contra-informação, na era da pós-verdade, em que muitos dos nossos utentes são Mestres em Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade da Internet, como pode um “simples” Médico assumir que é detentor da melhor (in)formação e aconselhar o seu doente, em todas as dimensões da sua vida, tendo uma forte base de conhecimentos sobre assuntos tão vastos e tão discutidos/discutíveis? Na minha opinião, à luz dos conhecimentos atuais, não pode. Mas pode ser sincero com o seu utente, reconhecer as limitações do nosso conhecimento, encaminhar para consultas especializadas os casos que considere adequados e lutar por maior controlo de qualidade, mais profissionais das áreas de Nutrição e Exercício Físico, e mais estudos nas áreas da alimentação e suplementos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. “*The European Health Report.*” Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf. Consultado: novembro 2017.
2. Mancia, Giuseppe, et al. “2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension.” *European Heart Journal*, vol. 34, 2013, pp. 2159–2219, doi:10.1093/eurheartj/eh151.
3. American Diabetes Association. “Standards of Medical Care in Diabetes – 2017”. *Diabetes Care*, vol. 40, no. 1, 2017. pp. S1-S2, doi.org/10.2337/dc17-S001.
4. Saúde, Direção-Geral. “Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida”. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>. Consultado: novembro de 2017.

CONFLITOS DE INTERESSES

A autora declara a ausência de conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Sara Miranda
Morada: Rua de Salgueiros, 698 Canidelo 4400-572
Vila Nova de Gaia
E-mail: saradcmiranda4@gmail.com

Controvérsias da vitamina D

Vitamin D controversies

Elvira Teles Sampaio¹

¹ Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, ACeS Porto Ocidental – USF Serpa Pinto

Os benefícios associados à vitamina D têm sido alvo de extenso debate na comunidade médica, o que me motivou a rever a literatura e fazer uma reflexão crítica sobre o tema. Esta vitamina tem propriedades únicas, pois funciona como uma hormona e a sua principal fonte é a síntese na derme a partir da exposição solar.¹ Está presente em quantidades reduzidas nos alimentos, nomeadamente peixes gordos, gema de ovo, laticínios e óleo de fígado de peixe. Existe em duas formas, vitamina D2 ou ergocalciferol e vitamina D3 ou colecalciferol, e carece de conversão em metabolitos ativos a nível hepático e renal para exercer as suas funções.^{1,2}

O principal papel da vitamina D é no metabolismo do cálcio, pois promove a mineralização óssea e, consequentemente, a sua principal aplicação tem sido na prevenção e tratamento da osteoporose. Para além de recetores ósseos, existem também recetores da vitamina D em vários outros órgãos e tecidos, o que levantou a hipótese da sua utilização em contexto preventivo de doenças crónicas, incluindo o seu impacto na mortalidade global.^{1,2} Assim, a vitamina D chegou a ser considerada a panaceia para a prevenção e tratamento de quase todas as doenças, pelo que os doseamentos e suplementação de vitamina D aumentaram consideravelmente nos últimos anos.

Contudo, a evidência científica atual é ainda insuficiente e são várias as questões associadas à utilização da vitamina D que carecem de resposta mais concreta. As principais controvérsias residem na definição dos valores de referência; acuidade diagnóstica dos testes laboratoriais existentes; benefícios extra-ósseos; quem dosear e como fazer o seguimento e suplementação.

O nível sérico de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) é o melhor indicador do conteúdo corporal de vitamina D. Os valores de referência não são consensuais, variando entre os 20-50 ng/mL (50-125 nmol/L), havendo, contudo, maior acordo na gama dos 30-40 ng/mL (75-100 nmol/L).^{1,2} Verificam-se diferenças entre os níveis considerados adequados para benefício ósseo e extra-ósseo, sendo que o recomendado é evitar o “one-value-fits-all”.^{1,2} Existem um conjunto de fatores que afetam os níveis de vitamina D e a eficácia da suplementação, que devem ser considerados, nomeadamente a idade (produção e armazenamento diminuídos em pessoas mais velhas); peso corporal (obesos necessitam de doses

superiores); exposição solar/estação do ano; pigmentação da pele (raça negra tem produção diminuída); dieta; atividade física; valor basal da vitamina D; forma e dose da vitamina D usada para suplementar e fatores genéticos.^{2,3}

Embora haja vários métodos de dosear a 25(OH)D – radioimunoensaio; ensaios enzimáticos e cromatografia líquida com espectrometria de massa – a sua precisão continua a ser problemática, não existindo gold standard.³ A variação de resultados entre métodos e entre laboratórios é de cerca de 10-20% e quando se efetua a classificação de “deficiência” ou “suficiência” a variação pode ser entre 4 a 32% dependendo do tipo de teste laboratorial usado. Os resultados são ainda inconsistentes de indivíduo para indivíduo e até na mesma pessoa.³ Estas imprecisões analíticas resultam das limitações do próprio método, humanas e instrumentais, o que dificulta a definição de limites diagnósticos.⁴ Uma vez que se procura compreender melhor o papel da vitamina D no binómio saúde-doença, a importância da medição exata torna-se fundamental, nomeadamente para permitir a comparação entre estudos de investigação dos quais se poderá retirar conclusões mais objetivas.⁴

Atualmente, não está recomendado o doseamento da 25(OH)D em indivíduos assintomáticos (evidência B).^{5,6} A recomendação para dosear é dirigida a grupos considerados de alto risco: raça negra; indivíduos obesos; consumo de fármacos que aceleram o metabolismo da vitamina D (por exemplo, anticonvulsivantes; glucocorticóides; antirretrovirais; antifúngicos como o cetoconazol); indivíduos hospitalizados e institucionalizados; indivíduos com osteoporose; indivíduos com doença renal crónica (DRC); pessoas com hiperparatireoidismo suspeito ou diagnosticado; pessoas com alterações da absorção (doença inflamatória intestinal, doença celíaca, pós-cirurgia bariátrica); pessoas com doenças granulomatosas (sarcoidose; tuberculose) e com alguns tipos de linfoma.⁵ As presentes indicações não são estanques, podendo, por exemplo, justificar-se doseamento nos quadros de queixas musculares inespecíficas.

Tendo em conta que não existe evidência sólida do benefício da suplementação vitamínica na prevenção de doenças crónicas, nem consenso generalizado sobre a dosagem ideal para a administração de vitamina D num contexto preventivo (aponta-se para 400 UI/dia),^{5,6}

esta medida deve ser desencorajada. Em Portugal, a exposição solar em manga curta de 6 - 7 minutos durante o dia no verão, ou 7 - 40 minutos de área maximamente exposta no inverno pode considerar-se suficiente para a manutenção de níveis adequados de vitamina D.1

A suplementação deve ser feita quando o défice vitamínico é documentado.² A duração de tratamento varia habitualmente entre 1 a 3 meses e um novo doseamento não deve ser efetuado antes das 8-12 semanas. Perante um défice severo no adulto, 25(OH) D <10 ng/mL (25 nmol/L) preconiza-se o tratamento com 50 000 UI de colecalciferol oral/semana durante 6-8 semanas e subsequentemente 800 UI/diárias.^{2,5} Com défice de 25(OH)D 10-20 ng/mL recomenda-se iniciar suplementação com 800-1000 UI/diárias, sendo expectável o atingimento de valores normais em 3 meses e se tal não ocorrer são necessárias doses mais elevadas.^{2,5} Os indivíduos com disfunção hepática severa, DRC e hipoparatiroidismo requerem formas ativadas de vitamina D: doença hepática crónica - calcifediol; DRC e hipoparatiroidismo - alfacalcidol ou calcitriol.^{2,5} Nos casos de malabsorção podem ser necessários até 50 000 UI por dia.^{2,5} Os riscos da suplementação com vitamina D são praticamente nulos, o que facilita a prescrição e também a automedicação.

Na literatura são referidos vários benefícios extra-ósseos, nomeadamente redução das infeções respiratórias superiores; benefícios cardiovasculares; diminuição do risco de cânceros invasivos (excluindo cancro cutâneo) em mulheres; diminuição do risco de todos os cânceros em mulheres pós-menopausa; redução da doença de Alzheimer; outras demências, declínio cognitivo e outras formas de doenças neurodegenerativas; diminuição do risco de doenças auto-imunes, diabetes *mellitus* tipo 2, asma, complicações obstétricas, autismo, dermatite atópica, bem como diminuição da mortalidade por todas as causas.² No entanto, a questão que coloco é se um valor baixo de vitamina D não poderá ser, acima de tudo, um marcador de doença e não um fator de risco para o aparecimento de doenças que deve ser corrigido.

Em relação ao futuro, parece-me óbvio que é necessário melhorar a evidência existente e entre as principais metas a alcançar estão a definição de métodos gold standard para quantificação dos níveis de vitamina D (variação aceitável na precisão dos métodos é de 10%)⁶ e a clarificação dos valores de referência tendo em conta diferenças geográficas, étnicas e comorbilidades de base. Constato também a necessidade de estudos de investigação com metodologias adequadas sobre benefícios extra-esqueléticos da vitamina D e caso se ponderem medidas de fortificação de alimentos, intervenção de Saúde Pública.

Face ao exposto, na minha opinião, o tempo é de restringir o entusiasmo associado à vitamina D enquanto o conhecimento científico nesta área não for mais claro e permitir uma melhor aplicação do seu doseamento, que, na atualidade, deverá ser essencialmente dirigida aos grupos de alto risco, e suplementação, indicada quando objetivado défice vitamínico.

REFERÊNCIAS

1. Vaz-Carneiro, A. "A Vitamina D na prevenção de Doenças Crónicas: Uma análise baseada na Evidência Científica". *Acta Médica Portuguesa*, vol. 30, no. 5, 2017, pp. 351-353.
2. Pludowski, Pawel, et al. "Vitamin D supplementation guidelines". *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, vol. 175, 2018, pp. 125-135, doi: 10.1016/j.jsbmb.2017.01.021.
3. LeFevre, M.L. e U.S. Preventive Services Task Force. "Screening for Vitamin D Deficiency in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement". *Annals of Internal Medicine*, vol. 162, 2015, pp. 133-140. doi:10.7326/M14-2450.
4. Alves, Márcia, et al. "Vitamina D – importância da avaliação laboratorial". *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, vol. 8, no. 1, 2013, pp. 32-39, doi: 10.1016/j.rpedm.2012.12.001.
5. Holick, Michael F. et al. "Evaluation, treatment and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 96, no. 7, 2011, pp. 1911-1930, doi: 10.1210/jc.2011-0385.
6. LeFevre, Michael L. e LeFevre, Nicholas M. "Vitamin D Screening and Supplementation in Community-Dwelling Adults: Common Questions and Answers". *American Family Physician*, vol. 97, no. 4, 2018, pp. 254-260.

CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declara a ausência de conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA

Elvira Teles Sampaio

Rua da Piedade, n.º 36 1.ªA 4050-479 Porto

E-mail: elviramtsampaio@gmail.com

Prescrição de antibioterapia na cistite aguda não complicada em mulheres não grávidas: melhoria contínua da qualidade

Antibiotic therapy prescription in uncomplicated acute cystitis in non-pregnant women: continuous quality improvement

Débora de Paiva Monteiro¹, Cláudia Grilo², Cristina Sousa³, Francisca Gomes de Almeida⁴, Filipa Tavares², Inês Videira⁴, Rosa Nogueira dos Santos²

1 Internas da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar das USF Pirâmides

2 Especialistas de Medicina Geral e Familiar

3 Internas da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar das USF Lidador

4 Internas da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar das USF Saúde em Família

RESUMO

Introdução: A cistite aguda não complicada (CANC) define-se como episódio agudo e não recidivante, de cistite em mulher não grávida, não menopáusicas, sem comorbilidades ou condições associadas a falência terapêutica/complicações sistêmicas. Apesar das orientações sobre a melhor terapêutica, verifica-se ampla variabilidade na prescrição. Pretendeu-se avaliar e garantir a qualidade na prescrição de antibioterapia na CANC.

Materiais e Métodos: A amostra correspondeu a mulheres dos 18 aos 51 anos com diagnóstico de CANC inscritas em três Unidades de Saúde Familiar (USF) do norte do país. A primeira avaliação correspondeu às prescrições efetuadas entre junho e agosto de 2014. Em maio de 2015 introduziram-se medidas corretivas em cada USF. A segunda avaliação versou o período homólogo de 2015. Avaliou-se a percentagem de prescrição de fármacos de 1ª linha para CANC e a percentagem de prescrição de fármacos de 1ª linha com posologia recomendada.

Resultados: Na primeira avaliação analisou-se um total de 88 prescrições e na segunda 118 prescrições. Verificou-se um aumento da prescrição de fármacos de 1ª linha de tratamento, de 71,6% para 87,3% ($p=0,005$, IC 95%). A prescrição na posologia recomendada sofreu um aumento de 11,4% para 64,4% ($p<0,001$, IC 95%).

Discussão/Conclusão: Os dados da primeira avaliação geraram concordância quanto à necessidade de melhorar a prescrição nas USF. Atingiu-se um padrão de qualidade “Muito Bom” (fármacos de 1ª linha) e “Bom” (posologia correta) na segunda avaliação. Como limitações aponta-se o facto de a amostra ser de conveniência e ter ocorrido mudança de elementos nas equipas médicas, entre os dois momentos de avaliação.

Palavras-chave: Garantia da qualidade dos cuidados de saúde; antibacterianos; cistite; mulheres

ABSTRACT

Introduction: The uncomplicated acute cystitis (UAC) is defined as an acute, non-relapsing episode of cystitis in a non-pregnant, non-menopausal woman with no comorbidities or conditions associated with therapeutic failure/systemic complications. Despite the guidelines regarding the best therapy, there is board variability in prescription. The aim was to evaluate and guarantee quality in the prescription of UAC's antibiotic therapy.

Methods: Sample of women from 18 to 51 years old with a diagnosis of UAC registered in three Family Health Units (FHU) in northern Portugal. The first evaluation corresponded to the prescriptions made between June and August 2014. In May 2015, corrective measures were introduced in each FHU. The second evaluation was in the homologous period of 2015. The percentage of first line prescription drugs for UAC and the percentage of first line prescription drugs with recommended dosage were evaluated.

Results: In the first evaluation a total of 88 prescriptions were analyzed and in the second 118 prescriptions. There was an increase in the prescription of 1st line therapy, from 71.6% to 87.3% ($p=0.005$, 95% CI). Recommended dosage prescription increased from 11.4% to 64.4% ($p<0.001$, 95% CI).

Discussion/Conclusion: The data from the first evaluation generated consensus on the need to improve the FHU prescription. In the second evaluation was achieved a “Very Good” quality standard (1st line drugs) and “Good” (correct dosage). As limitations its pointed out that the sample was of convenience and, between the two evaluation moments, there were changes of members in the medical teams.

Keywords: Quality assurance of health care; antibacterials; cystitis; women

INTRODUÇÃO

As infecções do trato urinário (ITU) não complicadas estão entre as doenças infecciosas mais frequentes na comunidade e ocorrem predominantemente em mulheres, sobretudo naquelas sexualmente ativas.¹

Na mulher, a cistite aguda não complicada (CANC) é definida como um episódio agudo e não recidivante de infecção da bexiga em mulher não grávida, não menopáusicas, sem comorbidades ou outras condições associadas a risco aumentado de falência da terapêutica ou de complicações sistêmicas (como antibioterapia recente, diabetes, insuficiência de órgão, imunossupressão, obstrução urinária e dispositivos médicos implantados).²

Sabe-se que a maioria das CANC são causadas por *E. Coli* (86%), sendo menos frequentes as infecções causadas por *Staphylococcus saprophiticus* (4%), *Klebsiella pneumoniae* (3%), *Proteus spp* (3%) e enterococcus (0.5%).³ Em Portugal, num estudo feito em 2013 na região centro, esta tendência confirmou-se, verificando-se que a *E. Coli* foi a bactéria mais prevalente (65.9%), seguida pela *Klebsiella spp* (12%) e *P. Mirabillis*.⁴

Apesar da publicação de várias normas/guidelines para a otimização da seleção de um agente antimicrobiano e respetiva duração, os estudos demonstram uma ampla variedade na prescrição médica.⁵⁻¹⁰ A escolha do antibiótico recomendado deve ser individualizada, partindo dos dados relativos à sua eficácia, ao risco de efeitos laterais, às taxas de resistência verificadas na população local e ao eventual impacto no padrão de resistência das infecções da comunidade. Não menos importante é a integração das idiosincrasias de cada utente e da sua história prévia no que concerne à toma de antibióticos.

Incidindo na prescrição de antibióticos, observa-se que, a nível europeu, há uma grande variabilidade entre os diferentes países. Em 2002, Portugal encontrava-se na terceira posição no que respeita ao número de embalagens prescritas destes fármacos.⁴ A resistência aos antibióticos é um problema de saúde pública que continua a aumentar na Europa,¹¹ sendo o seu uso desnecessário ou prolongado o principal responsável, podendo comprometer a sua eficácia e utilidade num futuro próximo.¹²

As taxas de resistências para todos os agentes antimicrobianos foram maiores em Espanha e Portugal do que em outros países europeus,¹³ sendo que a sensibilidade antibiótica é um processo altamente dinâmico e sujeito a flutuações locais, que se vão alterando ao longo do tempo. Com base nestes critérios, o cotrimoxazol/trimetoprim e as fluoroquinolonas não são recomendados como 1ª linha no tratamento empírico, sendo a

fosfomicina 3 g em toma única e a nitrofurantóina 100 mg 6/6h durante 5-7 dias os antibióticos indicados.² A melhor seleção do antibiótico e o tempo de duração do tratamento, com base na evidência científica, é fundamental e tem um impacto altamente positivo no doente, na saúde pública e na redução dos desperdícios.

A urocultura prévia ao início do antibiótico, ou no final do tratamento, não está recomendada na CANC.²

Reconhecendo a pertinência desta temática e a frequência da patologia nas consultas de Medicina Geral e Familiar, as equipas das Unidade de Saúde Familiar (USF) Lidador, Pirâmides e Saúde em Família, envolveram-se neste projeto, no sentido de conhecer a sua realidade e adotar medidas corretivas, tendo as autoras definido como objeto de estudo o cumprimento das indicações constantes na Norma 015/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS): “*Terapêutica de infecções do aparelho urinário (comunidade)*”. Neste sentido, este trabalho pretendeu avaliar e garantir a qualidade da prescrição de antibioterapia na CANC em mulheres não grávidas, em três USF do ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi avaliada a qualidade da prescrição de antibioterapia na CANC na mulher não grávida nas USF Lidador, USF Pirâmides e USF Saúde em Família. Para tal, procedeu-se ao estudo das mulheres não grávidas, com idade ≥ 18 e ≤ 51 anos¹⁴, inscritas na lista de todos os médicos das USF indicadas, com o diagnóstico U71 da ICPC-2 – “cistite/ outra infecção urinária” codificado entre 1 de junho a 31 de agosto de 2014 e no período homólogo de 2015, tendo-se avaliado individualmente a prescrição de cada médico das USF participantes. As fontes de dados utilizadas foram os programas informáticos SClínico®, MIM@UF®, PDS® e PEM®. Tratou-se de uma avaliação interna, retrospectiva, em que a colheita de dados foi feita pelas investigadoras e em que a amostra foi igual à unidade de estudo (censo). A recolha inicial de dados decorreu durante o mês de maio de 2015. Excluíram-se as mulheres que preencheram pelo menos um critério de exclusão. Os dados colhidos foram registados no programa Excel®. Na segunda fase, a colheita de dados decorreu durante o mês de outubro de 2015, utilizando a mesma metodologia. Foram selecionados dois critérios de avaliação: percentagem de prescrição de fármacos de 1ª linha para CANC (Fosfomicina e Nitrofurantóina); e percentagem de prescrição de fármacos de 1ª linha com a posologia recomendada na CANC.

Para caracterização da população e avaliação das prescrições de antibioterapia na CANC nas mulheres não grávidas, as autoras registaram as variáveis

identificadas na Tabela 1. As USF foram categorizadas, de forma aleatória, como A, B e C, de forma a manter o anonimato na análise dos resultados.

Tabela 1 - Variáveis analisadas

Variável	Tipo	Operacionalização
Idade	Contínua	Em anos
Antibiótico prescrito	Catagórica	“Nitrofurantoína”, “Fosfomicina”, “Amoxi/Clav”, “Outro” ou “Ausente”
Dosagem	Catagórica	“3000 mg”, “100 mg”, “625 mg (500 mg + 125 mg)”, “outra” ou “ausente”
Número de tomas diárias	Catagórica	“id”, “tid”, “qid”, “outra” ou “ausente”
Duração de tratamento	Catagórica	“Toma única”, “2 dias”, “5-7 dias”, “outra” ou “ausente”
Posologia	Dicotómica	Análise das variáveis “antibiótico prescrito”, “dosagem”, “número de tomas diárias” e “duração de tratamento”, sendo classificada como “correta” ou “incorreta”

Legenda: ICPC-2 – do inglês, Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, segunda versão; P17 – “Abuso do tabaco” da ICPC-2; R95 – “Doença pulmonar obstrutiva crónica” da ICPC-2.

Foram adotados como critérios de exclusão: idade <18 anos e >51 anos; médico prescritor externo à USF; gravidez (W78); Diabetes *Mellitus* (T89 ou T90); insuficiência renal e obstrução urinária (U99); insuficiência hepática (D97); dispositivos médicos implantados (U80); infeção recorrente (U71); urocultura prévia ao tratamento que o condicione (consultadas nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica - MCDTs); antibioterapia recente (consultada no PEM[®] ou SClínico[®]); imunossupressão (consultados no SClínico[®] ou PDS[®]).

Definiram-se quatro níveis de padrão de qualidade para classificar os resultados: muito bom ($\geq 75\%$); bom (50 a 74%); suficiente (25 a 49%) e insuficiente (< 25%).

Adotaram-se dois tipos de intervenção: intervenção custo-benéfica - reunião de serviço em cada USF com apresentação dos resultados da avaliação e respetivos critérios de prescrição e envio dos resultados a cada médico, para análise e reflexão individual, via email; intervenção educacional - formação da equipa médica com apresentação oral, suportada informaticamente da Norma da DGS e guidelines relacionadas. Foi igualmente fornecida em mão uma folha de resumo da Norma da DGS, tendo-se também enviado a mesma por email (ficheiro pdf[®]) a cada médico assistente.

O período de intervenção decorreu entre 1 de maio e 31 de agosto de 2015, tendo-se procedido à reavaliação em outubro de 2015.

A análise dos dados foi feita com recurso ao teste estatístico qui-quadrado através do programa informático SPSS V.20[®]. O nível de significância (p) estatística adotado foi de 0,05.

RESULTADOS

Caracterização da Amostra

Na primeira avaliação foram avaliados os processos de 88 utentes, distribuídas pelas três USF estudadas. Na segunda avaliação o número total foi de 118 utentes, conforme se pode observar na Tabela 2.

Prescrição da Antibioterapia

Examinando a prescrição de antibioterapia efetuada na CANC, a primeira avaliação revelou que a 59,1% das utentes foi prescrita Fosfomicina, seguindo-se a Nitrofurantoína (12,5%) e a associação de Amoxicilina com Ácido Clavulânico (12,5%). Em 15,9% das utentes foram prescritos outros antibióticos. Após a intervenção das autoras, constatou-se um acréscimo na prescrição de Fosfomicina para 77,1% das consultas. A proporção de utentes tratadas com Nitrofurantoína (10,2%) e com Amoxicilina com Ácido Clavulânico (11,9%) não sofreu alterações assinaláveis. Em oposição, a prescrição de outros regimes terapêuticos sofreu um decréscimo, representando 0,8% de todas as prescrições. Estas alterações apresentaram um nível de significância $p < 0,001$.

Acerca da análise individualizada de cada USF estudada (Tabela 3), verifica-se que na primeira avaliação a USF C foi a que mais se destacou na prescrição de Amoxicilina/Ácido Clavulânico e de Fosfomicina, com 17,4% e 73,9% das prescrições, respectivamente. Por seu turno, a USF A apresentava uma maior proporção de prescrição de Nitrofurantoína (18,9%). No que concerne à instituição de terapêutica não indicada como

primeira linha na CANC, a USF A destacou-se, com 27,0% das prescrições.

Relativamente à segunda avaliação, nas USF B e C observou-se um claro predomínio da prescrição de Fosfomicina (88,0% e 89,2%, respetivamente) (Tabela 3).

Na USF A, apesar da predominância deste fármaco, revelou-se uma maior distribuição das prescrições. Apenas nesta última USF foi verificada a prescrição de antibióticos não indicados como terapêutica de primeira linha (1,8%) (“Outro”).

Tabela 2 - Caracterização da amostra

USF	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	N	Idade (média+DP)	N	Idade (média+DP)
A	37	37,4±9,9	56	36,9±10,4
B	28	35,5±9,6	25	38,0±10,2
C	23	36,1±8,4	37	39,2±8,5
Três USF	88	36,5±9,4	118	37,8±9,8

Legenda: DP – desvio padrão; N – número; USF – Unidade de Saúde Familiar

Tabela 3 - Proporção dos antibióticos prescritos

ANTIBIÓTICO (%)	USF A		USF B		USF C	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Amoxi/Clav	8,1	17,9	14,3	8,0	17,4	5,4
Fosfomicina	45,9	64,3	64,3	88,0	73,9	89,2
Nitrofurantoína	18,9	16,1	10,7	4,0	4,3	5,4
Outro	27,0	1,8	10,7	0,0	4,3	0,0

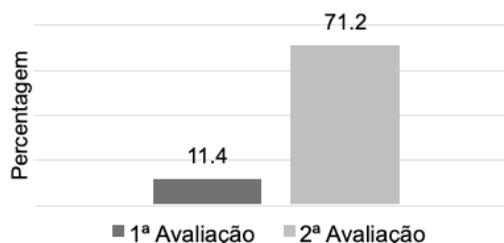
Legenda: % – percentagem; Amoxi/Clav – Amoxicilina/Ácido Clavulânico; USF – Unidade de Saúde Familiar

Posologia

Estabelecendo como padrão a posologia recomendada pela DGS para os diferentes fármacos, os dados da primeira avaliação resultaram numa proporção de prescrições corretas de 11,4%. Já na segunda avaliação, esse valor fixou-se nos 71,2% (Figura 1).

A análise de cada uma das USF estudadas (Tabela 4) demonstra que, na avaliação inicial, 100% das prescrições da USF B apresentavam uma posologia incorreta. A USF C, com 34,8% das prescrições com prescrições corretas, apresentava-se como a unidade com melhores resultados. Na segunda avaliação, a maior proporção de posologias incorretas foi observada na USF A (48,2%). A USF que apresentou a maior proporção de antibióticos prescritos na posologia correta foi a USF C, com 89,2%.

Figura 1 - Posologia prescrita segundo as recomendações



Legenda: Amoxi/Clav - Amoxicilina/Ácido Clavulânico; p – nível de significância

Tabela 4 - Posologia prescrita de acordo com as recomendações

Posologia (%)	1ª Avaliação		2ª Avaliação
	Correta		p
Três USF	11,4	71,2	<0,001
USF A	5,4	51,8	<0,001
USF B	0	88,0	<0,001
USF C	34,8	89,2	<0,001

Legenda: % – percentagem; p – nível de significância USF – Unidade de Saúde Familiar

No cômputo geral, avaliando a prevalência da prescrição de antibióticos de primeira linha, o padrão de qualidade entre todas as USF foi “Bom” na primeira avaliação (71,6%) e “Muito Bom” na segunda avaliação (87,3%) (Tabela 5). Quando o critério avaliado foi a prevalência de prescrição de fármacos de 1ª linha na posologia recomendada, a primeira avaliação demonstrou um padrão de qualidade “Insuficiente” (11,4%). Em oposição, a segunda avaliação resultou num padrão de qualidade “Bom” (64,4%) como se verifica na Tabela 5.

A diferença observada entre as duas avaliações, recorrendo ao teste qui-quadrado, foi estatisticamente significativa, tanto na análise geral quanto por USF.

Tabela 5 - Padrão de qualidade atingido

Critérios avaliados	1ª Avaliação	2ª Avaliação	p
Percentagem de prescrição de fármacos de 1ª linha	71,6 (Bom)	87,3 (Muito Bom)	0,005
Percentagem de prescrição de fármacos de 1ª linha com a posologia recomendada	11,4 (Insuficiente)	64,4 (Bom)	<0,001

Legenda: p – nível de significância

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Relativamente aos critérios em análise, verificou-se uma melhoria significativa entre as duas avaliações efetuadas, não só na seleção dos fármacos de primeira linha na CANC como também na posologia adotada. Neste âmbito, a segunda avaliação resultou num padrão de qualidade “Muito Bom” no que toca à escolha dos antibióticos mais adequados e “Bom” quanto à posologia, com resultados estatisticamente significativos. Esta melhoria reveste-se de particular

importância se forem considerados os valores da primeira avaliação, na qual se concluiu que, apesar de serem selecionados em 71,6% das ocasiões, os fármacos com nível de evidência IA² só eram prescritos nas doses recomendadas em 11,4% das utentes.

Outra questão que merece destaque prende-se com o possível impacto das mudanças verificadas. Considerando o peso relativo das posologias incorretas e a prescrição frequente de antibióticos como as Quinolonas, para as quais é conhecida uma prevalência de resistências elevada no nosso país¹³, o esforço das equipas constituiu um passo importante na utilização de regimes terapêuticos reconhecidamente eficazes e efetivos, com benefícios previsíveis para as utentes e, num âmbito alargado, para a comunidade. O uso racional destes agentes facilita o combate à problemática dos agentes multirresistentes, cada vez mais frequentes na realidade nacional e internacional.¹³

Como pontos fortes deste trabalho, salienta-se o carácter multicêntrico desta abordagem e a utilização de critérios de qualidade transversais e validados para a realidade em questão, explanados na Norma 015/2011 da DGS (“Terapêutica de infeções do aparelho urinário (comunidade)”).² Evidencia-se, ainda, o facto deste estudo ter permitido a reflexão por parte dos médicos da atuação na CANC. Neste sentido, ficou demonstrada a importância de proceder à avaliação sistematizada das práticas e à instituição de medidas corretivas, de acordo com as expectativas das equipas, numa dinâmica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à população.

Quanto às limitações deste estudo, as autoras ressaltam que, pelos critérios e pelo método da seleção, o grupo de mulheres analisado não é obrigatoriamente representativo da população feminina frequentadora das USF alvo de estudo. Apesar da inclusão de todas as mulheres identificadas com critérios de CANC, a seleção de acordo com a codificação da ICPC-2 poderá sempre gerar perda de informação decorrente da não codificação do problema. Outra limitação relaciona-se com o facto de não se ter avaliado a prescrição de “Outros” fármacos com o intuito de se perceber qual o real peso na prescrição das Quinolonas e Sulfonamidas, o que constitui uma limitação que, a ser corrigida, enriqueceria a discussão. Segue-se a limitação correlacionada com a alteração da constituição das equipas médicas na primeira e na segunda fase de avaliação, uma vez que ocorreu substituição de dois elementos das equipas numa das USF. Por fim, como possível limitação aponta-se o cutoff de idade de início da menopausa estabelecido no desenho de estudo – 51 anos. Nos países ocidentais, a menopausa

ocorre na maioria das mulheres entre os 45 e os 56 anos de idade, situando-se a média de 31834 mulheres italianas, incluídas num estudo de coorte, nos 51 anos.¹⁴ Assim, ao se estipular os 51 anos como idade máxima de inclusão das mulheres no nosso estudo, pode-se ter incluído mulheres que já se encontravam na menopausa.

Os dados da primeira avaliação, apresentados às equipas médicas das USF, geraram concordância quanto à necessidade de se melhorar a prescrição na CANC, tendo-se atingido na globalidade o padrão de qualidade “Muito Bom” e “Bom” na segunda avaliação. Verificou-se, ainda, pela análise do nível de significância, que a intervenção das autoras foi eficaz para se atingir este padrão de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Menhnert-Kay SA. Diagnosis and management of uncomplicated urinary tract infections. *Am Fam Physician*. 2005 Aug 1;72(3):451-6.
2. Direção-Geral da Saúde. Terapêutica de infeções do aparelho urinário (comunidade). Norma número 015/2011. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011 Agosto 30.
3. Colgan R1, Williams M, Johnson JR. Diagnosis and treatment of acute pyelonephritis in women. *Am Fam Physician*. 2011 Sep 1;84(5):519-26.
4. Passadouro R, Fonseca R, Figueiredo F et al. Evaluation of the antimicrobial susceptibility of community-acquired urinary tract infection. *Acta Med Port*. 2014 Nov-Dec;27(6):737-42.
5. Gupta K, Hooton TM, Naber KG et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 2011 Mar 1;52(5):e103-20.
6. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR et al. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Infectious Diseases Society of America (IDSA). *Clin Infect Dis*. 1999 Oct;29(4):745-58.
7. Huang ES, Stafford RS. National patterns in the treatment of urinary tract infections in women by ambulatory care physicians. *Arch Intern Med*. 2002 Jan 14;162(1):41-7.
8. Kahan NR, Chinitz DP, Kahan E. Longer than recommended empiric antibiotic treatment of urinary tract infection in women: an avoidable waste of money. *J Clin Pharm Ther*. 2004 Feb;29(1):59-63.
9. Kallen AJ, Welch HG, Sirovich BE. Current antibiotic therapy for isolated urinary tract infections in women. *Arch Intern Med*. 2006 Mar 27;166(6):635-9.
10. O'Connor PJ, Solberg LI, Christianson J et al. Mechanism of action and impact of a cystitis clinical practice guideline on outcomes and costs of care in an HMO. *Jt Comm J Qual Improv*. 1996 Oct;22(10):673-82.
11. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2014. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). *Stockholm: ECDC*; 2015.
12. Direção-Geral da Saúde. Princípios gerais de antibioterapia. Norma número 029/2011. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011 Agosto 05 (atualização 2011 Agosto 24)
13. Stamm WE. Evaluation guidelines. *Clin Infect Dis*. 2007 Mar 15;44(6):775-6.
14. Parazzini F et al. Determinants of age at menopause in women attending menopause clinics in Italy. *Maturitas*. 2007 Mar 20;56(3):280-7.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras não usufruíram de bolsas ou subsídios para a realização deste trabalho.

CORRESPONDÊNCIA

Débora de Paiva Monteiro

Endereço de correio eletrónico: debora.paiva.monteiro@gmail.com

Endereço postal: USF Pirâmides (ACeS Maia/Valongo). Av. Luís de Camões 290 1º andar. 4470-004 Maia Telemóvel: 916841088

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem ao Prof. Dr. Hélder Sousa, do Departamento de Matemática da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), pelo auxílio na realização dos testes estatísticos.

Disfunção sexual feminina em mulheres com diabetes acompanhadas nos cuidados de saúde primários

Female sexual dysfunction in women with diabetes accompanied in primary health care

Ana Vilaça¹, Ana Vieira¹, André Fernandes¹, Inês Esteves¹, Joana Bouça¹, Vera Peixoto¹, Ana Pimentel², Hélder Lanhas², Maria Botelho³

1 Médico Interno de Medicina Geral e Familiar, USF Manuel Rocha Peixoto, ACeS Cávado I

2 Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Manuel Rocha Peixoto, ACeS Cávado I

3 Médica Assistente Graduada Sênior de Medicina Geral e Familiar, USF Manuel Rocha Peixoto, ACeS Cávado I

RESUMO

Introdução: A Diabetes *mellitus* (DM) pode conduzir a múltiplas complicações orgânicas, entre elas os distúrbios da função sexual. O presente trabalho visa avaliar a potencial associação entre a DM e a disfunção sexual feminina (DSF) em mulheres dos 18 aos 74 anos, acompanhadas nos Cuidados de Saúde Primários.

Material e métodos: Estudo observacional, analítico e transversal. Estudaram-se dois grupos de mulheres: um com diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2 e outro sem diagnóstico de DM, selecionado através de uma amostragem aleatória estratificada, tendo por base subgrupos de idade. Foi utilizada o questionário de autopreenchimento *Female Sexual Function Index II*.

Resultados: Foram incluídas 183 mulheres, 65 com diagnóstico de DM e 118 sem diagnóstico de DM. A prevalência de DSF nas mulheres com DM foi 60% e 59,3% no grupo sem DM, não havendo diferença estatisticamente significativa ($p=0,326$). Verificou-se associação positiva, nos dois grupos, entre ter DSF e o aumento da idade, a duração da relação atual e a menopausa. No grupo de mulheres sem diabetes verificou-se associação entre DSF e não usar contraceção ou diagnóstico de depressão. A avaliação dos diferentes domínios da função sexual não mostrou diferenças estatisticamente significativas.

Discussão: A prevalência de DSF foi elevada nos dois grupos em estudo, não se verificando diferenças significativas nas mulheres diabéticas. A existência de uma alta prevalência nas mulheres sem patologia pode justificar a ausência de diferença entre grupos.

Conclusão: Este estudo alerta para a necessidade de abordar a sexualidade feminina de uma forma sistemática nas mulheres que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários.

Palavras-chave: Disfunção sexual; feminina; diabetes *mellitus*

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) may lead to multiple organic complications, among which are disorders of the sexual function. The present work aims to evaluate the potential connection between DM and female sexual disorders (FSD) in women aged 18 to 74, followed in the Primary Healthcare.

Material and methods: Descriptive and analytical observational study. Two groups of women were studied: one with diagnosis of type 1 or type 2 DM, and the other without DM, both selected on the basis of stratified random sampling, considering age subgroups. The *Female Sexual Function Index II* self-completion questionnaire was used in this study.

Results: A total of 183 women were included, 65 with diagnosis of DM and 118 without DM. Prevalence of FSD in women with DM was of 60% and 59.3% for the group of women without DM, having no statistically significant difference ($p = 0.326$). A positive correlation was found in both groups between having FSD and increasing age, duration of the current relationship and menopause. For the group of women without diabetes a correlation was observed between FSD and the absence of contraception or the diagnosis of depression. The analysis of the different domains of sexual dysfunction has shown no statistically significant differences.

Discussion: The prevalence of FSD was high for both groups in study, without significant differences in diabetic women. The high prevalence found in women without pathology can justify the absence of differences between the groups.

Conclusion: This study alerts to the need to address female sexuality in a systematic way with women that resort to Primary Healthcare.

Keywords: Sexual dysfunction; female; diabetes mellitus

INTRODUÇÃO

A sexualidade é multifatorial e influenciada por todas as dimensões do indivíduo, nomeadamente a personalidade, a biologia, o ciclo de vida e as experiências sexuais prévias.¹ Os problemas sexuais em mulheres são altamente prevalentes e estão frequentemente associados a deterioração da qualidade de vida.² Na prática, a disfunção sexual entende-se por toda a situação em que o indivíduo não consegue concretizar uma relação sexual ou em que esta seja insatisfatória para si e/ou para o seu companheiro.¹ Atualmente, as disfunções sexuais femininas são classificadas e definidas segundo critérios psicológicos, de acordo com o DSM V, baseando-se no modelo do ciclo da resposta sexual humana. De acordo com esses critérios, são definidos 3 subgrupos de disfunção sexual feminina: perturbação do interesse/excitação sexual, perturbação do orgasmo feminino, perturbação da penetração/dor pélvica.^{3,4} As causas de disfunção sexual feminina (DSF) são múltiplas: desde as relacionadas com o estadió fisiológico da mulher (gravidez, amamentação, menopausa) e com comorbilidades associadas (Diabetes *mellitus* (DM)), doença cardiovascular, patologia tiroideia, depressão, etc.), até às associadas ao abuso de substâncias e ao uso de determinados fármacos (anti-hipertensores, antidepressivos, benzodiazepinas, entre outros).⁴

A DM pode conduzir a múltiplas complicações orgânicas, decorrentes do seu atingimento micro e macrovascular, associando-se a sintomas do foro biopsicossocial, onde se enquadram os distúrbios da função sexual.⁵ Os estudos existentes, não realizados em Portugal, revelam taxas de prevalência de DSF em mulheres diabéticas muito díspares, que variam entre 25% e 71%, de acordo com uma meta-análise realizada em 2013.⁶ O conhecimento de que a DSF poderá ser mais frequente nas mulheres com diabetes é relativamente recente.⁷ Existem vários fatores que justificam esta possibilidade. Por um lado, a sexualidade feminina foi persistentemente desvalorizada, ao longo dos tempos, pela sociedade em geral e pela comunidade científica. Por outro lado, existem dificuldades metodológicas no estudo da sexualidade feminina, como a subjetividade da avaliação da fisiologia da resposta sexual e as alterações no seu modelo conceptual.

A DSF em diabéticas parece atingir as várias dimensões do ciclo de resposta sexual feminina, sendo a etiologia e os fatores de risco ainda controversos. Vários fatores têm sido sugeridos entre as doentes diabéticas:

- Fatores psicológicos, designadamente os decorrentes do processo da adaptação do casal à doença crónica;⁵
- Fatores neurovasculares, nomeadamente a disfunção autonómica com repercussão negativa na fase excitatória e a lesão vascular com diminuição da ação/produção de péptidos endoteliais responsáveis pela vasocongestão vaginal e lubrificação;
- Fatores endócrinos, destacando-se a hiperglicemia que leva à redução da hidratação do muco vaginal, com consequente diminuição da lubrificação;
- Fatores imunológicos, salientando-se a maior predisposição a infeções do aparelho genitourinário que conduzem a dispareunia.⁸

Os questionários têm desempenhado um papel importante na avaliação da DSF, constituindo métodos de baixo custo e de fácil aplicação. O *Female Sexual Function Index* (FSFI) criado por Rosen *et al*,⁹ traduzido e validado para português por Pechorro *et al*,¹⁰ em 2009, é um questionário de autopreenchimento que se encontra validado na língua portuguesa e avalia os vários domínios da função sexual.

Em Portugal, a DSF está pouco estudada, estimando-se uma prevalência entre 40 a 70% na população feminina em geral. No entanto a prevalência em mulheres diabéticas mantém-se desconhecida.¹

O presente trabalho visa avaliar a existência de uma potencial associação entre a DM e a DSF, avaliando a prevalência em dois grupos, com e sem DM, de mulheres utilizadoras de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) de Braga.

Como objetivo principal, este estudo pretende avaliar a prevalência de DSF num grupo de mulheres diabéticas frequentadoras de uma USF, comparando com um grupo de mulheres sem história conhecida de DM da mesma USF.

Este estudo tem como objetivos secundários:

- Avaliar a potencial associação entre a existência de disfunção sexual nas mulheres e a sua idade, a duração da relação atual e os seus antecedentes médicos, nomeadamente o uso de contraceção, a menopausa e a existência de depressão.

- Avaliar a potencial associação da disfunção sexual nas mulheres diabéticas com as características da doença, nomeadamente a duração da diabetes, o valor da hemoglobina A1c (HbA1c), o tipo de medicação antidiabética efetuada e a existência de lesões de órgão-alvo (LOA).

- Analisar os vários domínios da função sexual feminina nos dois grupos de mulheres em estudo, com e sem DM.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, analítico e transversal realizado numa amostra aleatória de mulheres com idades compreendidas entre os 18 e 74 anos, frequentadoras de uma USF de Braga. Foram constituídos dois grupos: um de mulheres com diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2 há mais de 6 meses, e outro sem diagnóstico de DM, selecionado através de uma amostragem aleatória estratificada, tendo por base subgrupos de idade.

Foi aplicada a versão portuguesa do questionário validado FSFI, um questionário de autopreenchimento, anónimo e confidencial, constituído por 19 questões que avaliam os seis domínios da função sexual feminina: desejo sexual, excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (Anexo I). A pontuação total do FSFI varia entre 2 e 36, representando os valores mais altos, níveis maiores de satisfação sexual. Foi considerada DSF nas mulheres que pontuarem um valor igual ou inferior a 26,55, tal como definido na validação do questionário. A este questionário foi acrescentado um questionário de autopreenchimento (Anexo II) para uma breve caracterização pessoal e sociodemográfica (idade, habilitações literárias, estado civil, duração do relacionamento atual, tempo de inatividade sexual, existência de limitação da função sexual por parte do parceiro), assim como um questionário a ser preenchido pelo médico assistente (Anexo III) com os seguintes itens: Índice de Massa Corporal (IMC), tipo de diabetes (tipo 1/tipo 2), ano de diagnóstico, último registo de HbA1c, LOA, medicação antidepressiva e antidiabética, contraceção, existência de perturbação depressiva, presença ou ausência de estado pós-menopausa. As questões relacionadas com a diabetes não foram incluídas no questionário do grupo sem diagnóstico de DM.

Para a participação no estudo foi preenchido um consentimento informado e assegurados o anonimato e confidencialidade das utentes que aceitaram participar no estudo. A seleção da amostra foi feita, semanalmente, de forma aleatória, com base nos agendamentos médicos, na USF, na semana seguinte, considerando elegíveis as mulheres que cumpriam os critérios de inclusão. Na chegada à USF, para consulta, as mulheres selecionadas eram convidadas a participar. Foi criado um sistema de código de questionário, com a base de dados acessível apenas a um número restrito de investigadores. No final do preenchimento, os questionários eram colocados em urna fechada. Foram considerados como critérios de exclusão: mulheres analfabetas, grávidas, mulheres a amamentar, mulheres sem atividade sexual nas últimas 4 semanas e mulheres que recusaram preencher o consentimento informado ou o questionário foram excluídas do estudo.

Os dados foram introduzidos e analisados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 22.0. Os testes estatísticos aplicados foram Qui-quadrado e teste *Mann Whitney*, para comparação de variáveis categóricas e contínuas, respetivamente. O nível de significância estatística estabelecido foi de $p < 0,05$.

O estudo foi realizado de acordo com os princípios da declaração de Helsínquia e aprovado pela Comissão de Ética da ARS Norte.¹⁰

RESULTADOS

Foram aplicados 366 questionários, tendo sido excluídos 60 por incorreto preenchimento. Das 306 mulheres, 117 tinham DM (38,2%) enquanto 189 não apresentavam DM (61,8%). Um dos critérios de exclusão era a inexistência de relação sexual nas últimas 4 semanas pelo que ainda foram excluídas 123 utentes, obtendo-se dois grupos finais constituídos por 65 mulheres com história de DM e 118 mulheres sem história de DM. Todas as doentes diabéticas são seguidas semestralmente em consulta de DM na USF em estudo. Do grupo de mulheres sem DM fizeram parte mulheres não diabéticas frequentadoras da USF.

A média de idades foi de 59,7 anos (+/- 9,4 anos), verificando-se homogeneidade de idades em ambos os grupos, não havendo diferenças estatisticamente significativas na média de idades. Em termos de escolaridade, a maioria apresentava escolaridade inferior ao 9º ano (78,7%). Das 183 mulheres, 161 estavam casadas (88%), havendo descrição de limitação sexual do parceiro em 19 casos (10,4%). A maioria das mulheres não utilizava qualquer método contraceptivo (83,6%), estando 146 utentes na menopausa (79,8%). Em 41 casos (22,4%) havia referência a terem diagnóstico de depressão. A tabela 1 resume as características das utentes estudadas por grupo.

Nas 65 doentes diabéticas foi avaliado o tipo de DM, a duração da doença, o último valor da HbA1c, o tipo de medicação efetuada e a existência de LOA. Havia apenas um caso de DM tipo 1, sendo todas as restantes do tipo 2. A média de anos da doença foi de 8,9 anos (+/-6,9), variando de 1 a 42 anos. A média da HbA1c foi de 6,5% (+/- 0,8%), variando de 5,3% a 9,9%. Em 55 casos não havia registo de LOA, havendo 8 casos com registo deste tipo de lesões, a maioria retinopatia (3 casos). A maioria das utentes estavam medicadas com biguanidas, quer em monoterapia quer em associação a outros grupos (tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização das utentes incluídas no estudo por grupo de análise

		Grupo com Diabetes Mellitus	Grupo sem Diabetes Mellitus	Totais
Idades	Média Anos	60,2	59,4	
	+/- DP	+/- 9,6	+/- 9,4	
	Mínimo	28	25	
	Máximo	74	72	
IMC	Média	30,5	27,9	
	DP	+/- 4,5	+/- 4,5	
	Mínimo	22,1	18	
	Máximo	42	42,7	
Habilitações	< 4º ano	22 (33,8%)	35 (29,9%)	57 (31,1%)
	4-9º ano	33 (50,8%)	54 (46,2%)	87 (47,6%)
	10-12º ano	5 (7,7%)	12 (10,3%)	17 (9,3%)
	> 12º ano	5 (7,7%)	16 (13,7%)	21 (11,5%)
	Desconhecido	0	1 (0,8%)	1 (0,5%)
	Total	65 (100%)	118 (100%)	183
Estado civil	Solteira	0	5 (4,2%)	5 (2,7%)
	Casada	57 (87,7%)	104 (88,1%)	161 (88%)
	União de facto	4 (6,1%)	1 (0,8%)	5 (2,7%)
	Divorciada	2 (3,1%)	6 (5,1%)	8 (4,4%)
	Viúva	2 (3,1%)	1 (0,8%)	3 (1,6%)
	Desconhecido	0	1 (0,8%)	1 (0,5%)
	Total	65 (100%)	118 (100%)	183 (100%)
Duração da relação	Média (Anos)	35,2	33,9	
	+/- DP	+/- 13	+/- 12,4	
	Mínimo	2	0,5	
	Máximo	55	52	
Limitação Parceiro	Sim	9 (13,8%)	10 (8,5%)	19 (10,4%)
	Não	46 (70,8%)	83 (70,3%)	129 (70,5%)
	Não respondeu	10 (15,4%)	25 (2,2%)	35 (19,1%)
	Total	65 (100%)	118 (100%)	183 (100%)
Menopausa	Sim	54 (83,1%)	92 (78%)	146 (79,8%)
	Não	11 (16,9%)	26 (22%)	37 (20,2%)
	Total	65 (100%)	118 (100%)	183 (100%)
Método Contraceptivo	Nenhum	52 (80%)	101 (85,6%)	153 (83,6%)
	COC	6 (9,2%)	7 (5,9%)	13 (7,1%)
	Outro	4 (6,2)	10 (8,5%)	14 (7,7%)
	Desconhecido	3 (4,6%)	0	3 (1,6%)
	Total	65 (100%)	118 (100%)	183 (100%)
Depressão	Sim	18 (27,7%)	23 (19,5%)	41 (22,4%)
	Não	47 (72,3%)	95 (80,5%)	142 (77,6%)
	Total	65 (100%)	118 (100%)	183 (100%)

Legenda: DP – desvio padrão, COC – Contraceptivo Oral Combinado

Tabela 2 – Caracterização da medicação das diabéticas

		Número de casos	%
Medicação	B	39	60
	B + S	7	10,8
	B + IDPP4	3	4,6
	B + S + IαG	3	4,6
	B + S + IDPP4	2	3,1
	B + G	2	3,1
	B + IDPP4 + I	2	3,1
	B + IαG	2	3,1
	Outros	4	6,1
	Nenhum	1	1,5
	Total	65	100

Legenda: B – Biguanida, S – Sulfonilureia, IDPP4 – Inibidor da DPP 4, IαG – Inibidor da α Glucosidase, G – Glitazona, I – Insulina

Após aplicação do ponto de corte do questionário FSFI, verificou-se a presença de DSF em 60% ($n=39$) das mulheres diabéticas e em 59,3% ($n=70$) do grupo de mulheres sem DM, não se tendo verificado diferença estatisticamente significativa nos dois grupos ($p = 0,326$).

No grupo de diabéticas verificou-se que a DSF está associada ao aumento da idade ($p = 0,002$), ao aumento da duração da relação ($p = 0,013$) à menopausa ($p = 0,021$). No grupo de mulheres sem DM verificou-se

a mesma associação da DSF com o aumento da idade ($p = 0,001$), com a duração da relação ($p < 0,001$) e com a menopausa ($p < 0,001$). Neste último grupo também se verificou associação entre ter DSF e não usar contraceção ($p = 0,008$), e ter DSF e diagnóstico de depressão ($p = 0,039$).

A avaliação dos diferentes domínios do FSFI (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de mulheres com e sem DM (tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos diferentes domínios nos dois grupos em estudo

Domínio		Grupo com Diabetes Mellitus	Grupo sem Diabetes Mellitus
Desejo	Média	2,7	3,0
	DP	1,3	1,2
	Mínimo	1,2	1,2
	Máximo	5,4	6,0
Excitação	Média	3,2	3,5
	DP	1,5	1,5
	Mínimo	1,2	0,3
	Máximo	6,0	6,0
Lubrificação	Média	4,0	4,1
	DP	1,8	1,6
	Mínimo	0,3	0
	Máximo	6,0	6,0
Orgasmo	Média	3,6	3,9
	DP	1,7	1,6
	Mínimo	0	0
	Máximo	6,0	6,0

Cont. Tabela 3 – Caracterização dos diferentes domínios nos dois grupos em estudo

Domínio		Grupo com Diabetes Mellitus	Grupo sem Diabetes Mellitus
Satisfação	Média	4,6	4,5
	DP	1,4	1,5
	Mínimo	1,2	1,2
	Máximo	6,0	6,0
Dor	Média	4,3	4,5
	DP	1,7	1,6
	Mínimo	0	0
	Máximo	6,0	6,0
Total	Média	22,4	23,5
	DP	7,3	7,3
	Mínimo	3,9	4,3
	Máximo	34,6	36

Legenda: DP – desvio padrão

DISCUSSÃO

A DM é uma doença crónica, com uma prevalência crescente nas últimas décadas, caracterizada pela sua repercussão multiorgânica.⁷ Estudos recentes apontam a DSF como uma das principais complicações da diabetes, não só em homens, mas também em mulheres.¹² O objetivo deste estudo era, por isso, avaliar uma eventual associação entre a DSF e a DM.

Um dado importante a referir na análise dos dados é que 40% da amostra inicial foi excluída pela ausência de atividade sexual nas últimas 4 semanas, incluindo 44 % das diabéticas e 38% das não diabéticas. Este achado vai de encontro a alguns trabalhos publicados que relatam que a inatividade sexual é muito prevalente em mulheres e homens com diabetes.¹³

Relativamente à disfunção sexual, verificou-se uma prevalência de DSF ligeiramente superior no grupo de mulheres diabéticas (60% versus 59,3%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa, comparativamente com as mulheres sem diabetes. Esta diferença é, no entanto, realçada por estudos prévios, nomeadamente um estudo recente envolvendo 184 mulheres diabéticas chinesas, que concluiu haver uma prevalência e gravidade de DSF muito superior entre as mulheres diabéticas do que no grupo controlo.¹⁴ A elevada prevalência de DSF em mulheres não diabéticas, pode justificar, em parte, a ausência de diferença significativa entre os dois grupos de estudo. Os estudos prévios têm sido realizados em populações com características demográficas e socioculturais distintas, o que condiciona diferenças nas prevalências de DSF nas mulheres sem patologia.

O presente estudo é pioneiro na avaliação da DSF em mulheres diabéticas em Portugal e um dos primeiros a nível internacional a utilizar uma amostra proveniente dos Cuidados de Saúde Primários. Ao contrário da disfunção sexual masculina no homem diabético, largamente estudada, a DSF na mulher diabética tem merecido pouca atenção por parte da comunidade científica. A prevalência de DSF é muito variável entre estudos, dependendo do critério utilizado, variando entre 25% e 71%, de acordo com uma meta-análise realizada em 2013.⁶ O nosso estudo é concordante com um trabalho recente que usou o mesmo questionário FSFI para diagnóstico de DSF e relata uma prevalência de 55,9%, numa amostra de 93 mulheres turcas com DM (idade média 48,0 ± 7.2 anos).¹⁴ Na população feminina em geral, estimam-se valores de prevalência entre os 40 e 70%, o que também vai de encontro aos 59,3% obtidos neste estudo.¹

Neste estudo verificou-se associação, nos dois grupos, entre DSF com o aumento da idade, a duração da relação atual e a menopausa. No grupo de mulheres sem diabetes verificou-se associação entre ter DSF e não usar contraceção e associação entre DSF e o diagnóstico de depressão.

É conhecida e bem documentada a relação entre a idade e a diminuição da função sexual. Segundo um estudo austríaco as mulheres na faixa etária 61-70 anos apresentam risco acrescido três a cinco vezes superior de DSF;¹⁸ também entre as mulheres turcas e chinesas, se verificou uma correlação negativa entre a idade e a pontuação do FSFI.^{13,14} Com o aumento da idade, a redução do nível de estrogénios associa-se a irregularidades menstruais, diminuição da lubrificação

e um conjunto de alterações vasculares, musculares, geniturinárias, do sono e do humor que condicionam efeitos diretos e indiretos na função sexual.^{15,18,20}

Este estudo não permitiu determinar se a associação positiva entre DSF e a duração da relação se deve efetivamente à duração do relacionamento (por exemplo, devido a deterioração da qualidade da relação na idade mais avançada) ou ao aumento da idade da mulher, como fator de confundimento.

Relativamente a outros possíveis determinantes da DSF, não foi possível, neste estudo, demonstrar se existe associação entre DSF e a duração da diabetes, o valor da HbA1c, o tipo de medicação antidiabética efetuada ou a existência de LOA. Estes resultados não são consensuais nas publicações prévias de outros autores. Eposito K. *et al*, também estudou os possíveis determinantes da função sexual em mulheres com DM tipo 2, identificando o estado civil e a depressão como fatores preditores e o exercício físico como fator protetor; verificou também uma maior prevalência de DSF nas mulheres diabéticas mais velhas, na menopausa e com dislipidemia, não havendo relação com a duração da doença, o valor da HbA1c, hipertensão arterial e o tabagismo.²¹ Por outro lado, de acordo com Tuncel E. *et al*, a DSF associa-se positivamente ao tratamento com insulina, à existência de LOA e à presença de hipertensão arterial em diabéticas, mas também não relata relação com o valor da HbA1c.¹⁵ Já para Fan L. *et al*, a toma de antidiabéticos orais e a presença de neuropatia diabética são fatores de risco para DSF.¹⁴

Neste estudo, a depressão associou-se a DSF nas mulheres não diabéticas. Efetivamente, a depressão e a medicação antidepressiva são apontadas na literatura como fatores de risco para DSF não só em mulheres como em homens.¹⁴

A avaliação dos diferentes domínios do FSFI não mostrou diferenças estaticamente significativas entre os dois grupos. Segundo Bargiota *et al*, as principais alterações encontradas na mulher com DM e DSF, são a redução do desejo, excitação diminuída, lubrificação inadequada e dispareunia.²² O número reduzido de mulheres diabéticas no presente estudo podem ter condicionado a significância estatística relativamente aos diferentes domínios da função sexual.

Existem alguns fatores que poderão limitar os resultados obtidos, nomeadamente a existência de comorbilidades como a hipertensão arterial, dislipidemia e a obesidade. A aleatorização da amostra e estratificação de idades entre grupos possibilitou a minimização de algumas dessas limitações. No entanto, será necessário perceber a eventual contribuição das patologias crônicas mais prevalentes no desenvolvimento da disfunção sexual. Além disso, a inclusão de mulheres cuja alteração

se deve a limitação do parceiro pode gerar um viés na análise dos dados, pois não está diretamente relacionado com a presença ou não de DM. Também a exclusão das mulheres por inatividade sexual pode constituir uma limitação, uma vez que a disfunção pode levar à inatividade sexual, que foi superior nas mulheres diabéticas. Outras limitações deste estudo são: a não clarificação dos motivos de recusa de participação; o número reduzido da amostra de diabéticas e o desconhecimento do efeito exato da DSF na qualidade de vida das doentes.

Os resultados obtidos são relevantes na medida em que abordam uma temática ainda pouco esclarecida. A utilização de uma amostra aleatória proveniente dos Cuidados de Saúde Primários tornam-na mais semelhante à população em geral do que as dos trabalhos realizados em contexto hospitalar. Este estudo constitui uma base para estudos posteriores que possam vir a clarificar a etiopatogenia e opções terapêuticas nas doentes diabéticas com DSF. São necessários mais estudos que avaliem: a gravidade da DSF na DM, o efeito da DSF na qualidade de vida, a prevalência da DSF nos diferentes grupos étnicos, clarificação de fatores ou doenças que afetam a DSF e o seu tratamento.

A relação de proximidade estabelecida entre o médico de família e as suas utentes tem um papel essencial no reconhecimento e abordagem desta patologia, que tem um impacto significativo na qualidade de vida. É por isso essencial dedicar tempo na consulta para a abordagem adequada deste problema.¹⁷ Para além dos resultados obtidos, este estudo permitiu quebrar barreiras de comunicação entre as mulheres e o médico de família, fazendo com que esta temática fosse abordada de forma sistemática na consulta de DM.

CONCLUSÃO

O presente estudo não mostrou diferença estatisticamente significativa na prevalência de DSF em mulheres com diabetes. No entanto, foi verificada uma elevada prevalência de DSF em ambos os grupos de mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro, Bárbara, *et al*. “Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva - Prevalência e fatores associados” *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, vol. 29, no. 1, 2013, pp. 16-24.
2. Lima, Sónia M. R. R., *et al*. “Female sexual dysfunctions: Questionnaires used for original assessment.” *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*. Vol. 55,

- no. 1, 2010, pp. 1-6.
3. Cerejo, Andreia C. “Disfunção sexual feminina: Prevalência e factores relacionados” *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, vol. 22, no. 6, 2006, pp. 701-720.
 4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. Fifth edition, Section II. *Washington DC: American Psychiatric Publishing*, 2013.
 5. Mazzilli, Rossella, et al. “Sexual dysfunction in diabetic women: Prevalence and differences in type 1 and type 2 diabetes mellitus” *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 2015, vol. 8, pp. 97-101.
 6. Pontirolli, Antonio E., et al. “Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis” *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 10, no. 4, 2013, pp. 1044-1051.
 7. Pereira, Nuno M. *Sexologia médica*. Lidel, 2015.
 8. Vafaeimanesh, Jamshid, et al. “Evaluation of sexual dysfunction in women with type 2 diabetes” *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, vol. 18, no. 2, 2014, pp. 175-179.
 9. Rosen, R., et al. “The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function” *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol. 26, no. 2, 2000, pp. 191-208, doi: 10.1080/009262300278597.
 10. Pechorro, Pedro, et al. “Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)” *Laboratório de Psicologia*, vol. 7, no. 1, 2009, pp. 33-44.
 11. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsínquia: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. 2008. Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2008.pdf>
 12. Kizilay, Fuat, et al. “Diabetes and Sexuality”. *Sexual Medicine Reviews*, vol. 5, no. 1, 2016, pp. 1-7.
 13. Bjerggaard, Mette, et al. “Prevalence of Sexual Concerns and Sexual Dysfunction among Sexually Active and Inactive Men and Women with Screen-Detected Type 2 Diabetes” *Sexual Medicine*, vol. 3, no. 4, 2015, pp. 302-310.
 14. Li, Fan, et al. “Frequency, severity, and risk factors related to sexual dysfunction in Chinese women with T2D” *Journal of Diabetes*, vol. 8, no. 4, 2016, pp. 544-551.
 15. Tuncel, Ercan, et al. “Sexual dysfunction in female patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional single-centre study among Turkish patients” *Human Fertility*, vol. 20, no. 3, 2017, pp. 192-199.
 16. McCabe, Marita P., et al. “Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015” *Journal of Sexual Medicine*, vol. 13, no. 2, 2016, pp. 153-167.
 17. Phillips, Anne, e Stephen Phillips. “Recognising female sexual dysfunction as an essential aspect of effective diabetes care” *Applied Nursing Research*, vol. 28, no. 3, 2015, pp. 235-238.
 18. Ponholzer, Anton, et al. “Female Sexual Dysfunction in a Healthy Austrian Cohort: Prevalence and Risk Factors” *European Urology*, vol. 47, no. 3, 2005, pp. 366-375.
 19. Jamali, Safieh, et al. “Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross-sectional study” Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross-sectional study. *International journal of reproductive biomedicine*, vol. 14, no. 1, 2016, pp. 29-38.
 20. Elyasi, Forouzan, et al. “Sexual Dysfunction in Women with Type 2 Diabetes Mellitus” *Iranian Journal of Medical Sciences*, vol. 40, no. 3, 2015, pp. 206-213.
 21. Eposito, K., et al. “Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes” *International Journal of Impotence Research*, vol. 22, 2010, pp. 179-184
 22. Bargiota, Alexandra, et al. “Sexual dysfunction in diabetic women” *Hormones*, vol. 10, no. 3, 2011, pp. 196-206.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram a ausência de conflitos de interesses.

AGRADECIMENTOS

A toda a equipa de profissionais da USF onde decorreu o estudo.

CORRESPONDÊNCIA

Ana Vilaça
 Rua António Ribeiro da Silva nº17, 4700-256 Braga
 E-mail: filipavilaca3@gmail.com

Porque mudam os utentes de médico de família? Estudo transversal em seis USF da ARS Norte

Why do patients change their family physician? A cross-sectional study in six USF from north ARS

Sílvia Alves¹, Adriana Meneses¹, Diogo Ferreira², Filipa Duarte³, Joana Relva⁴, Nuno Guerra⁵, Sara Martins⁶

1 Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Nova Salus, Vila Nova de Gaia

2 Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Novo Sentido, Porto

3 Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Nova Via, Vila Nova de Gaia

4 Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Canelas, Vila Nova de Gaia

5 Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Camélias, Vila Nova de Gaia

6 Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Espinho, Espinho

RESUMO

Introdução: A mudança de Médico de Família (MF) constitui um direito do utente, devendo o processo ser simples e acessível. A descontinuidade de cuidados que origina não deve, no entanto, ser negligenciada.^{1,3} O presente trabalho tem como objetivos identificar e quantificar prevalências dos principais motivos internos de mudança de MF e relacioná-los com características sociodemográficas.

Material e Métodos: Estudo observacional, transversal e analítico. Analisaram-se os pedidos escritos de mudança interna de MF, realizados por utentes adultos, entre 01/01/2014 e 31/12/2015, através da aplicação de um questionário telefónico elaborado pelos autores.

Resultados: Foram incluídos 90 utentes, a maioria mulheres, com uma idade média de 49 anos, empregadas. Foram categorizados 13 motivos, sendo os 3 principais a “Desvalorização dos Sintomas”, a “Vontade de associar o agregado familiar ao mesmo MF” e os “Sentimentos de falta de empatia com o MF”. Apenas os dois primeiros apresentaram associações estatisticamente significativas com variáveis sociodemográficas.

Discussão: A construção e manutenção de uma relação médico-utente eficaz, terapêutica em si mesma, baseada na compreensão e adequação da comunicação é crucial para a garantia da qualidade dos serviços prestados e consequente satisfação dos utentes. Ao longo das entrevistas verificamos que quase todos os motivos identificados tiveram por base estas premissas.

Conclusão: O crescimento e desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários têm motivado a necessidade de reformular os parâmetros de avaliação de qualidade da prestação de serviços. Identificar o que motiva uma mudança de MF e estabelecer medidas corretivas e preventivas, quando adequado, apresenta-se como uma possibilidade de crescimento efetivo nesta matéria.

Palavras-chave: Médico de família; satisfação do utente; cuidados de saúde primários

ABSTRACT

Introduction: Given the fact that every patient has the right to change his family physician (FP), the process should be simple and accessible, always taking into consideration that the discontinuity of care cannot be neglected.^{1,3} The goal of this study is to identify and quantify the prevalence of internal reasons that lead patients to change their FP and relate those with socio-demographic characteristics.

Methods: Observational, cross-sectional and analytical study. The adult patients' requests were analyzed between 01/01/2014 and 31/12/2015, by executing a telephone questionnaire prepared by authors.

Results: Ninety patients were taken into account, mostly employed women, with an average of 49 years. A total of 13 reasons were categorized and the 3 main ones were “Devaluation of Symptoms”, “Desire to associate the household with the same FP” and “Feeling lack of empathy with FP”. Only the first two had statistically significant relation with sociodemographic variables.

Discussion: Patients satisfaction is a consequence of quality of services provided. In order to guarantee it, it's crucial to build and maintain an effective doctor-patient relationship, which is therapeutic on its own, based in the understanding and adequacy of communication. Throughout the interviews it was verified that almost all of the reasons identified were based on these premises.

Conclusion: The growth and development of Primary Health Care have been indicating that there is a need to reformulate the methods of evaluating the quality of the services provided. Identifying what motivates patients to change their FP and establishing corrective and preventive measures represent themselves as possibilities of effective growth in this subject.

Keywords: Family physician; patient satisfaction; primary health care

INTRODUÇÃO

O crescimento e desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários têm motivado a necessidade de reformular os parâmetros de avaliação de qualidade da prestação de serviços. Atualmente, tem sido crescente a valorização da satisfação dos utentes e profissionais de saúde da medida qualitativa, além das tradicionais medidas de aumento de produtividade e eficiente utilização dos recursos, numa ótica de custo-benefício.¹

Existe um ambiente singular de consulta em Medicina Geral e Familiar (MGF), na qual se estabelece uma relação temporal longitudinal, potenciada por uma comunicação médico-utente adequada. A evolução progressiva desta relação tem permitido o abandono do modelo médico de tomada de decisão, tradicionalmente paternalista. Ocorreu, assim, um progressivo incentivo à cooperação entre médico e utente, ganhando este último não só um papel mais pró-ativo na tomada de decisão relativamente à sua saúde, mas também uma maior responsabilização médico-legal.^{2,3} A este processo dá-se o nome de capacitação do utente.²

A capacitação do utente não está, porém, isenta de prejuízos. Não raras vezes, a mesma conduz ao incentivo de atitudes consumistas no que respeita a prestação de cuidados, que conduzem à geração de expectativas irreais perante os serviços de saúde e os respetivos profissionais, nos quais se inclui o médico de família (MF).³

A mudança de MF constitui um direito do utente, devendo o processo ser simples e acessível. Porém, o mesmo conduz a uma descontinuidade de cuidados, cujas desvantagens não devem ser negligenciadas.^{1,3} Reconhecer quais os principais motivos para esta solicitação poderá facilitar a implementação de estratégias de melhoria de cuidados.

Estudos internacionais apontam para a acessibilidade e a competência técnica e de comunicação do MF como principais fatores modificáveis que influenciam a satisfação do utente. No entanto, estes estudos assentam em metodologias e sistemas de saúde heterogêneos.^{4,7} Em Portugal, não existem dados objetivos relativos ao tema.

O objetivo principal deste estudo foi identificar os motivos de mudança de MF, dentro das unidades funcionais, assim como definir as suas prevalências e relacioná-los com características demográficas e socioeconómicas dos utentes em estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico realizado em seis Unidades de Saúde Familiar (USF) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, três do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Gaia, duas do ACeS Espinho-Gaia e uma do ACeS Porto Oriental, no período temporal compreendido entre 1 de maio e 31 de julho de 2016.

Avaliámos todos os pedidos escritos de mudança interna de MF realizados entre 1 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2015.

O convite para participação neste estudo foi realizado telefonicamente, segundo um guião elaborado pelos autores. Na sequência de cada contacto, explicámos os objetivos do estudo e demos garantia de confidencialidade, anonimato e de inexistência de algum prejuízo da pessoa entrevistada caso não pretendesse participar, sendo de seguida feito o pedido de consentimento informado verbal. No que concerne ao anonimato, garantimos que cada elemento da equipa não entrevistava utentes que estivessem inscritos na USF em que desempenha funções. Aplicámos um questionário telefónico aos utentes que aceitaram participar (ver anexo 1). Os autores foram responsáveis pela elaboração do mesmo, dada a inexistência de um modelo prévio, validado para a língua e contextos nacionais. Foram contempladas sete questões alusivas às variáveis (uma questão por cada variável num total de 7): “número de vezes que o utente mudou de MF por iniciativa própria”; “motivo de mudança de MF”; “satisfação com novo MF”; “número de anos de acompanhamento pelo MF anterior”; “intenção atual de mudar de MF”; “escolaridade”; “situação profissional”. As variáveis independentes “idade”, “sexo”, “número de pessoas do agregado familiar” e “estado do pedido”, também incluídas no questionário, foram recolhidas diretamente do pedido escrito de mudança.

Nas questões relacionadas com o motivo de mudança de MF, optámos por incluir perguntas de tipo abertas. Numa segunda fase, procedemos ao agrupamento das respostas nas seguintes categorias elaboradas em consenso.: “desvalorização dos sintomas”, “associar o agregado familiar ao mesmo MF”, “falta de empatia”, “perceção de incompetência técnica do MF”, “recusa na prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico ou Tratamento (MCDTs) /medicação/credenciais de tratamento/atestados”, “falha na comunicação MF/utente”, “má relação MF/utente”, “atrasos para entrada na consulta”, “perda de confiança no MF”, “falta de acessibilidade

à consulta do MF”, “Saída do MF da unidade”, “Interrupção da consulta por motivos pessoais do MF” e “referências positivas de outro MF”.

Os utentes foram posteriormente distribuídos de forma aleatória pelos diferentes investigadores tendo em conta o pressuposto do anonimato descrito anteriormente.

Excluímos todos os utentes que não atenderam o telefone após três tentativas de contacto em dias diferentes, não consecutivos e em horários também distintos; utentes cujo número de telefone não estivesse disponível/válido e utentes que não conseguissem responder autonomamente ao questionário telefónico.

Os dados recolhidos foram codificados e registados em base de dados informática com o programa Microsoft Excel® 2013. As variáveis quantitativas foram sumariadas através de estatísticas descritivas nomeadamente média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo, e as variáveis qualitativas através do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%). A associação entre cada motivo e outras variáveis categóricas foi testada através do teste do Qui-Quadrado (QQ) ou teste exato de Fisher (quando aplicável). A comparação entre os motivos face a uma variável quantitativa foi efetuada através do teste de T-Student ou do teste não paramétrico de Mann-Whitney (MW), de acordo com a validação dos pressupostos inerentes a cada teste. Os testes estatísticos foram efetuados bilateralmente considerando um nível de significância de 5%. A análise estatística dos dados foi efetuada através do IBM® Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) Statistics 19.

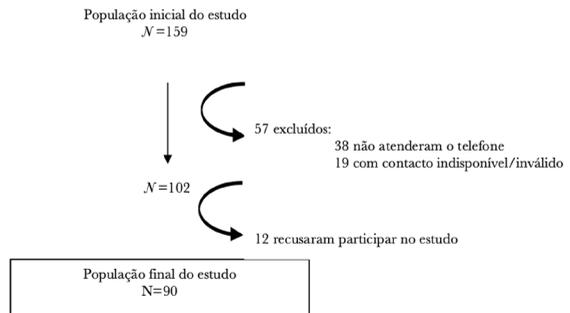
A realização deste estudo foi aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, pelos Diretores Executivos dos respetivos ACoS e pelos coordenadores das USF.

RESULTADOS

A população do estudo incluiu um total de 90 participantes, após exclusão de 69 utentes pelos motivos representados na figura 1., o que corresponde a uma taxa de adesão de 56,6%.

Em média, estes utentes estiveram 9,5 anos com o MF anterior (ou atual, se o pedido não foi aceite). Apenas 2,2% (n=2) do total de pedidos não foi aceite. Em 82,2% tratou-se de uma primeira tentativa para a trocar de MF.

Figura 1 - Fluxograma da população em estudo.



Caracterização sociodemográfica da população

Da população estudada, 63,3% (n=57) corresponderam ao sexo feminino, com uma idade média de 49 anos (variação de 20 a 81 anos). O número de elementos por agregado variou entre um e dez, com o maior valor percentual (27,8%) atribuído a famílias com dois indivíduos e apenas 10 utentes pertencentes a famílias com mais de cinco elementos (gráfico 1). No que respeita à escolaridade, tratou-se de um grupo heterogéneo, com 5,5% dos utentes sem escolaridade e 26,7% dos utentes com o ensino básico 1º ciclo (gráfico 2). No que concerne à situação profissional, cerca de 39% encontrava-se no ativo, 36,7% desempregado e 22,2% reformado (gráfico 3).

Motivos para mudança de MF

Quanto aos motivos que estiveram na base do pedido de mudança (gráfico 4), os cinco motivos mais referidos foram: “desvalorização dos sintomas” (18,9%), “associar o agregado familiar ao mesmo MF” (17,8%), “falta de empatia” (16,7%), “perceção de incompetência técnica do MF” (15,6%) e “recusa na prescrição de MCDTs/medicação/credenciais de tratamento/atestados” (15,6%).

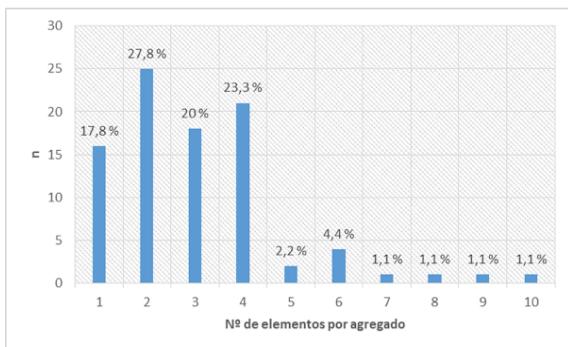
Na grande maioria dos utentes (90%) foi realizada pelo menos uma consulta com o novo MF. Destes, 88,8% afirmaram encontrar-se satisfeitos. Aproximadamente 9% referiu estar a pensar mudar novamente de MF, essencialmente devido à recusa da prescrição de MCDT/medicação/credenciais de tratamento/atestados pretendidos pelo utente.

Análise comparativa

Os dados sociodemográficos referidos, o tempo durante qual o utente pertenceu à lista do MF e a existência de pedidos anteriores para mudança de MF foram variáveis estudadas face aos motivos apontados pelos utentes durante as entrevistas telefónicas, por forma a avaliar a existência de uma possível correlação. Os motivos que revelaram associações estatisticamente

significativas com algumas das variáveis seleccionadas foram a “desvalorização de sintomas” por parte do MF, a intenção de “associar o agregado familiar” e a “má relação MF/utente”.

Gráfico 1 - Distribuição da população por número de elementos do agregado familiar



Desvalorização de sintomas

Este motivo não se mostrou associado ao sexo ($p=0,491$), idade ($p=0,156$), escolaridade ($p=0,542$) ou situação profissional ($p=0,578$). No entanto, os utentes que o referiram eram seguidos pelo anterior MF há mais tempo do que os que não o referiram (mediana de 14,5 anos versus 6,0 anos, $p=0,012$).

Associar o agregado familiar ao mesmo MF

A proporção de homens cujo motivo para a mudança foi associar o agregado familiar ao mesmo MF foi superior à de mulheres (33,3% versus 8,8%, $p=0,003$) e a idade média dos utentes foi estatisticamente inferior à dos que não o referiram (41 anos versus 51 anos, $p=0,017$). A proporção de utentes foi também superior no grupo com ensino superior (46,7%) comparativamente aos de grau de escolaridade mais baixo ($p=0,013$) e nos que se encontravam no ativo face a desempregados e reformados (34,2% versus 9,1% versus 5,0%, respetivamente, $p=0,006$). Estes

Gráfico 2 - Distribuição da população por grau de escolaridade

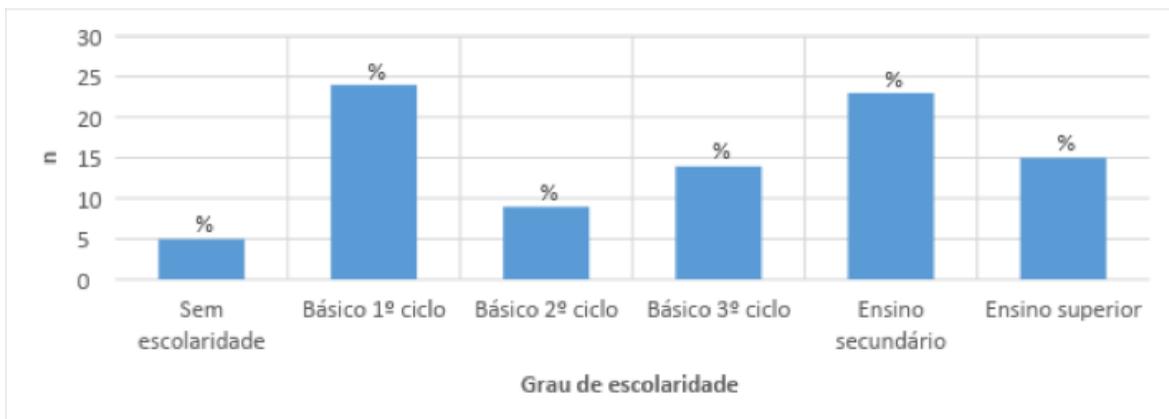
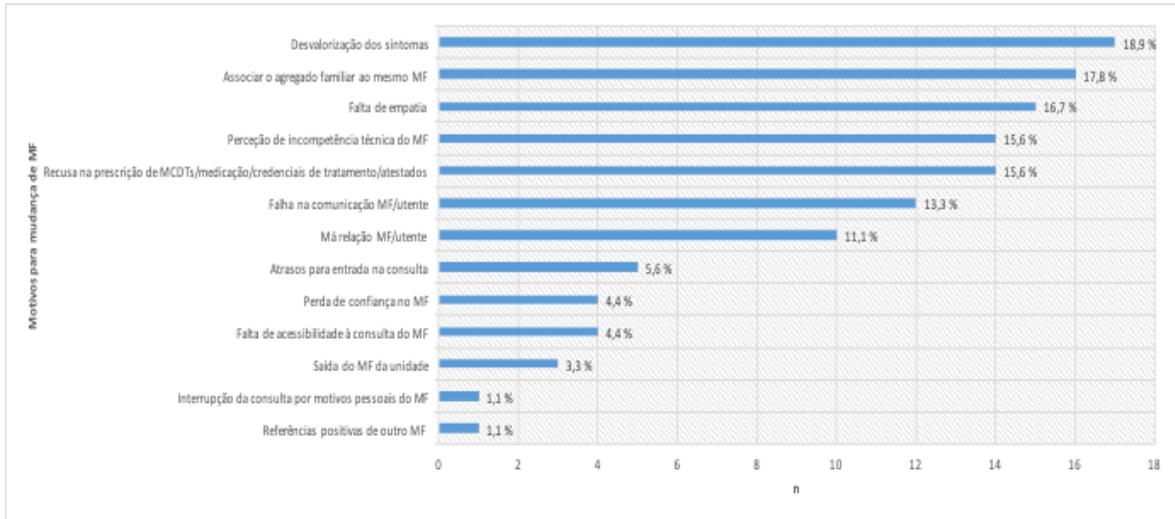


Gráfico 3 - Distribuição da população por situação profissional



Gráfico 4 - Análise dos motivos para mudança de MF (legenda: MF – Médico de Família)



utentes foram seguidos por um maior período temporal pelo seu MF (mediana de 10 anos versus 5 anos nos utentes que não referiram este motivo, $p=0,013$).

Má relação MF/utente

A idade mediana destes utentes foi mais elevada do que os que não indicaram este motivo (56 anos versus 46 anos, $p=0,017$). As restantes variáveis não mostraram associação estatisticamente significativa com este motivo.

DISCUSSÃO

Investigar o que motiva uma mudança de MF poderá permitir inferir qual a perceção do utente acerca da qualidade dos cuidados que lhe são prestados, essencial para uma melhoria contínua dos mesmos.

Optámos por incluir apenas as mudanças de MF dentro da mesma unidade, na tentativa de limitar a inclusão dos motivos que poderiam não apresentar relação direta com o aspeto qualitativo dos serviços como, por exemplo, os pedidos consequentes à alteração de residência. Considerámos, também, que a estratégia de utilização de um questionário maioritariamente constituído por perguntas abertas, usado noutros estudos,¹⁻³ possibilitou o registo da opinião do utente de uma forma mais fidedigna, não condicionada por uma escolha múltipla. Esta modalidade permitiu, ainda, uma posterior análise e discussão entre autores aquando da categorização dos motivos, por forma a diminuir o viés de interpretação que ocorreria se cada investigador tivesse registado uma resposta fechada durante a entrevista. Como vantagem adicional, permitiu também que regis-

tássemos vários motivos por utente, o que se verificou na maioria das vezes, à semelhança do referido em estudos prévios.³

A maioria dos pedidos de mudança de MF foi efetuada por utentes do sexo feminino (63,3%) tal como verificado num estudo realizado em Barcelona sobre os tipos de motivos enunciados e o sexo.⁸ Esta diferença poderá estar relacionada com uma maior utilização dos CSP por parte das mulheres, existindo um maior número de oportunidades para situações de insatisfação.

O principal motivo de pedido de mudança de MF neste estudo foi a “desvalorização dos sintomas”, referido maioritariamente por utentes seguidos há mais anos pelo seu MF ($p=0,012$). Muitas vezes, os utentes recorrem ao MF com o objetivo de serem escutados e validados no seu sofrimento, pretendendo, acima de tudo, perceber até que ponto a sua dor reflete uma condição grave e potencialmente incapacitante.

A boa relação médico-utente é essencial para o sucesso da intervenção preventiva e terapêutica em MGF. A longitudinalidade desta relação permite um conhecimento profundo e uma atualização quase permanente relativamente ao utente. Contudo, quando gerida de forma ineficaz, pode tornar-se “viciosa” e parcial. Não raras vezes, esta situação conduz a uma quase inconsciente desvalorização das queixas, fundamentalmente em situações que se perpetuam no mesmo utente e que outrora se revelaram autolimitadas ou não passíveis de significativa intervenção. Estas circunstâncias, aliadas à agenda do próprio MF, à escassez de tempo e à pressão para a realização de múltiplas tarefas durante uma consulta, não esquecendo as frequentes falhas informáticas, conduzem a um contínuo desgaste físico e psíquico do MF, podendo estar na explicação deste sentimento.

A incapacidade de estabelecer uma comunicação eficaz pode potenciar o conflito, podendo também esta ser uma das razões pelas quais a “falta de empatia” foi referida como o terceiro motivo mais frequente, bem como a “falha na comunicação MF/utente”, a “má relação MF/utente” ou a “perda de confiança no MF”.

Um estudo da Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO) de 2017 revelou que 35% dos MF consideravam que os seus utentes sabiam que estes se preocupavam com eles enquanto, na realidade, apenas 15% dos utentes confirmaram esta noção.⁹ Este dado reforça a possibilidade de que poderá existir precisamente um défice comunicacional. Identificou ainda que apenas 13% dos inquiridos considerava ter sido incluída a sua opinião na definição do plano de intervenção, o que poderá acentuar a perceção de desvalorização, conduzindo a potenciais conflitos.

Outro estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), em 2001, no qual foram incluídos adultos de todas as idades, também verificou que a má qualidade da relação médico-utente foi um dos principais motivos de pedido de mudança de MF, correspondendo a 20% do total registado, num período de 3 anos.⁴ Vários outros estudos reforçam também a ideia de que uma escuta ativa e o respeito pelas expectativas do utente são essenciais para a qualidade da relação, estando as mesmas relacionadas com o grau de satisfação.^{2,6,7,10}

A competência científica e técnica do MF foi também muitas vezes posta em causa neste estudo. Este dado pode ser justificado, em parte, pelos problemas de comunicação anteriormente referidos, que levam muitas vezes os utentes a considerarem os MF incompetentes, talvez porque não recebam deles as explicações necessárias para a compreensão efetiva da sua situação clínica. Por outro lado, em MGF deve existir a capacidade de gerir situações clínicas com apresentações precoces e indiferenciadas, levando a que, por vezes, a atitude do clínico numa determinada fase de evolução de uma doença, se altere com a progressão da mesma. Esta condição, quando não antecipada pelo MF, pode ser vista pelo utente como uma falha, dado que o plano interventivo se alterou ao longo do tempo. Também cabe ao MF fazer um uso efetivo e eficiente dos meios de diagnóstico e das intervenções terapêuticas, que não concorrem com as crescentes pressões publicitárias, por vezes de entidades privadas prestadoras de cuidados, que promovem a realização de “check-ups” anuais ou de outro tipo de intervenções. Esta abordagem promove a crença nos utentes da necessidade premente da sua monitorização regular através de MCDTs e/ou a instalação

de terapêuticas e cuja negação desta vontade (quando não devidamente explicada) poderá ser vista pelos mesmos como uma tomada de decisão meramente economicista e incompetente.

O acesso cada vez mais global à informação sobre saúde/doença, nem sempre detalhada e/ou correta do ponto de vista científico, contribui para o aumento de dúvidas diagnósticas e terapêuticas nos utentes que, se não forem devidamente debatidas, despoletam condições de stress e ansiedade de difícil gestão.

O estudo nacional anteriormente referido comprova que, semanalmente, cerca de 48% dos MF preservem MCDTs que consideram desnecessários pelo simples facto de terem sido pressionados pelo utente para tal.⁹ Além disso, outro estudo também recente demonstra que os utentes tendem cada vez mais a confiar no resultado de MCDTs em detrimento de atividades preventivas, o que pode tornar-se prejudicial na relação médico-utente e ser percecionado pelo MF como uma desvalorização do seu juízo clínico.¹¹

Podemos considerar que os utentes entrevistados se preocupam com a prestação de cuidados globais à família, tendo sido o motivo “associar o agregado familiar ao mesmo MF” o segundo mais referido para justificar o pedido de mudança de MF. Este foi requisitado, na maioria das vezes, por utentes do sexo masculino (33,3% versus 8,8%, $p=0,003$), o que poderá estar relacionado com o facto dos filhos do casal ficarem preferencialmente alocados ao MF da mãe. Os utentes empregados foram os que mais vezes enunciaram este motivo, muito provavelmente pelo facto de a reorganização da vida em família acontecer em idade ativa. Foram também os utentes com nível de escolaridade superior que o fizeram mais vezes, o que pode denotar algum grau de conhecimento relativo à importância de uma integração familiar de cuidados.

A pontualidade do MF bem como a acessibilidade à sua consulta (maioritariamente relacionada com o tempo de espera para o agendamento da mesma) podem também ser pontos fundamentais para a qualidade de atendimento. No presente estudo, os utentes referiram-se escassas vezes a motivos relacionados com a acessibilidade como razões para fazer pedido de mudança de MF. Estes resultados não são condizentes com os obtidos em dois estudos realizados no Reino Unido, onde este motivo fazia parte das principais razões para mudança.^{1,3} É possível que esta discrepância se tenha verificado pelo facto de, nestes últimos estudos, não ter sido feita a separação clara entre acessibilidade para obtenção de consulta e o conceito de distância entre a unidade de saúde e a residência.

O dispêndio do tempo de consulta com questões pessoais do MF foi também um dos motivos apontados para a mudança (1,1%). Esta situação deve fazer o profissional pensar sobre a necessidade de gerir as questões pessoais e profissionais de forma independente, não permitindo interferências de parte a parte.

Ainda que sem significância estatística, foi interessante verificar que cerca de 42% dos utentes que não ficaram satisfeitos com a troca de MF evocaram o motivo “recusa na prescrição de MCDTs/medicação/credenciais/atestados pretendidos pelo utente”, o que poderá estar relacionado com os motivos já anteriormente referidos.

Reconhecemos algumas limitações neste trabalho:

- O reduzido tamanho populacional, conseqüente do facto de apenas terem sido incluídos utentes que pertencessem às unidades dos autores do estudo;
- A totalidade das unidades são USF, o que poderá também ter condicionado a obtenção de outras associações estatisticamente significativas;
- O contato com os utentes foi realizado telefonicamente, através do número registado nas unidades de saúde o qual, em algumas situações, não estava atualizado, levando à exclusão de alguns dos utentes selecionados;
- A seleção dos utentes com base nos registos em papel, nem sempre arquivados de forma organizada, o que poderá ter levado à eventual perda de utentes;
- O possível viés de memória dos utentes, inerente ao facto de o trabalho estar a decorrer, em alguns casos, anos após o pedido de mudança;
- O possível viés de interpretação dos autores aquando da categorização dos motivos;
- A aplicação de um questionário elaborado pelos autores, não validado no nosso contexto e que não permite o estabelecimento de comparações diretas com outros estudos internacionais;
- A inexistência de outros estudos nacionais tornam o presente estudo original e pertinente. Contudo, não permitem estabelecer uma comparação efetiva, tratando-se a discussão de uma oportunidade de reflexão, cujo grande objetivo é lançar pontos de discussão e não atribuir nexos de causalidade comprovados.

CONCLUSÃO

Consideramos que os principais motivos identificados culminam numa questão transversal, passível de intervenção e melhoria contínua: problemas na comu-

nicação médico-utente. A construção e manutenção de uma relação médico-utente eficaz, capaz de se tornar terapêutica em si mesma, baseada na mútua confiança e na constante adequação da comunicação verbal e não-verbal, permite transmitir a informação de forma adequada, validar as queixas e desmistificá-las quando adequado. Desta forma, será minimizado o impacto negativo das mesmas no utente e, em parte, também no MF.

Os aspetos supracitados devem ser alvo de uma reflexão por parte do MF e das equipas de saúde das USF, que por si só poderão fomentar a melhoria da prestação de cuidados. Sendo uma área suscetível de maior intervenção, os autores consideram relevante que exista uma maior aposta e diversificação na formação pré e pós-graduada nesta vertente.

Este estudo levanta questões que poderão incentivar a realização de investigação futura dentro desta temática e que contribuirá para uma maior clarificação relativa às razões pelas quais os utentes solicitam mudança de MF, bem como o que estes consideram efetivamente relevante no seu atendimento.

Poderá ser pertinente equacionar a inclusão de outras variáveis, nomeadamente comorbilidades e padrões de utilização dos serviços de saúde. Seria, também, interessante averiguar se o profissional de saúde interpreta os pedidos de mudança da mesma forma que o utente. Laine C *et al* demonstrou que esta percepção era diferente¹², porém, seria necessário adaptar este estudo à nossa realidade e averiguar a manutenção ou não das suas conclusões.

De futuro, consideramos que seria útil uniformizar o modelo de pedido de mudança de MF e que a sua avaliação passasse a ser realizada de forma periódica em cada uma das unidades de saúde, de preferência por entidades externas imparciais. Desta forma, criar-se-ia uma escuta reflexiva conjunta que poderia conduzir, em algumas circunstâncias, a alterações de comportamentos/atitudes mantendo, assim, uma melhoria contínua de qualidade nos cuidados de saúde prestados.

REFERÊNCIAS

1. Billingham, B. e M. Whitfield. “Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon”. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 43, no. 373, 1993, pp. 336-338.
2. Nicholls, W. e C. Jaye. “Opting out: why patients change doctors”. *New Zealand Family Physician*, vol. 29, 2002, pp. 402-407.

3. Gandhi I.G., et al. "A qualitative investigation into why patients change their GPs". *Family Practice*, vol. 14, 1997, pp. 49-57.
4. Safran, Dana G., et al. "Switching doctors: predictors of voluntary disenrollment from a primary physician's practice". *The Journal of Family Practice*, vol. 50, 2001, pp. 130-136, URL: www.mdedge.com/jfponline/article/60460/switching-doctors-predictors-voluntary-disenrollment-primary-physicians/page/0/1, consultado a 19 de março de 2017.
5. Mold, James W., et al. "When Do Older Patients Change Primary Care Physicians?". *The Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 17, no. 6, 2004, pp. 453-460.
6. Federman, A. D. et al. "Intention to discontinue care among primary care patients: influence of physician behavior and process of care". *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, no. 10, 2001, pp. 668-674, doi:10.1111/j.1525-1497.2001.01028.x.
7. Delbanco, T.L. "Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective". *Annals of Internal Medicine*, vol. 116, no. 5, 1992, pp. 414-418.
8. García-Basteiro, A. L. et al. "Por qué solicitan cambiar de médico los usuarios de un centro de atención primaria?" *Gaceta Sanitaria*, vol. 27, no. 1, 2013, pp. 91-92.
9. Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO). "Médico de família e paciente: boa comunicação não é a regra". Deco Proteste, URL: www.deco.proteste.pt/saude/hospitais-servicos/noticias/medico-de-familia-e-paciente-bom-comunicacao-nao-e-a-regra, consultado em Abr 2017.
10. Bell, Robert A. et al. "Unmet expectations for care and the patient-physician relationship." *Journal of general internal medicine*, vol. 17, no. 11, 2002, pp. 817-824, doi:10.1046/j.1525-1497.2002.10319.x.
11. Sá, L., et al. "Patients' estimations of the importance of preventive health services: a nationwide, population-based cross-sectional study in Portugal". *British Medical Journal Open*, vol. 6, no. 10, 2016, doi: 10.1136/bmjopen-2016-011755.
12. Laine, C., et al. "Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions". *Annals of Internal Medicine*, vol. 125, no. 8, 1996, pp. 640-645.
13. Weiss, L. J., e J. Blustein. "Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans". *American Journal of Public Health*, vol. 86, no. 12, 1996, pp. 1742-1747.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a ausência de conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA

Sílvia Alves

Rua Sophia de Mello Breyner, N102, habitação 8.6, 4430-692, VNGaia

E-mail: silviacastroalves@gmail.com

Tumefação cervical e cefaleia intensa – uma relação inesperada

Cervical mass and intense headache – an unexpected relationship

Inês Pintalhão¹, Ana Menezes¹, Ana Calafate²

1 Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Garcia de Orta, ACeS Porto Ocidental

2 Médica Especialista de Medicina Geral e Familiar, USF Garcia de Orta, ACeS Porto Ocidental

RESUMO

Introdução: As tumefações cervicais são um motivo frequente de consulta e o seu diagnóstico diferencial pode constituir um verdadeiro desafio. Pelo grande espectro de patologias que podem estar envolvidas, a realização de uma história clínica completa e de um exame físico exaustivo são fundamentais.

Descrição do caso: Mulher de 60 anos, com antecedentes de HTA, DM 2, Bócio Multinodular Tóxico e Melanoma na região submandibular direita (2003). Recorreu ao Médico de Família por aparecimento súbito de tumefação cervical direita com 5 dias de evolução. À observação, apresentava tumefação regular de limites bem definidos, com 2 cm de diâmetro. A ecografia da região revelou uma formação ovóide de 2,5 cm de maior diâmetro, sólida e vascularizada, sugerindo Tumor Misto da Parótida. O estudo histológico não foi conclusivo e a TAC cervical mostrou tratar-se de uma adenopatia, ao invés de uma lesão na glândula parótida. Três semanas depois, apresenta início súbito de cefaleia intensas com alterações ao exame neurológico. No SU realizou TAC-CE que demonstrou uma volumosa lesão hemorrágica aguda cortico-subcortical frontal direita, sugerindo tratar-se de uma metástase hemorrágica. Após craniotomia urgente, a biópsia da lesão revelou células compatíveis com metástase da neoplasia diagnosticada no passado, Melanoma Maligno, em remissão desde 2003.

Discussão: O Médico de Família pode fazer a diferença na celeridade da abordagem de cada situação. Este caso descreve um quadro de instalação aguda de dois sintomas que à partida não estariam relacionados, mas que refletem metastização à distância de um Melanoma Maligno que se encontrava em remissão há cerca de 14 anos.

Palavras-chave: tumefação cervical; metástase; melanoma maligno; cuidados de saúde primários

ABSTRACT

Introduction: Cervical masses are a common reason for seeking medical care and an adequate diagnosis can be a real challenge. Due to the wide spectrum of pathologies that may be involved, a complete medical history and a thorough physical examination are essential.

Case description: 60 year-old female, with controlled hypertension, type 2 diabetes, multinodular goiter and a past history of right submandibular Malignant Melanoma (2003). This patient visited her family physician due to a right cervical lymph node that had grown in the last 5 days. The physical exam showed a well-defined 2 cm diameter cervical mass with a regular surface and the ultrasound confirmed an ovoid, solid and vascularized formation with 2,5 cm of greater diameter, suggesting a Parotid Tumor. The histopathological examination was not conclusive and a cervical CT revealed a lymph node instead of a lesion related to the Parotid Gland. Three weeks later, the patient presented with severe headache and an abnormal neurological examination. In the ER she underwent a CT-scan that showed a well-defined and massive intracranial acute hemorrhagic mass, suggesting a rupture from a hemorrhagic metastasis. A craniotomy was performed and the mass biopsy showed cells consistent with the cancer she had in the past, malignant melanoma, in remission since 2003.

Discussion: The family physician can make the difference in the correct approach of each situation. This case report describes a patient with an acute onset problem of two apparently unrelated symptoms, but resulting from melanoma the distant dissemination of a malignant, which would have been in remission for about 14 years.

Keywords: cervical mass; metastasis; malignant melanoma; primary care

INTRODUÇÃO

As tumefações cervicais são comuns na idade adulta e motivam frequentemente a procura de cuidados médicos. No entanto, a sua etiologia nem sempre é facilmente detetável e o seu diagnóstico pode constituir um verdadeiro desafio, pelo grande espectro de patologias que podem estar envolvidas,^{1, 2} desde as mais simples até casos mais graves. De uma forma geral, as massas cervicais podem classificar-se segundo a sua etiologia como inflamatória, neoplásica, traumática ou congénita, ou ainda segundo a sua localização na região cervical (linha média, triângulo anterior ou posterior). O diagnóstico diferencial das tumefações cervicais está representado no quadro 1. A realização de uma história clínica completa e de um exame físico exaustivo são o ponto-chave para avaliação e abordagem de uma massa cervical^{1, 3}.

Quadro 1 - Diagnóstico diferencial de massas cervicais

Causas mais frequentes
Congénitas <ul style="list-style-type: none"> • Quisto branquial • Quisto tireoglosso • Quisto dermóide • Laringocelo • Anomalias vasculares
Inflamatórias <ul style="list-style-type: none"> • Adenopatias reativas (quadro agudo) • Mononucleose Infeciosa • Linfadenite granulomatosa (Tuberculose, Doença da arranhadela do gato) • Sialoadenite
Neoplásicas <ul style="list-style-type: none"> • Linfoma • Timoma • Neoplasia da Tiróide • Neoplasias da cavidade oral, faringe e laringe • Metástases (mais frequentes: mama, pulmão, trato gastrointestinal e melanoma)
Traumáticas <ul style="list-style-type: none"> • Hematoma • Pseudoaneurismas • Neuroma

Quadro 1 - Diagnóstico Diferencial de Massas Cervicais – adaptado de EMERIK K. Differential diagnosis of a neck mass. Uptodate 2016. Disponível em <www.uptodate.pt/online>. Acesso a 19/11/2017.

DESCRIÇÃO DO CASO

O caso apresentado diz respeito a uma utente do sexo feminino de 60 anos, caucasiana, casada, natural e residente no Porto, com o 12º ano de escolaridade e comerciante numa loja de têxteis. Está inserida numa família nuclear de classe social média-baixa. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, bócio multinodular tóxico e história de melanoma maligno (MM) na região submandibular direita, em remissão desde 2003. Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Relativamente à história ginecológica e obstétrica: menarca aos 13 anos, dois partos eutócicos (2 gestações/2 partos) de termo e em menopausa desde os 54 anos, sem sintomas. Medicada habitualmente com lisinopril + hidroclorotiazida, 5 + 25 mg id e metformina 500 mg id. Nega antecedentes familiares de relevo.

No mês de junho de 2017, a utente recorreu à consulta aberta da Unidade de Saúde Familiar (USF), por aparecimento de uma volumosa tumefação cervical direita com cerca de cinco dias de evolução, sem qualquer outra queixa associada. Ao exame objetivo apresentava tumefação na região cervical direita, de limites bem definidos, anterior ao músculo esternocleidomastoideu, com cerca de 2 cm de maior diâmetro, consistência duro-elástica e superfície regular, não aderente aos planos profundos e indolor à palpação. Não se objetivaram outras adenopatias e o restante exame físico encontrava-se sem alterações, nomeadamente o exame da tiróide e da orofaringe. Pelo aparecimento súbito de uma tumefação tão volumosa foi pedida ecografia da região, que revelou uma “formação ovoide, hipocóica, sólida, vascularizada, com cerca de 2,5 x 1,4 x 1,6 cm, com pedículo ao longo da glândula parótida e vários pequenos gânglios adjacentes submandibulares”, tratando-se de uma formação sugestiva de tumor misto da parótida a merecer, no entanto, melhor caracterização histológica. Como recomendado, efetuou citologia aspirativa da tumefação que não foi conclusiva na amostra colhida, com indicação para exérese cirúrgica da mesma para esclarecimento histológico. Ainda para estudo da massa foi pedida Tomografia Axial Computorizada (TAC) Cervical que confirmou uma formação nodular homogénea com 2,2 cm maior diâmetro, cujas características sugeriam tratar-se com maior probabilidade uma adenopatia ao invés de um tumor misto da parótida. Apresentava ainda um gânglio linfático jugular interno adjacente ao nódulo. Foi encaminhada para Consulta Externa de Cabeça e Pescoço no Instituto Português de Oncologia, onde após observação médica e revisão dos exames complementares de diagnóstico, foi agendada intervenção cirúrgica para remoção da lesão.

Cerca de três semanas depois recorreu novamente à USF por apresentar cefaleia frontal, muito intensa, com dois dias de evolução, bilateral, pulsátil, com fono e fotofobia associadas e refratária a várias terapêuticas analgésicas (paracetamol, ibuprofeno e tramadol). Referiu ainda náuseas e um episódio de vômito alimentar, e segundo os familiares encontrava-se mais sonolenta e confusa. Ao exame objetivo apresentava-se prostrada, desorientada no tempo, e com discurso lentificado. Perante a clínica e alterações do exame neurológico

foi encaminhada para o Serviço de Urgência onde realizou TAC do crânio urgente. O exame de imagem mostrou uma volumosa lesão hemorrágica aguda cortico-subcortical frontal direita, heterogênea, com 4,7 x 4,5 cm, com uma porção hipodensa de aspeto quístico, que no contexto clínico sugeriu tratar-se de metástase hemorrágica. Apresentava rotura e propagação hemorrágica para o sistema ventricular, supra e infratentorial, condicionando apagamento dos sulcos corticais e deformação do sistema ventricular - figura 1.

Figura 1 - TAC de crânio realizada no Serviço de Urgência

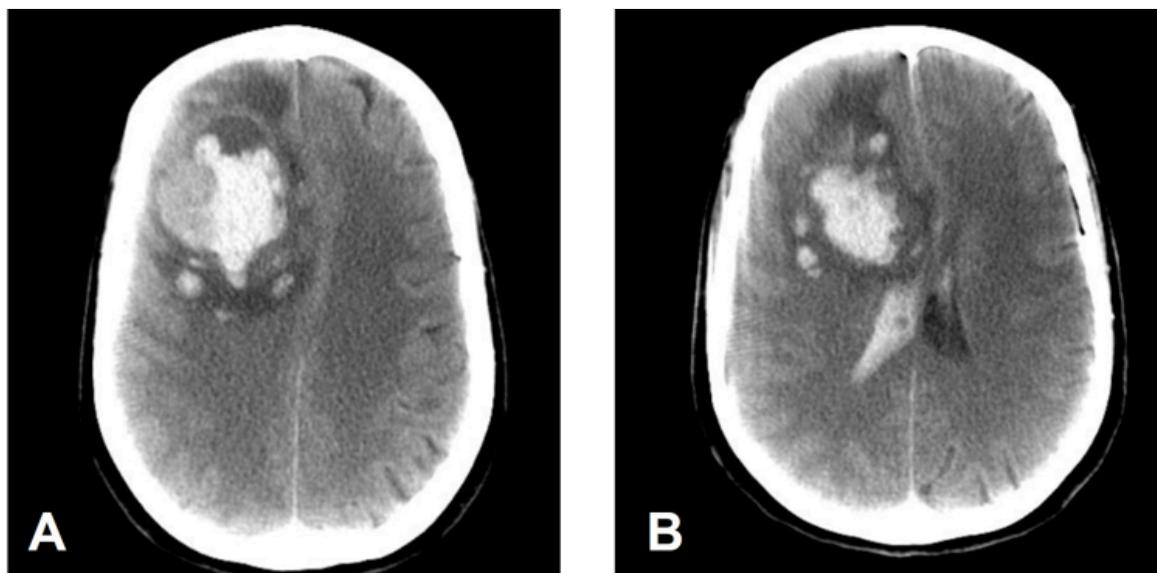


Figura 1 - TAC de crânio realizada no Serviço de Urgência - volumosa lesão cortico-subcortical frontal direita de densidade heterogênea e porção hipodensa sugerindo aspeto quístico (imagem A) com rotura e propagação hemorrágica para o sistema ventricular, condicionando apagamento dos sulcos corticais e deformação do sistema ventricular (imagem B).

Após observação pela Neurocirurgia, e para completar o estudo etiológico deste quadro agudo que apontava para a presença de metástases cerebrais, realizou punção do gânglio adjacente à massa cervical, cujo resultado histológico demonstrou células malignas com características de MM, compatível com metástases da neoplasia diagnosticada no passado e em remissão desde 2003. Foi ainda programada craniotomia urgente para exérese da lesão frontal direita, que decorreu sem intercorrências, com recuperação progressiva do quadro neurológico. A biópsia da lesão cerebral comprovou os achados anteriormente descritos, com aspetos morfológicos e imunocitoquímicos consistentes com metástase cerebral de melanoma maligno. Para estadiamento da neoplasia realizou PET com evidência de metastização cerebral, pulmonar, óssea, do ápex cardíaco e região cervical superior direita e ganglionar (hilo pulmonar esquerdo) – figura 2.

Num estado de metastização tão disseminada, o prognóstico é, portanto, muito reservado.

A doente manteve seguimento em consulta de Cabeça e Pescoço no IPO do Porto e foi referenciada para Dermatologia. Após discussão do caso em consulta de grupo multidisciplinar foi encaminhada para os Cuidados Paliativos da mesma instituição.

DISCUSSÃO:

O Médico de Família (MF) é muitas vezes o primeiro contacto do utente com os cuidados de saúde. Com este caso clínico ficou bem demonstrado o papel fundamental que o MF tem na orientação de cada caso, através da distinção de casos simples de situações que exigem uma intervenção mais exaustiva.

O MM continua a ser um cancro marcado pela sua agressividade, apesar dos avanços na medicina.

Figura 2 - PET de estadiamento

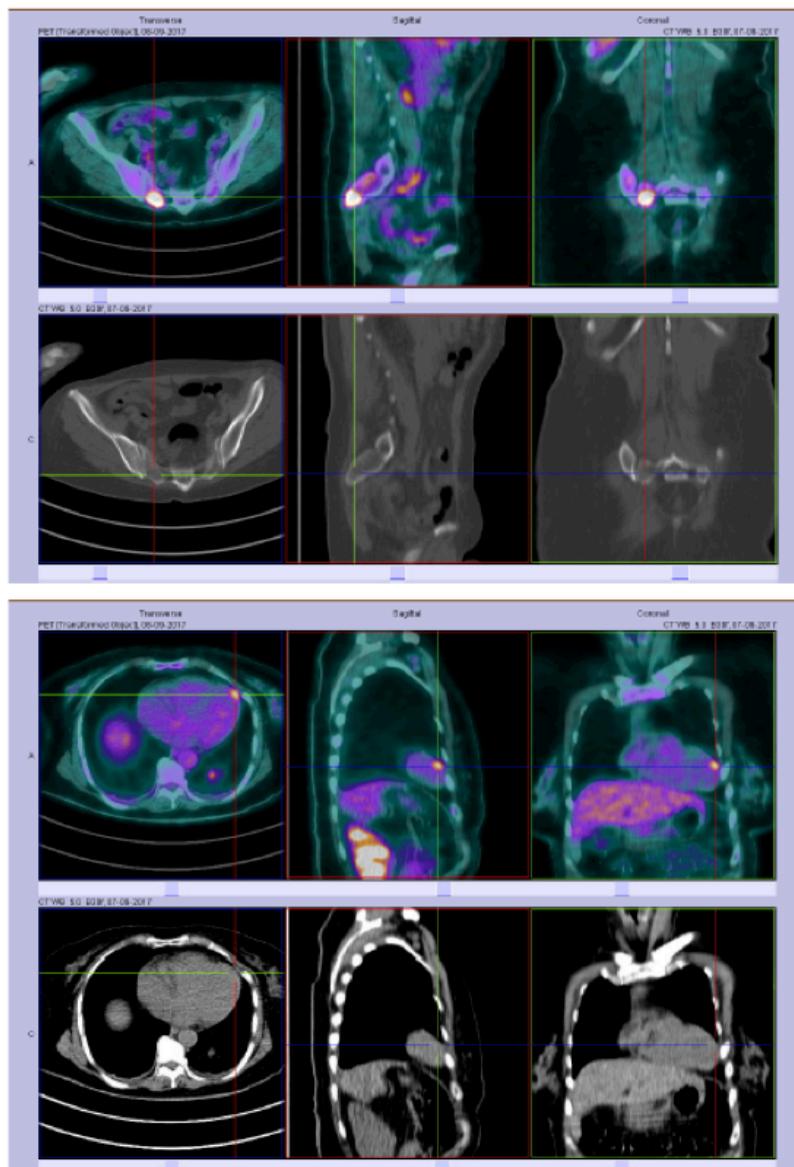


Figura 2 - PET de Estadiamento: evidência de metastização pulmonar, cardíaca, óssea, e ganglionar - hiperfixação de 18F-FDG em lesão pulmonar de vertente posterior da base esquerda, em gânglio do hilo pulmonar esquerdo, ápex cardíaco, em lesões ósseas da asa direita do sacro e região supra-acetabular esquerda.

Doentes com história passada de melanoma têm cerca de 4 a 8% de risco de vir a desenvolver doença secundária,^{4, 5} pelo que o seguimento dos mesmos é fundamental. Sabe-se que o curso da doença está intimamente ligado com o estadiamento da lesão primária e fatores de risco individuais como diagnóstico em idade jovem, antecedentes familiares, índice mitótico e espessura de Breslow. No entanto, o follow-up destes doentes carece de uma abordagem uniformizada e é alvo de debate na comunidade científica.^{4, 6}

Dado que a maioria das recidivas de melanoma ocorre durante os primeiros cinco anos após o diagnóstico, faz sentido prever uma vigilância mais apertada nesse período.⁴ Contudo, uma vez que também não se podem descuidar recidivas tardias, definidas como o aparecimento de metástases dez ou mais anos após o diagnóstico,⁷ o mais consensual tem sido manter a vigilância para o resto da vida, com intervalos anuais ou bianuais.^{4, 5} O exame físico da pele continua a ser a pedra angular do acompanhamento destes doentes,

permitindo a identificação de recidivas locorreionais. Quanto às recidivas à distância, não existe consenso acerca do papel dos exames de imagem no *follow-up* do MM,⁴ pelo que a sua realização não está preconizada.

Neste caso em particular, apresenta-se uma doente com MM cutâneo diagnosticado há cerca de 14 anos, com apresentação primária localizada no mento. Foi submetida a excisão da lesão, mas não foi possível obter informações acerca da espessura (Breslow), estado e tipo de ressecção das margens, dada a ausência de registos informáticos na altura. A doente ficou em vigilância hospitalar durante cinco anos e, após esse período, o seguimento foi efetuado pelo MF, com exame da pele anual e reforço dos cuidados a adotar com a exposição solar. Apesar de nada fazer prever recidiva local, a doente apresentou sintomas de metastização à distância 14 anos mais tarde lembrando que, de facto, o MM primário que atinge a cabeça e pescoço é caracterizado pelo seu comportamento agressivo⁸ e mau prognóstico global.⁹ O MM representa a terceira causa mais comum de metástases cerebrais, a seguir ao cancro da mama e do pulmão,¹⁰ sendo a metastização cerebral a principal a principal causa de morte devido a esta patologia⁹. Apenas uma pequena percentagem dos doentes apresenta metástases cerebrais aquando do diagnóstico inicial,^{11, 12} tendo sido reportada uma média de 3,4 anos para o desenvolvimento das mesmas.¹³

Assim, os sintomas de metastização cerebral geralmente refletem uma fase avançada da doença e apesar das cefaleias serem a forma mais comum de apresentação, pode também cursar com sintomas mais sérios (hemiplagia, compromisso visual), devido ao aumento da pressão intracraniana. Estes fenómenos geralmente traduzem lesões de grandes dimensões ou hemorragia cerebral por rotura da metástase.¹⁴ A sobrevida dos doentes com este tipo de apresentação clínica varia entre os 4 e os 6 meses.^{9, 10}

No caso clínico descrito, o aparecimento súbito de uma tumefação cervical concomitantemente com a instalação de um quadro de cefaleias com repercussões neurológicas, que à partida nada teriam em comum, refletem a agressividade desta neoplasia, com metastização à distância após um longo período assintomático. Aliado a um elevado índice de suspeição diagnóstica, o MF tem um papel privilegiado ao conhecer a história pessoal do doente, integrando todos os aspetos que lhe permitem estar alerta e evitar que escapem apresentações atípicas. A existência de uma boa acessibilidade para a realização de meios complementares de diagnóstico, a colaboração dos doentes e a boa articulação com o meio hospitalar é igualmente importante para uma abordagem eficaz e completa.

REFERÊNCIAS

1. Pynnonen, Melissa A., et al. "Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults." *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, vol. 157, suplemento 2, 2017, pp. S1-S30. DOI: 10.1177/0194599817722550
2. Emerick K. "Differential Diagnosis of a Neck Mass." UpToDate, 2016, disponível em <https://www.uptodate.com>, consultado em 19/11/2017.
3. D Olsen, K. "Evaluation of Masses in the Neck." *Primary care* vol. 17, 1990, pp. 415-35.
4. Trotter, Shannon C. et al. "A Global Review of Melanoma Follow-up Guidelines." *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, vol. 6, no. 9, 2013, pp. 18–26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3780800/>
5. National Comprehensive Cancer Network. "Nccn Clinical Practice Guidelines in Oncology. Melanoma.", 2016, disponível Em: <https://www.nccn.org>."
6. Marciano, N. J., et al. "To What Extent Are Current Guidelines for Cutaneous Melanoma Follow up Based on Scientific Evidence?" *International Journal of Clinical Practice*, vol. 68 no.6, 2014, pp. 761-70. DOI: 10.1111/ijcp.12393
7. Faries, Mark B., et al. "Late Recurrence in Melanoma: Clinical Implications of Lost Dormancy." *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 217, no. 1, 2013, pp. 27-34, DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2013.03.007
8. Cheriyan, Jerry, Jessica Wernberg, and Andrew Urquhart. "Head and Neck Melanoma." *Surgical Clinics*, vol. 94, no. 5, 2014, pp. 1091-113. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2013.03.007
9. Sampson, John H., et al. "Demographics, Prognosis, and Therapy in 702 Patients with Brain Metastases from Malignant Melanoma." *Journal of Neurosurgery*, vol. 88, no.1, 1998, p. 11, DOI: 10.3171/jns.1998.88.1.0011
10. Goulart, Carlos R., Tobias Alecio Mattei, and Ricardo Ramina. "Cerebral Melanoma Metastases: A Critical Review on Diagnostic Methods and Therapeutic Options." *ISRN Surgery* 2011, pp. 1-9. DOI: 10.5402/2011/276908
11. Nieder C., Adam M., and Astner S.T. "Disease Presentation and Outcome in Young Patients (<40 Years) with Brain Metastases from Malignant Melanoma." *Anticancer Research*, vol. 28, no. 2B, 2008, pp. 1325-27. Disponível em: <http://ar.iiarjournals.org/content/28/2B/1325.long>
12. Fife, K.M., et al. "Determinants of Outcome in Melanoma Patients with Cerebral Metastases."

- Journal of Clinical Oncology*, vol. 22, no. 7, 2004, pp. 1293-300. DOI: 10.1200/JCO.2004.08.140
13. Salvati, Maurizio, et al. "Solitary Cerebral Metastasis from Melanoma: Value of the 'En Bloc' Resection." *Clinical Neurology and Neurosurgery*, vol. 98, no. 1, 1996, pp. 12-14, disponível em [https://doi.org/10.1016/0303-8467\(95\)00077-1](https://doi.org/10.1016/0303-8467(95)00077-1)
 14. Puzanov, Igor, et al. "Anti-Ctla-4 and Braf Inhibition in Patients with Metastatic Melanoma and Brain Metastases." *Expert Review of Dermatology*, vol. 8, no. 5, 2013, pp. 479-87, disponível em <https://doi.org/10.1586/17469872.2013.835922>

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram a ausência de conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA

Inês Pintalhão
USF Garcia de Orta, ACeS Porto Ocidental
Email: inesmpintalhao@gmail.com
Morada: Rua Manuel Felisberto Marques Oliveira
Júnior, nr 106, 4470-199 Maia

Da psicopatologia ao diagnóstico de glioblastoma – um caso clínico

From psychopathology to the diagnosis of glioblastoma - a clinical case

Filipa Martins Alves¹, Ana Gabriela Ribeiro², Antónia Fornelos³, Diogo Fitas⁴

1 Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

2 Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar; USF Tâmega e Escola de Medicina da Universidade do Minho

3 Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospital de Trás-Os-Montes e Alto Douro, EPE

4 Médico Especialista em Neurologia; Unidade de Neurologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

RESUMO

Introdução: Os tumores cerebrais nem sempre se manifestam com sinais e sintomas neurológicos sendo, por vezes, a sintomatologia psiquiátrica a manifestação inicial desta patologia orgânica.

Descrição do Caso: Senhora M, 58 anos, com antecedentes de neoplasia cerebral maligna em familiar de primeiro grau. Assintomática até aos 48 anos, altura em que inicia quadro de cefaleias, sem défices neurológicos e, posteriormente, sintomatologia depressiva associada. É diagnosticada Perturbação Depressiva Major, patologia para a qual realiza tratamento psicofarmacológico durante vários anos, com resposta clínica parcial. Aos 57 anos, após tentativa de suicídio e desenvolvimento de sinais e sintomas neurológicos (afasia, perda auditiva, hemiparesia direita, alterações da marcha, náuseas, vômitos e episódios de incontinência urinária e fecal) é encaminhada para o Serviço de Urgência, onde é detetado glioblastoma. É submetida a cirurgia de excisão do tumor cujo exame histopatológico revela tratar-se de um glioblastoma IDH1 Wildtype, pelo que realiza radio e quimioterapia.

Discussão: Pacientes com lesões cerebrais podem apresentar uma variedade de sintomas psiquiátricos por período de tempo prolongado sem que ocorram sintomas ou sinais neurológicos, o que dificulta um diagnóstico atempado. Este atraso diagnóstico pode influenciar negativamente o prognóstico e a qualidade de vida. Assim, torna-se mandatário a realização de exames de neuroimagem não só em pacientes com sintomas e/ou sinais neurológicos, mas também em todos os pacientes com início de sintomas psiquiátricos depois dos 50 anos, alteração dos sintomas psiquiátricos em qualquer idade ou apresentações psiquiátricas atípicas.

Palavras-chave: Tumor cerebral, glioblastoma, sintomas psiquiátricos

ABSTRACT

Introduction: Brain tumors do not always manifest themselves with neurological signs and symptoms, and sometimes psychiatric symptomatology is the initial manifestation of this organic pathology.

Case Description: Ms. M, 58 years old, with a history of malignant cerebral neoplasm in first degree relatives. Asymptomatic up to 48 years old, when headaches began, with no neurological deficits and, later, associated depressive symptomatology. She was diagnosed with Major Depressive Disorder, a condition for which she underwent psychopharmacological treatment for several years, with a partial clinical response. At 57 years old, after suicide attempt and development of neurological signs and symptoms (aphasia, hearing loss, right hemiparesis, gait changes, nausea, vomiting and episodes of urinary and fecal incontinence), the patient was referred to the Emergency Department, where a glioblastoma was detected. She was submitted to surgery of excision of the tumor which histopathological examination revealed to be an idiopathic glioblastoma IDH1 Wildtype, for which she performs radio and chemotherapy.

Discussion: Patients with brain lesions may present a variety of psychiatric symptoms for an extended period without any neurological symptoms or signs, making it difficult to diagnose them in a timely fashion. This delay can negatively influence the prognosis and quality of life. Thus, it is mandatory to perform neuroimaging examinations not only in patients with neurological symptoms and / or signs, but also in all patients with onset of psychiatric symptoms after the age of 50, change in psychiatric symptoms at any age or atypical psychiatric presentations.

Key-words: Brain tumor, glioblastoma, psychiatric symptoms

INTRODUÇÃO

Pacientes com tumores cerebrais geralmente desenvolvem défices neurológicos que dependem da localização do tumor cerebral e do efeito de massa associado. Os sintomas habitualmente instalam-se de forma subaguda e progressiva. Os mais típicos são cefaleias, náuseas, vômitos, alterações do estado de consciência e défices sensitivo e/ou motores.¹

Existem, contudo, casos em que as lesões cerebrais ocorrem em áreas neurologicamente silenciosas do cérebro, pelo que os pacientes podem apresentar unicamente sintomas psiquiátricos e/ou cognitivos. Tal acontece em cerca de 1-2% dos tumores cerebrais primários, podendo os sintomas variar desde depressão, ansiedade, ataques de pânico, apatia, alterações da personalidade, alucinações auditivas e visuais, mania, anorexia nervosa a disfunção cognitiva.^{1,2,3}

O glioblastoma é a neoplasia cerebral maligna mais comum, correspondendo a 30,3% de todos os casos.⁴ Apresentamos o caso de uma paciente que, por longo período de tempo, foi tratada para uma provável perturbação de humor, tendo sido posteriormente detetado volumoso glioblastoma.

DESCRIÇÃO DO CASO

Senhora M, 58 anos, solteira, sem filhos, trabalhadora fabril. Antecedentes familiares de neoplasia maligna cerebral materna com desfecho fatal e perturbação do uso de álcool por parte da irmã, desconhecendo-se outros antecedentes familiares relevantes.

Doente sem antecedentes médicos de relevo até 2008, altura em que recorre ao médico assistente por quadro de cefaleias de predomínio noturno, com seis meses de evolução. É solicitada tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE), que a doente não realiza.

Em 2014, a doente recorre ao médico assistente por queixas de cefaleia frontal com irradiação para os seios perinasais, associada a náuseas e fotofobia. Faz radiografia dos seios perinasais, que revela quisto de retenção no seio maxilar direito, sendo encaminhada para consulta de Otorrinolaringologia. Realiza TC aos seios perinasais, que confirma o diagnóstico prévio, tendo sido medicada sintomaticamente e tido alta da consulta.

Por não ter médico de família atribuído, ao longo dos anos, contacta diferentes clínicos através de consultas abertas no Centro de Saúde. Recorrentemente refere cefaleia e sintomatologia depressiva. Neste contexto, é diagnosticada perturbação depressiva maior,

sendo medicada com Escitalopram 10mg e Mexazolam 1mg, com melhoria parcial das queixas.

Em novembro de 2016, refere perda de audição, pelo que é solicitado audiograma que, por iniciativa própria, não realiza, optando também por suspender os psicofármacos.

Em junho de 2017, é observada em consulta aberta por agravamento dos sintomas depressivos que foram atribuídos a situação vivencial de elevada pressão laboral, problemática de alcoolismo da irmã e emigração da sobrinha de quem era cuidadora. Reinicia tratamento antidepressivo e é reavaliada após dois meses, altura em que refere melhoria da sintomatologia depressiva mantendo, no entanto, queixas de ansiedade e insónia intermédia, com resposta favorável a Alprazolam 0,5mg em SOS. Durante o ano de 2017 não existem registos de queixas de cefaleia. Porém, em dezembro, recorre a consulta privada de Psiquiatria após tentativa de suicídio na forma de defenestração, intercetada pela tia. A tia, que a acompanhava às consultas, conta que a doente apresentava, desde há um mês, agravamento do humor depressivo, isolamento social, anedonia, anorexia associada a perda acentuada de peso e insónia intermédia. É medicada com Fluoxetina 20 mg, Amisulprida 50 mg, Alprazolam 0,5 mg e Trazodona AC 150 mg, plano terapêutico a cumprir em ambulatório, não tendo sido internada.

Por ausência de melhoria clínica após instituição do referido plano de tratamento e por manter verbalização de ideias de morte, recorre à consulta aberta. Pela primeira vez, é observada pela médica de família atribuída. À observação, a doente apresenta-se vígil, pouco colaborante, embora com postura adequada. Arranjo pessoal pouco cuidado; pálida e emagrecida. Discurso verbal ausente, com disfasia mista, respondendo por meio de acenos com a cabeça. Ataxia com necessidade de apoio na marcha, verificando-se perda de autonomia na realização das atividades de vida diária. Relata episódios de náuseas e vômitos bem como episódios de incontinência urinária e fecal, com três dias de evolução. A toda a sintomatologia neurológica descrita juntam-se sintomas psicopatológicos como humor deprimido e ideação suicida, pelo que é enviada ao Serviço de Urgência do Hospital de S. João, onde constata défices neurológicos à direita, com aparente hemiparésia direita G4/5, desequilíbrio em ortostatismo e marcha com necessidade de apoio.

Realiza TC-CE (imagem 1), que revela volumosa lesão expansiva frontotempoparietal esquerda com edema associado, componente quístico volumoso, com desvio da linha média. É internada para realização de RM cerebral (imagem 2) e início de corticoterapia.

Imagem 1 - TC cerebral simples

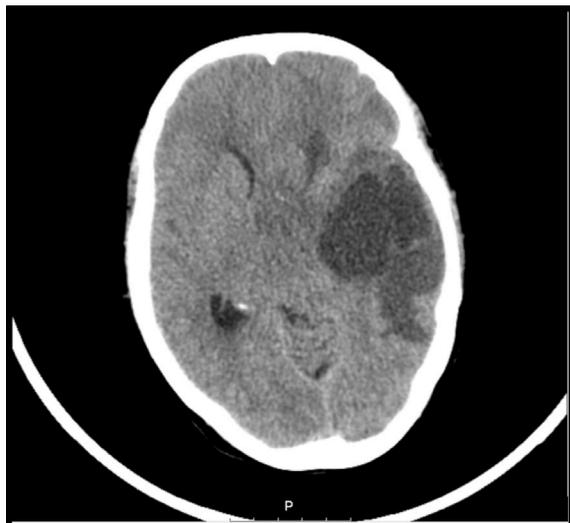


Imagem 1 - TC cerebral simples: Lesão expansiva necrótico-quística na região insular e opérculo frontotemporal esquerda (52 mm AP x 61 mm CC x 50 mm), com edema perilesional condicionando compressão dos g.g. da base, ventrículo lateral e III ventrículo. Desvio contralateral da linha média (19 mm), herniação do uncus, moldagem/compressão mesencefálica e apagamento das cisternas da base, com dilatação reactiva do ventrículo lateral direito.

Em janeiro de 2018 é submetida a cirurgia de remoção macroscópica da lesão sendo que o exame histopatológico revela tratar-se de um glioblastoma IDH1 Wildtype. No pós-operatório, mantém humor deprimido e alterações neurológicas, nomeadamente paresia, dismetria e nistagmo. Tem alta do internamento de Neurocirurgia medicada com Prednisolona 30mg, mantendo Fluoxetina. A RM cerebral pós-operatória, sugere existência de resíduos tumorais à periferia da loca cirúrgica temporo-opercular esquerda, mantendo edema vasogénico à periferia, com efeito de massa sobre o ventrículo lateral esquerdo, corroborando o mau prognóstico. Realiza Radioterapia Externa e Quimioterapia, que termina em abril de 2018. Complementarmente, é observada em consulta de Onco-Genética e realiza colheita de sangue para conservação de ADN para eventuais estudos genéticos.

Já em ambulatório, recorre a consulta aberta por episódio maniaco secundário a corticoterapia; é encaminhada para observação psiquiátrica em contexto de urgência. É suspensa a Fluoxetina, ficando medicada com Lorazepam 2,5mg e Quetiapina 100mg. Tem alta da urgência encaminhada para consulta de Psicologia na Liga Portuguesa Contra o Cancro, não tendo sido encaminhada para consulta de Psiquiatria.

Imagem 2 - RM cerebral realizada em janeiro de 2018

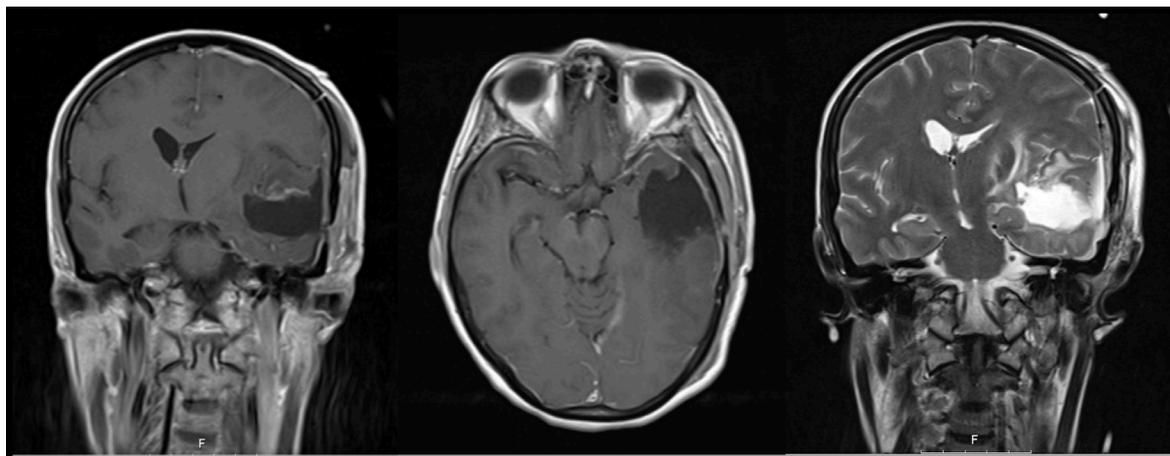


Imagem 2 - RM cerebral realizada em janeiro de 2018: “Volumosa lesão necrótico-quística temporal esquerda, medindo cerca de 52 x 48 x 39 mm de maiores eixos, com hipersinal em T2 e hipossinal em T1, sem valorizável captação de contraste. Hipersinal nas sequências de TR longo que se estende na substância branca temporal, parietal, frontal, insular e das cápsulas interna e externa e traduz edema vasogénico / infiltração tumoral, condicionando herniação subfalciforme e uncal, com desvio da linha média de cerca de 12 mm. As características da lesão indicam tratar-se de glioma difuso de alto grau.”

Na reavaliação realizada em agosto de 2018 pela médica de família apresenta-se vígil, colaborante e orientada alo e autopsiquicamente, com postura adequada, sem sinais de auto ou heteroagressividade. Apresenta humor depressivo, com labilidade emocional. Discurso lógico e coerente, focado na preocupação com a possibilidade de morte pela neoplasia cerebral. Verbaliza descontentamento com o peso e imagem corporal adquiridos com a corticoterapia (20kg), solicitando encaminhamento para consulta de Nutrição. Não apresenta outras alterações do conteúdo do pensamento, senso-percepção, ciclo sono-vigília ou apetite. Nega ideias de morte ou ideação suicida estruturada. O exame neurológico sumário demonstra total recuperação dos défices neurológicos evidenciados antes e logo após a cirurgia.

DISCUSSÃO

A ocorrência de um tumor cerebral e o seu tratamento acarretam um forte impacto na qualidade de vida dos doentes, tanto pelos seus efeitos diretos a nível físico com perda de funcionalidade, como pelos seus efeitos a nível neurológico e cognitivo.^{4,5}

Apesar de ser expectável que os níveis de depressão diminuam significativamente após a cirurgia, sabemos que permanece alta a prevalência de sintomatologia depressiva ligeira.² A doente cujo caso clínico aqui relatamos apresenta um tumor cerebral de grandes dimensões e alto grau de malignidade no hemisfério esquerdo, sendo o quadro clínico inicial caracterizado por cefaleias e humor depressivo. Tumores do lado esquerdo do cérebro afetam caracteristicamente o humor e as capacidades linguísticas,⁴ o que se observa na doente.

É expectável que a senhora M tivesse já em 2008 e em 2014 sintomatologia depressiva relacionada com eventos de vida, que se agravou aquando da tentativa de suicídio em 2017. Não podemos garantir causalidade entre tumor e sintomatologia depressiva. Com efeito, sabe-se que a evolução do glioblastoma é muito rápida e o tempo mediado entre o início dos sintomas e o seu diagnóstico é, caracteristicamente, curto.

A apresentação atípica dos sintomas psiquiátricos, associada ao facto de a doente recorrer a diversas consultas abertas, não sendo acompanhada regularmente por um só clínico, conhecedor da sua história pessoal e familiar, poderá ter levado a um atraso no diagnóstico, com inevitável repercussão em termos de prognóstico. Por conseguinte, consideramos uma prioridade que todas as pessoas tenham um médico de família.

A Medicina Geral e Familiar necessita, como todas as especialidades, ver os tempos de consulta alargados, para que o clínico possa aperceber-se de sintomas menos comuns relativos a doenças menos frequentes. Precisa de tempo para ouvir o doente, colher a sua história de forma mais completa, explicar-lhe o diagnóstico e tratamentos possíveis. O caso que relatamos evidencia ainda a importância de se explicar ao doente qual a finalidade de cada um dos meios auxiliares de diagnóstico, bem como a sua imprescindibilidade.

Não podemos afirmar que a realização de TC-CE dez anos antes, recusada pela doente, fosse evidenciar sinais precoces da doença (por exemplo, astrocitoma precursor) ou ter impacto significativo em termos prognósticos. Por outro lado, a doente também recusou a toma de psicofármacos. Não sabemos se tais atitudes foram resultado de carência económica, dado o peso substancial das taxas moderadoras das consultas e dos exames.

Concluindo, os tumores cerebrais nem sempre estão associados a sinais e sintomas neurológicos, sendo que, em alguns casos, nas fases iniciais, os pacientes apenas apresentam sintomas psiquiátricos, o que dificulta o estabelecimento do diagnóstico. Assim, o estudo imagiológico deve ser considerado não só em pacientes com sintomas e/ou sinais neurológicos, mas também em todos os pacientes com início de sintomas psiquiátricos depois dos 50 anos, alteração dos sintomas psiquiátricos em qualquer idade e/ou apresentações psiquiátricas atípicas.^{1,7}

REFERÊNCIAS

1. Bunevicius, A. Deltuva, VP. Deltuviene, D. Tamasauskas, A. Bunevicius, R. "Brain lesions manifesting as psychiatric disorders: eight cases." *CNS Spectr*, vol. 13, no. 11, pp. 950-8, 2008.
2. Madhusoodanan, S. Danan, D. Moise, D. "Psychiatric manifestations of brain tumors: diagnostic implications." *Expert Rev Neurother*, vol. 7, no. 4, pp. 343-9, 2007, DOI: 10.1586/14737175.7.4.343.
3. Moise, D. Madhusoodanan, S. "Psychiatric symptoms associated with brain tumors: a clinical enigma." *CNS Spectr*, vol. 11, no. 1, pp. 28-31, 2006, DOI:
4. Seddighi, A. et al. "Psychological aspects in brain tumor patients: A prospective study." *Hell J Nucl Med*, vol. 18, no. 1, pp. 63-7, 2015.
5. Salo, J. Niemelä, A. Joukamaa, M. Koivukangas, J. "Effect of brain tumour laterality on patients' perceived quality of life." *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*. vol. 72, no. 3, pp. 373-7, 2002.

6. Madhusoodanan, S. Danan, D. Brenner, R. Bogunovic, O. “Brain tumor and psychiatric manifestations: a case report and brief review.” *Ann Clin Psychiatry*, vol. 16, no. 2, pp. 111-3, 2004.
7. Moise, D. Madhusoodanan. “Psychiatric Symptoms Associated with Brain Tumors: A Clinical Enigma.” *CNS Spectr*, vol. 11, no. 1, 2006.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não existirem quaisquer conflitos de interesse.

Informações essenciais compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento

FORXIGA comprimidos revestidos por película contendo 5 mg de dapagliflozina. **XIGDUO** 5 mg/850 mg comprimidos revestidos por película contendo 5 mg de dapagliflozina e 850 mg de cloridrato de metformina; **XIGDUO** 5 mg/1.000 mg comprimidos revestidos por película contendo 5 mg de dapagliflozina e 1.000 mg de cloridrato de metformina. **Indicações terapêuticas:** **Forxiga** é indicado em adultos com idade igual e superior a 18 anos com diabetes mellitus tipo 2 para melhorar o controle da glicemia em: **Monoterapia:** Quando a dieta e o exercício isoladamente não proporcionam um adequado controle da glicemia em doentes para os quais a utilização de metformina é considerada inapropriada devido a intolerância. **Terapêutica de associação combinada:** Em associação com outros medicamentos hipoglicemiantes incluindo insulina, quando estes, em conjunto com dieta e exercício, não proporcionam um adequado controle da glicemia. **Xigduo** é indicado em adultos com idade igual ou superior a 18 anos com diabetes mellitus tipo 2 como adjuvante da dieta e do exercício para melhorar o controle da glicemia: - em doentes não controlados de forma adequada, com a dose máxima tolerada de metformina em monoterapia; - em associação com outros medicamentos hipoglicemiantes, incluindo insulina, em doentes não controlados de forma adequada com metformina e a estes medicamentos; - em doentes a receber tratamento com a associação de dapagliflozina e metformina em comprimidos separados. **Posologia:** **Forxiga** A dose recomendada é de 10 mg de dapagliflozina uma vez por dia, para monoterapia e terapêutica de associação combinada com outros medicamentos hipoglicemiantes incluindo insulina. Quando a dapagliflozina é utilizada em associação com a insulina ou um secretagogo da insulina, como a sulfonilureia, deve ser considerada uma dose mais baixa de insulina ou do secretagogo da insulina para reduzir o risco de hipoglicemia. **Xigduo:** Adultos com função renal normal (TFG ≥ 90 ml/min) *Para doentes não controlados de forma adequada com metformina em monoterapia ou metformina em associação com outros medicamentos hipoglicemiantes incluindo insulina:* A dose recomendada é um comprimido duas vezes por dia. Cada comprimido contém uma dose fixa de dapagliflozina e metformina. Doentes não controlados de forma adequada com metformina em monoterapia ou em associação com outros medicamentos hipoglicemiantes, incluindo insulina, devem receber uma dose diária total de Xigduo equivalente a 10 mg de dapagliflozina, mais a dose diária total de metformina, ou a dose terapêutica adequada mais próxima, já em utilização. Quando Xigduo é utilizado em associação com a insulina ou um secretagogo da insulina como a sulfonilureia, deve ser considerada uma dose mais baixa de insulina ou da sulfonilureia para reduzir o risco de hipoglicemia. *Para doentes que mudam de dapagliflozina e metformina em comprimidos separados:* Doentes que mudam de dapagliflozina (dose diária total 10 mg) e metformina em comprimidos separados para Xigduo, devem receber as mesmas doses diárias de dapagliflozina e metformina já utilizadas ou a dose terapêutica mais próxima e adequada de metformina. **Modo de administração:** **Forxiga** pode ser tomado por via oral, uma vez ao dia, a qualquer hora do dia com ou sem alimentos. Os comprimidos devem ser deglutidos inteiros. **Xigduo** deve ser administrado duas vezes por dia, com as refeições, para reduzir as reações adversas gastrointestinais associadas com metformina. **Populações especiais:** **Forxiga** A eficácia de dapagliflozina é dependente da função renal, e a eficácia é reduzida em doentes com compromisso renal moderado e provavelmente ausente em doentes com compromisso renal grave. Não é recomendada a utilização de **Forxiga** em doentes com compromisso renal moderado a grave. **Forxiga e Xigduo** Não é necessário qualquer ajuste de dose em doentes com compromisso renal ligeiro (TFG 60-89 ml/min). **Xigduo** A dose máxima diária de metformina é 3.000 mg e deve ser preferencialmente dividida em 2-3 doses diárias. Contudo, redução de dose pode ser considerada em relação ao declínio da função renal. Caso não esteja disponível uma dosagem adequada de Xigduo, devem utilizar-se os componentes individuais em separado em vez da combinação de dose fixa. A TFG deve ser avaliada antes do início do tratamento com medicamentos contendo metformina e, a partir daí, com uma frequência mínima anual. Nos doentes com maior risco de o compromisso renal continuar a evoluir e nos idosos, a função renal deve ser avaliada com maior frequência, p.ex., a cada 3-6 meses. Não se recomenda a utilização de Xigduo em doentes com TFG < 60 ml/min. A eficácia de dapagliflozina é dependente da função renal, e a eficácia é reduzida em doentes que têm compromisso renal moderado e provavelmente ausente em doentes com compromisso renal grave. **Forxiga** Não é necessário qualquer ajuste de dose em doentes com compromisso hepático ligeiro ou moderado. Em doentes com compromisso hepático grave, recomenda-se uma dose inicial de 5 mg. Se for bem tolerada, a dose pode ser aumentada para 10 mg. **Forxiga** Em geral, não é recomendado qualquer ajuste da dose baseado na idade. Deve ser tomado em consideração a função renal e o risco de depleção de volume. **Xigduo** Uma vez que a metformina é eliminada em parte pelos rins, e porque os doentes idosos são mais suscetíveis a ter a função renal diminuída, este medicamento deve ser usado com precaução à medida que a idade aumenta. É necessário monitorizar a função renal para prevenir a ocorrência de acidose láctica associada à metformina, em particular nos doentes idosos. Deverá ser considerado o risco de depleção de volume com a dapagliflozina. **Forxiga e Xigduo** A experiência terapêutica com dapagliflozina em doentes com idade igual ou superior a 75 anos é limitada, pelo que não se recomenda iniciar a terapêutica nesta população. **População pediátrica:** **Forxiga e Xigduo** A segurança e eficácia de dapagliflozina em crianças dos 0 até < 18 anos de idade não foram ainda estabelecidas. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes; **Xigduo** Qualquer tipo de acidose metabólica aguda (tal como acidose láctica ou cetocidose diabética); Pré-coma diabético; Insuficiência renal aguda (TFG < 30 ml/min); Situações agudas com potencial para alterar a função renal, tais como: desidratação, infecção grave, choque; Doença aguda ou crónica passível de causar hipoxia tecidual, tais como: insuficiência cardíaca ou respiratória, enfarte do miocárdio recente, choque; Compromisso hepático; Intoxicação alcoólica aguda, alcoolismo. **Advertências:** **Acidose láctica:** **Xigduo** Uma complicação metabólica muito rara, mas grave, que ocorre habitualmente com o agravamento agudo da função renal, com a doença cardiopulmonar ou com a sepsia. Com o agravamento agudo da função renal, dá-se uma acumulação de metformina que aumenta o risco de acidose láctica. Em caso de desidratação (diarreia ou vômitos graves, febre ou redução da ingestão de líquidos), o Xigduo deve ser temporariamente interrompido, recomendando-se contactar um profissional de saúde. Os medicamentos que podem comprometer a função renal de forma aguda (tais como anti-hipertensores, diuréticos e AINE) devem ser iniciados com precaução nos doentes tratados com metformina. Outros fatores de risco de acidose láctica são o consumo excessivo de álcool, insuficiência hepática, diabetes mal controlada, cetose, jejum prolongado e quaisquer situações associadas a hipoxia, assim como a utilização concomitante de medicamentos que possam provocar acidose láctica. Os doentes e/ou os cuidadores devem ser informados do risco de acidose láctica. A acidose láctica caracteriza-se por dispnéia acidótica, dor abdominal, câibras musculares, astenia e hipotermia, seguidas de coma. Se ocorrerem sintomas suspeitos, o doente deve parar de tomar Xigduo e procurar assistência médica imediata. Os resultados laboratoriais que permitem o diagnóstico são a diminuição do pH do sangue (< 7,35), o aumento das concentrações plasmáticas de lactato (> 5 mmol/l) e o aumento do hiato aniónico e do quociente lactato/piruvato. **Utilização em doentes com compromisso renal:** **Forxiga** A eficácia da dapagliflozina, um componente deste medicamento, é dependente da função renal, e a eficácia é reduzida em doentes com compromisso renal moderado e provavelmente ausente em doentes com compromisso renal grave. Recomenda-se a monitorização da função renal da seguinte forma: - Antes de iniciar o tratamento e depois pelo menos anualmente. - Antes de iniciar medicação concomitante que pode reduzir a função renal e depois periodicamente. - Para função renal próxima de compromisso renal moderado, pelo menos 2 a 4 vezes por ano. Se a função renal diminuir abaixo de ClCr < 60 ml/min ou eTFG < 60 ml/min/1,73 m², o tratamento tem que ser interrompido. **Xigduo** Não se recomenda a utilização em doentes com compromisso renal moderado a grave. Recomenda-se a monitorização da função renal da seguinte forma: - Antes do início do tratamento e depois com regularidade. - Para função renal com níveis de TFG próximas de compromisso renal moderado e em doentes idosos, pelo menos 2 a 4 vezes por ano. - Antes de iniciar medicação concomitante que pode reduzir a função renal e depois periodicamente. - Se a função renal diminuir abaixo de TFG < 60 ml/min, o tratamento deve ser interrompido. A metformina está contraindicada em doentes com TFG < 30 ml/min e deve ser temporariamente interrompida na presença de situações que alterem a função renal. **Forxiga e Xigduo** A diminuição da função renal em doentes idosos é frequente e assintomática. Recomenda-se precaução especial em situações em que a função renal pode ficar comprometida, por exemplo quando se inicia terapêutica com anti-hipertensores ou diuréticos ou quando se inicia tratamento com um fármaco AINE. **Depleção de volume, hipotensão e/ou desequilíbrio eletrolítico:** **Forxiga** Devido ao seu mecanismo de ação, a dapagliflozina aumenta a diurese associada a uma diminuição modesta na tensão arterial, que pode ser mais pronunciada em doentes com concentrações muito elevadas de glicose no sangue. **Forxiga e Xigduo** Não se recomenda a utilização deste medicamento em doentes tratados com diuréticos da ansa ou que tenham depleção de volume. Deverá ser tomada precaução em doentes para os quais a dapagliflozina ao induzir redução na tensão arterial pode representar um risco, tais como doentes com doença cardiovascular conhecida, doentes em terapêutica anti-hipertensiva com uma história de hipotensão ou doentes idosos. Para doentes tratados com este medicamento, no caso de situações intercorrentes que podem levar à depleção de volume, recomenda-se monitorização cuidadosa do estado do volume e eletrólitos. Recomenda-se interrupção temporária do tratamento com este medicamento para doentes que desenvolvam depleção de volume até a depleção estar corrigida. **Cetocidose diabética:** Deverá ser considerado risco de CAD no caso de ocorrerem sintomas inespecíficos como náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, sede excessiva, dificuldade respiratória, confusão, fadiga ou sonolência involuntárias. Se ocorrerem estes sintomas nos doentes devem ser imediatamente avaliados para cetocidose, independentemente do nível de glicemia. Nos doentes em que se suspeita ou se confirma CAD, o tratamento com dapagliflozina deve ser imediatamente descontinuado. O tratamento deve ser interrompido em doentes hospitalizados para realizar procedimentos cirúrgicos *major* ou no caso de doenças agudas graves. Em ambos os casos, o tratamento com dapagliflozina pode ser reiniciado uma vez estabelecida a condição do doente. Antes de iniciar dapagliflozina, devem ser tidos em consideração na história clínica do doente os fatores que possam predispor a cetocidose. Os doentes que podem estar em maior risco de CAD incluem doentes com uma baixa reserva funcional da cápsula beta (p.ex. doentes com diabetes tipo 2 com péptido C diminuído ou diabetes LADA ou doentes com história de pancreatite), doentes com condições que conduzam a restrição de ingestão alimentar ou desidratação grave, doentes para os quais as doses de insulina são reduzidas e doentes com aumentos nas necessidades de insulina devido a doença aguda, cirurgia ou abuso de álcool. Os inibidores do SGLT2 devem ser utilizados com precaução nestes doentes. **Infecções do trato urinário:** **Forxiga e Xigduo** A excreção urinária de glicose pode estar associada com um aumento do risco de infecção do trato urinário; pelo que, a interrupção temporária do tratamento deve ser considerada quando se tratam pielonefrite ou urosepsis. **Doentes idosos:** **Forxiga** Os doentes idosos são mais suscetíveis de ter compromisso da função renal e/ou de serem tratados com medicamentos anti-hipertensivos que podem causar alterações na função renal como os IECAs e os bloqueadores tipo 1 do receptor da angiotensina II. As recomendações são idênticas às da função renal e aplicam-se a doentes idosos bem como a todos os doentes. **Insuficiência cardíaca:** **Forxiga** A experiência na classe II da NYHA é limitada, e não existe experiência nas classes III-IV. **Utilização em doentes tratados com pioglitazona:** **Forxiga e Xigduo** Enquanto uma relação de causalidade entre a dapagliflozina e o cancro da bexiga foi pouco provável, como medida de precaução, não se recomenda a utilização deste medicamento em doentes tratados concomitantemente com pioglitazona. **Hematócrito elevado:** **Forxiga e Xigduo** Durante o tratamento com dapagliflozina foi observado um hematócrito aumentado; assim, justifica-se precaução em doentes já com hematócrito elevado. **Amputações dos membros inferiores:** **Forxiga e Xigduo** Em ensaios clínicos de longa duração a decorrer com outro inibidor SGLT2, foi observado um aumento dos casos de amputação de membros inferiores (principalmente dos dedos dos pés). Desconhece-se se isto constitui um efeito de classe. Tal como é recomendado para todos os doentes com diabetes é importante aconselhar os doentes sobre os cuidados preventivos de rotina dos pés. **Avaliações laboratoriais de urina:** **Forxiga e Xigduo** Devido ao seu mecanismo de ação, doentes a tomar este medicamento irão apresentar testes positivos para a glicose na sua urina. **Administração de meios de contraste iodados:** **Xigduo** Este medicamento deve ser interrompido antes, ou no momento da realização do procedimento imagiológico e só ser retomado pelo menos 48 horas depois, desde que a função renal tenha sido reavaliada e considerada estável. **Cirurgia:** **Xigduo** a utilização de Xigduo deve ser interrompida no momento da cirurgia com anestesia geral, espinal ou epidural. O tratamento só poder ser reiniciado pelo menos 48 horas após a cirurgia ou retoma da alimentação por via oral e desde que a função renal tenha sido reavaliada e considerada estável. **Alteração do estado clínico dos doentes com diabetes tipo 2 previamente controlada:** **Xigduo** A avaliação deverá incluir níveis de eletrólitos séricos e cetonas, glicemia e, se indicado, pH sanguíneo, lactato, piruvato e metformina. Se ocorrer qualquer forma de acidose, o tratamento deve ser imediatamente suspenso e iniciadas outras medidas corretivas apropriadas. **Lactose:** **Forxiga** Os comprimidos contêm lactose. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase Lapp ou malabsorção de glicose galactose não devem tomar este medicamento. **Interações:** **Forxiga** A dapagliflozina pode aumentar o efeito diurético da tiazida e dos diuréticos da ansa e pode aumentar o risco de desidratação e hipotensão. **Xigduo** Deve ser considerada uma monitorização cuidadosa do controle glicémico, o ajuste de dose dentro da posologia recomendada e a introdução de alterações no tratamento diabético quando são administrados concomitantemente medicamentos cationicos que são eliminados por secreção renal tubular. **Álcool:** Deve evitar-se o consumo de álcool e de medicamentos que contenham álcool. **Teste 1,5 AG:** Não se recomenda a monitorização do controle glicémico com o teste 1,5 AG dado que as determinações do 1,5 AG não são fiáveis na avaliação do controle glicémico em doentes a tomar inibidores SGLT2. **Efeitos indesejáveis:** **Forxiga e Xigduo** **Muito frequentes:** Hipoglicemia (quando utilizado com SU ou insulina); **Frequentes:** Vulvovaginite, balanite e infecções genitais relacionadas; Infecção do trato urinário; Tonturas; Erupção cutânea; Doralgia; Disúria; Polúria; Hematócrito aumentado; Clearance renal da creatina diminuída; Dislipidemia. **Pouco frequentes:** Infecção fúngica; Depleção de volume; Sede; Obstipação; Boca seca; Noctúria; Compromisso renal; Prurido vulvovaginal; Prurido genital; Creatinina aumentada; Ureia sérica aumentada; Peso diminuído. **Xigduo** **Muito frequentes:** Sintomas gastrointestinais; **Frequentes:** Alteração do paladar. **Muito raros:** Acidose Láctica; Carência de vitamina B12; Afecções da função hepática; Hepatite; Urticária; Eritema; Prurido. **Pede-se aos profissionais de saúde** que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas ao INFARMED, L.P. (Tel: +351217987373; Linha do medicamento: 800222444 (gratuita); Fax: +351217987397; mail: farmacovigilancia@infarmed.pt; internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoar.m>). **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** AstraZeneca AB, SE-151 85, Södertälje, Suécia. **Representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda., Rua Humberto Madeira, 7, Queluz de Baixo, 2730-097 Barcarena. **Informações revistas em novembro 2017. Para mais informações deverá contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado. Medicamentos sujeitos a receita médica. Medicamentos comparticipados pelo Escalão A (90% de comparticipação no regime geral e 95% de comparticipação no regime especial). Versão 8.0 (dezembro 2017).**

¹ Year-To-Date_and_Q3_2017_Results_Investor_Presentation.pdf consultado em https://www.astrazeneca.com/content/dam/az/PDF/2017/Q3/Year-To-Date_and_Q3_2017_Results_Investor_Presentation.pdf a 11/12/2017.

² Bailey CJ *et al.* Lancet 2010; 375 (9733): 2223-33.

HbA_{1c}: Hemoglobina Glicada; PAS: Pressão Arterial Sistólica; SGLT2: Cotransportador Sódio Glicose 2.

O inibidor do SGLT2 mais prescrito em todo o mundo¹

xigduo.
(metformina/dapagliflozina)

**1x dia
forxiga.**
(dapagliflozina) 10 mg comprimidos

NÃO ESPERAR. MOTIVAR.



**MENOS
GLICOSE.
MELHORES
RESULTADOS.**



Redução da HbA_{1c} até **1,32%** em 6 meses²



Redução de peso de **2,9 kg** em 6 meses^{2*}



Redução da PAS de **5,1 mmHg** em 6 meses^{2*}

* Forxiga® e Xigduo® não estão indicados na redução de peso ou na pressão arterial elevada. A variação no peso e na pressão arterial foi um *endpoint* secundário nos ensaios clínicos.

AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda
R. Humberto Madeira n.º 7 - Queluz Baixo - 2730-097 Barcarena
Contribuinte N.º PT 502 942 240 Capital Social: 1.500.000€

AstraZeneca

Ácidos gordos ômega-3 no tratamento da perturbação depressiva major no adulto: uma revisão baseada na evidência

Omega-3 fatty acids in the treatment of major depressive disorder in adults: an evidence based review

Vera Costa¹

¹ Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF São João, ACeS Aveiro Norte - Aveiro

RESUMO

Introdução: A perturbação depressiva major (PDM) é caracterizada por humor deprimido ou diminuição marcada do prazer/interesse nas atividades, juntamente com quatro ou mais sintomas, durante pelo menos duas semanas consecutivas. Atinge 7% da população ocidental, com elevado impacto a nível pessoal e social. A suplementação com ácidos gordos ômega-3 (AG Ω -3) pode ser um tratamento potencial. O objetivo desta revisão foi determinar a evidência do papel dos AG Ω -3 no tratamento da PDM no adulto.

Materiais e Métodos: Pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), metanálises (MA), revisões sistemáticas (RS) e ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC), publicados entre 01/01/2006 e 31/12/2015, nas línguas portuguesa, espanhola, francesa e inglesa, usando os termos MeSH “fatty acids, omega-3” e “depressive disorder, major”. Para atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR) foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados: Foram encontrados 141 artigos, dos quais 4 cumpriam os critérios de inclusão: 2 NOC e 2 MA. A Associação Americana de Psiquiatria (2010) e a Associação Canadiana de Psiquiatria (2009) recomendam os AG Ω -3 como tratamento adjuvante na PDM (NE 2). As MA concluíram que existe um efeito benéfico pequeno a moderado dos AG Ω -3 em comparação com placebo (NE 2).

Discussão: Os AG Ω -3 parecem ter um efeito benéfico (NE 2), contudo os estudos deveriam ter um desenho mais adequado.

Conclusão: Os AG Ω -3 podem ser recomendados como tratamento adjuvante de segunda linha na PDM (FR B).

Palavras-chave: Ácidos gordos ômega-3; perturbação depressiva major.

ABSTRACT

Introduction: Major depressive disorder (MDD) is characterized by a depressed mood or a marked decrease in pleasure/interest in activities, along with four or more symptoms, for at least two consecutive weeks. It affects 7% of the western population, generating high personal and social impact. Supplementation with omega-3 fatty acids may be a potential treatment. The objective of this review was to determine the evidence on the role of omega-3 fatty acids in the treatment of MDD in adults.

Materials and Methods: Research of clinical guidelines, meta-analyses, systematic reviews and randomized controlled trials published between 01/01/2006 and 31/12/2015, in Portuguese, Spanish, French and English, using the MeSH terms “fatty acids, omega-3” and “depressive disorder, major.” For the assignment of levels of evidence (LE) and recommendation forces (RF) the *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* scale from *American Family Physician* was used.

Results: One hundred and forty-one articles were found, four of which met the inclusion criteria: two guidelines and two meta-analyses. The American Psychiatric Association (2010) and the Canadian Psychiatric Association (2009) recommend omega-3 fatty acids as adjuvant treatment in MDD (LE 2). The meta-analyses concluded that there is a small to moderate beneficial effect of the omega-3 fatty acids, when compared to a placebo (LE 2).

Discussion: Omega-3 fatty acids appear to have a beneficial effect (LE 2), however the studies should have a more adequate design.

Conclusion: Omega-3 fatty acids may be recommended as adjuvant second-line treatment in MDD (RF B).

Keywords: omega-3 fatty acids; major depressive disorder.

INTRODUÇÃO

A perturbação depressiva major (PDM) é caracterizada por humor deprimido; diminuição marcada do prazer ou interesse em todas as atividades; perda ou ganho significativo de peso, ou alteração do apetite; insónia ou hipersónia; agitação ou lentidão psicomotora; fadiga ou letargia; sentimentos de inutilidade ou culpa inapropriados; disrupção da concentração e da tomada de decisões; e pensamentos recorrentes de morte.¹ O diagnóstico é feito pela presença de humor deprimido ou diminuição marcada do prazer ou interesse em todas as atividades, juntamente com quatro ou mais dos sintomas acima descritos, durante um período mínimo de duas semanas consecutivas, associada a comprometimento funcional e impossibilidade de atribuição dos sintomas a efeitos farmacológicos ou a outra patologia médica.¹

Estima-se que atinja 7% da população ocidental, tendo um elevado impacto a nível pessoal e social.¹ É responsável por 2,8% da carga de doença global em termos de anos de vida perdidos por incapacidade, segundo a Organização Mundial de Saúde, e projeções para 2030 sugerem um aumento para 6 a 7%.² Pode ser altamente debilitante e de difícil tratamento, apresentando uma elevada taxa de recorrência. Muitas vezes encontra-se associada a outras patologias como doença cardiovascular e perturbações de ansiedade.¹

Dada esta tendência crescente, há uma urgente necessidade de encontrar estratégias preventivas e tratamentos efetivos. As terapias farmacológicas e comportamentais apresentam apenas um nível modesto de eficácia. Os inibidores da recaptção da serotonina (SRI) produzem resposta em menos de 60% dos que completam um curso completo de farmacoterapia.³ Para além disso, os antidepressivos nem sempre são bem tolerados. Em ensaios clínicos randomizados, 30% dos indivíduos que iniciam terapêutica com SRI ou antidepressivos tricíclicos abandonam os estudos.⁴ Um dos tratamentos potenciais para a PDM é a suplementação com ácidos gordos ômega-3, tais como os ácidos eicosapentaenóico (EPA) e docosahexaenóico (DHA).⁵

Os ácidos gordos ômega-3 são ácidos gordos poliinsaturados, assim denominados devido ao posicionamento da primeira ligação dupla de carbono no terceiro átomo a partir da extremidade metilo da cadeia de acilo.^{5,6} Os ácidos gordos ômega-3 de cadeia longa (EPA e DHA) são derivados do ácido alfa-linolénico (ALA), um ácido gordo de cadeia curta, que não pode ser sintetizado pelo corpo humano e é, portanto, apenas obtido através da dieta.^{5,6} Por outro lado, apesar do EPA e DHA poderem ser sintetizados no organismo humano, a sua conversão biológica é lenta e ineficiente, pelo que a dieta também

se torna uma importante fonte destes ácidos gordos.⁷ As fontes nutricionais de ALA são sementes, como linhaça, e nozes, enquanto as de DHA e EPA são peixes gordos, marisco, algas marinhas e certos produtos animais, como ovos.^{6,8,9}

A ligação entre ácidos gordos ômega-3 e PDM foi sugerida pelo reconhecimento de que elevadas concentrações de ácidos gordos ômega-3 nas membranas celulares mostraram afetar a neurotransmissão de serotonina e dopamina.¹⁰ Para além disso, houve uma redução no consumo de peixe e na ingestão de ácidos gordos ômega-3 nas últimas décadas e um aumento dos sintomas depressivos, verificando-se uma associação negativa entre ambos.¹¹ Em estudos caso-controlo demonstraram-se baixos níveis de ácidos gordos ômega-3 nas membranas celulares de indivíduos deprimidos.^{12,13} Em ensaios clínicos randomizados, foram relatados efeitos benéficos da suplementação de ácidos gordos ômega-3 na PDM, em comparação com placebo.¹⁴ No entanto, nem todos os estudos relataram esses efeitos.¹⁵

Tendo em conta tais pressupostos, esta revisão tem como objetivo determinar a evidência científica existente sobre o papel dos ácidos gordos ômega-3 no tratamento da PDM no adulto.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa a 1 de agosto de 2016 de normas de orientação clínica (NOC), metanálises (MA), revisões sistemáticas (RS) e ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC), publicados entre 01 de janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2015, nas línguas portuguesa, espanhola, francesa e inglesa, nas bases de dados: *National Guideline Clearinghouse*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase*, *Cochrane Library*, *Dare*, *NICE*, *Bandolier*, Índice de revistas médicas portuguesas, *TRIP Database*, *SUMSearch* e *PubMed*. Foram utilizados os termos MeSH “*fatty acids, omega-3*” e “*depressive disorder, major*” e os respetivos descritores em saúde (DeCS). Os critérios utilizados para a inclusão dos artigos nesta revisão foram definidos segundo o Modelo PICO: População – doentes adultos com diagnóstico de Perturbação Depressiva Major; Intervenção – suplementação com ácidos gordos ômega-3 (EPA, DHA ou ambos); Comparação – placebo ou terapêutica com antidepressivos; Resultados – outcome principal: melhoria da sintomatologia avaliada pelas escalas de avaliação de sintomas depressivos (HDRS: *Hamilton Depression Rating Scale*, BDI: *Beck Depression Inventory*, MADRS: *Montgomery Åsberg Depression Rating Scale*, IDS-SR: *Inventory of Depressive Symptomology Self Report*; HSCL: *Hopkins Symptom Checklist*; GDS: *Geriatric Depression Scale*); outcome secundário: efeitos adversos.

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

RESULTADOS

Da pesquisa bibliográfica realizada, obtiveram-se 141 artigos. Pela leitura do título e/ou resumo, foram excluídos 85 por estarem repetidos e 40 por não cumprirem os critérios segundo o PICO definido. Desta forma, foram analisados integralmente 16 artigos, dos quais 8 foram excluídos por serem ECAC incluídos nas MA analisadas e 4 por não cumprirem os critérios de inclusão segundo o PICO definido (figura 1). Estes últimos eram ensaios

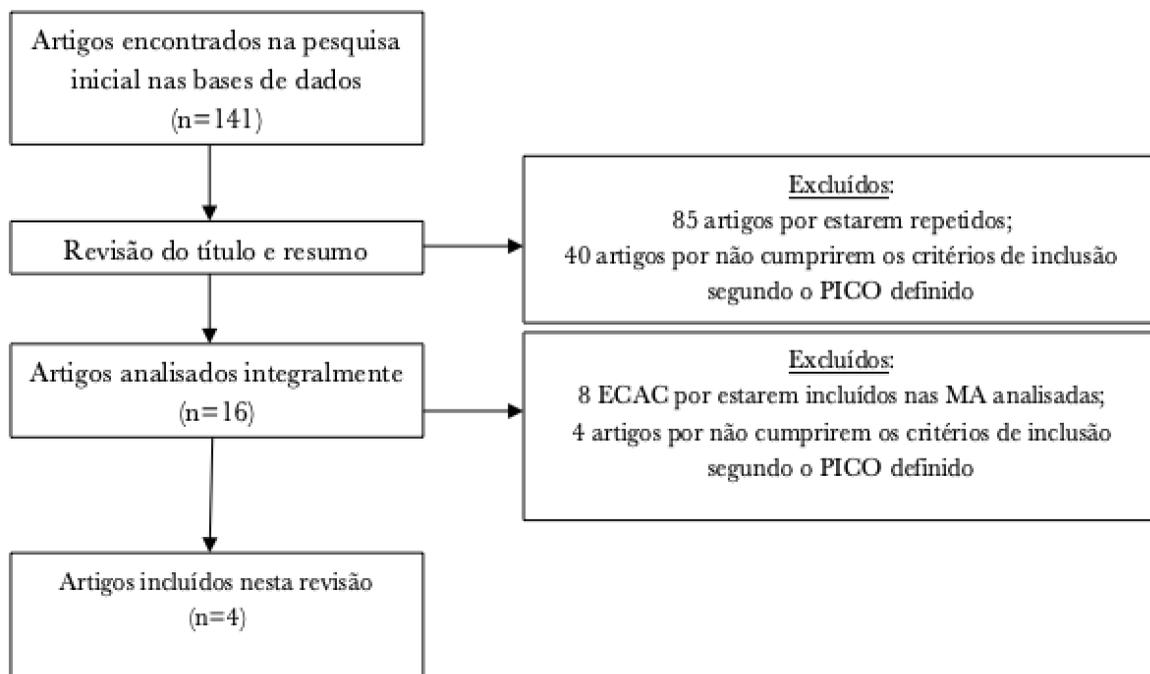
cujas populações estudadas diferiam da definida, nomeadamente crianças, grávidas e adultos com outras patologias psiquiátricas.

A descrição dos artigos incluídos encontra-se resumida nas tabelas I e II.

1. Normas de Orientação Clínica

A NOC da Associação Americana de Psiquiatria revista em 2010¹⁶ refere que, quando os pacientes com PDM não respondem à terapêutica isolada com antidepressivos, se podem utilizar estratégias com menor evidência de eficácia como terapia adjuvante, tais como os ácidos gordos ómega-3. Desta forma, esta recomendação deve ser aplicada com base em circunstâncias individuais, em indivíduos medicados com antidepressivos, mas que cumpram os critérios para diagnóstico de PDM.

Figura 1 - Organigrama da seleção dos artigos



Legenda: ECAC: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado; MA: Meta-análises

Tabela I - Normas de Orientação Clínica

Referência	Recomendação	NE
Gelenberg AJ, et al (2010) ¹⁶	Os AG Ω-3 são geralmente recomendados como terapêutica combinada em doentes já medicados com antidepressivos, mas que mantêm critérios para diagnóstico de PDM. É necessária maior evidência para recomendar o seu uso no tratamento agudo da PDM.	2

Cont. Tabela I - Normas de Orientação Clínica

Referência	Recomendação	NE
Ravindran AV, et al (2009) ¹⁷	Os AG Ω-3 são eficazes como terapia combinada (associados a antidepressivos) na PDM ligeira a moderada. Devem ser recomendados como tratamento adjuvante de segunda linha devido à falta de uso sistemático e de suporte clínico.	2

Legenda: AG Ω-3: Ácidos gordos ômega-3; ECAC: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado; FR: Força de Recomendação; MA: Meta-análises; NE: Nível de Evidência; PDM: Perturbação Depressiva Major.

Tabela II - Meta-análises

Referência	População	Métodos	Resultados	NE
Appleton KM, et al ¹⁸ (2015)	20 ECAC com 26 estudos	25 estudos (n=1438) AG Ω-3 Versus placebo (monoterapia ou terapia combinada) 4- 16 semanas	Benefício pequeno a modesto na sintomatologia depressiva (SMD -0.32; 95%CI -0.12,-0.52). Efeito não clinicamente relevante	2
		1 estudo (n=40) AG Ω-3 Versus Fluoxetina 20mg 8 semanas	Nenhuma diferença encontrada relativamente à sintomatologia depressiva (MD -0.70; 95%CI 5.88, 4.48)	2
Bloch MH, et al ¹⁹ (2012)	13 ECAC (n=731)	Ácidos gordos ômega-3 Versus Placebo (monoterapia ou terapia combinada) 4-16 semanas	Sem efeito significativo dos ácidos gordos ômega-3 no tratamento da PDM (SMD=0.11; 95%CI -0.04, 0.26; p=0.14)	2

Legenda: AG Ω-3: Ácidos gordos ômega-3; CI: Confidence Interval; ECAC: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado; MD: Mean Difference; NE: Nível de Evidência; PDM: Perturbação Depressiva Major; p: p-value; SMD: Standardised Mean Difference.

A NOC refere que os ácidos gordos ômega-3 podem ser recomendados como terapia adjuvante em perturbações do humor; uma vez que têm benefícios já bem estabelecidos para a saúde cardiovascular e os indivíduos com perturbações psiquiátricas estão sob maior risco de desenvolver obesidade e outros problemas metabólicos.

Esta norma baseia-se em ECAC em que foram utilizadas doses de 1 a 9g de ácidos gordos ômega-3, na sua maioria, como terapia adjuvante. A terapia adjuvante com EPA ou a combinação de EPA e DHA parece ser a mais eficaz na redução dos sintomas, com menos provas para a DHA isolada no tratamento da PDM. São necessários mais estudos para determinar o papel dos ácidos gordos ômega-3 em monoterapia isolada na PDM.

Os ECAC apresentam grande heterogeneidade no desenho (são utilizados diferentes tipos e dosagens de ácidos gordos ômega-3 e diferentes durações no segui-

mento) e têm alguns limites metodológicos, tais como problemas na aleatorização e ocultação, pelo que foi atribuído um NE 2, de acordo com a escala SORT.

A NOC da Associação Canadiana de Psiquiatria revista em 2009¹⁷ refere que os ácidos gordos ômega-3 são eficazes como terapia adjuvante na PDM ligeira e moderada, mas que devem ser recomendados como tratamento adjuvante de segunda linha devido à falta de uso sistemático e de suporte clínico. A NOC refere que formulações com concentrações maiores de EPA foram superiores ao placebo, mas aquelas com níveis superiores de DHA não o foram. Menciona que uma MA reportou resultados negativos, mas que estes foram atribuídos à heterogeneidade dos estudos incluídos, e que outras duas MA analisadas encontraram benefícios significativos dos ácidos gordos ômega-3 como monoterapia e terapia combinada com antide-

pressivos, mas estas incluíam nas suas análises doentes diagnosticados com depressão bipolar. Outros estudos mostraram resultados inconsistentes. Relativamente a possíveis efeitos adversos, os ácidos gordos ómega-3 são geralmente bem tolerados, com efeitos colaterais ligeiros, tais como diarreia, náuseas e paladar a peixe, os quais raramente causam descontinuação do tratamento.

A norma baseia-se em ECAC e MA com NE 2 de acordo com a escala SORT, uma vez que os ensaios incluídos têm alguns problemas de metodologia, nomeadamente na descrição do método de aleatorização e ocultação.

2. Meta-análises

A MA de *Appleton KM, et al* (Cochrane Review)¹⁸, publicada em 2015, teve como principal objetivo avaliar os efeitos dos ácidos gordos ómega-3 na PDM em adultos. Foram incluídos apenas ECAC, tendo como participantes adultos com PDM, excluindo-se pacientes com outras perturbações depressivas como diagnóstico primário. Os pacientes podiam ter outras comorbidades (físicas, como por exemplo insuficiência cardíaca congestiva, ou psiquiátricas, como ansiedade) e fazer outras terapêuticas para a PDM, como antidepressivos. Assim, foram incluídos estudos em que os pacientes fizeram suplementação com ácidos gordos ómega-3 em monoterapia ou como terapia combinada com antidepressivos, independentemente do tipo e fonte de ácidos gordos ómega-3 (ALA, DHA, EPA, qualquer combinação destes, peixe, sementes, entre outros) e da dose, duração e forma (cápsulas ou alimentos) de suplementação. Foram incluídos 20 ECAC, totalizando 26 estudos/comparações. Destes, 25 estudos, envolvendo um total de 1438 participantes, investigaram o impacto da suplementação com ácidos gordos ómega-3 em comparação com a toma de placebo. A suplementação com ácidos gordos ómega-3 resultou num benefício pequeno a modesto para a sintomatologia depressiva: *standardised mean difference* (SMD) de -0.32 (95% *confidence interval* (CI): -0.12 a -0.52; 25 estudos; 1373 participantes), mas este efeito não parece ser clinicamente relevante (uma SMD de 0.32 representa uma diferença entre os grupos de apenas de 2.2 pontos na *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) de 17 itens (95%CI: 0.8 a 3.6). Os intervalos de confiança incluem um possível efeito clinicamente importante, mas também um possível efeito negligenciável. O número de indivíduos que relataram efeitos adversos foi semelhante entre os grupos (odds ratio (OR) de 1.24, 95%CI: 0.95 a 1.62; 19 estudos, 1207 participantes), o intervalo de confiança pode incluir um aumento ou uma diminuição

dos eventos adversos com os ácidos gordos ómega-3. Nesta MA, um estudo envolvendo 40 participantes investigou o impacto da suplementação com ácidos gordos ómega-3 em comparação com terapêutica antidepressiva (fluoxetina 20mg) durante 8 semanas. Este estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação à sintomatologia depressiva (*mean difference* (MD) de -0.70 (95%CI: -5.88 a 4.48) e não foram relatados efeitos adversos.

Os autores desta MA concluíram que não há evidência de elevada qualidade e suficiente para determinar os efeitos dos ácidos gordos ómega-3 no tratamento na PDM em adultos. Os autores graduaram a qualidade de evidência como baixa a muito baixa, devido à parca qualidade dos estudos em termos metodológicos. Desta forma e de acordo com a escala SORT, foi atribuída um NE de 2 a esta MA.

A MA de *Bloch MH, et al*¹⁹, publicada em 2012, inclui ECAC que examinaram a eficácia dos ácidos gordos ómega-3 em adultos com PDM. Foram incluídos participantes com outras comorbidades (por exemplo: doença cardíaca ou doença de Parkinson), grávidas e pacientes com sintomas depressivos que eram acompanhados apenas em contexto de cuidados de saúde primários, sem o diagnóstico formal da psiquiatria, sendo excluídos os que tinham sintomatologia depressiva no contexto de outra perturbação psiquiátrica primária, como perturbação bipolar ou esquizofrenia. Os ensaios em que foram iniciados agentes farmacológicos de reconhecida eficácia ao mesmo tempo que os ácidos gordos ómega-3 foram excluídos.

Esta MA incluiu 13 ECAC, com 31 participantes, que compararam os ácidos gordos ómega-3 ao placebo no tratamento da PDM. Quatro estudos reportaram um benefício significativo dos ácidos gordos ómega-3 no tratamento da depressão e nove estudos não reportaram diferenças entre os ácidos gordos ómega-3 e o placebo. A MA mostrou não haver um efeito significativo dos ácidos gordos ómega-3 na depressão (SMD de 0.11, 95%CI: -0.04 a 0.26, p=0.140).

De igual forma, excluindo os dois ECAC em que os participantes não tinham o diagnóstico formal de PDM pela psiquiatria e eram acompanhados em cuidados de saúde primários, os resultados foram semelhantes (SMD de 0.07, 95%CI: -0.12, 0.27, p=0.450). Não foram encontradas diferenças significativas nas estimativas de eficácia dos ácidos gordos ómega-3 baseado no facto destes serem usados em monoterapia ou como terapia combinada. A estimativa do efeito, quando foram usados em monoterapia, foi de 0.20 (95%CI: 0 a 0.39) e quando foram usados adicional-

mente a farmacoterapia foi de -0.02 (95%CI: -0.26 a 0.22). A análise de meta-regressão demonstrou não haver diferenças estatisticamente significativas na eficácia dos ácidos gordos ômega-3 com base nas doses de EPA e DHA utilizadas nas preparações.

Os autores desta MA concluíram que os ácidos gordos ômega-3 têm pequeno benefício, não significativo no tratamento da PDM. Eles verificaram que os ensaios que mostraram um pequeno efeito positivo tinham vieses de publicação e o ajustamento estatístico para os mesmos eliminou a maioria do benefício dos ácidos gordos ômega-3 observado.

Os autores desta MA relatam que alguns dos ensaios incluídos tinham problemas metodológicos, sendo de baixa qualidade (JADAD de 3), pois ou não relatavam os métodos de randomização e de ocultação ou estes eram inapropriados e, como referido, apresentavam possíveis vieses de publicação. Por conseguinte, de acordo com a escala SORT, foi atribuída um NE de 2 a esta MA.

DISCUSSÃO

A suplementação com ácidos gordos ômega-3 parece ter efeito neutro ou ligeiramente benéfico, contudo pouco importante clinicamente, nos sintomas depressivos associados à PDM. A maioria dos ensaios clínicos avaliou o papel da suplementação com ácidos gordos ômega-3 em pacientes com diagnóstico de PDM medicados com antidepressivos e que, apesar da terapêutica otimizada, mantinham critérios para PDM, avaliando-o, assim, como terapia adjuvante. Os poucos ensaios que compararam a eficácia da suplementação com ácidos gordos ômega-3 em monoterapia contra placebo tiveram resultados negativos, não se verificando benefícios com a suplementação. Contudo, através de ensaios clínicos com antidepressivos, sabe-se que a depressão é uma condição com uma elevada taxa de resposta ao placebo: taxa de resposta média de 30 a 40% com o placebo versus 70% com o uso de antidepressivos.²⁰ Adicionalmente verificou-se que não ocorreu maior relato de efeitos adversos com a suplementação com ácidos gordos ômega-3 quando comparados com o placebo, contrariamente ao que está relatado com o uso de antidepressivos.²¹

Os estudos são muito heterogêneos entre si, variando na forma de suplementação (cápsulas ou alimentos), na dose e tipo de ácidos gordos ômega-3, assim como na duração dos ensaios clínicos. Dos estudos analisados parece haver um maior benefício com os suplementos à base de EPA, no entanto, não havendo diferenças relativamente às doses usadas. Os ensaios

clínicos incluídos nas MA tiveram uma duração curta, de 4 a 16 semanas, o que parece ser insuficiente para se tirar conclusões de eficácia de um tratamento neste tipo de patologia.²²

Com base nestes estudos e perante os resultados limitados e de baixa robustez e evidência, as Associações Americana e Canadiana de Psiquiatria referem que, quando os pacientes com PDM não respondem a terapêuticas de eficácia reconhecida, tais como com antidepressivos, se podem utilizar, de forma individualizada, estratégias com menor evidência de eficácia como terapia adjuvante. Assim, os ácidos gordos ômega-3 podem ser recomendados como tratamento adjuvante de segunda linha, nos doentes medicados com antidepressivos, mas que ainda cumprem os critérios para PDM. (Força de Recomendação B).

CONCLUSÃO

Com esta revisão conclui-se que os ácidos gordos ômega-3 podem ser recomendados como tratamento adjuvante de segunda linha na PDM (Força de Recomendação B).

São necessários mais estudos, ensaios clínicos aleatorizados e controlados com metodologia adequada para determinar o papel dos ácidos gordos ômega-3 como monoterapia e em combinação na PDM.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, 5th edition, Washington DC, 2013.
2. World Health Organization. Global Burden of Disease. “Global Health estimates 2014 summary tables: DALY by cause, age and sex, 2000-2012.” Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html acessado pela última vez a 8 de agosto de 2018.
3. Geddes, JR, Freemantle, N, Mason, J, Eccles, M, Boynton, J. “SSRIs versus other antidepressants for depressive disorder.” *Cochrane Database Syst Rev*. vol. 2, 2000, doi: 10.1002/14651858.CD001851.
4. Anderson, IM. “Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability.” *J Affect Disord*, vol. 58, no. 1, 2000, pp. 19–36, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10760555>.
5. Haag, M. “Essential fatty acids and the brain.” *Can J Psychiatry*, vol. 48, no. 3, 2003, pp. 195-

- 203, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12728744>.
6. Ruxton, CHS. Calder, PC. Reed, S. "The impact of long chain n-3 polyunsaturated fatty acids on human health." *Nutr Res Rev*, vol. 18, 2005, pp. 113-129, doi: 10.1079/NRR200497.
 7. Ma, J. Folsom, AR. Eckfeldt, JH. "Short- and long-term repeatability of fatty acid composition of human plasma phospholipids and cholesterol esters. The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study Investigators." *Am J Clin Nutr*, vol. 62, 1995, pp. 572-578, doi: 10.1093/ajcn/62.3.572.
 8. British Nutrition Foundation. "BNF Briefing paper: n-3 fatty acids and health." London, 1999. Disponível em: <https://www.nutrition.org.uk/bnf-publications/briefingpapers/n-3-fatty-acids-and-health.html>. Consultado: 6 de junho 2018.
 9. James, MJ. Gibson, RA. Cleland, LG. "Dietary polyunsaturated fatty acids and inflammatory mediator production." *Am J Clin Nutr*, vol. 71, no. 1, 2000, pp. 343-348, doi: 10.1093/ajcn/71.1.343s.
 10. Chalon, S. "Omega-3 fatty acids and monoamine neurotransmission." *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, vol. 75, no.4-5, 2006; pp. 259-69, doi: 10.1016/j.plefa.2006.07.005.
 11. Hibbeln, JR. "Fish consumption and major depression." *Lancet*, vol. 351, no. 9110, 1998, p. 1213, doi: 10.1016/S0140-6736(05)79168-6.
 12. Maes, M. et al. "Fatty acid composition in major depression: decreased omega 3 fractions in cholesteryl esters and increased C20: 4 omega 6/C20:5 omega 3 ratio in cholesteryl esters and phospholipids." *J Affect Disord*, vol. 38, no. 1, 1996, pp. 35-46, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8735157>.
 13. Peet, M. Murphy, B. Shay, J. Horrobin, D. "Depletion of omega-3 fatty acid levels in red blood cell membranes of depressive patients." *Biol Psychiatry*, vol. 43, no. 5, 1998, pp. 315-319, doi: 10.1016/S0006-3223(97)0020.
 14. Nemets, B. Stahl, Z. Belmaker, RH. "Addition of omega-3 fatty acid to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depressive disorder." *Am J Psychiatry*, vol. 159, 2002, pp. 477-479, doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.477.
 15. Grenyer, BFS. Crowe, T. Meyer, B. et al. "Fish oil supplementation in the treatment of major depression: a randomised double-blind placebo-controlled trial." *Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry*, vol. 31, no. 7, 2007, pp. 393-6, doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.06.004.
 16. Gelenberg, AJ. Freeman, CMP. Markowitz, JC. Rosenbaum, JF. Thase, ME. Trivedi, MH. Van Rhoads, RS. "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Third Edition." *American Psychiatric Association*, vol. 157, no. 4, 2010, pp. 1-45, https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf.
 17. Ravindran, AV. Lam, RW. Filteau, MJ. Lespérance, F. Kennedy, SH. Parikh, SV. Patten, SB. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. V. Complementary and alternative medicine treatments." *J Affect Disord*, vol. 117, no. 1, 2009, pp. 54-64, doi: 10.1016/j.jad.2009.06.040.
 18. Appleton, KM. Sallis, HM. Perry, R. Ness, AR. Churchill, R. "Omega-3 fatty acids for depression in adults." *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 5, no. 11, doi: 10.1002/14651858.CD004692.pub4.
 19. Bloch, MH. Hannestad, J. "Omega-3 fatty acids for the treatment of depression: systematic review and meta-analysis." *Mol Psychiatry*, vol. 17, no. 12, 2012, pp. 1272-82. doi: 10.1038/mp.2011.100.
 20. Sonawalla, SB, Rosenbaum, JF. "Placebo response in depression." *Dialogues Clin Neurosci*, vol. 4, no. 1, 2002, pp. 105-113, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181672/>.
 21. Cartwright. C. Gibson, K. Read, J. Cowan, O. Dehar, T. "Long-term antidepressant use: patient perspectives of benefits and adverse effects." *Patient Prefer Adherence*, vol. 28, no. 10, 2016, pp. 1401-7, doi: 10.2147/PPA.S110632.
 22. Quitkin, FM. Rabkin, JG. Ross, D. McGrath, PJ. "Duration of antidepressant drug treatment. What is an adequate trial?" *Arch Gen Psychiatry*, vol. 41. No. 3, 1984, pp. 238-45, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6367689>.

CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declara não possuir conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Vera Costa

Rua de Sourzac – Gândara, 3720-693 S. Roque, Oliveira de Azeméis

E-mail: veracosta88@gmail.com ; vjocosta@arsnorte.min-saude.pt

O uso da metformina na diabetes gestacional – Qual a evidência da segurança fetal?

The use of metformin in gestational diabetes - What is the evidence of fetal safety?

Ana Rita Luz¹, Mafalda Oliveira¹, Maria João Gonçalves¹

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

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento da incidência da diabetes gestacional (DG). O tratamento farmacológico preconizado é a insulina, contudo recentemente tem-se discutido a utilização da metformina. Pretende-se com este trabalho rever a evidência acerca da segurança fetal da metformina no tratamento da DG.

Materiais e métodos: Pesquisa de metanálises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos aleatorizados controlados e estudos observacionais publicados entre 01/09/2011 e 30/09/2016, em bases de dados MEDLINE e outras plataformas de medicina baseada na evidência, utilizando os termos MeSH: Diabetes, Gestational/therapy; Pregnancy e Metformin.

Resultados: Dos 163 artigos encontrados selecionaram-se uma revisão sistemática, quatro metanálises e três guidelines. A revisão sistemática mostra haver diminuição significativa da hipoglicemia neonatal nos recém-nascidos no grupo da metformina, assim como três das metanálises. Uma metanálise refere idade gestacional ao nascimento significativamente inferior e uma diminuição estatisticamente significativa do peso ao nascimento no grupo da metformina. Noutra metanálise observa-se uma diminuição significativa de peso excessivo para a idade gestacional nos recém-nascidos filhos de mães medicadas com metformina. Todas as metanálises não mostraram diferenças significativas em relação à presença de defeitos congénitos, ao índice de APGAR ou à mortalidade fetal.

Discussão e conclusão: No tratamento da DG, a utilização de metformina, quando comparada à insulina, mostrou-se benéfica no que se refere à diminuição dos riscos de hipoglicemia neonatal e de recém-nascidos grandes para a idade gestacional. Não houve diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à mortalidade fetal, à presença de defeitos congénitos e ao índice de APGAR (SORT B). São necessários mais estudos que avaliem e esclareçam os efeitos fetais da metformina a longo prazo.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, metformina, gravidez, segurança fetal

ABSTRACT

Introduction: In recent decades there has been an increase in the incidence of gestational diabetes (GD). The recommended pharmacological treatment is insulin. However, the use of metformin has recently been discussed. The aim of this paper is to review the evidence on fetal safety of metformin in the treatment of GD.

Methods: Research of metaanalysis, systematic reviews, randomized controlled trials and observational studies published between 1st September 2011 and 30th September 2016 in MEDLINE databases and other evidence-based medicine platforms using the MeSH terms: Diabetes, Gestational/therapy; Metformin; Pregnancy; Fetal safety.

Results: From 163 articles found, one systematic review, four metaanalysis and three guidelines were selected. The systematic review shows a significant decrease in neonatal hypoglycemia in the metformin group, similarly to three of the four metaanalysis. A metaanalysis indicates a significantly lower gestational age at birth and a significant decrease in birth weight in the metformin group. Another metaanalysis reveals a significant decrease in excessive weight for gestational age in the metformin group. There are no significant differences concerning the presence of congenital defects, APGAR index or fetal mortality in all metaanalysis.

Discussion and conclusion: It was proven that the use of metformin in the treatment of GD was beneficial when compared to insulin regarding the decrease of the risk of neonatal hypoglycemia and of the number of large newborns for gestational age, without a significant difference respecting fetal mortality, congenital defects and APGAR index (SORT B). Further studies are needed to assess and clarify the long-term metformin fetal effects.

Keywords: Gestational diabetes, metformin, pregnancy, fetal safety

INTRODUÇÃO

A diabetes gestacional (DG) é definida por uma intolerância à glicose, diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não consequente a uma diabetes *mellitus* (DM) já presente anteriormente. Esta patologia tem sido associada a diversas complicações fetais, como a macrosomia (peso ao nascimento >4000g), aumento do risco de nados-mortos, traumatismo do recém-nascido no parto, aumento do risco de cesarianas e hipoglicemia fetal. No entanto, é reconhecido que um bom controlo metabólico da glicemia materna durante a gravidez reduz estes efeitos adversos. Para além disto, a par do que tem acontecido com a DM tipo 2, tem-se verificado um aumento da DG nas últimas décadas.¹⁻⁴

Tipicamente o tratamento de primeira linha envolve a modificação dos hábitos alimentares e prática de exercício físico. Nas mulheres em que esta abordagem não é suficiente, o tratamento farmacológico preconizado é a insulina. Porém, além das dificuldades inerentes à sua utilização, a terapêutica com insulina pode levar ao aumento do risco de hipoglicemia neonatal e ao aumento de peso fetal ao nascimento.^{1,5}

Recentemente tem-se discutido a possibilidade de recorrer à metformina, fármaco habitualmente usado como terapêutica de primeira linha na DM tipo 2, como alternativa à insulina, no controlo da DG. A possibilidade de efeitos adversos fetais com o uso de metformina tem sido alvo de vários estudos.¹⁻⁸ Pretende-se com este trabalho rever a evidência acerca da segurança fetal da metformina no tratamento da DG.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de artigos, nomeadamente meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos aleatorizados e controlados, estudos observacionais e guidelines nas bases de dados MEDLINE, The Cochrane Database, National Guideline Clearinghouse, NICE, TRIP Database e em referências bibliográficas dos artigos selecionados. Todos os artigos incluídos foram publicados em português, inglês e espanhol, entre setembro de 2011 e setembro de 2016. Durante a pesquisa foram utilizados os termos MeSH “*Diabetes, Gestational/therapy*” AND “*Pregnancy*” AND “*Metformin*”.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão:

- Grávidas diagnosticadas com DG e medicadas com metformina, em comparação com grávidas diagnosticadas com DG e medicadas com insulina;

- Resultados contendo informação sobre a segurança fetal da metformina.

Foram aplicados os seguintes critérios de exclusão:

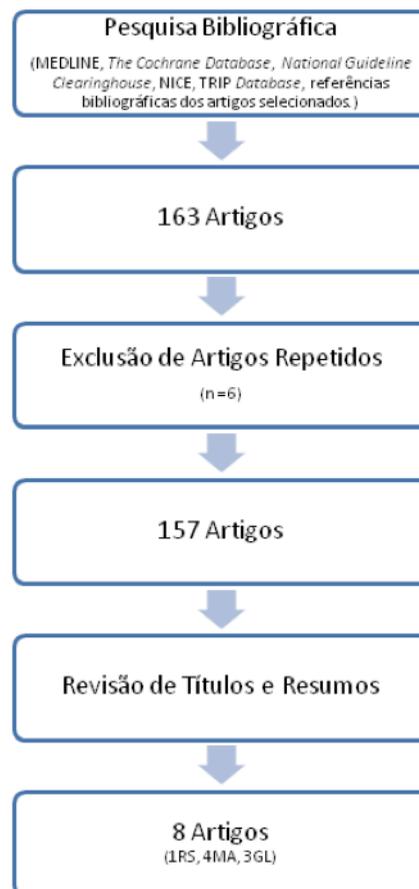
- Artigos cuja população alvo eram grávidas com DM tipo 2;
- Artigos sem a comparação do uso da metformina com o uso da insulina em grávidas com DG;
- Artigos em que metformina foi utilizada como tratamento para mulheres grávidas com síndrome de ovário poliquístico.

Desta pesquisa bibliográfica realizada resultaram 163 artigos, dos quais 6 artigos repetidos foram excluídos, tendo-se selecionado, após leitura dos títulos e resumos, 8 artigos (4 MA, 1 RS e 3 *guidelines*).

Na avaliação do nível de evidência e atribuição de força de recomendação foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Academy of Family Physicians*.

O esquema resumido de seleção dos artigos pode ser visualizado no fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Resultados da pesquisa bibliográfica



RESULTADOS

A meta-análise de Butalia S.⁵, de 2016, incluiu 16 ensaios clínicos aleatorizados e controlados, com uma amostra de 2165 grávidas e comparou o uso de metformina com o de insulina em grávidas com DG ou diabetes mellitus, em termos de resultados maternos e neonatais. No grupo de grávidas submetido a metformina, observou-se uma diminuição estatisticamente significativa do risco de hipoglicemia neonatal e do peso excessivo para a idade gestacional, em relação ao grupo que usou insulina; não houve diferença estatisticamente significativa para a idade gestacional ao nascimento, a presença de defeitos congênitos, o índice APGAR e a mortalidade fetal.

Kitwitee P. *et al.*¹, publicaram em 2014 uma meta-análise que incluiu 8 ensaios clínicos aleatorizados e controlados, com uma amostra de 1712 grávidas diagnosticadas com DG, comparando o uso de metformina ao de insulina. Demonstraram, de forma semelhante à meta-análise anterior, diminuição estatisticamente significativa do risco de hipoglicemia neonatal e ainda do número de admissões na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Ainda em concordância com a meta-análise descrita anteriormente, não se observou diferença estatisticamente significativa relativamente ao peso ao nascimento, à presença de defeitos congênitos, ao índice APGAR e à mortalidade fetal.

Em 2014 Genxia L. *et al.*², incluíram na sua meta-análise 11 ensaios clínicos aleatorizados e controlados a que correspondeu um tamanho amostral de 2712 grávidas diagnosticadas com DG. Conclui-se a ocorrência de uma diminuição estatisticamente significativa de parâmetros como o risco de hipoglicemia neonatal, o peso ao nascimento e o número de admissões na UCI e não existiram diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao peso excessivo para a idade gestacional, ao parto prematuro e à presença de defeitos congênitos.

A última meta-análise incluída nesta revisão é a de Gui J. *et al.*³, de 2012, que incluiu 6 ensaios clínicos aleatorizados e controlados, com uma população de 1270 grávidas. Os resultados mostraram não haver diferenças estatisticamente significativas para parâmetros como o risco de hipoglicemia neonatal, o peso ao nascimento, o número de admissões na UCI, a presença de defeitos congênitos, o índice APGAR e a mortalidade fetal. Foi a única publicação na qual se verificou um aumento estatisticamente significativo do número de partos pré-termo no grupo submetido a metformina.

Da revisão sistemática de 2014⁴, fazem parte 7 ensaios clínicos aleatorizados e controlados e a amostra é

constituída por 1514 grávidas. Nesta, apurou-se uma diminuição estatisticamente significativa do risco de hipoglicemia neonatal em recém-nascidos cujas mães foram medicadas com metformina durante a gravidez. Não houve diferenças estatisticamente significativas para o peso ao nascimento e para a presença de defeitos congênitos. Um artigo incluído mostrou um possível aumento do número de partos pré-termo no grupo de grávidas medicadas com metformina.

No que concerne aos mais recentes pareceres das sociedades científicas, a *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*⁶ advoga em 2015 que a escolha de farmacoterapia hipoglicemiante para mulheres com DG (que pode incluir insulina e/ou agentes orais - metformina e glibenclamida), deve ser individualizada, de acordo com o perfil glicêmico e a aceitação da mulher. Em 2013, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia⁷, refere que a insulina e os agentes hipoglicemiantes orais (por exemplo, metformina e glibenclamida) são igualmente efetivos e adequados como farmacoterapia de primeira linha. A Sociedade de Endocrinologia em 2013⁸ afirma que o uso de metformina em grávidas deverá constituir uma opção quando o controlo glicêmico satisfatório não é obtido com medidas dietéticas e estas recusam ou apresentam contra-indicação ao uso de insulino-terapia ou à toma de glibenclamida, excetuando no primeiro trimestre de gestação.

DISCUSSÃO

A restrição da pergunta de investigação à avaliação da segurança fetal da metformina na DG, prende-se, por um lado, com a eliminação de possíveis vieses de confundimento, passíveis de estarem presentes ao incluir grávidas com DM diagnosticada previamente. Por outro lado, está em consonância com o que posteriormente veio indicar o Consenso “Diabetes Gestacional: Atualização, de 2017”, com a possível adequabilidade de uma abordagem das grávidas com DG a nível dos Cuidados de Saúde Primários.

O uso da metformina no tratamento da DG, quando comparado ao uso de insulina, mostrou levar a uma diminuição do risco de hipoglicemia neonatal e do número de recém-nascidos com peso excessivo para a idade gestacional, sem diferenças significativas na mortalidade fetal, na presença de defeitos congênitos e no índice APGAR (SORT B). Uma das meta-análises avaliadas referiu o potencial da metformina aumentar o número de partos pré-termo. Estes resultados são corroborados pela American Diabetes Association na sua publicação de 2018.⁹

Em todas as meta-análises e revisões sistemáticas incluídas atribuiu-se um nível de evidência 2, exceto a de Gui J. *et al.*³, com um nível de evidência 1, considerando a qualidade dos artigos incluídos.

Existem estudos de seguimento que acompanham e avaliam filhos de mulheres medicadas com metformina durante a gravidez. Estes demonstraram não haver diferenças estatisticamente significativas entre estas crianças e aquelas cujas mães foram submetidas a insulino-terapia, designadamente no que respeita a parâmetros antropométricos e no desenvolvimento motor, social e linguístico.³

A Sociedade Portuguesa de Diabetologia em 2016¹⁰ considerou existir evidência científica da segurança e eficácia da utilização de metformina durante a gravidez. Já em 2017, o Colégio Americano de Obstetrícia e de Ginecologia posicionou mais uma vez a metformina como um fármaco alternativo em situações de recusa da grávida ou de contra-indicação ao uso de insulino-terapia. O Consenso “Diabetes Gestacional: Atualização, de 2017”, contou com a participação de várias Sociedades Portuguesas, um grupo de trabalho extenso e diferentes especialistas médico. Este consenso colocou a metformina, a par da insulina, como opção terapêutica na DG, corroborando os resultados apresentados nesta publicação.

Ainda que os resultados se baseiem principalmente em metanálises, constituem possíveis limitações da bibliografia subjacente a esta revisão o facto de não haver menção ao momento na gestação em que houve o diagnóstico de DG, aos critérios de diagnóstico de DG, à dose de metformina usada, nem à sua dose cumulativa ao longo da gravidez, que se relacionará com o tempo de exposição a este fármaco.

CONCLUSÃO

Tendo em conta a evidência atualmente disponível, os autores consideram pertinente a realização de estudos bem desenhados, com um tamanho amostral adequado, isto é, que permita extrapolar conclusões para a população, aleatorizados e controlados, que comparem o uso de metformina ao de insulina na DG. Reconhecem também a importância da publicação futura de mais trabalhos de seguimento, que avaliem e comparem a evolução dos descendentes de mulheres medicadas durante a gravidez com metformina, face àqueles cujas mães foram submetidas a insulino-terapia durante a gravidez.

Presentemente, a evidência científica atual confere à metformina um perfil sobreponível ou favorável, comparativamente à insulina, no que concerne à se-

gurança fetal, tornando-a uma opção terapêutica real na abordagem da DG. Esta mudança de paradigma é passível de contribuir para uma aproximação da abordagem da DG aos Cuidados de Saúde Primários.

REFERÊNCIAS

1. Kitwitee, P. et al. “Metformin for the treatment of gestational diabetes: An updated meta-analysis.” *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 109, no. 3, 2015, pp. 521-32, doi:10.1016/j.diabres.2015.05.017.
2. Genxia, L. et al. “Effect comparison of metformin with insulin treatment for gestational diabetes: a meta-analysis based on RCTs.” *General Gynaecology*, vol. 292, no. 1, 2014, pp. 111-20, doi: 10.1007/s00404-014-3566-0.
3. Gui, J. Liu, Q. Feng, L. “Metformin vs Insulin in the Management of Gestational Diabetes: A Meta-Analysis.” *PLOS ONE*, vol. 8, no. 5, 2013, doi: 10.1371/journal.pone.0064585.
4. Singh, K. Rahimpana, F. Barclay, M. “Metformin for the management of gestational diabetes mellitus – A literature review.” *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 55, no. 4, pp. 303-308, 2015, doi: 10.1111/ajo.12311.
5. Butalia, S. et al. “Systematic Review or Meta-analysis Short- and long-term outcomes of metformin compared with insulin alone in pregnancy: a systematic review and meta-analysis.” *Diabetic Medicine*, vol. 34, no. 1, pp. 27-36, 2016, doi: 10.1111/dme.13150.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. “Diabetes in Pregnancy: Management of Diabetes and Its Complications from Preconception to the Postnatal Period - National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health (UK)”, 2015.
7. ACOG. “*Gestational Diabetes Mellitus*” 2013, doi: 10.1097/01.AOG.0000433006.09219.fl.
8. Blumer, I. et al. “Diabetes and Pregnancy: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline”, *JCEM*, vol. 98, no. 11, pp. 4227-4249, 2013, doi: 10.1210/jc.2013-2465.
9. American Diabetes Association. “Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes”, *Diabetes Care*, vol. 41, S137-S143, 2018, doi: 10.2337/dc18-S013.
10. Sociedade Portuguesa de Diabetologia et al. “Diabetes Gestacional: Atualização 2017”, *Revista Portuguesa de Diabetes*, vol. 12. no. 1, pp. 24-38, 2017.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a ausência de conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Ana Rita Luz
Rua Antônio Gustavo Moreira, 211, 3º d.to f.te, 4400-660 Vila Nova de Gaia;
E-mail: anarita.luzg@gmail.com

Duas semanas de primavera dinamarquesa

Two weeks of danish spring

João Vieira Fonseca¹

¹ Médico Assistente em Medicina Geral e Familiar, UCSP Alameda, ACeS Lisboa Central

Como interno de Medicina Geral e Familiar tive a fantástica oportunidade de experienciar a rotina de duas unidades de cuidados de saúde primários (CSP) em Århus, a segunda maior cidade da Dinamarca, num estágio integrado no programa de intercâmbio Hippokrates. Este é um programa para médicos internos e recém-especialistas em Medicina Geral e Familiar, que oferece a possibilidade de empreender uma viagem inspiradora ao descobrir diferentes sistemas de CSP e ambientes educacionais. O seu principal objetivo é proporcionar uma experiência de aprendizagem enriquecedora, que promova a aquisição de conhecimentos académicos e clínicos de outro sistema de saúde, ao mesmo tempo incentivando a mobilidade entre jovens médicos.¹

E porquê a Dinamarca? No âmbito dos CSP o modelo de trabalho deste país é considerado uma referência a nível internacional, integrado num sistema de bem-estar social avançado, constando nos lugares cimeiros dos indicadores de saúde mundiais.² Além disto, associava-se a curiosidade de visitar o país nórdico que, ano após ano, vinha sendo anunciado na comunicação social como “uma das nações mais felizes do mundo”.³

O sistema de proteção social dinamarquês caracteriza-se por ser um sistema de apoio presente em todas as fases da vida dos cidadãos, financiado por fundos públicos através da tributação geral. São garantidos certos direitos básicos a todos os cidadãos, baseados em normas nacionais acordadas, e uma série de serviços disponíveis gratuitamente, como a saúde e a educação. O sistema de saúde dinamarquês é, portanto, universal, financiado por impostos e totalmente gratuito do ponto de vista do utilizador, tendo de facto os mesmos princípios gerais que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português (ex-cetando a existência de taxas moderadoras).⁴

Durante esta experiência pude observar a forma como, na Dinamarca, os médicos de família atuam como “portas de entrada”, estabelecendo o primeiro contacto entre os doentes e o serviço público de saúde, de modo semelhante ao que acontece em Portugal.

Os CSP dinamarqueses abrangem serviços prestados por médicos de família, enfermeiros, nutricionistas, podologistas e fisioterapeutas. A principal diferença é que estas unidades – designadas *Legepraksis*, funcionam de forma autónoma através de um contrato com o estado,

na figura da administração regional de saúde, financiado, em parte, por um determinado montante *per capita* anual e em parte indexado à produção, como “pequenas empresas” ao nível da gestão. Como consequência deste processo, a remuneração destes profissionais depende do seu desempenho. Cada ato/consulta/procedimento é codificado e a fatura enviada à administração regional de saúde. Este facto permite uma tremenda flexibilidade da oferta e adaptação das unidades de saúde às realidades e especificidades dos locais em que estão inseridas. Desde o investimento em infraestruturas, equipamentos, formação, meios técnicos e profissionais de saúde, à adaptação da forma como a própria unidade funciona. Os vários médicos de cada unidade que exercem funções a *full-time* constituem, normalmente, o equivalente a sócios/partners e tomam parte ativa na gestão da mesma. É deles que depende, por exemplo, a contratação de novos profissionais, o que contrasta em grande parte com a visão tendencialmente centralista da gestão em saúde em Portugal, muitas vezes resultando numa oferta de recursos desajustada à realidade local.

E que benefícios traz toda esta autonomia e capacitação das unidades de CSP, na Dinamarca, relativamente à realidade portuguesa?

De uma forma geral, sobressaem as boas condições das infraestruturas que as unidades oferecem. As instalações estavam corretamente climatizadas, com um ambiente calmo, convidativo, ambiente afável e acolhedor, com o frequente uso de espaços abertos e luz natural, decorados num estilo arquitetónico inconfundivelmente escandinavo. Sobressaem a adaptabilidade e personalização possíveis das instalações e equipamentos face aos objetivos definidos pelos gestores destas unidades. Isto revê-se na própria sensação de satisfação dos utentes, levando a uma experiência menos “traumatizante” de cada vez que recorrem às unidades dos CSP.

Também nos meios técnicos disponíveis se reflete esta autonomia e adaptabilidade. Ambas as unidades de saúde, assim como a maioria da rede de CSP, dispõem de métodos complementares de diagnóstico (MCDTs) *point of care*, disponibilizando resultados rapidamente e em proximidade com a comunidade, aumentando a eficiência na prestação dos cuidados e poupando deslocamentos desnecessárias. Esta seria uma estratégia a pensar

para os CSP em Portugal, economizando desta forma em pedidos externos de MCDTs ou referenciarções para cuidados de saúde secundários, capacitando os CSP de uma resposta mais diferenciada, rápida e local.

Outro aspeto que gostaria de destacar é a diferença que identifiquei relativamente ao facto dos médicos terem tempo consagrado dentro do seu horário de trabalho adequado e proporcional à carga de tarefas administrativas, como renovar prescrições, lidar com a correspondência, redação de relatórios, reuniões e assim por diante. Isto contrasta com a pressão assistencial que sentimos em Portugal, relegando este tipo de tarefas para as horas após o horário de trabalho oficial, tornando-se uma atividade não remunerada.

Ainda na acessibilidade, as várias unidades são livres de adaptarem os seus horários e oferta assistencial da forma que mais acharem conveniente aos seus utentes. É feita uma criteriosa gestão de telefonemas, com ferramentas empresariais versáteis e capazes, algo que sistematicamente tem causado problemas nas nossas unidades de CSP por todo o país. Por outro lado, se uma determinada consulta se prevê mais demorada, são marcados 2 tempos consecutivos, permitindo uma melhor e mais livre gestão da agenda, em oposição à rigidez de horários impostos aos médicos de família, muitas vezes verticalmente. Isto repercute-se em melhor qualidade e satisfação para o utente, assim como menor potencial para desenvolvimento de *burnout* para os médicos, uma temática que tem merecido muita atenção nos últimos tempos.⁵

Outra área em que os CSP em Portugal poderiam tirar lições é na sofisticação do sistema informático utilizado. Uma só aplicação informática permite uma visão integrada das tarefas de todos os elementos da equipa, sejam eles médicos, enfermeiros, ou outros técnicos, assim como uma gestão de todas as informações clínicas de cada utente. No mesmo local, o médico recebe informação na forma de relatórios enviados eletronicamente dos cuidados de saúde secundários, resultados de MCDTs, pedidos de renovação de prescrição e relatórios, e-mails e telefonemas. Há uma total e impressionante ausência de papel, evidenciando-se, aliás, que muito do trabalho assistencial é feito em modalidade não presencial, evitando muitas deslocações às unidades. Apesar de iniciativas inovadoras como a Plataforma de Dados da Saúde (PDS), o grande número e a fragmentação de aplicações informáticas com que os profissionais dos CSP têm de lidar em Portugal revela-se, de facto, fora de controlo sendo que a maioria destas não interagem/comunicam umas com as outras. Esta deveria ser, na era atual, um dos mais importantes vetores de transformação do nosso SNS, com um potencial ganho em eficiência muito significativo.

Adicionalmente, pude verificar a existência de um cuidado especial relativamente ao acompanhamento feito pelos orientadores de formação aos internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar. Estes profissionais dispõem de tempo especificamente contemplado dentro do seu horário diário, tipicamente 30 minutos, para discussão de casos e dúvidas, permitindo um acompanhamento do trabalho realizado pelo interno muito mais próximo e construtivo.

Esta liberdade organizativa e de gestão foi, de facto, a mais destacada e positiva diferença que encontrei relativamente ao SNS português. Ela transcende-se de modos muito diversos e abrangentes na atividade das unidades de CSP, mas podendo fazer a diferença numa rede de cuidados de proximidade que se quer desenvolvida, eficiente e com qualidade, preparada para os desafios do século XXI. Esta minha passagem pela Dinamarca fez-me refletir sobre o que se conseguiria atingir caso se capacitassem as Unidades de Saúde Familiares (USF) de terem uma real autonomia organizativa e de gestão, possivelmente com a evolução para aquilo que seriam as “prometidas” USF modelo C. Na minha opinião, experiências de intercâmbio como esta são extremamente enriquecedoras e só podem trazer benefícios aos futuros elementos do nosso SNS.

REFERÊNCIAS

1. The Vasco da Gama Movement. Disponível em: <http://vdgm.woncaeurope.org>. Consultado: novembro de 2017.
2. World Health Organization. “The World Health Report.” Disponível em: <http://www.who.int/whr/previous/en/>. Consultado: novembro 2017.
3. Helliwell, J. Layard, R. Sachs, J. “World Happiness Report 2017, New York: Sustainable Development Solutions Network.” Disponível em: <http://worldhappiness.report/ed/2017/>. Consultado: novembro 2017.
4. Ministry of Health. “Healthcare in Denmark – An Overview. The Ministry of Health - 2017.” Disponível em <http://www.sum.dk>. Consultado em novembro de 2017.
5. Vala J. et al. “Estudo Nacional do Burnout na Classe Médica.” Disponível: <https://ordemosmedicos.pt/principais-resultados-do-estudo-nacional-burnout-na-classe-medica>. Consultado: novembro 2017.

CONFLITOS DE INTERESSES

Este trabalho não recebeu quaisquer subsídios ou bolsas que tenham contribuído para a sua realização.

O autor declara a ausência de conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

João Vieira Fonseca

Morada: Rua da Costeirinha 91, 4515-506 Melres

E-mail: joaovieirafonseca@gmail.com

Atenção primária à saúde no Rio de Janeiro – o que há de diferente?

Primary health care in Rio de Janeiro – what's different?

Andreia Forno¹, Pedro Hakme²

¹ Médica Interna de Formação Específica em Pediatria, Hospital Central do Funchal

² Médico Especialista em Medicina de Família e Comunidade e Médico Preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade, Clínica da Família Santa Marta, Rio de Janeiro

Em Portugal, desde 2005, tem-se assistido à reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, centrado nas necessidades da população, e numa tentativa de melhorar a satisfação, quer dos utentes, quer dos próprios profissionais, através de incentivos ao desempenho.¹ No Brasil, tal como em Portugal, tem ocorrido uma mudança na organização da Atenção Primária à Saúde (APS), baseando-se nos mesmos princípios e conceitos. E foi com base nessa premissa que houve a possibilidade de experienciar a transformação ocorrida ao nível da APS no Rio de Janeiro, e, por conseguinte, descobrir o que há de diferente em comparação com os CSP em Portugal.

A APS no Rio de Janeiro, assim como em todo o Brasil, segue os mesmos conceitos dos CSP em Portugal, sendo preferencialmente o primeiro nível de acesso ao sistema de saúde, baseando-se em propósitos de acessibilidade, continuidade, integralidade e coordenação.² Desde 2009 que, no Rio de Janeiro, se tem assistido à reorganização do Sistema Único de Saúde, sobretudo através da ampliação da rede de serviços da APS pela Estratégia de Saúde da Família. Como acontece em Portugal, a Estratégia Saúde da Família pretende reorganizar e melhorar os cuidados da atenção básica disponíveis à população. Para isso, cada equipa de Saúde da Família (SF) deve integrar, no mínimo, um médico generalista, ou especialista em Medicina de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista, ou especialista em SF; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACS). Para além disso, podem ainda fazer parte da equipa de SF profissionais de Saúde Bucal.

Cada equipa de SF deve ser responsável por uma lista de 4.000 pessoas, no máximo, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias, menor deverá ser a lista de pessoas por equipa. Relativamente à organização da agenda médica, cada equipa de SF possui agendamentos prévios e pacientes não agendados, denominado de livre demanda. A atividade assistencial, ao contrário do que acontece nos

CSP em Portugal, não cumpre uma divisão estanque para a observação dos pacientes por grupos, de modo a permitir um acesso facilitado e menos limitado dos seus usuários. Depreende-se que o facto de não existir uma organização por grupos de pacientes (saúde de adultos, saúde infantil, planeamento familiar) leve a uma maior necessidade de concentração e organização por parte do clínico. No entanto, a disponibilidade dos serviços fica drasticamente amplificada, podendo o paciente recorrer no dia e horário que mais lhe convier, após marcação prévia, alargando o propósito da universalidade.

Dadas as especificidades locais existentes num país como o Brasil, facilmente se compreende que os cuidados de atenção básica não sejam iguais em todas as regiões do mesmo.³ Na era pré-reorganização do Sistema Único de Saúde, o Rio de Janeiro era a cidade com piores serviços públicos de atenção básica, apresentando, no final de 2008, a taxa de cobertura mais baixa da Estratégia SF entre as capitais brasileiras, a rondar os 3,5%. Após esse ano, devido a uma mudança na gestão da Saúde Pública, ocorreu um aumento exponencial da cobertura da Estratégia de Saúde da Família atingindo, em 2016, cerca de 60% da população.⁴ Houve ainda uma redefinição da nomenclatura existente para os estabelecimentos de saúde da APS, no Rio de Janeiro, passando a Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família.

Sem dúvida que a grande inovação ocorreu com a criação das Clínicas da Família, muito à luz das USF em Portugal, sendo estas unidades de saúde estruturalmente aperfeiçoadas, equipadas adequadamente, com acesso aos materiais e equipamentos tradicionais, assim como às inovações tecnológicas, e oferecendo condições atrativas para fixar profissionais de saúde de qualidade. Curiosamente o primeiro programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade foi criado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em 2011, o que por si só foi também essencial para garantir a oferta de profissionais especializados frente ao crescimento das Clínicas da Família. Se no Rio de Janeiro a falta de profissionais

de saúde deveu-se em parte à carência na formação médica, já em Portugal o grande número de aposentadorias foi um dos principais responsáveis pela necessidade de desenvolver estratégias e incentivos para a renovação de profissionais de saúde nos CSP.

Dado que muitas das vezes a promoção da saúde, foco fundamental da APS, ultrapassa o espaço físico dos estabelecimentos de saúde, em 1991 foi criado, no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Este programa remonta aos anos 70, aquando da necessidade de melhorar os cuidados de saúde das crianças da região de Sobradinho, em Brasília, de modo a prevenir as mortes infantis por desnutrição associada às parasitoses. Nessa altura compreendeu-se que o papel do médico e enfermeiro não eram suficientes para ultrapassar esta problemática, nascendo assim os auxiliares de saúde, futuros ACS.⁵ O ACS tem assim o papel fascinante de pertencer à comunidade, dotando-o de melhores conhecimentos da realidade da sua população envolvente, e ser ao mesmo tempo veículo de mudança através da transmissão dos conhecimentos adquiridos, por fazer parte de uma equipa de SF. Facilmente se compreende que a proximidade e semelhança entre pares facilitem a absorção destes mesmos conhecimentos pela restante comunidade. O ACS opera não só como um intermediário para a promoção da saúde, alertando os direitos e deveres de cada utente, mas também como responsável pelo acolhimento dos membros da comunidade com a sua equipa de saúde. Na verdade, são a peça muitas vezes esquecida, e talvez em falta nos CSP em Portugal, visto que são “profissionais em pessoas e não em doenças”, não retirando de todo a importância dos restantes profissionais de saúde, mas sim agregando competências. E numa sociedade cada vez mais tecnológica, informatizada e consequentemente cada vez mais impessoal, o papel do ACS torna-se fundamental não só para o auxílio da população sénior, como também da população desfavorecida e vulnerável pela doença. Em Portugal, onde assistimos a um crescimento exponencial do isolamento social da população, como está acontecendo em todo o mundo ocidental, seria benéfico a implementação dos ACS, de modo a tornar os cuidados de saúde mais humanizados.

Para além disso, diferente do que acontece em Portugal, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, cada equipa de SF tem ainda à sua disposição apoio matricial desenvolvido através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes Núcleos têm como objetivo a atuação em conjunto com as equipas de SF, de modo a ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como capacitar as equipas da APS

para a resolução de problemas de várias áreas, nomeadamente Dermatologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psiquiatria, e assim diminuir a lista de espera do Sistema Nacional de Regulação (SIS-REG) para exames complementares de diagnóstico e encaminhamento de consultas hospitalares.⁶ Esta atuação integrada permite assim realizar discussões de casos clínicos, com atendimento compartilhado entre profissionais, tanto em regime de consulta como em visitas domiciliárias, de modo a aperfeiçoar o atendimento da APS e diminuir assim a afluência de casos menos prioritários aos serviços hospitalares. Numa altura em que os tempos de espera do Sistema Nacional de Saúde (SNS) são constantemente indagados, recrutar especialistas médicos e cirúrgicos para as USF, em regime de consultoria para atendimento em conjunto com o especialista de Medicina Geral e Familiar, seria uma forma de amplificar os conhecimentos do clínico geral, promovendo a discussão e aquisição de competências, para uma prática clínica mais próxima e compartilhada. E assim melhorar também a satisfação dos usuários.

Apesar de muitas serem as semelhanças existentes entre os dois sistemas de saúde, uma vez que para a reorganização do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro muitas foram as premissas baseadas no SNS português,¹ é nas diferenças que ambos têm a oportunidade de aprender e crescer, de forma a aperfeiçoar os seus cuidados de saúde. Assim sendo, é fundamental o intercâmbio entre estes dois países, Portugal e Brasil, que desde sempre caminharam em conjunto, em termos de história, cultura e língua, para a discussão e reflexão de conhecimentos, com o intuito de construir um sistema de saúde mais adaptado e adequado à sociedade atual. E foi nesse sentido que realizei um mês de estágio de CSP à Criança e ao Adolescente, no âmbito do Internato Complementar em Pediatria, numa Clínica da Família da Zona Sul do Rio de Janeiro, a Clínica da Família Santa Marta, com o propósito de descobrir quais são afinal as diferenças entre os CSP do Rio de Janeiro e de Portugal.

REFERÊNCIAS

1. Soranz, Daniel, e Luís Augusto Coelho Pisco. “Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios.” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, no. 3, 2017, pp. 679-686, doi:10.1590/1413-81232017223.33722016.
2. Harzheim, Erno et al. “Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos

- primeiros três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro.” Organização Pan-Americana da Saúde, 2013, pp. 17-19.
3. Soranz, Daniel et al. “Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, no. 5, 2016, pp. 1327-1338, doi:10.1590/1413-81232015215.01022016.
 4. Izecksohn, Mellina Marques Vieira et al. “Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, no. 3, 2017, pp. 737-746, doi:10.1590/1413-81232017223.332372016.
 5. Lavo, Antônio Carille Olanda et al. “O agente comunitário: um novo profissional da saúde.” *Memórias da Saúde da Família no Brasil*, 2010, pp. 16-19.
 6. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde. Coleção Guia de Referência Rápida. NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família no apoio à Regulação Ambulatorial. 2016.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram a ausência de conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Andreia Forno
Serviço de Pediatria, Hospital Central do Funchal
E-mail: aforo_@hotmail.com

AGRADECIMENTOS

O Corpo Editorial agradece todo o esforço e colaboração dos revisores e outros elementos com um contributo imensurável para a presente edição.

Adelaide Moutinho	Medicina Interna	Rita Sapage	Ortopedia
Amadeu Duarte	Medicina Geral e Familiar	Rui Capucho	Saúde Pública
Andreia Rodrigues	Medicina Geral e Familiar	Rui Morais	Gastroenterologista
André Santiago	Medicina Geral e Familiar	Sara Lemos Rocha	Medicina Geral e Familiar
Ana Laura Esperança	Medicina Geral e Familiar	Sara Nunes	Ginecologia/Obstetrícia
Ana Sottomayor	Saúde Pública	Sérgio Taveira	Medicina Geral e Familiar
Barbara Ribeiro	Ginecologia/Obstetrícia	Sílvia Madureira	Medicina Geral e Familiar
Beatriz Figueiredo	Medicina Geral e Familiar	Sofia Fraga	Medicina Geral e Familiar
Carla Marques	Medicina Geral e Familiar	Susana Teixeira	Pediatria
Carlos Cardoso	Medicina Geral e Familiar	Tiago Cúrdia	Gastroenterologia
Carlos Filipe Santos	Medicina Geral e Familiar	Gonçalves	
Catarina Pinho	Medicina Geral e Familiar	Óscar Ramos	Medicina Geral e Familiar
Cláudia Marinho	Medicina Geral e Familiar		
Cláudia Vieira	Medicina Geral e Familiar		
Diogo Rodrigues Romano	Medicina Geral e Familiar		
Érico Costa	Medicina Interna		
Eurico Gaspar	Pediatria		
Filipa Vilaça	Medicina Geral e Familiar		
Filomena Xavier	Medicina Geral e Familiar		
Gisela Neves	Medicina Geral e Familiar		
Helena Ribeiro	Medicina Geral e Familiar		
Inês Sousa	Medicina Geral e Familiar		
Isabel Saavedra	Psiquiatria		
Joana Guerra Silva	Medicina Geral e Familiar		
Joana Vidal	Saúde Pública		
João Enes da Silva	Medicina Interna		
João Neves	Cirurgia Vasculuar		
José Pedro Águeda	Medicina Geral e Familiar		
Luís Pedro Caldeira	Medicina Geral e Familiar		
Magda Simões	Medicina Geral e Familiar		
Manuel Gonçalves	Medicina Geral e Familiar		
Margarida Sampaio Leite	Medicina Geral e Familiar		
Margarida Rato	Dermatologia		
Marta Fournier	Medicina Geral e Familiar		
Maria Areal	Medicina Geral e Familiar		
Maria Inês Santos	Pediatria		
Mariana Fidalgo Leite	Medicina Geral e Familiar		
Michel Mendes	Neurologia		
Miguel Magalhães	Medicina Geral e Familiar		
Mónica Chaves	Medicina Geral e Familiar		
Natália Neves	Medicina Geral e Familiar		
Pedro Silva	Medicina Geral e Familiar		
Pedro Miguel Pereira	Medicina Geral e Familiar		
Pedro Mota	Ortopedia		
Richard Azevedo	Gastroenterologista		
Rita Batista	Pediatria		
Rita Raimundo	Neurologia		
Rita Regadas	Medicina Geral e Familiar		

