MGF & CIÊNCIA

Volume 1 | Nº1 | Maio, 2017

ISSN 2184-0326

MGF & CIÊNCIA

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

Corpo Editorial:
Carla Veiga Rodrigues
Marisa Santos
Teresa Botelho Patrício

Conselho Científico:
Presidente: Rosa Ribeiro
Ana Barbosa
Filipa Costa
Filipa Ladeiro
Lígia Rocha
Luís Leite
Manuela Castanheira
Paula Neves
Sara Rocha
Sara Tavares
Silvia Daniela
Tiago Silva

Secção de Grafismo:
Cristina Saavedra
Filipe Vasconcelos
Mafalda Sequeira
Sónia Pires
Vitor Costa

Secção de Informática:
Adriano Mota
Cátia Silva
João Fonseca
Laura Botelho
Rita João
Rita Oliveira

Secção de Revisão:
Ana Ferreira
Ana Claúdia Magalhães
Daniel Ventura
Nuno Amaral
Sandra Alves
Sara Vale

Secção de Relações Públicas:
Ana Magalhães
Bárbara Badim
Daniela Abrantes
Isabel Tadeu
Stephanie Morais

Periodicidade
Semestral

Normas de Publicação
https://mgfciencia.wixsite.com/mgf-ciencia/submissao

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

(cc) BY-NC-ND

Patrocínios científicos

ISSN 2184-0326

Índice

Editoriais

3 **Todo o semeador semeia contra o presente**
Rosa Ribeiro

4 **Boa ciência, má ciência**
Carla Veiga Rodrigues, Marisa Santos, Teresa Botelho Patrício

Artigos de Opinião

5 **Enfrentando o futuro: o papel do médico de família na prestação de cuidados paliativos**
Vanessa Alejos, Vera Amaral, Diogo Carvalho

7 **Os doentes que usam a internet: novos desafios para os médicos**
Susana Rebelo, Marisa Gomes

Artigos Originais

9 **Análise da perceção do conceito de dor pelos médicos de MGF do ACeS Arrábida**
Gisela Costa Neves, Rosa Leonardo Costa, Carla Serrano, Constança Dias, Humberto Santos, Mara Pereira, Sara Borges da Costa e Tatiana Ferreira e Ferreira

18 **Melhoria contínua da qualidade da prescrição empírica na cistite aguda não complicada na mulher não grávida**
Diana Ferreira

Entrevista

24 **A rede médicos sentinela**
Carla Veiga Rodrigues, Marisa Santos, Teresa Botelho Patrício

Relatos de Caso

26 **O meu sobrinho teve cancro testicular, o meu filho também terá?**
Bruno Melo, Joana Afonso, Joana Barbosa, Sofia Melo, Aparício Braga

30 **O diagnóstico nos olhos - um relato de caso de doença de Graves**
Flávio Guimarães

Artigos de Revisão

34 **Será que o leite sem lactose reduz a duração da diarreia aguda na criança?**
Ana Rita Reis, Ana Margarida Pinto, Carina C. Pereira

40 **Relação entre os inibidores da bomba de protões e a hemoglobina glicada - qual a evidência?**
Sofia Oliveira, Vanessa Moreira

Relato de Prática

45 **Projeto de intervenção na DPOC - "Tem a certeza de que sabe usar o seu inalador?"**
Cláudia Azevedo, Débora de Paiva Monteiro

53 **Agradecimentos**

"Todo o semeador semeia contra o presente" - Miguel Torga

Every sower sows against the present

Rosa Ribeiro
Presidente do Conselho Científico

Era uma vez….

Assim começa qualquer história. Estávamos em 2000. Um desafio lançado. Ser orientadora de formação. Satisfação mas também dúvida, ansiedade. Seria capaz? Cinco anos volvidos, novo desafio: ser Diretora de Internato. Susto! O que é isso? Mais dúvidas. Voltar costas aos desafios? Não. Éramos poucos: duas mãos cheias de internos, meia dúzia de orientadores. Grupo pequeno, disperso mas coeso. Uma família. As necessidades formativas foram aumentando (é preciso formar novos Médicos de Família, dizer não aos médicos indiferenciados, é preciso…). É preciso, mais orientadores. Agora eram outros com dúvidas – o que é isso de ser "Orientador de Formação", perguntavam uns; não sei o que tenho que fazer, diziam outros. Respondi, secundada por mais elementos seniores da "nossa" família: sê tu próprio, transmite a tua própria prática clínica e estuda, também. Isso de ser Orientador de Formação e de ter gente jovem ao nosso lado, é exigente mas é bom. Motiva. Estimula. Aprendemos também com eles. Aprendemos todos.

A família foi aumentando e tornou-se "alargada", algumas vezes, reconstruída. Somos, todos juntos, quase uma centena. Difícil gestão, conciliação de interesses. Mas também aumento de responsabilidades, de partilha de saberes, de experiências.

A procura, sempre, da melhoria e da qualidade, exigiu mudanças. Como fazer isso acontecer? Pensar em novas atividades. Fazer um apelo à criatividade. E se transformássemos as nossas reuniões? E mudamos. E se fizéssemos um "Encontro"? E fizeram-se. E se criássemos uma Associação? E ela formou-se.

E as coisas foram acontecendo: com o esforço de muitos, com mais ou menos empenho de alguns, participação individual, envolvimento pessoal, sempre com um objetivo final: dar resposta às necessidades formativas, aumentar a capacidade e a possibilidade de participação ativa dos jovens internos, estimular o envolvimento de todos os intervenientes. Levar ao conhecimento de todos o nome da Direção de Internato Miguel Torga. Centenas de trabalhos apresentados em diversos eventos científicos. Mas faltava algo (não falta sempre mais alguma coisa?!). Algo surgido da necessidade sentida pelos internos. O aumento das exigências curriculares, a necessidade de publicar e partilhar os trabalhos realizados. Não basta fazer. É preciso dar a conhecer. Porque não criarmos uma Revista?! Assim surge a "MGF&Ciência"! Poderia ter havido melhor escolha? Não. A MGF é uma ciência. Para ser médico de família é preciso ciência. Esta Revista que agora nasce é uma janela aberta para o mundo e mais uma porta de entrada para a nossa família. Quem quiser entrar, será bem vindo. Quem quiser ficar, será bem tratado.

O desafio inicial, há 17 anos, foi uma opção. Este caminho percorrido em terras de Miguel Torga tem sido trabalhoso mas recompensador.

A sementeira vai sendo realizada, a produção foi sendo aprimorada, os frutos têm sido bons. Olhando para trás, para tudo o que tem sido feito, só podemos pensar o que surgirá amanhã?

Boa ciência, má ciência

Good science, bad science

Carla Veiga Rodrigues, Marisa Santos, Teresa Botelho Patrício
Corpo Editorial

Nos últimos anos a Especialidade de Medicina Geral e Familiar sofreu várias mudanças, no sentido da melhoria e do profissionalismo do Médico de Família. Parte delas prendem-se com a necessidade de realizar trabalhos científicos e levar a cabo trabalhos de investigação.

Esta pressão é particularmente sentida pelos Internos de Especialidade, que lutam para aumentar o número de trabalhos no seu currículo, muitas vezes em áreas da Medicina pelas quais não têm particular apreço ou interesse.

Apesar do esforço dos Internos de Especialidade em elaborarem trabalhos, este, de acordo com as atuais exigências, é mais valorizado quando associado a uma revista científica, independentemente do empenho dispendido. Assim, acresce à realização de trabalhos científicos a pressão para a sua publicação, o que condiciona meses de espera e desesperança com o processo.

Decorrente de um estudo puramente empírico feito pelo Corpo Editorial levado a cabo entre médicos internos, de conclusões tiradas após conversas de corredor, sem qualquer validade científica ou bibliografia aprovada, a maioria sente uma enorme pressão para publicar e produzir trabalhos científicos, o chamado (por nós e apenas nós, sem base científica) 'síndrome do *burnout* do cuidador do *Curriculum Vitae*'.

Este síndrome poderia ser atenuado se aliado à exigência do ato de publicação existisse um compromisso de ensino e orientação no processo de construir trabalho científico de qualidade. Caso contrário, esta pressão pode conduzir a uma corrida desenfreada em busca de produção científica a todo o custo, diminuindo a qualidade das publicações. Boa ciência? Má ciência? Tanto faz? A má ciência pode ter um impacto maciço na sociedade atual, vejamos o exemplo do estudo que associou uma vacina ao aparecimento da perturbação do espetro do autismo em crianças[1]. Foram necessários vários anos e múltiplos estudos para refutar o dano causado, conduzindo mesmo, em 2004, à publicação de uma retração pela Revista *Lancet* [2].

Na criação desta revista tivemos apenas um objetivo em mente: criar uma revista científica que prima pela qualidade e exigência e que oriente os Internos no sentido da boa ciência. O processo de submissão de um artigo à Revista MGF&Ciência, não é apenas um processo administrativo no qual o autor submete um documento, mas sim um processo de partilha de opiniões sobre o mesmo e de melhoria contínua até à publicação de um manuscrito. Pretendemos publicar artigos com rigor científico, com metodologia bem construída, resultados sustentados por um bom protocolo, uma discussão crítica e perspicaz e conclusões estabelecidas numa análise cuidada dos dados. E mais ainda, ajudar o autor a elevar todo o potencial do seu trabalho ao máximo.

Contamos com o contributo de toda uma grande equipa para levar o barco a bom porto e juntos produzir uma publicação científica de elevada qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson DM, Malik M, et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet. 1998;351:637–41
2. Eggertson L. Lancet retracts 12-year-old article linking autism to MMR vaccines. CMAJ. 2010;182:E199–200.

Enfrentando o futuro: o papel do médico de família na prestação de cuidados paliativos

Facing the future: the role of primary care physicians in the provision of palliative care

Vanessa Alejos[1], Vera Amaral[2], Diogo Carvalho[3]

1 Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Ara de Trajano, ACeS Alto Ave

2 Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Santa Clara, ACeS Póvoa de Varzim / Vila do Conde

3 Médico Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Ara de Trajano, ACeS Alto Ave

Os cuidados paliativos são aqueles que melhoram a qualidade de vida dos doentes e da sua família em situação de doença grave ameaçadora da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, pela compreensão e identificação precoce, avaliação e controlo da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.[1] Estima-se que mundialmente 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos, mas apenas 14% desses tem acesso a este tipo de cuidados[2]. Neste contexto, os cuidados paliativos constituem uma necessidade de saúde pública resultante do crescente envelhecimento populacional, aumento das doenças crónicas não transmissíveis e universalidade da morte.

O foco dos cuidados paliativos está a deslocar-se da doença oncológica para um leque muito maior de doenças crónicas graves. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que, dos doentes em necessidades paliativas, 38,5% morreram em consequência de problemas cardiovasculares, 10,3% em consequência de doenças respiratórias crónicas, 5,7% morreram de SIDA e 4,3% devido a diabetes mellitus.[2] Nestas situações os cuidados paliativos implementados precocemente melhoram não apenas a qualidade de vida dos doentes, mas também reduzem hospitalizações desnecessárias e os custos associados à sobreutilização dos serviços de saúde.[3]

Perante esta realidade, qual será o potencial dos médicos de família no desenvolvimento e acessibilidade aos cuidados paliativos?

Pela sua posição de proximidade com o doente, família e comunidade, o médico de família tem um papel fundamental no desenvolvimento e prestação destes cuidados. A relação de confiança estabelecida ao longo de anos de prestação de cuidados longitudinais, o treino específico na gestão simultânea de múltiplas queixas e patologias, o conhecimento das circunstâncias familiares, sociais e culturais do doente, bem como a coordenação de cuidados com outros profissionais, conferem ao médico de família o perfil ideal para integrar este tipo de cuidados.

Estarão, no entanto, os médicos de família preparados e motivados para assumir este papel?

A formação pré-graduada em cuidados paliativos é escassa ou praticamente nula e a filosofia do ensino pré-graduado baseia-se essencialmente nos princípios da medicina curativa, negligenciando o conceito de morte e todo o seu processo. Assim sendo, acredita-se que a grande maioria dos médicos não se encontre preparada para lidar com as exigências e dificuldades desta fase da vida, encarando a morte como uma derrota. Esta lacuna é reconhecida pela *European Association for Palliative Care*, que emitiu recomendações específicas para o desenvolvimento de formação a nível pré-graduado. Também a nível pós-graduado as oportunidades de formação nesta área são limitadas. Para os médicos com especial interesse em cuidados paliativos, a formação acontece decorrente do esforço pessoal de cada profissional, implicando muitas vezes disponibilidade económica e de tempo extra-laboral. Perante estas circunstâncias, é possível que muitos médicos encontrem dificuldades no reconhecimento dos seus doentes em necessidades paliativas. Assim, para que exista um papel mais ativo dos médicos de família nesta área, aproveitando toda a sua potencialidade, é essencial a existência de um programa formativo básico pré e pós-graduado, acessível a todos os profissionais[4,5].

Outra dificuldade ao envolvimento dos médicos de família nesta área é sem dúvida o tempo. A prestação de cuidados globais e dirigidos a todas as dimensões do sofrimento implica disponibilidade e tempo de qualidade para o doente e família, tempo esse já limitado pelas inúmeras tarefas que o médico de família desempenha no dia-a-dia. De facto, os constrangimentos de tempo representam uma das principais barreiras referidas pelos médicos de família à prestação de cuidados paliativos.[6]

Perante as necessidades da nossa população, todos os médicos de família deveriam sentir-se confortáveis na realização de ações paliativas básicas, o que se torna complicado não só pelos motivos anteriormente descritos como também pela escassez de equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. O médico de família sente-se impotente perante doentes com quadro clínico complexo, quando

não existem na retaguarda equipas especializadas e de dedicação exclusiva que prestem consultadoria ou assumam o seguimento conjunto destes doentes. Segundo dados da ACSS, em Portugal Continental, existem 19 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) quando deveriam existir entre 66 a 101[7,8].

Embora a publicação do plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos para o biénio 2017-2018 tivesse reforçado a necessidade da criação destas equipas, a sua existência é ainda desigual e insuficiente em muitas zonas do país.

Independentemente das dificuldades encontradas, os cuidados paliativos já se tornaram, na nossa população, uma inevitabilidade. O fim de vida deve ser encarado, por todos os profissionais de saúde, como uma fase igualmente importante e digna na vida dos seus doentes. Em cuidados paliativos, o foco não é a doença mas sim o doente, tendo o médico que rever os seus conceitos, conhecer os limites da sua atividade e saber trabalhar em equipa, uma vez que as necessidades do doente estão para além do sofrimento físico. Torna-se assim fundamental potenciar os esforços já desenvolvidos na sensibilização, formação e criação de equipas especializadas. Mas mais do que isto, no momento atual é importante reconhecer o papel central do médico de família como gestor dos cuidados integrados aos seus doentes, de forma a implementar definitivamente esta filosofia de cuidados com a plena colaboração do mesmo. Para que tal se torne possível, acreditamos ser essencial a restruturação da atividade destes profissionais, pois a prestação de cuidados paliativos compete diretamente com todas as restantes áreas do conhecimento em que é exigido ao médico de família um desempenho de excelência. Ao médico de família tem que ser atribuído um volume proporcional de trabalho compatível com o tempo necessário ao seu desempenho com qualidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines 2002. [cited 2017 13 April].
2. World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 2014. [cited 2017 13 April].
3. Seow H, Brazil K, Sussman J, Pereira J, Marshall D, Austin PC, et al. Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis. BMJ. 2014 June;348:g3496.
4. Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. Palliat Med. 2002 Nov;16(6):457-64.
5. Centeno C, Lynch T, Donea O, Rocafort J, Clark D. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition. Milan: EAPC Press; 2013. [cited 2017 26 April].
6. Kevin J Yuen, Margaret M Behrndt, Christopher Jacklyn and Geoffrey K Mitchell. Palliative care at home: general practitioners working with palliative care teams. MJA. 2003; 179: S38–S40.
7. Radbruch, L, Payne S, Bercovitch M et al. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. European Journal of Palliative Care; 2010. [cited 2017 26 April].
8. Serviço Nacional de Saúde. Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Lisboa: Portal SNS; 2016 [cited 2017 26 April].

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a ausência de conflitos de interesses e financiamento do estudo.

CORRESPONDÊNCIA

Vanessa Alejos
USF Ara de Trajano, ACeS Alto Ave
E-mail: alejos.vanessa@hotmail.com

Os doentes que usam a internet: novos desafios para os médicos

Patients using the internet: new challenges for doctors.

Susana Rebelo[1], Marisa Gomes[1]

1 Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF S. Miguel-o-Anjo, ACeS do Ave-Famalicão

Os doentes, que em tempos passados teriam confiado cegamente nos médicos, recorrem hoje às consultas após pesquisa de informação na internet sobre os seus sintomas, muitas vezes já com um diagnóstico e apenas à procura de uma prescrição específica. Mas quem é, afinal, o responsável por esta transformação?

Durante várias décadas os médicos dominaram a relação médico-doente. O processo de tomada de decisão era exclusivamente da responsabilidade do médico, ao doente era transmitida apenas a informação estritamente necessária. Contudo, a evolução da sociedade e da medicina para uma prática clínica centrada no doente, com respeito pela sua autonomia, e uma participação ativa dos mesmos na tomada de decisões, tornaram-no um parceiro ativo nos cuidados de saúde, e não apenas um objeto passivo de testes diagnósticos e tratamentos médicos.

Para esta capacitação contribuí também o uso generalizado da internet como fonte de informações, com centenas de milhares de *sites* relacionados com a saúde e milhões de pesquisas realizadas diariamente.[1] Estima-se que seis em cada dez pessoas na Europa use a internet para pesquisa de informação relacionada com a saúde.[2] Em Portugal, em 2007, um estudo conclui que 38% da população usava a internet com este fim.[3] Os estudos mostram que a utilização é maior entre os mais jovens, com maior escolaridade e nas mulheres.[2,4]

A maioria das pesquisas efetuadas são sobre condições médicas específicas, frequentemente realizadas antes das consultas, com intuito de discutir a informação encontrada e expor as suas questões. Muitos usam a internet para decidir se devem recorrer a uma consulta ou para procurar informação sobre assuntos íntimos e delicados. As pesquisas são também realizadas após as consultas, para confirmar a informação transmitida ou por insatisfação com a consulta.[4]

A internet permite o acesso a *sites* com quantidades vastas de informações sobre todos os tipos de doenças, além de fóruns de discussão, comunidades virtuais e tudo o que os motores de busca globais podem oferecer. Contudo, a informação é muitas vezes contraditória, incorreta e até fraudulenta. Assim, como nos devemos comportar quando os doentes acreditam que sabem tudo sobre as suas doenças? Estarão os profissionais de saúde preparados para estes doentes?

Debater se os doentes devem ou não usar a internet para pesquisas sobre seus sintomas é um exercício desnecessário. Os doentes já o fazem e com o acesso a meios tecnológicos cada vez mais sofisticados o seu uso será cada vez mais frequente. Mas o que podemos nós, profissionais de saúde, fazer para que este fenómeno se traduza em ganhos em saúde para os nossos doentes?

Em primeiro lugar devemos adotar estratégias que estimulem o processo de educação e capacitação do doente. É importante avaliar como os doentes utilizam a informação que obtêm na internet, tendo sempre em mente que eles podem ter dificuldades em compreender a linguagem médica e podem ter dúvidas decorrentes da multiplicidade de informações disponíveis. Somam-se a isto os problemas decorrentes ao estímulo da automedicação. Cabe assim, ao profissional de saúde, a tarefa de desmistificar as informações erradas e capacitar os doentes para a interpretação da informação disponível, orientando-o para *sites* que apresentem exclusivamente informações atuais, revistas por pares e baseadas na evidência. Entre os quais o *site* da Direção Geral de Saúde, que tem uma área de educação para a saúde ("Saúde de A a Z"), o Guia Médico do *Alert®*, o *site* Atlas da Saúde.

Em segundo lugar devemos deixar de lado o pressuposto de que os doentes que usam a internet são mais complicados. Não existe evidência que estes doentes sejam mais frequentadores, pelo contrário. A pesquisa online previne o consumo desnecessário de cuidados de saúde.[2,4] Além disto, estudos mostram que os doentes veem a internet como um recurso adicional e não um substituto do médico. Em Portugal, os profissionais de saúde ainda são vistos como as principais fontes de informações médicas.[3]

Por último, não nos devemos esquecer que o doente pensa que está a fazer o melhor para si e que muitos usam a internet porque consideram que não lhes foi dada informação suficiente. Quase sessenta por cento dos doentes que usam a internet não informam os seus médicos que o fazem.[5] No entanto, à medida que as pesquisas na internet aumentam, é importante identificar os doentes que a usam, os motivos pelos quais a usam e que tipo de informação procuram.

A internet tem o potencial de mudar drasticamente a relação médico-doente na medida em que

oferece uma oportunidade aos doentes de aumentarem os seus conhecimentos e se tornarem mais informados e envolvidos na sua saúde e na tomada de decisão médica. Assim, devemos assumir a liderança na construção de novas relações com os nossos doentes, capacitando-os e educando-os acerca das informações que obtêm na internet.

REFERÊNCIAS

1. Eysenbach Gunther. The impact of the Internet on cancer outcomes. CA Cancer J Clin. 2003; 53:356–71.
2. TNS Political & Social. Flash Eurobarometer 404: European Citizens' Digital Health Literacy Report. European Union, 2014.
3. Santana S. Tendências na utilização da Internet Para Questões de Saúde e Doença em Portugal 2005-2007. Acta Med Port 2009; 22: 5-14.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. A literature review on health information-seeking behaviour on the web: a health consumer and health professional perspective. Stockholm, October 2011
5. Dias J et al. Patients' Use of the Internet for Medical Information. J Gen Intern Med. 2002; 17: 180–185.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a ausência de conflitos de interesses e financiamento do estudo.

CORRESPONDÊNCIA

Susana Rebelo
USF S. Miguel-o-Anjo, ACeS do Ave-Famalicão
E-mail: splrebelo@gmail.com

Análise da perceção do conceito de dor pelos médicos de MGF do ACeS Arrábida

Analysis of the perception of pain's concept by the general practioners of Arrábida group of health centres

Gisela Costa Neves[1], Rosa Leonardo Costa[1], Carla Serrano[1], Constança Dias[1], Humberto Santos[1], Mara Pereira[1], Sara Borges da Costa[1],Tatiana Ferreira e Ferreira[1]

1 Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Castelo, ACeS Arrábida

RESUMO

Introdução: A dor representa 25-50% dos motivos mais frequentes de consultas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Pretendemos caracterizar e avaliar a perceção de conceitos relacionados com a dor pelos médicos especialistas e internos de Medicina Geral e Familiar (MGF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Arrábida.
Materiais e Métodos: Estudoobservacional, transversal e descritivo, através de questionário online, anónimo, de autopreenchimento. Análise descritiva dos dados. Utilização dos programas Excel® do Microsoft Office® 2007 e Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 23.
Resultados: Dos 138 médicos incluídos, 77 responderam ao questionário (taxa global de resposta 55,8%). 74 concordam que é possível existir dor sem a presença objetiva de lesão ou estímulo, e 8 concordaram totalmente em não valorizar a dor nesta situação. 25 não reconhecem a dor crónica (DC) como patologia independente. 31 não codificam a DC dos seus utentes na lista de problemas.
Discussão: A dor do utente deve ser sempre valorizada. A iniciativa europeia "Pain Proposal"demonstrou que as pessoas referem que os clínicos não demonstram atenção em relação às queixas álgicas. Seria importante investigar a utilidade de uma consulta de Dor nos CSP.
Conclusão: A dor permanece um fenómeno subjetivo, implicando uma pessoa em sofrimento. O sucesso terapêutico passa por uma abordagem holística. É importante estimular a formação dos médicos, visando melhorar os cuidados de saúde prestados aos utentes.
Palavras-chave: dor crónica, medicina geral e familiar

ABSTRACT

Introduction: Pain represents 25-50% of the most frequent reasons of primary care consultations. Our goal is to describe and evaluate the perception by general practice specialists and trainees of Arrábida Group of Health Centers about different subjects concerning pain, in order to improve health care by a better understanding of chronic pain as an independent pathology.
Materials and Methods: Cross-sectional, descriptive study, by applying an online and anonymous survey among our population. Data analysis was performed using Excel® of Microsoft Office® 2007 and Statistical Package for the Social Sciences® version 23.
Results: We obtained 77 surveys, from a population of 138 doctors (global response rate of 55,8%). 74 agreed that it is possible to feel pain without physical damage, and 8doctors totally agreed that, in this situation, pain shouldn't be addressed. 25 don't recognize pain as an independent pathology. 31 don't use the ICPC-2 code of chronic pain.
Discussion: Pain must always be assessed. The "Pain Proposal" study concluded that patients refer that doctors aren't giving the desired attention towards their pain. It would be important to investigate the usefulness of "Pain Consultation" on Primary Care.
Conclusions: Pain remains a subjective phenomenon, leading an individual into a suffering state. Its therapeutic success includes an holistic approach. It's important to stimulate doctors to constantly review their knowledge about pain, in order to improve health care.
Keywords: chronic pain, general practice

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a dor tem vindo a ganhar destaque na comunidade médica. Constitui um dos motivos mais frequentes de consultas médicas, representando entre 25 a 50% das consultas a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Cerca de 20% destas têm como motivo de consulta a dor crónica (DC).[1]

A dor é uma experiência subjetiva, tornando-se difícil encontrar uma definição que a retrate com exatidão. *A International Association for the Study of Pain* (IASP) define-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidular concreta ou potencial, ou assim percecionada[1,2], pelo que pode haver dor sem a presença objetiva de lesão ou estímulo.[3] No entanto, a dor permanece um fenómeno subjetivo e multidimensional, envolvendo aspetos físicos, emocionais e sensoriais. A relação entre a perceção e o estímulo é variável, depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo.[4]

Atualmente, a DC assume importância extrema, afetando tanto o doente como a família. A dor pode ter um impacto negativo bastante marcado no contexto biopsicossocial do indivíduo, assim como repercussões socioeconómicas significativas. Diretamente, tem associados elevados custos devido ao recurso frequente aos cuidados de saúde e às despesas com a terapêutica. Por outro lado, tem custos indiretos associados à perda de produtividade pelo absentismo laboral, atribuição de compensações e subsídios.[4] Em termos de repercussões socioeconómicas, a dor foi equiparada às doenças cardiovasculares e ao cancro pela *European Federation of IASP* (EFIC).[5]

A dor pode ser classificada consoante a sua duração em aguda ou crónica. A dor aguda, de curta duração (segundos a semanas), é facilmente localizada e a sua intensidade relaciona-se com o estímulo que a desencadeia. Tem uma função protetora, pois alerta para uma lesão. Uma vez tratada a lesão, a dor geralmente desaparece. É pressuposto que a sua duração cesse num futuro breve.[3]

A dor crónica surge na sequência de uma lesão e ocorre de forma contínua ou intermitente, com duração superior a 3 a 6 meses, dependendo dos autores. Neste caso, a dor perdeu o seu papel protetor, não estando a sua intensidade relacionada com o estímulo que a desencadeia. A expectativa é de alívio temporário, mas raramente definitivo.[3]

A DC, ao persistir após o desaparecimento da lesão que lhe deu origem, ou na impossibilidade de objetivação de lesão, deve ser encarada não como um sintoma, mas como uma doença por si só, conforme reconhecido pela EFIC em 2001.[3,4,6]

O doente vive a experiência da dor como um todo, como uma experiência única, mas a reconstituição médica dessa experiência fragmenta-a numa série de dicotomias: fisiológico/psicológico, corpo/alma, subjetivo/objetivo, real/irreal, natural/artificial que vão marcar a relação médico-doente.[3]

Segundo Caton, os doentes queixam-se que os médicos tratam a dor ignorando os doentes; os médicos tratam a dor inadequadamente; ou que os médicos tratam a dor com técnicas ou terapêuticas inadequadas.[7]

No que concerne ao tratamento da dor, existe a Escada Analgésica para o Tratamento da Dor Crónica, adaptada do Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG) de 2007, um guia prático e ilustrativo dos analgésicos não opióides (eficazes no tratamento da dor ligeira), opióides fracos (para a dor moderada) e opióides fortes (geralmente utilizados para tratamento da dor intensa).[8] Ao contrário do que o nome sugere, não deve ser encarada como um sistema de degraus que médico e doente vão escalando. Por outras palavras, ao iniciar terapêutica antiálgica de novo, poder-se-á prescrever inicialmente, por exemplo, um opióide fraco, caso a dor do doente justifique. Neste exemplo, não seria necessário iniciar terapêutica pelo primeiro degrau (analgésicos não opióides).[3,6] O papel dos antidepressivos e anticonvulsivantes na terapêutica da DC é também reconhecido e fundamentado.[3,6,9]

O medo da dependência física ou psicológica é uma das razões pelas quais os opióides são muitas vezes administrados em doses insuficientes. No entanto, raramente se traduz num problema clínico, desde que os doentes sejam instruídos para evitar uma paragem repentina da toma de opióides.[3]Por este motivo, o seu consumo deve ser vigiado e controlado, à semelhança, por exemplo, de outras terapêuticas utilizadas para a hipertensão arterial ou para a diabetes mellitus.

Como já foi dito, a dor não é somente física, afetando também o contexto psicossocial do indivíduo, implicando assim uma pessoa em sofrimento. O alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais.[2,10] No entanto, dados recentes indicam que a dor continua indevidamente tratada em Portugal.[3] Segundo o estudo *Pain in Europe* 1 em cada 5 europeus sofre de dor crónica, estimando-se cerca de 2 milhões de portugueses. Estima-se que 40-60% dos doentes com dor crónica são inadequadamente tratados.[11]

Este trabalho pretende caracterizar e avaliar a perceção de conceitos relacionados com a dor pelos médicos especialistas e internos de Medicina Geral e Familiar (MGF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Arrábida, tendo em vista melhorar os cuidados de

saúde prestados aos utentes através duma melhor compreensão da DC como patologia independente.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi conduzido um estudo observacional, transversal e descritivo, incluindo os médicos especialistas e internos de MGF pertencentes ao quadro do ACeS Arrábida. Foram excluídos médicos contratados através de empresas médicas de prestação de serviços e os médicos autores do trabalho. Foram assumidas como perdas todos os médicos que se recusaram a participar, não respondendo ao questionário.

O questionário original utilizado, desenvolvido pelos autores, foi previamente testado numa população semelhante (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Tábua), tendo sido considerado válido para o objetivo em estudo. Foi enviado o link para o correio eletrónico dos médicos contemplados pelos critérios de inclusão, sendo de preenchimento online. Apresentava um texto introdutório onde se explicava o objetivo principal do estudo e convidando à participação voluntária no mesmo, assegurando a confidencialidade do tratamento dos dados recolhidos. O questionário compôs-se por 14 afirmações simples, avaliando-se a perceção de conceitos relacionados com a dor (definição, fisiopatologia, escalas de medição, terapêutica e referenciação) através de uma escala de Likert (definida para 5 categorias: discordo totalmente, discordo parcialmente, não sei/indiferente, concordo parcialmente, concordo totalmente). Foi ainda questionada a situação profissional atual dos inquiridos (especialista, há mais ou menos de 5 anos, ou interno e respetivo ano de internato). Não foram colhidos outros dados sociodemográficos, como a idade, sexo ou unidade de trabalho, de modo a garantir o anonimato do questionário (Anexos). Os inquiridos tiveram acesso gradual às questões, conforme foram respondendo ao questionário, não sendo possível retroceder e/ou alterar uma resposta prévia.

A distribuição e preenchimento do questionário decorreu de setembro a 15 de outubro de 2016, tendo sido enviado o link aos coordenadores de todas as unidades de saúde do ACeS Arrábida para distribuição pelos restantes médicos. Foi também enviado à Direção de Internato do ACeS Arrábida e aos internos representantes, para distribuição por todos os internos deste ACeS.

O registo dos dados foi efetuado utilizando o programa Excel® do Microsoft Office® 2007.

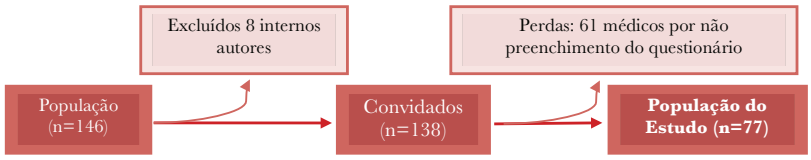
Para análise dos mesmos, utilizámosos programas Excel® do Microsoft Office® e Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versão 23. Realizámos uma análise estatística descritiva. As variáveis, categóricas, foram descritas através de frequências absolutas. Todas as despesas associadas a este estudo foram suportadas pelos autores.

Este estudo foi autorizado pelo Diretor Executivo do ACeS Arrábida, tendo obtido parecer favorável por parte da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo.

RESULTADOS

De acordo com a Unidade de Apoio à Gestão, 146 médicos de MGF exerciam no ACeS Arrábida, dos quais 46 eram internos. Dos 138 médicos incluídos na população, 77 responderam ao questionário (taxa global de resposta de 55,8%) - Figura 1. A maior taxa de resposta obteve-se junto dos internos dos 2º e 1º ano, tendo sido menor junto dos internos do 4º ano.

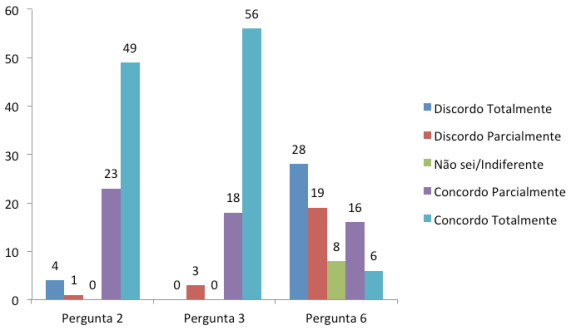
Figura 1 - Participantes no estudo



Situação profissional atual	n	Respostas (n)	Taxa de resposta
Especialista em MGF, > de 5 anos	100	47	55%
Especialista em MGF, < 5 anos		8	
Interno de MGF 4ºano	11	3	27,27%
Interno de MGF 3ºano	8	4	50%
Interno de MGF 2ºano	9	8	88,9%
Interno de MGF 1ºano	10	7	70%

As perguntas iniciais (da pergunta 2 à 6) relacionam-se com a definição e fisiopatologia da Dor. O enunciado da pergunta 2 (Figura 2) representa a definição de Dor segundo a IASP, a mais consensual entre a comunidade médica. De igual modo, a maioria dos médicos (n=72) inquiridos concordou com esta definição. Relativamente à pergunta 3 (Figura 2), a maioria dos médicos (n=74) concorda que é possível existir dor sem a presença objetiva de lesão ou estímulo. No entanto, quando questionados se a dor deve ser valorizada na ausência objetiva de lesão ou estímulo (pergunta 4, Figura 3), 8 médicos concordaram totalmente em não valorizar a dor, embora a maioria (n=68) tenha discordado e considerado que a dor deve ser valorizada. Nas respostas à pergunta 5 (Figura 4), 25 médicos não reconhecem a dor como patologia independente, e 2 apresentaram dúvidas. Já na pergunta 6 (Figura 2), 24 concordaram que a intensidade da dor crónica se relaciona com o estímulo que a desencadeia e 8 médicos não souberam responder/foram indiferentes.

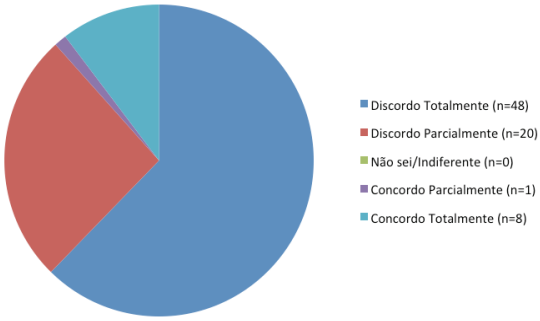
Figura 2



Pergunta 2. "A dor é um fenómeno subjetivo, definindo-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável."; **Pergunta 3.** "A dor associa-se a uma lesão ou estímulo concretos, podendo existir dor sem a presença objetiva de lesão ou estímulo."; **Pergunta 6.** "A dor crónica (duração superior a pelo menos 3 meses) tem função protetora e a sua intensidade relaciona-se com o estímulo desencadeante."

As perguntas iniciais (da pergunta 2 à 6) relacionam-se com a definição e fisiopatologia da Dor. O enunciado da pergunta 2 (Figura 2) representa a definição de Dor segundo a IASP, a mais consensual entre a comunidade médica. De igual modo, a maioria dos médicos (n=72) inquiridos concordou com esta definição. Relativamente à pergunta 3 (Figura 2), a maioria dos médicos (n=74) concorda que é possível existir dor sem a presença objetiva de lesão ou estímulo. No entanto, quando questionados se a dor deve ser valorizada na ausência objetiva de lesão ou estímulo (pergunta 4, Figura 3), 8 médicos concordaram totalmente em não valorizar a dor, embora a maioria (n=68) tenha discordado e considerado que a dor deve ser valorizada. Nas respostas à pergunta 5 (Figura 4), 25 médicos não reconhecem a dor como patologia independente, e 2 apresentaram dúvidas. Já na pergunta 6 (Figura 2), 24 concordaram que a intensidade da dor crónica se relaciona com o estímulo que a desencadeia e 8 médicos não souberam responder/foram indiferentes.

Figura 3

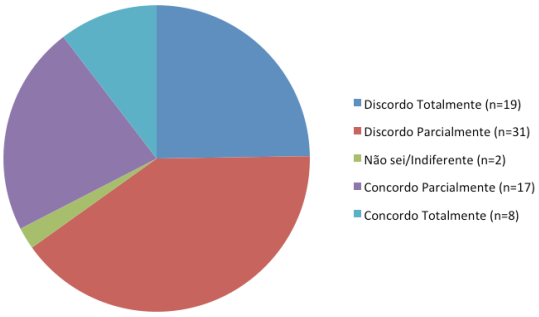


Pergunta 4. "A dor apresenta componente psicológica, pelo que não deve ser valorizada na ausência objetiva de lesão ou estímulo desencadeante."

As perguntas seguintes (da 7 à 9) tratam de aspetos relacionados com a abordagem da Dor em consulta. Em relação à pergunta 7 (Figura 5), 25 médicos concordaram totalmente, afirmando utilizar escalas de avaliação e medição da dor para avaliar a dor dos seus utentes, enquanto 32 referem concordar parcialmente. No entanto, 31 médicos não codificam a DC dos seus utentes (Pergunta 8, Figura 5). Já a Escada Analgésica para o Tratamento da Dor Crónica, adaptada do Núcleo da APCG de 2007, é conhecida pela maioria dos médicos, apesar de 12 médicos referirem não a conhecer (Pergunta 9, Figura 5).

A gestão do tratamento da dor foi abordada nas perguntas 10 a 14. A pergunta 10 (Figura 5) pretende avaliar se os médicos utilizam a Escada Analgésica referida anteriormente como um sistema de degraus. 48 médicos concordaram iniciar terapêutica segundo um sistema de degraus. Na pergunta 11 (Figura 5), a maioria dos médicos (n=62) discordam que os opióides fortes não devem ser iniciados por médicos de MGF; contudo, 15 concordam com esta afirmação. Na pergunta 12 (Figura 6), também a maioria dos médicos (n=64) discorda que a utilização de opióides fortes deve ser restrita a situações muito específicas. Também as tabelas de equivalência de doses dos fármacos utilizados na terapêutica da dor

Figura 4

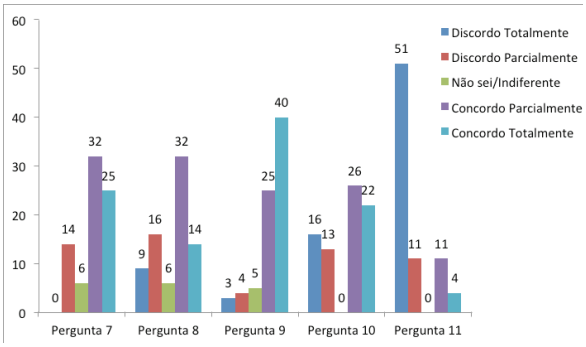


Pergunta 5. "A dor deve ser encarada como um sintoma e não como uma doença/patologia por si só."

são conhecidas pela maioria dos médicos, pois 68 concordaram com esta afirmação (Pergunta 13, Figura 6). A eficácia dos antidepressivos ou anticonvulsivantes é reconhecida por todos os médicos que responderam ao estudo (Pergunta 14, Figura 6).

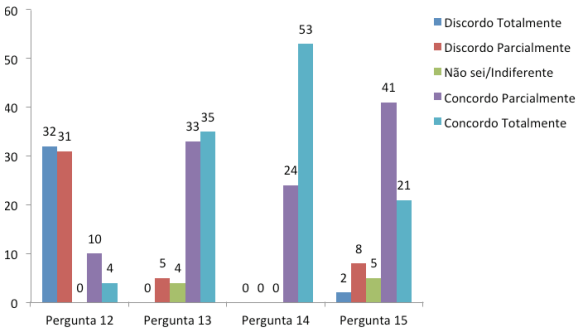
Finalmente, na pergunta 15 (Figura 6), a maioria dos médicos (n=62) sente-se confortável na gestão do tratamento da dor dos seus utentes, sendo que 21 afirmaram sentir-se totalmente confortáveis; no entanto 10 discordam desta afirmação e5não sabem/são indiferentes.

Figura 5



Pergunta7. "Utilizo escalas de avaliação e medição da dor quando os utentes se queixam de dor."; **Pergunta 8.** "Utilizo a codificação "A01 - Dor generalizada/múltipla" da ICPC-2, que inclui "dor crónica generalizada, dores múltiplas" para os utentes que sofrem de dor crónica."; **Pergunta 9.** "Conheço a "Escada Analgésica para o Tratamento da Dor Crónica", adaptada do Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG) de 2007."; **Pergunta 10.** "Ao prescrever medicação antiálgica de novo, deve-se começar por um analgésico não opióide (paracetamol, AINE, inibidor seletivo da COX-2), independentemente da intensidade da dor. Se necessário, pode-se prescrever um opióide fraco (codeína, tramadol) no futuro."; **Pergunta 11.** "Os opióides fortes (tapentadol, morfina, buprenorfina, oxicodona, fentanilo, etc) só devem ser inicialmente prescritos em consulta especializada de Dor, não devendo ser iniciados por médicos de MGF."

Figura 6



Pergunta 12. "O consumo de opióides fortes causa problemas de dependência (física e/ou psicológica), pelo que deve ser restrito a situações muito específicas (por exemplo, dor oncológica)."; **Pergunta13.** "Conheço e utilizo tabelas de equivalência de doses dos diversos fármacos antiálgicos."; **Pergunta14.** "Os antidepressivos ou anticonvulsivantes podem ser utilizados eficazmente no tratamento da dor."; **Pergunta 15.** "Sinto-me confortável na gestão do tratamento da dor dos meus utentes/utentes do(a) meu(minha) orientador(a)."

DISCUSSÃO

A taxa global de resposta foi baixa (55,8%), mas, considerando ser um questionário online sem convite ou contacto direto entre os autores e os inquiridos, considerámos esta taxa de resposta suficiente. Contudo, deve ser tida em conta como limitação deste estudo. Poder-se-iam ter desenvolvido estratégias de modo a tentar obter maior número de respostas, nomeadamente a divulgação do estudo pelos autores junto das Unidades, incentivando à participação da população incluída, esclarecendo dúvidas. Por questões logísticas não seria possível divulgar o estudo pessoalmente junto de todas as Unidades do ACeS, pelo que se optou pelo contacto apenas online para todas as Unidades, de modo a evitar impossível viés de seleção. A menor taxa de resposta entre os internos do 4º ano poderá ser explicada pela fase avançada de formação, com necessidade de realização

do Curriculum vitae e dificuldade em dispensar tempo para além do seu horário laboral.

Também como limitação deste estudo, apontamos a não caracterização sociodemográfica dos inquiridos, assim como a comparação entre Unidades, o que se deve à garantia de confidencialidade e anonimato dos inquiridos.

Relativamente às perguntas relacionadas com a definição e fisiopatologia da Dor, a maioria dos médicos concorda com a definição da IASP, mais consensual entre a comunidade médica, referindo que a dor é um fenómeno subjetivo, uma experiência sensorial e emocional desagradável. Também a maioria concorda que é possível existir dor sem a presença objetiva de lesão ou estímulo, pois esta experiência desagradável pode ser não só associada a uma lesão tecidular concreta ou potencial, mas também assim percecionada. Porém, 8 dos inquiridos (10,4%) concordaram totalmente em não valorizar a dor. No entanto, quando um utente se queixa de dor, esta deve ser sempre valorizada, apesar de poder não existir lesão ou estímulo objetivos. Dados da iniciativa europeia "*Pain Proposal*"(12)demonstram que 35% das pessoas estavam insatisfeitas, referindo que os clínicos não estavam bem preparados em termos de formação sobre a dor e não demonstravam grande atenção em relação às queixas álgicas dos doentes.

Apesar de a DC ter sido reconhecida pela EFIC como uma patologia independente, 32.5% (n=25) dos inquiridos não a reconhecem como tal, e 2,6% (n=2) apresentaram dúvidas. Em relação à sua fisiopatologia, 28,6% (n=22) dos médicos concordaram que a intensidade da dor crónica se relaciona com o estímulo que a desencadeia, e 10,4% (n=8) não souberam responder/ foram indiferentes. Na verdade, dor crónica surge na sequência de uma lesão e ocorre de forma contínua ou intermitente. Como tal, a dor acaba por perder o seu papel protetor, deixando a sua intensidade de estar relacionada com o estímulo que a desencadeia.

No que se refere a aspetos relacionados com a abordagem da Dor em consulta, 32,5% (n=25) dos médicos afirmaram utilizar escalas de avaliação e medição da dor (não diferenciadas entres escalas numéricas ou qualitativas) para avaliar a dor dos seus utentes, enquanto 41,6% (n=32) referem concordar parcialmente. Relativamente ao diagnóstico, 40,3% (n=31) dos médicos não codificam a DC na lista de problemas dos seus utentes. De facto, a atual codificação da *International Classification of Diseases* (ICD) não inclui uma codificação para a DC como um diagnóstico independente. Contudo, a ICD-11 inclui propostas para a codificação da DC e de vários subgrupos, assumindo-se como uma entidade clínica independente [13]. A codificação da *International Codification of Primary Care 2* (ICPC-2) contempla um código para DC, nomeadamente o código "A01 – Dor generalizada/múltipla". [14]

No que concerne ao tratamento da dor, a Escada Analgésica para o Tratamento da Dor Crónica, adaptada do Núcleo de APMCG de 2007, é conhecida pela maioria dos inquiridos, sendo que 62,3% (n=48) concordaram iniciar terapêutica segundo um sistema de degraus. Tal poderá ser justificado por indução em erro do próprio nome deste instrumento de trabalho, sendo que "Escada" é sugestivo de degraus, neste caso induzindo que a terapêutica se deva iniciar por uma primeira classe farmacológica (degrau), recorrendo a outras classes (degraus) se necessário. Assim, ao contrário do que o nome sugere, a Escada Analgésica não deve ser encarada como um sistema de degraus. Por outras palavras, ao iniciar terapêutica antiálgica de novo, poder-se-á prescrever inicialmente, por exemplo, um opióide fraco, caso a dor do doente justifique. No estudo "*Pain Proposal*" [12]as pessoas insatisfeitas com o tratamento prescrito, referiam também que os fármacos não eram eficazes.

Os opióides fortes podem ser inicialmente prescritos pelo médico de família, não sendo restritos a situações específicas. O seu consumo deve ser vigiado e controlado. Dos inquiridos, 19,5% (n=15) concordam que os opióides fortes não devem ser iniciados por médicos de MGF. 81,8% (n=63) dos inquiridos discordam que a utilização de opióides fortes deve ser restrita a situações muito específicas. O medo da dependência física ou psicológica desta classe farmacológica pode estar na origem da sua subutilização e/ou prescrição em doses insuficientes. Contudo, raramente se traduz num problema clínico, desde que os doentes sejam instruídos a evitar uma paragem repentina da toma de opióides. De acordo com o estudo "Pain in Europe"(11)apenas 1% dos entrevistados tinha dor oncológica, sendo que 12% desconheciam a causa da sua dor. As causas osteoarticulares eram as mais prevalentes.

Os CSP são o primeiro contacto do utente com o Sistema Nacional de Saúde. Na maioria dos países, dos doentes que experienciam DC, a larga maioria são tratados e controlados nos CSP, pelos seus Médicos de Família, enquanto que apenas 0,5-2% são referenciados aos Cuidados de Saúde Secundários (CSS).[12] Em Portugal, o tratamento é realizado sobretudo no âmbito dos CSP. Apenas 22% dos doentes são acompanhados por um especialista em Dor e 1% é seguido em Unidades de Dor.[12] Neste estudo, a maioria dos médicos 80,5% (n=62) sente-se confortável na gestão do tratamento da dor dos seus utentes, sendo que 27,3% (n=21) afirmaram sentir-se totalmente confortáveis. Contudo, 13% (n=10) discordam desta afirmação e6,5% (n=5) não sabem/ são indiferentes.

O sucesso terapêutico da DC passa por uma

abordagem multidisciplinar e holística. Seria interessante, no futuro, organizar sessões de perguntas e respostas entre os médicos de MGF e especialistas em Consulta de Dor, com o intuito não só de esclarecer dúvidas, mas também promover a articulação funcional entre os cuidados de saúde primários e secundários.

Em Portugal tem existido uma política de combate à dor, com desenvolvimento de estratégias a nível nacional para a gestão mais adequada da dor crónica. Seria também importante, além da intervenção ao nível da formação dos profissionais de saúde, investigar a utilidade de uma consulta de Dor nos CSP. Esta consulta iria permitir melhorar o controlo da dor crónica dos doentes, diminuindo o número de referenciações aos CSS e, consequentemente, o tempo de espera ao seu acesso.

CONCLUSÕES

A dor permanece um fenómeno subjetivo, abarcando aspetos físicos, emocionais e sensoriais, implicando sempre uma pessoa em sofrimento. É importante sensibilizar e estimular a formação e atualização de conceitos dos médicos nesta área, para melhor compreensão da dor e consequentemente da sua abordagem, tratamento e prevenção, sempre com o objetivo final de melhorar a qualidade de vida e os cuidados de saúde prestados aos nossos utentes.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Prof. Armando Brito Sá o seu apoio, disponibilidade, atenção, tempo dispensado e sugestões. Agradecemos ainda ao Dr. Capela Daniel, coordenador da UCSP de Tábua, e a toda a equipa, pelo apoio, tempo e disponibilidade na aplicação do pré-teste e validação do nosso questionário.

REFERÊNCIAS

1. Julião, M et al. Norma de Orientação Clínica para Tratamento da Dor Neuropática Localizada. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. 2010
2. IASP. Classification of Chronic Pain – Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. [Cited 2016 Mar 14] Available from: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf
3. Cardoso, Alice. Manual de Tratamento da Dor. 1ª Ed. Lisboa: Lidel; 2013
4. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Controlo da Dor. 2007
5. IASP, EFIC. Unrelieved Pain is a Major Global Healthcare Problem. [Cited 2016 Mar 14], Available from: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20042005RighttoPainRelief/factsheet.pdf
6. Català, E et al. Manual de Tratamento da Dor. 1 ed. Permanyer Portugal; 2006
7. Caton, D. The Poem in the Pain. Anest 81 (4) Oct 1994
8. Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Recomendações para o Tratamento Farmacológico da Dor. Rev Port Clin Geral 2007;23:457-64
9. Branco, PS. Dor Neuropática - Diagnóstico e Tratamento. 2 ed. Float Healthcare; Lisboa Jan 2015
10. Direcção Geral de Saúde. A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. 14/06/2013, Nº 09
11. Breivik H, Collet B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006; 10(4):287-333
12. The Pain Proposal Steering Committee. Pain Proposal: improving the current and future management of chronic pain. A European consensus report, 2010 [Cited 2016 Mar 14] Available from: www.mijnpijn.nl/pdf/PainProposalEuropeanReport.pdf
13. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennet MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain 2015; 156(6):1003-7
14. WONCA. ICPC 2 – Classificação Internacional de Cuidados Primários. 2ª ed rev. Lisboa: APMCG; 2011

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Gisela Costa Neves
USF Castelo, ACeS Arrábida
E-mail: giselacostaneves@gmail.com

ANEXO

Questionário aplicado

Boa tarde Exmo(a). Dr(a),

Nós, internos de Medicina Geral e Familiar da USF do Castelo, vimos por este meio convidá-lo(a) a colaborar num estudo, através de um breve questionário online, anónimo, sobre a Dor e a Perceção do seu conceito pelos médicos de MGF (especialistas e internos) do ACeS Arrábida. Este questionário é composto por 15 questões de escolha múltipla, demorando cerca de 15 minutos a ser respondido. Os resultados deste estudo serão posteriormente divulgados.

A dor, principalmente a dor crónica, é uma das principais queixas e motivos de consulta médica. O seu impacto sócio-económico é elevado, estando a dor associada a absentismo laboral e diminuição da qualidade de vida. Estudos recentes têm demonstrado que a dor continua indevidamente tratada em Portugal. É objetivo deste estudo informar e sensibilizar os clínicos para este problema.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comité de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Ao preenchê-lo estará a aceitar participar no estudo. Toda a informação recolhida será tratada dentro de absoluta confidencialidade.

Para colaborar neste estudo basta clicar no link abaixo:

(link atualmente desativado)

Gostaríamos de poder contar com a sua colaboração. Obrigada pela participação.

Os mais cordiais cumprimentos,

Internos da USF do Castelo

Dra. Gisela Costa Neves, Dra. Rosa Leonardo Costa, Dra. Constança Dias, Dr. Humberto Santos, Dra. Mara Eliana Pereira, Dra. Sara Borges da Costa, Dra. Tatiana Ferreira e Ferreira e Dra. Carla Serrano

P1. Situação profissional atual: (selecione a opção correta)

- Interno(a) de MGF do 1ºano
- Interno(a) de MGF do 2ºano
- Interno(a) de MGF do 3ºano
- Interno(a) de MGF do 4ºano
- Especialista de MGF, há menos de 5 anos
- Especialista de MGF, há mais de 5 anos

P2. A dor é um fenómeno subjetivo, definindo-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável.(selecione a opção que mais se adequa)

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P3. A dor associa-se a uma lesão ou estímulo concretos, podendo existir dor sem a presença objetiva de lesão ou estímulo.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P4. A dor apresenta componente psicológico, pelo que não deve ser valorizada na ausência objetiva de lesão ou estímulo desencadeante.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P5. A dor deve ser encarada como um sintoma e não como uma doença/patologia por si só.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P6. A dor crónica (duração superior a pelo menos 3 meses) tem função protetora e a sua intensidade relaciona-se com o estímulo desencadeante.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P7. Utilizo escalas de avaliação e medição da dor quando os utentes se queixam de dor.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente

- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P8. Utilizo a codificação "A01 - Dor generalizada/múltipla" da ICPC-2, que inclui "dor crónica generalizada, dores múltiplas" para os utentes que sofrem de dor crónica.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P9. Conheço a "Escada Analgésica para o Tratamento da Dor Crónica", adaptada do Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG) de 2007.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P10. Ao prescrever medicação antiálgica de novo, deve-se começar por um analgésico não opióide (paracetamol, AINE, inibidor seletivo da COX-2), independentemente da intensidade da dor. Se necessário, pode-se prescrever um opióide fraco (codeína, tramadol) no futuro.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P11. Os opióides fortes (tapentadol, morfina, buprenorfina, oxicodona, fentanilo, etc) só devem ser inicialmente prescritos em consulta especializada de Dor, não devendo ser iniciados por médicos de MGF.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P12. O consumo de opióides fortes causa problemas de dependência (física e/ou psicológica), pelo que deve ser restrito a situações muito específicas (por exemplo, dor oncológica).

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P13. Conheço e utilizo tabelas de equivalência de doses dos diversos fármacos antiálgicos.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P14. Os antidepressivos ou anticonvulsivantes podem ser utilizados eficazmente no tratamento da dor.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

P15. Sinto-me confortável na gestão do tratamento da dor dos meus utentes/utentes do(a) meu(minha) orientador(a).

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não sei/Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Melhoria contínua da qualidade da prescrição empírica na cistite aguda não complicada na mulher não grávida

Continuous improvement in the quality of empirical prescription for non-complicated acute cystitis in non-pregnant women

Diana Ferreira[1]

1 Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, UCSP B – CS Chaves nº 1, ACeS Alto Tâmega e Barroso

RESUMO

Introdução: As infeções do trato urinárias (ITU) são uma das infeções mais frequentes e acarretam custos elevados para o Sistema Nacional de Saúde, constituindo a segunda patologia infeciosa mais prevalente na comunidade. Em
2011 foi emitida a Norma 015/2011, que procura uniformizar o plano terapêutico das ITU. Como objetivo deste trabalho pretende-se garantir a melhoria contínua da qualidade da prescrição empírica na infeção urinária não complicada na mulher não grávida.

Material e Métodos: Estudo observacional e retrospetivo. Foi recolhida uma amostra dos casos de cistite aguda não complicada na mulher não grávida por um período de 3 meses consecutivos, em dois momentos distintos, antes e após intervenção. Os dados foram recolhidos do processo clínico, registados no *Microsoft Office Excel 2010*® e tratados estatisticamente no SPSS®, versão 22.0.

Resultados: Na primeira avaliação obtiveram-se 11 casos, sendo que em 8 (72,7%) foi prescrita antibioterapia de primeira linha, mas apenas 1 (12,5%) apresentou posologia correta. Relativamente à avaliação após intervenção, observou-se que dos 15 casos obtidos, 12 (80,0%) apresentaram prescrição de antibioterapia de primeira linha e 10 destes (66,7%) apresentaram posologia correta.

Discussão e Conclusões: Pelos resultados obtidos podemos observar uma melhoria do padrão de qualidade dos critérios avaliados de "Bom" e "Insuficiente" para "Muito Bom" e "Bom", respetivamente. A aplicação de medidas que promovem a uniformização e melhoria da antibioterapia visa uma diminuição da incidência de resistências e uma melhoria da utilização e distribuição dos recursos e da relação custo/benefício em termos económicos e de saúde.

Palavras-Chave: Infeção Trato Urinário; Cistite; Prescrição; Antibioterapia

ABSTRACT

Introduction: Urinary tract infections are one of the most frequent infections and bring high costs for the National Health System, being the second most prevalent infectious disease in the community. In 2011 was issued the guideline 015/2011, which aims to standardize the therapeutic plan for urinary tract infections. Our goal is to guarantee the continuous improvement of the quality of the empirical prescription in uncomplicated urinary tract infection in the non-pregnant woman.

Material and Methods: Observational and retrospective study. A sample of acute cystitis cases was collected for a period of 3 months in two different moments, before and after intervention. The data was collected from the clinical process, registered in Microsoft Office Excel 2010® and statistically treated in SPSS®, version 22.0.

Results: In the first evaluation, 11 cases were obtained, and in 8 (72,7%) first-line antibiotic therapy was prescribed, but only 1 (12,5%) presented a correct dosage. Regarding the evaluation after intervention, it was observed that of the 15 cases obtained, 12 (80,0%) presented a prescription of first-line antibiotics and 10 of these (66,7%) presented correct dosage prescription.

Discussion and Conclusions: Based on the results obtained we can observe an improvement in the quality standard of the criteria evaluated from "Good" and "Insufficient" to "Very Good" and "Good" quality standard. The application of measures that standardize and improve antibiotics aims to reduce the incidence of resistance, improving the use and distribution of resources and the cost/benefit in economic and health terms.

Key words: Urinary Tract Infection; Cystitis; Prescription; Antibiotics

INTRODUÇÃO

A Direção Geral da Saúde (DGS), no seu papel de gestor do sistema de saúde português, tem como uma das suas missões potenciar a coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde. O Departamento da Qualidade na Saúde desenvolveu a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde que adota, entre outras, as prioridades estratégicas de atuação da melhoria da qualidade clínica, organizacional e de segurança do doente nos serviços de saúde[1]. Uma das áreas de atuação é a do medicamento, em que o acréscimo de resistências das bactérias aos antibióticos tem vindo a ser debatido, sendo necessário o desenvolvimento de linhas orientadoras de antibioterapia de forma a uniformizar a prática clínica e, deste modo, combater a incidência crescente de resistências a estes fármacos em Portugal.

As infeções do trato urinário (ITU) são processos inflamatórios de causa infeciosa, que podem atingir as vias urinárias superiores e/ou inferiores. Trata-se de uma das infeções mais frequentes, com elevados custos para o Sistema Nacional de Saúde (SNS)[2]. Um estudo europeu refere que 1 em cada 5 mulheres adultas apresentam pelo menos 1 episódio de ITU ao longo da vida[3]. Nos Estados Unidos da América estima-se que metade das mulheres tenha pelo menos uma ITU ao longo da vida e que um terço dessas apresente o primeiro episódio até aos 24 anos[4]. De acordo com o estudo de Foxman, este problema motiva mais de 7 milhões de consultas médicas anuais[2]. Um outro estudo, de Mazzulli, refere que a ITU é responsável por 15% dos antibióticos prescritos em ambulatório[5].

Os microrganismos responsáveis por estas infeções são, quase sempre, provenientes da uretra distal ou do períneo, sendo os mais frequentes os pertencentes às Enterobacteriaceae, nomeadamente a *E.coli*[6,7], e mais raramente *Klebsiella spp* ou *Proteus spp*, podendo também estar envolvidos *Staphylococcus saprophyticus* ou *Enterococcus spp*[7].

Em Portugal, a ITU é a segunda patologia infeciosa mais prevalente na comunidade, logo após a infeção do trato respiratório[8]. Como tal, representam um motivo frequente de prescrição de antibióticos em Medicina Geral e Familiar[9], sendo os médicos de família responsáveis por, aproximadamente, 80% das prescrições de antibióticos[10].

Contudo, o aumento progressivo das resistências bacterianas a nível mundial torna cada vez mais difícil a escolha de terapêutica empírica[11], pelo que é fundamental o conhecimento da realidade epidemiológica e dos padrões de suscetibilidade antimicrobiana das diferentes zonas geográficas. De acordo com o estudo ECO-SENS, realizado em 16 países europeus e no Canadá com o objetivo de analisar a prevalência dos patogéneos urinários e a sua suscetibilidade aos antibióticos, os níveis de resistência da *E. coli* à ampicilina e ao sulfametoxazol são superiores a 20% e os da associação trimetroprim-sulfametoxazol são superiores a 14%, enquanto que a resistência às fluoroquinolonas, cefalosporinas e amoxicilina com ácido clavulânico é na maioria dos locais inferior a 10%[12].

Em Portugal, os estudos existentes sobre ITU realizados na comunidade verificaram altas taxas de resistência da *E. coli* às penicilinas, às quinolonas e ao trimetroprim-sulfametoxazol[13,14]. Quanto às cefalosporinas, os estudos são discordantes[13,14].

A cistite não complicada na mulher não grávida é o tipo de ITU mais frequentemente observado nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)[15], e é definida como episódio agudo e não recidivante de infeção da bexiga na mulher não grávida, não menopáusica e sem comorbilidades ou outras condições associadas a risco aumentado de falência da terapêutica ou de complicações sistémicas (antibioterapia recente, diabetes, insuficiência de órgão, imunossupressão, obstrução urinária, dispositivos médicos implantados)[7].

Em 2011, a DGS publicou a Norma 015/2011: 'Terapêutica de infeções do aparelho urinário (comunidade)' com o intuito de orientar o tratamento desta patologia[7]. De acordo com esta, o tratamento de primeira linha deve ser empírico[7]. Os antibióticos de primeira linha são fosfomicina ou nitrofurantoína, ambos por via oral[7]. Em caso de alergia ou outra contraindicação aos compostos anteriormente referidos recomenda-se o uso de amoxicilina em associação com o ácido clavulânico[7]. As quinolonas não são terapêutica empírica recomendada, uma vez que as taxas de resistência são muito elevadas em Portugal (cerca de 30% para os agentes patogénicos mais frequentes)[7].

Assim, perante esta situação foi definido como prioritário avaliar o nível de boas práticas e, caso necessário, adotar medidas corretivas concordantes com a realidade da comunidade em que a Unidade da investigadora está inserida, nomeadamente no que diz respeito ao tratamento das infeções urinárias, tendo como orientação a Norma 015/2011 da DGS, a prevalência desta patologia e o impacto nas consultas desta Unidade.

Da pesquisa realizada, a autora não encontrou estudos semelhantes realizados em comunidades portuguesas, pelo que as medidas sugeridas neste estudo foram propostas pela mesma. De igual forma, devido a esta lacuna, também não é possível retirar elações comparativas com outros estudos.

Como objetivo principal deste trabalho, pretende-se garantir a melhoria contínua da qualidade da prescrição empírica na cistite aguda não complicada na mulher não grávida segundo orientações da norma da DGS.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo: : Estudo de melhoria da qualidade técnico-científica.

População: Totalidade dos utentes inscritos na Unidade da investigadora com diagnóstico de cistite aguda.

Amostra: Total dos utentes inscritos com diagnóstico de cistite aguda e que cumpram os critérios de inclusão e de exclusão definidos.

Critérios de inclusão:

1) Indivíduos do sexo feminino com idade igual ou superior a 18 anos e igual ou inferior a 55 anos inscritos na Unidade, a quem tenha sido diagnosticada e codificada uma cistite aguda não complicada (U71 – Cistite/ Outra infeção urinária)

Critérios de exclusão:

1) Grávidas (W78 – Gravidez);

2) Indivíduos com Diabetes *Mellitus* (T89 – Diabetes insulino-dependente; T90 – Diabetes não insulino-dependente);

3) Indivíduos com Doença Renal Crónica (U99 – Doença urinária, outra);

4) Indivíduos com alterações das vias urinárias (U85 – Malformações congénitas do aparelho urinário; U99 – Doença urinária, outra);

5) Indivíduos algaliados (U53 – Instrumentação / Cateterização / Intubação / Dilatação);

6) Indivíduos com Insuficiência Cardíaca (K77 – InsuficiênciaCardíaca);

7) Indivíduos com Insuficiência Hepática (D97 – Doença de Fígado, outra);

8) História de ITU de repetição (≥ 3 episódios/ano) ou sob antibioterapia profilática, identificada através da pesquisa do processo clínico no SClínico®;

9) Indivíduos com antibioterapia prévia há menos de um mês, identificados através da pesquisa do processo clínico no *SClínico*®;

10) Indivíduos com diagnóstico de ITU cuja antibioterapia foi instituída segundo antibiograma, identificados através da pesquisa do processo clínico no *SClínico*®;

11) Indivíduos com dispositivos médicos implantados, identificados através da pesquisa do processo clínico no *SClínico*®;

12) Episódios de ITU diagnosticados e tratados em outro local que não a Unidade da investigadora, identificados através da pesquisa do processo clínico no *SClínico*® e *PDS*®.

Fonte de Dados: *SClínico*®, Prescrição Eletrónica Médica *(PEM®)* e Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais *(MIM@UF®)*.

Tipo de Avaliação: Interna.

Colheita de Dados: Os dados foram colhidos pela Investigadora e são referentes a 2 períodos de avaliação:

- **1º Período:** 1 de outubro a 31 de dezembro de 2015;
- **Intervenção:** fevereiro de 2016;
- **2º Período:** 1 de março a 31 de maio de 2016.

Amostra e Técnica de Amostragem: Amostra de conveniência.

Avaliação Temporal: Retrospetiva.

Critérios Avaliados:

1) Prescrição de fármacos de primeira linha: Registo no processo clínico de prescrição de Fosfomicina ou Nitrofurantoína (ou Amoxicilina e Ácido Clavulânico em caso de contraindicação dos anteriores) nos casos de cistite não complicada na mulher não grávida.

2) Prescrição de fármacos na posologia correta: Registo no processo clínico de prescrição de Fosfomicina 3 gramas em dose única; Nitrofurantoína 100 miligramas de 6 em 6 horas durante 5 a 7 dias; Amoxicilina e Ácido Clavulânico 500 + 125 miligramas de 8 em 8 horas, durante 5 a 7 dias.

Outros parâmetros avaliados:

1) Contraindicação a antibioterapia de primeira linha: Registo no processo clínico da contraindicação aos dois fármacos de primeira linha.

2) Nome do antibiótico que tem contraindicação: Registo no processo clínico do nome do fármaco de primeira linha para o qual há contraindicação.

Padrão de Qualidade: Após discussão e aceitação por parte da equipa da Unidade, a investigadora definiu o Padrão de Qualidade (Tabela 1).

Tabela 1 - Padrão de Qualidade

Muito Bom	Resultados [≥ 75%]
Bom	Resultados [50 - 74%]
Suficiente	Resultados [25 - 49%]
Insuficiente	Resultados [≤ 24%]

Análise de Dados: Os dados foram registados no *Microsoft Office Excel 2010®*. A análise dos resultados obtidos foi realizada com recurso ao programa informático *IBM Statistical Package for Social Sciences SPSS®* versão 22.0.

Questões Éticas: Este protocolo de melhoria da qualidade não foi submetido para aprovação pela comissão de ética visto que foi concebido para auditoria interna da Unidade. Todas as medidas foram tomadas para permitir o anonimato das utentes cujo processo foi consultado, tendo-se procedido à anonimização dos dados com recurso a um código numérico. Foi pedida autorização por escrito ao coordenador da Unidade para a recolha de dados e elaboração deste trabalho, sendo que todos os médicos da instituição concordaram em participar.

RESULTADOS

Primeira Avaliação

Na avaliação inicial, que decorreu entre 1 de outubro e 31 de dezembro de 2015, foram obtidos 102 episódios de cistite aguda. Após aplicação dos critérios de exclusão obtiveram-se 11 casos, sendo a média de idade de 43,6 anos, com desvio padrão de 9,2 anos. Destes, 8 (72,7%) apresentaram prescrição de fármaco de primeira linha, mas apenas 1 caso (12,5%) apresentou posologia correta da antibioterapia referida, alcançando-se assim resultados nos padrões de qualidade "Bom" e "Insuficiente", respetivamente (Tabela 2).

Em 1 dos casos a terapêutica estabelecida foi uma fluoroquinolona (Norfloxacina).

Segunda Avaliação

A segunda avaliação, após a aplicação das medidas corretoras, abrangeu o período de 1 de março a 31 de maio de 2016, tendo-se obtido 99 episódios de cistite aguda. A aplicação dos critérios de exclusão resultou na obtenção de 15 casos, verificando-se uma média de idade de 43,0 anos, com um desvio padrão de 9,4 anos. Em 12 casos (80,0%) foi prescrita antibioterapia de primeira linha empiricamente, sendo que destes, 10 (66,7%) apresentaram igualmente uma posologia correta. Assim obtiveram-se padrões de qualidade de "Muito Bom" e "Bom", respetivamente (Tabela 3).

Tabela 2 - Resultados da primeira avaliação dos critérios em estudo

Critérios Avaliados	Nº	%	Padrão de Qualidade
Prescrição de antibiótico de primeira linha	8	72,7	Bom
Posologia correta do antibiótico de primeira linha	1	12,5	Insuficiente

Tabela 3 - Resultados da segunda avaliação dos critérios em estudo

Critérios Avaliados	Nº	%	Padrão de Qualidade
Prescrição de antibiótico de primeira linha	12	80,0	Muito Bom
Posologia correta do antibiótico de primeira linha	10	66,7	Bom

Dos 3 casos em que não se verificou registo de prescrição de antibioterapia de primeira linha, 2 não apresentavam qualquer tipo de registo de terapêutica antibiótica no processo clínico.

Em nenhuma das avaliações se verificou qualquer registo de alergias medicamentosas, pelo que não se registam exceções à norma documentadas no processo clínico eletrónico.

DISCUSSÃO

A população foi homogénea nas duas avaliações, apesar de ser pouco representativa devido ao baixo número de casos obtidos, o que se explica pela abrangência de uma população maioritariamente idosa por esta Unidade e devido à definição restritiva de cistite aguda não complicada na mulher não grávida apresentada na

norma da DGS na qual se baseia a intervenção realizada. Uma outra possível razão para esta situação pode ser a subcodificação desta patologia, inerente ao tempo reduzido de consulta ou à multiplicidade de codificações das avaliações da consulta.

Perante os resultados obtidos na primeira avaliação constatou-se a necessidade de melhorar os conhecimentos e uniformizar as práticas no que respeita ao tratamento antibiótico perante um diagnóstico de cistite aguda não complicada na mulher não grávida. O resultado menos satisfatório foi encontrado na posologia prescrita.

Assim, após apresentação e discussão dos resultados na Unidade (a 16 de fevereiro de 2016), foi estipulado um conjunto de medidas corretivas, com o intuito de uniformizar procedimentos e atitudes em relação ao tratamento da cistite aguda não complicada na mulher não grávida (Tabela 4).

11 casos, sendo que em 8 (72,7%) foi prescrita antibioterapia de primeira linha, mas apenas 1 (12,5%) caso apresentou posologia correta. Relativamente à avaliação pós-intervenção, observou-se que dos 15 casos obtidos, 12 (80,0%) apresentaram prescrição de antibioterapia de primeira linha e 10 destes (66,7%) apresentaram a posologia correta. Pelos resultados obtidos podemos observar uma melhoria do padrão de qualidade dos critérios avaliados de "Bom" e "Insuficiente" para "Muito Bom" e "Bom", respetivamente. Contudo, devido ao tamanho reduzido da amostra, esta pode não ser representativa do padrão de prescrição de antibioterapia na Unidade da investigadora.

Tabela 4 - Conjunto de medidas corretoras aplicadas na unidade para uniformização das práticas

Medidas	Objetivo	Forma de transmissão	Frequência	Local
Apresentação e discussão da norma da DGS	Fundamentação científica para os objetivos propostos	Apresentação oral com suporte informático	Sessão única, com duração de aproximadamente 30 minutos	Reunião de Serviço para a Equipa Médica
Folha resumo da norma da DGS	Auxiliar de memória para consulta	Ficheiro PDF e impresso em papel	Monitorização mensal	Colocada em papel e no computador nos consultórios dos médicos

Após aplicação destas medidas constatou-se uma melhoria significativa dos padrões de qualidade em ambos os critérios avaliados, especialmente no que diz respeito à posologia correta da antibioterapia de primeira linha. Tais resultados demonstram que as medidas aplicadas para a uniformização das práticas foram adequadas e efetivas.

Como limitações deste estudo, verifica-se uma amostra de reduzidas dimensões pelos motivos supracitados. Tais limitações poderiam ser colmatadas com o aumento da duração dos períodos de recolha de informação. Outro viés do presente trabalho constitui o viés de informação, pois este baseia-se na consulta do registos de dados.

Como vantagens deste estudo destacam-se a melhoria e uniformização de práticas na Unidade em estudo. Presentemente não estão contempladas outras intervenções ou períodos de avaliação por parte da investigadora.

Em suma, na primeira avaliação foram obtidos

CONCLUSÃO

A melhoria contínua da qualidade ao nível dos cuidados de saúde é um dos aspetos mais importantes do Sistema Nacional de Saúde. Esta permite potenciar a coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde através da melhoria da qualidade clínica e organizacional, assegurando a segurança do doente nos serviços de saúde. Desta forma, os serviços devem recorrer a aplicação de medidas que permitam a uniformização e melhoria das práticas e procedimentos. No tratamento com antibióticos ressalva-se a importância de prevenir o desenvolvimento de resistências e melhorar a utilização e distribuição dos recursos e, consequentemente, a relação custo/benefício dos mesmos.

Para isso é necessário proceder-se a uma procura ativa de potenciais problemas nesta área ao nível das equipas da Unidade de Saúde, com investimento constante e prolongado no tempo para que se observe melhoria das práticas clínicas.

AGRADECIMENTOS

A Investigadora gostaria de manifestar os seus mais sinceros agradecimentos aos colegas Ana Sousa da Silva (USF +Carandá), Lígia Sousa (USF Ramalde), Maria Torres (UCSP Boticas), Odília Fortes (USF São Vicente) e Pedro Barbosa (USF Maresia), com os quais procedeu à elaboração do protocolo deste trabalho de melhoria da qualidade, no âmbito do curso dinamizado pela Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte (CIMGFZN), sem os quais este artigo não seria possível.

Gostaria também de agradecer à Dra. Maria José Carrillo, pela sua orientação durante estes 4 anos de formação, assim como a toda a equipa da UCSP B – CS Chaves nº 1.

REFERÊNCIAS

1. Despacho n.º 14223/2009 do Diário da República, 2.ªsérie, N.º120 de 24 de Junho de 2009
2. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. Am J Med. 2002 Jul 8; 113 Suppl 1A:5S-13S
3. Naber K, Schito G, Botto H, Palou J, Mazzei T. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. Eur Urol. 2008 Nov; 54(5):1164-75
4. Foxman B, Barlow R, D'Arcy H, Gillespie B, Sobel JD. Urinary tract infection: self-reported incidence and associated costs. Ann Epidemiol. 2000 Nov; 10(8):509-15
5. Mazzulli T. Resistance trends in urinary tract pathogens and impact on management. J Urol. 2002 Oct; 168(4 Pt 2):1720-2
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report: reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. ECDC; 2011
7. Norma de Orientação Clínica 015/2011: Terapêutica de infeções do aparelho urinário (comunidade) da DGS, de 30/08/2011
8. Programa Nacional de Controlo de Infecção. Inquérito nacional de prevalência de infecção nosocomial. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2009
9. Llor C, Rabanaque G, López A, Cots J. The adherence of GPs to guidelines for the diagnosis and treatment of lower urinary tract infections in women is poor. Fam Pract. 2011; 28(3):294-9
10. Butler C, Dunstan F, Heginbothom M, Mason B, Roberts Z, Hillier S, et al. Containing antibiotic resistance: decreased antibiotic-resistant coliform urinary tract infections with reduction in antibiotic prescribing by general practices. Br J Gen Pract. 2007; 57(543):785-92
11. Hooton T. Uncomplicated urinary tract infection. N Engl J Med. 2012;366(11):1028-37
12. Kahlmeter G. Prevalence and antimicrobial susceptibility of pathogens in uncomplicated cystitis in Europe. The ECO.SENS study. Int J Antimicrob Agents. 2003; 22 Suppl 2:49-52
13. Martins F, Vitorino J, Abreu A. Avaliação do perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos de microrganismos isolados em urinas na Região do Vale do Sousa e Tâmega. Acta Med Port. 2010; 23(4):641-6
14. Correia C, Costa E, Peres A, Alves M, Pombo G, Estevinho L. Etiologia das infeções do tracto urinário e sua suscetibilidade aos antimicrobianos. Acta Med Port. 2007; 20(6):543-50
15. Tavares I, Sá A. Perfil de prescrição de antimicrobianos para as infecções do tracto urinário nos cuidados de saúde primários. Rev Port Med Geral Fam. 2014; 30:85-100

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Diana Ferreira UCSP B -
UCSP B – CS Chaves nº 1, ACeS Alto Tâmega e Barroso
E-mail: diana.taker@gmail.com

A rede médicos sentinela

The portuguese general practitioner sentinel network

Carla Veiga Rodrigues, Marisa Santos, Teresa Botelho Patrício
Corpo Editorial

Neste primeiro número, a Revista MGF&Ciência decidiu associar-se à divulgação da iniciativa "Rede Médicos Sentinela", um sistema de observação em saúde já por múltiplas vezes premiado, constituído por médicos de Medicina Geral e Familiar que exercem funções nos cuidados de saúde primários, levada a cabo pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Para isto convidamos para uma entrevista a Dr.ª Ana Paula Rodrigues, médica no Departamento de Epidemiologia do INSA e a coordenadora do projeto, assim como o Dr. João Vieira Fonseca, médico interno de formação específica de Medicina Geral e Familiar da USF Nova Mateus e também médico sentinela desde 2015.

O que é a Rede Médicos Sentinela e como é que esta surgiu?

Ana Paula Rodrigues: A Rede Médicos Sentinela surgiu em 1989, *pelas mãos* do Dr. José Marinho Falcão, como uma Rede de Médicos de Família que possibilitasse o estudo de problemas frequentes em Medicina Geral e Familiar a nível nacional. A gripe foi o primeiro problema de saúde a entrar em vigilância, mantendo-se em estudo ao longo destas quase três décadas.

Como funciona e como está organizada a Rede?

Ana Paula Rodrigues: A Rede Médicos Sentinela é formada por médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar ou internos da formação específica, distribuídos por todo o país, que voluntariamente notificam de forma regular, uma série de eventos de saúde que ocorrem nos utentes das suas listas.

A notificação pode ser feita diária ou semanalmente através de uma plataforma *online*.

Que temas são estudados pela Rede?

Ana Paula Rodrigues: Os temas em estudo variam anualmente, mas são geralmente problemas de saúde frequentes na população portuguesa (como diabetes, hipertensão arterial, depressão). Apesar de todos os anos haver novas temáticas em estudo, tentamos que o mesmo tema seja estudado vários anos para avaliarmos a sua evolução ao longo do tempo. Os temas, propostos pelos Médicos Sentinela ou pela coordenação da Rede, são decididos na reunião anual, que geralmente se realiza em Outubro.

Que resultados já obtiveram? Como os costumam divulgar?

Ana Paula Rodrigues: Todos os anos publicamos um relatório com os principais resultados. Os resultados de estudos específicos, como é o caso do *Estudo das Infecções do Trato Urinário na prática de Medicina Geral e Familiar* ou o *Estudo da Prescrição de Anticoagulantes Orais* são, também, divulgados através de comunicações em congressos e de publicações em revistas técnico-científicas. Semanalmente, os resultados da vigilância da gripe são publicados no *Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe* e partilhados com o *European Centre for Disease Prevention and Control*.

Qual impacto deste projeto na Saúde Pública e qual a sua relevância na era digital?

Ana Paula Rodrigues: Os dados obtidos através da Rede Médicos Sentinela, permitem-nos monitorizar a evolução de vários dos principais problemas de saúde em Portugal, como a diabetes ou as doenças cardiovasculares, contribuindo para a avaliação dos programas de saúde e para a implementação de medidas de controlo. Permite ainda a detecção precoce da epidemia de gripe e a caraterização dos vírus da gripe em circulação em cada inverno. Existem várias vantagens em manter um sistema de notificação ativa, como a Rede Médicos Sentinela, que têm a ver com a possibilidade de recolher amostras biológicas e com a possibilidade de validar (e modificar sempre que necessário) definições de caso específicas. Além disso, para muitos dos problemas em estudo, temos longas séries temporais que nos permitem avaliar a sua evolução ao longo do tempo.

Como pode um médico inscrever-se?

Ana Paula Rodrigues: É muito simples! Basta enviar um email para o endereço da Rede Médico Sentinela (ms.onsa@insa.min-saude.pt) manifestando o seu interesse em participar na Rede.

Qual a motivação para a participação neste projeto?

João Vieira Fonseca: O que me levou a abraçar este projeto foi o fato de sentir que estaria a contribuir para algo que beneficia todos, quer médicos quer a população em geral, através da investigação que é levada a cabo. Para além disto, o facto de toda equipa Médicos Sentinela prestar um suporte constante, me fazer sentir apoiado e estar sempre pronta a prestar qualquer esclarecimento, cria uma a sensação de fazer parte integrante do projeto.

O que é que um médico "ganha" em pertencer à Rede Médicos Sentinela?

João Vieira Fonseca: Em primeiro lugar a sensação de estar a tomar parte ativa na investigação científica ao nível dos cuidados de saúde primários, tomando conhecimento de dados epidemiológicos relacionados especificamente com a população portuguesa. No que respeita especificamente à vigilância da gripe, ganha o acesso à pesquisa do virus, podendo satisfazer a sua "curiosidade" relativamente aos casos que vão aparecendo nos utentes vistos por si. Por outro lado, fazendo parte da rede, ganha a possibilidade de colaborar com o INSA na realização de trabalhos científicos utilizando a base de dados da mesma, tendo ainda a possibilidade de sugerir novos itens para notificação.

Qual é afinal o trabalho de um Médico Sentinela?

João Vieira Fonseca: O trabalho desenvolvido por um Médico Sentinela carateriza-se pela sinalização e consequente notificação através de uma plataforma *online* de novos casos de algumas doenças, ou eventos relevantes de elevada prevalência ou relevância clínica nos cuidados de saúde primários. O trabalho da Rede com mais visibilidade acaba por ser durante a época de gripe, com o preenchimento de um pequeno inquérito a cada caso suspeito de gripe e colheita de zaragatoa (opcional, da qual depois recebemos o resultado relativo a cada utente).

Qual a importância deste trabalho para a comunidade e para a saúde pública?

João Vieira Fonseca: Conseguir que o país consiga ter disponível esta ferramenta de vigilância populacional, e para isso que a região onde trabalho, Vila Real, seja representada nas estatísticas da Rede Médicos sentinela. Os dados desta região vão ajudar a construir e a contribuir para o global nacional da população portuguesa, com a estimativa de incidências de algumas doenças ou eventos relevantes e da prática médica habitual.

Em que projetos tem estado envolvido?

João Vieira Fonseca: No âmbito da Rede tenho colaborado anualmente no programa de vigilância da gripe. Tive ainda a oportunidade de sugerir a notificação da prescrição antibiótica nas infeções do trato urinário no ano de 2016, estando a elaborar, em colaboração com o INSA, a análise final destes dados para posterior apresentação.

O que diria a um colega indeciso quanto à participação na Rede Médicos Sentinela?

João Vieira Fonseca: Este programa permite-nos ficar a conhecer melhor a população com a qual trabalhamos diariamente e refletir sobre a nossa prática clínica. Sentimos que se faz parte de uma grande equipa. É algo que nos ocupa escassos minutos e é muito recompensador a nível pessoal.

MÉDICOS SENTINELA

O meu sobrinho teve cancro testicular, o meu filho também terá?

My nephew had testicular cancer, will my son have it too?

Bruno Melo[1], Joana Afonso[2], Joana Barbosa[3], Sofia Melo[1] e Aparício Braga[5]

1 Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Braga Norte, ACeS Cávado I

2 Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Braga Norte, ACeS Cávado I

3 Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Nova Era, ACeS Tâmega II

5 Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Braga Norte, ACeS Cávado I

RESUMO

Introdução: O cancro testicular é raro. Contudo, é o cancro sólido maligno mais comum em homens com idade compreendida entre os 15 e 35 anos. Apresenta como fatores de risco: criptorquidia, história familiar e pessoal de cancro testicular, atrofia testicular e raça caucasiana.

Descrição do caso: Rapaz de 9 anos, recorre à consulta aberta com o seu Médico de Família (MF) acompanhado pela mãe. Esta refere que o filho apresenta febre, mialgias generalizadas, tosse seca, rinorreia anterior e anorexia. Além disso, a mãe refere que o filho teve dois episódios de dor no testículo esquerdo, com início súbito após dois episódios de traumatismo com bola de futebol, com melhoria espontânea. Ao exame objetivo, verifica-se orofaringe ruborizada e testículo esquerdo com ligeiro aumento do volume e nódulo no seu polo superior. Sem outras alterações. Pediu-se ecografia escrotal de urgência e foi medicado com paracetamol e desloratadina. A ecografia revela nódulo no testículo esquerdo com 10 mm, suspeito de tumor de células germinais. O utente é referenciado para a consulta de cirurgia pediátrica.

Discussão/Conclusão: Perante uma massa testicular é fundamental que o MF realize uma história clínica e um exame objetivo pormenorizados, para poder ter uma suspeita da patologia em questão bem fundamentada e para que o processo de encaminhamento para a consulta hospitalar seja célere. Este caso pretende demonstrar a importância de uma medicina de proximidade com o utente. Desta forma, o médico de família pode detetar precocemente esta patologia e tomar as medidas necessárias em tempo oportuno.

Palavras-chave: Cancro Testicular; História Familiar

ABSTRACT

Introduction: Testicular cancer is rare. However, it is the most common solid malignant cancer in men aged between 15 and 35 years. Factors like cryptorchidism, personal and family history of testicular cancer, testicular atrophy and caucasian breed are considered risk factors for the disease.

Case description: A 9 year-old boy attended his family practitioner's consultation, escorted by his mother. She reports the child's symptoms as fever, generalized myalgia, dry cough, rinorrhea and anorexia. In addition, there were two episodes of left testicular pain with sudden onset after two trauma incidents with a soccer ball, about a week ago, with spontaneous improvement. The physical examination presented flushing oropharynx and left testicle with a moderate increase in volume and a nodule located on the upper pole. An urgent scrotal ultrasound was performed and paracetamol and desloratadine were prescribed. The ultrasound revealed a nodule on the left testicle with 10 mm, suspected to be a germ cell tumor. The child is referred for a consultation with a pediatric surgeon.

Discussion/Conclusion: Facing a testicular mass, the family physician should collect a detailed clinical history and physical examination, for a consistent clinical suspicion and swift and prompt referral for pediatric surgery. The present clinical case intends to highlight the importance of a more personalized medicine, close to the patient, allowing the family physician to detect the disease and take the necessary measures in a prompt manner.

Keywords: Testicular cancer; Family History

INTRODUÇÃO

O cancro testicular é raro, contudo é o cancro sólido maligno mais comum em homens entre os 15 e os 35 anos, sendo responsável por cerca de 1% de todos os casos incidentes de cancro nos homens.[1] Apresenta alguns fatores de risco, a salientar criptorquidia, atrofia testicular, raça caucasiana, infertilidade e história familiar e/ou pessoal de cancro testicular.[2-6] A massa testicular é, geralmente, identificada incidentalmente pelo utente, indolor à palpação, podendo coexistir edema testicular e adenomegalias inguinais.[7]

Esta patologia apresenta uma elevada taxa de cura, devido ao diagnóstico precoce e à sensibilidade aumentada à quimioterapia.[8] De realçar que qualquer massa testicular deve ser considerada cancro até prova em contrário, sendo essencial a realização de ecografia.

Os diagnósticos diferenciais existentes encontram-se no Quadro I.

Quadro I - Diagnóstico diferencial de massa testicular

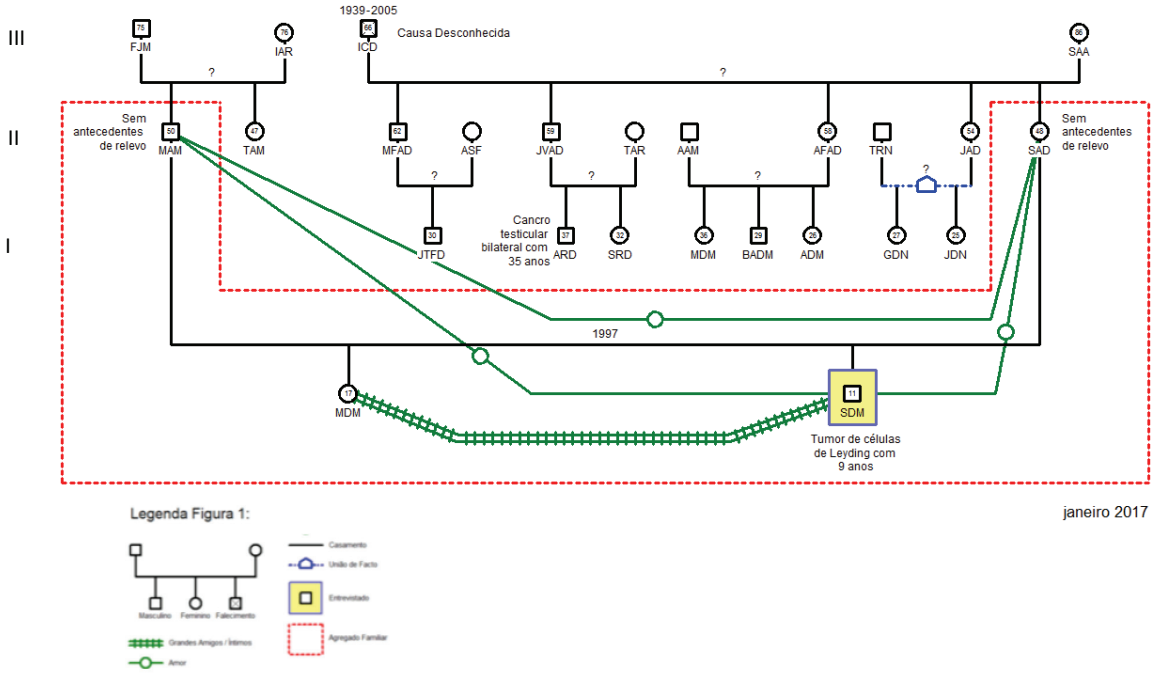
Patologia	Sinais / sintomas de diferenciação
Torção Testicular	• Dor testicular de início súbito • Edema e eritema escrotal • Testículo em posição transversal. • Testículo mais elevado em relação ao contra-lateral • Testículo sensível ao toque • Ausência de alívio da dor com elevação testicular •Reflexo cremastérico habitualmente ausente
Torção do Apêndice Testicular (Hidátide de Morgagni)	• Dor testicular focal, de instalação progressiva • Nódulo palpável, localizado na região superior do testículo • *Blue dot sign* - ponto subcutâneo azulado na região superior do testículo • Mais frequente entre os 7-14 anos e no testículo esquerdo
Epidídimo-orquite	• Edema e eritema escrotal • Dor testicular de início gradual • Aumento do tamanho do epidídimo
Hérnia escrotal	• Aumento testicular • Dor testicular • Passível de redução
Hidrocele	• Geralmente é indolor • Transiluminação da massa testicular com luz
Cisto do epidídimo	• Geralmente é indolor • Cisto pode ser palpado separadamente do testículo, ficando posterior e superior a este
Hematoma	• Presença de história recente de traumatismo • De referir, que até 10% dos casos de cancro testicular têm uma apresentação após história de trauma

DESCRIÇÃO DO CASO

O caso clínico refere-se a um utente do género masculino, caucasiano, com 9 anos de idade, a residir com os pais. Integra uma família nuclear, classe média e estádio IV do ciclo de Duvall. Sem antecedentes patológicos de relevo, medicação habitual e alergias medicamentosas, ambientais ou alimentares descritas. A história familiar revela um primo materno de 37 anos com antecedentes de cancro testicular bilateral aos 35 anos (Figura 1). Apresenta o Boletim Individual de Saúde atualizado. Tem 25 kg de peso e 131 cm de altura.

Em outubro de 2015, na consulta aberta com o MF, acompanhado pela mãe, esta refere que o filho apresenta febre (pico de 38.8ºC), mialgias generalizadas, tosse seca e anorexia com um dia de evolução, tendo a mãe medicado o filho com paracetamol. Além disso, refere que o filho teve dois episódios de dor no testículo esquerdo, com início súbito após dois episódios de traumatismo com bola de futebol, há cerca de uma semana e com melhoria espontânea.

Figura 1 - Genograma Familiar e Psicofigura de Mitchel de SDM.



Nega cefaleias, vómitos, náuseas, dispneia, otalgia, dor abdominal, alterações gastrointestinais e urinárias, edema e rubor testicular ou infeções recentes. Ao exame objetivo, apresenta orofaringe ruborizada, sem exsudados e petéquias; região genital em estádio 1 de Tanner, pénis e testículo direito sem alterações; testículo esquerdo com aumento do volume moderado, com nódulo palpável no polo superior deste com cerca de 8 mm de diâmetro e ausência de dor à palpação, rubor e transiluminação. Sem gânglios inguinais palpáveis. Foi requisitada uma ecografia escrotal de urgência, tendo a criança sido medicada com paracetamol.

Regressam à consulta no próprio dia para mostrar o resultado do exame complementar de diagnóstico. A ecografia revela "… nódulo no testículo esquerdo com 10 mm, suspeito de tumor de células germinais… ". Após este resultado, o doente foi referenciado para o serviço de cirurgia pediátrica do hospital de referência.

Em dezembro de 2015, a mãe regressa à consulta com carta do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, local em que o presente caso clínico foi investigado e onde a criança foi submetida a orquiectomia unilateral, tendo sido diagnosticado um tumor de células de Leydig benigno. A criança mantém seguimento no IPO com prognóstico favorável.

DISCUSSÃO

Este caso realça a importância de o MF conhecer os antecedentes pessoais dos elementos familiares. De mencionar que 1 a 3% dos homens afetados por esta patologia têm um membro na família com cancro testicular, sugerindo haver uma predisposição hereditária.[5, 9,10] É também demonstrada a relevância da construção do genograma familiar na prática clínica. No entanto, a concretização destes dois fatores mencionados é dificultada pelo tempo reduzido de cada consulta e pela impossibilidade de realizar um genograma no programa informático *SClínico®*.

A realização de um exame objetivo completo, sem descorar nenhuma região do corpo humano, e a existência de uma boa acessibilidade para a realização de meios complementares de diagnóstico, neste caso em particular a ecografia, são duas condições que permitem identificar precocemente os problemas e orientá-los com celeridade.

A ecografia escrotal é o exame que deve ser inicialmente pedido na presença de uma massa testicular, por apresentar uma sensibilidade na patologia testicular que se aproxima dos 100%, ser indolor, não invasivo, rápido e barato.[11-13]

É importante salientar que os doentes após a realização de orquiectomia poderão desenvolver hipogonadismo, com a necessidade de realizar terapia de

reposição de testosterona, e que têm a possibilidade de colocar uma prótese testicular, com o intuito de proporcionar ganhos a nível psicológico.[14] Além disso, os indivíduos com história de cancro testicular têm um risco aumentado de ter cancro no testículo contralateral.[13] Estes motivos demonstram a importância de um acompanhamento atento e adequado.

O MF tem um papel preponderante devido ao contacto de proximidade com os utentes, sendo a sua atuação primordial no diagnóstico precoce e na correta orientação desta patologia.

REFERÊNCIAS

1. Siegel L, Miller D, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin. 2016;66:7.
2. Steele G, Richie J, Oh W, et al. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of testicular germ cell tumors [internet]. UpToDate [updated 2016 Fev]. Available from http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-testicular-germ-cell-tumors.
3. Walsh J, Croughan S, Schembri M, et al. Increased risk of testicular germ cell cancer among infertile men. Arch Intern Med. 2009;169:351.
4. Zequi Sde C, da Costa H, Santana B, et al. Bilateral testicular germ cell tumours: a systematic review. BJU Int. 2012;110:1102.
5. Lutke Holzik F, Rapley A, Hoekstra J, et al. Genetic predisposition to testicular germ-cell tumours. Lancet Oncol. 2004;5:363.
6. Grulich AE, van Leeuwen T, Falster O, et al. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. Lancet. 2007;370:59.
7. Bosl J, Motzer J. Testicular germ-cell cancer. N Engl J Med. 1997;337:242.
8. Albers P, Albrecht W, Algaba F, et al. Guidelines on Testicular Cancer. European Association of Urology. 2015.
9. Dieckmann P, Pichlmeier U. The prevalence of familial testicular cancer: an analysis of two patient populations and a review of the literature. Cancer. 1997;80:1954.
10. Dong C, Lönnstedt I, Hemminki K. Familial testicular cancer and second primary cancers in testicular cancer patients by histological type. Eur J Cancer. 2001;37:1878.
11. Kim W, Rosen A, Langer E, et al. US-MR Imaging correlation in pathologic conditions of the scrotum. Radiographics 2007;27(5):1239-53.
12. Shaw J. Diagnosis and treatment of testicular cancer. Am Fam Physician 2008;77(4):469-74.
13. Albers P, Albrecht W, Algaba F, et al. Guidelines on Testicular Cancer. European Association of Urology 2015.
14. Taplin M, Kantoff P, Ross M. Testicular sex cord stromal tumors [internet]. UpToDate [updated 2017 Mar]. Available from https://www.uptodate.com/contents/testicular-sex-cord-stromal-tumors?source=see_link&sectionName=-Leydig%20cell%20tumors&anchor=H3#H7.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Bruno Melo
USF Braga Norte – AceS Cávado I, Braga
E-mail: brunoabmelo@gmail.com

O diagnóstico nos olhos – um relato de caso de doença de Graves

Diagnostic in the eyes - a case of Graves' disease

Flávio Guimarães[1]

1 Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Santa Clara, ACeS Grande Porto IV

RESUMO

Introdução: A doença de Graves é a causa mais frequente de hipertiroidismo. Tem um predomínio em mulheres com idades entre os 30 e os 40 anos e manifesta-se pelos sintomas de hipertiroidismo, exoftalmia, bócio e dermatopatia.

Descrição: AF, género feminino, 32 anos, 9º ano de escolaridade e desempregada. Família alargada, classe social baixa. Antecedentes pessoais: quisto do ovário e perturbação de ansiedade. Em maio de 2015 foram verificados pelo médico de família um quadro de exoftalmia e um bócio ligeiro. Apresentava ainda insónias e ansiedade que relacionava com a sua perturbação de ansiedade. Na avaliação analítica verificou-se a presença de hipertiroidismo, sendo medicada com propranolol e referenciada à consulta de Endocrinologia, onde foi iniciado tiamazol por Doença de Graves. Desenvolveu ainda uma trombocitopenia associada que remitiu ao fim de dois meses. Atualmente mantém o tratamento com melhoria dos sintomas e diminuição do bócio. A exoftalmia continua inalterada.

Discussão: A doença de Graves tem bom prognóstico com um controlo adequado a longo prazo e melhoria do bócio e da sintomatologia. No entanto, pode apresentar recidivas e a exoftalmia tem uma resposta variável aos anti-tiroideus. Este caso clínico realça a importância da prestação de cuidados longitudinais continuados pelo médico de família permitindo um melhor conhecimento dos doentes e interpretação de sinais e sintomas que, por vezes, podem ser desvalorizados pelos doentes e podem traduzir patologias subjacentes.

Palavras-chave: doença de Graves, exoftalmia de Graves, bócio, hipertiroidismo.

ABSTRACT

Introduction: Graves' disease is the most frequent cause of hyperthyroidism. It is more prevalent in women aged between 30 and 40 years old. In addition to the symptoms of hyperthyroidism, its manifestations also include exophthalmia, goiter and dermatopathy.

Methods: AF, female gender, 32 years old, 9th grade of education, unemployed. Belongs to an extended family and to a low social class. Medical history: ovarian cyst and anxiety disorder. In May 2015 an exophthalmia and goiter are verified as well as insomnia and anxiety that the patient attributed to her anxiety disorder. The analytical assessment showed results of hyperthyroidism. The patient was treated with propranolol and referred to an endocrinology appointment where tiamazol was introduced. AF also developed a thrombocytopenia associated with Graves' disease which remitted after two months. Currently, AF maintains the treatment with improvement of symptoms and reduction of goiter. Exophthalmos remains unchanged.

Discussion: Graves' disease has a good prognosis with a long-term control and improvement of the symptoms. However, it may present relapses and exophthalmia has a variable response to anti-thyroid treatments. This case highlights the importance of providing continuous longitudinal care by the family physician, allowing for a better understanding an interpretation of patient's signs and symptoms that can sometimes be undervalued by him and may evidence underlying medical conditions.

Keywords: Graves' disease, exophthalmia, goiter, hyperthyroidism.

INTRODUÇÃO

A doença de Graves é a causa mais frequente de hipertiroidismo, tendo uma incidência anual de cerca de 0,05% (Reino Unido).[1] O hipertiroidismo cursa com um quadro que pode incluir perda de peso, arritmias, bócio, diarreia, diminuição da densidade mineral óssea, irregularidades menstruais, infertilidade, perturbação do sono, intolerância ao calor e hipertensão arterial.[2] Além dos sintomas de hipertiroidismo, a doença de Graves pode apresentar-se com exoftalmia, bócio e dermatopatia.[2]

A doença de Graves é causada pelos anticorpos anti-recetores de TSH (TRAb)[2,3] podendo ser de dois tipos: o anticorpo estimulador (TSAb), que é detetado na maioria dos doentes com doença de Graves causando hiperfunção, e o anticorpo bloqueador (TBAb), que é detetado em alguns doentes com tiroidite autoimune crónica causando hipofunção e atrofia.[3] Estes dois tipos de TRAb podem coexistir no mesmo doente, podendo variar a função tiroideia de acordo com a concentração relativa de cada um deles. Pode ocorrer a progressão de doença de Graves com hipertiroidismo para tiroidite autoimune crónica com hipotiroidismo. O inverso, embora mais raro, também pode ocorrer.[3]

A doença de Graves tem um predomínio em mulheres com idades entre os 30 e os 40 anos, sendo fatores de risco o tabagismo, história familiar de doença de Graves, exposição a radiação, stress emocional, consumo de iodo, tratamento com lítio e tratamento com biológicos.[2]

DESCRIÇÃO

AF, género feminino, 32 anos, 9º ano de escolaridade, desempregada (último emprego: cantoneira). AF pertence a uma família alargada (acolheu três sobrinhos em 2015) e a uma classe social média baixa (classe IV segundo a escala de Graffar). O genograma e psicofigura de Mitchel da família de AF estão representados na figura 1.

Considerando os seus hábitos, AF não consome bebidas alcoólicas, bebe um a dois cafés por dia e tem hábitos tabágicos de cerca de 20 cigarros por dia desde há 10 anos (10 UMA). Relativamente à história ginecológica e obstétrica, a sua menarca foi aos 13 anos apresentando ciclos irregulares. Teve uma gestação em 2003 sem intercorrências com nascimento de um filho (GIPI). Não usa método anticoncecional.

Como antecedentes pessoais realizou quistectomia do ovário esquerdo em 2012. Apresenta ainda uma perturbação ansiosa realizando como medicação habitual loflazepato de etilo 2 mg em SOS.

A história da doença atual iniciou-se em maio de 2015, enquanto acompanhava um familiar a uma consulta de Saúde Infantil, durante a qual foram verificados quadro de exoftalmia e um bócio. Foi realizada uma consulta aberta onde referiu sentir-se mais ansiosa, agitada, com insónias iniciais e emagrecimento de 4 kg nos últimos três meses. Negava intolerância ao calor e irregularidades menstruais. AF desvalorizava os sintomas e relacionava-os com o "stress" que vivia por ter acolhido os sobrinhos desde novembro de 2015. No exame objetivo apresentava taquicardia

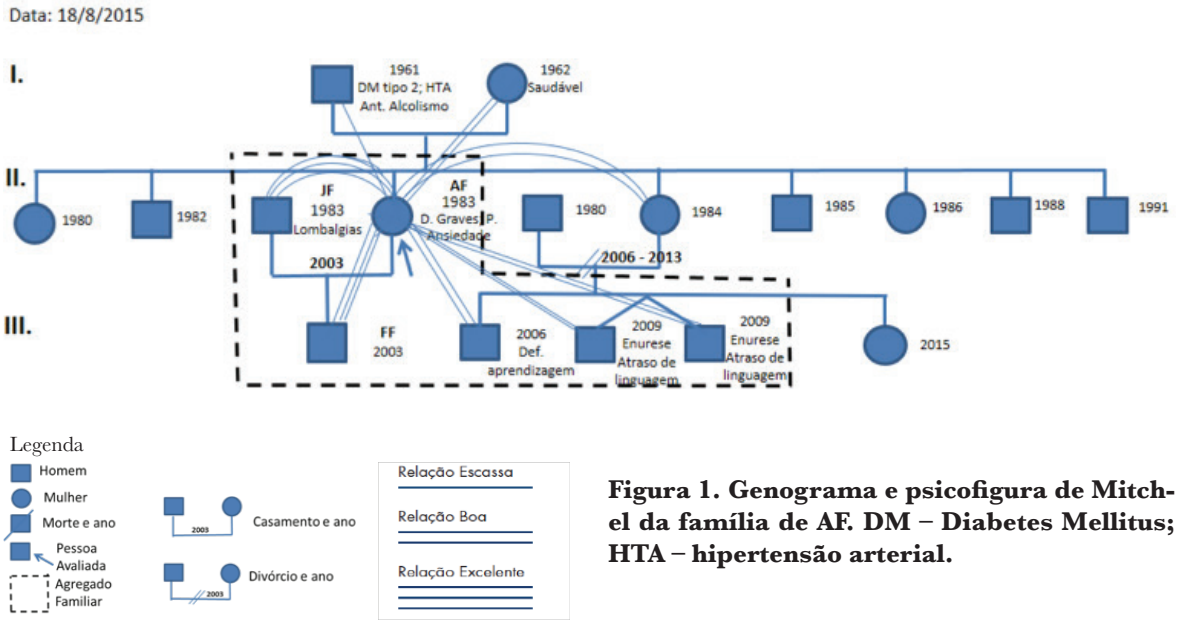


Figura 1. Genograma e psicofigura de Mitchel da família de AF. DM – Diabetes Mellitus; HTA – hipertensão arterial.

(107 bpm) e um bócio palpável de consistência mole e móvel com a deglutição, sem nódulos palpáveis ou adenomegalias cervicais (figura 2A). Apresentava ainda discreta exoftalmia bilateral (figura 2B), sem dermatopatia ou outros achados relevantes do exame objetivo.

Figuras 2A - Bócio palpável. **2B -** Exoftalmia discreta.

Na avaliação analítica verificou-se uma diminuição dos níveis de TSH (<0,05mIU/L) e, perante a hipótese diagnóstica de hipertiroidismo, foi medicada com propranolol 40mg de oito em oito horas e alprazolam 0,5 mg em SOS. Foi realizada a referenciação urgente à consulta de endocrinologia.

Na consulta de endocrinologia apresentou ainda palpitações e tremor. No estudo analítico foi verificada uma trombocitopenia (71 000/ mm3) associada à Doença de Graves, sendo medicada com tiamazol 15 mg/dia. Foi referenciada à consulta de hematologia pela trombocitopenia, repetindo o controlo analítico a cada duas semanas. A trombocitopenia remitiu ao fim de dois meses e as doses de tiamazol foram ajustadas com redução para 5 mg/dia. Atualmente continua o tratamento com melhoria dos sintomas e diminuição do bócio. A exoftalmia mantem-se inalterada.

DISCUSSÃO

Este caso clínico realça a importância da prestação de cuidados longitudinais continuados pelo médico de família permitindo o melhor conhecimento dos doentes e a interpretação de sinais e sintomas que, por vezes, podem ser desvalorizados pelos utentes e podem traduzir patologias subjacentes.

A doença de Graves tem bom prognóstico com um bom controlo a longo prazo, com melhoria do bócio e da sintomatologia. No entanto, pode apresentar recidivas, e a exoftalmia tem uma resposta variável aos anti-tiroideus, de modo que deve ser mantido o follow-up em consulta de endocrinologia. A exoftalmia não está relacionada com gravidade da doença e, em 50% dos casos, resolve espontaneamente.[4] No entanto, em 2 a 5% dos casos há progressão com alterações da visão.[4]

A doente deve ser incentivada à cessação tabágica em todas as consultas uma vez que, para além dos riscos do tabagismo por si só, quando associado ao hipertiroidismo há um aumento do risco de doenças cardiovasculares.[4] Além disso, a cessação tabágica é um dos fatores que pode melhorar a exoftalmia.[4] A cada consulta deve ser reavaliada a necessidade de ansiolítico no tratamento da ansiedade e insónia com explicação das medidas não farmacológicas para o seu tratamento.

A doente deve ainda realizar consulta de planeamento familiar para discussão contracetiva. Atualmente o método escolhido pela doente foi o de barreira, mas devido ao fato de tomar medicamentos teratogénicos (tiamazol) poderá ser ponderado o uso de outro método. Uma vez que pretende uma nova gestação, os métodos definitivos não estão indicados, sendo que os contracetivos combinados devem ser usados com precaução dado o consumo de tabaco.[5] Assim, os contracetivos com progestativos são uma opção segura.[5]

Concluindo, a doença de Graves faz diagnóstico diferencial com as perturbações de ansiedade e do sono, tendo um bom prognóstico. Apesar de a exoftalmia de Graves não ter relação com a gravidade da doença ou com o tratamento anti-tiroideu, esta pode cursar com alteração da visão. Este caso reflete a importância de uma boa articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários essencial para uma adequada abordagem dos problemas de saúde dos doentes.

O médico de família é, na maioria das vezes, o primeiro contacto dos doentes com os cuidados de saúde, sendo fundamental a prestação de cuidados longitudinais que permitem um conhecimento mais profundo entre o médico e o doente. Tal estabelecimento de uma relação mais sustentada possibilita uma abordagem adequada na interpretação de sinais e sintomas que, por vezes, podem ser desvalorizados pelos doentes e traduzir patologias subjacentes.

REFERÊNCIAS

1. Vanderpump MP, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow -up of the Whickham Survey. Clin Endocrinol. 1995; 43:55-68.
2. Petros P. Graves´ Disease [internet]. BMJ Best Practice [atualizado em 04 de abril de 2016; citado em 10 de fevereiro de 2017] Disponível em: http://bestpractice.bmj.com/bestpractice/monograph/32/basics/epidemiology.html

3. Yeung SJ. Graves´ Disease [internet]. Medscape [atualizado em novembro de 2015; citado em 10 de fevereiro de 2017] Disponível em: http://emedicine.medscape.com/article/120619-overview
4. Ross DS. Graves' hyperthyroidism in nonpregnant adults: Overview of treatment [internet]. Uptodate [atualizado em abril 2015; citado em 10 de fevereiro de 2017] Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/graves-hyperthyroidism-in-nonpregnant-adults-overview-of-treatment
5. Organização Mundial da Saúde. Medical eligibility criteria for contraceptive use – 5th ed. OMS, 2015.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Flávio Guimarães
USF Santa Clara, ACeS Grande Porto IV
E-mail: flaviomgguimaraes@gmail.com

Será que o leite sem lactose reduz a duração da diarreia aguda na criança?

Does lactose-free milk reduce the length of acute diarrhea in children?

Ana Rita Reis[1], Ana Margarida Pinto[2], Carina C. Pereira[3]

1 Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Terras de Santa Maria, ACeS Entre Douro e Vouga I

2 Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Famílias, ACeS Entre Douro e Vouga I

3 Médica Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Terras de Santa Maria, ACeS Entre Douro e Vouga I

RESUMO

Introdução: A diarreia aguda é um problema pediátrico frequente. A gastroenterite é uma das causas de diarreia e a intolerância transitória à lactose uma complicação conhecida. Durante décadas, generalizou-se a prática de retirar ou reduzir a lactose da dieta de crianças com diarreia, para reduzir a sua duração, mesmo sem saber se era ou não adequado. O objetivo deste trabalho foi rever a evidência quanto ao benefício do uso de leite sem lactose ou com quantidade reduzida em lactose no tratamento da diarreia aguda em crianças.
Metodologia: Pesquisa nas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência de artigos publicados até abril de 2015, usando os termos MeSH: "diarrhea" AND "lactose" AND "milk". Para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação utilizou-se a escala Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT).
Resultados: Obtiveram-se 229 artigos e cumpriam os critérios de inclusão, uma revisão sistemática, um estudo original e duas normas de orientação clínica. Após a análise dos artigos, constata-se que o uso de leites sem lactose não parece estar associado a uma redução importante na duração da diarreia.
Conclusões: Não existe evidência para recomendar a favor ou contra o leite com quantidade reduzida em lactose, na redução da duração da diarreia. Não existe evidência que suporte o uso de leites sem lactose no tratamento da diarreia aguda em crianças previamente saudáveis e sem comorbilidades (SORT A). São necessários mais estudos, com boa qualidade e na população portuguesa, que validem a evidência encontrada e auxiliem na formulação de recomendações nacionais.
Palavras-chave: diarreia; leite; lactose; crianças

ABSTRACT

Introduction: Acute diarrhea is a frequent condition among children. Gastroenteritis is a common cause of diarrhea and transient lactose intolerance is a well-known complication. For decades, the elimination or reduction of the amount of lactose from the diet of children with diarrhea, aiming to reduce its duration, became widespread, even not knowing if it was appropriate or not. The purpose of this study was to review the evidence regarding the benefit of lactose-free milks or low lactose milks for acute diarrhea treatment in children.
Review methods: Research, on Evidence-Based Medicine databases, of articles published up to April 2015, using the MeSH terms: "diarrhea" AND "lactose" AND "milk". The Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) was used in order to evaluate the assigned level of evidence and strength of recommendation.
Results: We found 229 articles that met the inclusion criteria, and we selected a systematic review, an original study and two guidelines. After reading the articles, it appears that the use of lactose-free milk is not associated with a significant reduction in the duration of diarrhea.
Conclusions: There seems to be no evidence to recommend for or against the low lactose milk, in order to reduce the duration of diarrhea. There is no evidence to support the use of lactose-free milks in the treatment of acute diarrhea in previously healthy children, with no co-morbidities (SORT A). Further studies are needed, with good quality and in the portuguese population, to validate the evidence found and assist in the formulation of national guidelines.
Keywords: diarrhea; lactose; milk; children

INTRODUÇÃO

A diarreia é um problema frequente em idade pediátrica[1,2]. A diarreia corresponde a um aumento da frequência de dejeções (>3 dejeções/24h), com diminuição da consistência das fezes[1,2,3]. Estima-se que, na Europa, a incidência de diarreia em crianças com menos de 3 anos de idade varie entre 0,5 a 2 episódios por criança, por ano[3].

A gastroenterite é uma das principais causas de diarreia aguda na população pediátrica. Trata-se de uma doença infeciosa do trato gastrointestinal, que pode ser causada por vários tipos de bactérias, vírus ou protozoários, que alteram a mucosa intestinal, provocando a diarreia[1,2]. Na Europa, o rotavírus é o agente etiológico mais frequente[3]. Em Portugal, os estudos apontam para variações entre os 40% e os 54% na identificação de rotavírus em gastroenterites tratadas em internamento e variações entre os 22% e os 45% nas tratadas em ambulatório[4].

Nos países em desenvolvimento, a diarreia aguda continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade entre as crianças. Por outro lado, nos países desenvolvidos, a mortalidade por diarreia aguda é reduzida, graças aos avanços nos cuidados de saúde prestados[2].

Quanto ao tratamento da diarreia aguda, além da importância de manter o estado de hidratação adequado, há algumas recomendações consensuais. Todas as crianças sob aleitamento materno devem mantê-lo, sem qualquer restrição. Devem ser evitados alguns tipos de bebidas (refrigerantes, sumos ou chá açucarados, bebidas com cafeína), que podem aumentar a diarreia pelo seu efeito osmótico. Nas décadas de 70 e 80 pôs-se em causa as 24h de jejum que eram preconizadas como tratamento inicial nestas crianças, e cujo objetivo era evitar a malabsorção dos hidratos de carbono[5]. Hoje sabe-se que a reintrodução precoce de alimentos sólidos é benéfica para a criança com diarreia aguda, pois acelera a recuperação do peso, não prolonga a duração da diarreia e não prejudica a recuperação da mucosa intestinal, podendo até ter um efeito positivo[3,5].

A intolerância transitória à lactose pode surgir após um quadro de diarreia aguda de etiologia infeciosa. Esta alteração deve-se ao facto de, durante a infeção gastrointestinal, o intestino deixar de ser capaz de produzir a enzima lactase. Esta entidade deverá ser considerada sempre que a diarreia inicial piore ou se prolongue no tempo, tornando-se crónica. O facto de a criança ser incapaz de digerir e absorver a lactose, pode conduzir a agravamento da desidratação e perda de peso, por prolongamento do quadro de diarreia aguda por mecanismos osmóticos[1,5].

A intolerância transitória à lactose e as suas potenciais complicações conduziram a uma prática clínica que rapidamente se generalizou, mesmo não se sabendo se era ou não adequada a eliminação de lactose da dieta ou redução da sua quantidade, através da diluição do leite[2].

Apesar de terem surgido vários estudos que indicam que essa prática não apresenta qualquer benefício em termos de redução da duração da diarreia ou de recuperação da mucosa intestinal, continua a ser frequente observar a recomendação de leite sem lactose ou de leite com quantidade reduzida em lactose por parte dos médicos, no tratamento da diarreia aguda em crianças previamente saudáveis e sem comorbilidades.

Assim, esta revisão baseada na evidência pretende esclarecer a evidência existente até à data quanto ao benefício da recomendação de uso de leite sem lactose ou com quantidade reduzida em lactose no tratamento da diarreia aguda em crianças.

METODOLOGIA

Foi feita uma pesquisa bibliográfica de meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos aleatorizados e controlados e normas de orientação clínica com a utilização da seguinte combinação de termos MeSH: "diarrhea" AND "lactose" AND "milk".

As bases de dados pesquisadas incluíram: National Guideline Clearinghouse, Guideline Finder, Canadian Medical Association, The Cochrane Database, DARE, Bandolier, Medline/Pubmed, Índex de Revistas Médicas Portuguesas e referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Foram selecionados todos os artigos publicados até abril de 2015 (sem limite temporal inferior), escritos em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola e que respeitassem os seguintes critérios de elegibilidade:

População: população pediátrica com diarreia aguda

Intervenção: alimentação contendo leite sem lactose ou leite com lactose diluído (quantidade de lactose reduzida)

Comparação: leite com lactose

Outcome: redução da duração da diarreia

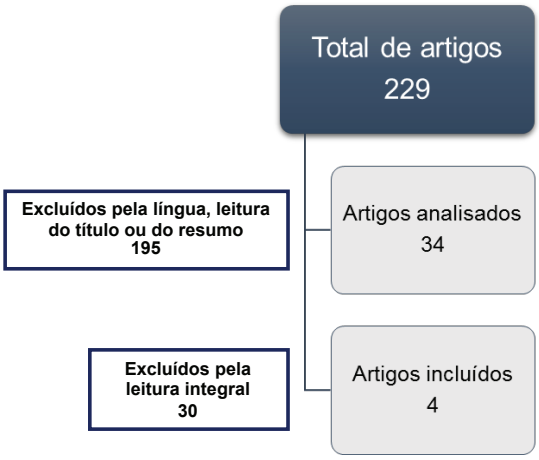
As autoras adotaram a taxonomia Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) para avaliação da qualidade dos estudos e atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR).

RESULTADOS

Da pesquisa bibliográfica realizada, obtiveram-se 229 artigos, tendo sido selecionados 34 para leitura integral, após exclusão pela língua, leitura do título, leitura do resumo e dos artigos repetidos. Dos 34 artigos lidos de forma integral, foram incluídos na revisão quatro artigos que cumpriam os critérios de inclusão: uma revisão sistemática, duas normas de orientação clínica e um artigo original. Ressalva-se que vários artigos (incluindo uma meta-análise) foram excluídos por fazerem parte da revisão sistemática incluída (figura 1).

A descrição dos artigos incluídos encontra-se resumida nos quadros I, II e III.

Figura 1 - Resultados da pesquisa bibliográfica



A revisão sistemática (RS) incluída (Quadro I) tem a chancela da Cochrane (NE 1), incluiu 33 ensaios com uma população total de 2973 crianças com menos de cinco anos e com diarreia aguda. Dos 33 ensaios, 20 cumpriam os critérios definidos pelas autoras, correspondendo a um total de 1890 crianças. MacGillivray et al demonstraram que existe evidência de que os leites sem lactose podem reduzir a duração da diarreia em aproximadamente 18 horas. Os autores desta RS demonstraram ainda que não existe evidência de que o leite com lactose diluído reduza a duração da diarreia[2].

Quanto a estudos originais, como referido anteriormente, as autoras incluíram nesta revisão um ensaio clínico aleatorizado (Quadro II). O estudo de Quak et al tinha por objetivo avaliar a eficácia de quatro regimes diferentes de alimentação em crianças com diarreia aguda por gastroenterite, no primeiro ano de vida. Neste estudo foram incluídas 100 crianças internadas no Departamento de Pediatria da Universidade Nacional de Singapura. As crianças, comparáveis em termos de idade, género, duração de diarreia e grau de desidratação antes da hospitalização, foram aleatorizadas em quatro grupos: regime 1 – leite de fórmula com lactose, diluído (¼, ½, ¾, 1, a cada 12 h); regime 2 – leite de fórmula com lactose, sem diluição; regime 3 – leite de fórmula sem lactose (soja); regime 4 – leite de vaca (low lactose, low fat). Os autores deste estudo concluíram que não existem diferenças estatisticamente significativas no número de dias de duração da diarreia (NE 2)[6].

Quadro I - Revisão Sistemática

Referência	**População**	**Intervenção**	**Resultados**	**NE**
MacGillivray S *et al*, 2013 [2]	33 ensaios 2973 crianças com menos de 5 anos, com diarreia aguda. **20 ensaios incluídos na revisão (n=1890) ***	13 ensaios comparavam leite sem lactose com leite com lactose. 5 ensaios comparavam o leite com lactose diluído com o leite com lactose sem diluição. 2 ensaios faziam as duas comparações.	Existe evidência de que os leites que não contêm lactose podem reduzir a duração da diarreia em aproximadamente 18 horas (*low quality evidence*). Não existe evidência de que o leite com lactose diluído reduza a duração da diarreia (*low quality evidence*).	**1**

NE – nível de evidência

*os restantes 13 ensaios não cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos pelas autoras, nomeadamente no que concerne ao outcome.

Quadro II - Estudos Originais

Referência	**População/Tipo de Estudo**	**Intervenção**	**Resultados**	**NE**
Quak S H, *et al* 1989 [6]	ECA 100 crianças, com 1 ano de idade, com diarreia aguda por gastroenterite	Aleatorização em 4 grupos: Regime 1: Leite de fórmula com lactose, diluído (¼, ½, ¾, 1, a cada 12 horas); n=25 Regime 2: Leite de fórmula com lactose, sem diluição; n=25 Regime 3: Leite de fórmula sem lactose (soja); n=25 Regime 4: Leite de vaca (*low lactose, low fat*); n=25	Sem diferença estatisticamente significativa no número de dias de duração da diarreia.	**2**

Legenda: ECA – ensaio clínico aleatorizado; n – número; NE – nível de evidência

As autoras incluíram ainda nesta revisão duas normas de orientação clínica (Quadro III).

A norma de orientação clínica Evidence-based care guideline for prevention and management of acute gastroenteritis in children age 2 months to 18 years do Cincinnati Children's Hospital Medical Center, atualizada em 2011[7], refere que não está recomendado o uso de leite diluído ou leite sem lactose para o tratamento da gastroenterite aguda (FR A). Estas recomendações foram desenvolvidas tendo por base uma meta-análise que incluía um total de 29 artigos[8].

A norma de orientação clínica da European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/ European Society for Pediatric Infectious Diseases (ESPGHAN/ESPID), atualizada em 2014, refere que não está recomendado o uso por rotina de leites sem lactose no tratamento da gastroenterite aguda em ambulatório (FR A). Segundo os autores, não há evidência suficiente para recomendar a favor ou contra o uso de leite com lactose diluído (FR A)[3].

CONCLUSÕES

Em Pediatria, como em tantas outras áreas da Medicina, há determinadas práticas clínicas que surgem baseadas em evidência clínica limitada. A recomendação por rotina de leite sem lactose no tra-

Quadro III - Normas de Orientação Clínica

Referência	**Resultados**	**FR**
Acute Gastroenteritis Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center , *update* 2011 [7]	Relativamente ao tratamento da GEA, não é recomendado: - uso de leite diluído - uso de leite sem lactose, exceto se intolerância à lactose previamente conhecida	**A**
ESPGHAN/ ESPID, *update* 2014 [3]	As fórmulas sem lactose podem ser consideradas no tratamento da GEA nas crianças hospitalizadas, abaixo dos 5 anos de idade	**A**
	Não é recomendado o uso por rotina de leites sem lactose no tratamento da GEA em ambulatório	**A**
	Não há evidência suficiente para recomendar a favor ou contra o uso de leite com lactose diluído	**A**

Legenda: GEA – gastroenterite aguda; ESPGHAN – European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; ESPID - European Society for Pediatric Infectious Diseases; FR – força de recomendação

tamento da diarreia aguda parece ter surgido neste contexto, já que alguns estudos pareciam demonstrar benefício, em termos da sua duração. Mesmo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde a indicarem que a alimentação deve ser continuada durante a diarreia, a prática de atrasar a reintrodução dos alimentos, incluindo o leite, generalizou-se, apesar de poder trazer consequências negativas para as crianças e ignorando o facto de que a maioria delas tolerará o leite sem efeitos adversos[9].

Ao aprofundar o estudo sobre esta temática, compreendeu-se que a reintrodução precoce da dieta, e também do leite, na criança com diarreia aguda, não a prolonga e não é nutricionalmente prejudicial, podendo mesmo ter um efeito benéfico na recuperação da mucosa intestinal[9,10]. De facto, a maioria dos lactentes e crianças com diarreia aguda, tolera o leite com lactose habitual, não diluído, introduzido imediatamente após a rehidratação oral. As dietas sem lactose, à base da proteína de soja ou outros cereais, possuem uma carga calórica inferior, conduzindo geralmente a uma recuperação mais lenta do peso[11]. Assim, considera-se não haver benefício na recomendaçãcorrigidoo por rotina de leites sem lactose no tratamento da diarreia aguda[2,12,13,14], especialmente quando a terapêutica de rehidratação oral e a reintrodução alimentar precoce são a base da terapêutica desta patologia.

A revisão sistemática de MacGillivray et al (2013) demonstra que os leites que não contêm lactose podem reduzir a duração da diarreia em aproximadamente 18 horas. Relativamente à diluição do leite, com intuito de reduzir a quantidade de lactose, verificou-se que não parece ter influência na redução da duração da diarreia, pelo que é preconizado o início precoce do leite com lactose habitual[2,15]. A citada revisão sistemática (MacGillivray, 2013) refere que não existe evidência de que o leite com lactose diluído reduza a duração da diarreia.

Assim, conclui-se que não há evidência suficiente que sugira benefício em recomendar a favor ou contra o leite com quantidade reduzida em lactose, com o objetivo de reduzir a duração da diarreia (FR A). Não existe evidência que suporte o uso por rotina de leites sem lactose no tratamento da diarreia aguda em crianças previamente saudáveis (FR A).

As autoras consideram que este trabalho apresenta algumas limitações, decorrentes essencialmente da heterogeneidade dos estudos incluídos. A maioria deles engloba crianças que foram tratadas em internamento hospitalar e não em ambulatório. As crianças incluídas apresentam-se com graus de severidade de diarreia aguda diferentes e a abordagem inicial, nomeadamente no que concerne ao início e ao tipo da rehidratação oral e alimentação, são variáveis.

Paralelamente os estudos disponíveis não incluem crianças portuguesas, podendo questionar-se a sua aplicabilidade à nossa população, uma vez que escasseiam orientações de carácter nacional relativas ao uso deste tipo de leites.

Pelos motivos referidos, as autoras consideram serem necessários mais estudos nesta área, com boa qualidade e na população portuguesa, que validem a evidência encontrada e auxiliem na formulação de recomendações nacionais.

REFERÊNCIAS

1. Afzal N, Thomson M; Diarrhoea and gastroenteritis in the infant and young child. J Fam Health Care. 2002; 12(6): 146-150
2. MacGillivray S, et al; Lactose avoidance for young children with acute diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (10):CD005433
3. Guarino A, et al; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/ European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014; 59(1):132-52
4. Sociedade de infecciologia pediátrica, Secção de gastrenterologia e nutrição pediátrica da sociedade portuguesa de pediatria; Recomendações para a vacina contra rotavírus. Acta Pediatr Port. 2009; 40(1):33-36
5. Fox R, et al; Acute gastroenteritis in infants under 6 months old. Arch Dis Child. 1990; 65(9):936-8
6. Quak SH, et al; Oral refeeding following acute gastro-enteritis: a clinical trial using four refeeding regimes. Ann Trop Paediatr. 1989; 9 (3):152-5
7. Acute Gastroenteritis Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center; Evidence -based care guideline for prevention and management of acute gastroenteritis in children age 2 months to 18 years. Guideline 5, 2011, pages 1-20.
8. Brown, KH, et al; Use of nonhuman milks in the dietary management of young children with acute diarrhea: a meta-analysis of clinical trials. Pediatrics. 1994 ; 93(1): 17-27
9. Sullivan PB, et al; Nutritional management of acute diarrhea. Nutrition. 1998; 14(10):758-62
10. Wall CR, et al; The nutritional management of acute diarrhea in young infants: effect

of carbohydrate ingested. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1994; 19(2):170-4
11. Bhan MK, et al; Comparison of a lactose-free cereal-based formula and cow's milk in infants and children with acute gastroenteritis. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1988; 7(2):208-13
12. Sutton RE, Hamilton MD; Tolerance of young children with severe gastroenteritis to dietary lactose: a controlled study. Can Med Assoc J. 1968; 99(20):980-2
13. Placzek M, Walker-Smith JA; Comparison of two feeding regimens following acute gastroenteritis in infancy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1984; 3(2):245-8
14. Ransome OJ, Roode H; Early introduction of milk feeds in acute infantile gastro-enteritis. S Afr Med J. 1984; 65(4):127-8
15. Haffejee IE; Cow's milk-based formula, human milk, and soya feeds in acute infantile diarrhea: a therapeutic trial. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1990; 10(2):193-8

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não possuir conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Ana Rita Reis
USF Terras de Santa Maria, ACeS Entre Douro e Vouga I, Santa Maria da Feira
E-mail: aritamreis@gmail.com

Relação entre os inibidores da bomba de protões e a hemoglobina glicada - qual a evidência?

Are proton pump inhibitors affecting glycated hemoglobin?- What is the evidence?

Sofia Oliveira[1], Vanessa Moreira[2]

1 Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF +Carandá, ACeS Cávado I

2 Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Prado, ACeS Cávado II Gerês/Cabreira

RESUMO

Introdução: A utilização de inibidores da bomba de protões (IBP) têm sido associado ao aumento de gastrina, podendo influenciar os níveis de glicose. Este trabalho tem como objetivo rever a evidência disponível sobre o efeito dos IBP no valor da hemoglobina glicada (HbA1c) em diabéticos tipo 2.

Materiais e Métodos: Pesquisa de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-analises, ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECA) e estudos de coorte, publicados entre janeiro/2006 e setembro de/2016. Termos MeSH: Proton Pump Inhibitors AND Hemoglobin A, Glycosylated. Para avaliar a qualidade dos estudos foi utilizada a escala OCEBM Levels of Evidence.

Resultados: Foram identificados 73 artigos, dos quais foram selecionados seis: 3 ECA (NE:2) e 3 estudos de coorte (NE:3). Quatro estudos revelam melhoria significativa dos níveis de HbA1c, quando o doente faz concomitantemente antidiabéticos e IBP, sendo que os doentes que mais beneficiam são os que apresentam níveis de HbA1c superiores. Os outros dois estudos não demonstraram redução da HbA1c.

Discussão: Todos os estudos apresentam amostras reduzidas e fatores confundidores: terapêutica antidiabética, peso, idade, adesão terapêutica e alterações alimentares. Deste modo apresentam uma evidência 2-3.

Conclusão: Os IBP aumentam a produção de gastrina e insulina e consequentemente diminuem os níveis de HbA1c. Contudo os estudos apresentam elevada heterogeneidade de procedimentos e amostras reduzidas, pelo que o NE é de 2 e 3, com uma força de recomendação B.

ABSTRACT

Introduction: The use of proton pump inhibitors (PPIs) has been associated with increasing levels of gastrin that may influence glucose levels. This paper aims to review the available evidence on the effect of PPIs on the value of glycated hemoglobin (HbA1c) in type 2 diabetics.

Materials and Methods: A review of clinical guidelines, systematic reviews, meta-analyzes, randomized controlled trials (RCTs) and cohort studies, published between January 2006 and September 2016 was conducted. MeSH Terms: Proton Pump Inhibitors AND Hemoglobin A, Glycosylated. To evaluate the quality of the studies, the OCEBM Levels of Evidence scale was used.

Results: A total of 73 articles were identified, of which six were selected: 3 RCTs (EL: 2) and 3 cohort studies (EL: 3). Four studies show a significant improvement in HbA1c levels when the patient concomitantly carries out antidiabetic and PPI, and the patients who benefit most are those with higher HbA1c levels. The other two studies did not demonstrate a reduction in HbA1c.

Discussion: All of the evaluated studies presented reduced samples and confounding factors: antidiabetic therapy, weight, age, therapeutic adherence and feeding habbits, presenting an evidence level of 2-3.

Conclusion: PPIs increase the production of gastrin and insulin and consequently lower levels of HbA1c. However, the studies show high heterogeneity of procedures and reduced samples, so EL is 2 and 3, with a strength of recommendation B.

INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus tipo 2 caracteriza-se pela diminuição da função das células beta do pâncreas, com consequente diminuição da produção de insulina, associada a um maior ou menor grau de insulinorresistência[1]. A sua prevalência tem vindo a aumentar nos últimos anos, não só pela alteração dos estilos de vida, padrão alimentar e sedentarismo, como também pelo envelhecimento populacional associado à melhoria dos cuidados de saúde prestados. Trata-se de uma doença crónica com graves repercussões em diferentes órgãos e diversas comorbilidades [2].

Os inibidores da bomba de protões (IBP), extensamente utilizados no tratamento do refluxo gastroesofágico, doença ulcerosa péptica e sintomas associados, têm sido associados a valores de hemoglobina glicada (HbA1c) inferiores [2].

A gastrina é uma hormona libertada pelas células G do antro e duodeno em resposta à ingestão de alimentos [3]. Esta hormona é responsável pela estimulação da secreção de ácido gástrico, como também pelo crescimento e maturação das células beta do pâncreas [4].

Estudos demostram que os IBP aumentam indiretamente o nível de gastrina, através da redução da secreção ácida, influenciando deste modo os níveis de glicose e consequentemente os valores de HbA1c [2]. Estes dados são reforçados por estudos que revelam aumento da glicose sanguínea em doentes com hipogastrinemia por ressecção do antro ou duodeno [5]. Por outro lado, doentes com a síndrome de Zollinger-Ellison que possuem tumores produtores de gastrina revelaram hiperplasia das células pancreáticas [5]. Deste modo é evidente a associação entre a acidez gástrica e o metabolismo da glicose.

Esta revisão baseada na evidência tem como objetivo rever a evidência disponível sobre o efeito dos IBP no valor da HbA1c em doentes com diabetes mellitus tipo 2.

MÉTODOS

Pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECA), estudos de coorte, revisões sistemáticas (RS) e meta-análises (MA), publicados entre 1 de janeiro de 2006 e 30 de setembro de 2016, nas línguas portuguesa e inglesa, indexados nas bases de dados da National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health and Care Excellence, Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase, The Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, Bandolier, MEDLINE e Índex Revistas Médicas Portuguesas utilizando os termos MeSH "Proton Pump Inhibitors" AND "Hemoglobin A, Glycosylated" e os termos DeCS "Inibidores da Bomba de Protões" AND "Hemoglobina A glicosilada".

Os critérios utilizados para a inclusão dos artigos foram: população-alvo constituída por diabéticos tipo 2; intervenção terapêutica com inibidor da bomba de protões em comparação com placebo ou nenhum tratamento e outcome relacionado com a diminuição do valor de HbA1c. Os critérios de exclusão foram: estudos não-randomizados, artigos duplicados, artigos de opinião, artigos de revisão clássica de tema, sumários de sítios na internet e artigos discordantes do objetivo da revisão.

Para estratificar o nível de evidência dos estudos utilizou-se a escala de Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2011 [6].

RESULTADOS

Da pesquisa efetuada resultou um total de 73 artigos, dos quais apenas 3 ensaios clínicos aleatorizados e controlados e 3 estudo de coorte cumpriam os critérios de inclusão. A figura 1 representa o fluxograma de seleção dos estudos.

Dos estudos incluídos, todos apresentam reduzidos tamanhos amostrais, o que se revela uma limitação para a extrapolação de conclusões sólidas para a prática clínica. Deste modo, os ECA apresentam um nível de evidência 2. Quanto aos estudos de coorte, estes apresentam um nível de evidência 3, por serem estudos retrospetivos baseados na recolha de dados dos processos clínicos e não existirem dados sobre a adesão à medicação, fatores que podem influenciar as conclusões.

As caraterísticas dos estudos selecionados encontram-se resumidas nas tabelas 1 e 2. Nos estudos de Crouch M et al. 2012[1], Hove K et al. 2010[4], verifica-se uma diminuição dos valores de HbA1c com NE 3, bem como no trabalho de González-Ortiz M et al. 2015[7] e Singh P et al. 2012[5] com NE 2. Em contrapartida Han N et al. 2015[2], e Hove K et al. 2013[3] não encontraram diminuição da HbA1c em doentes diabéticos a realizar IBP, com NE 3 e 2, respetivamente. Assim, a utilização de IBP para diminuição da HbA1c apresenta uma força de recomendação nível B.

Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos

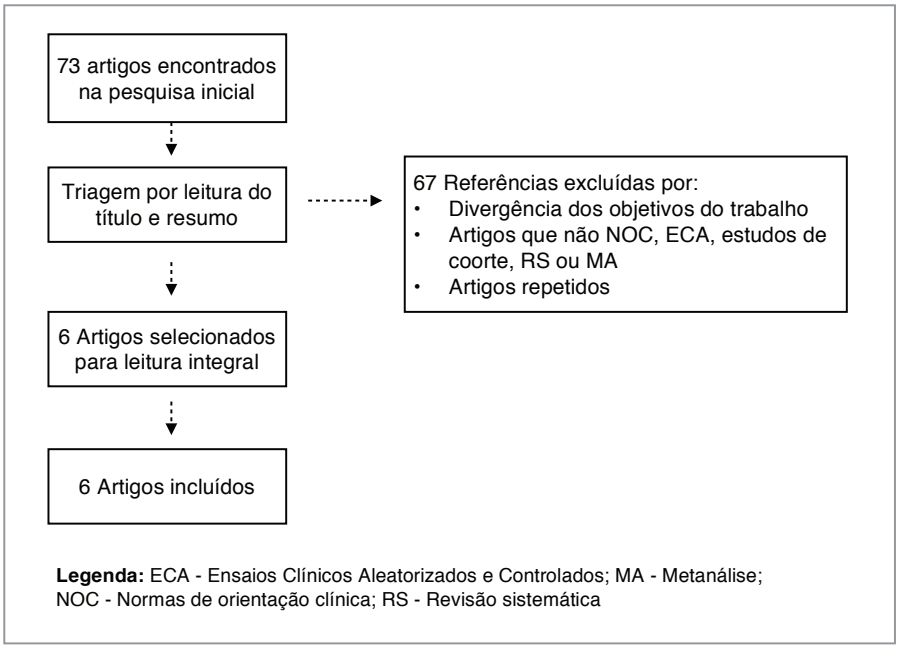


Tabela 1 - Estudos de coorte

Referência	População: IBP/controlo (idade)	Diagnóstico/ HbA1c	Intervenção/ comparação	Outcome	Resultado	NE
Han N et al. (2015) [2]	43(63,8±10,7anos)	Dx DM2: 6,71±4,47 anos♂ 6,77± 1,07anos♀ / HbA1c 6,86±1,10%	Administração de IBP durante 180 dias.	Efeito do tratamento com IBP na HbA1c	Tratamento com IBP não teve efeito sobre a HbA1C (Antes 6,86±1,10%; depois 6,77±1,07 % (p=0,406))	3
Crouch M, Mefford I, Wade E (2012) [1]	71 (32-87 anos)	HbA1c 7,71%	Administração de IBP vs. ausência de IBP.	Efeito do tratamento com IBP na HbA1c	Tratamento com IBP demostrou reduzir a HbA1c (Antes 7,71%; depois 7,12% (p=0,001))	3
Hove K et al. (2010) [4]	42: 21 / 21 (51-86 anos)	Dx DM2: 4-34 anos	Administração de esomeprazol 20, 40 ou 80mg (id) durante 11±3 meses vs.placebo.	Efeito do tratamento com esomeprazol no valor de HbA1c	Diminuição da HbA1c: 0,7% (p=0,054) durante o tratamento com esomeprazol. Nos pacientes com HbA1c>9% (n=11) a redução foi de 1.2% (p=0,004)	3

Tabela 2 - Ensaios clínicos aleatorizados e controlados

Referência	População: IBP/controlo (idade)	Diagnóstico/	Intervenção/ comparação	Outcome	Resultado	NE
González-Ortiz M et al. (2015) [7]	14: (6 ♀ +1 ♂)/ (5♀ + 2 ♂) (30-60 anos)	Dx DM2<1ano	Administração de pantoprazol 40mg (id) durante 45 dias vs. placebo.	Efeito da administração de pantoprazol sobre a produção de insulina e no valor de HbA1c.	A administração de pantoprazol levou ao aumento da produção de insulina (p=0,028) e a uma redução de HbA1c (p=0,018).	2
Singh P et al. (2012) [5]	31: 16/15 (57,4±6,8/ 55,6±9,8 anos)	Dx DM2<5anos / HbA1c<8,5%	Administração de pantoprazol 40mg (bid) durante 12 semanas vs. placebo.	Efeito da administração de pantoprazol na homeostasia glicose-insulina.	Verificou-se aumento da produção de insulina (p<0,001) e redução da HbA1c (p<0,001) com a administração de pantoprazol. A diminuição da HbA1c está correlacionada com o aumento da gastrina e insulina (r=0,54, p=0,010 e r=0,67, p=0,010).	2
Hove K et al. (2013) [3]	41: 20/21 (40-70 anos)	Dx DM2 >1 ano / 6%≤HbA1c ≤10%	Administração de esomeprazol 40mg (id) durante 12 semanas vs. placebo.	Efeito da administração de esomeprazol na produção de gastrina, insulina e HbA1c e fatores de risco cardiovascular (FRCV).	Aumento do valor de HbA1c nos dois grupos, sem diferenças estatisticamente significativas (p = 2,76). Aumento do nível de gastrina no grupo que recebeu esomeprazol (p<0,0001). Ausência de benefício na produção de insulina (p=0,197) e controlo de FRCV com a utilização de esomeprazol.	2

DISCUSSÃO

Globalmente, dos estudos analisados verifica-se que a utilização de IBP se reflete numa diminuição da HbA1c em doentes com diabetes mellitus tipo 2, exceto no estudo de Hove K et al. 2013 [3] e de Han N et al. 2015 [2]. Todavia, tais conclusões devem ser cuidadosamente interpretadas, uma vez que os estudos apresentam algumas limitações, como o reduzido tamanho das amostras e curta duração de seguimento variando entre 45 dias e 180 dias.

Analisando de forma mais detalhada os estudos que não revelaram diminuição da HbA1c, verifica-se a existência de alguns fatores confundidores. Deste modo, Hove K et al.2013[3] demonstraram aumento da HbA1c no grupo controlo e no grupo da intervenção, contudo sem diferença significativa entre ambos (p=2,76). A ausência de efeito do esomeprazol 40mg sobre a HbA1c pode ter sido influenciada pela administração de iogurte em ambos os grupos. No estudo de Han N et al. 2015[2] a variação da HbA1c com o uso de IBP, não tem significado estatístico (p=0,406). Neste estudo, a população alvo apresenta os valores de HbA1c mais baixos (6,86 ± 1,10%), comparativamente aos restantes estudos. Este facto pode ter influenciado os resultados, pois segundo Hove et al. 2010[4], os doentes com pior controlo metabólico (HbA1c>9%) são os que mais reduzem os valores de HbA1c com a administração concomitante de IBP (redução da HbA1c de 1,2%, p=0,004, em comparação com o grupo controlo em que a redução de HbA1c foi de 0,2%, p=0,287). Assim, nestes estudos, a ausência de efeito do IBP sobre a HbA1c poderá dever-se às diferentes metodologias e populações usadas.

Para a extrapolação dos resultados para a prática

clínica seria necessário averiguar consistentemente o efeito de algumas variáveis como: idade, antidiabéticos utilizados, tipos de IBP, dosagens de IBP, tempo de utilização do IBP e repercussões a longo prazo. Apenas dois estudos, Han et al. 2015[2] e Crouch et al. 2012[1] analisam algumas destas variáveis. Deste modo, Han et al. 2015[2] verificaram que a idade não se associava a efeitos estatisticamente significativos nos valores de HbA1c, no entanto quando mais idosa a população, maior a redução da HbA1c aquando do tratamento com IBP (71 - 80 anos a diferença do valor da HbA1c foi de -0,34% ± 0,55%; p=0,0508, enquanto que a variação global da amostra foi de -0,09 % ± 1,08%; p=0,406).

Quanto ao tipo de antidiabético oral utilizado, Han et al. 2015[2] demonstraram aumento da HbA1c em doentes que faziam metformina em monoterapia (0,38% ± 0,36%; p=0,028), enquanto a metformina em combinação ou outras combinações sem metformina, não se verificava variações significativas na HbA1c. Por sua vez, Crouch et al. 2012[1] também verificaram diferenças na variação da HbA1c com o IBP dependendo do regime terapêutico, sendo a variação HbA1c de -0,7% (p<0,05) em doentes a realizar metformina e de -1,4% (p<0,01) em doentes a realizar sulfonilureias.

Assim, pelo apresentado, é necessário esclarecer o efeito dos IBP no valor da HbA1c em doentes com diabetes mellitus tipo 2 de forma mais estratificada, para que estes resultados sejam extrapolados para a prática clínica.

CONCLUSÃO

A utilização de IBP em doentes com diabetes tipo 2, parece influenciar os valores de HbA1c resultando na sua diminuição, segundo os estudos analisados. Este efeito parece estar relacionado com a diminuição da secreção ácida, o que conduz ao aumento da produção de gastrina. Por sua vez, a gastrina vai influenciar o desenvolvimento das células beta do pâncreas responsáveis pela produção de insulina e deste modo melhorar os valores de HbA1c.

Apesar da evidência de diminuição da HbA1c com o uso concomitante de IBP, os estudos apresentam elevada heterogeneidade de procedimentos e amostras reduzidas, pelo que o NE é de 2 e 3, com uma força de recomendação B. Deste modo, são necessários mais estudos para a fundamentação desta evidência.

REFERÊNCIAS

1. Crouch M, Mefford I e Wade E. Proton Pump Inhibitor Therapy Associated with Lower Glycosylated Hemoglobin Levels in Type 2 Diabetes. The Journal of the American Board of Family Medicin. 2012; 25(1):50-54.
2. Han N et al. The Effect of Proton Pump Inhibitors on Glycated Hemoglobin Levels in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. Canadian Journal of Diabetes. 2015; 39:24-28.
3. Hove K et al. Effects of 12 weeks' treatment with a proton pump inhibitor on insulin secretion, glucose metabolism and markers of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes: a randomised double-blind prospective placebo-controlled study. Diabetologia. 2013; 56:22–30.
4. Hove K et al. Treatment with a proton pump inhibitor improves glycaemic control in type 2 diabetic patients - a retrospective analysis. Diabetes Research and Clinical Practice. 2010; 72-74.
5. Singh P et al. Pantoprazole Improves Glycemic Control in Type 2 Diabetes: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.2012; 97(11):2105–2108.
6. Howick J et al. OCEBM Table of Evidence Working Group. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine-Levels of evidence, 2011. Acedido a 20 de março de 2016. Disponível em: http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653.
7. González-Ortiz M, Martínez-Abundis E, Mercado-Sesma A e Álvarez-Carrillo R. Effect of pantoprazole on insulin secretion in drug-naıve patients with type 2 diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice. 2015; 11-13.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Sofia Oliveira
USF + Carandá – AceS Cávado I, Braga
E-mail: armandasofiaoliveira@gmail.com

Projeto de intervenção na DPOC - "Tem a certeza de que sabe usar o seu inalador?"

Intervention Project in COPD - "Are you sure that you know how to use your inhaler?"

Cláudia Azevedo[1] e Débora de Paiva Monteiro[1]

1 Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Pirâmides, ACeS Maia/Valongo

RESUMO

Introdução: Para o controlo da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) contribui a correta prescrição farmacológica e o correto uso dos dispositivos inalatórios. Pretendeu-se avaliar o impacto de uma sessão de educação para a saúde (SES) na diminuição de erros da técnica inalatória de doentes com DPOC inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do norte de Portugal.

Métodos: Estudo quasi-experimental com duração de 3 meses. Amostra de utentes com o diagnóstico de DPOC da USF. Na 1ª fase, avaliou-se a técnica inalatória e quantificou-se o número de erros realizados. Posteriormente foi realizada uma SES acerca do correto manuseamento dos dispositivos. Excluíram-se utentes incorretamente classificados com DPOC e aqueles que não realizavam dispositivos inalatórios. Na 2ª fase reavaliou-se a técnica inalatória.

Resultados: Compareceram 19 utentes à SES. Dos 13 utentes elegíveis para 2ª fase, 84,6% eram homens, tinham como média de idade 66,7 anos e 50% realizava o dispositivo Aerolizer/Breezhaler. No período pós-intervenção verificou-se uma melhoria no uso dos dispositivos inalatórios. A expiração forçada foi o passo com mais erros cometidos em ambas as fases. Na 1ª fase, 15,4% não cometeu nenhum erro, passando para 38,5% na 2ª fase. Constatou-se uma diminuição no número de erros, sendo que inicialmente 46,2% dos indivíduos cometeram 3 ou mais erros vs. 30,8% na 2ª fase.

Discussão/Conclusão: A SES foi eficaz na correção da técnica inalatória na maioria dos gestos. Em ambas as fases, a expiração forçada constituiu o gesto com mais erros cometidos. Além das SES de base comunitária, justifica-se o reforço do ensino em todas as consultas promovendo a saúde individual.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crónica; técnica inalatória; projeto de intervenção.

ABSTRACT

Introduction: Adequate pharmacological prescription and use of inhalatory devices are necessary for chronic obstructive pulmonary disease's (COPD) control. The present study's aim is to evaluate the impact of a health education session (HES) regarding the decrease of exhibited errors during inhalation technique for patients with COPD from a Family Health Unit (FHU) in northern Portugal.

Methods: We performed a three-month quasi-experimental study. The sample consisted in FHU patients with COPD diagnosis. During phase 1, the inhalation technique was evaluated and the number of errors was quantified. Afterwards, a HES was performed on the correct handling of such devices. Patients incorrectly classified with COPD and without inhaler devices prescriptions were excluded. During phase 2 the inhalation technique was we re-evaluated.

Results: From the 19 users who attended the HES, 13 were eligible for phase 2: 84.6% were male, with an average of 66.7 years, and 50% performed the Aerolizer/ Breezhaler device. Inadequate inhaler technique was more frequent during forced expiration in both phases. In phase 1, 15.4% of subjects presented 0 errors vs 38.5% on phase 2. There was a decrease on the number of usage errors of inhaled devices verified during post-intervention period: 46.2% of individuals committed 3 or more errors initially, whereas in phase 2 this number decreased to 30.8%.

Discussion/Conclusion: HES was successful in correcting inhalatory technique in most gestures. For both phases, forced expiration was the gesture with more errors committed. In addition to the community-based HES, health education should be reinforced during individual health in all appointments.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease; inhalation technique; intervention project.

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade crónica, perda de qualidade de vida e mortalidade a nível mundial.[1] Em Portugal a sua prevalência é de 14,2% nos indivíduos com mais de 40 anos[2] constituindo a segunda causa de internamento por doença respiratória e associada ao aumento de consultas médicas e recorrência ao serviço de urgência. Acarreta ainda custos relacionados com o consumo de fármacos, oxigenoterapia e ventiloterapia de longa duração.[1]

Definida como uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas e do parênquima pulmonar por inalação de gases e partículas nocivas, a DPOC resulta numa limitação progressiva e persistente do fluxo aéreo que não é completamente reversível mesmo quando eliminada a exposição e instituída terapêutica adequada.[3]

O principal fator etiológico da DPOC é o tabaco pelo que todos os doentes devem ser encorajados a uma abstinência tabágica sustentada. Ademais, o diagnóstico precoce e o seu tratamento são imprescindíveis para a melhoria da sintomatologia, diminuição das exacerbações e atraso no declínio da função pulmonar. Todos os doentes devem ser incentivados a praticar estilos de vida saudáveis e participarem ativamente no tratamento/controlo da doença.[4]

A terapêutica instituída deve ser individualizada de acordo com a melhor evidência científica, gravidade da doença e da tolerância dos doentes aos fármacos.[4] Reconhece-se que, tão importante quanto a correta prescrição por parte do médico e o cumprimento da terapêutica inalatória, o uso correto dos dispositivos inalatórios é fundamental para o controlo da patologia.[5] A literatura existente acerca do correto manuseio dos dispositivos inalatórios nos cuidados de saúde primários ainda é muito limitada[6], não existindo dados nacionais.

Definiu-se como objetivo principal avaliar o impacto de uma sessão de educação para a saúde (SES) na diminuição de erros associados à técnica inalatória de doentes com DPOC inscritos na USF das autoras. Além deste, procurou-se capacitar os utentes acerca da importância da realização da terapêutica, assim como melhorar o conhecimento sobre o próprio dispositivo.

MATERIAL E MÉTODOS

Projeto de Intervenção (PI) realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) Pirâmides entre junho e outubro de 2016 (estudo *quasi*-experimental).

O projeto, assim como a SES, foram autorizados pela coordenadora da USF Pirâmides.

A população do projeto abrangeu todos os utentes com o diagnóstico R95 da ICPC-2 – "Doença pulmonar obstrutiva crónica" inscritos na USF Pirâmides em janeiro de 2014 (n=119). A amostra analisada incluiu os utentes do Plano de Acompanhamento Interno (PAI) da USF Pirâmides para o triénio 2014-2017 (n=49), (primeiros sete utentes com diagnóstico de DPOC por médico, que tiveram consulta no primeiro semestre de 2014 – amostragem por conveniência).[7]

Os dados foram recolhidos a partir do *software* SClínico®, utilizado nas USF para o registo no processo clínico eletrónico, e através de um questionário adaptado pelas autoras – Q1 e Q2.[8] A cada questionário atribuiu-se um código interno para anonimato dos participantes.

Os utentes da amostra (n=49) foram convidados a participar numa SES intitulada *"Tem a certeza de que sabe usar o seu inalador?"* (1ª fase), que decorreu no dia 17 de junho de 2016 (Figura 1). O convite foi realizado por telefone pelos elementos do secretariado clínico, que contabilizou 29 utentes dispostos a participar. Todos os participantes tinham que se fazer acompanhar dos seus dispositivos inalatórios.

Figura 1 - Sessão de Educação para a Saúde – "Tem a certeza de que sabe usar o seu inalador?"

Esta SES pretendeu promover a literacia acerca da DPOC e capacitar os participantes para o manuseamento correto do seu inalador. No início da sessão, aplicou-se o questionário adaptado – Q1, tendo-se registado o desempenho de cada participante quanto à execução da técnica inalatória.

Após a análise dos dados inquiridos na SES e consulta da Plataforma de Dados da Saúde (PDS®), excluíram-se da amostra participantes incorretamente classificados com R95 e/ou aqueles que não usavam o dispositivo inalatório prescrito (por insuficiência económica ou outra causa) (n=6).

Os participantes elegíveis para a 2ª fase deste projeto (n=13) foram convidados a comparecer a uma consulta, no dia 30 de setembro de 2016, com o intuito de observar a técnica inalatória – Q2. Nesta consulta procurou-se esclarecer as dúvidas que surgiram desde a SES.

Variáveis

Variáveis definidas para a caracterização dos participantes elegíveis podem ser consultadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis definidas para a caracterização dos participantes

Variável	Tipo	Operacionalização
Sexo	Dicotómica	Feminino/masculino
Idade	Contínua	Em anos
Escolaridade	Categórica	Analfabeto ou 1º ciclo incompleto/ 1º ciclo/2º e 3º ciclos/ secundário ou curso profissional/ ensino superior
Diagnóstico de DPOC (R95 da ICPC-2)	Dicotómica	Sim/não
Medicação inalatória atual	Dicotómica	Sim/não
Dispositivo inalatório	Categórica	Inalador pressurizado/ *turbohaler/ aerolizer e breezhaler/ diskus e accuhaler/ novolizer e genuair/ spiromax/ ellipta/ easyhaler/ respimat/ handihaler/ autohaler*
Tabagismo ativo (P17 da ICPC-2)	Dicotómica	Sim/não

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.

As respostas aos questionários pré e pós-intervenção, respetivamente Q1 e Q2, definiram-se da seguinte forma:

• A observação da técnica inalatória, dependendo do dispositivo, foi categorizada para cada alínea (gestos) como "sim/não";

• Para cada participante (n=13), contabilizou-se o número de erros realizados na técnica inalatória e transformou-se em variável categórica (0 erros/1 erro/2 erros/3 ou mais erros).

Tratamento de dados

Sumariaram-se as variáveis quantitativas através de estatísticas descritivas e as variáveis qualitativas através do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%). Para responder ao objetivo (comparações efetuadas entre Q1 *versus* Q2 face às variáveis categóricas) foram calculadas frequências absolutas (n) e relativas (%). Os cálculos foram realizados com recurso ao programa *Microsoft Excel®*.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Do total de utentes dispostos a participar (n=29), 19 compareceram à SES (índice de participação de 66%). Destes, 68% foram elegíveis para a 2ª fase (n=13). Dos excluídos (n=6), cinco não tinham DPOC (má codificação da ICPC2) e um não realizava medicação inalatória por impossibilidade económica.

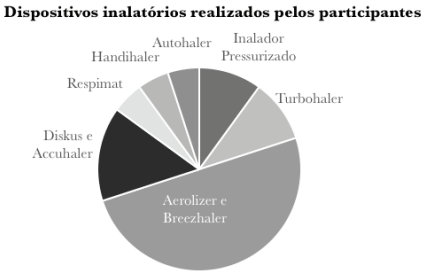
Dos 13 utentes elegíveis, 84,6% (n=11) eram do género masculino e tinham como média de idade 66,7 anos (Tabela 2). No que concerne aos dispositivos inalatórios prescritos só sete tipos eram realizados (Figura 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra

Participantes	n=13
Idade, anos	
Média ± DP	66,7 ± 10,1
Mínimo-máximo	45-83
Sexo, %	
Masculino	84,6
Tabagismo, %	
Sim	61,5
Escolaridade, %	
Analfabeto ou 1º Ciclo incompleto	0
1º Ciclo	38,5
2º e 3º Ciclos	7,6
Secundário ou Curso profissional	38,5
Ensino superior	15,4

Legenda: % - percentagem; DP – desvio padrão; n – número.

Figura 2 - Distribuição dos dispositivos inalatórios



Técnica inalatória

Na Tabela 3 é possível verificar a percentagem de respostas certas tendo em conta o inalador. Assinalou-se qual a percentagem de aperfeiçoamento ocorrido com a intervenção para cada gesto.

O número de erros realizado por participante encontra-se descrito na Tabela 4. Neste caso considerou-se o *n* como sendo o utente elegível e não o dispositivo. Assim, mesmo perante o recurso a mais do que um dispositivo, a unidade de estudo considerada foi sempre o participante.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Relativamente ao objetivo proposto verificou-se uma redução no número absoluto de erros após a 2ª avaliação. No período pré-intervenção, dos treze indivíduos, seis cometeram três ou mais erros (46,2%), enquanto apenas dois não realizaram qualquer erro (15,4%). Já na 2ª fase, apenas quatro participantes cometeram três ou mais erros (30,8%), tendo cinco realizado a técnica inalatória corretamente, sem cometerem nenhum erro (38,5%). Deste modo, constatou-se que a intervenção (SES) foi eficaz para o objetivo proposto (redução no número absoluto de erros na técnica inalatória e consequentemente, melhoria da técnica inalatória).

De acordo com a literatura, um estudo mais robusto, com 3800 participantes, mostrou que 50% realizou pelo menos um erro no uso do seu inalador de pó seco, subindo este número para 76% nos indivíduos utilizadores de um inalador pressurizado.[9] Um estudo observacional com 300 participantes com diagnóstico de asma ou DPOC atribuiu o maior número de erros no manuseio dos inaladores pressurizados, seguindo-se os de pó seco, os pressurizados com câmara expansora e, por último, com o menor número de erros, o nebulizador.[6] No presente trabalho foi possível constatar que a expiração forçada foi o passo com mais erros cometidos nos dois períodos de avaliação.

Tabela 3 - Avaliação da técnica inalatória

Inalador Pressurizado (10%; *n*=2)	**Q1 (%)**	**Q2 (%)**	**% melhoria**
Retirar tampa de proteção e agitar o inalador	100	100	0
Expirar profundamente	0	0	0
Encostar o bucal na boca e, ao começar a inspirar lenta e profundamente, comprimir o inalador (pressionando tubo de metal) para libertar uma dose e continuar a inalar profundamente	50	100	50
Retirar o dispositivo da boca. Suster a respiração durante 5-10 *seg*	100	100	0
Recolocar tampa de proteção	50	100	50
***Turbohaler* (10%; *n*=2)**	**Q1 (%)**	**Q2 (%)**	**% melhoria**
Remover a tampa do inalador	100	100	0
Rodar a base para a direita e depois para a esquerda (faz um estalido)	100	100	0
Expirar profundamente	50	100	50
Colocar o bucal entre os lábios e aspirar o pó de forma rápida, profunda e sustentada	100	100	0
Retirar o dispositivo da boca. Suster a respiração durante 5-10 seg	50	100	50
Recolocar tampa de proteção	50	100	50
***Aerolizer* e *Breezhaler* (50%; *n*=10)**	**Q1 (%)**	**Q2 (%)**	**% melhoria**
Remover a tampa do inalador	90	100	10
Abrir a peça do bucal e introduzir a cápsula no aparelho	100	100	0
Pressionar lateralmente o botão do aparelho para perfurar a cápsula, retirando os dedos de seguida	70	80	10
Expirar profundamente	20	50	30
Colocar o bucal entre os lábios e aspirar o pó de forma rápida, profunda e sustentada	90	100	10
Retirar o dispositivo da boca. Suster a respiração durante 5-10 seg	60	70	10
Descartar cápsula utilizada e recolocar tampa de proteção	70	100	30
***Diskus* e *Accuhaler* (15%; *n*=3)**	**Q1 (%)**	**Q2 (%)**	**% melhoria**
Abrir o inalador deslizando a tampa circular, até ficar com a peça bucal à vista	100	100	0
Puxar a patilha até ouvir um estalido	66,7	100	33,3
Expirar profundamente	33,3	33,3	0
Colocar o bucal entre os lábios e aspirar o pó de forma rápida, profunda e sustentada	66,7	66,7	0
Retirar o dispositivo da boca. Suster a respiração durante 5-10 seg	33,3	33,3	0
Fechar o inalador deslizando a tampa circular	66,7	100	33,3
***Respimat* (5%; *n*=1)**	**Q1 (%)**	**Q2 (%)**	**% melhoria**
Abrir o inalador	100	100	0
Rodar a base sobre o lado direito, até completar meia volta e ouvir um estalido (mantendo o dispositivo na vertical)	100	100	0

Expirar profundamente	100	100	0
Colocar o bucal entre os lábios e ao começar a inspirar lentamente faça um disparo (carregando na peça em meia lua logo a seguir à peça bucal)	100	100	0
Retirar o dispositivo da boca. Suster a respiração durante 5-10 seg	100	100	0
Fechar a tampa do inalador	100	100	0
***Handihaler* (5%; *n*=1)**	**Q1 (%)**	**Q2 (%)**	**% melhoria**
Abrir o inalador	100	100	0
Abrir a peça do bucal e introduzir a cápsula no aparelho. Fechar até ouvir um estalido	100	100	0
Pressionar lateralmente o botão do aparelho para perfurar a cápsula, retirando os dedos de seguida	100	100	0
Expirar profundamente	0	0	0
Colocar o bucal entre os lábios e aspirar o pó de forma rápida, profunda e sustentada	100	100	0
Retirar o dispositivo da boca. Suster a respiração durante 5-10 seg	100	100	0
Retirar a cápsula utilizada. Caso ainda tenha pó deverá repetir o processo de inalação	100	100	0
Fechar a tampa do inalador	100	100	0
***Autohaler* (5%; *n*=1)**	**Q1 (%)**	**Q2 (%)**	**% melhoria**
Tirar a cobertura do bucal, puxando para baixo a patilha que está atrás	100	100	0
Pressionar o pino na parte superior do inalador, para cima	100	100	0
Expirar profundamente	100	100	0
Colocar o bucal entre os lábios	100	100	0
Aspirar de forma lenta, profunda e sustentada	0	0	0
Retirar o dispositivo da boca. Suster a respiração durante 5-10 seg	100	100	0
Pressionar o pino na parte superior do inalador, inferiormente e recolocar a cobertura do bucal	100	100	0

Legenda: % - percentagem; n – número; Q1 – primeiro questionário; Q2 – segundo questionário; seg – segundos

Tabela 4 - Número de erros realizados por participante elegível

	Q1 n (%)	Q2 n (%)
0 erros	2 (15,4)	5 (38,5)
1 erro	3 (23,1)	3 (23,1)
2 erros	2 (15,4)	1 (7,7)
3 ou mais erros	6 (46,2)	4 (30,8)

Legenda: % - percentagem; n – número; Q1 – primeiro questionário; Q2 – segundo questionário.

Relativamente ao inalador pressurizado, os principais obstáculos identificados na literatura são a coordenação entre pressionar o tubo de metal e iniciar a inspiração, bem como o não agitar o dispositivo, a não realização de uma expiração profunda e a ausência de uma apneia satisfatória.[6] No que toca aos inaladores de pó seco, apontam-se o não cerrar completamente os lábios em torno do bucal e a não realização de uma inspiração suficientemente profunda.[6]

Uma das principais limitações apontadas neste trabalho prende-se com a técnica de amostragem por conveniência, não representativa da população com DPOC da USF. Na verdade, considerando que a prevalência desta patologia em Portugal é de 14,2%[2], para um intervalo de confiança de 95% e um erro de 5%, deveriam ter sido incluídos 73 utentes. Outra limitação foi o facto de terem sido convidados a participar utentes sem DPOC, por erro de codificação/diagnóstico, os quais foram excluídos da 2ª fase e, como tal, contribuíram para a redução da amostra. Este *viés* deveria ter sido controlado antes da realização da 1ª fase, assumindo-se uma correta codificação mediante a ICPC-2. No entanto, esta limitação foi atenuada pela exclusão dos utentes com classificação errónea na fase 2. Salienta-se que dos seis avaliadores da técnica inalatória, apenas quatro teriam formação sobre a mesma, podendo condicionar alguma variabilidade interobservador. A avaliação de alguns passos, apenas através da observação, poderá ser subjetiva dando-se o exemplo do passo *"aspirar o pó de forma rápida, profunda e sustentada"*.

Não foi avaliada a duração do uso do dispositivo, a qual poderá influenciar os resultados. Encontra-se descrito que o maior número de erros é cometido por utentes a usar o dispositivo inalatório por mais de 5 anos, enquanto que o menor número de erros é realizado por doentes a realizar terapêutica inalatória por um período de 1 a 2 anos.[6]

Por último, não foi estudada a relação do nível educacional com o número de erros cometidos. Estudos mostram que doentes com um nível de instrução mais baixo cometem um maior número de erros.[6,10] A literatura aponta para um maior número de erros cometido na faixa etária dos 51-60 anos (86%), enquanto o menor número de erros ocorre nas idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos (69,2%).[6]

No que concerne a proveniência da informação/ensino da técnica inalatória, também teria sido interessante relacioná-los com os resultados obtidos. Acerca do estudo observacional anteriormente mencionado, o maior número de erros ocorre naqueles que se basearam na autoaprendizagem (100%), seguindo-se os instruídos pelo farmacêutico (95,1%) e pelos profissionais de saúde não médicos (91,8%), ocorrendo o menor número de erros nos ensinados pelos médicos (56,3%).[6]

Como pontos fortes do nosso trabalho, aponta-se a sensibilização da população com DPOC para a importância da técnica inalatória na melhoria/controlo desta enfermidade. Por último, mas não menos importante, verificou-se que, aquando da 2ª fase, dois doentes haviam abstido o consumo tabágico, por influência da SES realizada.

Neste trabalho em particular, constatamos a correção de alguns erros, contudo ficou um pouco aquém das expectativas de eliminar completamente o erro associado à técnica. O principal erro objetivado na 1ª fase liderou igualmente os resultados após a intervenção, ou seja, o gesto da "*expiração forçada*". Apesar disto, e tal como afirmado anteriormente, cumpriu-se o objetivo estipulado.

Em suma, as SES constituem modelos eficazes e que carecem de poucos recursos para capacitarem doentes para a mudança de comportamentos e, em ultima instância, a mudança individual. No entanto, e como observado na consulta de reavaliação, constatamos que ainda existe espaço para melhoria. Adicionalmente às SES, a educação individual é uma mais-valia, devendo os doentes levar os dispositivos inalatórios para todas as consultas médicas e, devendo os médicos (e outros profissionais) possuir preparação para demonstrar o manuseio adequado dos mesmos e esclarecimento de possíveis dúvidas. As bases para o uso correto de um dispositivo inalatório, e consequente tratamento eficaz, são a simplificação, demonstração e repetição. A reavaliação regular com reforço da técnica inalatória correta é essencial para o sucesso no uso do dispositivo. Salienta-se que os folhetos e vídeos podem complementar o ensino e a aprendizagem em consulta.

São objetivos a curto prazo sensibilizar os profissionais para a necessidade de domínio da técnica inalatória logo após uma primeira prescrição, bem como, nas consultas subsequentes, questionando a existência de dúvidas associadas ao uso e pedindo a exemplificação da técnica ao doente. Como propósito da equipa de investigação, a longo prazo, pretende-se a criação de equipas multidisciplinares (um médico e um enfermeiro, por exemplo), à semelhança do que já existe para outros grupos de risco, que sejam mais diferenciados no uso dos dispositivos inalatórios. Além disso, implementar mais SES para doentes com DPOC focadas na alteração de comportamentos é um objetivo futuro da equipa.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem ao Dr. Ramalho de Almeida e à Enf.ª Glória Gonçalves por se terem disponibilizado a realizar a SES.

Agradecem ao colega Diogo Malheiro que autorizou

o uso do questionário adotado na sua tese de mestrado.

Agradecem, à equipa multidisciplinar da USF Pirâmides, por se ter envolvido.

REFERÊNCIAS

1. Revista Portuguesa de Clinica Geral, DPOC na população sob vigilância pela Rede Médicos Sentinela de 2007 a 2009; 2012;28:250-60.
2. Bárbara C, Rodrigues F, Dias H, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevalence in Lisbon, Portugal: The Burden of Obstructive Lung Disease Study. Rev Port Pneumol 2013 19(3):96-105.
3. Diagnóstico e Tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica. Norma da Direção Geral de Saúde Nº 028/2011 de 30/09/2011 (atualizada a 10/09/2013).
4. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. National Heart, Lung and Blood Institutes. 2016. www.goldcopd.org.
5. Lareau C, Hodder R. Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients. J Am Acad Nurse Pract 2012;24(2):113e20.
6. Arora P, Kumar L, Vohra V et al. Evaluating the technique of using inhalation device in COPD and Bronchial Asthma patients. Respir Med. 2014 Jul;108(7):992-8.
7. Plano de Acompanhamento Interno 2014-2017. "Avaliação dos doentes com DPOC: vigilância, abordagem terapêutica e fatores de agravamento", resultados de 2015. USF Pirâmides (ACES Maia/Valongo, ARS Norte).
8. Malheiro D. Análise da Técnica Inalatória em adultos asmáticos e de fatores que a determinam [tese mestrado]. Braga: Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho; 2010.
9. Molimard M, Raherison C, Lignot S et al. Assessment of handling of inhaler devices in real life: an observational study in 3811 patients in primary care. J Aerosol Med 2003;16(3):249-54.
10. Pothirat C, Chaiwong W, Phetsuk N et al. Evaluating inhaler use technique in COPD patients. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015 Jul 8;10:1291-8.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras não possuem conflitos de interesse.

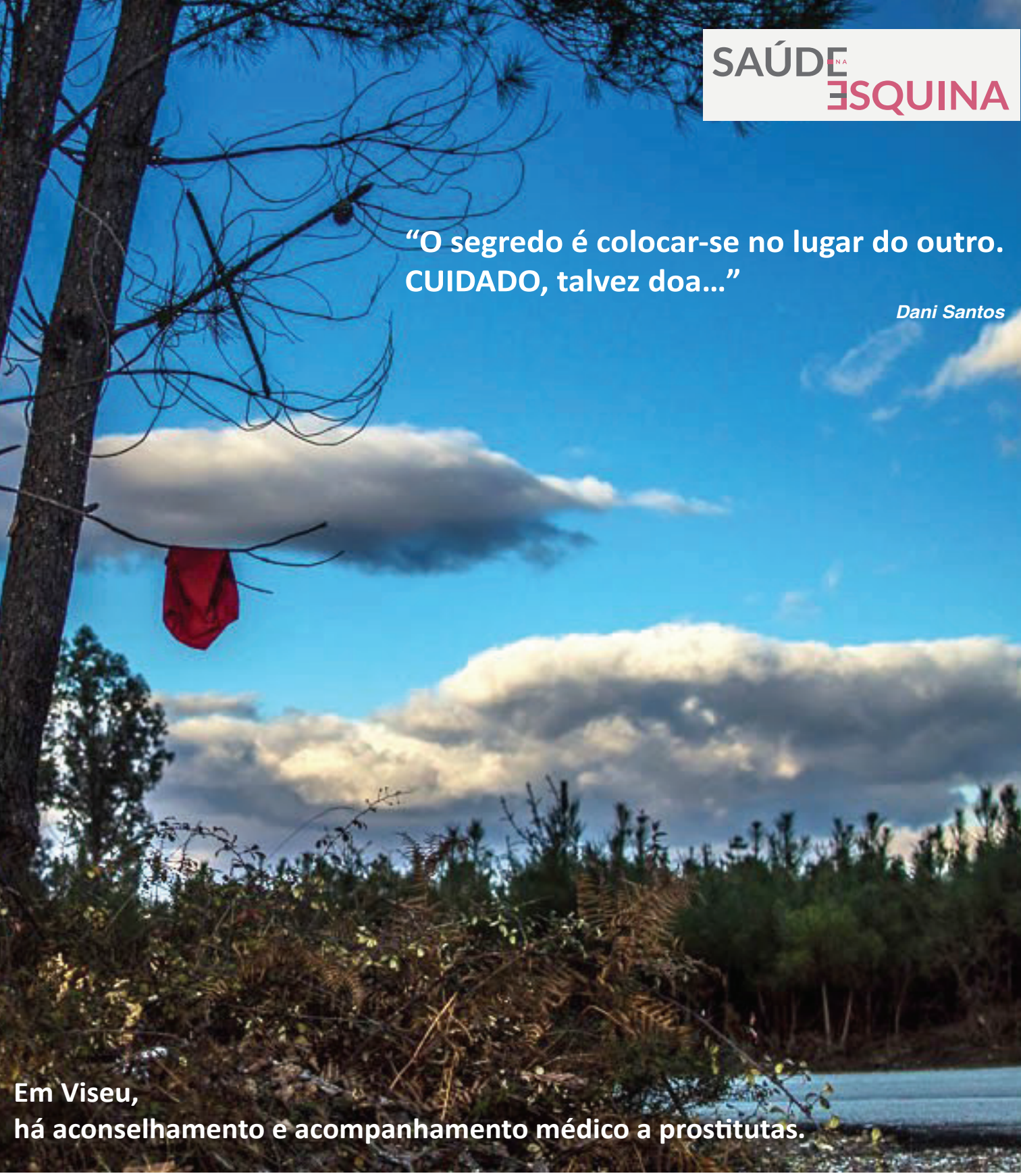
CORRESPONDÊNCIA

Débora de Paiva Monteiro
USF Pirâmides, ACeS Maia/Valongo
E-mail: debora.paiva.monteiro@gmail.com

AGRADECIMENTOS

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

Ana Beatriz Figueiredo	Medicina Geral e Familiar
Ana Laura Esperança	Medicina Geral e Familiar
Ana Leonor Assunção	Medicina Geral e Familiar
Ana Luísa Santos	Pediatria
Ana Moreira	Imunoalergologia
Ana Paula Rodrigues	Rede Médicos Sentinela
Andreia Rodrigues Silva	Medicina Geral e Familiar
António Vaz Carneiro	Medicina Interna/ Medicina Baseada na Evidência
Bárbara Ribeiro	Ginecologia
Carlos Pintado	Ortopedia
Carlos Santos	Medicina Geral e Familiar
Carminda Carvalho	Medicina Geral e Familiar
Catarina Eusébio	Nefrologia
Cláudia Junqueira	Medicina Geral e Familiar
Cláudia Nogueira	Endocrinologia
Filipa Vilaça	Medicina Geral e Familiar
Filomena Xavier	Medicina Geral e Familiar
Graça Chaves	Medicina Geral e Familiar
Inês Santos	Pediatria
Inês Soares	Medicina Interna
Joana Guerra	Medicina Geral e Familiar
Jorge Abreu	Pediatria
Luís Caldeira	Medicina Geral e Familiar
Manuel Gonçalves	Medicina Geral e Familiar
Maria João Nobre	Medicina Geral e Familiar
Marlene Cardoso	Design Gráfico
Marta Fournier	Medicina Geral e Familiar
Miguel Magalhães	Medicina Geral e Familiar
Mónica Chaves	Medicina Geral e Familiar
Nuno Ramos	Urologia
Paulo Costa	Ortopedia
Pedro Mota	Ortopedia
Pedro Silva	Medicina Geral e Familiar
Rita Regadas	Medicina Geral e Familiar
Rui Capucho	Saúde Pública
Rui Morais	Gastroenterologia
Rute Teixeira	Medicina Geral e Familiar
Tiago Gonçalves	Gastroenterologia



Vem conhecer este e outros projetos e ajuda-nos a custo ZERO com o teu IRS.
No quadro 9, anexo H coloca 503 224 049

SAÚDE EM PORTUGUÊS
DELEGAÇÃO REGIONAL DO CENTRO

917 167 558
E-mail: delegacaocentro@saudeportugues.org
www.saudeportugues.org