

AIM GF MAGAZINE

volume 14 . nº1

Junho 2024
ISSN 2184-2493

editorial »

REVISÃO DA DEFINIÇÃO DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR PELA
WONCA: CONCEITOS DE *ONE HEALTH*,
PLANETARY HEALTH E *SUSTAINABILITY*

artigo de opinião »

SER MÉDICO DE FAMÍLIA EM PORTUGAL
- MAIS DO QUE PROFISSÃO, VOCAÇÃO

relato de caso »

PERTURBAÇÃO DISFÓRICA PRÉ-
MENSTRUAL: PARTICULARIDADES NA
SAÚDE MENTAL DA MULHER

UMA SIMPLES HÉRNIA INGUINAL?
- O VALOR DA INTUIÇÃO CLÍNICA

RECUSA DE TRATAMENTO: CASO CLÍNICO

NOTÍCIAS QUE CUSTAM A ENGOLIR...

UM DIAGNÓSTICO DE DISFUNÇÃO SEXUAL
NUMA CONSULTA DE ROTINA

artigo de investigação »

GESTÃO DE SINAIS E SINTOMAS MAIS
FREQUENTES NOS CUIDADOS PALIATIVOS:
CONHECIMENTO NUM ACES

revisão baseada na evidência »

O PAPEL DA CURCUMA NA
ARTRITE - UMA REVISÃO
BASEADA NA EVIDÊNCIA

EFICÁCIA DA SUPLEMENTAÇÃO
ORAL COM MAGNÉSIO NA
MELHORIA DA DOR CRÓNICA -
REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

O IMPACTO DAS FERRAMENTAS
DIGITAIS NO TRATAMENTO DA
INSÓNIA, UMA REVISÃO BASEADA
NA EVIDÊNCIA

COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA
E SEGURANÇA ENTRE O
TRATAMENTO COM DAPOXETINA
E OUTROS ISRSS/CLOMIPRAMINA
EM INDIVÍDUOS COM
EJACULAÇÃO PREMATURA

Ficha Técnica

ISSN 2184-2493

CORPO EDITORIAL

EDITORES-CHEFE:

Dr.^a Catarina Falcão Alves
Dr.^a Catarina Miguel Vieira
Dr.^a Mariana Silva Ribeiro

EDITORES-ADJUNTOS:

Dr.^a Cláudia Ventura Correia
Dr.^a Carolina Ferreira de Castro António
Dr.^a Carolina Pais Neto
Dr. Luís Cardoso Rocha
Dr.^a Nina Machado Lopes
Dr.^a Raquel Sofia Moreira
Dr.^a Rita Vale Lima

DESIGN E GRAFISMO:

LCD design

Periodicidade: semestral

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

<https://www.aimgfzonanorte.pt/aimgf-magazine>

REVISTA INDEXADA:



APOIO CIENTÍFICO:



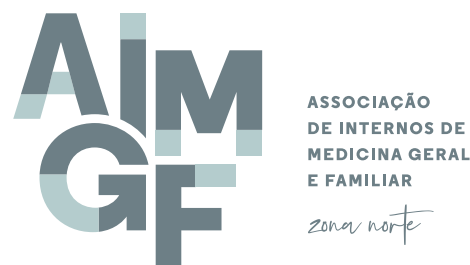
OPEN ACCESS:

Licença Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)
A Revista AIMGF Magazine está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição Não Comercial Sem Derivações 4.0 Internacional



SEDE AIMGF ZONA NORTE:

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



Índice

5 CONSELHO CIENTÍFICO

6 EDITORIAL

REVISÃO DA DEFINIÇÃO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR PELA WONCA: CONCEITOS DE *ONE HEALTH*, *PLANETARY HEALTH E SUSTAINABILITY*

Ana Sofia Novo Oliveira, Catarina Alves Gonçalves

8 ARTIGO DE OPINIÃO

SER MÉDICO DE FAMÍLIA EM PORTUGAL - MAIS DO QUE PROFISSÃO, VOCAÇÃO

Joana Silva Monteiro

11 RELATO DE CASO

PERTURBAÇÃO DISFÓRICA PRÉ-MENSTRUAL: PARTICULARIDADES NA SAÚDE MENTAL DA MULHER

Mafalda Carvalheiro, Inês Pinto, Maria João Avelino

16 RELATO DE CASO

UMA SIMPLES HÉRNIA INGUINAL? - O VALOR DA INTUIÇÃO CLÍNICA

Anita Tribuzi, Inês Tribuzi, Salomé Cardoso

20 RELATO DE CASO

RECUSA DE TRATAMENTO: CASO CLÍNICO

Cristiana Reis, Ana Catarina Andrade, Beatriz Morais Pinto

24 RELATO DE CASO

NOTÍCIAS QUE CUSTAM A ENGOLIR...

Catarina Alves Fernandes, Eduardo Dias Martins

29 RELATO DE CASO

UM DIAGNÓSTICO DE DISFUNÇÃO SEXUAL NUMA CONSULTA DE ROTINA

Rita Lourenço Vasconcelos

33 ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

GESTÃO DE SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTES NOS CUIDADOS PALIATIVOS: CONHECIMENTO NUM ACES

Jessica Tavares, Nilza Tavares, Sofia Pinto da Costa, Marina Eichmann, Diana P. Coelho

41 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

O PAPEL DA CURCUMA NA ARTRITE - UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Patrícia Alves, Maria Freixo

48 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

EFICÁCIA DA SUPLEMENTAÇÃO ORAL COM MAGNÉSIO NA MELHORIA DA DOR CRÓNICA - REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Joana Tavares Nogueira, Ana Braga Reis

54 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

O IMPACTO DAS FERRAMENTAS DIGITAIS NO TRATAMENTO DA INSÓNIA, UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Beatriz Nunes, Rita Nunes Rodrigues, Sofia Resende

62 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA E SEGURANÇA ENTRE O TRATAMENTO COM DAPOXETINA E OUTROS ISRS/ CLOMIPRAMINA EM INDIVÍDUOS COM EJACULAÇÃO PREMATURA

Melani Morais Noro, Ana Isabel Vasques, Beatriz Pereira, Cláudia G. Silva, Daniel Santos Silva

Conselho Científico 2024

Medicina Geral e Familiar

Dr.ª Ana Catarina Camões
Dr.ª Ana Filipa Miranda
Dr.ª Ana Jacinta Abreu
Dr.ª Ana Garrido
Dr.ª Ana Rita Cerqueira
Dr.ª Cecília Barbosa
Dr.ª Célia Maia
Dr.ª Célia Oliva
Dr. Daniela Coelho
Dr.ª Fabiana Ribeiro Peixoto
Dr.ª Filipa Matias
Dr. Filipe Cabral
Dr.ª Graça Cardoso
Dr.ª Inês Macedo
Dr.ª Inês Teles
Dr. Jaime Oliveira
Dr.ª Joana Rita Mendes
Dr.ª Leonor Luz Duarte
Dr.ª Maria Helena Magalhães
Dr.ª Marlene Miranda
Dr. Nuno Junqueira Neto
Dr. Nuno Miguel Parente
Dr. Pedro Seabra
Dr. Rita Correia
Dr.ª Rosana Dias
Dr.ª Sabrina Pedone
Dr.ª Telma Lopes
Dr.ª Vera Lúcia Teixeira

Cardiologia

Dr. Eduardo Vilela

Endocrinologia

Dr. Francisco Simões de Carvalho

Gastroenterologia

Dr. Rui Gaspar

Ginecologia/Obstetrícia

Dr.ª Maria Flores Casteleiro

Medicina Interna

Dr.ª Diana Anjos
Dr. Ricardo Fernandes

Oftalmologia

Dr.ª Jennifer Jesus

Otorrinolaringologia

Dr. José Pedro Matos

Pediatria

Dr.ª Mariana Amorim Branco
Dr.ª Regina Silva
Dr.ª Tânia Lopes

Pneumologia

Dr. João Bento

Psiquiatria

Dr. Gustavo França
Dr. Silvério Macedo

REVISÃO DA DEFINIÇÃO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR PELA WONCA: CONCEITOS DE ONE HEALTH, PLANETARY HEALTH E SUSTAINABILITY

Ana Sofia Novo Oliveira^{1,3}, Catarina Alves Gonçalves^{2,3}

¹ Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Aníbal Cunha, ULS Santo António

² Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Pedras Rubras, ULS São João

³ Membro do Núcleo de Gestão da AIMGFZN

O dia mundial do médico de família celebrou-se no passado dia 19 de maio, tendo a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA Europa) lançado o mote “Planeta Saudável, Pessoas Saudáveis” para assinalar este dia.

A definição de Medicina Geral e Familiar (MGF) pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) tem evoluído constantemente, tendo em 2023 incorporado novos conceitos emergentes e interdisciplinares: *One Health*, *Planetary Health* e *Sustainability*.

A implementação destes conceitos prende-se, de acordo com a WONCA Europa, com a necessidade de desenvolver uma abordagem global em cuidados de saúde primários que interligue a saúde humana, animal e ambiental, encontrando terreno comum entre profissionais de saúde, utentes e decisores políticos, com o objetivo de encontrar soluções para o panorama global atual que enfrentamos. Estes conceitos encontram-se agora representados na árvore da WONCA como a base sólida onde assentam as competências e as características de um médico de família.

O conceito de *One Health* (Uma Saúde), introduzido primariamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e atualizado em 2021, tem ganho maior relevância nos últimos anos, sobretudo após a pandemia COVID-19. Trata-se de uma perspetiva holística que reconhece a estreita ligação entre pessoas, animais e o ambiente, para a conceção e implementação de programas e políticas que permitam alcançar melhores resultados de saúde pública, numa abordagem integrada e multidisciplinar às diferentes ameaças à saúde conduzindo, por exemplo, à adoção de novos métodos de vigilância e controlo de doenças, nas quais os médicos de família têm um papel preponderante.

A *Planetary Health* (Saúde do Planeta), por outro lado, reconhece o impacto significativo das ações humanas nas alterações climáticas e na degradação ambiental, que, por sua vez, influenciam a saúde da espécie. De acordo com a *Rockefeller Foundation-Lancet Commission*, *Planetary Health* define-se como “a saúde da civilização humana e o estado dos sistemas naturais dos quais ela depende”. Os efeitos na saúde humana resultantes das alterações ambientais - desde a acidificação dos oceanos, degradação dos solos, escassez de água, sobrepesca, até à perda de biodiversidade - têm-se apresentado como desafios aos ganhos globais em saúde nas últimas décadas, prevendo-se que esta ameaça se mantenha e seja sucessivamente maior. Neste âmbito, os médicos de família devem reforçar a sua atuação na promoção de estilos de vida saudáveis e sustentáveis, na defesa de políticas ambientais que protejam e promovam a saúde, e na educação e sensibilização dos utentes relativamente ao impacto das mudanças climáticas na sua saúde. Devemos considerar a Saúde Planetária como um olhar atento sobre os sistemas políticos, económicos e sociais que afetam o futuro da humanidade, procurando estabelecer limites seguros para a exploração ambiental de forma a garantir a continuidade da espécie humana.

Por fim, a *Sustainability* (Sustentabilidade) dos serviços de saúde resulta da criação e manutenção de um sistema de saúde ambientalmente responsável, economicamente viável e equitativo, em prol da melhoria da saúde das gerações atuais e futuras. A implementação de estratégias de sustentabilidade implica uma melhoria da gestão de resíduos e da eficiência energética dos serviços; maior sensibilização para políticas de sustentabilidade entre profissionais de saúde e nos locais de trabalho; e a adoção de planos de “Prescrição Verde” (medicamentos com menor impacto ambiental e económico) sempre que possível.

A integração destes novos conceitos traz desafios à prática da Medicina Geral e Familiar, como a necessidade de uma compreensão e conhecimento universal dos conceitos de *One Health*, *Planetary Health* e *Sustainability* e a consciencialização global dos profissionais de saúde para o impacto destes fatores e para a necessidade de implementação de estratégias nesta linha, podendo acarretar investimento numa fase inicial quer a nível de sensibilização dos profissionais, quer a nível de mobilização de recursos que permitam a adoção de práticas sustentáveis.

Todavia, apresentam também várias oportunidades de melhoria da saúde pública, ao abordar os determinantes ambientais e zoonóticos, prevenindo surtos de doenças e promovendo um ambiente mais saudável, reforçando a abordagem holística na saúde, que caracteriza a prática da Medicina Geral e Familiar e, adicionalmente, a colaboração entre diferentes setores (saúde, política e social), permitindo uma melhor coordenação de cuidados, tendo em vista a procura por soluções mais eficazes para problemas de saúde complexos.

Assim, a revisão da definição de Medicina Geral e Familiar pela WONCA para incluir os conceitos de *One Health*, *Planetary Health* e *Sustainability* representa um avanço significativo na prática médica. Ao adotarem estes conceitos na sua prática clínica, os médicos de família estarão a garantir a promoção de saúde de um ponto de vista preventivo e sustentável, reconhecendo a importância de um planeta saudável para a saúde humana a longo prazo. A implementação desta abordagem holística exige, no presente e para o futuro, educação contínua, adaptação e inovação. Apesar dos desafios que acarreta, as oportunidades para melhorar a saúde pública, promover a sustentabilidade e fortalecer a prática da MGF são substanciais. Os médicos de família têm um papel crucial a desempenhar na criação de um futuro onde a saúde humana e a saúde do planeta são integradas e igualmente valorizadas. Esta visão holística da saúde é fundamental para enfrentar os desafios globais de saúde do século XXI e para garantir um mundo saudável e sustentável para as gerações futuras.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. [2023] Disponível em: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
- 2- 5 things to know about One Health in the WHO European Region - World Health Organization [consultado em junho 2024] Disponível em: <https://www.who.int/europe/news/item/23-03-2023-5-things-to-know-about-one-health-in-the-who-european-region>
- 3- WONCA statement on planetary health and sustainable development goals. WONCA - WONCA Working Party on the Environment [consultado em junho de 2024] Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/>

[news/planetaryhealthandsustainabledevelopmentgoals.aspx](https://www.who.int/europe/news/planetaryhealthandsustainabledevelopmentgoals.aspx).

4- Environmentally sustainable health systems: A strategic document. World Health Organization - Regional Office for Europe. [2017] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340375>

5- Whitmee S, Haine, A, Beyrer C, Boltz F, Capon A, de Souza Dias BF, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*. 2015. 386(10007), 1973-2028.

6- One Health Commission. (2019). What is One Health?.

7- Watts N, Amann N, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Boykoff m, et al. The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *The Lancet*. 2019; 394(10211),1836-1878.

SER MÉDICO DE FAMÍLIA EM PORTUGAL – MAIS DO QUE PROFISSÃO, VOCAÇÃO

Joana Silva Monteiro^{1,2}

¹ Médica Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar, USF Oceanos, ULS Matosinhos

² Docente convidada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)

Recentemente, a prossecução de novos caminhos profissionais levou-me a deixar para trás uma lista de utentes que acompanhava há 10 anos e ter de começar de novo, numa nova equipa, com uma nova lista. Além da inevitável ansiedade que a novidade acomete, veio a reflexão acerca do que é ser médico de família (MF), e a desconfortável sensação de que, mesmo munida dos conhecimentos da minha formação contínua e da experiência prática que os anos como especialista me trouxeram, seria novamente menos “médica de família”, não conhecendo ainda as “Famílias” que viria a acompanhar.

A especialidade de Medicina Geral e Familiar em Portugal é reconhecida pela sua importância na prestação de cuidados de saúde primários de qualidade, e na promoção da continuidade e acessibilidade dos serviços de saúde. Os médicos de família desempenham um papel fundamental na articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, contribuindo para uma atenção mais eficiente, eficaz e centrada nas necessidades dos seus doentes.

Sem dúvida que a continuidade de cuidados, que é uma das características de base da MGF, é fundamental para a saúde dos utentes. Um estudo de 2022 realizado na Noruega¹ revelou que a continuidade de cuidados com o mesmo médico de família se associou a menor taxa de mortalidade, menos internamentos hospitalares e menor uso dos serviços de urgência. Quando a continuidade excedeu os 15 anos, a probabilidade de internamento por doença aguda e mortalidade reduziu-se em 25-30%. Estes números são expressivos e reforçam a enorme importância do que fazemos bem.

Em Portugal, têm ocorrido alterações na organização dos cuidados de saúde primários (CSP), mas eles mantêm, globalmente, a sua essência de personalização e continuidade. Um relatório recente da Entidade Reguladora da Saúde mostrou que os cuidados de saúde primários em Portugal “tiveram em 2022 um desempenho de qualidade acima da média dos

países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) no que diz respeito a internamentos evitáveis por doenças crónicas como a asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca, hipertensão e diabetes.²

Isto reforça que, apesar de todas as dificuldades sentidas e mudanças operacionalizadas, estamos a fazer algo de bom e que se reflete na saúde dos nossos utentes. Mas nem sempre é esse o sentimento ao final de um longo dia de trabalho.

Responder à questão: “o que é ser médico de família em Portugal?” parece uma tarefa simples, porque a definição de médico de família está consensualmente descrita no documento “Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar da WONCA”,³ datada de 2002 e revista em 2023 e 2024,⁴ segundo o qual: “a Medicina Geral e Familiar (...) é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários”, que se caracteriza por “o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde”, “lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão”, “utilizar eficientemente os recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados (...) assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário”, “desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade” estabelecendo “uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efetiva” e prestar “cuidados continuados longitudinalmente”, “gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crónicos, dos pacientes individuais” a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural”, “promover a saúde e bem-estar”, “ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade” e “lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.” É fundamental para qualquer MF conhecer e ser norteado por estes

princípios, também graficamente representados através da célebre “Árvore da Wonca”.⁵⁶

Se, por um lado, tradicionalmente pensamos no médico de família como alguém que exerce funções nos cuidados de saúde primários (UCSP ou USF) e trabalha uma lista de utentes, na verdade são cada vez em maior número as formas como os MF exercem as suas funções em Portugal (atividade privada, serviço de urgência, subespecialização em outras áreas como os Cuidados Paliativos e a Medicina Estética), fugindo ao modelo tradicional, e as causas para que tal aconteça merecem reflexão por parte não só da classe médica mas, até mesmo, da sociedade em geral. A corroborar esta perceção está o facto de, nos últimos concursos, centenas de vagas de MGF terem ficado por preencher apesar da bem conhecida escassez de médicos de família em determinadas regiões de Portugal.

A procura de cuidados mudou com a Pandemia Covid-19 e o acesso e a acessibilidade a consultas nos CSP estão limitados, ou pelo menos a perceção geral é que não correspondem, de longe, ao que a população portuguesa parece sentir necessidade. Embora o número de consultas presenciais e não presenciais tenha aumentado nos últimos anos, continuamos a ouvir diariamente, diretamente dos doentes ou pela Comunicação Social, as dificuldades que existem em chegar “até nós”.

Alguns poderão argumentar que os médicos de família se tornarão redundantes no futuro, num mundo que é cada vez mais especializado, digital e com ferramentas de apoio à saúde, mas a visão holística do médico de família continua a ser um dos seus mais valiosos atributos. Os bons médicos de família abordam não apenas os sintomas físicos, mas também o sofrimento psicológico, cuidando de dolências e não apenas de doenças, mas isso requer tempo e disponibilidade. É necessária a existência de equipas multidisciplinares para delegação de tarefas cuja realização não depende apenas de um médico, libertar o MF de tarefas burocráticas e voltar a colocar o utente no centro dos cuidados.

Para melhor responder à questão que me foi lançada acerca do que é ser médico de família em Portugal, recorri ao testemunho de alguns colegas, cuja contributo desde já agradeço, para perceber o que significa para eles a sua profissão:

Ser médico de família é...

- “ser super-herói – todos os dias esperam de nós que possamos vigiar e resolver todos os problemas do doente, e esta expectativa parte não apenas dos próprios doentes ou seus familiares, mas também

dos colegas médicos que trabalham no hospital”

Ser médico de família é...

- “múnus (latim *munus*), não no sentido de emprego ou obrigação, mas pela consciência do que, pela nossa vocação, somos impelidos a fazer pelo doente que se apresenta diante de nós, e com o qual construímos uma relação de confiança, de cuidado, de responsabilidade”

Ser médico de família é...

- “ser Lugar para o Outro na sua fragilidade, partilhar caminho e história de vida”

Ser médico de família é...

- “ser assoberbado pelas burocracias, pelos papéis, que se interpõem entre nós e o doente, retirando o foco do doente e das suas queixas”

Ser médico de família é...

- “gratificante, mas exaustivo”

Ser médico de família é...

- “um sonho que não se concretizou, uma vez que atualmente não acompanho uma lista de utentes e, apesar de gostar do que faço, sinto-me ambivalente porque não exerço no modelo em que aprendi, e isto acontece também com muitos colegas que, como eu, não conseguiram colocação num local que permitisse conciliação com a sua vida pessoal”

Ser médico de família é...

- “sentir que ajudo a cuidar da saúde dos meus doentes e que dou o meu melhor a cada um que consulto, mas ficar frustrado por não conseguir dar a resposta que gostaria e levar papéis e problemas para casa, o que me retira qualidade de vida”

Ser médico de família é...

- “é o que sou, apesar de atualmente não ver crianças nem grávidas sinto que isso em nada altera a essência do que faço”

Ser médico de família é...

- “perceber que faço a diferença, mas sentir todos os dias que preciso de mais tempo e capacidade de resposta de outras estruturas (hospital, URAP, serviços sociais) para que as coisas possam resultar”

Em resumo, ser médico de família em Portugal continua a ser na sua essência ser “médico da Família”, mas o que o distingue dos demais não são os seus doentes, mas a sua mestria na arte de prevenir, de personalizar e de cuidar. Apesar dos diferentes contextos e sentimentos manifestados, é evidente que há uma vontade de fazer mais e melhor e um sentido de missão comum a todos os que se expressaram. E para que esta disciplina que, tal como disse Sir Denis Pereira-Gray, é “o trabalho mais fácil de se fazer mal feito e o mais difícil de se fazer bem”, não se desvirtue, é necessário refletir e continuar a

exigir condições para que seja feita com qualidade, mantendo na nossa profissão o sentido profundo de vocação pelo cuidado aos doentes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022 Jan 27;72(715):e84-e90.
- 2- CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF. Entidade Reguladora da Saúde, março de 2024 [consultado em junho de 2024] Disponível em: https://www.ers.pt/pt/flipbooks/estudo_qualidadecsp/
- 3- The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe 2023 Edition.
- 4- Windak A, Rochfort A, Jacquet J. The revised European Definition of General Practice/Family Medicine. A pivotal role of One Health, Planetary Health and Sustainable Development Goals. *Eur J Gen Pract.* 2024 Dec;30(1):2306936.
- 5- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of GP/FM. *Wonca* 2011. *Rev Port Med Geral Fam.* 2021; 37:28-3534.
- 6- Santos P, Brito de Sá A, Santiago L, Hespanhol A. A árvore da WONCA: tradução e adaptação cultural para portugueses. *Rev Port Med Geral Fam.* 25 de Fevereiro de 2021;37(1):28-35.

PERTURBAÇÃO DISFÓRICA PRÉ-MENSTRUAL: PARTICULARIDADES NA SAÚDE MENTAL DA MULHER

PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER: PARTICULARITIES IN WOMEN'S MENTAL HEALTH

Autores:

Mafalda Carvalheiro¹, Inês Pinto², Maria João Avelino³

RESUMO

Introdução: A mulher apresenta um risco duas vezes superior ao homem de sofrer de perturbação depressiva. A influência do ciclo reprodutivo e respetivas flutuações hormonais devem ser valorizadas, tornando-se relevante a adequada identificação das diferentes perturbações do humor associadas. Este artigo pretende chamar a atenção para a apresentação da Perturbação Disfórica Pré-Menstrual (PDPM) e a sua relação com a Perturbação Bipolar (PB) tipo II e com a Depressão Pós-Parto (DPP).

Descrição do caso: Mulher, 40 anos, farmacêutica. Recorre à consulta por episódio depressivo com um ano de evolução e agravamento no último mês, com impacto marcado na funcionalidade familiar e ocupacional. Apuram-se como antecedentes psiquiátricos, um padrão compatível com perturbação ciclotímica e um episódio de DPP aquando do nascimento do primeiro filho. Foi investigada a relação entre a intensidade dos sintomas e a fase do ciclo menstrual. A doente relatava maior irritabilidade e sensibilidade uma semana antes do início da menstruação, sintomas que aliviavam no final da fase menstrual. Foi medicada com lamotrigina, escitalopram e clonazepam. Recomendou-se também prática de atividade física e técnicas de relaxamento. Ao fim de três meses apresentava melhoria franca dos sintomas, com grande satisfação pelos resultados do tratamento.

Comentário: Uma perturbação ciclotímica que se apresenta com um episódio depressivo corresponde a um diagnóstico de PB tipo II, de acordo com o DSM-5. Identificou-se uma PDPM concomitante, cujo diagnóstico foi facilitado pelos registos prospetivos realizados por iniciativa da doente. Importa também a história de um episódio de DPP. Este caso é a representação paradigmática da associação entre PDPM, PB tipo II e DPP. As autoras pretendem enfatizar a importância de valorizar a influência do ciclo menstrual da mulher na sua saúde mental, nomeadamente o diagnóstico e correta abordagem da PDPM, quer se apresente isoladamente ou concomitante a outra patologia psiquiátrica.

Palavras-chave: perturbação disfórica pré-menstrual; perturbação depressiva; perturbação ciclotímica; perturbação bipolar; depressão pós-parto; saúde da mulher.

ABSTRACT

Introduction: Women have two times the risk of suffering from depressive disorder when compared to men. The influence of the reproductive cycle and its hormonal fluctuations should be acknowledged, making it relevant to adequately identify the associated mood disorders. This article aims to bring awareness to premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and its relationship with type II bipolar disorder (BD) and postpartum depression (PPD).

Case description: Woman, 40 years old, pharmacist. Presenting with depressive disorder for one year, worsening in the past month with great impact in family and occupational functionality. As for psychiatric history, a cyclothymic disorder, and an episode of PPD, after her first son was born, were identified. It was investigated whether there was a relationship between symptom intensity and phase of menstrual cycle. She reported major irritability and sensitivity one week prior to the beginning of menses and relieve after its ending. The patient was treated with lamotrigine, escitalopram and clonazepam. Physical activity and relaxing techniques were recommended. After three months there was significant improvement of symptoms, with great satisfaction by the results of treatment.

Comment: A cyclothymic disorder presenting with a depressive episode leads to a diagnose of type II BD, according to DSM-5. A concomitant PMP was identified, a diagnosis which was facilitated by the records done by the patient's initiative. It is also important the history of PPD. This case is the paradigmatic representation of the association between PMDD, type II BD and PPD. The authors intent to emphasize the importance of valuing the influence of menstrual cycle in women's mental health, namely the correct diagnose and approach of PMDD, whether it presents itself or concomitant to other psychiatric disease.

Keywords: premenstrual dysphoric disorder; depressive disorder; cyclothymic disorder; bipolar disorder; postpartum depression; women's health.

1. Médica Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Costa do Estoril, ULS Lisboa Ocidental

2. Médica Assistente em Psiquiatria, CHEDV, ULS Entre Douro e Vouga

3. Médica Assistente em Psiquiatria e Coordenadora Clínica do "Mafra Espaço de Saúde Mental e Ocupacional" (MESMO), Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, ULS São José

INTRODUÇÃO

A mulher apresenta um risco duas vezes superior ao homem de sofrer de perturbação depressiva.¹ Nesta, há que considerar a influência individual do ciclo reprodutivo e respetivas flutuações hormonais nas perturbações psiquiátricas. Comparativamente com mulheres noutras fases do ciclo menstrual, aquelas que se encontram na fase pré-menstrual apresentam maiores taxas de hospitalização, necessidade de tratamento emergente e tentativas de suicídio. São também mais frequentes as recidivas e exacerbações de perturbação psiquiátrica pré-existente durante a fase pré-menstrual.²

Assim torna-se relevante a adequada identificação das diferentes perturbações do humor bem como de perturbações diretamente relacionadas com o ciclo menstrual. Este artigo pretende chamar a atenção para a apresentação da Perturbação Disfórica Pré-Menstrual (PDPM) e a sua relação com a Perturbação Bipolar (PB) tipo II e com a Depressão Pós-Parto (DPP).

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher de 40 anos, farmacêutica, vive com o marido e dois filhos do casal. Trata-se de uma família nuclear, fase V de *Duvall*, de classe média-alta (*Graffar* II). Recorre à consulta de psiquiatria por quadro depressivo com um ano de evolução caracterizado por humor deprimido, insónia terminal, hiperfagia, astenia, anedonia, alterações ao nível da concentração e sentimentos de menos-valia, com agravamento no último mês e impacto marcado na funcionalidade familiar e ocupacional. Apuram-se, como antecedentes psiquiátricos, um padrão compatível com perturbação ciclotímica desde o início da idade adulta, caracterizada por oscilações marcadas do humor, com períodos de irritabilidade fácil, hiperfagia e maior sensibilidade à crítica. Apura-se também um episódio de depressão pós-parto aquando do nascimento do primeiro filho (há 12 anos) que se apresentou com humor deprimido, irritabilidade fácil, astenia, insónia terminal e hiperfagia com aumento ponderal, de início no primeiro mês após o parto e remissão espontânea ao fim de alguns meses.

Durante a consulta foi ainda investigada a relação entre a intensidade dos sintomas e a fase do ciclo menstrual, situação que a própria já tinha identificado. Quando suspeitou dessa relação realizou por sua iniciativa um registo diário de sintomas durante alguns ciclos menstruais, na expectativa de que “se conseguisse prever que ia estar mais irritável, talvez

conseguisse controlar melhor” (*sic*). Descrevia que “uma semana antes do início do período menstrual sentia irritabilidade fácil, estava mais sensível, tinha maior apetência por doces... Ao final de alguns dias do aparecimento do período começava a sentir melhoria... Comecei a fazer o registo e havia relação” (*sic*).

Não se apuram outros antecedentes médicos ou cirúrgicos de relevo, negando história de traumatismo crânio-encefálico com perda de consciência, história de epilepsia ou alergias medicamentosas. Nega ainda realização de qualquer terapêutica farmacológica ou utilização de método contraceptivo hormonal, bem como realização prévia de psicofármacos. Sem hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de substâncias psicoativas, atualmente ou no passado.

Quanto a antecedentes familiares, descreve os pais como “afetuosos” e diz ter pouco contacto com os dois irmãos, ambos mais velhos, sabendo, no entanto, que um dos irmãos tem história de perturbação depressiva na sequência de um processo de divórcio. Não se apura história de suicídio na família. Caracteriza a sua personalidade pré-mórbida como “às vezes sou um bocado impulsiva verbalmente, mas sou comunicativa e tenho facilidade em fazer amigos” (*sic*). Apuram-se ainda traços anancásticos da personalidade.

À observação apresenta um aspeto descuidado e fácies triste com choro fácil. O humor é deprimido com sentimentos de menos-valia e desesperança, apresentando ideias de morte, mas sem plano suicidário estruturado.

Nessa primeira consulta foi medicada com lamotrigina 50 mg 2id em titulação lenta, escitalopram 10 mg id e clonazepam 2 mg meio comprimido ao deitar. Foram também recomendadas alterações do estilo de vida, nomeadamente a prática de atividade física e de técnicas de relaxamento.

Realizaram-se contactos telefónicos uma vez por mês durante dois meses para avaliar a evolução dos sintomas e a tolerância à terapêutica.

Em consulta de reavaliação após três meses a doente apresentava-se eutímica e objetivamente melhorada. Relatava um alívio marcado dos sintomas de irritabilidade, explicando que “tenho mais paciência na maioria das situações, não reajo logo, sinto-me mais calma. Os meus filhos notaram muito a diferença e o meu marido também” (*sic*). Continuou com a sua atividade laboral apesar de manter sintomas residuais, referindo que “quando estou a atender os utentes sinto-me bem e gosto do que estou a fazer” (*sic*). Pratica regularmente yoga, atividade que

considera prazerosa e como sendo o “seu momento” (*sic*).

Tendo em conta a evolução favorável do quadro e a satisfação da utente com o efeito da medicação, optou-se por manter o esquema terapêutico e reavaliar ao final de três meses. Acordou-se que dentro de nove meses, se a resposta positiva se mantiver estável, se descontinuará o escitalopram e clonazepam, com manutenção apenas de lamotrigina a longo prazo.

COMENTÁRIO

No caso clínico apresentado, a utente tinha sintomatologia prévia sugestiva de uma perturbação ciclotímica e apresentava-se agora com um episódio depressivo.

Na perturbação ciclotímica, verificam-se vários períodos de sintomas hipomaniacos e de sintomas depressivos que não cumprem critérios para episódio maníaco ou depressivo major, respetivamente, no que diz respeito à quantidade e intensidade dos

sintomas.³ Por outro lado, a PB tipo II diferencia-se da perturbação ciclotímica pela presença de um ou mais episódios depressivos.³ No caso descrito a doente foi diagnosticada, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5), com PB tipo II por apresentar episódio depressivo major após os dois primeiros anos de perturbação ciclotímica.³ Apurou-se ainda um episódio de DPP, após nascimento do primeiro filho, que não foi identificado nem tratado.

Na segunda consulta, após ser questionada sobre a relação entre a intensidade dos sintomas e a fase do ciclo menstrual, mencionou já ter identificado essa associação. Tal permitiu estabelecer o diagnóstico concomitante de PDPM. A PDPM apresenta-se com sintomas afetivos como variações de humor, irritabilidade e/ou depressão, nos dias que precedem a menstruação, causando impacto significativo na funcionalidade pessoal.³⁻⁵ O DSM-5 estabelece critérios diagnósticos para a PDPM, que permitem distingui-la da síndrome pré-menstrual (SPM) (Quadro I).

Quadro I. Critérios diagnósticos de PDPM segundo o DSM-5 [3].

A. Na maioria dos ciclos menstruais, pelo menos cinco sintomas devem estar presentes na semana final antes do início da menstruação, começar a melhorar poucos dias depois do início da menstruação e tornar-se mínimos ou ausentes na semana pós-menstrual.
B. Pelo menos um dos seguintes sintomas deve estar presente: 1. Labilidade afetiva acentuada (mudanças de humor, sentir-se repentinamente triste ou com choro fácil, sensibilidade aumentada à rejeição); 2. Irritabilidade ou raiva acentuadas ou aumento nos conflitos interpessoais; 3. Humor deprimido acentuado, sentimentos de desesperança ou pensamentos autodepreciativos; 4. Ansiedade acentuada, tensão e/ou sentimentos de estar nervosa ou no limite.
C. Pelo menos um dos seguintes sintomas deve adicionalmente estar presente para atingir um total de cinco sintomas quando combinados com os sintomas do Critério B*. 1. Interesse diminuído pelas atividades habituais (trabalho, escola, amigos, hobbies); 2. Sentimento subjetivo de dificuldade de concentração; 3. Letargia, fadiga fácil ou falta de energia acentuada; 4. Alteração acentuada do apetite, comer em demasia, ou avidez por alimentos específicos; 5. Hipersónia ou insónia; 6. Sentir-se sobrecarregada ou fora de controlo; 7. Sintomas físicos, como sensibilidade ou inchaço das mamas, dor articular ou muscular, sensação de “inchaço” ou ganho de peso.
D. Os sintomas estão associados a sofrimento clinicamente significativo ou a impacto negativo no trabalho, na escola, em atividades sociais habituais ou relações com outras pessoas (evicção de atividades sociais, diminuição da produtividade e eficiência no trabalho, na escola ou em casa).
E. A perturbação não é meramente uma exacerbação dos sintomas de outra patologia, como perturbação depressiva major, perturbação de pânico, distímia ou uma perturbação da personalidade (embora possa ser concomitante a qualquer um desses transtornos).
F. O Critério A deve ser confirmado por avaliações prospetivas diárias durante pelo menos dois ciclos sintomáticos**.
G. Os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (consumo de drogas, fármacos ou outros tratamentos) ou de outra condição médica (exemplo: hipertireoidismo).

* Os sintomas nos Critérios A-C devem ser satisfeitos para a maioria dos ciclos menstruais que ocorreram no ano precedente.

** O diagnóstico pode ser feito provisoriamente antes dessa confirmação.

A *International Classification of Diseases Eleventh Revision* (ICD-11) caracteriza a PDPM como um padrão de alterações do humor (humor depressivo, irritabilidade), sintomas somáticos (letargia, dores articulares, polifagia), ou sintomas cognitivos (dificuldades de concentração e de memória) que começam alguns dias antes da menstruação e melhoram após esta, tornando-se mínimos ou ausentes no espaço de

uma semana após o início da menstruação.⁶ Os sintomas são suficientemente graves para causar angústia ou significativo impacto na vida pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas do funcionamento, e não representa a exacerbação de uma doença mental prévia.⁶ É também descrita como uma forma grave de SPM (Quadro II).⁵ A SPM corresponde a um grupo de sintomas físicos e comportamentais

que ocorrem em padrão cíclico durante a segunda metade do ciclo menstrual, muito prevalente, afetando cerca de 75% das mulheres com ciclos regulares.⁵ Quanto à PDPM, estima-se que tenha uma prevalência de cerca de 3-8%.⁵

Quadro II. Diferenças entre Síndrome Pré-Menstrual, Perturbação Disfórica Pré-Menstrual, Episódio Depressivo Major e Perturbação Ciclotímica.

	Alterações do humor predominantes	Sintomas físicos pré-menstruais	Impacto social marcado	Ciclicidade mensal
Síndrome Pré-Menstrual	-/+	+	-	Sim
Perturbação Disfórica Pré-Menstrual	+	+	+	Sim
Episódio Depressivo Major	+	-	+	Não
Perturbação Bipolar	+	-	+	Não
Perturbação Ciclotímica	+	-	+/-	Padrão cíclico, mas não necessariamente mensal

Adaptado de [4].

A avaliação da mulher com suspeita de PDPM deve iniciar-se com a história do ciclo menstrual e a relação entre os sintomas e a fase do ciclo menstrual, sugerindo-se que estes dados sejam registados pela doente ao longo de dois meses.⁷ Recomenda-se a monitorização prospetiva com escalas de autoavaliação para confirmação do diagnóstico, tal como foi feito por esta utente.⁷

Alguns estudos apontam para uma relação entre PDPM e PB.^{2,8,9} De referir que diversos estudos mostram que as mulheres com PDPM parecem ter maior probabilidade de sofrer de DPP.^{8,9}

Mulheres com sintomas significativos tanto na fase folicular como luteínica têm maior probabilidade de ter uma perturbação do humor do que uma perturbação pré-menstrual.⁷ As mulheres, em que se verifica claramente um intervalo livre de sintomas na fase folicular e que cumprem os critérios do DSM-5 para PDPM, são candidatas a terapêutica farmacológica.⁷ Se os sintomas forem moderados, não causando

angústia ou disfunção importante, está recomendada psicoterapia cognitivo comportamental associada a mudanças no estilo de vida, como exercício físico regular ou técnicas de relaxamento (Quadro III).¹⁰

Quadro III. Opções terapêuticas de primeira linha recomendadas para PDPM.

Tratamentos com eficácia demonstrada
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
Contraceção Oral Combinada (COC) COC com 20 mcg Etinilestradiol/3 mg Drospirenona Administração contínua de COC 20 mcg Etinilestradiol/90mcg Levonorgestrel
Terapia Cognitivo Comportamental

Adaptado de [10].

Estão recomendados os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) como terapêutica de primeira linha para mulheres com sintomas moderados a graves que não desejem contraceção.¹⁰

De entre os ISRS, a fluoxetina, a sertralina, o escitalopram e o citalopram, extensamente estudados neste âmbito, apresentam melhores resultados, sendo igualmente eficazes na PDPM, quer sejam administrados em regime contínuo ou intermitente.¹⁰ O regime intermitente refere-se à toma exclusivamente durante a fase luteínica, com início ao 14º dia do ciclo.¹⁰

Se a contraceção for desejada, poderá ser preferível tentar um contraceptivo oral em vez de um ISRS como tratamento de primeira linha, estando este também recomendado nas mulheres que não apresentaram resposta ou não toleraram a terapêutica com antidepressivos. Recomenda-se a utilização de um contraceptivo oral combinado (COC) que contenha drospirenona, em formulações com intervalos de quatro dias.¹⁰ Se o alívio sintomático com o COC for insuficiente, pode ser adicionado um ISRS.¹⁰ Nas mulheres com sintomas moderados ou graves e resposta parcial à terapêutica farmacológica, a associação de psicoterapia cognitivo comportamental também se revelou benéfica.¹⁰

Neste artigo, procurámos dar ênfase à PDPM por ser um tema pouco presente na literatura científica portuguesa e alvo de escassa investigação. As autoras levantam a hipótese de a PDPM estar subdiagnosticada e, conseqüentemente, subtratada no nosso país. Partindo desta premissa, e atendendo aos critérios do DSM-5 e ICD-11, sugere-se a realização de estudos de prevalência que incluam a documentação da relação temporal dos sintomas com a fase luteínica ou menstrual do ciclo, idealmente confirmada

por um diário de sintomas prospetivo de pelo menos dois ciclos menstruais.^{3,6}

De realçar também que este caso é a representação paradigmática da associação entre PDPM, DPP e PB tipo II. É importante ter esta associação em mente na avaliação de uma mulher com alguma das referidas perturbações, de modo a direcionar a abordagem terapêutica e antever situações que possam constituir períodos de maior risco de descompensação (como por exemplo, a gravidez) de forma a oferecer um seguimento mais atento e frequente nesses períodos.

Nos casos de sintomas de PDPM resistentes, as estratégias combinadas devem ser consideradas, tais como terapêuticas hormonais, alterações dos estilos de vida e psicoterapia cognitivo comportamental.⁹ Não existem, à data, estudos que avaliem o uso de estabilizadores do humor ou antipsicóticos no tratamento da PDPM em doentes sem o diagnóstico de PB.⁸

No caso clínico apresentado, é de realçar a boa resposta terapêutica ao final de três meses o que provavelmente se deveu à utilização de um estabilizador de humor, recomendado quando estamos perante uma PB, e de um ISRS para abordagem do episódio depressivo atual e da PDPM comórbida. Relativamente à lamotrigina, importa notar que apesar do seu conhecido efeito no tratamento e prevenção dos episódios depressivos associados à PB,¹¹ não existe evidência científica da sua utilização na PDPM. Perante estes resultados, sugere-se a investigação do possível benefício dos estabilizadores de humor e antipsicóticos no tratamento de PDPM.

Como mensagem final, cabe ao médico de família e a qualquer médico que se ocupe da saúde da mulher ao longo da sua vida conhecer as suas particularidades fisiológicas e hormonais, tendo em conta fatores de risco específicos e integrando-os no contexto da vida pessoal, familiar, social e económica, de forma a melhor acompanhar a doente, atuando de acordo com uma abordagem biopsicossocial, por uma medicina mais centrada na pessoa.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1o Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- 2- Cirillo PC, Passos RBF, Bevilaqua MC do N, López JRRA, Nardi AE. Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2012;34(4):467-79.
- 3- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- 4- Gambone J. Menstrual cycle-influenced disorders. In: Hacker N, Gambone J, Hobel C, editores. *Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:414-8.

5- Casper RF. Patient education: Premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) (Beyond the Basics); UpToDate [Internet]. [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/premenstrual-syndrome-pms-and-premenstrual-dysphoric-disorder-pmdd-beyond-the-basics>

6- International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). World Health Organization [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: <https://icd.who.int/en>

7- Yonkers KA, Casper RF. Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder; UpToDate [Internet]. Última atualização Mar 2022. [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder>

8- Kim DR, Czarkowski KA, Epperson CN. The Relationship Between Bipolar Disorder, Seasonality, and Premenstrual Symptoms. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13(6):500-3.

9- Sepede G, Brunetti M, Di Giannantonio M. Comorbid Premenstrual Dysphoric Disorder in Women with Bipolar Disorder: Management Challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:415-26.

10- Casper RF, Yonkers KA. Treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder; UpToDate [Internet]. Última atualização Ago 2022. [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder>

11- Stahl SM. *Prescriber's Guide*. 7th ed. San Diego: Cambridge University Press; 2020.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras declaram não ter conflitos de interesse, nem interesses financeiros.

CORRESPONDÊNCIA:

Mafalda Ferreira Vasques Carvalheiro
mafalda.carvalheiro@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

MC: Conceptualização; Investigação; Redação do manuscrito; Identificação de revista para publicação.

IP: Conceptualização e metodologia; Investigação; Redação - revisão e edição.

MJA: Validação; Orientação teórica; Fornecimento de recursos; Investigação; Revisão; Supervisão.

RECEBIDO: 16 de junho de 2023 | ACEITE: 18 de janeiro de 2024

UMA SIMPLES HÉRNIA INGUINAL? – O VALOR DA INTUIÇÃO CLÍNICA

A SIMPLE INGUINAL HERNIA? – THE VALUE OF CLINICAL INTUITION

Autores:

Anita Tribuzi¹, Inês Tribuzi², Salomé Cardoso³

RESUMO

Introdução: Na prática clínica, algumas situações aparentemente fáceis de diagnosticar são postas em causa pelos resultados dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), tornando-se grandes desafios clínicos.

Descrição do caso: Homem, 36 anos, entrega, no centro de saúde, uma carta do serviço de atendimento permanente de uma santa casa da misericórdia (SCM), onde recorreu por tumefação inguinal direita, compatível com hérnia. Foi sugerida pelo colega confirmação diagnóstica ecográfica, que revelou quistos do cordão espermático. Referenciado a Urologia na SCM, onde realizou exérese cirúrgica dos quistos. Foi dada recomendação para a médica de família solicitar ecografia por suspeita de hérnia inguinal direita, dado manter tumefação inguinal. Repetiu ecografia que, novamente, revelou quistos do cordão espermático. Pedida reavaliação pelo urologista que o operou. Subsequentemente, recorre ao serviço de urgência onde é operado, de urgência, por suspeita de hérnia inguinal encarcerada.

Comentário: Este caso recorda-nos que a intuição clínica é soberana e deve prevalecer sobre os MCDT.

Palavras-chave: hérnia inguinal; diagnóstico; ecografia.

ABSTRACT

Introduction: In clinical practice, certain seemingly easy-to-diagnose situations are called into question by the results of complementary diagnostic tests (CDTs), posing significant clinical challenges.

Case description: A 36-year-old man presented at the health center with a letter from the emergency department of a santa casa da misericórdia hospital, where he sought treatment for a right inguinal swelling suggestive of a hernia. Following a colleague's suggestion, a diagnostic ultrasound was performed, revealing spermatic cord cysts. He was referred to the Urology department at the same hospital, where surgical excision of the cysts was carried out. He provided a letter from the urologist recommending that his family physician request an ultrasound to investigate the suspicion of a right inguinal hernia, as the swelling persisted. A repeat ultrasound confirmed the presence of spermatic cord cysts. Reassessment was requested from the operating urologist. Subsequently, he sought emergency care services and underwent urgent surgery due to suspicion of an incarcerated inguinal hernia.

Comment: This case serves as a reminder that clinical intuition should prevail over CDTs.

Keywords: inguinal hernia; diagnosis; ultrasonography.

INTRODUÇÃO

Os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) desempenham um papel determinante na Medicina contemporânea, fornecendo informações de elevado valor clínico que ajudam o médico de família (MF) a excluir e/ou confirmar diversas suspeitas diagnósticas. Os MCDT fornecem informações complementares à história clínica e ao exame objetivo, não substituindo a interação direta entre o médico e o doente, nem fornecendo o contexto necessário para uma abordagem abrangente do doente. Posto isto, os MCDT devem ser interpretados cautelosamente, pois podem induzir o clínico em erro quando usados como única fonte validada de informação.

A partilha deste caso pretende recordar a importância da integração de uma história clínica completa com um exame objetivo minucioso como forma de prevenção quaternária. A anamnese e o exame objetivo do doente devem ser os principais fatores decisivos quando surge a dúvida na necessidade de solicitar um MCDT que valide/confirme a nossa principal suspeita clínica. Se pedido de forma pertinente, o MCDT combinado com a história clínica e o exame objetivo pode promover um diagnóstico e tratamento mais precoces e adequados. Pretende também lembrar que os MCDT não substituem a intuição clínica e que, como tal, devemos ter uma opinião crítica na análise de relatórios dos MCDT.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Longara Vida, ULS Tâmega e Sousa

2. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Vila Meã, ULS Tâmega e Sousa

3. Médica Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Longara Vida, ULS Tâmega e Sousa

Relativamente às hérnias inguinais, na vasta maioria dos casos, o seu diagnóstico pode ser feito com base na história clínica e exame físico, sem a necessidade de estudos adicionais. O diagnóstico parece ser mais difícil em mulheres ou indivíduos com obesidade, podendo carecer de MCDT para esclarecimento da suspeita diagnóstica.¹

DESCRIÇÃO DO CASO

Homem de 36 anos, casado, com o nono ano de escolaridade, trabalhador da construção civil, fumador (10 unidades maço-ano), sem consumos etílicos ou de drogas conhecidos. Sem medicação crónica. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Sem antecedentes cirúrgicos ou pessoais de relevo. Como antecedentes familiares de relevo, destaca-se história paterna de hérnia inguinal intervencionada cirurgicamente aos 55 anos de idade.

A 14 de janeiro de 2019, o utente entregou na unidade de saúde familiar (USF) uma carta proveniente do serviço de atendimento permanente de uma santa casa da misericórdia (SCM), onde recorreu por uma dor tipo desconforto na região inguinal direita, com cerca de 3 semanas de evolução, de intensidade 4/10 na escala quantitativa da dor, sem irradiação, sem fatores agravantes ou aliviantes e associada a tumefação no local descrito. O colega sugeria a realização de ecografia inguinal direita para confirmação da suspeita diagnóstica de hérnia inguinal não encarcerada. O utente foi convocado para consulta presencial com a sua MF, que se realizou a 26 de janeiro de 2019. Não foram referidas queixas de novo além das já descritas, e ao exame objetivo tratava-se de um doente normoponderal e normotenso, sem alterações na auscultação cardiopulmonar. O abdómen apresentava-se mole e depressível, sem massas ou organomegalias palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal, indolor à palpação superficial ou profunda e com ruídos hidroaéreos presentes. Apresentava tumefação inguinal direita com cerca de dois centímetros de diâmetro, sem sinais inflamatórios, com extrusão com a manobra de Valsalva, mas espontaneamente redutível. Foi entregue ao doente credencial para realização de ecografia inguinal direita.

A 8 de fevereiro de 2019, o utente trouxe a ecografia solicitada, realizada numa clínica convencionada, onde foi descrito “(...) em relação com a tumefação palpável identifica-se um conjunto de formações císticas, contíguas de acordo com quistos do cordão espermático nesta topografia”. Sem menção a outras alterações. Os resultados foram explicados ao utente e face aos achados foi feita referência a consulta externa de Urologia na SCM.

A 26 de fevereiro de 2020, o utente recorreu a consulta aberta na USF e trazia carta de alta de cirurgia de ambulatório de Urologia da SCM a informar que tinha sido submetido, a excisão de quisto do cordão espermático à direita. Foi emitido certificado de incapacidade temporária para o trabalho (CIT) e agendada consulta de reavaliação para dentro de um mês.

A 27 de março de 2020, o utente compareceu na consulta de reavaliação, trazendo consigo uma nota de alta do urologista assistente, obtida na consulta de reavaliação pós-operatória dos quistos do cordão espermático, com a seguinte informação clínica: “(...) sugiro realização de ecografia inguinal direita, pois o utente apresenta ao exame físico hérnia inguinal direita, e posterior referência a consulta de Cirurgia Geral”. Efetivamente, ao exame objetivo, mantinha tumefação inguinal direita. Emitiu-se nova credencial para realização de ecografia inguinal direita.

A 20 de maio de 2020, o doente traz a segunda ecografia, realizada na mesma clínica convencionada onde efetuou a primeira ecografia, mas relatada por um radiologista diferente, descrevendo “A tumefação inguinal palpável pelo doente corresponde a formações quísticas no trajeto do cordão espermático móveis com a pressão intra-abdominal (...) varicocele bilateral. Sem outras alterações significativas”. Assim, segundo este relatório, mantinha os quistos que tinha acabado de excisar. O utente foi, novamente, referenciado ao urologista que o operou, acrescentando-se no pedido o resultado da última ecografia, com o objetivo de clarificar estes achados.

A 5 de novembro de 2020, o utente entregou na USF uma carta do serviço de urgência de Cirurgia do hospital de referência, onde realizou cirurgia de carácter urgente, por suspeita de hérnia inguinal direita encarcerada. Foi emitido CIT e agendada consulta de reavaliação para cerca de um mês depois.

A 7 de dezembro de 2020 regressou à consulta com a sua MF e trouxe o resultado de uma terceira ecografia da região inguinal direita, executada em setembro de 2020 e realizada na SCM a pedido do urologista assistente, uma vez que este mantinha a suspeita clínica de hérnia inguinal: “(...) observamos diminuto esboço herniário (...) sendo espontaneamente redutível. Não se identificam outras alterações”.

O utente tinha agendada consulta de reavaliação pós-operatória de Cirurgia Geral a 17 de dezembro de 2020. A recuperação decorreu sem intercorrências, e houve resolução definitiva do desconforto e tumefação inguinal direita inicialmente observados.

COMENTÁRIO

Este caso demonstra a importância da colheita de uma história clínica completa, de um exame objetivo minucioso e da pertinência dos MCDT dirigidos à nossa principal suspeita clínica como forma de prevenção quaternária e de obtenção de um diagnóstico e tratamento mais rápidos e adequados.

De acordo com a literatura, o *gold standard* para o diagnóstico de hérnia inguinal é o exame objetivo da região inguinal com sensibilidade de 0,75 e especificidade de 0,96 relatadas num estudo de coorte prospetivo de 1998.² A história e o exame objetivo geralmente são suficientes para o diagnóstico de uma hérnia inguinal clinicamente evidente. Um exame imagiológico adicional pode ser necessário se houver uma tumefação de localização invulgar na virilha e/ou incerteza diagnóstica (hidrocelo, varicocele, espermatocelo, tumor testicular ou quistos epididimários/cordão espermático), tumefação intermitente, não presente no momento do exame físico, ou outras queixas na região inguinal sem tumefação associada.^{2,3} Uma hérnia com características clínicas claras, como uma protuberância redutível na virilha com desconforto local, geralmente não requer investigação adicional. No caso de ser necessária investigação imagiológica adicional, a ecografia pélvica é recomendada como exame de primeira linha.^{1,4,5}

Atentando aos fatores de risco associados ao desenvolvimento de hérnia inguinal, os mais bem documentados são: o sexo masculino (curso com aumento do risco em 8 a 10 vezes), a idade (pico de incidência entre os 0 e os 5 anos e entre os 75 e os 80 anos de idade), história familiar de hérnia inguinal em familiares de primeiro grau, alterações do metabolismo do colagénio e história de prostatectomia.¹ A relação do excesso de peso e obesidade com o desenvolvimento de hérnia inguinal não está ainda bem esclarecida. A obesidade pode, por um lado, exacerbar o desenvolvimento da hérnia, pelo aumento da pressão abdominal, ou mitigar o seu risco através do bloqueio da herniação/encarceração visceral pela gordura.¹

As principais complicações associadas à presença de hérnia inguinal são a encarceração e o estrangulamento. A encarceração refere-se ao aprisionamento dos conteúdos da hérnia dentro do saco herniário, o que impossibilita a sua reintrodução no abdómen ou pelve. A redução do fluxo venoso e linfático leva a edema do tecido encarcerado. À medida que o edema de estruturas aumenta, o fluxo venoso e, em última instância, o fluxo arterial para o saco herniário ficam comprometidos, resultando em isquemia e necrose dos conteúdos herniários (intestino, omento,

bexiga, ovário ou outras estruturas), o que se denomina estrangulamento.¹

O risco de encarceração e estrangulamento é baixo, apresentando uma taxa estimada de 0,3% e 3% ao ano, respetivamente. Os fatores de risco associados à encarceração e necessidade de tratamento cirúrgico emergente incluem o sexo feminino, a presença de hérnia femoral e a existência de hospitalização relacionada com hérnia inguinal no ano anterior.¹

Neste caso, na primeira avaliação do doente, feita pela MF e corroborada pela avaliação pós-operatória de Urologia, era consensual que se tratava de uma apresentação típica de hérnia inguinal, em doente do sexo masculino, com antecedentes familiares de hérnia inguinal, normoponderal, profissional da construção civil, e sem fatores fenotípicos que pudessem dificultar um diagnóstico meramente clínico. Ao exame objetivo este doente apresentava achados compatíveis com hérnia inguinal, nomeadamente uma tumefação em localização típica, na região inguinal direita, redutível, e com protusão mediante a realização da manobra de Valsalva. Juntando as queixas do doente e os achados ao exame objetivo, seria possível fazer o diagnóstico e referenciar este doente para consulta de Cirurgia Geral sem realização de ecografia. A epidemiologia da hérnia inguinal é também um dado importante, que ajudaria a suportar o seu diagnóstico clínico. Com efeito, verificamos que a prevalência estimada desta patologia ao longo da vida é de cerca de 27-43% no sexo masculino e 3-6% no sexo feminino, constituindo a patologia cirúrgica mais comumente diagnosticada nos cuidados de saúde primários.¹

Um fator que também poderá ter levado a um atraso no principal diagnóstico relaciona-se com um viés radiológico denominado "*satisfaction of search error*", em que o radiologista cessa a procura por outras alterações imagiológicas capazes de explicar os sintomas do doente após encontrar uma alteração primária que os justifique.³ Esta primeira alteração radiológica detetada é assumida como a responsável pelo quadro clínico do doente e a investigação ecográfica termina precocemente. Os quistos do cordão espermático, sendo lesões superficiais, facilmente identificáveis em ecografia, foram assumidos erradamente como os responsáveis pelas queixas do doente, não se progredindo para uma investigação mais profunda.³

Uma das principais dificuldades na articulação entre diferentes níveis de cuidados, e que esteve patente neste caso, prende-se com a comunicação. Neste relato a comunicação entre o médico que solicita o exame imagiológico e o radiologista, no

sentido de o orientar na confirmação/exclusão da sua hipótese diagnóstica é limitada, restringindo-se ao campo “informação clínica” na requisição da ecografia. Associadamente, a comunicação entre os cuidados de saúde primários e secundários foi indireta e efetuada através de carta, o que fez com que informação potencialmente relevante se tivesse perdido entre contactos.

Ainda na temática da comunicação, existem mais dois pontos de importante reflexão. O primeiro prende-se com o relato da segunda ecografia, que, de todos os exames apresentados, é o que mais dúvidas suscita, pois relatava novamente quistos do cordão espermático, que tinham sido removidos na cirurgia a que o doente tinha sido submetido. Ambas as ecografias foram realizadas na mesma instituição por radiologistas diferentes. Poder-se-á colocar a hipótese de o segundo radiologista ter sido induzido em erro, ao consultar o resultado do exame realizado previamente, acrescentando a possibilidade de não ter questionado o doente sobre o motivo da realização daquele MCDT.

O segundo ponto relaciona-se com a necessidade real da cirurgia aos quistos do cordão espermático. Também aqui existem algumas dúvidas, nomeadamente se o urologista realizou, antes da cirurgia, exame objetivo ao doente e se acreditava que existia relação causa-efeito entre os quistos do cordão espermático e as queixas do doente.

O mais provável seria o doente apresentar estes dois problemas concomitantemente – a hérnia inguinal e os quistos do cordão espermático – porém o real motivo das queixas era a hérnia inguinal. Efetivamente, após cirurgia aos quistos do cordão o doente manteve as queixas de desconforto e tumefação inguinal.

Com a exposição deste caso pretende-se discutir sobre o que sempre nos foi inculido durante a nossa formação – tratamos doentes ou tratamos exames? Neste caso fomos induzidos a tratar um exame. O doente acabou por ser tratado em contexto de urgência à patologia que efetivamente lhe causava sintomas. O diagnóstico de hérnia inguinal sempre foi a primeira hipótese de diagnóstico de todos os médicos que observaram o doente, no entanto, nunca se orientou o doente da forma mais conveniente porque fomos sempre confrontados com ecografias que não corroboravam esta hipótese. Resumidamente a suspeita clínica inicial era efetivamente a correta.

A interpretação crítica da informação presente nos relatórios de MCDT é, também, particularmente relevante, sobretudo quando está em discordância com

a nossa principal suspeita clínica, tendo em conta as queixas e o exame objetivo do doente.

Realça-se assim a importância da adoção de uma abordagem proativa pelo MF, com realização de um exame objetivo direcionado e metucioso, ajustado às queixas do doente. Neste caso, um exame objetivo feito com precisão teria sido suficiente para o diagnóstico da hérnia inguinal e referência precoce a consulta de Cirurgia Geral, evitando a exposição a exames complementares de diagnóstico desnecessários e ao atraso no tratamento cirúrgico, que poderia ter resultado num desfecho menos favorável para o doente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Brooks DC, Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults; UpToDate [Internet]. Última atualização abr 2022. [consultado em maio de 2023] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults>.
- 2- HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018 Feb;22(1):1-165.
- 3- Adamo SH, Gereke BJ, Shomstein S, Schmidt J. From “satisfaction of search” to “subsequent search misses”: a review of multiple-target search errors across radiology and cognitive science. *Cogn Res*. 2021;6(1).
- 4- Piga E, Zetner D, Andresen K, Rosenberg J. Imaging modalities for inguinal hernia diagnosis: a systematic review. *Hernia*. 2020;24(6):1191-7.
- 5- Kwee RM, Kwee TC. Ultrasonography in diagnosing clinically occult groin hernia: systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol*. 2018;28(11):4803-14.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho. Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CORRESPONDÊNCIA:

Anita Tribuzi
anita.tribuzi@hotmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL:

AT: Recolha de dados, pesquisa, redação e revisão.
IT: Pesquisa, redação e revisão.
SC: Redação e revisão.

RECEBIDO: 25 de julho de 2023 | ACEITE: 11 de março de 2024

RECUSA DE TRATAMENTO: CASO CLÍNICO

REFUSAL OF TREATMENT: CASE REPORT

Autores:

Cristiana Reis¹, Ana Catarina Andrade¹, Beatriz Morais Pinto¹

RESUMO

Introdução: A atuação médica visa o melhor para o doente, no entanto, este percurso já não é traçado à margem deste, sendo que a forma de atuar baseada em decisões paternalistas já há muito que tem vindo a ser abandonada. O princípio da autonomia defende que as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas com o seu corpo e vida e, neste sentido, quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo doente. O caso retrata, primeiramente, a recusa de diagnóstico e tratamento, tendo sido a opinião e posicionamento do doente respeitada por todos os profissionais envolventes e, paralelamente a esta recusa, a luta para vencer a doença.

Descrição do caso: Homem, 59 anos, há cinco anos recorreu a consulta com o seu médico assistente onde foi detetado um nódulo suspeito em radiografia do tórax, sugestivo de lesão maligna. Encaminhado para Pneumologia e proposto estudo, que o doente recusou quer a investigação como qualquer tipo de tratamento. Cerca de quatro anos depois, teve indicação de hemicolectomia direita urgente por perfuração intestinal no contexto de adenocarcinoma do cólon transverso. Simultaneamente foi diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão direito. Foi-lhe proposto tratamento com quimioterapia, que aceitou, e está motivado e focado na sua recuperação.

Comentário: Nem sempre o meio de alcançar a cura do doente é coincidente entre ambas as partes. Perante esta situação instala-se a grande dificuldade em gerir o conflito, pois o médico não poderá agir ou contrariar a opinião do doente, mesmo que essa não leve à melhor solução para a saúde do doente. Deverá estar atento e entender as motivações que o levam à recusa do tratamento ou de diagnóstico garantindo que o doente faz uma escolha devidamente informada utilizando as ferramentas necessárias para estabelecer uma boa comunicação entre médico-doente.

Palavras-chave: ética médica; recusa consciente em tratar-se; autonomia pessoal.

ABSTRACT

Introduction: The actions of the medical side aim to achieve the best for the patient, however, this path is no longer traced apart from this, and the way of acting based on paternalistic decisions has long been abandoned. The principle of autonomy defends that people have the right to decide on issues related to their body and life and, in this sense, any medical acts must be authorized by the patient. The clinical case primarily portrays the refusal of diagnosis and treatment, with the patient's opinion and position being respected by all the professionals involved and, in parallel with this refusal, the fight to overcome the disease.

Case description: A 59-year-old man, approximately five years ago, went to see his attending physician where a suspicious nodule was detected on a chest X-ray, highly suggestive of a malignant lesion. He was referred for a Pulmonology consultation and a study was proposed, but the patient refused either the investigation or any type of treatment. After four years, approximately, an urgent right hemicolectomy was recommended due to intestinal perforation in the context of adenocarcinoma of the transverse colon. At the same time, he was diagnosed with adenocarcinoma of the right lung. He was offered chemotherapy treatment, which he accepted, and is motivated and focused on his recovery.

Comment: The means of achieving the patient's cure is not always coincident between both parties and in this situation, it is when great difficulty arises in managing the conflict as the doctor will not be able to act or go against the patient's opinion even if that decision is not lead to the best solution for the patient's health. You must be attentive and understand the motivations that lead you to refuse treatment or diagnosis, ensuring that the patient makes a properly informed choice using the necessary tools to establish good communication between doctor and patient.

Keywords: ethics, medical; conscientious refusal to treat; personal autonomy.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF São Martinho, ULS Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO

A complexidade vigora em todas as áreas da medicina não só pela envolvimento dos diversos conteúdos teóricos e práticos, mas também pela sintonia aplicada a todos os intervenientes que constituem a equipa de saúde de forma a conciliar todos os interesses. Apesar de todas as partes terem como objetivo comum o “melhor” em prol do doente, por vezes este conceito pode ser distintamente interpretado dependendo da pessoa em causa, o que pode resultar em opiniões divergentes.

A Ética médica é inerente e inseparável a qualquer atividade de um médico e este é eticamente obrigado a beneficiar o utente, evitar ou minimizar qualquer tipo de dano e respeitar os valores e preferências do mesmo.¹

A atuação da parte médica visa o melhor para o doente, no entanto, este percurso já não é traçado à margem deste, sendo que a forma de atuar baseada em decisões paternalistas já há muito que tem vindo a ser abandonada. Decisões exclusivamente tomadas pelos médicos sem que os doentes possam opinar têm sido substituídas pelo conceito de autonomia. A opinião do doente foi, ao longo dos vários anos, ganhando força e neste momento conseguimos perceber que ela é o cerne da atividade médica, não podendo o médico agir sem que a opinião do doente seja respeitada mesmo que esta decisão não faça parte do melhor plano para a sua saúde. É precisamente nesta fase que a dificuldade se instala. O que os médicos têm como melhor e mais benéfico para os doentes, pode não ser aceite e esta decisão deverá ser respeitada.^{2,3}

Sabemos que o princípio da autonomia defende que as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas com o seu corpo e vida e, neste sentido, quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo doente.³ A escolha autónoma engloba o poder da pessoa decidir as suas ações e pensamentos segundo o seu próprio desejo, crença e/ou valores. Estas escolhas requerem que os indivíduos com capacidade e decisão intacta para deliberar sobre suas escolhas pessoais, devam ser tratados com respeito.¹ Neste sentido, e para salvaguardar este princípio, temos como ferramenta fulcral o consentimento informado, livre e esclarecido. Este é um dos requisitos prévios para atuação de qualquer procedimento médico e consiste na expressão de vontade que se destina a respeitar o direito do doente a tomar decisão sobre a sua saúde, sendo imprescindível conter a informação adequada para que seja o mais esclarecido

possível. Este pode ser escrito ou oral, que esclareça a vontade do doente, sendo revogável em qualquer altura.^{1,4} Apesar de ser considerado que todo o adulto é capaz de consentir até prova do contrário, quando percebemos que estamos perante iliteracia, analfabetismo ou então manifestações de incompreensão, o caminho a seguir não será ultrapassar ou ignorar este mesmo consentimento, mas sim arranjar instrumentos que auxiliem a melhor explicação, adaptação do discurso e transmissão da informação de forma mais ajustada para garantir o esclarecimento da situação ou procedimento em causa.⁵

O caso clínico retrata primeiramente a recusa de diagnóstico e tratamento tendo sido a opinião e posicionamento do doente respeitada por todos os profissionais envolventes e paralelamente a esta recusa a luta para vencer a doença.

DESCRIÇÃO DO CASO

Sexo masculino, 59 anos, quarto ano de escolaridade, divorciado, uma filha, emigrante (vive sozinho na Holanda), serralheiro de profissão, religião católica. Antecedentes pessoas de tabagismo, 45 unidades maço-ano. Sem medicação crónica. Negava consumo de produtos de ervanária, suplementos, álcool ou drogas.

Há cerca de cinco anos recorreu a consulta com o seu médico assistente por tosse com vários meses de evolução, pelo que foi proposta realização de radiografia do tórax. Esta evidenciou nódulo no terço superior do pulmão direito muito sugestivo de malignidade. Foi encaminhado para consulta de Pneumologia com urgência, proposto estudo, que o doente recusou e, por isso, teve alta desta consulta.

Uma vez que o doente regressou novamente ao trabalho na Holanda, o seu médico assistente tentou inúmeras vezes contactá-lo telefonicamente, na tentativa de perceber o motivo de recusa. Foi explicado pelo seu médico a importância da suspeita diagnóstica, da necessidade de cessar o consumo tabágico, que o doente não valorizou. Mostrou-se sempre indisponível para abordar o tema, deixando posteriormente de atender as chamadas telefónicas. A decisão do doente foi respeitada.

Passados cerca de quatro anos, por episódio de edema do membro inferior esquerdo e ausência de seguro de saúde na Holanda, regressa a Portugal. Recorreu ao serviço de urgência, onde foi diagnosticada trombose venosa profunda. À alta, orientado para estudo endoscópico para exclusão de etiologia neoplásica.

No decorrer da realização da endoscopia digestiva baixa, por suspeita de perfuração de neoplasia do cólon transverso, foi novamente encaminhado para o serviço de urgência. Realizou hemicolectomia direita urgente por perfuração intestinal no contexto de adenocarcinoma do cólon transverso. Simultaneamente, diagnosticado um adenocarcinoma do pulmão direito no decorrer do estadiamento da neoplasia do cólon.

Proposto tratamento com quimioterapia, que aceitou, e está motivado e focado na sua recuperação.

COMENTÁRIO

A ideia de paternalismo clínico que se traduzia na circunstância de as decisões sobre a saúde dos pacientes serem única e exclusivamente tomadas pelos médicos, foi hoje substituída pelo conceito de autonomia do doente, podendo este optar pela solução que, no seu entender, é a mais correta para resolver o seu problema ainda que, na opinião do médico, tal não se afigure da mesma forma.^{1,2}

Temos bem presente que o princípio de autonomia não deve ser ultrapassado e a vontade do doente respeitada, no entanto, perante um doente como o descrito neste caso clínico (que recuse ou não esteja de acordo com qualquer ato de diagnóstico ou tratamento) o que poderá ser feito? Será que não há nada que possamos fazer mesmo que isso seja uma opção “errada” do ponto de vista médico e que o profissional saiba que possa ser prejudicial para a saúde do doente?

Nem sempre o meio de alcançar a cura do doente é coincidente entre ambas as partes, instalando-se uma grande dificuldade em gerir o conflito. O médico não poderá agir ou contrariar a opinião do doente, mesmo que essa decisão não leve à melhor solução para a sua saúde. O confronto do médico com uma decisão por parte do doente que considera desfavorável para a sua saúde, por vezes, gera frustração no profissional por assumir que o seu campo de ação está limitado à decisão do doente.³ Toda a informação que o médico possui e a vasta experiência auxiliam à prestação de informação e esclarecimento de todos os riscos/benefícios na decisão do doente, apoiando-se na empatia e não em sentimentos de revolta ou frustração que podem levar ao desinvestimento, por parte do profissional.⁵

A decisão de recusa de tratamento ou diagnóstico por parte do doente não se prende somente pela inexistência de informação sobre o seu estado de saúde, a sua doença, ou sobre os possíveis tratamentos e riscos associados. Esta decisão vai muito para além do doente ser ou não dotado de literacia médica. Será

tão importante um médico cumprir a obrigação de informar o doente de forma a este tomar uma decisão fundamentada como o profissional perceber ou tentar esmiuçar essa decisão. É neste ponto que toda a experiência e sabedoria serão importantes, mas as ferramentas da comunicação serão o que poderá ser o ponto de viragem. Com frequência, a decisão de recusa é baseada no medo, mal-entendido ou falta de confiança, e este medo pode ser resultado tanto de iliteracia (pois o doente não sabe o que esperar) como, por outro lado, poderá advir da alta literacia (o doente tem a perceção de todo o processo) e isso gerar sentimento de medo. A comunicação e a empatia auxiliam a entender se esta será uma das causas subjacentes de recusa.^{2,3}

É inquestionável a importância da obrigação da informação de forma a ser a base de uma decisão fundamentada, no entanto não será menos importante a abordagem de todos os restantes fatores que devem ser tomadas em linha de conta na hora da decisão final. O médico deve abordar estas questões segundo o modelo biopsicossocial pois só através desta abordagem é que conseguimos garantir que se trata de uma decisão deliberada.¹ Não será menos importante perceber se a tomada de decisão será apoiada em questões religiosas ou então sobre questões culturais comparativamente à investigação de uma possível patologia base como uma depressão, *delirium* ou outro estado clínico que prejudique a capacidade da pessoa tomar decisões sobre cuidados de saúde.²

Com este caso conseguimos perceber que a solução não passa pelo abandono do doente por este não ter, aos nossos olhos, tomado a melhor decisão em prol da sua saúde, mas sim continuar com o seu acompanhamento de forma que sinta que tem o nosso respeito em qualquer situação. O que foi descrito mostra-nos também que o médico, pela posição privilegiada que tem, deve estar atento e entender as motivações que levam um doente à recusa de diagnóstico ou de tratamento. Apesar das inúmeras tentativas de contacto telefónico pelo seu médico assistente, não foi suficiente para explorar as suas motivações e decisões. Consideramos que a ausência presencial do doente poderá ter sido uma barreira à exploração da sua decisão, não garantida uma decisão consciente, informada e esclarecida.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract.* 2021;30(1):17-28. Epub 2020 Jun 4. PMID: 32498071; PMCID: PMC7923912.
- 2- Simões, JAR. (2008). A ética em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 24(1), 45-7.
- 3- Pereira dos Santos, MI. Os princípios éticos da autonomia, beneficência

e justiça nos rastreios. In: Bioética e Políticas Públicas. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV). 2014:47-63.

4- Código Deontológico. Regulamento nº 707/2016, de 21 de julho. Diário da República. 2ª Série(139).

5- Entidade Reguladora da Saúde. Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde. Porto; 2021.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

Não existe qualquer conflito de interesse. Todos os custos foram suportados pelas autoras, pelo que não foi necessário nenhum tipo de financiamento.

CORRESPONDÊNCIA:

Beatriz Morais Pinto
beatrizmorais1b2@hotmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

CR: Elaboração do manuscrito; Organização; Revisão.

ACA: Elaboração do manuscrito; Tabela; Figura.

BMP: Elaboração do manuscrito; Revisão.

RECEBIDO: 18 de dezembro de 2023 | ACEITE: 24 de março de 2024

NOTÍCIAS QUE CUSTAM A ENGOLIR...

NEWS HARD TO SWALLOW...

Autores:

Catarina Alves Fernandes¹, Eduardo Dias Martins²

RESUMO

Introdução: A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) permanece uma problemática relevante no mundo. A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é a consequência final da infecção por VIH, que se caracteriza pela contagem de CD4 inferior a 200 células/uL ou presença de doença definidora de SIDA. A candidíase esofágica é uma das doenças definidoras de SIDA mais comuns em indivíduos infetados por VIH e geralmente manifesta-se com disfagia e odinofagia.

Descrição do caso: Homem de 23 anos recorre por quadro de odinofagia e disfagia com duas semanas de evolução, com agravamento progressivo, associada a anorexia e perda de 15 kg nos últimos dois meses. No exame objetivo apresentava lesão verrucosa no lábio superior, orofaringe ruborizada, sinais de candidose e cheiro fétido, adenopatias nas cadeias cervicais anterior e submandibulares e dor epigástrica. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou extensas placas envolvendo toda a circunferência luminal do esófago sugestivos de candidíase esofágica. Pela suspeita de imunodepressão realizou serologias víricas, apresentando reatividade para anticorpos anti-VIH.

Comentário: A infecção por VIH não tem cura e não há vacinação disponível, permanecendo um obstáculo científico. É fundamental investir na literacia em saúde enquanto prevenção primária, de forma a existirem mais e melhores práticas preventivas, diminuir as comorbilidades relacionadas com a doença e, por sua vez, a morte precoce.

Palavras-chave: VIH; SIDA; candidíase; disfagia; prevenção primária.

ABSTRACT

Introduction: Human immunodeficiency virus (HIV) infection remains an important problem in the world. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is the final consequence of HIV infection, which is characterized by a CD4 count below 200 cells/uL or the presence of an AIDS-defining illness. Esophageal candidiasis is one of the most common AIDS-defining diseases in HIV-infected individuals and usually presents as dysphagia and odynophagia.

Case description: A 23-year-old male presented with odynophagia and dysphagia with two weeks of evolution, with progressive worsening, associated with anorexia and loss of 15 kg in the last two months. On physical examination, he had a verrucous lesion on the upper lip, a reddish oropharynx, signs of candidiasis and a fetid smell, adenopathies in the anterior cervical and submandibular chains, and epigastric pain. He performed upper digestive endoscopy which revealed extensive plaques involving the entire luminal circumference of the esophagus suggestive of esophageal candidiasis. Due to the suspicion of immunosuppression, he performed viral serologies, showing reactivity for anti-HIV antibodies.

Comment: HIV infection has no cure, and no vaccination is available, remaining a scientific barrier. It is crucial to invest in health literacy as primary prevention, to develop more and better preventive practices, reducing comorbidities related to the disease and, therefore, early death.

Keywords: HIV; AIDS; candidiasis; dysphagia; primary prevention.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) permanece uma problemática relevante no mundo. Em 2021, houve 16.624 novos diagnósticos de VIH em 29 países da Europa, com um rácio de 4,3 por cada 100 000 habitantes, sendo que 40% (6648) ocorreram por transmissão sexual entre homens, a forma de transmissão de VIH mais reportada nesta região.¹

A infecção por VIH pode ocorrer através de relações sexuais, exposição a sangue e transmissão vertical.^{2,3} Os principais fatores de risco para a sua transmissão incluem a carga vírica e, por sua vez, o estadió da infecção, comportamentos sexuais de risco, infeções ulcerativas sexualmente transmissíveis e ausência de circuncisão.^{2,4}

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é a consequência final da infecção por VIH.³ Esta caracteriza-se pela contagem de CD4 inferior a 200

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Nova Mateus, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

2. Médico Interno de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Corgo, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

células/uL ou presença de doença definidora de SIDA – infeções oportunistas ou neoplasias.^{2,5} Entre as doenças definidoras de SIDA destacam-se a pneumonia por *Pneumocystis*, o síndrome consumptivo, a candidíase esofágica, a tuberculose pulmonar e extrapulmonar, a infeção por Citomegalovírus, o sarcoma de Kaposi e a encefalopatia por VIH.^{1,5}

Segundo a *World Health Organization* (WHO) podemos estadiar a infeção VIH/SIDA em infeção primária por VIH, estadio I, estadio II, estadio III ou estadio IV. A infeção primária por VIH pode ser silenciosa durante anos ou manifestar-se inicialmente por um quadro agudo com febre, odinofagia, mialgias, diarreia e cefaleia, muitas vezes sugestiva de um quadro infeccioso como a mononucleose infecciosa, que passará despercebida pela sobreposição clínica com vários outros quadros infecciosos. No estadio I, o indivíduo poderá permanecer assintomático ou apresentar-se com linfadenopatia generalizada persistente. No estadio II, ocorre perda de peso moderada (< 10%), infeções respiratórias recorrentes (como sinusites, amigdalites, faringites e otites), ulcerações orais recorrentes, queilite angular, erupções papulares pruriginosas, herpes zóster, infeções fúngicas ungueais, dermatite seborreica. O nível de alerta deve existir principalmente no estadio III – quando surge uma perda de peso inexplicável (superior a 10%), febre persistente, tuberculose pulmonar, candidíase oral persistente, diarreia crónica, infeções bacterianas graves ou alterações analíticas como anemia e/ou leucopenia e/ou trombocitopenia – e no estadio IV, perante a presença das designadas doenças definidoras de SIDA. Nos estadios III e IV deve ser feito o diagnóstico presuntivo de SIDA/infeção por VIH.^{2,3}

A candidíase esofágica é uma das doenças definidoras de SIDA mais comuns em indivíduos infetados por VIH e geralmente manifesta-se com disfagia, odinofagia e dor retroesternal.⁶⁻⁸ As causas mais frequentes de disfagia em infetados com VIH são diferentes daquelas normalmente encontradas na prática clínica e consistem numa variedade de infeções oportunistas causadas por *Candida*, Citomegalovírus ou vírus *Herpes simplex*.⁹

Este caso clínico pretende alertar a comunidade médica sobre os diagnósticos diferenciais a considerar em utentes com queixas de odinofagia e disfagia. Perante a presença de achados clínicos sugestivos de um estado de imunodepressão, a infeção por VIH deve ser considerada e pesquisada.

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente do sexo masculino, com 23 anos de idade,

raça caucasiana, 12º ano de escolaridade, trabalha como lojista. Pertence a família nuclear, na fase VI do ciclo de *Duvall*, altamente funcional de acordo com o APGAR familiar de *Smilkstein*, classe média-baixa de *Graffar*, residente em moradia com condições básicas de saneamento.

Como antecedentes pessoais de relevo há a destacar circuncisão aos 15 anos e amigdalites de repetição que culminaram em amigdalectomia em maio de 2022. Medicado recentemente com pantoprazol 40 mg/dia. Apresenta alergia à associação amoxicilina/ácido clavulânico. No que concerne aos estilos de vida tem uma dieta saudável, do tipo mediterrâneo, consumo esporádico de bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos com consumo de 1,5 unidades maço-ano e prática de exercício físico duas vezes por semana. Nega consumo de drogas ilícitas. Plano nacional de vacinação atualizado.

O utente agendou consulta programada no centro de saúde no dia 07/07/2023. Através do *SClinico*[®] verificou-se que o utente fora múltiplas vezes ao serviço de urgência, a maioria das vezes por episódios de amigdalite aguda mas há também a destacar: a 20/01/2020 recorreu por tosse hemoptoica com dispneia associada, com dois meses de evolução tendo alta medicado com claritromicina e associação de budesonida com formoterol; a 27/01/2020 e 02/02/2020 recorreu novamente por manutenção do quadro clínico, com febrícula e mialgias generalizadas, mas abandonou o serviço de urgência nas duas situações, sem realizar os exames prescritos nesse local. O último recurso do utente ao serviço de urgência foi dois dias antes da consulta programada, por odinofagia, disfagia e pirose, tendo alta com indicação para toma de pantoprazol e consulta com médico assistente para esclarecimento do quadro clínico.

Na consulta programada o utente referiu quadro de odinofagia e disfagia com cerca de duas semanas de evolução, com agravamento progressivo - inicialmente para alimentos sólidos e posteriormente também com a ingestão de líquidos. Adicionalmente apresentava anorexia e perda de 15 kg (16% de perda) nos últimos dois meses. Negou outra sintomatologia do foro digestivo e do foro génito-urinário, bem como febre e sudorese noturna.

Ao exame objetivo, apresentava pele e mucosas coradas, hidratadas e anictéricas. Normotenso, eupneico e normocárdico, com pulsos simétricos, rítmicos e de amplitude normal. Era visível pequena lesão verrucosa no lábio superior. A orofaringe apresentava-se ruborizada, com sinais de candidose e cheiro

fétido. Eram palpáveis adenopatias nas cadeias cervicais anterior e submandibulares, com cerca de 0,5-1 cm, de consistência mole, móveis e indolores à palpação. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdómen mole, depressível e doloroso na palpação epigástrica, sem defesa, sem massas ou organomegalias palpáveis. Membros e extremidades sem alterações.

Consideradas as queixas e alterações no exame físico foi proposta a realização de endoscopia digestiva alta (EDA) ao utente.

Recorreu a consulta programada no dia 12/07/2022 com resultado de EDA com o seguinte relato “Esófago com extensas placas de cor esbranquiçada/amarelada, envolvendo toda a circunferência luminal desde os 23 cm da arcada dentária até ao esófago inferior, difíceis de destacar pela lavagem. Estômago e piloro sem alterações. Conclusão: aspetos endoscópicos sugestivos de candidíase esofágica a caracterizar histologicamente”, como representado na figura 1.

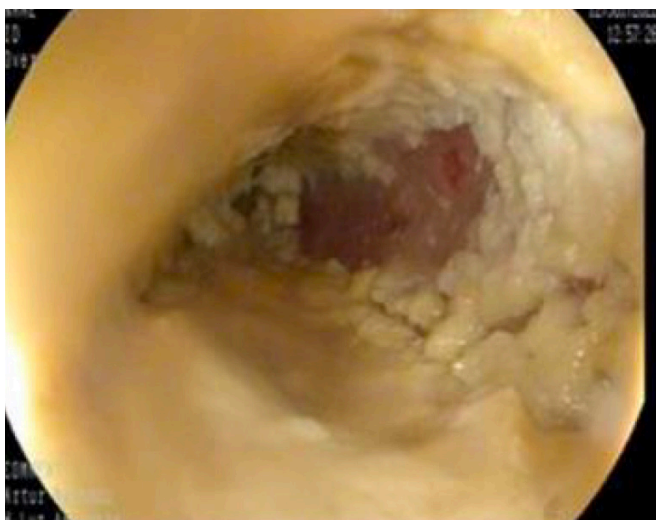


Figura 1. Candidíase esofágica envolvendo todo o lúmen esofágico (A – porção inicial do esófago, B – porção distal do esófago).

Dada a presença de extensa candidíase esofágica e a suspeita de imunodepressão solicitou-se, após obtenção de consentimento verbal esclarecido por parte do utente, estudo analítico com serologias víricas e anticorpos anti-VIH, e indicou-se terapêutica com fluconazol 200 mg durante 14 dias.

A 19/07/2022 recorreu a consulta programada com os resultados das análises pedidas: hemograma e plaquetas sem alterações; leucopenia ($3,40 \times 10^9/L$) linfopenica ($0,43 \times 10^9/L$), proteína C reativa 0,59 mg/dL e velocidade de sedimentação 32 mm/1ª hora; marcadores hepáticos sem alterações; serologias para hepatites víricas negativas; reação VDRL não reativa; anticorpos anti-VIH (VIH 1 + VIH 2) reativo, com contagem de 1389,02 S/CO (resultado confirmado por duplo ensaio).

Assim, colocou-se o diagnóstico de SIDA, no estágio IV, por apresentar candidíase esofágica.

Explicada a situação clínica ao utente este confidencia ter relações sexuais desprotegidas do tipo homossexual, apesar de não ter parceiros sexuais no momento. Após consentimento do utente foi solicitada referenciação com caráter de urgência para consulta de Infeciologia no hospital da área de residência.

COMENTÁRIO

A infeção por VIH tem, ainda hoje, uma enorme expressão mundial. O prognóstico melhorou consideravelmente nas últimas décadas com o investimento na prevenção e com o aparecimento da terapêutica antirretroviral (TAR) e profilática, que permitiu uma diminuição das mortes e morbidade.^{2,5,6,10} No entanto é preciso reforçar que a infeção por VIH não tem cura e não há vacinação disponível, permanecendo um obstáculo científico.^{4,11}

Não há nenhuma abordagem de prevenção que tenha a capacidade de combater a epidemia por si só – é necessário combinar várias intervenções adaptadas às diferentes populações e respetivos ambientes biopsicossociais.¹²

A solução ideal seria o diagnóstico precoce das pessoas infetadas por VIH. A incapacidade de realizar serologias para VIH, de forma regular e seriada, dos indivíduos em maior risco de contrair infeção levanta problemas em relação ao prognóstico da doença, pela inexistência de um diagnóstico de VIH o que leva a um atraso na introdução de terapêutica antirretroviral, mas também se torna uma questão de saúde pública, uma vez que os indivíduos com infeção VIH e não tratados são agentes de transmissão e propagação da infeção.

A prevenção primária pressupõe práticas de prevenção de doença em indivíduos suscetíveis. Assim, em primeiro lugar, é fundamental investir na literacia em saúde enquanto prevenção primária, de forma a existirem mais e melhores práticas preventivas, diminuir as comorbilidades relacionadas com a doença e, por sua vez, a morte precoce. Urge atuar nas mudanças comportamentais, como forma de diminuição da propagação da infeção por VIH, como o uso consistente de preservativo que diminui o risco de transmissão ou aquisição de VIH pelo sexo, optar por relacionamentos monogâmicos, não compartilhar agulhas e/ou seringas.³

Em segundo lugar, deve ser aplicado na prática clínica um rastreio ativo mais frequente com um teste rápido ou estudo analítico com serologias VIH, após obtenção de um consentimento informado, esclarecido e voluntário para a sua realização, principalmente se houver comportamentos de risco como, por exemplo, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo e indivíduos que usam drogas injetáveis.¹³

A nível farmacológico existe a profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição ao VIH (PEP). A PrEP é uma forma de tratamento profilático, que deve ser administrada a pessoas seronegativas para o VIH, antes de um comportamento de risco. A PEP deve ser administrada em indivíduos 24 a 72 horas após exposição ao VIH.^{14,15}

Por último, mas não menos importante, existe a TAR nas situações em que o indivíduo está infetado pelo VIH.¹¹ O tratamento precoce beneficia não só o indivíduo infetado como a sociedade envolvente, uma vez que, com a TAR se suprime a carga vírica e, por sua vez, o risco e probabilidade de transmissão. As armas terapêuticas atualmente disponíveis mudaram o paradigma quanto à sobrevida e à qualidade de vida destes doentes, motivo pelo qual o diagnóstico precoce assume um papel ainda mais determinante.

O médico de família, pela proximidade que tem com os utentes, deve explorar frequentemente os antecedentes pessoais, a medicação em curso e os hábitos de vida, sejam alcoólicos, tabágicos, alimentares ou sexuais, bem como solicitar os exames de rastreio preconizados, de acordo com a melhor evidência científica, e implementar medidas preventivas e promotoras de saúde.

O estigma e a discriminação social continuam a ser barreiras na sociedade e o médico de família deve ter a capacidade de desmistificar tabus e deve empoderar os utentes, consciencializando-os sobre o que é o VIH e a SIDA.

Perante uma clínica arrastada de odinofagia e disfagia com agravamento progressivo, deve excluir-se a presença de uma infeção oportunista, como a candidíase esofágica. Com este caso clínico, os autores pretendem transmitir, como mensagem final, a importância de descartar uma infeção por VIH na presença de uma clínica altamente sugestiva de imunodepressão, como são exemplo as infeções oportunistas e perda de peso inexplicável.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- HIV/AIDS surveillance in Europe 2022. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe [consultado em maio de 2023] Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-joint-report-surveillance-2021-data>
- 2- Wood BR. The natural history and clinical features of HIV infection in adults and adolescents; UpToDate [Internet]. [consultado em fevereiro de 2023] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/the-natural-history-and-clinical-features-of-hiv-infection-in-adults-and-adolescents>
- 3- Scutchfield FD, Benenson AS. AIDS update. Postgrad Med. 1989;85(4):289-301.
- 4- Hahn A, Hinz R, Meyer T, Loderstädt U, Herchenröder O, Meyer CG, et al. HIV prevention strategies and risk of infection: a model-based analysis. Epidemiol Infect. 2018;146(8):1015-25.
- 5- Porter K, Fairley CK, Wall PG, Evans BG, Goldberg DJ, Weerasuriya M, et al. AIDS defining diseases in the UK: the impact of PCP prophylaxis and twelve years of change. Int J STD AIDS. 1996;7(4):252-7.
- 6- Mocroft A, Oancea C, van Lunzen J, Vanhems P, Banhegyi D, Chiesi A, et al. Decline in esophageal candidiasis and use of antimycotics in European patients with HIV. Am J Gastroenterol. 2005;100(7):1446-54.
- 7- Cassone A, Cauda R. Candida and candidiasis in HIV-infected patients: where commensalism, opportunistic behavior and frank pathogenicity lose their borders. AIDS. 2012;26(12):1457-72.
- 8- Vazquez JA. Invasive oesophageal candidiasis: current and developing treatment options. Drugs. 2003;63(10):971-89.
- 9- Connolly GM, Hawkins D, Harcourt-Webster JN, Parsons PA, Husain OA, Gazzard BG. Oesophageal symptoms, their causes, treatment, and prognosis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Gut. 1989;30(8):1033-9.
- 10- Davaro RE, Thirumalai A. Life-threatening complications of HIV infection. J Intensive Care Med. 2007;22(2):73-81.
- 11- De Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. Reflections on 40 Years of AIDS. Emerg Infect Dis. 2021;27(6):1553-60.
- 12- Antela A, Azcoaga A, Sampedro E, Poveda T. Primary prevention. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2018;36(Suppl 1):31-4.
- 13- Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Norma de Orientação Clínica no 058/2011 de 28/12/2011, atualizada a 10/12/2014. Lisboa: Ministério da Saúde; 2014.
- 14- Rietmeijer K. Prevention of sexually transmitted infections; UpToDate [Internet]. [consultado em maio de 2023] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-sexually-transmitted-infections>
- 15- O'Byrne P, Jacob JD. The Evolution of HIV Prevention: From Discipline to Control. ANS Adv Nurs Sci. 2019;42(4):E1-E10.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

Os autores negam quaisquer conflitos de interesse e de financiamento.

CORRESPONDÊNCIA:

Catarina Alexandra Alves Fernandes
catalvesfernandes@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL:

CAAF: Cumpre os quatro critérios de autoria da ICMJE.
EHDM: Cumpre os quatro critérios de autoria da ICMJE.

RECEBIDO: 11 de setembro de 2023 | ACEITE: 8 de abril de 2024

UM DIAGNÓSTICO DE DISFUNÇÃO SEXUAL NUMA CONSULTA DE ROTINA

A DIAGNOSIS OF SEXUAL DYSFUNCTION IN A ROUTINE CONSULTATION

Autores:

Rita Lourenço Vasconcelos¹

RESUMO

Introdução: A sexualidade é um aspecto central do ser humano e a saúde sexual contempla um estado de completo bem-estar físico, emocional e mental. Em contrapartida, uma disfunção sexual pressupõe a existência de sintomas que persistem no tempo, associados a sofrimento pessoal significativo e que não podem ser melhor explicados por outra condição. Estima-se que as disfunções sexuais sejam altamente prevalentes. Deste modo, faz parte do papel do médico de família falar ativamente sobre sexualidade, explorar a existência de disfunção e geri-la quando presente.

Descrição do caso: Mulher, 54 anos. Recorre a consulta programada com o seu médico de família para mostrar resultados de meios complementares de diagnóstico previamente solicitados. Nessa consulta é questionada acerca da sexualidade, em contexto de colheita de dados base. Quando questionada refere problemas sexuais com o companheiro desde há 11 anos, queixas desencadeadas por evento traumático vivenciado pelo casal. Estes problemas nunca foram partilhados com um profissional de saúde. Depois de estabelecido o diagnóstico de uma disfunção sexual, foram agendadas consultas subsequentes com a utente e companheiro, no sentido de explorar os fatores biopsicossociais associados ao surgimento da disfunção, definir objetivos terapêuticos pretendidos, e propor estratégias terapêuticas para os alcançar.

Comentário: A Medicina Geral e Familiar é responsável pela prestação de cuidados abrangentes, continuados, holísticos e centrados na pessoa. Sendo a sexualidade uma dimensão central do ser humano, deve ser abordada como parte integrante da saúde do utente. A normalização da abordagem da sexualidade e o diagnóstico de disfunções sexuais é tão importante quanto a abordagem de outra patologia. É, portanto, função do médico de família abordar a sexualidade – na sua funcionalidade e disfuncionalidade – promovendo uma crescente desinibição em abordar este tema em consulta e contribuindo para a literacia em saúde.

Palavras-chave: sexualidade; disfunção sexual; cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Introduction: Sexuality holds a central role in the human experience. Sexual health encompasses a state of overall physical, emotional, and mental well-being. In contrast, sexual dysfunction presupposes the existence of symptoms that persist over time, are associated with significant personal suffering, and cannot be better explained by another condition. It is estimated that sexual dysfunctions are highly prevalent. Therefore, it is part of the family doctor's role to actively discuss sexuality, explore the existence of dysfunction, and provide appropriate management when necessary.

Case description: Woman, 54 years old. Attends an appointment with her family doctor to discuss the results of tests previously requested. During the consultation, the patient is inquired about her sexuality. When questioned, the patient mentions sexual issues with her partner over the last 11 years, triggered by a traumatic event experienced by the couple. These concerns had never been disclosed to a healthcare professional. Therefore, subsequent appointments were scheduled with the patient and her partner, to explore the biopsychosocial factors associated with the onset of the dysfunction, define the desired therapeutic objectives, and propose therapeutic strategies to achieve them.

Comment: General and Family Medicine is responsible for providing comprehensive, continuous, holistic, and person-centered care. Given that, sexuality is a central dimension of human existence, and it must be integrated into the patient's overall health considerations. Standardizing the approach to sexuality and the diagnosis of sexual dysfunctions is as crucial as addressing any other medical condition. It is therefore, the role of the family doctor, to address sexuality – in its functionality and dysfunctionality – fostering an open and uninhibited dialogue in consultations and enhancing health literacy on this subject.

Keywords: sexuality; sexual dysfunction; primary health care.

1. 1 Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Faria Guimarães, ULS São João

INTRODUÇÃO

A sexualidade é um aspeto central do ser humano e engloba o sexo, a identidade de género, a orientação sexual, o erotismo, a intimidade e a reprodução.¹ A saúde sexual é hoje entendida como um estado de completo bem-estar físico, emocional e mental associado à sexualidade, e não só a ausência de doença ou enfermidade.¹ Assim, torna-se imprescindível a sua avaliação clínica de rotina, em contexto de cuidados de saúde primários, a fim de diagnosticar e gerir disfunções sexuais, que se estimam ser altamente prevalentes na população.²

Uma disfunção sexual pressupõe a persistência de sintomas por um mínimo de seis meses, que se associam a um sofrimento pessoal clinicamente significativo e que não podem ser melhor explicados por outra condição médica, psicológica, iatrogénica ou conflito relacional subjacente.³ Podem ser classificadas em disfunções sexuais masculinas e femininas, sendo que dentro deste último grupo se incluem as perturbações do desejo e excitação sexual, perturbações do orgasmo, e perturbações da dor génito-pélvica/penetração.³ Não raramente estas disfunções sobrepõem-se num mesmo indivíduo.

Assim, segundo o pressuposto da abordagem holística que caracteriza a Medicina Geral e Familiar, faz parte do papel do médico de família questionar ativamente o utente acerca da sua sexualidade, da existência de disfunção, e da sua gestão quando presente.

DESCRIÇÃO DO CASO

Género feminino, 54 anos, portuguesa. Auxiliar de ação educativa num infantário, nono ano de escolaridade. Casada. Dois filhos: 25 anos, género feminino e 14 anos, género masculino. Vive com o marido e filho. Família nuclear no estadio VI do ciclo de vida familiar de *Duvall*.

Recorre a consulta programada na sua unidade de saúde familiar, com o objetivo de mostrar resultados do estudo analítico requisitado na consulta prévia. Por se tratar de uma consulta sem agenda explícita por parte da utente, foram colhidos os dados base.

Apresentava, como antecedentes médico-cirúrgicos, mioma uterino subseroso e histerectomia total laparoscópica com salpingectomia bilateral e ooforectomia unilateral. Relativamente a antecedentes ginecológicos-obstétricos, menarca aos 12 anos, ciclos menstruais regulares com dismenorria ligeira. Coitarca aos 19 anos, sem história de infeções sexualmente transmissíveis. Método contraceutivo barreira,

com preservativo masculino. Três gestações, dois partos eutócicos de termo, um aborto. Menopausa aos 50 anos. Sem medicação habitual de relevo ou alergias medicamentosas. Sem hábitos tabágicos, alcoólicos e toxicófilos. Sedentária. Rastreios oncológicos atualizados e sem alterações.

Quando questionada acerca da sua sexualidade, nomeadamente satisfação, queixas ou dúvidas, a utente revelou que a atividade sexual com o marido era esporádica e pouco satisfatória para ambos, desde há 11 anos, após episódio de abuso sexual da filha do casal. Negou ter abordado este tema com um profissional de saúde previamente. Por vontade expressa da utente, foi agendada consulta subsequente seis meses depois para abordar exclusivamente a temática da sexualidade.

Nessa consulta foi utilizado o modelo *PLISSIT*.⁴ É um acrónimo que representa diferentes níveis de intervenção: *Permission, Limited Information, Specific Suggestions and Intensive Therapy*. Este modelo permite estruturar a abordagem à sexualidade de uma forma sequencial, fornecendo diferentes níveis de intervenção de acordo com a complexidade do problema e com as particularidades específicas de cada doente.

P – Permissão (Permission): este nível visa estabelecer um ambiente no qual o doente se pode sentir seguro para discutir questões relacionadas com a sexualidade. Tem como objetivo a normalização de sentimentos e experiências, bem como validação das preocupações apresentadas pelo doente. Permite compreender a disfunção sexual e os fatores acompanhantes da mesma.

Neste caso clínico, após ser assegurada a confidencialidade, foi pedido à utente para partilhar a sua história. As queixas tiveram início há 11 anos, após episódio de abuso sexual da filha do casal. A utente tinha 43 anos e até então uma sexualidade satisfatória, com relações sexuais regulares com o companheiro, com atingimento de orgasmo na maioria das vezes, sem outras queixas. A partir do episódio traumático vivido, desenvolveu sentimentos de repulsa e culpa em relação à atividade sexual. Durante os dois anos seguintes deixou de ser ativa sexualmente. Passados dois anos, e por vontade explícita do companheiro e da própria, o casal retomou atividade sexual. Coincidentemente, nessa altura, a utente iniciou queixas de dispareunia, com dor na penetração vaginal profunda, que se prolongava para o dia seguinte sob a forma de dor pélvica. Referiu ainda que a relação sexual já não resultava no prazer e excitação como anteriormente. O casal foi mantendo relações sexuais

esporádicas. Passados quatro anos a utente foi submetida a histerectomia pela presença de um mioma uterino. Posteriormente à cirurgia deixou de apresentar queixas de dor durante e após a relação sexual, mas mantinha alterações do interesse e excitação sexual. Esta situação manteve-se e foi aceite pelo casal como normal. O casal foi mantendo relações sexuais esporádicas, uma vez a cada três-quatro meses, sempre por iniciativa do parceiro. A utente negou outro tipo de atividade sexual, nomeadamente masturbação.

De seguida foi explorado o contexto envolvente. A utente referiu manter uma relação saudável com o marido, sem conhecimento ou suspeita de relações extraconjugais. Apesar de já terem abordado o problema no passado, atualmente não o faziam, tendo, no entanto, consciência de que o companheiro gostaria de ter relações sexuais mais regulares. Negou abuso de substâncias e corroborou a inexistência de medicação habitual. As relações sexuais seriam maioritariamente rotineiras, com poucos preliminares, pouca rotatividade de posições e um orgasmo atingido por ambos, geralmente em tempos diferentes. Durante o orgasmo sentia prazer, mas se o companheiro não tivesse iniciativa, a utente não tinha vontade de iniciar relações sexuais. Negou dor ou desconforto, mas referiu noção de pouca lubrificação. Negou ainda disfunções do parceiro, nomeadamente disfunção erétil, ejaculação prematura ou retardada.

LI – Informação Limitada (*Limited Information*): nesta fase são fornecidas informações básicas sobre anatomia, fisiologia e aspetos relacionados com a sexualidade, com o intuito de educar o doente sobre a sexualidade humana. Contribui para literacia em saúde sexual, e permite a tomada de decisão informada.

Após uma exploração inicial do problema, foi abordada com a utente a componente teórica da sexualidade, que depois foi transposta para a sua situação. Foi identificada a presença de uma perturbação do interesse e excitação sexual, tendo no passado estado presente uma perturbação de dor génito-pélvica/penetração, agora resolvida. Tratava-se de uma disfunção secundária/adquirida, generalizada e moderada.

Depois de discutida a disfunção, foram explorados os fatores biopsicossociais que podem impactar a resposta sexual. Nesse sentido, de modo a facilitar o entendimento dos fatores que teriam promovido o aparecimento e manutenção da disfunção sexual, foi preenchido em conjunto com a utente, o seguinte quadro (Quadro I).

Quadro I. Fatores biopsicossociais identificados como predisponentes, precipitantes e de manutenção da disfunção sexual.

	Biológicos	Psicológicos	Relacionais/culturais
Predisponentes	Envelhecimento biológico Atrofia urogenital	Ansiedade	Parca comunicação do casal Rotina Sexual
Precipitantes	-	Abuso sexual da filha	-
Manutenção	Menopausa	Sentimento de culpa	Divergências de desejo

Foram abordados em consulta os modelos de resposta sexual, e a diferença entre desejo sexual responsivo e espontâneo, tranquilizando a utente pela ausência de desejo sexual espontâneo, já que é uma variante do normal. Foram discutidas expectativas relativamente à sexualidade do casal, esclarecidas dúvidas relativamente ao diagnóstico e à gestão do mesmo e abordou-se a importância da comunicação do casal, expressão de desejos individuais e da importância de manter intimidade fora da relação sexual. O exame objetivo realizado, com especial atenção ao exame ginecológico, revelou a presença de ligeira atrofia vulvar e vaginal. Não foram registadas outras alterações de relevo.

SS – Sugestões Específicas (*Specific Suggestions*): neste nível são propostas estratégias e técnicas específicas com o objetivo de desconstruir a disfunção sexual, nomeadamente através de técnicas de comunicação, exercícios de intimidade ou relaxamento e orientações sobre mudanças comportamentais.

Estabelecido o diagnóstico que melhor explicava o quadro clínico – “perturbação do interesse e da excitação sexual”, e explorados os fatores biopsicossociais que promoveram o seu aparecimento, evolução e manutenção, estabeleceu-se um plano de intervenção e acompanhamento. Por se tratar de uma mulher sem patologia orgânica ou comorbilidades conhecidas não foram pedidos exames complementares de diagnóstico.

Como objetivos terapêuticos iniciais definiu-se a melhoria da comunicação do casal, ajuste de expectativas, respeito pelo desejo responsivo e estimulação do mesmo, com desfoque na relação sexual e enfoque na intimidade e relação não penetrativa. Optou-se ainda pela exploração dos fatores psicológicos que levaram ao aparecimento da disfunção sexual, nomeadamente a história de abuso sexual da filha e a culpabilidade transposta para a própria sexualidade, e pela melhoria dos fatores biológicos com impacto negativo na experiência sexual.

As estratégias foram definidas de acordo com os fatores causais da desregulação na relação. Relativamente aos fatores relacionais/culturais, foi incitado o treino de comunicação no casal – inicialmente em contextos da vida diária, e posteriormente no treino da assertividade sexual, com partilha de desejos, gostos e preferências. Foi valorizada a importância do desejo responsivo e a relevância da estimulação do mesmo, bem como explorada e normalizada a flutuação inerente ao desejo sexual. Abordou-se a rotina sexual do casal e a exploração de opções alternativas como o uso de brinquedos sexuais, a masturbação observada, a exploração de novas zonas erógenas e a importância da existência de situações não exigentes – momentos de excitação dissociados do coito. Explicou-se a importância de manutenção de intimidade do casal ao longo do dia, sendo este um trabalho contínuo, e não apenas nos momentos que precedem a relação sexual. Quanto às divergências de desejo foi proposta comunicação no sentido de o casal atingir um objetivo comum, ainda que o mesmo implicasse a planificação de momentos de intimidade. Quanto aos fatores psicológicos, foi abordada a importância de explorar o episódio de abuso sexual da filha do casal, a fim de perceber o seu real impacto nos diversos campos da vida da utente. Nesse sentido, foi proposto o acompanhamento por Psicologia. Ao nível dos fatores biológicos, nomeadamente atrofia urogenital, propôs-se a utilização de estriol vaginal, hidratante e lubrificante vaginal nas relações sexuais.

Depois de esclarecidas as questões e resumido o plano, foi agendada uma nova consulta de seguimento dentro de três meses e foi pedido à utente que viesse acompanhada pelo marido, caso fosse essa a vontade de ambos.

Por último, o modelo *PLISSIT* integra ainda o nível **IT – Terapia Intensiva (*Intensive Therapy*)**, reservado a disfunções sexuais complexas, e que beneficiam de intervenção especializada, nomeadamente com terapia de casal, terapia cognitivo-comportamental ou tratamento médico específico.

Três meses depois, a utente voltou à consulta, acompanhada pelo marido. Nesta consulta a utente referiu estar francamente mais satisfeita com a sua sexualidade, bem como com a relação em casal, opinião partilhada pelo marido. Desde a última consulta conseguiram seguir algumas das estratégias propostas. A utente passou a aplicar estriol vaginal duas vezes por semana, e hidratante vaginal nos restantes dias. A par dessas medidas passaram a utilizar lubrificante nas relações sexuais que traduziu num maior

conforto diário e melhorou significativamente o prazer na relação sexual penetrativa. A nível de comunicação, o casal começou a criar momentos a dois, e passaram a cumprimentar-se e a despedir-se todos os dias com um beijo, algo que não acontecia antes. Com estas mudanças simples passaram a ter uma sensação de proximidade, com momentos de afeição e intimidade, que por sua vez conduziram a uma maior predisposição da utente para momentos de atividade sexual. Para além de estar mais recetiva a momentos de desejo responsivo, a utente referiu ainda alguns episódios de desejo sexual espontâneo, apesar destes terem sido mais esporádicos. Estas alterações levaram a um aumento da frequência e qualidade das interações sexuais do casal, aproximando-se assim de uma periodicidade que satisfazia ambos. A par das mudanças já referidas, a utente iniciou psicoterapia, com resultados muito positivos.

Dados os bons resultados obtidos e a boa relação médico-doente estabelecida foram revistas algumas sugestões propostas na consulta prévia, agora na presença do casal, e foram definidas estratégias adicionais a explorar. O acompanhamento do casal mantém-se atualmente.

COMENTÁRIO

A Medicina Geral e Familiar é a especialidade responsável pela prestação de cuidados abrangentes, continuados, holísticos e centrados na pessoa, promovendo a saúde e prevenindo a doença.⁵ Os médicos de família têm o privilégio de acompanhar os seus utentes nas diversas fases da sua vida, tendo a responsabilidade de entender e interpretar o indivíduo em todas as suas dimensões: física, psicológica, social, cultural e existencial.

A sexualidade é um aspeto central do ser humano.¹ Na pirâmide de *Maslow* está contemplada a par das necessidades básicas, como a ingestão alimentar, sono e respiração. É multidimensional e permeável ao contexto social, cultural, histórico, estando em constante metamorfose. Desta forma, a sexualidade deve ser abordada na consulta de Medicina Geral e Familiar, como parte integrante da saúde do utente. No entanto, tal não acontece por rotina.^{6,7} Na verdade, uma pequena parte dos médicos incluem a sexualidade como um ponto a abordar numa história clínica. Tal parece ser explicado por vários fatores, como limitação de tempo de consulta, crença de que o tema não será relevante para o utente, ausência de preparação para abordar a sexualidade em todas as suas dimensões e priorização de outros temas a abordar em consulta.^{6,7}

Este é um paradigma que precisa de mudar.

É função do médico de família ser capaz de abordar a sexualidade – na sua funcionalidade e disfuncionalidade. Torna-se assim importante que a sexualidade seja normalizada e abordada por rotina na consulta de Medicina Geral e Familiar, de uma forma proativa e livre de preconceitos, contribuindo para a literacia dos utentes e promovendo uma crescente desinibição em abordar estes temas com um clínico.

Nesse sentido, o médico deve conhecer os mecanismos inerentes à função sexual, ser capaz de identificar disfunções sexuais, geri-las e reconhecer as situações que merecem avaliação e acompanhamento especializado, evitando assim a normalização de disfunções que por vezes passam despercebidas durante anos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- World Health Organization: Sexual health [consultado em maio de 2023] Disponível em: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/.
- 2- Pablo C, Soares C. As disfunções sexuais femininas. Rev Port Clin Geral 2004; 20:357-70.
- 3- Kupfer D, Regier D. DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-V. 5ª edição. Portugal: Climepsi Editores; 2014.
- 4- Jack S. Annon. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems, Journal of Sex Education and Therapy 1976; 2:1, 1-15.
- 5- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar) Versão Reduzida. EURACT, 2005. Rev Port Clin Geral 2005; 21:511-6.
- 6- Kingsberg S. Just ask! Talking to patients about sexual function. Sexuality Reprod Menopause 2004; 2 (4): 199-203.
- 7- Kingsberg SA. Identifying HSDD in the family medicine setting. J Fam Pract 2009; 58 (7 Suppl Hypoactive): 522-5.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

A autora declara não apresentar conflitos de interesse, não pertencer a qualquer associação, nem ter recebido qualquer tipo de financiamento na elaboração do artigo.

CORRESPONDÊNCIA:

Rita Maria Lourenço Vasconcelos
rvasconcelos@arsnorte.min-saude.pt

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL:

RLV: Idealização; Revisão bibliográfica; Redação do texto; Revisão e aprovação do texto final. Autora única.

RECEBIDO: 22 de janeiro de 2024 | ACEITE: 24 de maio de 2024

GESTÃO DE SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTES NOS CUIDADOS PALIATIVOS: CONHECIMENTO MÉDICO NUM ACES

MANAGING THE MOST FREQUENT SIGNS AND SYMPTOMS IN PALLIATIVE CARE: MEDICAL KNOWLEDGE IN A CHCs

Autores:

Jessica Tavares¹, Nilza Tavares², Sofia Pinto da Costa³, Marina Eichmann⁴, Diana P. Coelho⁵

RESUMO

Introdução: A Medicina Geral e Familiar presta cuidados abrangentes e longitudinais. Tem-se assistido a um aumento do número de casos com necessidades paliativas. Pretendeu-se, com este estudo, avaliar o conhecimento dos médicos em ações paliativas, num Agrupamento de Centros de Saúde.

Material e Métodos: Aplicação de questionário digital não validado, com questões elaboradas pelas investigadoras, disponibilizado via correio eletrónico, com consentimento informado incluído, após aprovação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e aplicação de pré-teste. Efetuada análise descritiva dos dados.

Resultados: Participaram 37 médicos: 11 internos (30%) e 26 assistentes de Medicina Geral e Familiar (70%). A maioria do sexo feminino (58%, $n = 21$) e na faixa etária dos 25-44 anos (67%, $n = 24$). Aproximadamente metade (49%, $n = 18$) tinha formação; aqueles sem formação (51%, $n = 19$), apontam a pouca oferta formativa/sem conhecimento de formações (37%, $n = 7$) e a falta de tempo (37%, $n = 7$), como motivos responsáveis. Em relação ao conhecimento, houve mais respostas corretas no capítulo fim de vida (93%), seguido da dor (84%), sintomas neuropsíquicos (82%), sintomas respiratórios (75%), pele e mucosas (74%) e, por último, sintomas gastrointestinais (66%). Os inquiridos mostraram maior confiança na gestão da dor (59,46%, $n = 22$, confiante ou totalmente confiante). Nos restantes capítulos, a maioria manteve-se "neutro" ou "confiante", à exceção do fim de vida, onde 32% ($n = 12$) revelou ausência/pouca confiança.

Discussão/Conclusão: Foram identificadas várias necessidades formativas. É fundamental enriquecer o plano formativo nesta área, quer nos profissionais em formação pré-graduada, através de formação básica em CP, quer nos profissionais em formação pós-graduada que trabalham em áreas com prevalência elevada de doentes com doença incurável e progressiva, através de formação intermédia ou avançada, para facultar o conhecimento e competências necessários para uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

Palavras-chave: cuidados paliativos; cuidados de saúde primários; conhecimento; sinais e sintomas; prestação de cuidados de saúde.

ABSTRACT

Introduction: General Practice provides comprehensive and longitudinal care. There has been an increase in the number of cases with palliative needs. The aim of this study was to evaluate the knowledge of doctors in palliative actions, in a Community Health Centers (CHCs).

Material and Methods: Application of a non-validated digital questionnaire, with questions prepared by the researchers, made available via email, with informed consent included, after approval by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Porto (FMUP) and application of a pre-test. Descriptive analysis of the data was carried out.

Results: Thirty seven physicians participated: 11 internists (30%) and 26 General and Family Medicine assistants (70%). Most were female (58%, $n = 21$) and in the 25-44 age range (67%, $n = 24$). Approximately half (49%, $n = 18$) were trained; those without training (51%, $n = 19$), point to low training offer/no knowledge of trainings (37%, $n = 7$) and lack of time (37%, $n = 7$), as responsible reasons. Regarding knowledge, there were more correct answers in the end-of-life chapter (93%), followed by pain (84%), neuropsychiatric symptoms (82%), respiratory symptoms (75%), skin and mucous membranes (74%), and lastly gastrointestinal symptoms (66%). Respondents showed greater confidence in pain management (59.46%, $n = 22$, confident or totally confident). In the remaining chapters, most remained "neutral" or "confident," with the exception of end of life, where 32% ($n = 12$) showed no/low confidence.

Discussion/Conclusion: Several formative needs were identified. It is essential to enrich the training plan in this area, whether for professionals in pre-graduate training, through basic training in PC, or for professionals in post-graduate training who work in areas with a high prevalence of patients with incurable and progressive diseases, through intermediate or advanced training, to provide the knowledge and skills necessary to provide safe and quality care.

Keywords: palliative care; primary health care; knowledge; signs and symptoms; healthcare systems.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Entre Margens, ULS Entre Douro e Vouga
2. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Salvador Machado, ULS Entre Douro e Vouga
3. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF São João, ULS Entre Douro e Vouga
4. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Nordeste, ULS Entre Douro e Vouga
5. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Vale do Vouga, ULS Entre Douro e Vouga

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, os Cuidados Paliativos (CPs) compreendem “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, perante uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento dos problemas não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais”. Não se trata apenas de cuidados em fim de vida, mas sim de cuidados de saúde holísticos e proativos, focados no bem-estar, e que se aplicam precocemente no curso das doenças crónicas, complexas ou limitantes da vida, em conjugação com terapias modificadoras da doença ou potencialmente curativas (como a quimioterapia e a radioterapia), aos recém-nascidos, crianças, jovens e adultos com problemas de saúde graves, congénitos ou adquiridos.¹⁻³

Os CPs são prestados por equipas multidisciplinares, pela complementaridade entre diferentes grupos profissionais, e interdisciplinares, pela partilha de objetivos e modos de atuar comuns. Devem ser parte integrante da formação de estudantes de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, assim como de todos os profissionais de saúde.⁴ Vários estudos comprovam o impacto positivo dos CPs na qualidade de vida percebida pelo doente e família contribuindo para a diminuição de sintomas físicos e psicossociais. Além disso, a intervenção de uma equipa de cuidados paliativos está comprovadamente relacionada com a diminuição do número de admissões hospitalares, o aumento do número de mortes em local desejado e a redução significativa dos custos em saúde.^{5,6} Sendo um componente do direito à saúde, o seu acesso deve ser garantido a todos, de forma equitativa.

Em 2012 foi aprovada, em Portugal, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 05 setembro) e, a partir daqui, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Consiste numa rede funcional que se baseia num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes unidades e equipas para a prestação de CPs, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários, de acordo com a complexidade da doença e da pessoa-doente.¹

Os índices de envelhecimento e longevidade têm vindo a aumentar de forma significativa em Portugal, pelo que a necessidade dos CPs é uma questão de saúde pública.⁸ De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o índice de envelhecimento passou de 27,6% em 1962 para 183,5% em

2022 e o índice de longevidade aumentou de 33,6% em 1962 para 48,7% em 2022, estimando-se que, em média, 89 236 pessoas tenham necessidade de CPs (7.268 crianças, até aos 17 anos).³ De referir que, em Portugal, os CPs não são considerados como especialidade, mas constituem uma competência reconhecida pela Ordem dos Médicos desde 2013.⁷ A OMS defende que o envolvimento dos cuidados de saúde primários (CSP) é uma das estratégias prioritárias de qualquer governo.⁹ De facto, para a maioria dos europeus com doença avançada, o domicílio é o lugar preferencial de morte, contudo nos portugueses esta preferência assume uma percentagem mais reduzida (51%), o que pode ser explicado por preocupações com a disponibilidade limitada de cuidados domiciliários e de recursos da comunidade.¹⁰ O médico de família (MF), que presta cuidados longitudinais e holísticos, com uma relação médico-doente privilegiada, encontra-se numa posição favorável para a prestação de CPs.^{5,9} Torna-se, portanto, urgente a formação destes profissionais, a disponibilização de recursos e a melhoria de articulação com os serviços/centros especializados.¹¹ Relativamente à formação em CP, todos os profissionais de saúde devem terminar o curso com uma formação pré-graduada básica em CP, que permita identificar e tratar precocemente doentes com necessidades de foro paliativo e encaminhar os casos complexos para CP especializados (nível 1). Os profissionais dos cuidados de saúde primários, onde a prevalência de doença incurável e progressiva é alta, devem dispor de conhecimentos e competências de nível intermédio (nível 2) através de formação diferenciada como ações de formação pós-graduada ou de desenvolvimento profissional contínuo.³

O objetivo principal desta investigação é identificar as necessidades formativas, ao nível de controlo de sinais e sintomas no doente em CPs, dos médicos (internos e especialistas) de Medicina Geral Familiar (MGF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Entre Douro e Vouga II (EDV II).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e quantitativo, realizado entre fevereiro e abril de 2023, no ACeS EDV II, através de um questionário digital (elaborado pelas investigadoras na plataforma Google Formulários® e submetido a pré-teste) enviado por correio eletrónico, em forma de convite, a todos os médicos, internos e especialistas, de MGF do ACeS EDV II.

Foi aplicado um questionário não validado, mas sujeito a pré-teste, numa amostra aleatorizada de

cinco médicos especialistas (um de cada uma das cinco unidades de saúde familiares das investigadoras). Com a aplicação do pré-teste pretendeu-se avaliar, testar e definir a praticidade do instrumento de avaliação desenvolvido pelas investigadoras, assim como testar a clareza e o entendimento do mesmo, de modo a realizar as correções necessárias.

Solicitou-se a colaboração do ACeS para o envio do *link* do questionário *online* para o endereço eletrónico dos médicos do ACeS. Tendo sido excluídos os cinco médicos especialistas sujeitos ao pré-teste.

A amostra é de conveniência, constituída pelos 37 médicos que aceitaram participar no presente estudo, através consentimento informado, e que responderam ao questionário online, de forma anónima e autónoma.

Os dados obtidos foram registados e armazenados em folha de cálculo Google Sheets®, de acesso exclusivo às investigadoras. Realizou-se a análise descritiva das variáveis através do programa *Microsoft Office Excel*® (versão 2310 Build 16. 0. 16924. 20054). Após o preenchimento dos questionários foram eliminadas duas questões, uma referente aos sintomas gastrointestinais e outra aos sintomas neuropsíquicos por incorreta formulação das mesmas.

A investigação foi conduzida de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, com vista à preservação da confidencialidade e proteção da integridade individual dos participantes, e considerando os princípios éticos de fiabilidade, honestidade, respeito e responsabilidade preconizados pelo Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação. O estudo teve parecer favorável do Diretor Clínico do ACeS EDV II e da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

RESULTADOS

Foram preenchidos 37 questionários num universo total possível de 84, incluindo médicos especialistas e médicos internos de MGF.

Caracterização sociodemográfica

A maioria dos participantes era do género feminino, 56,76% ($n = 21$), sendo que quase metade, 45,95% ($n = 17$), se encontrava na faixa etária entre os 25-34 anos, representado na figura 1.

A grande parte exercia a sua atividade em unidade de saúde familiar modelo B, 78,38% ($n = 29$), apresentava o grau de especialista em MGF, 70,27% ($n = 26$) e tinha mais de cinco anos de experiência profissional, tal como descrito na figura 2.

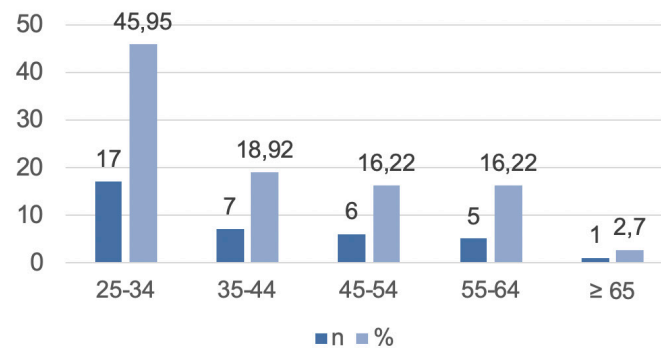


Figura 1. Caracterização sociodemográfica por faixas etárias (n : número de participantes; %: percentagem de participantes).

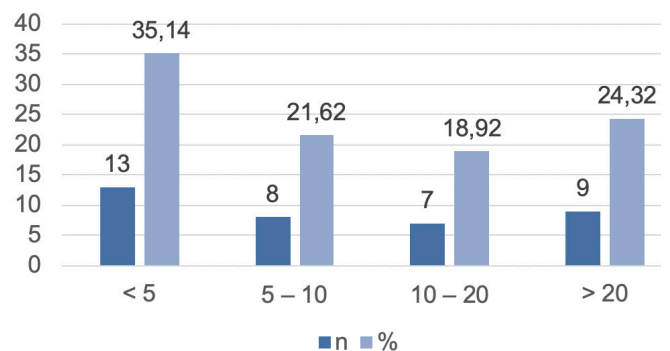


Figura 2. Caracterização sociodemográfica por anos de experiência profissional (n : número de participantes; %: percentagem de participantes).

Quando questionados sobre o interesse pela área dos CPs, a maioria respondeu ter interesse, 81,08% ($n = 30$); 10,81% ($n = 4$) respondeu não ter interesse e 8,11% ($n = 3$) não responderam.

Da amostra, a maioria não tinha formação na área dos CPs, 51,35% ($n = 19$), alegando como principais razões a pouca oferta formativa/sem conhecimento de formações na área e a falta de tempo, 36,84% ($n = 7$), respetivamente. Daqueles com formação, 44,44% tinham uma formação básica (18-45 horas), 22,22% ($n = 4$) formação intermédia (90-180 horas), 22,22% ($n = 4$) formação avançada (mais de 200 horas; mestrado, doutoramento) e dois inquiridos responderam ter tido apenas participado em formações muito curtas em congressos médicos e formações internas na unidade de saúde familiar (Quadro I).

Relativamente à experiência profissional na área dos CPs, 29,73% ($n = 11$) tinham experiência e 70,27% ($n = 26$) não tinham. Daqueles com experiência profissional, a maioria era em ações paliativas (81,82%; $n = 9$), um em equipa intra-hospitalar de suporte e um na gestão de doentes paliativos. Quando questionados sobre a duração da experiência profissional na área, a maioria respondeu menos de cinco anos, 63,64% ($n = 7$), três com experiência de 5-10 anos, um com experiência superior a 10 anos e nenhum com experiência superior a 20 anos.

Quadro I. Caracterização sociodemográfica relativamente há existência ou não de formação com discriminação de cada uma das situações em particular.

Formação na área dos Cuidados Paliativos					
Sim			Não		
48,65% (n = 18)			51,35% (n = 19)		
Tipo de formação	n	%	Qual a razão?	n	%
Básica (18 - 45 horas)	8	44,44	Pouca oferta formativa/sem conhecimento de formações na área	7	36,84
Intermédia (90 - 180 horas)	4	22,22	Falta de tempo	7	36,84
Avançada (mais de 200 horas; mestrado, doutoramento)	4	22,22	Sem interesse pela área	3	15,79
Outra (formações curtas em congressos médicos e na USF)	2	1,11	Dificuldade conciliação da formação com manutenção das obrigações laborais	1	5,26
			Sem resposta	1	5,26

Legenda: USF - unidade de saúde familiar.

Gestão de sinais e sintomas

As questões relacionadas com o sintoma “dor” foram no total sete. Em todas elas existiram mais de 80% de respostas corretas, com exceção da questão sobre a rotação de opioides, em que apenas 62,16% (n = 23) das respostas foram corretas (Quadro II).

Sobre os “sintomas respiratórios” totalizaram-se sete questões. Destas, apenas duas tiveram uma percentagem de respostas corretas superior a 80%, as restantes variaram entre 50% e 78%, sendo que estas incidiam no controlo da dispneia com opioides, das secreções, da tosse ineficaz e da tosse seca (Quadro II).

O conhecimento na gestão de “sintomas gastrointestinais” revelou-se inferior à gestão da dor e dos

sintomas respiratórios, com apenas uma questão com mais de 80% de respostas corretas (Quadro III).

Dos “sintomas neuropsíquicos”, duas questões obtiveram percentagem de respostas corretas superior a 80%, sendo que estas incidiram sobre perturbação depressiva e do sono, respetivamente (Quadro III).

No controlo dos sinais e sintomas relativos ao domínio “pele e mucosas”, das cinco questões, duas obtiveram menos de 80% das respostas corretas, estas incidiam no controlo de úlceras e feridas (Quadro IV).

A gestão de sinais e sintomas no “fim de vida” foi a que obteve percentagem de respostas corretas superior a 80% em todas as questões (Quadro IV).

Quadro II. Questões relativas ao domínio “dor” e “sintomas respiratórios” com respetivas respostas.

Questões sobre o domínio “dor”	V (n)	F (n)	Sem resposta (n)	Respostas certas (%)
a. A dor é controlável com medicação adequada em 80% a 90% dos casos.	30	6	1	81,08
b. Não existe “dose teto” na utilização da morfina, sendo o limite o controlo sintomático ou o surgimento de efeitos laterais intoleráveis.	32	5		86,49
c. Os comprimidos de libertação prolongada, como o tapentadol ou morfina, quando usados para a dor basal, podem ser divididos.	5	32		86,49
d. O fentanil e a buprenorfina têm metabolização hepática e podem ser utilizados na insuficiência renal em alternativa à morfina.	31	5	1	83,78
e. A dose de resgate de opioide de libertação imediata corresponde a 1/6 a 1/10 da dose total de opioide basal nas 24 horas.	33	4		89,19
f. Para a rotação de opioides deve calcular-se a dose total do opioide utilizado, sem incluir a dose de resgate.	14	23		62,16
g. Os antidepressivos tricíclicos, os anticonvulsivantes e os corticoides, têm propriedades analgésicas e podem ser utilizados como adjuvantes no tratamento da dor.	36	1		97,30

Questões sobre o domínio “sintomas respiratórios”	V (n)	F (n)	Sem resposta (n)	Respostas certas (%)
a. O “nível” de dispneia não se correlaciona diretamente com a saturação periférica de oxigénio.	35	2		94,59
b. A dispneia é um sintoma de difícil controlo cuja terapêutica passa sempre por medidas farmacológicas.	8	29		78,38
c. Com o uso de opióides está demonstrada uma diminuição significativa na frequência respiratória com a melhoria da dispneia.	35	2		94,59
d. A utilização de opióides está indicada no alívio da dispneia por DPOC, insuficiência cardíaca e doenças neuromusculares, como Esclerose Lateral Amiotrófica.	27	10		72,97
e. Fármacos antimuscarínicos aumentam a produção de secreções.	8	27	2	72,97
f. Se tosse ineficaz a aspiração de secreções deve ser quase sempre utilizada.	18	18	1	48,65
g. Nestes doentes, os supressores de ação central, opióides e não opióides (gabapentina, pregabalina e diazepam) são opções terapêuticas na tosse seca.	22	14	1	59,46

Legenda: V – verdadeiro; F – falso; n – número de respostas; DPOC – doença pulmonar obstrutiva crónica.

Quadro III. Questões relativas ao domínio “sintomas gastrointestinais” e “sintomas neuropsíquicos” com respetivas respostas.

Questões sobre o domínio “sintomas gastrointestinais”	V (n)	F (n)	Sem resposta (n)	Respostas certas (%)
a. Quase a totalidade dos doentes sob terapêutica opioide necessitam de laxantes.	28	8	1	75,68
b. A combinação de tipos de laxante é muitas vezes mais eficaz.	30	6	1	81,08
c. Nestes doentes a metoclopramida não é suficiente para controlo das náuseas e vômitos.	12	24	1	64,86
d. A eritromicina e o haloperidol são utilizados no tratamento das náuseas e vômitos.	15	20	2	40,54
e. Fármacos como o acetato de megestrol e corticoides diminuem o apetite.	10	26	1	70,27
f. Os corticoides não devem ser utilizados em casos de obstrução intestinal maligna.	10	23	4	62,16
Questões sobre o domínio “sintomas neuropsíquicos”	V (n)	F (n)	Sem resposta (n)	Respostas certas (%)
a. A ansiedade é um sintoma muito comum em cuidados paliativos e a psicoterapia é o tratamento de primeira linha.	29	7	1	78,38
b. A depressão é subtratada e subdiagnosticada devido à sobreposição de sintomas em cuidados paliativos.	36	0	1	97,30
c. O risco de suicídio diminui à medida de que a idade vai avançando.	11	25	1	67,57
d. As perturbações do sono mais frequentes em cuidados paliativos são as insónias e a hipersónia.	35	1	1	94,59
e. O <i>delirium</i> é uma disfunção cerebral aguda não sendo passível de prevenção.	7	29	1	78,38
f. O <i>delirium</i> é reversível mesmo em doentes com doenças avançadas, contudo pode não ser reversível nas últimas horas ou dias de vida.	27	7	3	72,97

Legenda: V – verdadeiro; F – falso; n – número de respostas.

Quadro IV. Questões relativas ao domínio “pele e mucosas” e “fim de vida” com respetivas respostas.

Questões sobre o domínio “pele e mucosas”	V (n)	F (n)	Sem resposta (n)	Respostas certas (%)
a. A higienização oral não traz qualquer benefício, podendo os doentes ser poupados desta intervenção.	1	35	1	94,59
b. Nos doentes com xerostomia podem e devem ser oferecidos gelados e rebuçados cítricos, não açucarados.	35	0	2	94,59
c. Nestes doentes, o prurido é um sintoma relativamente mais fácil de controlar.	2	34	1	91,89
d. O principal objetivo no tratamento das úlceras de pressão é a cicatrização da ferida oferecendo maior conforto e qualidade de vida ao doente.	29	7	1	18,92
e. Para além da limpeza da ferida, o tratamento com metronidazol tópico é dos mais eficazes no controlo do odor.	26	9	2	70,27
Questões sobre o domínio “fim de vida”	V (n)	F (n)	Sem resposta (n)	Respostas certas (%)
a. Em fim de vida as refeições devem ser realizadas de acordo com a vontade do doente.	35	1	1	94,59
b. Não existe benefício na nutrição intensiva em fim de vida.	35	1	1	94,59
c. São manifestações da fase de últimos dias/horas de vida a deterioração do estado físico, como fadiga e fraqueza progressivas, recusa alimentar, anorexia, oscilação do estado de consciência e delirium.	35	1	1	94,59
d. O estertor é um ruído que ocorre frequentemente aquando da respiração do doente agónico.	34	2	1	91,89
e. Perfusões de morfina podem ser administradas mesmo na ausência de indicação (dor, dispneia refratária, diarreia) “para conforto” ou sedação paliativa em caso de sofrimento incontrolável.	33	3	1	89,19

Legenda: V – verdadeiro; F – falso; n – número de respostas.

Opinião dos inquiridos

Quando questionados sobre a importância dos conhecimentos em CPs na prática clínica de MGF, 97,30% ($n = 36$) considerou ser importante ($n = 10$) ou muito importante ($n = 26$).

No que diz respeito ao “nível de segurança em gerir, na prática, sinais e sintomas” a dor obteve maior nível de confiança, com 59,49% ($n = 22$) confiante ou totalmente confiante. Na gestão dos restantes sinais e sintomas, a maioria manteve-se neutro ou confiante, sendo que o domínio do “fim de vida” parece ser o que reúne menor confiança na gestão, seguido dos sintomas respiratórios e da pele e mucosas, respetivamente.

DISCUSSÃO

As abordagens paliativas devem estar presentes em todo o sistema de saúde. Idealmente todos os profissionais devem terminar o curso com formação básica em CPs e ser capacitados para identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de foro paliativo, e encaminhar os casos complexos para equipas com formação avançada em CPs.³ Os MF são considerados profissionais que trabalham numa área

onde a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, e, por este motivo, embora não façam dos CPs o foco principal da sua atividade profissional, devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área, nomeadamente formação de nível intermédio obtida a nível pós-graduado.³

Na amostra inquirida, aproximadamente metade (48,65%, $n = 18$) tinham formação nesta área: 11,1% ($n = 2$) formação curta em congressos médicos, 44,4% ($n = 8$) formação básica (18-45 horas), 22,2% ($n = 4$) intermédia (90-180 horas), e 22,2% ($n = 4$) formação avançada (> 200 horas, mestrado ou doutoramento).

Daqueles sem formação (51,35%, $n = 19$), a maioria apresentou como motivo a escassez de tempo (36,84%, $n = 7$) e a pouca oferta formativa e/ou sem conhecimento de formação (36,84%, $n = 7$). Ainda 15,79% ($n = 3$) assumiram não ter interesse na área dos CPs. Estes resultados estão de acordo com outros estudos que apontam a falta de formação e de tempo como os principais obstáculos ao envolvimento dos MF em CPs.^{12,13}

De acordo com a definição da MGF, o MF é responsável pela prestação de cuidados longitudinais e

acompanha o indivíduo, inserido na sua família e no seu contexto, desde a sua conceção até à sua morte.¹⁴ Apresenta assim uma posição privilegiada para a prestação de CPs, por vários motivos: conhecimento abrangente, relação de confiança e proximidade com doente e família, possibilidade de realizar visitas domiciliárias, competências em comunicação e gestão dos recursos de saúde na comunidade.^{15,16}

A carência de formação na área dificulta a identificação de doentes a necessitar de CPs, a sua prestação a nível dos CSP e potencial referência a uma equipa especializada.^{15,16} Não falamos apenas de conhecimentos em controlo sintomático, muitas vezes desafiador e, por vezes, reduzido pelo próprio limite das intervenções conhecidas ou refratariedade às múltiplas medidas instituídas. Falamos também de competências na gestão das restantes dimensões, fundamentais para a abordagem holística.¹⁷

Neste contexto, existe igualmente escassez de tempo, não só para a formação, como para a prestação de cuidados de saúde que sejam adequados, de qualidade e com segurança, a estes utentes.^{15,16,18} Esta afirmação é a tradução da realidade atual, com o tempo de consulta, a problemática da dimensão das listas, e complexidade dos processos burocráticos e administrativos consumidores de energia e tempo do MF.

Em relação ao conhecimento sobre CPs, de forma geral, a percentagem de respostas corretas é de 78,76%. A comparação com outros estudos, tanto nacionais como internacionais, é limitada pela metodologia e criação do questionário utilizado pelas investigadoras. Não obstante, apesar das diferenças metodológicas, é de realçar o resultado de dois estudos nacionais: o primeiro realizado em 2018 com o objetivo principal de avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros nos Açores, havendo uma média de percentagem de respostas corretas foi de 69,16%¹⁹; o segundo realizado em 2019 com o objetivo de avaliação o conhecimento em MF num ACeS da Zona de Lisboa de Vale do Tejo, onde se verificou que, no total, a média de respostas corretas foi de 85,58%.²⁰

Na nossa amostra, o capítulo com mais respostas corretas foi o de fim de vida (92,97%), seguido da dor (83,78%), sintomas neuropsíquicos (81,53%), respiratórios (74,52%), pele e mucosas (74,05%), e por último, sintomas gastrointestinais, com 65,76% de respostas corretas. Quando questionados sobre a sua confiança na gestão do controlo sintomático, através de um instrumento com escala *Likert*, onde um é sem confiança e cinco totalmente confiante, a média de respostas é mais alta no capítulo da dor e dos sintomas gastrointestinais (3,43), seguido dos

neuropsíquicos (3,24), respiratórios (3,08) e pele e mucosas (3,05). Por último surge o fim de vida, com uma média de 2,89, sendo o único que se apresenta entre pouco confiante e neutro, apesar de ser o capítulo que reúne a maior percentagem de respostas corretas da amostra. As últimas horas e dias de vida representam um desafio para a prática clínica, não só na sua identificação, mas também na adequação do plano de cuidados.²²

Em todos verificou-se uma maior percentagem de respostas corretas naqueles com formação na área dos CPs (considerando pelo menos formação básica de 18-45 horas). Foi no capítulo da pele e mucosas que se verificou maior diferença (82,50% *versus* [vs] 67,62%), seguido dos sintomas neuropsíquicos (89,58% vs 76,19%) e sintomas gastrointestinais (71,88% vs 61,11%). O capítulo com menor diferença foi o dos sintomas respiratórios (75,89% vs 73,47%).

Também naqueles com pelo menos formação básica em CPs, a média do nível de confiança na gestão do controlo sintomático é superior em todos os capítulos. Foi no capítulo dos sintomas neuropsíquicos que se verificou maior diferença (3,57 vs 3,00), seguido da dor (3,75 vs 3,19) e fim de vida (3,16 vs 2,71). O capítulo onde se verificou menor diferença foi no dos sintomas gastrointestinais (3,50 vs 3,38).

Esta investigação é útil para a planificação de ações formativas dirigidas aos profissionais do ACeS EDV II. Seria interessante alargar esta investigação a outros ACeS a nível nacional, com o objetivo de caracterizar uma realidade mais abrangente, que poderá servir de base para o planeamento de programas de formação em CPs para MF. É sabido que os MF com formação na área identificam mais doentes com necessidades paliativas e realizam mais ações paliativas.²¹ Nesse sentido, é fundamental repensar o programa de formações obrigatórias do internato de MGF, com a inclusão da área dos CPs.²³

Este estudo apresenta como limitações uma amostra de dimensão reduzida, limitada aos médicos de um ACeS, o que limita a generalização das conclusões. Mais estudos de investigação na temática de formação em CP podem ser equacionados de modo a obter uma maior consistência dos dados. Outro viés relaciona-se com a metodologia adotada, uma vez que os médicos com maior interesse pessoal e profissional poderão responder em maior número ao questionário. Por último, o questionário utilizado não está validado, tendo sido elaborado pelas investigadoras e sujeito a pré-teste.

CONCLUSÃO

O envolvimento dos cuidados primários é um processo fundamental para tornar a prática dos CPs mais precoce, acessível e global.⁵ Aproximadamente metade da amostra inquirida não tinha qualquer formação na área, e aponta a falta de tempo e a pouca oferta formativa/sem conhecimento de formação como os principais motivos. De forma geral, verificou-se um bom nível de conhecimentos nesta amostra, sendo superior em todos os capítulos nos médicos com pelo menos formação básica em CPs. Também nestes, se verificou uma maior confiança na gestão do controlo sintomático.

Este estudo identificou várias necessidades formativas dos médicos na área de CPs e poderá ser usado para o planeamento de formação dirigida a estes profissionais. É fundamental enriquecer o plano formativo desta especialidade, desde o seu internato, para facultar o conhecimento e competências necessários para a prestação de cuidados de qualidade e com segurança à população que serve.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Lei nº 52/2012 de 5 de setembro. Diário da República nº 172/2012, Série I. Assembleia da República. Lisboa.
- 2- Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 3- Silva R, Paiva M, Vital F, Moura MJ, Lourenço J, Lopes JM. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos: Com o contributo dos Coordenadores Regionais: Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Psicólogos. Lisboa: OM, OE, OP: 2022.
- 4- Palliative care. WHO [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- 5- Aguiar H. Os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários - O desafio para o século XXI. Rev Port Med Geral e Fam. 2012; 28:442-7.
- 6- Maetens A, Beernaert K, De Schreye R, Faes K, Annemans L, Pardon K, et al. Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a populationlevel matched cohort study. BMJ Open. 2019 Jan 21;9(1):e025180.
- 7- Ordem dos Médicos CNE. Documento Regulamentar da Competência em Medicina Paliativa. 2013. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/medicina_paliativa_doc_regulamentar.pdf.
- 8- Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. INE, PORTDATA. 2023. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>
- 9- Why palliative care is an essential function of primary health care. WHO [Internet]. 2018. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primaryhealth-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11_28.
- 10- Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Ann Oncol. 2012 Aug;23(8):2006-15.
- 11- Beernaert K, Van den Block L, Van Thienen K, Devroey D, Pardon K, Deliens L, et al. Family physicians' role in palliative care throughout the care continuum: stakeholder perspectives. Fam Pract. 2015 Dec; 32(6):694-700.
- 12- Mahtani R, Kurahashi AM, Buchman S, Webster F, Husain A, Goldman R. Are family medicine residents adequately trained to deliver palliative care? Can Fam Physician. 2015 Dec;61(12):577-82.
- 13- Rhee JJ, Zwar N, Vagholkar S, Dennis S, Broadbent AM, Mitchell G. Attitudes and barriers to involvement in palliative care by Australian urban general practitioners. J Palliat Med. 2008 Sep;11(7):980-5.
- 14- Allen J, et al. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). Rev Port Med Geral Fam. 2005 Sep; 21(5):511-6. doi: 10.32385/rpmgfv21i5.10170.

15- Gouveia, M., & Reis-Pina, P. (2023). A atuação do médico de família e os cuidados paliativos: o método ACERTAR. Rev Port Med Geral Fam. 2003 Mar; 39(1), 84-90.

16- Ramanayake RP, Dilanka GV, Premasiri LW. Palliative care; role of family physicians. J Family Med Prim Care. 2016 Apr-Jun;5(2):234-7.

17- Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. Palliat Med. 2002 Nov;16(6):457-64.

18- Le B, Eastman P, Vij S, McCormack F, Duong C, Philip J. Palliative care in general practice: GP integration in caring for patients with advanced cancer. Aust Fam Physician. 2017 Jan/Feb;46(1):51-5.

19- Diogo, A. R. (2018). Cuidados Paliativos: Avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros Região Autónoma dos Açores [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. RUL - Repositório da Universidade de Lisboa.

20- Runa, D. (2019). Cuidados Paliativos: avaliação do conhecimento dos Médicos de Família. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. RUL - Repositório da Universidade de Lisboa.

21- Schwill S, et al. How to ensure basic competencies in end of life care - a mixed methods study with post-graduate trainees in primary care in Germany. BMC Palliat Care. 2020 Mar 24;19(1):36.

22- Freire E. Guia Prático de Controlo Sintomático. Lisboa: NEMPAl - SPMI; 2017. Capítulo 17, Últimas horas ou dias de vida; p. 156.

23- Castro RF, Esteves AC, Gouveia M, Reis-Pina P. Why is palliative care training during the Portuguese family medicine residency program not mandatory? Acta Med Port. 2022 Feb;35(2):87-8.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras declaram não existirem conflitos de interesse nem fontes de financiamento do artigo.

CORRESPONDÊNCIA:

Jessica Oliveira Tavares
jessicaotavares@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL

JT: Ideia principal; Elaboração do projeto; Análises dos dados; Redação do trabalho; Revisão crítica e aprovação final.

NT: Elaboração do projeto; Interpretação dos dados; Redação do trabalho; Revisão crítica e aprovação final.

SPC: Elaboração do projeto; Redação do trabalho; Revisão crítica e aprovação final.

ME: Elaboração do projeto; Interpretação dos dados; Redação do trabalho; Revisão crítica e aprovação final.

DPC: Elaboração do projeto; Redação do trabalho; Revisão crítica e aprovação final.

RECEBIDO: 5 de setembro de 2023 | ACEITE: 13 de fevereiro de 2024

O PAPEL DA CURCUMA NA ARTRITE – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

THE ROLE OF TURMERIC IN ARTHRITIS – AN EVIDENCE-BASED REVIEW

Autores:

Patrícia Alves¹, Maria Freixo²

RESUMO

Introdução: A artrite é a inflamação crônica das articulações, resultando em dor e incapacidade funcional. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) são os fármacos mais usados para o tratamento da artrite, apesar dos efeitos adversos, tornando-se de grande interesse encontrar alternativas mais seguras. A curcuma tem vindo a ser estudada na artrite, pelos seus efeitos anti-inflamatórios e anti-nocetivos. O objetivo desta revisão será avaliar a evidência existente sobre o papel da curcuma no tratamento da sintomatologia relacionada com artrite de todas as causas.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados de medicina baseada na evidência, tendo sido incluídos artigos publicados nos últimos cinco anos, em português e inglês, que cumpriram os critérios PICO definidos para este estudo: população de doentes adultos (≥ 18 anos) com artrite de todas as causas, cuja intervenção consistiu no tratamento com curcuma isoladamente (sem toma concomitante de outros analgésicos) e sem associação com outras substâncias, em comparação com tratamento com outros analgésicos ou com placebo; o *outcome* estudado foi a melhoria da sintomatologia relacionada com a artrite, utilizando as várias escalas de avaliação. A atribuição de nível de evidência (NE) e força de recomendação (FR) foi realizada pela escala *Strength Of Recommendation Taxonomy* (SORT).

Resultados: Na pesquisa inicial obtiveram-se 54 artigos, dos quais foram selecionados 10 artigos: seis ensaios clínicos aleatorizados (ECA's), duas revisões e duas revisões sistemáticas (RS). Sete artigos compararam a eficácia da curcuma com placebo mostrando eficácia superior. Cinco artigos compararam a eficácia da curcuma com ibuprofeno e com diclofenac, mostrando efeitos analgésicos equivalentes com menos efeitos adversos e um artigo comparou a curcuma com o paracetamol, concluindo-se serem igualmente eficazes.

Discussão e Conclusão: O uso de curcuma é uma boa alternativa no tratamento de dor na artrite, sem efeitos adversos significativos, com FR B. Ainda assim, são necessários mais estudos para aprovar este tratamento alternativo.

Palavras-chave: curcuma; artrite; tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Arthritis is a chronic inflammation of the joints, resulting in pain and functional disability. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are the most used drugs for the treatment of arthritis, despite the adverse effects, making it of great interest to find safer alternatives. Turmeric has been studied in arthritis for its anti-inflammatory and anti-noxious effects. The aim of this review will be to evaluate the existing evidence on the role of turmeric in the treatment of symptomatology related to arthritis of all causes.

Methods: A literature search was carried out in evidence-based medicine databases, including articles published in the last five years, in portuguese and english, which met the PICO criteria defined for this study: Population of adult patients (≥ 18 years) with arthritis of all causes, whose intervention consisted of treatment with turmeric alone (without concomitant use of other analgesics) and without association with another substances, compared to treatment with another analgesics or placebo; the outcome studied was the improvement of symptoms related to arthritis, using the various assessment scales. The attribution of level of evidence and strength of recommendation was performed using the Strength of Recommendation Taxonomy scale (SORT).

Results: In the initial search, 54 articles were obtained, of which 10 articles were selected (six randomized clinical trials, two reviews and two systematic reviews). Seven of the articles compared the effectiveness of turmeric with placebo showing superior efficacy. Five articles compared the effectiveness of turmeric with ibuprofen and with diclofenac showing equivalent analgesic effects with less adverse effects and one article compared turmeric with paracetamol, concluding that they are equally effective.

Discussion and Conclusion: The use of turmeric is a good alternative in the treatment of pain in arthritis, without significant adverse effects, with strength of recommendation B. Nevertheless, more studies are needed to approve this alternative treatment.

Keywords: turmeric; arthritis; treatment.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Lethes, ULS Alto Minho

2. Médica Assistente em Medicina Geral e Familiar, UCSP Monção, ULS Alto Minho

INTRODUÇÃO

A artrite é a inflamação crônica das articulações, resultando em dor e incapacidade funcional.¹ A sua forma mais comum é a osteoartrite (OA), estimando-se que cerca de 10-15% dos adultos com idade superior a 60 anos apresentam algum grau de OA.^{2,3} De acordo com o *American College of Rheumatology* (ACR) e com a *American Pain Society* o paracetamol é a primeira linha para a dor na artrite.³ Contudo, na maioria dos doentes a dor não alivia com paracetamol, sendo os anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) uma opção terapêutica de segunda linha muito usada, apesar dos efeitos adversos cardíacos, renais e gastrointestinais, tornando-se de grande interesse encontrar alternativas mais seguras.³

A curcuma longa ou açafrão é uma planta rizomatosa da família do gengibre, zingiberaceae.⁴ É frequentemente usada como ingrediente alimentar, mas o seu papel na artrite tem vindo a ser estudado, pelos seus efeitos anti-inflamatórios e anti-nocicetivos.

Assim, o objetivo desta revisão será avaliar a evidência existente sobre o papel da curcuma no controlo da sintomatologia relacionada com artrite de todas as causas.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *PubMed*, *Cochrane Library* e *Journal of Medicinal Food*, entre fevereiro e março de 2023. Foram incluídas meta-análises (MA), revisões, revisões sistemáticas (RS) e ensaios clínicos aleatorizados (ECA's), dos últimos cinco anos, nas línguas inglesa e portuguesa, e foram utilizados os termos *MeSH* "turmeric", "arthritis" e "treatment".

Os critérios de inclusão de estudos nesta revisão foram definidos segundo o modelo PICO. Foi definida uma população de doentes adultos (≥ 18 anos) com artrite de todas as causas. A intervenção consistiu no tratamento com curcuma isoladamente (sem toma

concomitante de outros analgésicos) ou associação com outras substâncias, em comparação com tratamento com outros analgésicos ou com placebo; o *outcome* estudado foi a melhoria da sintomatologia relacionada com a artrite, utilizando as várias escalas de avaliação.

Procedeu-se à primeira seleção dos resultados, tendo em conta o título. Realizou-se segunda seleção tendo em conta o *abstract*, para a posterior leitura integral. Os critérios de exclusão consistiram em artigos que não respondessem aos critérios PICO, ou seja, artigos que incluíssem doentes tratados com curcuma associada a toma de outros analgésicos ou doentes tratados com curcuma combinada com outras substâncias e também artigos com estudos em animais e artigos que não respondessem ao objetivo do estudo.

Aplicou-se a escala *Strength Of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Family Physician*, que permite atribuir diferentes níveis de evidência (NE), tendo em conta a qualidade dos estudos, e distintos graus de força de recomendação (FR), em função da consistência das evidências disponíveis.⁵

RESULTADOS

A pesquisa bibliográfica inicial identificou um total de 54 artigos. Destes, 14 foram excluídos após leitura do título: 11 por não cumprirem o objetivo desta revisão, dois por serem estudos em animais e um por utilização de outros analgésicos, concomitantemente com o uso de curcuma. Após a leitura do *abstract* foram excluídos 10 artigos por não responderem ao objetivo da revisão, três artigos por serem estudos em animais, sete artigos por serem estudos com combinação de curcuma com outras plantas medicinais e dois por utilização de outros analgésicos durante o estudo. Por fim, a partir da leitura integral, foram excluídos oito artigos por não responderem ao objetivo da revisão. Após esta avaliação, resultaram então um total de 10 artigos, sendo duas RS, duas revisões e seis ECA's (Figura 1).

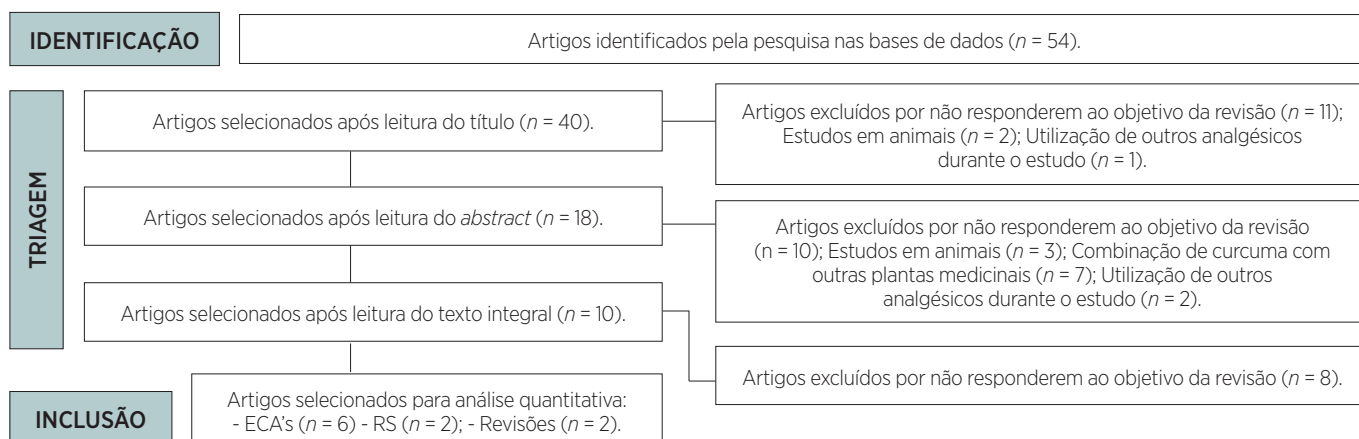


Figura 1. Fluxograma do processo de pesquisa e seleção dos artigos incluídos nesta revisão.

Legenda: ECA's – ensaios clínicos aleatorizados; RS – revisões sistemáticas.

Revisões

A RS de Daily e colaboradores,¹ teve como objetivo sumarizar todos os ECA's sobre a eficácia do uso de curcuma para o tratamento de sintomas de artrite. Os artigos incluíam doentes adultos (> 18 anos) com OA degenerativa primária do joelho e artrite reumatoide (AR) ligeira-moderada, de acordo com a ACR. O *outcome* primário avaliado foi a diminuição da sintomatologia relacionada com a artrite através da escala da dor *Visual Analogue Scale* (VAS) e pela *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC). Foram selecionados um total de oito ECA's, com durações entre oito e 12 semanas, e as doses de curcuma variaram entre 100-2000 mg/dia. Três ECA's (total de 210 doentes) compararam eficácia da curcuma com placebo com uma diminuição superior da VAS com a curcuma ((Intervalo de confiança (IC) 95%: [- 2,04 e - 2,85], - 1,24; $p < 0,00001$)) e resultados conjuntos (VAS + WOMAC) superiores (IC 95%: [- 15,26 e - 26,94], - 3,77; $p = 0,009$). Cinco ECA's (total de 682 doentes) compararam eficácia da curcuma com ibuprofeno, diclofenac e glucosamina, concluindo não haver diferenças significativas nos resultados conjuntos de VAS + WOMAC (IC: [- 1,89 e - 4,13], 0,35; $p = 0,1$), sugerindo efeitos analgésicos semelhantes.

Razavi e colaboradores⁴ fizeram uma revisão narrativa, resumindo os potenciais terapêuticos da curcuma na dor de várias causas e doenças inflamatórias (incluindo artrite). Foram selecionados 14 ECA's relacionados com OA, maioritariamente do joelho, e dois relacionados com AR: nove ECA's (com um total de 595 doentes) tiveram resultados positivos na diminuição da intensidade da dor e melhoria da funcionalidade na OA, com doses entre 160 e 2000 mg/dia e durações de tratamento entre seis semanas e quatro meses; quatro ECA's mostraram diminuição de resposta inflamatória (num total de 132 doentes); um ECA (com 139 doentes) mostrou eficácia comparável ao diclofenac, com melhor tolerância. Dois ECA's (com um total de 110 doentes) mostraram diminuição da rigidez e edema articular na AR, com doses de 120 e 500 mg/dia e durações de tratamento de 12 e de oito semanas, respetivamente.

Moura e colaboradores⁶ realizaram uma RS com o objetivo de avaliar a eficácia e segurança de plantas medicinais (incluindo a curcuma) na OA. Inclui artigos com doentes adultos (> 18 anos) com OA diagnosticada de acordo com o ACR. O *outcome* primário deste estudo foi a melhoria da dor, avaliado através da VAS, WOMAC, *Lequesne Index* e da qualidade de vida reportada pelos doentes. O *outcome* secundário foi a ocorrência de efeitos adversos. Em relação ao uso da curcuma, foram avaliados três ECA's e uma MA. Dois ECA's (total de 474

doentes) compararam a curcuma com ibuprofeno: no primeiro, compararam o uso de 2000 mg/dia de curcuma com 800 mg/dia de ibuprofeno, numa amostra de 107 doentes, durante 42 semanas, não havendo diferenças significativas entre os dois em relação à dor e funcionalidade (IC 95% [-0,17 e 0,24], $p < 0,36$). Não foram encontradas diferenças significativas nos efeitos adversos entre ambos os grupos (33,3% *versus* 44,2%, no grupo tratado com curcuma e no grupo tratado com ibuprofeno, respetivamente, com IC 95% [-0,52 e 1,12], $p = 0,36$); no segundo ECA foram randomizados 367 doentes, comparando a toma de 1500 mg/dia de curcuma com a toma de 1200 mg/dia de ibuprofeno, durante quatro semanas, mostrando não haver diferenças estatisticamente significativas na dor (IC 95% [-0,47 e 0,29], $p = 0,531$), na rigidez (IC 95% [-0,59 e 0,29], $p = 0,278$), na funcionalidade (IC 95% [-0,43 e 0,32], $p = 0,522$) e nos efeitos adversos (IC 95% [1,41 e 2,77], $p = 0,222$). Foi realizada uma MA que utilizou estes dois ECA descritos, comparando a eficácia da curcuma com ibuprofeno, em relação à dor e aos efeitos adversos. Foram obtidos resultados semelhantes na redução da dor (VAS/WOMAC) (RR = 0,89; IC 95% [0,71 - 1,36]; $p = 0,350$), sem diferenças significativas nos efeitos adversos (RR = 1,28; IC 95% [0,55 - 2,98]; $p = 0,000$). O terceiro ECA (total de 120 doentes) fez comparação de quatro grupos (1000 mg/dia de curcuma, 1500 mg/dia de glucosamina, 1000 mg/dia de curcuma + 1500 mg/dia de glucosamina e placebo), concluindo que glucosamina e curcuma isoladas são mais efetivos para controlo da dor do que placebo ($p < 0,05$). Um total de 13 eventos adversos foram observados (maioritariamente efeitos gastrointestinais *minor*). Como os autores descreveram apenas o número de eventos, este ECA não foi incluído na meta-análise.

A RS de Dragos e colaboradores⁷ tinha o objetivo de sumarizar informação científica disponível sobre plantas medicinais, incluindo curcuma, no tratamento da artrite, nomeadamente OA e AR. No que concerne à curcuma, um ECA (total de 367 doentes), realizado durante 4 semanas, mostrou que a curcuma (1500 mg/dia) é útil na redução da dor e preservação da funcionalidade na OA do joelho, com eficácia equivalente ao ibuprofeno (1200 mg/dia), com menos efeitos adversos gastrointestinais. Uma MA (total de 892 doentes) mostrou evidência científica da eficácia da curcuma como opção terapêutica na artrite, apesar de ter concluído que são necessários mais estudos para tornar com opção terapêutica definitiva.

As características das revisões estão resumidas no quadro I.

Quadro I. Resumo das características das revisões selecionadas.

Referência	Métodos	Resultados/Conclusões	NE
Daily J, et al. (2016) Revisão sistemática	Adultos com OA do joelho e AR ligeira a moderada de acordo com a ACR: - Curcuma vs placebo: 3 ECA's (total de 210 doentes); - Curcuma vs ibuprofeno vs glucosamina vs diclofenac: 5 ECA's (total de 682 doentes); Durações entre oito e 12 semanas; Doses entre 100-2000 mg/dia.	Curcuma vs placebo: diminuição superior da VAS com a curcuma (IC 95%: [- 2,04 e - 2,85], - 1,24; $p < 0,00001$) e resultados VAS + WOMAC superiores (IC 95% [- 15,26 e - 26,94], - 3,77; $p = 0,009$) Curcuma vs ibuprofeno vs glucosamina vs diclofenac: sem diferenças significativas nos resultados VAS + WOMAC (IC [- 1,89 e - 4,13], 0,35; $p = 0,1$), sugerindo efeitos analgésicos semelhantes.	1
Razavi B, et al. (2021) Revisão	Doentes com artrite (OA: 14 ECA's; AR: 2 ECA's) Durações entre seis semanas e quatro meses; Doses entre 120-2000 mg/dia.	OA: nove ECA's (595 doentes) com resultados positivos na melhoria da dor e da funcionalidade na OA; quatro ECA's (132 doentes) mostraram diminuição da resposta inflamatória; um ECA (139 doentes) mostrou eficácia comparável ao diclofenac, com melhor tolerância. AR: dois ECA's (110 doentes) mostraram diminuição da rigidez e edema articular.	2
Moura M, et al. (2017) Revisão sistemática	Adultos com diagnóstico de OA (ACR) Curcuma vs Ibuprofeno: dois ECA's (total de 474 doentes) e uma MA; Curcuma vs glucosamina vs curcuma + glucosamina: um ECA (120 doentes); Durações entre quatro a 42 semanas; Doses entre 800-2000 mg/dia.	Curcuma vs ibuprofeno: a MA utilizou os dois ECA's, obtendo resultados semelhantes na redução da dor (VAS/WOMAC) (RR = 0,89; IC 95% [0,71 - 1,36]; $p = 0,350$), sem diferenças significativas nos efeitos adversos (RR = 1,28; IC 95% [0,55 - 2,98]; $p = 0,000$). Curcuma vs glucosamina vs curcuma + glucosamina: glucosamina e curcuma isoladamente mais efetivas no controlo da dor do que placebo ($p < 0,05$).	1
Dragos D, et al. (2017) Revisão	Doentes com OA ou AR. N = 2: um ECA (367 doentes) e uma MA (892 doentes); Duração de quatro semanas.	O ECA mostrou que a curcuma (1500 mg/dia) é útil na melhoria da dor e funcionalidade na OA, com eficácia equivalente ao ibuprofeno (1200 mg/dia) e menos efeitos adversos e a MA mostrou evidência científica da eficácia da curcuma como opção terapêutica na artrite.	2

Legenda: ACR – American College of Rheumatology; AR – artrite reumatoide; OA – osteoartrite; VAS – Visual Analogue Scale; vs – versus; WOMAC – Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index.

Ensaio Clínico Aleatorizado

Panda e colaboradores² fizeram um ECA, em doentes com OA do joelho, utilizando placebo como controlo. Um total de 46 doentes, entre os 40 e os 75 anos com diagnóstico de OA do joelho há mais de três meses, de acordo com a ACR, foram aleatorizados em dois grupos, um a tomar curcuma 500 mg/dia e outro a receber placebo. A eficácia foi avaliada através da escala WOMAC e da VAS. Foi realizada uma avaliação aos sete, 15, 30 e 60 dias de tratamento. O grupo tratado com curcuma mostrou redução na WOMAC de 7,92% no dia sete, 17% no dia 15, 31,78% no dia 30 e 51,32% no dia 60 e uma redução na VAS de 11,03% no dia 7, 20,3% no dia 15, 30,06% no dia 30 e 47,94% no dia 60. Numa avaliação global, concluiu-se que houve uma melhoria estatisticamente significativa na dor, rigidez articular e funcionalidade em relação ao placebo ($p < 0,05$), sem diferenças estatisticamente significativas nos efeitos adversos.

Noutro estudo relativamente a eficácia e segurança da curcuma com o paracetamol, Singhal e colaboradores³ fizeram um ECA que integrou 144 doentes entre os 40 e os 80 anos, com o diagnóstico de OA do joelho (critérios ACR) e/ou dor crónica no joelho e/ou diagnóstico radiológico de OA do joelho.

Foram divididos em dois grupos: um a tomar 100 mg/dia de curcuma e outro grupo a tomar 650 mg de paracetamol três vezes por dia, durante seis semanas. O estudo indicou que a curcuma é tão efetiva como o paracetamol na melhoria da funcionalidade e no alívio da dor e rigidez articular, sem aumento dos efeitos adversos, sendo os resultados da escala WOMAC semelhantes em ambos os grupos ($p < 0,05$).

Amaraj e colaboradores⁸ realizaram um ECA para avaliar a eficácia de curcuma, em relação ao placebo, nos sintomas de AR ativa, utilizando duas doses de curcuma (250 mg e 500 mg). O estudo teve duração de 90 dias, com participação de 36 doentes que foram randomizados em três grupos (ratio de 1:1:1): um grupo a tomar baixa dose de curcuma (250 mg), um grupo a tomar curcuma em alta dose (500 mg) e um grupo a tomar placebo, duas vezes por dia. Os doentes incluídos eram adultos (> 18 anos) com o diagnóstico de AR, de acordo com os critérios ACR, com Disease Activity Score (DAS) > 5,1. O outcome primário consistiu em comparar os três braços, utilizando o DAS, a VAS, a proteína c reativa, a velocidade de sedimentação e o fator reumatoide e outcome secundário traduziu-se em avaliar a tolerabilidade e a segurança. Doentes com AR que receberam elevada

(500 mg) ou baixa (250 mg) dose de curcuma reportaram melhoria estatisticamente significativa da dor, com melhoria da VAS e do DAS ($p \leq 0,001$). Demonstrou atividade anti-inflamatória significativa, com diminuição estatisticamente significativa da velocidade de sedimentação, proteína c reativa e fator reumatoide ($p \leq 0,001$), sendo esta diminuição superior com doses mais elevadas. Não foram reportados efeitos adversos.

Ainda relativamente à eficácia da curcuma em relação ao placebo, *Haroyan* e colaboradores⁹ fizeram um ECA com 201 doentes entre os 40 e os 77 anos, com OA do joelho (critérios CID-10), verificado em radiografia. Estes doentes foram aleatorizados em três grupos: 500 mg de curcuma três vezes por dia, 500 mg de combinação de curcuma com ácido *boswellico* três vezes por dia e placebo. O estudo teve a duração de três meses, ao fim dos quais os doentes foram avaliados utilizando a escala WOMAC e testes físicos funcionais. Em relação à escala WOMAC, a curcuma mostrou diminuição estatisticamente significativa da dor ($p < 0,001$) e mostrou melhoria da capacidade funcional em dois dos quatro testes físicos executados, em comparação com placebo. Em relação aos efeitos adversos, sete dos doentes tratados com curcuma relataram efeitos adversos gastrointestinais menor, comparando com quatro dos doentes tratados com placebo.

Wang e colaboradores¹⁰ analisaram a eficácia da curcuma na gonalgia e no volume de derrame sinovial. O estudo decorreu durante 12 semanas, teve a participação de 70 doentes com idade superior a 40 anos, com OA do joelho (critérios ACR), com dor ≥ 40 mm na VAS e derrame sinovial ≥ 4 mm, diagnosticado por ecografia. Os doentes foram aleatorizados em dois grupos: placebo e tratamento com 1000 mg/dia de curcuma. Ao fim de 12 semanas a eficácia no controlo da dor foi avaliada utilizando a escala WOMAC e VAS e o volume do derrame sinovial através de

ressonância magnética nuclear (RMN). Houve uma melhoria superior da VAS no grupo tratado com curcuma (- 23,8 mm; IC [- 29,8 a - 17,7 mm]) do que no grupo tratado com placebo (- 14,6 mm; IC [- 20,8 a - 8,5 mm]), com uma diferença entre os dois grupos de 9,1 mm (IC 95% [- 17,8 a - 0,4 mm]; $p = 0,039$), que, embora os autores considerem estatisticamente significativo, consideram que o efeito na dor é apenas moderado. Não houve diferença estatisticamente significativa no volume de derrame sinovial, medido por RMN (3,2 mL; IC [- 0,3 a 6,8 mL]; $p = 0,075$). Os doentes tratados com curcuma tiveram melhoria estatisticamente significativa na WOMAC (- 47,2 mm; IC [- 81,2 a - 13,2]; $p = 0,006$), não havendo diferenças estatisticamente significativas nos efeitos adversos ($n = 14$ [39%] com curcuma e $n = 18$ [53%] com placebo, sendo $p = 0,16$).

Pérez e colaboradores¹¹ realizaram um ECA com 68 doentes, entre os 18 e os 65 anos, com dor articular do joelho leve-moderada e pontuação entre 6-10/20 na escala WOMAC. O objetivo consistiu em comparar a eficácia da curcuma com placebo, dividindo os doentes em dois grupos, um a tomar 500 mg por dia de curcuma e outro a tomar placebo. Em ambos os grupos, ao fim de três dias, foi reportada diminuição global da dor, mas apenas o grupo tratado com curcuma teve diminuição da dor à noite ($p = 0,005$) e na posição de pé ($p = 0,001$), na escala WOMAC. Após uma semana ambos os grupos reportaram diminuição da sintomatologia, sendo que o grupo tratado com curcuma apresentou eficácia maior na diminuição da dor ao descer e subir escadas ($p = 0,045$). O efeito analgésico mostra ser progressivo com melhores resultados ao fim de uma semana, sendo a dor global inferior ($p < 0,001$). Sem efeitos adversos reportados.

As características dos ECA's estão resumidas no quadro II.

Quadro II. Resumo das características dos ECA's selecionados.

Referência	Métodos	Resultados/Conclusões	NE
<i>Panda S, et al</i> (2018)	40-75 anos com diagnóstico de OA do joelho (ACR) > três meses ($n = 46$); - Curcuma 500 mg/dia ($n = 23$) vs Placebo ($n = 23$); Avaliação a sete, 15, 30 e 60 dias de tratamento.	O grupo tratado com curcuma mostrou redução na WOMAC de 7,92% no dia sete, 17% no dia 15, 31,78% no dia 30 e 51,32% no dia 60 e uma redução na VAS de 11,03% no dia sete, 20,3% no dia 15, 30,06% no dia 30 e 47,94% no dia 60. Numa avaliação global, houve uma melhoria estatisticamente significativa na dor, rigidez articular e funcionalidade em relação ao placebo ($p < 0,05$).	2
<i>Singhal S, et al</i> (2021)	40-80 anos, com OA do joelho (ACR) e/ou dor crónica no joelho e/ou diagnóstico radiológico de AO ($n = 144$); - Curcuma 100 mg/dia vs paracetamol 650 mg três vezes por dia-, Duração: seis semanas.	Através da WOMAC, conclui-se que curcuma é tão efetiva como o paracetamol na melhoria da funcionalidade e no alívio da dor e rigidez articular ($p < 0,05$), sem aumentar efeitos adversos.	2

Quadro II. Trocar para: Resumo das características dos ECA's selecionados [continuação].

Referência	Métodos	Resultados/Conclusões	NE
Amalraj A, et al (2017)	> 18 anos com o diagnóstico de AR (ACR), com DAS > 5,1 (n = 36); - Curcuma 250 mg duas vezes por dia (n = 12) vs curcuma 500 mg duas vezes por dia (n = 12) vs placebo duas vezes por dia (n = 12); Duração: 90 dias.	Doentes em baixa e alta dose de curcuma com melhoria da VAS e DAS ($p \leq 0,001$); demonstrou diminuição estatisticamente significativa da velocidade de sedimentação, proteína c reativa e fator reumatóide ($p \leq 0,001$), sendo esta diminuição ligeiramente superior em doses mais elevadas. Não foram reportados efeitos adversos.	2
Haroyan A, et al (2018)	40-77 anos, com OA do joelho (CID-10), verificada em radiografia (n = 201); - Curcuma 500 mg três vezes por dia (n = 67) vs Curcuma 500 mg + ácido boswellico três vezes por dia (n = 67) vs placebo (n = 67); Duração: três meses.	Diminuição estatisticamente significativa da dor em relação ao placebo ($p < 0,001$) e melhoria da capacidade funcional em dois dos quatro testes físicos executados, pela escala WOMAC. Sete dos doentes tratados com curcuma relataram efeitos adversos gastrointestinais menor, comparando com quatro dos doentes tratados com placebo.	2
Wang Z, et al (2020)	> 40 anos, com OA sintomática do joelho (ACR), com dor $\geq 4/10$ na VAS, e derrame sinovial ≥ 4 mm (ecografia) (n = 70); - Curcuma 1000 mg/dia (n = 35); - Placebo (n = 35); Duração: 12 semanas.	Melhoria estatisticamente significativa da VAS em relação ao placebo, com diferença de 9,1 mm (IC 95% [- 17,8 a - 0,4 mm]); $p = 0,039$), sem diferença estatisticamente significativa no volume do derrame sinovial (3,2 mL [IC - 0,3 a 6,8 mL]; $p = 0,075$). Melhoria estatisticamente significativa na WOMAC (- 47,2 mm [IC - 81,2 a - 13,2]; $p = 0,006$); sem diferenças estatisticamente significativas nos efeitos adversos (n = 14 [39%] com curcuma e n = 18 [53%] com placebo, sendo $p = 0,16$).	2
Calderón-Pérez L, et al (2021)	18-65 anos, dor articular do joelho leve-moderada e pontuação entre 6-10/20 na escala de dor WOMAC (n = 68); - Curcuma 500 mg/dia (n = 34); - Placebo (n = 34); Avaliação ao fim de três dias e uma semana.	Através da WOMAC, apenas a curcuma mostrou diminuição da dor à noite ($p = 0,005$) e na posição de pé ($p = 0,001$) após três dias. Após uma semana apenas o grupo tratado com curcuma apresentou maior na diminuição da dor ao descer e subir escadas ($p = 0,045$). A dor global é inferior ao fim de uma semana ($p < 0,001$).	2

Legenda: ACR – American College Of Rheumatology; AR – artrite reumatoide; DAS – Disease Activity Score; FR – fator reumatoide; OA – osteoartrite; VAS – Visual Analogue Scale; vs – versus; WOMAC – Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index.

DISCUSSÃO

A curcuma é uma substância já muito conhecida e utilizada na alimentação. Neste estudo, foi realizada uma RS com o intuito de analisar a informação disponível sobre o efeito da curcuma no tratamento da sintomatologia relacionada com a artrite de todas as causas.

Os estudos incluídos nesta revisão apresentaram, na sua globalidade, resultados satisfatórios, mostrando que a curcuma pode ser utilizada para tratar os sintomas relacionados com artrite, sendo a maioria dos estudos realizados na OA, principalmente do joelho, e na AR. A maioria dos estudos fez comparação com placebo, sendo que todos mostraram uma melhoria da dor, em relação ao placebo. Houve também estudos que fizeram comparação com paracetamol e anti-inflamatórios, nomeadamente o ibuprofeno e o diclofenac, mostrando efeitos analgésicos semelhantes, com menos efeitos adversos. Vários estudos mostraram também uma melhoria da funcionalidade, diminuição da rigidez e do edema articular e diminuição da resposta inflamatória.

Um ponto forte desta revisão é o facto de serem utilizadas duas RS, que são os estudos com maior validade científica e em todas elas foi demonstrada evidência orientada para o doente de boa qualidade (NE 1). Apesar de terem sido utilizadas duas revisões, estas foram baseadas numa MA e vários ECA's, com

nível de evidência elevado, o que lhes confere maior credibilidade. Foram também utilizados seis ECA's, com NE 2. Outro ponto forte é a utilização das mesmas escalas em todos os estudos, para avaliar eficácia, nomeadamente a VAS e a WOMAC.

No entanto, também é importante referir que todos os estudos selecionados apresentam limitações importantes. É exemplo disso o que concerne à definição consensual de posologia adequada, tendo sido utilizadas doses entre 100-2000 mg/dia, e tempo de tratamento, com durações dos estudos entre uma e 42 semanas. Para além disso, é também uma limitação o facto de os estudos terem amostras pequenas, e, portanto, pouco representativas, e o facto de a população avaliada ser muito heterogénea, nomeadamente no que respeita à resposta à dor e aos tratamentos efetuados e à utilização de medicação analgésica de resgate, não avaliada nos estudos.

No sentido de se conseguir um maior nível de evidência no que diz respeito ao benefício da curcuma são necessários novos estudos, multicêntricos, com amostras mais representativas e com desenhos de estudo bem definidos, que sejam uniformes na dose utilizada e no tempo de tratamento.

CONCLUSÃO

A hipótese de que o uso de curcuma poderá ser eficaz no tratamento da sintomatologia relacionada

com a artrite tem vindo a ser estudada pela comunidade científica. Nesta revisão conclui-se que a utilização de curcuma poderá ter impacto positivo na redução da dor e outra sintomatologia relacionada com a artrite de várias causas, sem efeitos adversos significativos reportados. As autoras consideram que a evidência encontrada tem uma força de recomendação B, pelo que seria necessário realizar estudos de maior qualidade, com o intuito de colmatar as principais limitações encontradas nesta revisão e a obter resultados válidos acerca dos efeitos da curcuma, da dose a utilizar, do tempo de tratamento para obter resultados e dos efeitos adversos. Até lá, o paracetamol e os anti-inflamatórios mantêm-se como os principais pilares no alívio dos sintomas relacionados com a artrite.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Daily J, Yang M, Park S. Efficacy of Turmeric Extracts and Curcumin for Alleviating the Symptoms of Joint Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Journal of Medicinal Food*. 2016;19(8):717-29.
- 2- Panda S, Nirvanashetty S, Parachur V, Mohanti N, Swain T. A Randomized, Double Blind, Placebo Controlled, Parallel - Group Study to evaluate the Safety and Efficacy of Curcuma versus Placebo in Reducing Symptoms of Knee OA. *BioMed Research International*. 2018.
- 3- Singhal S, Hasan N, Nirmal K, Chawla S, Kalra B, Dhal A. Bioavailable turmeric extract for knee osteoarthritis: a randomized, non-inferiority trial versus paracetamol. *Singhal et al. Trials*. 2021;22(1):105.
- 4- Razavi B, Rahbardar M, Hosseinzadeh H. A review of therapeutic potentials of turmeric (*Curcuma longa*) and its active constituent, curcumin, on inflammatory disorders, pain, and their related patents. *Mashhad University of Medical Sciences*. 2021;35(12):6489-513.
- 5- Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): A Patient-Centered Approach to Grading Evidence in the Medical Literature. *Am Fam Physician*. 2004; 69: 548-56.
- 6- Moura M, Lopes L, Biavatti M, Kennedy S, Silva M, Silva Marcus, Bergamaschi, CC. Oral herbal medicines marketed in Brazil for the treatment of osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Phytotherapy research*. 2017; 31(11):1676-85.
- 7- Dragos D, Gilca M, Gaman L, Vlad A, Iosif L, Stoian I et al. Phytomedicine in Joint Disorders. *Nutrients*. 2016; 9(1):70.
- 8- Amalraj A, Varma K, Jacob J, Divya C, Kunnumakkara A, Stohs S et al. A Novel Highly Bioavailable Curcumin Formulation Improves Symptoms and Diagnostic Indicators in Rheumatoid Arthritis Patients: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Two-Dose, Three-Arm, and Parallel-Group Study. *Journal of Medicinal Food*. 2017; 20 (10): 1022-30.
- 9- Haroyan A, Mukuchyan V, Mkrtychyan N, Gasparyan S, Sargsyan A, Narimanyan M et al. Efficacy and safety of curcumin and its combination with boswellic acid in osteoarthritis: a comparative, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *BMC Complementary and alternative Medicine*. 2018; 18(1):7.
- 10- Wang Z, Jones G, Winzenberg T, Cai G, Laslett L, Aitken D et al. Effectiveness of *Curcuma longa* Extract for the Treatment of Symptoms and Effusion-Synovitis of Knee Osteoarthritis. *Annals of Internal Medicine*. 2021; 173(11):861-9.
- 11- Pérez L, Llauradó E, Companys J, Pla-Pagà L, Boqué N, Puiggrós F et al. Acute Effects of Turmeric Extracts on Knee Joint Pain: A Pilot, Randomized Controlled Trial. *Journal of Medicinal Food*. 2021; 24 (4): 436-40.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse ou qualquer entidade financeira envolvida.

CORRESPONDÊNCIA:

Patrícia Alves
patricia.a.alves@hotmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL:

PA: Conceção do artigo; Aquisição, análise e interpretação dos dados; Redação e revisão do artigo e aprovação da versão final; Garantia de precisão e integridade.

MF: Conceção do artigo; Aquisição, análise e interpretação dos dados; Redação e revisão do artigo e aprovação da versão final; Garantia de precisão e integridade.

RECEBIDO: 14 de julho de 2023 | ACEITE: 13 de dezembro de 2023

EFICÁCIA DA SUPLEMENTAÇÃO ORAL COM MAGNÉSIO NA MELHORIA DA DOR CRÓNICA – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

EFFECTIVENESS OF ORAL SUPPLEMENTATION WITH MAGNESIUM IN IMPROVING CHRONIC PAIN – EVIDENCE-BASED REVIEW

Autores:

Joana Tavares Nogueira¹, Ana Braga Reis¹

RESUMO

Introdução: Atendendo ao possível benefício da suplementação com magnésio na redução da dor crónica, e ao facto de o seu uso no tratamento da mesma ser já uma prática *off-label*, este trabalho tem por objetivo rever a evidência existente relativa à eficácia da suplementação com magnésio na melhoria da dor crónica, em doentes adultos, comparativamente com o uso de placebo ou de fármacos analgésicos isoladamente.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica entre abril e maio de 2023, utilizando os termos MeSH “magnesium AND chronic pain”. Como pergunta de investigação, seguindo a metodologia PICO, definiu-se a seguinte: população – adultos com dor crónica; intervenção – suplementação com magnésio por via oral, isoladamente ou em combinação com outros fármacos analgésicos; comparação – uso de placebo ou de outros fármacos analgésicos isoladamente; *outcome* – redução da intensidade da dor, avaliada através de escalas de dor ou questionários, redução de dose ou suspensão do uso de analgésicos. Para a atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação foi usada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Academy of Family Physicians*.

Resultados: Obtiveram-se 370 artigos dos quais foram selecionados cinco para inclusão neste estudo: três revisões sistemáticas, um ensaio clínico aleatorizado controlado e uma série de casos, a partir dos quais foram traçadas as conclusões.

Discussão: O corpo de evidência existente sobre o tema é escasso e de qualidade limitada, não permitindo recomendar a generalização da suplementação com magnésio para melhoria da dor crónica.

Conclusão: Foi atribuída a força de recomendação B da escala SORT para a suplementação com magnésio na dor crónica. São necessários mais ensaios clínicos aleatorizados e controlados, de boa qualidade científica, para responder adequadamente a esta pergunta de investigação.

Palavras-chave: magnésio; dor crónica.

ABSTRACT

Introduction: Given the possible benefit of magnesium supplementation in reducing chronic pain, and the fact that its use is already an *off-label* practice, this work aims to review the existing evidence regarding the effectiveness of magnesium supplementation in improving chronic pain in adult patients, compared to the use of placebo or analgesic drugs alone.

Methods: A bibliographic search was carried out between April and May 2023, using the MeSH terms “magnesium AND chronic pain”. As a research question, using the PICO methodology, the following was defined: population – adults with chronic pain; intervention – oral magnesium supplementation, alone or in combination with other analgesic drugs; comparison – use of placebo or other analgesic drugs alone; *outcome* – reduction in pain intensity, assessed through pain scales or questionnaires, dose reduction or suspension of the use of analgesics. To assign levels of evidence and strengths of recommendation, the *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) scale from the *American Academy of Family Physicians* was used.

Results: A total of 370 articles were obtained, of which five were selected for inclusion in this study: three systematic reviews, one randomised controlled clinical trial and one case series, from which the conclusions were drawn.

Discussion: The existing body of evidence on the topic is scarce and of limited quality, not allowing to recommend the generalization of magnesium supplementation to improve chronic pain.

Conclusion: Strength of recommendation B on the SORT scale was assigned for magnesium supplementation in chronic pain. More randomized and controlled clinical trials, of good scientific quality are needed to adequately answer this research question.

Keywords: magnesium; chronic pain.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Porta do Sol, ULS Matosinhos

INTRODUÇÃO

A dor crónica define-se como dor persistente ou recorrente, com uma duração superior a três meses.^{1,2} Afeta um elevado número de pessoas, estimando-se que a sua prevalência a nível mundial seja de 1,5 bilhões de pessoas e, em Portugal, seja superior a 30% da população.^{3,4}

Associa-se a várias comorbilidades como depressão, perturbação do sono, doença cardiovascular, enxaqueca e diminuição da qualidade de vida em geral,^{5,6} condicionando uma elevada taxa de utilização dos recursos de saúde, e também um número substancial de dias de absentismo laboral.⁵

Na mais recente versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), a dor crónica é dividida em sete grupos: dor crónica primária, dor crónica associada a neoplasia, dor crónica pós-traumática e/ou pós-cirúrgica, dor crónica neuropática, cefaleia crónica e dor orofacial, dor crónica visceral e dor crónica musculoesquelética.^{1,2}

A fisiopatologia da dor é complexa, envolvendo a ativação de nociceptores, tradução de sinais nervosos, vias ascendentes de transmissão e modulação da dor, bem como vias descendentes inibitórias.^{6,7}

Os recetores N-metil-D aspartato (NMDA), localizados tanto a nível central como a nível periférico do sistema nervoso, desempenham um papel fundamental na nociceção e na cronicidade da dor.⁸

A nível central, a ativação contínua destes recetores faz com que os neurónios da medula espinal se tornem mais responsivos a inputs, levando à sensibilização central, componente importante para a cronicidade da dor.^{6,8,9} A nível periférico, a sua ativação contínua aumenta a excitabilidade dos nervos sensitivos e diminui o limiar de ativação do nociceptor, fenómeno designado por sensibilização periférica, e que também contribui para a cronicidade da dor.^{6,9} Desta forma, os recetores NMDA são alvos atrativos no tratamento da dor crónica.

O magnésio, nas suas várias formulações, é frequentemente usado de forma *off-label* para o controlo da dor.^{6,10} Sendo um bloqueador fisiológico do recetor NMDA, desempenha um papel importante no controlo da excitabilidade do mesmo. Ao atuar como um antagonista do referido recetor, o magnésio pode inibir a indução de sensibilização central e periférica, e cessar a potenciação da dor.^{6,10}

A nível de cuidados de saúde primários, caso esteja demonstrado benefício no seu uso, a suplementação

oral com magnésio pode ser uma arma terapêutica a considerar, quer de forma isolada quer em associação com outros fármacos analgésicos.

Assim, atendendo ao possível benefício da suplementação com magnésio na redução da dor crónica, e ao facto de o seu uso no tratamento da mesma ser já uma prática *off-label* corrente, este trabalho tem por objetivo rever a evidência publicada relativa à eficácia da suplementação oral com magnésio na melhoria da dor crónica em indivíduos adultos.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica entre 22 de abril e 12 de maio de 2023, utilizando os termos MeSH (*Medical Subject Headings*) “*magnesium AND chronic pain*”. Foram selecionados artigos correspondentes a ensaios clínicos randomizados (ECR), ensaios experimentais não-randomizados (EENR), estudos de coorte (EC) e caso-controlo (ECC), estudos observacionais – séries de casos (EO), revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA), revisões baseadas na evidência (RBE) e *guidelines*, publicados nas bases de dados *Cochrane Library*, *PubMed/Medline*, *DARE Database*, *TRIP Database*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines*, *Guidelines Finder – National Electronic Library for Health*, Normas Orientação Clínica Portuguesas e Índice de Revistas Médicas Portuguesas.

Como população do estudo definiu-se indivíduos com dor crónica, com idade igual ou superior a 18 anos. A variável estudada foi a suplementação com magnésio por via oral, de forma isolada ou em combinação com outros fármacos analgésicos, e o controlo foi o uso de placebo ou de outros fármacos analgésicos isoladamente. Como *outcome* do estudo definiu-se a redução da intensidade da dor, avaliada através de escalas de dor ou questionários, redução de dose ou suspensão do uso de analgésicos.

Foram excluídos artigos de opinião, artigos de revisão clássica, estudos já incluídos nas meta-análises ou revisões sistemáticas selecionadas, artigos repetidos, artigos com população em idade pediátrica e artigos cujo texto integral não estivesse disponível. Não foram definidos critérios de exclusão com base no idioma ou ano de publicação.

Para atribuir níveis de evidência (NE) e forças de recomendação foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Academy of Family Physicians*.

RESULTADOS

Da pesquisa resultaram 370 artigos, dos quais cinco foram selecionados para inclusão neste estudo: três revisões sistemáticas (RS), um ensaio clínico aleatorizado controlado (ECAC) e uma série de casos (SC). Os restantes artigos foram excluídos por divergirem do objetivo do trabalho ou por apresentarem critérios de exclusão, após leitura do título e/ou *abstract*. O processo de seleção dos artigos encontra-se esquematizado na figura 1.

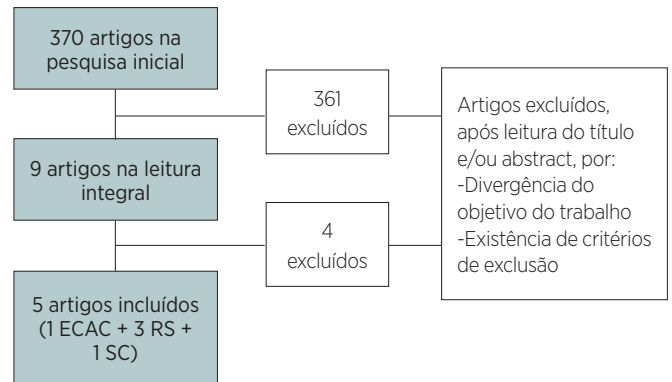


Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos.

Legenda: ECAC – ensaio clínico aleatorizado e controlado; RS – revisão sistemática; SC – série de casos.

A informação extraída de cada estudo encontra-se sintetizada de seguida (Quadros I a III).

Quadro I. Resultados dos artigos de revisão sistemática.

	<i>Park et al (2020)</i> ¹¹	<i>Morel et al (2021)</i> ⁵	<i>Boulis et al (2021)</i> ¹²
População/Intervenção	Nove ECAC (n = 418 doentes) Suplementação com magnésio (de forma isolada) vs placebo.	88 estudos (80 ECAC e 8 RS) Suplementação com magnésio (de forma isolada ou em combinação) vs placebo ou outros fármacos analgésicos.	Três ECAC (n = 75 doentes) Suplementação com magnésio vs amitriptilina isolada vs magnésio + amitriptilina. Suplementação de magnésio em combinação com ácido málico.
Tipo de dor	Dor crónica (definida como duração ≥ três meses)	Dor aguda ou crónica.	Dor crónica da fibromialgia.
Outcomes avaliados	Intensidade ou alívio da dor (auto-reportada através de escalas de dor validadas).	Intensidade ou alívio da dor (avaliada através de escalas validadas).	Intensidade e limiar da dor, número de pontos dolorosos, escalas de dor e de impacto da doença.
Resultados	Dor neuropática (um ECAC, n = 45): sem benefício (p = 0,630). Enxaqueca (três ECAC, n = 190): - Dois não encontraram benefício na suplementação (p = 0,320 num dos ensaios; não reportado no outro); - Um demonstrou menor intensidade da dor após o tratamento (p < 0,001). Restantes cinco ECAC avaliaram suplementação com magnésio por via endovenosa (EV) ou intramuscular (IM).	Enxaqueca (sete ECAC, n = 442): - Três ECAC demonstraram uma diminuição da intensidade da dor (p < 0,00; p < 0,001; e p < 0,03, respetivamente); - Três demonstraram diminuição na frequência da enxaqueca (p < 0,05; p < 0,001; e p < 0,01, respetivamente); - Dois demonstraram uma diminuição na duração da mesma (p < 0,05; valor de p não reportado no restante). Fibromialgia (dois ECAC, n = 60): os dois ECAC demonstraram redução do número de pontos de dor (p = 0,032 num dos estudos; não reportado no outro). Dor neuropática (um ECAC, n = 45): sem benefício (p = 0,85). Restantes estudos avaliaram suplementação com magnésio EV.	Um ECAC (n = 40) demonstrou redução no número de pontos dolorosos (avaliado através do <i>Tender Point Index</i> (TPI)) e melhoria da pontuação na escala de impacto da doença (p < 0,05 em ambos). Um ECAC (n = 15) demonstrou melhoria significativa dos sintomas de mialgia e dos scores do TPI (p < 0,001). Um ECAC (n = 20) não encontrou benefício na suplementação (valor de p não reportado).
Conclusões	A evidência existente é insuficiente para recomendar ou contraindicar a suplementação oral com magnésio para melhoria da dor crónica.	A maioria dos estudos mostra um efeito modesto da suplementação oral com magnésio na melhoria da dor, contudo não permitem obter um corpo de evidência robusto que sustente esta hipótese.	Apesar de alguns dos estudos sugerirem benefício no uso de magnésio oral na dor crónica, a sua metodologia limita a robustez da evidência gerada, pelo que a eficácia desta intervenção se mantém incerta.
NE (SORT)	1	2	2

Legenda: ECAC – ensaio clínico aleatorizado e controlado; RS – revisão sistemática; vs – versus; EV – endovenosa; TPI – *Tender Point Index*; NE – nível de evidência; SORT – *Strength of Recommendation Taxonomy*.

Quadro II. Resultados do ensaio clínico aleatorizado controlado (ECAC).

Schrader et al (1999) ¹³	
Tipo de estudo	ECAC, com dupla ocultação.
Objetivo do estudo	Avaliar a eficácia da suplementação oral com magnésio na melhoria da lombalgia crónica.
Amostra	n = 60 (doentes com lombalgia com duração superior a seis meses).
Intervenção	Suplementação com óxido de magnésio 800 mg/dia durante dois meses.
Comparador	Placebo.
Outcomes avaliados	Intensidade da dor e impacto na qualidade de vida.
Resultados	Não se observaram diferenças significativas na intensidade da dor ($p = 0,525$) e qualidade de vida (valor de p não referido) entre o grupo de tratamento e o grupo de controlo.
NE (SORT)	2

Legenda: ECAC – ensaio clínico aleatorizado controlado; NE – nível de evidência; SORT – *Strength of Recommendation Taxonomy*.

Quadro III. Resultados da série de casos.

Cohen (2002) ¹⁴	
População/Intervenção	n = 13 doentes Suplementação com magnésio oral.
Tipo de dor	Dor crónica por eritromelalgia.
Outcomes avaliados	Intensidade da dor e limitação funcional (avaliadas por escala quantitativa descrita pelo autor).
Resultados	- Oito pacientes (61,5%) reportaram melhorias: um em remissão; três com melhoria major; dois com melhoria moderada; dois com melhoria ligeira; - Quatro pacientes não reportaram qualquer melhoria; - Um reportou agravamento dos sintomas.
NE (SORT)	3

Legenda: ECAC – ensaio clínico aleatorizado controlado; NE – nível de evidência; SORT – *Strength of Recommendation Taxonomy*.

DISCUSSÃO

O artigo de revisão de *Park et al*¹¹ teve como objetivo rever a evidência atual relativa à eficácia e segurança da suplementação com magnésio na dor crónica. Incluiu nove estudos, todos ensaios clínicos aleatorizados controlados (ECAC) por placebo, embora apenas quatro avaliaram a suplementação por via oral ($n = 235$). Como *outcome* primário, os autores definiram a intensidade ou alívio da dor (avaliada através de escalas validadas, como a escala visual analógica da dor). Na sua pesquisa, os autores excluíram artigos de língua não-inglesa bem como artigos que não fossem ECAC por placebo.

Os autores concluíram que a evidência existente é insuficiente para recomendar ou contraindicar a suplementação com magnésio para melhoria da dor crónica, sendo escassos os artigos científicos de boa qualidade.

Trata-se de uma RS realizada de acordo com as recomendações especificadas nas *guidelines Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹⁵, sendo descrita de forma exaustiva a metodologia utilizada, avaliado o risco de viés individual de cada artigo incluído, e o protocolo do estudo foi previamente publicado e registado na base de dados *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO). Contudo, como limitações desta RS, é importante salientar que os vários estudos incluídos apresentavam tamanhos amostrais reduzidos e heterogeneidade nas formulações e dosagens de magnésio administradas, bem como curto período de *follow-up* dos participantes. Ainda assim, a maioria dos estudos incluídos apresentou achados consistentes. Por estes motivos, a este trabalho atribuiu-se nível de evidência 1 na escala SORT.

A revisão de *Morel et al*⁶ pretendeu avaliar a evidência existente relativa à eficácia da administração de magnésio na redução da intensidade da dor (aguda ou crónica) e na diminuição do consumo de analgésicos. Os autores incluíram 88 estudos, sendo que apenas nove ($n = 681$) avaliaram a suplementação com magnésio oral em doentes adultos com dor crónica. O outcome primário definido foi a intensidade da dor (avaliada através de escalas validadas) e o consumo de analgésicos. Foram excluídos artigos de língua não-inglesa bem como artigos que não fossem ECAC ou RS.

Os autores concluíram que a maioria dos estudos mostra um efeito modesto da suplementação com magnésio na melhoria da dor, contudo a evidência existente é controversa, não permitindo obter um corpo de evidência robusto que sustente esta hipótese.

Como limitações desta RS, são de referir: a metodologia usada para seleção e inclusão dos estudos não é descrita de forma clara ao longo do texto, e o viés individual de cada um não foi calculado. Também nesta RS, os estudos incluídos apresentam heterogeneidade relativamente ao tempo de *follow-up* dos participantes, e às dosagens e formulações de magnésio administradas. Por fim, os achados dos vários estudos não são consistentes. Por esse motivo, a este trabalho foi atribuído nível de evidência 2 na escala SORT.

Tanto na RS de *Park et al* como de *Morel et al*, a maioria dos estudos incluídos não controlou fatores confundidores, como o uso de diuréticos tiazídicos ou de ansa, os quais podem alterar os níveis séricos de magnésio.

O artigo de revisão de *Boulis et al*¹² teve como objetivo examinar a literatura e avaliar a possível relação entre o magnésio e a fibromialgia, determinando a utilidade da sua suplementação na patologia. Foram incluídos 18 estudos, todos eles ECAC, dos quais seis avaliaram o efeito do magnésio em vários parâmetros da fibromialgia, e desses, três avaliaram a administração por via oral ($n = 75$). Na sua pesquisa, os autores excluíram artigos de língua não-inglesa.

Os autores concluíram que a eficácia desta intervenção se mantém incerta. Apesar de alguns estudos intervencionais na literatura sugerirem benefício no uso de magnésio na dor crónica, na maioria dos estudos revistos o magnésio foi administrado em conjunto com outras formulações, e nenhum daqueles que incluíram apenas o uso de magnésio foi desenhado como um estudo controlado aleatorizado e cego.

Tal como em *Morel et al*, nesta RS a metodologia usada não é descrita de forma clara, e o viés individual de cada artigo selecionado não foi calculado. Adicionalmente, os artigos considerados pelos

autores que avaliaram a suplementação por via oral apresentaram novamente heterogeneidade relativamente às dosagens e formulações de magnésio administradas, com achados inconsistentes no que toca aos vários estudos. Por esse motivo, a este trabalho foi atribuído nível de evidência 2 na escala SORT.

O ECAC de *Schrader et al*¹³ consistiu num estudo aleatorizado, controlado por placebo e duplamente cego, com o objetivo principal de avaliar a eficácia da suplementação com magnésio na melhoria da lombalgia crónica.

A amostra avaliada consistiu em 60 doentes adultos com lombalgia com duração superior a seis meses, que se voluntariaram para participar no estudo. Como critérios de exclusão, os autores definiram: existência de patologia renal conhecida, realização de terapêutica com fármacos diuréticos ou tetraciclina, e realização de suplementação com magnésio previamente ao estudo.

Os *outcomes* definidos foram a intensidade da dor (avaliada através de uma escala numérica de 10 pontos) e o impacto na qualidade de vida (avaliada através de uma escala de *Likert* de 10 pontos).

Ao grupo de tratamento foi administrado óxido de magnésio 800 mg/dia por via oral durante dois meses, enquanto ao grupo de controlo apenas foi administrado placebo (não estando, contudo, descrito que estes fossem similares).

Foi usado um processo de aleatorização simples. A alocação dos participantes a cada grupo foi realizada por pessoas externas aos investigadores, embora não seja descrito o método usado. Adicionalmente, não é referido ao longo do texto do artigo que os dois grupos fossem comparáveis em relação às principais variáveis. O *follow-up* não foi completo, tendo 17 participantes abandonado o estudo (10 no grupo de controlo e 7 no grupo de tratamento), estando os motivos descritos no artigo.

Não se observaram diferenças significativas na intensidade da dor e qualidade de vida entre o grupo de tratamento e o grupo de controlo. Os autores concluíram que os resultados do estudo não permitem apoiar a suplementação com óxido de magnésio para melhoria da lombalgia crónica. A este artigo atribuiu-se o nível 2 na escala SORT pois, ainda que seja um estudo controlado com placebo, com *endpoints* orientados para o doente, o nível de evidência fica comprometido por não estar descrito de forma clara o método de alocação dos participantes aos dois grupos, por não ser possível avaliar se o grupo de tratamento e o grupo de controlo eram comparáveis entre si, e por terem ocorrido perdas de seguimento significativas.

Uma série de casos, por *Cohen*¹⁴, avaliou o efeito da suplementação com magnésio oral na dor crónica da eritromelalgia ($n = 13$). No primeiro caso descrito,

correspondente ao próprio autor, este procedeu à suplementação oral de diferentes formulações de magnésio, com aumento gradual da dose conforme tolerância, obtendo resolução completa da sintomatologia ao fim de um ano de suplementação. Segue-se a descrição de 12 outros casos, com resultados auto-reportados usando uma escala qualitativa (ligeiro = melhoria ligeira, mas significativa dos sintomas; moderado = melhoria considerável dos sintomas e alguma melhoria funcional; major = controlo *major* de alguns dos sintomas e melhoria funcional marcada; remissão = ausência de sintomas). Dos 13 pacientes, oito (61,5%) reportaram melhorias, enquanto quatro pacientes não reportaram qualquer melhoria e um reportou agravamento dos sintomas. Estes pacientes receberam suplementação com magnésio por via oral de diversas formas, contudo nenhuma das formulações usadas correspondeu à do primeiro caso descrito (autor).

O autor conclui que, apesar dos resultados positivos numa patologia com dor e outros sintomas de difícil controlo, esta série de casos apresenta limitações significativas, uma vez que os resultados descritos foram obtidos através de questionários informais e não presenciais, e não através de um estudo controlado. Além disso, os pacientes usaram várias formulações e diferentes doses de magnésio, com potencial de grande variação da absorção e níveis séricos entre pacientes e produtos. A este trabalho foi atribuído nível de evidência 3 na escala SORT.

CONCLUSÃO

Relativamente aos resultados obtidos em cada um dos estudos, as três RS incluídas são consensuais em referir que a evidência existente é insuficiente para recomendar ou contraindicar a suplementação com magnésio para melhoria da dor crónica, o ECAC incluído não encontrou benefício na suplementação com magnésio (ainda que apresente qualidade metodológica limitada) e a série de casos refere que apesar dos resultados positivos obtidos em alguns dos casos, apresenta limitações metodológicas significativas.

Assim, em relação à força de recomendação, dado que a evidência disponível é orientada para o doente, ainda que escassa e de qualidade limitada, foi atribuída a força de recomendação B da escala SORT para a suplementação com magnésio na dor crónica.

Uma das limitações da presente revisão prende-se com o facto de não existir consenso quanto à dose e formulação de magnésio a administrar, nem quanto à duração da suplementação, sendo estas variáveis entre os estudos analisados. Adicionalmente, existe uma grande heterogeneidade nos estudos seleccionados, nomeadamente no que respeita à qualidade e ao desenho dos mesmos.

O corpo de evidência existente sobre o tema é de qualidade limitada, não permitindo recomendar a generalização da suplementação com magnésio para melhoria da dor crónica. São necessários mais ensaios clínicos aleatorizados e controlados, de boa qualidade científica, para responder adequadamente a esta pergunta de investigação.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. [consultado em maio de 2023] Disponível em: <https://is.gd/Ri76jr>
- 2- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7.
- 3- Aronoff GM. What Do We Know About the Pathophysiology of Chronic Pain? *Med Clin North Am*. 2016;100(1):31-42.
- 4- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Direção-Geral da Saúde [consultado em maio de 2023] Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf
- 5- Foley HE, Knight JC, Ploughman M, Asghari S, Audas R. Association of chronic pain with comorbidities and health care utilization: a retrospective cohort study using health administrative data. *PAIN*. 2021;162(11):2737.
- 6- Morel V, Pickering ME, Goubayon J, Djobo M, Macian N, Pickering G. Magnesium for Pain Treatment in 2021? *State of the Art. Nutrients*. 2021;13(5):1397.
- 7- Bentley N, Awad AJ, Patil PG. Chapter 43 - Physiology and Pathophysiology of Chronic Pain. Em: Krames ES, Peckham PH, Rezaei AR, editores. *Neuromodulation (Second Edition)*. Academic Press; 2018:565-73.
- 8- Petrenko AB, Yamakura T, Baba H, Shimoji K. The Role of N-Methyl-D-Aspartate (NMDA) Receptors in Pain: A Review. *Anesth Analg*. 2003;97(4):1108.
- 9- Meymandi MS, Keyhanfar F, Sepehri GR, Heravi G, Yazdanpanah O. The Contribution of NMDA Receptors in Antinociceptive Effect of Pregabalin: Comparison of Two Models of Pain Assessment. *Anesthesiol Pain Med*. 2017;7(3):e14602.
- 10- Urits I, Jung JW, Arngalan A, Fortier L, Anya A, Wesp B, et al. Utilization of Magnesium for the Treatment of Chronic Pain. *Anesthesiol Pain Med*. 2021;11(1):e112348.
- 11- Park R, Ho AMH, Pickering G, Arendt-Nielsen L, Mohiuddin M, Gilron I. Efficacy and Safety of Magnesium for the Management of Chronic Pain in Adults: A Systematic Review. *Anesth Analg*. 2020;131(3):764-75.
- 12- Boullis M, Boullis M, Clauw D. Magnesium and Fibromyalgia: A Literature Review. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:21501327211038433.
- 13- Schrader, Jeffrey Lynn. A double-blind randomized placebo controlled trial of magnesium oxide for alleviation of chronic low back pain. *Uniformed Services University of the Health Sciences*, 1999.
- 14- Cohen JS. High-dose oral magnesium treatment of chronic, intractable erythromelalgia. *Ann Pharmacother*. 2002;36(2):255-60.
- 15- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

As autoras declaram não existirem conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Isabel Braga Reis
17aibreis@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL:

JTN: Contribuição para a conceção e desenho do trabalho; Aquisição, análise e interpretação dos dados; Conceção do rascunho inicial e revisão deste; Aprovação da versão final; Garantia da precisão e fiabilidade do trabalho.

ABR: Contribuição para a conceção e desenho do trabalho; Aquisição, análise e interpretação dos dados; Conceção do rascunho inicial e revisão deste; Aprovação da versão final; Garantia da precisão e fiabilidade do trabalho.

RECEBIDO: 15 de setembro de 2023 | ACEITE: 6 de janeiro de 2024

O IMPACTO DAS FERRAMENTAS DIGITAIS NO TRATAMENTO DA INSÓNIA, UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

THE IMPACT OF DIGITAL CBT-I ON THE TREATMENT OF INSOMNIA DISORDER, AN EVIDENCE BASED PRACTICE

Autores:

Beatriz Nunes¹, Rita Nunes Rodrigues², Sofia Resende³

RESUMO

Introdução: Em Portugal, a insónia tem uma prevalência estimada de 10%. O tratamento de primeira linha é a terapia cognitivo-comportamental dirigida à insónia (TCC-I), no entanto há escassez de terapeutas disponíveis. O objetivo desta revisão baseada na evidência foi averiguar a eficácia das TCC-I através de meios digitais (TCC-ID) em adultos.

Métodos: Foi realizada pesquisa de metanálises, metanálises em rede (MAR), revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados (ECR) e normas de orientação clínica, publicados entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022. Termos MeSH: “cognitive behavioural therapy”, “insomnia disorder”, “telemedicine” e “digital technology”. Fontes de dados: *Cochrane Library, DARE, NICE, Direção-Geral de Saúde, Google Scholar e PubMed*.

Resultados: Foram obtidos 101 artigos e selecionados uma MAR e três ECR. A TCC-ID (*Somryst*[®]) apresenta uma probabilidade de 56% de ser o tratamento mais eficaz na insónia e uma probabilidade de 64% de ser o tratamento mais eficaz na sua remissão às 6 a 12 semanas. Em grávidas com insónia, a TCC-ID (*Sleepio*[®]) apresenta uma redução superior do score Índice de Severidade da Insónia (ISI) comparativamente com as terapias convencionais ($p = 0,08$). As taxas de remissão de insónia aos seis meses pós-parto foram superiores no grupo da TCC-ID ($p = 0,02$). Verificou-se uma melhoria no score ISI às 4 semanas ($p = 0,063$) após TCC-ID (*StudiCare Sleep-e*[®]) e às 12 semanas a diferença tornou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Tanto a TCC-I como TCC-ID apresentam impacto positivo na gravidade dos sintomas de insónia. No grupo que recebeu TCC-ID (*WeChat*[®]), houve uma melhoria estatisticamente significativa do score *Pittsburgh Sleep Quality Index* ($p < 0,001$).

Discussão: A evidência demonstra não inferioridade entre TCC-ID e TCC-I convencional em adultos. A presente revisão apresenta limitações: amostra pouco heterogénea e inclusão de aplicações em língua estrangeira.

Conclusão: A TCC-ID pode ser recomendada como alternativa à TCC-I convencional (*Strength of Recommendation Taxonomy A*).

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental; insónia crónica; tecnologia digital.

ABSTRACT

Introduction: The estimated prevalence of insomnia disorder in Portugal is 10%. The first line treatment is cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I), nevertheless there is a lack of available therapists. The aim of this evidence-based practice is to verify the efficacy of CBT-I through digital media (CBT-ID) in adults.

Methods: A search of meta-analyses, network meta-analyses (NMA), systematic reviews, randomized clinical trials (RCT) and clinical guidelines published between January 2018 and December 2022 was carried out. MeSH terms: “cognitive behavioral therapy”, “insomnia disorder”, “telemedicine” and “digital technology”. Data sources: *Cochrane Library, DARE, NICE, Directorate-General for Health, Google Scholar and PubMed*.

Results: 101 articles were obtained and one MAR and three RCT were selected. CBT-ID (*Somryst*[®]) has a probability greater than 56% of being the most effective treatment in insomnia and greater than 64% of being the most effective treatment in insomnia remission (6 to 12 weeks). In pregnant women with insomnia, there is a higher reduction of the Insomnia Severity Index (ISI) score with CBT-ID (*Sleepio*[®]) in comparison with conventional therapies ($p = 0.08$). Remission rates at six months postpartum were higher in the group receiving CBT-ID ($p = 0.02$). There was an improvement in the ISI score at four weeks ($p = 0.063$) after CBT-ID (*StudiCare Sleep-e*[®]) and at 12 weeks the difference was more evident, becoming statistically significant ($p < 0.001$). Both CBT-I and CBT-ID show a positive impact in severity of insomnia symptoms. In the group that received CBT-ID (*WeChat*[®]), there was a statistically significant improvement in the *Pittsburgh Sleep Quality Index* score ($p < 0.001$).

Discussion: The evidence demonstrates non-inferiority between CBT-ID and conventional CBT-I in adults. This review has limitations: a sample with low heterogeneity and the inclusion of applications in a foreign language.

Conclusion: CBT-ID can be recommended as an alternative to conventional CBT-I (*Strength of Recommendation Taxonomy A*).

Keywords: cognitive behavioral therapy; insomnia disorder; technology.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Conde da Lousã, ULS Amadora/Sintra

2. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Amato Lusitano, ULS Amadora/Sintra

3. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Moscavide, ULS São José

INTRODUÇÃO

A insónia é a perturbação do sono mais prevalente a nível mundial e apresenta risco significativo tanto para a saúde física como mental.¹ De acordo com os critérios da *International Classification of Sleep Disorders-third edition (ICSD-3)*, é definida como a “dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir, apesar de reunidas as circunstâncias adequadas para o sono, e com consequências na funcionalidade diurna”. Para ser definida como crónica, a insónia deve manifestar-se ao longo de três meses e pelo menos três vezes por semana.²

Segundo dados de um questionário aplicado em 2019 no âmbito da campanha “Põe o teu sono na agenda”, que incluiu 653 portugueses com idade igual ou superior a 25 anos, verificou-se que 46% dormem seis horas ou menos por dia, 21% tem insónia inicial, 32% consideram o seu sono “razoavelmente mau” ou “mau”, e 40% refere pelo menos um episódio, no último mês, de sonolência diurna com impacto nas atividades quotidianas (por exemplo, condução, refeição).³

Em dados relativos a um questionário aplicado em 1999 e em 2004 pelo Observatório Nacional de Saúde, a adultos que viviam em Portugal Continental, cerca de 19% referiu dificuldade em adormecer. No mesmo estudo, foram as mulheres a referir mais queixas de insónia, 17,5% em 1999 e 19,5% em 2004 (homens 8,9% em 1999 e 10% em 2004).⁴

No documento publicado em 2020 no *Journal of Sleep Research* e que descreve a epidemiologia da insónia em 25 países europeus é referido que em Portugal a prevalência da insónia é de 10,1%. Estima-se ainda que na Europa, em média, a prevalência da insónia seja 10,1%, sendo que os países com menor e maior prevalência são a Alemanha com 5,7% e a Rússia com 23,1%, respetivamente.¹

A fadiga é dos sintomas mais frequentes associados à insónia e apresenta importantes consequências na produtividade laboral e na capacidade funcional cognitiva. A insónia é ainda um fator de risco para depressão major, ansiedade, abuso de substâncias, hipertensão, diabetes *mellitus*, entre outras.⁵

A meta-análise de *He et al*⁶ publicada no *European Journal of Preventive Cardiology* em 2017 demonstra que pessoas que revelem sintomas como dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono, e sono não reparador apresentam maior risco de eventos cardio-cerebrovasculares futuros.

Além do impacto significativo para a saúde e bem-estar descritos, a insónia também está associada,

direta e indiretamente, a custos de saúde significativos.¹ Estima-se que Portugal tenha um custo anual de 4,1 mil milhões de euros, relacionado com a sonolência diurna excessiva.⁷

A gravidade da insónia pode ser avaliada através do Índice de Severidade da Insónia (ISI), um questionário breve e amplamente utilizado na prática clínica e em estudos científicos. A versão Europeia Portuguesa foi validada em 2020 por *Clemente et al*.⁸

Segundo a *European Insomnia Guideline*, publicada em 2019, a terapia cognitiva comportamental para a insónia (TCC-I) deve ser o tratamento de primeira linha e a terapêutica farmacológica apenas deve ser considerada se esta falhar. No entanto, existe uma lacuna na disponibilidade da TCC-I por falta de terapeutas especializados, e os psicofármacos ainda são a primeira escolha na maioria dos casos.⁹

A TCC-I é uma psicoterapia limitada no tempo e direcionada ao sono, engloba um componente comportamental (controlo dos estímulos, restrição de sono e relaxamento), combinada com a parte cognitiva (preocupações relacionadas com o sono, pensamentos recorrentes e intrusivos) e um componente educacional (higiene do sono) de forma a modificar os padrões comportamentais e os hábitos de sono que presumivelmente agravam ou perpetuam a insónia.¹⁰

Tratar a insónia com TCC-I comparativamente com o uso exclusivo de psicofármacos apresenta vantagens como, por exemplo, menor risco de efeitos secundários e atuação direta em fatores perpetuantes da insónia. Inclusivamente, estudos (qualidade baixa a moderada) demonstram que o tratamento com TCC-I é mais eficaz do que a terapêutica farmacológica a curto prazo e sugerem que esta poderá ter um efeito a longo prazo mais duradouro.¹¹

Com a evolução tecnológica, e numa tentativa de colmatar a carência em terapeutas especializados em TCC-I, foram desenvolvidas plataformas online e meios digitais com o objetivo de difundir a TCC-I. Esta alternativa terapêutica está descrita na literatura, todavia a sua eficácia não está claramente esclarecida.²

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, em 2022, 88,2% dos agregados familiares em Portugal tinham acesso à internet nas suas residências, o que representa uma percentagem muito significativa da população com recursos disponíveis para a implementação da TCC-I digital (TCC-ID).

O objetivo desta revisão baseada na evidência foi averiguar a eficácia das TCC-ID no tratamento da insónia em adultos. Estas podem ser uma possível solução para colmatar a falta de recursos humanos

(terapeutas especializados em TCC-I) e para promover a acessibilidade (ao diminuir obstáculos como, por exemplo, as despesas associadas à deslocação ao centro de saúde ou a um hospital e a incompatibilidade de horários).

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica entre 10 de fevereiro e 18 de março de 2023, nas seguintes bases de dados: *Cochrane Library*, *DARE*, *NICE*, Direção-Geral de Saúde, *Google Scholar* e *PubMed*. Foi realizada a pesquisa de metanálises, metanálises em rede (MAR), revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados (ECR) e normas de orientação clínica, em português e inglês, publicados entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022, recorrendo aos termos MeSH “*cognitive behavioural therapy*”, “*insomnia disorder*”, “*telemedicine*” e “*digital technology*”.

Foram definidos critérios de elegibilidade para a inclusão dos estudos nesta revisão, seguindo a estratégia PICO. Os estudos deveriam incluir:

P – População: adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos com critérios clínicos de insónia;

I – Intervenção: a implementação de TCC-I através de meios digitais;

C – Comparação: a comparação das TCC-ID com placebo, não intervenção ou com terapias convencionais para a insónia;

O – *Outcomes*: nos resultados, a avaliação da eficácia, ou não, das referidas intervenções mediante questionários validados como o ISI, por exemplo.

Após o processo de seleção, recorreu-se à escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Academy of Family Physicians*, para a avaliação dos estudos e atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação. Esta revisão baseada na evidência seguiu as recomendações *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) 2020. O processo de seleção e avaliação metodológica foi realizado sempre por dois dos investigadores. O terceiro elemento foi consultado quando se verificou desacordo durante o processo.

RESULTADOS

Foram obtidos 101 artigos após pesquisa. Destes, 75 foram excluídos por não cumprimento dos critérios de elegibilidade após leitura do título ou do resumo, sete artigos foram eliminados por se encontrarem repetidos e 11 foram excluídos por limitação ao acesso integral do texto por parte dos autores.

Foram selecionados oito artigos para leitura integral e destes quatro foram eliminados por não cumprirem os critérios de elegibilidade. No final, foram selecionados quatro artigos, dos quais uma metanálise em rede (MAR) e três ensaios clínicos randomizados (ECR). O processo de seleção dos artigos científicos está representado na figura 1.

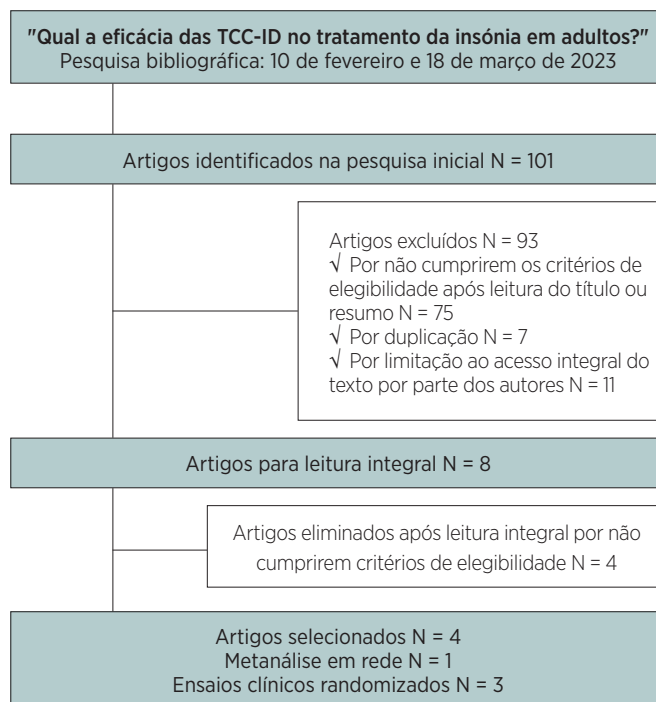


Figura 1. Processo de seleção dos artigos.

A descrição resumida dos artigos incluídos encontra-se no quadro I.

A MAR de *Forma et al*¹² (NE 1), publicada em 2022, teve como principal objetivo comparar a eficácia do único programa terapêutico digital aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) para a insónia (*Somryst*[®]) com TCC-I convencional ou fármacos aprovados pela FDA para a insónia. Esta MAR incluiu 20 estudos, dos quais 13 foram utilizados para análise em rede do impacto no ISI. Os estudos, com tempo médio de *follow-up* de 6 a 12 semanas, incluíram cerca de 3843 indivíduos (66% do sexo feminino) com idades compreendidas entre 35 e os 57 anos e que eram na sua maioria norte-Americanos e europeus (90%). Todas as intervenções incluídas nesta MAR resultaram numa melhoria numérica do score ISI às 6 a 12 semanas, comparativamente com o placebo, mas apenas a TCC-ID e a TCC-I convencional demonstraram uma melhoria estatisticamente significativa (TCC-ID diferença média no score ISI comparativamente com placebo -5,77, 95% intervalo de credibilidade [CrI] -8,53 a -3,07; TCC-I diferença média no score ISI -4,30, 95% CrI -6,32 a -2,39). Todavia, na análise de superfície

Quadro I. Descrição resumida dos estudos originais.

Referência	População	Intervenção	Resultados	NE
Forma F, et al 2022 MAR	Adultos com insónia crónica, idade média 45 anos (35-57 anos), 66% sexo feminino. 20 estudos incluídos → 13 estudos utilizados para análise em rede do impacto no ISI. Seguimento: 6-12 semanas.	<u>Grupo intervenção:</u> TCC-ID ($n = 1313$); TCC-I ($n = 357$); TCC-I e autoajuda ($n = 70$); TCC-I e eszopiclone 3 mg ($n = 548$). <u>Grupo controlo:</u> Placebo ($n = 1555$).	Todas as intervenções incluídas resultaram numa melhoria numérica do score ISI às 6-12 semanas, comparativamente com o placebo. A TCC-I convencional e a TCC-ID apresentaram melhoria numérica em relação aos restantes, mas sem significância estatística. Valor médio de melhoria do score ISI: TCC-ID vs Placebo: - 5,77; 95% CrI - 8,53 a - 3,07; TCC-I convencional vs Placebo: - 4,3; 95% CrI - 6,32 a - 2,3. SUCRA* - TCC-ID: 56% probabilidade de ser o tratamento mais eficaz. Probabilidade > 87% de ser o primeiro ou o segundo tratamento mais eficaz.	1
Felder J, et al 2022 ECR	208 participantes, grávidas (> 28 semanas de gestação) com insónia, idade média 33 anos. Seguimento: 3-6 meses pós-parto.	<u>Grupo intervenção:</u> TCC-ID (<i>Sleepio</i> ®) ($n = 105$). <u>Grupo controlo:</u> Terapias convencionais para a insónia ($n = 103$).	Redução significativa do score ISI aos 3 e 6 meses em ambos os grupos. Redução do score ISI superior no grupo da TCC-ID, mas a diferença entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa em ambos os momentos de avaliação ($p = 0,08$). Taxas de remissão superiores aos 6 meses pós-parto no grupo da TCC-ID (53% vs 35%, $p = 0,02$).	2
Spanhel K, et al 2021 ECR	81 participantes, idade média 26,8 anos (20-42 anos), 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Seguimento: 12 semanas.	<u>Grupo intervenção:</u> TCC-ID (<i>StudiCare Sleep-e</i> ®) ($n = 41$). <u>Grupo controlo:</u> sem intervenção ($n = 40$).	Às 4 semanas verificou-se uma diferença média estimada de -2,4 no score ISI entre o grupo que recebeu TCC-ID e o grupo controlo ($p = 0,063$). Às 12 semanas, a diferença média estimada de -5,6 no score ISI entre os dois grupos foi mais evidente, sendo estatisticamente significativa ($p < 0,001$).	2
Li X, et al 2022 ECR	97 participantes, estudantes universitários, idade média 20,0 anos, 73,1% sexo feminino. Seguimento: 3 semanas.	<u>Grupo intervenção:</u> TCC-ID (<i>WeChat</i> ®) ($n = 39$). <u>Grupo controlo:</u> Com insónia: medidas de higiene do sono ($n = 37$). Saudável: sem intervenção ($n = 21$).	No grupo de TCC-ID e no grupo da abordagem convencional à insónia houve uma melhoria significativa do score CPSQI ($p < 0,001$). No grupo controlo saudável, verificou-se um agravamento do score CPSQI ($p < 0,001$).	2

Legenda: CPSQI - *Pittsburgh Sleep Quality Index* versão chinesa; CrI - intervalo de credibilidade; ECR - ensaio clínico randomizado; ISI - Índice de Severidade da Insónia; MAR - meta-análise em rede; TCC-I - terapia cognitivo-comportamental para a insónia; TCC-ID - terapia cognitivo-comportamental para a insónia digital; vs - *versus*.

Nota: *SUCRA - análise de superfície sob a curva de classificação cumulativa.

sob a curva de classificação cumulativa (SUCRA) verificou-se que a TCC-ID apresenta a maior probabilidade (56%) de ser o tratamento mais eficaz tendo em consideração o valor médio de melhoria do score ISI, e apresenta uma probabilidade superior a 87% de ser o primeiro ou o segundo tratamento mais eficaz. Tanto a TCC-I convencional e a TCC-ID apresentaram vantagem numérica comparativamente aos outros tratamentos, mas esta não apresentou significância estatística (TCC-ID *versus* [vs] TCC-I diferença média no score ISI - 1,48, 95% CrI - 4,81 a 1,90; TCC-ID

vs TCC-I com autoajuda diferença média no score ISI - 3,60, 95% CrI - 9,15 a 1,82; TCC-ID vs eszopiclone diferença média no score ISI - 1,16, 95% CrI - 7,19 a 4,78). Quanto à remissão da insónia às 6 a 12 semanas, apenas a TCC-ID está associada a uma melhoria estatisticamente significativa comparativamente com o placebo (OR 12,33, 95% CrI 2,28 a 155,91). Na análise SUCRA, a TCC-ID tem a maior probabilidade de ser o tratamento mais eficaz (64%) para a remissão da insónia às 6 a 12 semanas e uma probabilidade de 90% de ser o primeiro ou segundo tratamento mais eficaz.

O ECR de *Felder et al*¹³ (NE 2), publicado em 2022, propunha-se a avaliar os efeitos da TCC-ID durante a gravidez em parâmetros subjetivos da qualidade do sono e em sintomatologia depressiva e de ansiedade, ao longo dos seis meses pós-parto. Este ECR inclui 208 participantes [na altura da seleção, grávidas com mais de 28 semanas de gestação e que cumprissem os critérios DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - versão cinco) para insónia] que apresentavam uma idade média de 33 anos. No grupo de intervenção, as participantes tiveram seis sessões semanais de TCC-ID através de uma aplicação designada *Sleepio*[®]. No grupo de controlo, as participantes tiveram acesso às terapias convencionais para a insónia (farmacológicas e não farmacológicas). No que respeita aos parâmetros referentes à insónia, aos três e aos seis meses, verificou-se que o score ISI teve uma redução significativa em ambos os grupos de intervenção (TCC-ID vs TCC-I aos três meses pós-parto comparativamente com os valores base - 0,67 vs - 0,53, IC 95% - 0,36 a 0,08; TCC-ID vs TCC-I aos seis meses pós-parto comparativamente com os valores base - 0,53 vs - 0,36, IC 95% - 0,33 a 0,00) o que se traduziu numa melhoria da insónia. A redução do score ISI para TCC-ID foi superior ao observado nas TCC-I, mas a diferença entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa em ambos os momentos de avaliação ($p = 0,08$). As doentes randomizadas para a TCC-ID tiveram taxas de remissão superiores comparativamente às do grupo de TCC-I, aos seis meses pós-parto (aproximadamente 53% vs 35%, $p = 0,02$).

O ECR de *Spanhel et al*¹⁴ (NE 2), publicado em 2021, procurou avaliar a eficácia e a aceitabilidade de TCC-ID em estudantes universitários internacionais em várias universidades de língua alemã. Foram recrutados por via online 81 participantes dos quais 50% eram do sexo masculino e 50% do sexo feminino e que apresentavam idades compreendidas entre os

20 e os 42 anos. Neste ECR, o grupo de intervenção recebeu TCC-ID através de uma aplicação designada *StudiCare Sleep-e*[®] durante três semanas, ao passo que o grupo de controlo não recebeu qualquer intervenção. Após a intervenção, foram avaliados os scores ISI dos participantes em dois momentos, às quatro e às 12 semanas após a randomização. Às quatro semanas, verificou-se uma diferença média estimada de - 2,4 (IC 95%, - 4,9 a 0,1) no score ISI entre o grupo que recebeu TCC-ID e o grupo sem intervenção ($p = 0,063$). Às 12 semanas, essa melhoria foi mais evidente (- 5,6; IC 95%, - 8,5 a - 2,7) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

O ECR de *Li et al*¹⁵ (NE 2), publicado em 2022, teve como principal objetivo avaliar a eficácia de TCC-ID em vários parâmetros de qualidade do sono e em outros parâmetros (fadiga, flexibilidade cognitiva, qualidade de vida). Neste ECR participaram 97 estudantes universitários, com idade média de 20 anos, e que eram maioritariamente o sexo feminino (73,1%). Os participantes foram divididos em dois grupos, participantes com perturbações do sono e participantes saudáveis. Os participantes saudáveis não sofreram qualquer intervenção. Os participantes com perturbações do sono foram posteriormente randomizados para um grupo de intervenção, que recebeu três semanas de TCC-ID através uma aplicação designada *WeChat*[®], e para um grupo de controlo, que recebeu uma abordagem convencional à insónia (através de educação para medidas de higiene do sono). Tanto no grupo que recebeu TCC-ID como no grupo da abordagem convencional à insónia, houve uma melhoria significativa do score *Pittsburgh Sleep Quality Index* versão Chinesa (CPSQI) ($p < 0,001$). Por outro lado, no grupo de controlo saudável, verificou-se um agravamento do score CPSQI ($p < 0,001$).

No quadro II encontram-se resumidas as características das aplicações digitais utilizadas nos estudos analisados.

Quadro II. Características das aplicações digitais nos estudos analisados.

Somryst [®]	Descrição	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação digital disponível por prescrição médica - Disponibiliza intervenção cognitivo comportamental - Tratamento de insónia crónica mediante a melhoria dos sintomas de insónia - Programa de 6 a 9 semanas
	Indicações	<ul style="list-style-type: none"> - Idade igual ou superior a 22 anos - Insónia crónica - Capacidade de ler e compreender inglês - Acesso regular a dispositivo móvel (por exemplo, telemóvel, <i>tablet</i>) - Facilidade na utilização de aplicações móveis - Acesso a Internet - Supervisão por profissional de saúde

Somryst®	Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> - Qualquer patologia que sofra agravamento por restrição de sono (pe. perturbação afetiva bipolar, esquizofrenia, patologia do foro psicótico) - Síndrome da Apneia do Sono não tratada - Parassónias - Epilepsia - Gravidez - Elevado risco de queda - Qualquer patologia degenerativa ou instável que pode sofrer agravamento por restrição do sono - Profissões de risco (p.e, operadores de máquinas pesadas, controladores aéreos, condutores de pesados ou passageiros, motoristas)
	Preço e disponibilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Disponível apenas nos EUA - O preço inicial começa nos 100 dólares para doentes elegíveis
Sleepio®	Descrição	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação terapêutica digital - Melhoria da qualidade do sono e tratamento da insónia - Terapêutica adjuvante para a insónia crónica, deve ser usada sob supervisão de profissional de saúde - Programa de 6 semanas, que inclui sessões semanais com um especialista do sono associadas a material didático disponível e rede de suporte online
	Indicações	<ul style="list-style-type: none"> - Idade igual ou superior a 18 anos - Dificuldade em dormir ou sintomas de insónia - Saúde física e mental estável - Compreende e lê em inglês - Acesso regular a computador ou dispositivos móveis - Acesso periódico a internet
	Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes pessoais de: perturbação afetiva bipolar, esquizofrenia, sintomatologia psicótica, ideação suicida - Antecedentes de epilepsia ou convulsões - Patologias do sono, incluindo síndrome da apneia - Sonolência diurna excessiva - Elevado risco de queda - Gravidez - Qualquer patologia degenerativa ou instável que pode sofrer agravamento por restrição do sono - Profissões de risco (pe. operadores de máquinas pesadas, controladores aéreos, condutores de pesados ou passageiros, motoristas)
	Preço e disponibilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Disponível nos EUA, Reino Unido e outros países (Portugal não incluído) - Gratuito
StudiCare Sleep-e®	Descrição	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção não guiada mediante acesso a internet, baseada em TCC-I - Programa de 3 semanas, que inclui módulos semanais de 30 minutos
	Indicações	<ul style="list-style-type: none"> - Idade igual ou superior a 18 anos - Dificuldade em dormir ou sintomas de insónia - Compreende e lê em inglês - Acesso regular a computador ou dispositivos móveis - Acesso periódico a internet
	Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> - Patologia em período de agudização - Utentes sob psicoterapia
	Preço e disponibilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Disponível mediante inscrição - Gratuito
WeChat®	Descrição	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção não guiada mediante uma aplicação móvel, baseada em TCC-I - Programa de 3 semanas, que inclui módulos semanais e material didático disponível na aplicação
	Indicações	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto experimental: não aprovado para a população em geral nem disponibilizado
	Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto experimental: não aprovado para a população em geral nem disponibilizado
	Preço e disponibilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Não disponível - Gratuito

DISCUSSÃO

A insónia tem um impacto significativo na qualidade de vida, muitas vezes negligenciado, e a sua orientação de forma menos adequada aumenta o impacto da doença (“*disease burden*”), incrementando os custos em saúde que lhe estão associados. A abordagem atual, em grande parte dos casos, não está de acordo com a melhor evidência científica, uma vez que a TCC-I, a primeira linha de tratamento, não está amplamente disponível pela dificuldade de acesso a sessões de terapia, recorrendo-se preferencialmente à terapêutica medicamentosa.⁹

A TCC-ID surge assim como uma possível opção para adequar a prática clínica à melhor evidência científica descrita nas *guidelines* internacionais, aumentando a acessibilidade à TCC-I.

De acordo com os estudos analisados, tanto a TCC-I convencional como a digital apresentam impacto positivo na gravidade dos sintomas de insónia (avaliada através do score ISI) (NE 1).

A implementação de TCC-I através de plataformas digitais, como a *Somryst*[®], a *Sleepio*[®], a *StudiCare Sleep-e*[®] e o *WeChat*[®], apresentou impacto positivo na gravidade dos sintomas relacionados com a insónia (recorrendo a diferentes escalas - ISI e CPSQI), a curto e longo prazo (três semanas a seis meses), comparativamente com a não intervenção ou com intervenções convencionais (NE 1 e 2).

Também num subgrupo de utentes, grávidas com insónia, num ECR com NE 2, verificou-se que a TCC-ID apresentava uma redução superior do score ISI comparativamente com as terapias convencionais (farmacológicas e não farmacológicas), apesar desta não ter sido estatisticamente significativa, e que apresentaram taxas de remissão aos seis meses superiores. Estes resultados tornam-se relevantes para a prática clínica considerando que as grávidas são um grupo mais vulnerável a efeitos secundários da terapêutica farmacológica, o que limita a sua utilização.

De acordo com a evidência disponível, a TCC-ID, isto é, a TCC-I implementada através de plataformas ou aplicações digitais, pode ser recomendada como opção terapêutica válida de primeira linha em casos de insónia nos quais não se encontre disponível ou não exista acesso a TCC-I convencional (SORT A). A evidência atual demonstra uma não inferioridade entre a TCC-I aplicada por via digital e a TCC-I convencional na população adulta.

A presente revisão apresenta algumas limitações que poderão influenciar a recomendação destas plataformas digitais no tratamento da insónia:

1. Amostra pouco heterogénea:
 - a. Predominância de indivíduos de sexo

feminino: nesta revisão foi avaliada uma população que inclui maioritariamente adultos do sexo feminino, sendo que os resultados obtidos poderão ter sido influenciados por este viés, não sendo representativos de toda a população de utentes com insónia.

- b. Predominância de indivíduos jovens: foram incluídos estudos cuja população apresentava idade compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Os estudos selecionados, todavia, na sua maioria incluíam indivíduos na faixa etária dos 20 aos 33 anos.

2. Inclusão na revisão de aplicações para TCC-ID em língua estrangeira: a maioria das aplicações ou plataformas digitais de TCC-I avaliadas eram em língua inglesa ou outra, o que limita a sua utilização em indivíduos que não falem essas línguas. Plataformas de TCC-ID em língua portuguesa não foram incluídas e, ainda que existentes, ainda não se encontram validadas para a população portuguesa.

Futuramente, será necessária a realização de investigação adicional nesta área de forma a averiguar a eficácia mantida da TCC-ID a longo prazo. Apesar da insónia ser mais prevalente na população idosa, esta revisão apenas incluiu adultos com menos de 65 anos, pelo que são necessários estudos da aplicação da TCC-ID nesta população. É também necessário o desenvolvimento e validação destas plataformas de TCC-ID em língua portuguesa para que esta opção terapêutica possa estar disponível em Portugal.

Ainda que o propósito principal desta revisão fosse testar a eficácia das TCC-ID e não a adesão às mesmas, reconhece-se que a adesão é um fator limitante da sua aplicabilidade. *Lancee Jaap et al*, em 2016, avaliou a preferência dos utentes em relação ao tratamento, concluindo que os utentes demonstraram uma preferência maior pela TCC-I (77,8%) do que pela TCC-ID (52,2%). Deste modo, a realização de investigação nesta área, dirigida à adesão e aos fatores que a influenciam, poderá ser uma mais valia na possível generalização da sua utilização.¹⁶

CONCLUSÃO

Com base nesta revisão, as plataformas de TCC-ID associam-se a uma melhoria dos sintomas da insónia, a curto e a longo prazo, comparativamente com o controlo quando este é placebo ou outra alternativa à TCC-I. Quando comparada com a TCC-I convencional, a TCC-ID demonstra não ser inferior. Deste modo, conclui-se que a TCC-ID poderá constituir uma alternativa válida no tratamento da insónia, quando a TCC-I convencional não se encontra acessível, particularmente na população adulta (SORT A).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, Blom K, Bothelius K, Devoto A, et al. The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: An initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. *J Sleep Res.* 2020;29(2):e12967.
- 2- Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest.* 2014;146(5):1387-94.
- 3- Quase metade dos adultos com mais de 25 anos dorme menos de seis horas por dia. Comissão de Trabalho de Patologia Respiratória do Sono da Sociedade Portuguesa de Pneumologia [consultado em março de 2023] Disponível em <https://www.sppneumologia.pt/noticias/quase-metade-dos-adultos-com-mais-de-25-anos-dorme-menos-de-seis-horas-por-dia>
- 4- Branco MJ. Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental. Observatório Nacional de Saúde: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2006.
- 5- Liang S, Mao H, Yang J, Deng W, Cao B, Yu Z, et al. Digital cognitive behavior therapy for insomnia improving sleep quality: a real-world study. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):768.
- 6- He Q, Zhang P, Li G, Dai H, Shi J. The association between insomnia symptoms and risk of cardio-cerebral vascular events: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Prev Cardiol.* 2017;24(10):1071-82.
- 7- Bandeira MBCL. *The cost of poor sleep in the portuguese economy:* Universidade Católica Portuguesa; 2022.
- 8- Clemente V, Ruivo Marques D, Miller-Mendes M, Morin CM, Serra J, Allen Gomes A. The European Portuguese version of the insomnia severity index. *J Sleep Res.* 2021;30(1): e13198.
- 9- Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groseelj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675-700.
- 10- Espie CA, Emsley R, Kyle SD, Gordon C, Drake CL, Siritwardena AN, et al. Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(1):21-30.
- 11- Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2012 May 25;13:40. doi: 10.1186/1471-2296-13-40. PMID: 22631616; PMCID: PMC3481424.
- 12- Forma F, Pratiwadi R, El-Moustaid F, Smith N, Thorndike F, Velez F. Network meta-analysis comparing the effectiveness of a prescription digital therapeutic for chronic insomnia to medications and face-to-face cognitive behavioral therapy in adults. *Curr Med Res Opin.* 2022;38(10):1727-38.
- 13- Felder JN, Epel ES, Neuhaus J, Krystal AD, Prather AA. Randomized controlled trial of digital cognitive behavior therapy for prenatal insomnia symptoms: effects on postpartum insomnia and mental health. *Sleep.* 2022;45(2).
- 14- Spanhel K, Burdach D, Pfeiffer T, Lehr D, Spiegelhalter K, Ebert DD, et al. Effectiveness of an internet-based intervention to improve sleep difficulties in a culturally diverse sample of international students: A randomised controlled pilot study. *J Sleep Res.* 2022;31(2):e13493.
- 15- Li X, Liu H, Kuang M, Li H, He W, Luo J. Effectiveness of Digital Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Insomnia: Spillover Effects of dCBT. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(15).
- 16- Lancee, J., van Straten, A., Morina, N., Kaldò, V., & Kamphuis, J. H. (2016). Guided Online or Face-to-Face Cognitive Behavioral Treatment for Insomnia: A Randomized Wait-List Controlled Trial. *Sleep*, 39(1), 183-191.

AGRADECIMENTOS

Às médicas Rita Loura e Nelylena Batista Costa.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Beatriz Nunes
beatriz.ladeira.nunes@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL:

BN: Desenho da revisão; Pesquisa; Análises de resultados; Elaboração e revisão do artigo.

RNR: Desenho da revisão; Pesquisa; Análise de resultados; Elaboração e revisão do artigo.

SR: Elaboração e revisão do artigo.

RECEBIDO: 4 de agosto de 2023 | ACEITE: 3 de fevereiro de 2024

COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA E SEGURANÇA ENTRE O TRATAMENTO COM DAPOXETINA E OUTROS ISRSS/CLOMIPRAMINA EM INDIVÍDUOS COM EJACULAÇÃO PREMATURA

COMPARISON OF EFFICACY AND SAFETY BETWEEN TREATMENT WITH DAPOXETINE AND OTHER SSRIS/CLOMIPRAMINE IN INDIVIDUALS WITH PREMATURE EJACULATION

Autores:

Melani Morais Noro¹, Ana Isabel Vasques², Beatriz Pereira³, Cláudia G. Silva¹, Daniel Santos Silva⁴

RESUMO

Introdução: A ejaculação prematura (EP) é a disfunção sexual masculina mais comum, afetando cerca de 21-39% dos homens em idade ativa, mundialmente. A dapoxetina é o único fármaco oral aprovado para o tratamento da EP. Todos os restantes fármacos são usados *off-label*. O objetivo deste trabalho consiste em comparar a eficácia e segurança do uso de fármacos *off-label* (outros inibidores seletivos da recaptção serotonina e clomipramina) com a dapoxetina, no tratamento de indivíduos com EP.

Métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos utilizando a associação de termos ((("selective serotonin reuptake inhibitors [MeSH]) OR "clomipramine" [MeSH]) AND "premature ejaculation"[MeSH]) AND "dapoxetine" [Supplementary Concept]. A escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) foi aplicada para avaliação dos níveis de evidência (NE) e da força de recomendação.

Resultados: Dos 71 artigos obtidos, foram incluídos quatro artigos: dois ensaios clínicos randomizados, um ensaio clínico e um estudo de coorte. Quanto ao NE de cada estudo, dois foram considerados como NE 1 e os outros dois com NE 2. Os estudos não demonstraram diferença estatisticamente significativa da eficácia entre a dapoxetina 30 mg e os tratamentos *off-label*, sendo que um estudo mostrou superioridade da dapoxetina 60 mg em relação aos restantes. Relativamente à segurança, apenas um estudo mostrou haver uma incidência superior de efeitos adversos com os tratamentos *off-label*.

Discussão: A maioria dos estudos mostrou não existir uma superioridade de nenhum tratamento, à exceção da dapoxetina 60 mg. No entanto, os estudos apresentam significativa heterogeneidade e algumas limitações nos métodos utilizados e, por conseguinte, pouca robustez na evidência apresentada e na comparação entre os dois tratamentos.

Conclusão: São necessários mais ensaios, de maiores dimensões e metodologia rigorosa para inferir sobre tratamentos alternativos na EP, atribuindo-se, assim, uma força de recomendação grau B.

Palavras-chave: ejaculação prematura; dapoxetina; inibidores seletivos da recaptção da serotonina; clomipramina.

ABSTRACT

Introduction: Premature ejaculation (PE) is the most common male sexual dysfunction, affecting approximately 21-39% of men in their active age worldwide. Dapoxetine is the only oral drug approved for the treatment of PE, with all the other drugs being used off-label. The aim of this study is to compare the efficacy and safety of off-label drugs (other selective serotonin reuptake inhibitors and clomipramine) with dapoxetine in the treatment of individuals with PE.

Methods: A literature research was conducted using the combination of the terms: ((("selective serotonin reuptake inhibitors [MeSH]) OR "clomipramine" [MeSH]) AND "premature ejaculation" [MeSH]) AND "dapoxetine" [Supplementary Concept]. The *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) scale was applied to assign the levels of evidence (LOE) and the strength of recommendation.

Results: Out of the 71 articles found, four articles were included: two randomized clinical trials, one clinical trial and one cohort study. Regarding the LOE of each study, two were classified as LOE 1, and the other two as LOE 2. The studies did not demonstrate a statistically significant difference in efficacy between dapoxetine 30 mg and off-label treatments, except for one study that showed superiority of dapoxetine 60 mg compared to others. As for safety, only one study presented a higher incidence of adverse effects with off-label treatments.

Discussion: Most studies showed no superiority of any treatment, except for dapoxetine 60 mg. However, the studies exhibit significant heterogeneity and some limitations in the methods used, resulting in limited robustness in the presented evidence and in the comparison between the two treatments.

Conclusion: More extensive and rigorously designed trials are needed to draw conclusions about alternative treatments for PE. A grade B strength of recommendation was assigned.

Keywords: premature ejaculation; dapoxetine; selective serotonin reuptake inhibitors; clomipramine.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Carolina Beatriz Ângelo, ULS Guarda

2. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, UCSP Guarda, ULS Guarda

3. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Escariz, ULS Entre Douro e Vouga

4. Médico indiferenciado, ULS Guarda

INTRODUÇÃO

A ejaculação prematura (EP) é a disfunção sexual masculina mais comum, afetando 21-39% dos homens em idade ativa a nível mundial. Muitas vezes, os doentes não procuram ajuda médica, ou por dificuldade em aceitar o diagnóstico, ou pela crença de que não há tratamento disponível.^{1,2}

A Sociedade Internacional de Medicina Sexual definiu EP como uma tríade de sintomas: (i) a ejaculação ocorre sempre ou quase sempre antes, ou até um minuto, após a penetração vaginal, ou um período de latência ejaculatório inferior a três minutos; (ii) incapacidade de protelar a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais; e (iii) um impacto negativo no homem (mal-estar psicológico, aborrecimento, frustração e evicção de relações sexuais).²⁻⁴

A EP pode ser classificada em EP primária ou secundária. A EP primária tem início na primeira relação sexual, mantendo-se durante toda a vida, e está associada a fatores genéticos. A EP secundária surge após uma vivência sexual prévia normal e está relacionada com fatores endócrinos, urológicos e neurológicos, bem como, mal-estar psicológico.¹ A etiologia da EP não está devidamente estabelecida, sendo aceites várias hipóteses como perturbação de ansiedade, hipersensibilidade peniana e disfunção dos recetores da 5-hidroxitriptamina (5-HT).⁴ A serotonina está envolvida no controlo ejaculatório, inibindo a ejaculação ao atuar nos recetores 5-HT1b e 5-HT2c do sistema nervoso central.^{2,4}

O tempo de latência ejaculatório intravaginal (TLEI) define-se como o período desde a penetração vaginal até à ejaculação intravaginal. Este é, muitas vezes, usado como método quantitativo da resposta ao tratamento, bem como, forma de comparar a eficácia dos mesmos nos diversos ensaios clínicos.^{2,4}

De acordo com a Associação Europeia de Urologia, o tratamento farmacológico deve ser o tratamento de primeira linha, após exclusão de causas secundárias que possam causar EP.⁴ Várias terapias comportamentais podem ser benéficas no tratamento de EP mais ligeira ou transitória. A psicoterapia também deve ser considerada numa fase inicial ou como tratamento adjuvante.⁴ A dapoxetina (30 e 60 mg), potente inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS), foi o primeiro fármaco oral a ser aprovado para o tratamento da EP em 66 países, incluindo Portugal.⁵ Os anestésicos tópicos (lidocaína e prilocaína) foram também aprovados na União Europeia. Todas as restantes medicações são usadas *off-label*, como outros ISRSs; a clomipramina, antidepressivo tricíclico com elevada ação serotoninérgica; tramadol; inibidores da fosfodiesterase tipo 5, entre outros.^{4,6} Os efeitos adversos dos ISRSs de longa duração são uma preocupação na prescrição destes fármacos a longo

prazo.⁷ Os principais efeitos adversos são diminuição da libido, disfunção erétil, desconforto gastrointestinal, cefaleias, tonturas, náuseas, fadiga, xerostomia, oscitação e elevada probabilidade de interação com outros fármacos.^{3,7} A terapêutica on-demand (OD) é preferível na EP, uma vez que, diminui a prevalência destes efeitos adversos, como resultado da baixa dose cumulativa dos ISRSs.⁷

A dapoxetina é um ISRS de curta duração de ação, atinge o pico de concentração plasmática após 1-3 horas, o tempo de semivida é de 1,3-1,5 horas e é eliminada na totalidade ao fim de 15-19 horas.¹⁸ Estas condições são ideais para uma terapêutica OD no tratamento de EP.^{2,6} Vários ensaios clínicos demonstraram a eficácia da dapoxetina no tratamento da EP, bem como, o seu perfil de segurança.

Face ao exposto e com base na evidência científica disponível, o objetivo deste trabalho consiste em comparar a eficácia e segurança do uso de fármacos *off-label* (outros ISRSs e clomipramina) com a dapoxetina, no tratamento de indivíduos com EP.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de todos os artigos publicados até cinco de setembro de 2023 que correspondem à associação de termos ((("selective serotonin reuptake inhibitors [MeSH]) OR "clomipramine" [MeSH]) AND "premature ejaculation" [MeSH]) AND "dapoxetine" [Supplementary Concept]). Pesquisaram-se meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos, estudos observacionais e normas de orientação clínica. As bases de dados utilizadas foram a *The Cochrane Library*, *MEDLINE/PubMed*, *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*, *National Guideline Clearinghouse (NGC)* e *Guidelines Finder da National Electronic Library for Health* do NHS Britânico.

Esta pesquisa foi realizada pelos autores, tendo sido feita uma divisão dos artigos pelos mesmos e, posteriormente, realizada uma revisão interpares.

Foram incluídos artigos publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, que respeitassem os seguintes critérios de elegibilidade - população: homens com diagnóstico de EP; intervenção: utilização de tratamentos *off-label* (outros ISRSs e clomipramina); comparação: utilização de dapoxetina; *outcome*: eficácia (TLEI) e segurança (incidência de efeitos adversos).

Foram definidos como critérios de exclusão: estudos que não cumprissem os critérios de inclusão definidos, artigos duplicados, inacessíveis, artigos sem metodologia explícita e estudos redigidos em outras línguas para além das definidas. Excluíram-se igualmente estudos já incluídos em revisões sistemáticas ou nas meta-análises.

A escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) foi aplicada para avaliação do nível de evidência (NE) e da força de recomendação.

RESULTADOS

Da pesquisa inicial, obteve-se um total de 71 artigos (55 na *PubMed*, 16 na *The Cochrane Library* e zero nas restantes bases de dados pesquisadas). Destes, 15 foram excluídos por serem duplicados e oito por se encontrarem escritos noutros idiomas. Após a leitura do título, foram excluídos 33 artigos. Com a leitura do *abstract*, foram excluídos mais oito artigos. Por último, após a leitura integral, foram excluídos três artigos. Desta forma, foram selecionados quatro artigos para análise: dois ensaios clínicos randomizados, um ensaio clínico e um estudo observacional/coorte. O processo de seleção dos estudos incluídos está representado no fluxograma da figura 1.

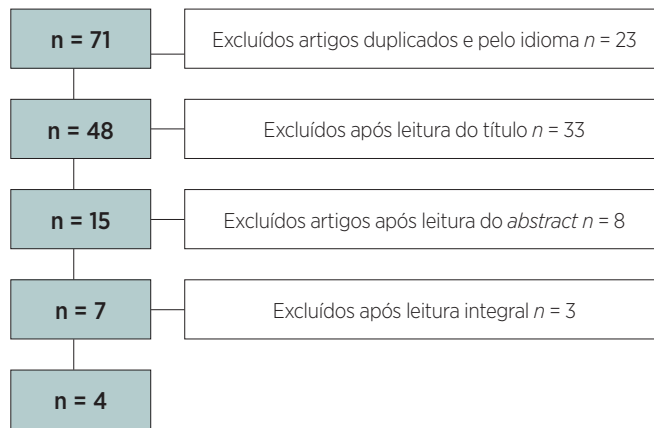


Figura 1. Fluxograma do processo de pesquisa bibliográfica.

A descrição resumida dos artigos científicos selecionados, bem como as suas principais conclusões, encontram-se resumidas no quadro I.

Quadro I. Descrição e avaliação dos estudos selecionados.

Referência	População	Metodologia	Intervenção	Resultados	NE
Sahan A. et al (2020)	Homens dos 24-50 anos com EP (n = 120).	Ensaio clínico randomizado.	Estudo inclui quatro grupos: sertralina 50 mg OD; sertralina 100 mg OD; dapoxetina 30 mg OD; sertralina 50 mg toma diária. Duração: oito semanas.	TLEI: melhoria em todos os grupos (p < 0,05). A sertralina 50 mg toma diária e a sertralina 100 mg OD tiveram efeitos semelhantes entre si, tendo sido mais eficazes do que a sertralina 50 mg OD e a dapoxetina 30 mg (mas sem diferenças estatisticamente significativas). As diferenças entre o grupo da sertralina 50 mg OD e da dapoxetina 30 mg OD não foram estatisticamente significativas (p > 0,05). EA: EA mais frequentes foram gastrointestinais (náuseas e diarreia) e do sistema nervoso central (tonturas, cefaleias). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em termos de efeitos adversos leves e moderados (p > 0,05). Os abandonos do estudo verificaram-se em todos os grupos: sertralina 50 mg OD (náuseas, n = 1); sertralina 100 mg OD (problemas de sono, n = 1; oscitação, n = 1); dapoxetina 30 mg OD (náuseas, n = 1); sertralina 50 mg diária (problemas de sono, n = 1; fadiga, n = 1).	1
Rad H. et al (2021)	Homens dos 20-50 anos com EP (n = 120).	Ensaio clínico randomizado.	Estudo inclui quatro grupos, dos quais: dapoxetina 30 mg OD; paroxetina 20 mg toma diária. Duração: quatro semanas.	TLEI: sem diferença estatisticamente significativa entre dapoxetina 30 mg e paroxetina 20 mg (204,4 ± 82 vs 208,8 ± 65,1), em qualquer idade. EA: dapoxetina 30 mg - cefaleias, distúrbios de sono, náuseas, vertigem e fadiga; paroxetina 20 mg - cefaleias, distúrbios de sono, náuseas e vômitos. Sem diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.	1
Simsek A. et al (2014)	Homens dos 30-36 anos com EP (n = 150).	Ensaio clínico.	Estudo inclui três grupos: dapoxetina 30 mg OD; dapoxetina 60 mg OD; paroxetina 20 mg toma diária. Duração: quatro semanas.	TLEI: em relação ao valor basal, aumento estatisticamente significativo em todos os grupos, semelhante com dapoxetina 30 mg e paroxetina 20 mg (117%; p < 0,01) e maior com dapoxetina 60 mg (170%, p < 0,01); diferença estatisticamente significativa entre o grupo tratado com dapoxetina 60 mg e os grupos tratados com paroxetina 20 mg (p < 0,01) e dapoxetina 30 mg (p < 0,05). EA: paroxetina 20 mg - oscitação, acatisia e sonolência (n = 17); dapoxetina 30 mg - cefaleia, náuseas e oscitação (n = 7); dapoxetina 60 mg - tonturas, cefaleias, náuseas e oscitação (n = 18). No grupo da paroxetina, 14% (n = 7) dos participantes abandonaram o estudo por alterações de humor e sonolência.	2

Referência	População	Metodologia	Intervenção	Resultados	NE
Verze P. et al. (2016)	Homens dos 17-81 anos com EP e que tenham recebido terapêutica oral para essa condição ($n = 7545$).	Estudo de coorte.	Estudo inclui dois grupos: dapoxetina 30-60 mg; TOA. Duração: 16 semanas.	EA: incidência de EA superior no grupo com TOA nas seguintes categorias: - neurocognitivos: tonturas, fadiga e sonolência (dapoxetina 1,9% vs TOA 4,7%; $p < 0,001$); - relacionados com o humor: (dapoxetina 0,4% vs TOA 1,1%; $p < 0,001$); - urogenitais e relacionados com a função sexual (dapoxetina 0,4% vs TOA 0,8%; $p = 0,04$). Nas restantes categorias não houve diferença estatisticamente significativa: - cardiovasculares: tonturas, taquicardia, hipotensão (dapoxetina 1,6% vs TOA 1,3%; $p = 0,34$); - lesão acidental (0,1% para ambos; $p = 0,95$).	2

Legenda: NE – nível de evidência; EP – ejaculação prematura; OD – *on-demand*; TLEI – tempo de latência ejaculatório intravaginal; EA – efeitos adversos; TOA – tratamento oral alternativo; VS – *versus*.

Sahan A. et al.

O ensaio clínico randomizado (ECR) *Comparison of the safety and efficacy of the on-demand use of sertraline, dapoxetine, and daily use of sertraline in the treatment of patients with lifelong premature ejaculation: A prospective randomised study*, realizado em 2020, incluiu 120 homens com idades compreendidas entre os 24 e 50 anos já diagnosticados com EP. O estudo, com a duração de oito semanas, teve como objetivo estabelecer uma comparação da eficácia e do perfil de segurança entre a dapoxetina e a sertralina OD, bem como do uso diário de sertralina. O estudo dividiu os participantes em quatro grupos de 30 pessoas, sendo que o primeiro grupo foi tratado com 50 mg de sertralina OD; o segundo grupo com 100 mg de sertralina tomada OD; o terceiro grupo recebeu 30 mg de dapoxetina OD, e, por fim, o quarto grupo recebeu 50 mg de sertralina toma diária. Todos os pacientes foram informados da necessidade de ter relações sexuais pelo menos duas vezes por semana durante a duração do estudo.

Este estudo observou que, após o tratamento, todos os grupos registaram um aumento estatisticamente significativo do TLEI ($p < 0,05$). De acordo com os resultados, a sertralina 50 mg diária e a toma de sertralina 100 mg OD tiveram efeitos semelhantes entre si ($196,7 \pm 115,5$ vs $173,3 \pm 97,0$), sendo ambas opções mais eficazes do que a dapoxetina 30 mg e a sertralina 50 mg OD ($93,7 \pm 53,5$ vs $100,5 \pm 54,4$), embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Além disso, as diferenças entre o grupo da sertralina 50 mg OD e da dapoxetina 30 mg OD também não foram estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

No que diz respeito aos efeitos adversos, os mais comuns foram os gastrointestinais, nomeadamente náuseas e diarreia, bem como sintomas do sistema nervoso central (fadiga, problemas de sono, tonturas

e cefaleias), sendo que o estudo concluiu não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos ($p > 0,05$). Outro resultado importante diz respeito aos abandonos devido a efeitos adversos severos, que surgiram em todos os grupos - sertralina 50 mg OD (náusea, $n = 1$); sertralina 100 mg OD (problemas de sono, $n = 1$; oscitação, $n = 1$); dapoxetina 30 mg OD (náuseas, $n = 1$) e sertralina 50 mg diária (problemas de sono, $n = 1$; fadiga, $n = 1$) - num total de seis abandonos no estudo.

Os autores da presente revisão atribuíram a este ECR um NE 1.

Rad HM. et al.

O ECR, *Comparison of Dapoxetine /Tadalafil and Paroxetine/Tadalafil Combination Therapies for the Treatment of the Premature Ejaculation: A Randomized Clinical Trial*, realizado em 2021, comparou a eficácia da dapoxetina e da paroxetina em monoterapia no tratamento da EP. Além disso, os autores estudaram o perfil de segurança e efeitos adversos destes tratamentos. Um dos grupos foi tratado com 30 mg de dapoxetina OD e outro com 20 mg paroxetina de toma diária. Este estudo tinha ainda dois outros grupos cujo tratamento incluiu o tadalafil e que, por isso, ficaram fora do âmbito deste artigo.

Relativamente ao TLEI, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre dapoxetina 30 mg e paroxetina 20 mg ($204,4 \pm 82$ vs $208,8 \pm 65,1$) após quatro semanas de *follow-up*, para qualquer idade.

No que diz respeito a efeitos adversos, também não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Ambos os grupos apresentaram cefaleias, distúrbios do sono e náuseas; o grupo da paroxetina relatou ainda vômitos e no da dapoxetina houve registo de vertigem e fadiga.

A este ECR, os autores atribuíram um NE 1.

Simsek A. et al.

O ensaio clínico *Comparison of paroxetine and dapoxetine, a novel selective serotonin reuptake inhibitor in the treatment of premature ejaculation*, realizado em 2014, incluiu 150 homens com idades compreendidas entre os 30 e os 36 anos, com o diagnóstico de EP. Pretendeu comparar o efeito da dapoxetina e da paroxetina no TLEI, bem como, os respetivos perfis de segurança. Neste estudo, os participantes foram divididos em três grupos de 50 indivíduos cada e seguidos durante um mês após o início do tratamento. O primeiro grupo foi tratado com 30 mg de dapoxetina OD, o segundo grupo com 60 mg de dapoxetina OD e o terceiro grupo recebeu 20 mg de paroxetina de toma diária.

Comparando o valor basal do TLEI com o seu valor pós-tratamento, verificou-se um aumento estatisticamente significativo em todos os grupos, tendo este sido semelhante com a dapoxetina 30 mg e a paroxetina 20 mg (117%; $p < 0,01$) e maior com dapoxetina 60 mg (170%; $p < 0,01$). A melhoria do TLEI não se revelou estatisticamente significativa entre os grupos da dapoxetina 30 mg e da paroxetina 20 mg ($p > 0,05$), havendo, contudo, uma diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos e o da dapoxetina 60 mg ($p < 0,05$ e $p < 0,01$, respetivamente).

No que diz respeito ao perfil de segurança, o grupo da dapoxetina 30 mg relatou cefaleia, náuseas e oscitação ($n = 7$); o grupo da dapoxetina 60 mg indicou tonturas, cefaleias, náuseas e oscitação ($n = 18$) e o grupo tratado com paroxetina 20 mg referiu oscitação, acatisia e sonolência ($n = 17$). Neste último, 14% ($n = 7$) dos participantes abandonaram o estudo por alterações de humor e sonolência.

Os autores desta revisão atribuíram a este estudo um NE 2.

Verze P. et al.

O estudo de coorte *Comparison of Treatment of Emergent Adverse Events in Men With Premature Ejaculation Treated With Dapoxetine and Alternate Oral Treatments: Results From a Large Multinational Observational Trial*, realizado em 2016, pretendeu comparar o perfil de efeitos adversos da dapoxetina com o de outros tratamentos orais alternativos (TOA), nos quais se incluíam outros ISRSs, clomipramina, tramadol e inibidores da fosfodiesterase tipo 5. Para isso, recorreram a uma coorte de doentes que tomaram pelo menos uma dose de dapoxetina ($n = 6128$) e outra que estava sob um outro TOA ($n = 1417$). Ambas as coortes foram obtidas de uma população de homens com idades entre os 17 e os 81 anos, a quem tinha sido instituído um tratamento oral para a EP.

Os resultados deste estudo revelaram uma diferença estatisticamente significativa na incidência de efeitos adversos neurocognitivos como sonolência, tonturas e fadiga de 1,9% no grupo da dapoxetina e 4,7% no grupo do TOA ($p < 0,001$). O mesmo se verificou na categoria de efeitos adversos urogenitais e relacionados com a função sexual (dapoxetina 0,4% vs TOA 0,8%; $p = 0,04$) e nos efeitos adversos relacionados com o humor (dapoxetina 0,4% vs TOA 1,1%; $p < 0,001$). Nas restantes categorias, como sintomas cardiovasculares (tonturas, taquicardia e hipotensão) e lesões acidentais não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p = 0,34$ e $p = 0,95$, respetivamente).

Os autores atribuíram a este estudo observacional um NE 2.

DISCUSSÃO

Embora seja uma condição não letal, a EP acarreta um impacto negativo significativo na vida do homem, pelo que, o tratamento farmacológico deve ser considerado como primeira linha na EP primária.

Face à informação recolhida com os diferentes estudos apresentados, não se verificaram, em relação à eficácia, diferenças estatisticamente significativas entre o tratamento com dapoxetina 30 mg e os tratamentos *off-label* (outros ISRSs e clomipramina).

Contudo, no ensaio clínico de *Sahan A.*, os autores concluíram que apesar de não ter havido diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, a sertralina 100 mg OD e a sertralina 50 mg de toma diária foram os tratamentos sugeridos, porque se traduziram numa maior satisfação por parte dos doentes. Por outro lado, o ensaio clínico de *Simsek A.* mostrou um aumento do TLEI nos doentes que foram tratados com dapoxetina 60 mg e que este aumento foi estatisticamente significativo quando comparado com os outros dois grupos (dapoxetina 30 mg e paroxetina 20 mg).

No que diz respeito aos efeitos adversos, verificou-se heterogeneidade nos resultados apresentados. Os estudos de *Sahan A.*, de *Rad A.* e de *Simsek A.* concluíram que o perfil de segurança dos diferentes fármacos utilizados (e respetivas posologias) foi sobreponível, uma vez que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, *Simsek A.* e os seus colaboradores concluíram que a dapoxetina apresentou um menor perfil de efeitos adversos, propondo a dose de 60 mg para os casos severos de EP. Contraditoriamente, o estudo de coorte de *Verze P.* foi o único que mostrou diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes tratamentos, embora apenas em algumas categorias (neurocognitivos, relacionados com o

humor e urogenitais/da função sexual). No entanto, este estudo apresentava como principais limitações o facto de as coortes terem tamanhos amostrais diferentes e de a população escolhida ser heterogénea. A distribuição etária tão abrangente condiciona a variabilidade da resposta à terapêutica e o surgimento de efeitos adversos. Além disso, o TOA é heterogéneo, uma vez que incluiu não só outros ISRSs, mas também outros fármacos, como a clomipramina, o tramadol e inibidores da fosfodiesterase tipo 5.

No entanto, é importante salientar que os artigos utilizados apresentam limitações, nomeadamente o facto de em alguns deles os grupos controlo não estarem corretamente desenhados, ou de os tempos de *follow-up* serem diferentes (entre quatro e 16 semanas), o que poderá condicionar resultados díspares. Além disso, verificou-se uma grande heterogeneidade na seleção dos participantes, nomeadamente no que diz respeito à idade e comorbilidades presentes. Outras limitações incluem o baixo número de participantes por estudo e a não-avaliação da satisfação por parte do doente e/ou do casal com a melhoria do controlo da EP. Acresce a estas limitações o facto de os artigos utilizados apresentarem como critérios de diagnóstico de EP a classificação do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), aplicando o limite temporal de um a três minutos de TLEI como critério diagnóstico de EP. Esta classificação tem sido discutida pela sua reduzida inclusividade, não englobando, por exemplo, a EP subjetiva. Mais recentemente, a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), define a EP como ejaculação que ocorre antes ou num tempo muito curto após a penetração vaginal ou outra estimulação relevante, com pouco ou nenhum controlo do indivíduo. No entanto, a inexistência de um limite temporal dificulta a comparação entre os estudos que se baseiam nesta classificação.¹⁰ Todos estes fatores limitam a robustez da evidência apresentada e a comparação entre os dois tratamentos.

CONCLUSÃO

A EP é uma patologia altamente prevalente e com um elevado impacto clínico e social, nomeadamente na saúde mental do doente e no relacionamento do casal. Tendo por base os resultados dos artigos incluídos nesta revisão, parece não existir uma superioridade de nenhum tratamento, à exceção da dapoxetine 60 mg OD.

Os autores consideram que são necessários mais estudos, de maiores dimensões, com um maior tempo de seguimento e metodologia rigorosa, para inferir sobre tratamentos alternativos na EP. Adicionalmente, salientam a importância dos estudos

futuros contemplarem avaliações psicológicas rigorosas que incluam também a satisfação na melhoria do controlo da EP por parte do doente e/ou do casal.

Desta forma, os autores atribuem ao estudo uma força de recomendação B.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Liu G, Yin Y, Zhang L, He D, Yang L. Efficacy of Dapoxetine in the Treatment of Patients With Lifelong Premature Ejaculation as an Alternative to Sertraline Therapy. *Sex Med.* 2022;10(1):100473.
- 2- Simsek A, Kirecci SL, Kucuktopcu O, Ozgor F, Akbulut MF, Sarilar O, et al. Comparison of paroxetine and dapoxetine, a novel selective serotonin reuptake inhibitor in the treatment of premature ejaculation. *Asian J Androl.* 2014;16(5):725-7.
- 3- Lee HY, Pyun JH, Shim SR, Kim JH. Efficacy of Various Treatment in Premature Ejaculation: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *World J Mens Health.* 2023.
- 4- Salonia A, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC, et al. European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health-2021 Update: Male Sexual Dysfunction. *Eur Urol.* 2021;80(3):333-57.
- 5- Mirone V, Arcaniolo D, Rivas D, Bull S, Aquilina JW, Verze P, et al. Results from a prospective observational study of men with premature ejaculation treated with dapoxetine or alternative care: the PAUSE study. *Eur Urol.* 2014;65(4):733-9.
- 6- Verze P, Cai T, Magno C, Sabella F, Cucchiara V, Palmieri A, et al. Comparison of Treatment Emergent Adverse Events in Men With Premature Ejaculation Treated With Dapoxetine and Alternate Oral Treatments: Results From a Large Multinational Observational Trial. *J Sex Med.* 2016;13(2):194-9.
- 7- Sahan A, Cubuk A, Ozkaptan O, Toprak T, Ozcan T, Ertas K, et al. Comparison of the safety and efficacy of the *on-demand* use of sertraline, dapoxetine, and daily use of sertraline in the treatment of patients with lifelong premature ejaculation: A prospective randomised study. *Andrologia.* 2020;52(11):e13854.
- 8- Vieiralves RR, Favorito LA. Dapoxetine and premature ejaculation. *Int Braz J Urol.* 2023;49(4):511-4.
- 9- Mohseni Rad H, Zahirian Moghadam T, Hosseinkhani A, Nima Soluki N, Amani F. Comparison of Dapoxetine /Tadalafil and Paroxetine/Tadalafil Combination Therapies for the Treatment of the Premature Ejaculation: A Randomized Clinical Trial. *Urol J.* 2021;19(2):138-43.
- 10- Waldinger MD, Schweitzer DH. Differences between ICD-11 MMS and DSM-5 definition of premature ejaculation: a continuation of historical inadequacies and a source of serious misinterpretation by some European Regulatory Agencies (PART 2). *Int J Impot Res.* 2019;31(5):310-8.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

Não reportam quaisquer conflitos de interesse. Não existiram fontes de financiamento, públicas ou privadas.

CORRESPONDÊNCIA:

Melani Morais Noro
melani.noro@hotmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL:

MMN: Desenho do estudo; Redação e revisão do artigo.
AIVS: Redação e revisão do artigo.
BP: Desenho do estudo; Recolha de dados; Redação do artigo.
CFGs: Recolha de dados; Redação do artigo.
DSS: Redação e revisão do artigo.

RECEBIDO: 6 de novembro de 2023 | ACEITE: 23 de abril de 2024



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

zona norte

SEDE AIMGF ZONA NORTE

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