AIMGF MAGAZINE

volume 15 . nº2
Dezembro 2025
ISSN 2184-2493

editorial »

O SILÊNCIO NAS CASAS: A SOLIDÃO DOS NOSSOS IDOSOS EM TEMPOS DE NATAL

artigo de opinião »

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS: DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A MEDICINA GERAL E FAMILIAR

relato de caso »

SÍNDROME DE *SWEET* - RACIONALIZAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS, PARA ALÉM DAS RESISTÊNCIAS

CARCINOMA ESPINOCELULAR VERRUCOSO MULTIFOCAL DO PÉ - UM RELATO DE CASO

investigação »

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO FUMADORA DE UMA USF

IMPACTO DA CESSAÇÃO TABÁGICA NA SINTOMATOLOGIA DA DPOC

revisão baseada na evidência »

PROBIÓTICOS E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Associação de Internos de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte
REVISTA CIENTÍFICA

Ficha Técnica

ISSN 2184-2493

CORPO EDITORIAL

EDITORES-CHEFE:
Dr.ª Carolina Ferreira de Castro António
Dr.ª Catarina Falcão Alves

EDITORES-ADJUNTOS:
Dr.ª Ana Rita Queirós
Dr.ª Cláudia Ventura Correia
Dr.ª Carolina Pais Neto
Dr. Luís Cardoso Rocha
Dr.ª Mariana Maia Pereira
Dr.ª Nina Machado Lopes

DESIGN E GRAFISMO:
LCDdesign.pt

Periodicidade: semestral

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:
https://aimgfzonanorte.pt/submissao-de-artigo/

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***
O SILÊNCIO NAS CASAS: A SOLIDÃO DOS NOSSOS IDOSOS EM TEMPOS DE NATAL
Ana Rita Queirós, Mariana Maia Pereira

8 ***ARTIGO DE OPINIÃO***
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS: DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A MEDICINA GERAL E FAMILIAR
Carlos Franclim

10 ***RELATO DE CASO***
SÍNDROME DE *SWEET* - RACIONALIZAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS, PARA ALÉM DAS RESISTÊNCIAS
José Campelos, Maria Gomes, Alexandra Campos

13 ***RELATO DE CASO***
CARCINOMA ESPINOCELULAR VERRUCOSO MULTIFOCAL DO PÉ - UM RELATO DE CASO
Carina Soares da Silva, Tomás Mendes Soares, Filipa Correia Natal

17 ***INVESTIGAÇÃO***
PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO FUMADORA DE UMA USF
Beatriz Nunes, Hélder Vaz Batista

29 ***INVESTIGAÇÃO***
IMPACTO DA CESSAÇÃO TABÁGICA NA SINTOMATOLOGIA DA DPOC
Catarina Madeira Afonso, Marília Mira, Ana Rita Vargas, Cátia Santos, Teresa Leitão

39 ***REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA***
PROBIÓTICOS E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA
Carolina Figueiredo Rodrigues

Conselho Científico 2025

Medicina Geral e Familiar
Dr.ª Ana Catarina Camões
Dr.ª Ana Filipa Miranda
Dr.ª Ana Jacinta Abreu
Dr.ª Ana Rita Cerqueira
Dr.ª Célia Maia
Dr.ª Daniela Coelho
Dr.ª Fabiana Ribeiro Peixoto
Dr. Filipe Cabral
Dr.ª Graça Cardoso
Dr.ª Inês Macedo
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.ª Rita Correia
Dr.ª Rosana Dias
Dr.ª Sabrina Pedone
Dr.ª Telma Lopes
Dr.ª Vera Lúcia Teixeira

Gastroenterologia
Dr. Rui Gaspar

Ginecologia/Obstetrícia
Dr.ª Rita Vasconcelos

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. Paulo Sousa Martins
Dr. Silvério Macedo

O SILÊNCIO NAS CASAS: A SOLIDÃO DOS NOSSOS IDOSOS EM TEMPOS DE NATAL

Ana Rita Queirós[1,3], Mariana Maia Pereira[2,3]
[1] Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Garcia de Orta, ULS Santo António
[2] Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Uma Ponte para a Saúde, ULS Médio Ave
[3] Membro do Corpo Editorial da AIMGF Magazine

Quando as luzes se acendem nas ruas, há portas que permanecem fechadas. O Médico de Família, mais do que ninguém, conhece quem lá está dentro.

O mês de dezembro traz consigo a promessa de reencontros, partilhas e luzes que se multiplicam nas ruas e nas janelas. Mas, por detrás de algumas cortinas, o Natal chega envolto em silêncio. São muitos os idosos que vivem sozinhos, afastados da família ou simplesmente esquecidos pelo tempo e que encontram, nesta época do ano, o eco ainda mais intenso da ausência.

Nos Cuidados de Saúde Primários, somos muitas vezes os únicos a atravessar essas portas. O Médico de Família encontra-se numa posição privilegiada para reconhecer a solidão, não apenas como um dado social, mas também como um determinante de saúde. Ela manifesta-se de forma subtil: uma tensão arterial descontrolada, uma consulta "de rotina" que se prolonga porque há mais necessidade de falar, uma insistência em marcar nova consulta apenas para "ver se está tudo bem".

O desafio nesta altura do ano é olhar para além do motivo clínico e reconhecer o contexto humano. A solidão não se trata apenas com palavras, mas começa sempre pela escuta. É muitas vezes num simples gesto - um telefonema, uma visita domiciliária, uma pergunta sobre como vai passar o Natal - que reside o verdadeiro ato de cuidar.

Enquanto médicos internos, ainda em construção do nosso olhar clínico e humano, temos a oportunidade de aprender que ser Médico de Família é também estar atento ao que não é dito. É perceber que o "só vim medir a tensão" pode esconder um pedido de companhia e que o Natal pode ser o momento ideal para relembrar o papel que temos na comunidade, o de sermos presença.

Talvez não possamos mudar todas as circunstâncias, mas podemos ser o elo que aproxima. Podemos incentivar as famílias a visitar, mobilizar equipas de Enfermagem e Assistentes Sociais, envolver juntas de freguesia, paróquias, associações locais... Pequenos gestos multiplicam-se quando partilhados.

Num tempo que valoriza o consumo e a pressa, é importante recordar que o valor essencial da Medicina Geral e Familiar é o tempo dado ao outro: o tempo de ouvir, de estar, de cuidar. E que, às vezes, o melhor presente que um idoso pode receber é alguém que bata à sua porta e diga: *"Hoje vim só ver como está."*

Linhas e iniciativas de apoio à solidão e ao envelhecimento ativo em Portugal

• **SOS Voz Amiga – 213 544 545 / 912 802 669 / 963 524 660 / 930 712 500** - Atendimento diário, das 15h30 às 00h30, para ouvir e apoiar pessoas que se encontram em sofrimento causadas por solidão, ansiedade, depressão ou risco de suicídio, oferecendo um espaço para conversar anonimamente e desabafar.

• **Linha do Cidadão Idoso: 800 20 35 31** (Chamada gratuita) – Atendimento em dias úteis, das 9h30 às 17h30, para aconselhar e informar os idosos sobre os seus direitos, direcioná-los para os serviços adequados se necessário e ajudar em situações de isolamento, solidão, violência ou outras necessidades urgentes.

• **Linha SNS 24: 808 24 24 24; opção 4** (Chamada gratuita) – Atendimento diário, 24 horas por dia para apoio psicológico e social em qualquer situação.

• **Juntas de Freguesia e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) locais** – iniciativas de visitas, ceias solidárias e voluntariado. Algumas sugestões:

- Programa Aconchego (Porto) – Programa de diálogo e solidariedade intergeracional que promove o acolhimento de estudantes do ensino superior em casas de idosos residentes no centro histórico do Porto.
- Associação Mais Proximidade (Lisboa) – Acompanhamento personalizado e de proximidade a idosos em Lisboa, nas áreas da solidão e isolamento, promoção da saúde e bem-estar e qualidade de vida no domicílio.
- O Porto é lindo! (Porto) – Organização de visitas guiadas temáticas em diferentes áreas, património e equipamentos da cidade, para pessoas com mais de 65 anos promovendo uma ocupação do seu tempo livre.
- Pedalar sem idade (iniciativa **Porto**: Porto, Matosinhos, Espinho, Vila do Conde, Esposende, Maia e iniciativa **Portugal**: Almada, Cascais, Castelo Branco, Castro Verde, Coimbra, Guimarães, Lisboa, Mafra, Sintra, Torres Vedras, Vila Franca de Xira, Vila Real de Santo António) – Passeios em bicicletas adaptadas para idosos, guiados por ciclistas voluntários, com o objetivo de combater o isolamento social.

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS: DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Carlos Franclim, MD, PhD[1,2]

[1] Teaching Assistant
General & Family Medicine | Community Medicine | Preventive Medicine
Editor-in-chief of the Portuguese Journal of General and Family Medicine

[2] **MEDCIDS | FMUP**
Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences (MEDCIDS)
Faculty of Medicine - University of Porto

A adolescência e o início da idade adulta representam momentos cruciais no ciclo de vida, marcados por profundas transformações físicas, emocionais e sociais. Estas fases são também períodos de vulnerabilidade, em que os comportamentos adotados podem ter repercussões duradouras na saúde e no bem-estar. A Medicina Geral e Familiar, pela sua natureza abrangente e pela proximidade com a comunidade, está numa posição privilegiada para intervir precocemente e de forma eficaz junto desta população.

A presente tese teve como objetivo explorar os determinantes de saúde e os comportamentos dos adolescentes e jovens adultos, com especial enfoque em áreas críticas como o consumo de substâncias psicoativas, a sexualidade, a ocupação e os tempos livres, as expectativas sobre os cuidados de saúde e as preferências no aconselhamento e nas fontes de informação. Procurou-se uma abordagem abrangente, que incluísse não apenas estudantes, mas também jovens em situação de vulnerabilidade social, e que considerasse o impacto do contexto comunitário de *stress* vivido durante a pandemia de COVID-19.

METODOLOGIA

Foram realizados três estudos observacionais transversais:

• **Estudo Morpheus** – de base populacional, envolveu 746 jovens do concelho de Paredes. Este estudo permitiu identificar determinantes sociodemográficos e comportamentais com impacto na saúde, como o sexo, a escolaridade, o estado civil, a condição de desemprego, a espiritualidade, a fonte de rendimento familiar e a perceção da saúde e da aparência física.

• **Estudo dos jovens institucionalizados** – avaliou as perspetivas de 571 jovens residentes em casas de acolhimento no Norte de Portugal, com foco nas suas preferências relativamente aos serviços de saúde. Este grupo revelou uma valorização significativa das características dos profissionais de saúde, especialmente no domínio da sexualidade.

• **Estudo pandemia COVID-19** – analisou as respostas de 3.898 jovens residentes em Portugal durante a pandemia, explorando preocupações, comportamentos e fontes de informação sobre saúde. Os resultados evidenciaram níveis elevados de *stress* e uma associação entre a credibilidade das fontes oficiais e o aumento da angústia.

Todos os estudos utilizaram questionários autoadministrados e análises estatísticas descritivas e multivariadas para identificar padrões e associações relevantes.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Os dados recolhidos revelaram a presença de comportamentos não saudáveis frequentes, como inatividade física, alimentação inadequada e iniciação precoce ao consumo de tabaco e álcool. Os jovens identificaram os pais e os amigos como os principais conselheiros em temas de saúde, relegando os profissionais para um papel secundário.

Considerando os jovens institucionalizados, a relação com os profissionais de saúde foi marcada pela valorização da comunicação, especialmente em áreas sensíveis como a sexualidade.

Durante a pandemia, os jovens mostraram-se atentos às questões de saúde pública, mas também vulneráveis ao impacto emocional das medidas

adotadas. A idade, o género e as fontes de informação foram determinantes na forma como os jovens lidaram com o *stress* e com as medidas de prevenção. Valorizaram as informações oficiais, no entanto estas últimas foram causa de *stress*.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Estes resultados têm implicações diretas na prática clínica dos médicos de família, especialmente dos internos em formação, que estão a construir a sua identidade profissional e a desenvolver competências de comunicação, empatia e abordagem centrada na pessoa.

A promoção da saúde juvenil exige mais do que conhecimento técnico. Requer escuta ativa, sensibilidade cultural, capacidade de adaptação. A consulta com um adolescente ou jovem adulto deve ser um espaço seguro, onde se possa falar abertamente sobre temas como sexualidade, consumo de substâncias, saúde mental e relações interpessoais.

A literacia em saúde continua a ser um desafio. Muitos jovens podem ainda não compreender plenamente os riscos associados a determinados comportamentos, ou ainda não se sentirem confortáveis a discutir temas importantes com profissionais. Cabe ao médico de família criar pontes, desmistificar conceitos e promover o envolvimento ativo dos jovens na gestão da sua saúde.

RECOMENDAÇÕES

Com base nos dados obtidos, recomenda-se:

• Reforço da formação dos médicos internos em comunicação com adolescentes e jovens adultos, com foco em temas sensíveis e estratégias de abordagem centrada na pessoa.

• Adaptação dos serviços de saúde às necessidades dos jovens, garantindo privacidade, flexibilidade de horários e continuidade da relação médico-utente.

• Promoção de programas comunitários de educação para a saúde, que envolvam os jovens e a restante comunidade.

• Investimento em literacia em saúde - a informação deve ser adaptada, para que seja percecionada como capacitação e não como fator de *stress*.

• Monitorização contínua dos padrões de comportamento e dos determinantes de saúde nesta faixa etária, para ajustar as intervenções às realidades emergentes.

CONCLUSÃO

A promoção da saúde em adolescentes e jovens adultos é um campo de intervenção essencial para a Medicina Geral e Familiar. Os médicos internos têm a oportunidade de desenvolver competências que farão a diferença na vida dos seus utentes, contribuindo para uma prática mais humanizada, eficaz e transformadora. A escuta, o respeito e a proximidade são tão importantes quanto os meios complementares de diagnóstico — e são elas que constroem pontes duradouras entre os jovens e os cuidados de saúde.

SÍNDROME DE *SWEET* - RACIONALIZAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS, PARA ALÉM DAS RESISTÊNCIAS

SWEET SYNDROME - ANTIBIOTIC MANAGEMENT, BEYOND RESISTANCE

Autores:
José Campelos[1], Maria Gomes[1], Alexandra Campos[1]

RESUMO

Introdução: A síndrome de *Sweet*, também conhecida como dermatose neutrofílica febril aguda, é um distúrbio inflamatório raro caracterizado pelo início súbito de febre, leucocitose e lesões cutâneas eritematosas dolorosas. É classificada em três categorias principais de acordo com a etiologia: clássica (idiopática), associada a neoplasias e induzida por fármacos.
Descrição do caso: Relatamos o caso de um doente do sexo masculino, 66 anos, que desenvolveu um quadro febril agudo, seguido por um exantema maculopapular distinto após completar um curso de cotrimoxazol. O exame objetivo, os achados laboratoriais e a análise histopatológica por biópsia *punch* confirmaram o diagnóstico de síndrome de *Sweet*. O doente apresentou uma rápida e favorável resposta à terapia com corticosteroides sistémicos.
Comentário: Este caso destaca a importância clínica de considerar a síndrome de *Sweet* induzida por fármacos no diagnóstico diferencial de exantemas febris, especialmente em doentes com exposição recente a antibióticos, permitindo o reconhecimento precoce e gestão adequada e antecipada para garantir um desfecho clínico favorável. Destaca, ainda, a importância já conhecida no uso regrado de antibioterapia, não só pela questão da resistência bacteriana implicada, mas também pela diminuição da exposição aos efeitos adversos em casos de não necessidade da mesma.

Palavras-chave: síndrome de *Sweet*; reação adversa a medicamentos; cotrimoxazol; exantema febril; racionalização de antibióticos; Medicina Geral e Familiar.

ABSTRACT

Introduction: Sweet's syndrome, also known as acute febrile neutrophilic dermatosis, is a rare inflammatory disorder characterized by the sudden onset of fever, leukocytosis, and painful erythematous skin lesions. It is classified into three main categories according to etiology: classical (idiopathic), malignancy-associated, and drug-induced.
Case description: We report the case of a 66-year-old male patient who developed an acute febrile illness followed by a distinct maculopapular exanthem after completing a course of cotrimoxazole. Clinical examination, laboratory findings, and histopathological analysis via punch biopsy confirmed the diagnosis of Sweet's syndrome. The patient showed a rapid and favorable response to systemic corticosteroid therapy.
Comment: This case highlights the clinical importance of considering drug-induced Sweet's syndrome in the differential diagnosis of febrile exanthems, especially in patients with recent exposure to antibiotics. Early recognition and prompt management are essential to ensure a favorable clinical outcome. It also reinforces the well-established importance of prudent antibiotic use, not only to reduce bacterial resistance but also to minimize unnecessary exposure to adverse drug effects in situations where antibiotics may not be needed.

Keywords: Sweet syndrome; drug-induced reaction; cotrimoxazole; febrile rash; antibiotic stewardship; Family Medicine.

1. Médico(a) Interno(a) de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Valflores, ULS São José

INTRODUÇÃO

A utilização inadequada de antibióticos continua a ser uma preocupação crescente na prática clínica atual, não apenas pela sua contribuição para o desenvolvimento de resistências antimicrobianas, mas também pelo risco de efeitos adversos inesperados e potencialmente graves. Entre estes, destaca-se a síndrome de *Sweet*, uma dermatose neutrofílica rara que pode surgir como reação a determinados fármacos, incluindo antibióticos, como descrito em diversos estudos de caso e revisões da literatura científica.[1] O seu reconhecimento precoce é essencial, dada a semelhança com outras condições febris exantemáticas e a resposta rápida à terapêutica adequada.[1]

Neste contexto, apresenta-se um caso clínico de síndrome de *Sweet* induzida por cotrimoxazol, que reforça a necessidade de uma prescrição consciente e criteriosa de antibióticos, bem como o papel do médico de família no diagnóstico diferencial de dermatoses febris.

DESCRIÇÃO DO CASO

Doente do sexo masculino, 66 anos, recorreu a uma teleconsulta particular, por sensação de febre, não objetivada, mialgias e mal-estar geral, com sete dias de evolução. Pela natureza da consulta não foi realizado exame objetivo nem pedidos meios complementares de diagnóstico e não houve acesso ao registo clínico da mesma. O doente foi medicado com cotrimoxazol, durante oito dias.

Aproximadamente uma semana após o término da antibioterapia, o doente desenvolveu de forma súbita um quadro de exantema maculopapular com febre associada (valores de temperatura máxima a atingir os 38,9ºC), altura em que recorreu a consulta de doença aguda na unidade de saúde. As lesões maculopapulares surgiram, inicialmente, na região posterior do tronco, com padrão triangular invertido e, posteriormente, espalharam-se para os membros superiores e dorso das mãos. Ao exame objetivo, observaram-se lesões eritematosas, dolorosas e não pruriginosas, compostas por pápulas e nódulos, que se apresentavam endurecidas à palpação e esbranquiçadas à compressão. O doente relatava, associadamente, agravamento das mialgias e aparecimento de artralgias generalizadas. Foi pedido estudo analítico e agendada consulta para reavaliação do quadro clínico passados três dias.

À reavaliação, mantinha a sintomatologia e analiticamente apresentava leucocitose com predomínio de neutrófilos, acompanhada por linfocitose e monocitose. O doente foi enviado ao serviço de urgência, onde foi pedida assistência da Dermatologia.

No contexto de urgência, foi realizada biópsia de uma lesão representativa e iniciada corticoterapia sistémica, para ambulatório: prednisolona 40 mg nos primeiros 10 dias, 20 mg nos 14 dias seguintes e, por fim, 10 mg nos últimos 14 dias.

Com o tratamento instituído, o doente apresentou rápida resolução da febre, melhoria dos sintomas sistémicos e regressão progressiva das lesões cutâneas nos dias subsequentes.

O resultado da biópsia demonstrou infiltração neutrofílica densa na derme superior, sem sinais de vasculite - achado compatível com síndrome de *Sweet*.[1]

Figura 1. Exantema maculopapular na consulta de reavaliação.

COMENTÁRIO

O caso clínico apresentado enfatiza a importância do reconhecimento da síndrome de *Sweet*, especialmente na sua forma induzida por fármacos. O conhecimento sobre possíveis agentes desencadeantes, como antibióticos amplamente utilizados – neste caso o cotrimoxazol – é fundamental para o diagnóstico e tratamento oportunos. A síndrome de *Sweet* induzida por fármacos é cada vez mais reconhecida, com uma lista crescente de agentes implicados: fatores de crescimento de colónias de granulócitos (G-CSF/GM-CSF), imunossupressores, antiepiléticos, anti-inflamatórios não esteroides, bem como outros antibióticos como a minociclina, trimetoprim-sulfametoxazol, nitrofurantoína, norfloxacina, ofloxacina, levofloxacina e amoxicilina com ácido clavulânico.[2,3]

Este caso clínico representa uma situação em que a decisão rápida pela antibioterapia, numa teleconsulta, sem recorrer ao exame objetivo e, eventualmente, a meios complementares de diagnóstico, pode não ser a melhor opção para o doente. O uso regrado de antibioterapia, não só pela questão da resistência bacteriana implicada, mas, também, pela diminuição da exposição aos efeitos adversos em casos

de não necessidade da mesma, traz benefícios para todos.[2,3]

Adicionalmente, reforça-se a importância de um bom sistema de referenciação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares. A observação inicial pelos colegas da Medicina Interna, no serviço de urgência, e o apoio da Dermatologia, levou ao diagnóstico atempado e à rápida instituição de terapêutica dirigida com resolução das lesões e melhoria sintomática.

Conclui-se que há ainda espaço para o crescimento na comunidade científica, bem como projetos de literacia em saúde na comunidade, sobre a utilização racionalizada de antibióticos, por razões que não só as mais comumente mencionadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Cohen PR. Sweet's syndrome - a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. Orphanet J Rare Dis. 2007;2:34.
2- Schadt CR. Drug-induced Sweet syndrome: Clinical features, laboratory findings, and outcomes in 21 patients. J Am Acad Dermatol. 2012;66(5):699–706.
3- Raza S, Kirkland RS, Patel AA, Shortridge JR, Freter C. Sweet's syndrome as a manifestation of drug reaction: a case report and review of the literature. J Med Case Rep. 2015;9:225.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:
Todos os autores declaram sob compromisso de honra, não haver existência de conflitos de interesse.
Este trabalho e candidatura não beneficiaram de qualquer tipo de financiamento.

CORRESPONDÊNCIA:
Maria Folgado Barata Diniz Gomes
maria.folgado.gomes@ulssjose.min-saude.pt

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL:
JC: Seleção do caso e colheita da história clínica.
MG: Elaboração do artigo nos moldes pedidos com a informação colhida e correspondência com a revista.
AC: Revisão científica e gramatical.

RECEBIDO: 09 de abril de 2025 | ACEITE: 08 de julho de 2025

CARCINOMA ESPINOCELULAR VERRUCOSO MULTIFOCAL DO PÉ - UM RELATO DE CASO

MULTIFOCAL VERRUCOUS CARCINOMA OF THE FOOT - A CASE REPORT

Autores:
Carina Soares da Silva[1], Tomás Mendes Soares[1], Filipa Correia Natal[2]

RESUMO

Introdução: O carcinoma verrucoso do pé é uma neoplasia rara e agressiva que afeta principalmente a planta do pé, caracterizada por crescimento lento e sinais como hiperqueratose, ulceração, dor e dificuldade na marcha. Este caso mostra a importância do seguimento de patologias cutâneas e o impacto dessas condições na vida do utente e da sua família.
Descrição do caso: Este caso clínico discute um homem de 47 anos com antecedentes de nevos verrucosos congénitos, que apresentou agravamento das lesões no pé direito ao longo dos últimos quatro anos, resultando em dor intensa e limitação funcional. Após ser observado e referenciado para os cuidados hospitalares, foi diagnosticado com carcinoma espinocelular verrucoso multifocal, associado à infeção pelo papilomavírus humano (HPV). O tratamento inicial incluiu cemiplimab e posteriormente foi submetido a cirurgia com excisão radical e enxerto de pele, com alívio dos sintomas e ausência de lesões neoplásicas nas biópsias subsequentes. O paciente mantém tratamento sistémico com boa resposta e recuperação funcional.
Comentário: O carcinoma verrucoso, apesar de raro e com bom prognóstico, pode ser confundido com lesões benignas, o que ressalta a importância de uma avaliação cuidadosa e tratamento adequado. Este caso enfatiza a importância do acompanhamento rigoroso de lesões cutâneas para se evitar diagnósticos tardios e complicações graves, destacando a necessidade de biópsias para confirmação do diagnóstico.

Palavras-chave: carcinoma verrucoso; pé; manifestações cutâneas.

ABSTRACT

Introduction: Verrucous carcinoma of the foot is a rare and aggressive neoplasm that primarily affects the plantar surface. It is characterized by slow growth and symptoms such as hyperkeratosis, ulceration, pain and difficulty walking. This case highlights the importance of monitoring skin pathologies and the impact of these conditions on the patient's life and their family.
Case description: This clinical case discusses a 47-year-old man with a history of congenital verrucous nevi, who presented with worsening lesions on his right foot over the past four years, resulting in severe pain and functional limitations. After being observed and referred for hospital care, he was diagnosed with multifocal verrucous squamous cell carcinoma, associated with human papillomavirus (HPV) infection. Initial treatment included cemiplimab, followed by surgery with radical excision and skin grafting, which led to symptom relief and the absence of neoplastic lesions in subsequent biopsies. The patient continues with systemic treatment, showing good response and functional recovery.
Comment: Verrucous carcinoma, though rare and with a generally good prognosis, can be mistaken for benign lesions, underscoring the importance of careful evaluation and appropriate treatment. This case highlights the necessity of rigorous monitoring of skin lesions to avoid late diagnoses and serious complications, emphasizing the need for biopsies to confirm the diagnosis.

Keywords: verrucous carcinoma; foot; skin manifestations.

1. Médico(a) Interno(a) de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Pevidém, ULS Alto Ave
2. Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Pevidém, ULS Alto Ave

INTRODUÇÃO

O carcinoma verrucoso do pé é uma neoplasia rara que afeta maioritariamente a planta do pé. É caracterizada como uma lesão de crescimento lento e localmente agressiva, com baixo risco de metastização.[1,2] Contudo, quando não tratada, pode evoluir e afetar estruturas mais profundas como tendões e ossos.[3,4] As lesões podem apresentar sinais de hiperqueratose ou até ulceração que levam a dor, hemorragia, dificuldade na marcha e mau odor.[5]

Na prática clínica observam-se diversos sinais e sintomas dermatológicos que podem ser confundidos com patologias menos agressivas, principalmente quando se encontram numa fase inicial. A falta de valorização por parte do utente pode aumentar a probabilidade destas lesões passarem despercebidas. As lesões verrucosas têm um amplo espectro de evolução e apresentação, podendo ser confundidas com verrugas benignas. Portanto, é crucial saber identificar os sinais de alarme precocemente de modo a garantir o seguimento adequado.

Este relato de caso tem como objetivo alertar para a importância do seguimento rigoroso dos doentes com patologias cutâneas, mesmo quando são acompanhados nos cuidados de saúde hospitalares, assim como, perceber o impacto na vida do utente e da sua família e a importância da capacitação do utente na vigilância e gestão da sua saúde.

DESCRIÇÃO DO CASO

Relata-se um caso clínico de um homem de 47 anos, raça caucasiana, encarregado numa empresa de embalagens, com um filho de 19 anos, divorciado mas junto com uma companheira. Apresenta como antecedentes pessoais nevos verrucosos congénitos, seguido em consulta externa de Cirurgia Plástica da Unidade Local de Saúde (ULS) da área de referência até 2011, altura em que perdeu seguimento. Como antecedentes cirúrgicos evidencia várias cirurgias de enxerto no dorso do pé direito (2004, 2006 e 2010). Sem hábitos tabágicos. Consumo diário de bebidas alcoólicas inferior à quantidade máxima diária recomendada de 20 gramas por dia. Não apresenta antecedentes familiares de neoplasia ou doenças hereditárias.

Em dezembro de 2021 dirige-se a consulta programada na sua unidade de saúde familiar (USF) para reavaliação após suspeita de litíase renal. Nessa consulta, refere crescimento do nevo verrucoso do pé direito com evolução nos últimos três a quatro anos, com limitação na marcha e nas atividades de vida diárias, como nas deslocações e na condução, devido a dor constante. Dor classificada na escala de intensidade da dor de 7 em 10, agrava com o esforço físico e melhora com o repouso, localizada, sem irradiação e com períodos de exsudação autolimitados. Refere ainda o surgimento de novas lesões verrucosas dolorosas na virilha e coxa direita, classificando como um 7 em 10 na escala de intensidade da dor. Nega perda de peso, anorexia, febre, alterações gastrointestinais ou genito-urinárias.

Ao exame objetivo, apresenta bom estado geral, pele e mucosas coradas e hidratadas, anictéricas, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações patológicas e abdómen mole, depressível e indolor à palpação. Verifica-se a presença de lesões verrucosas múltiplas no bordo medial do pé direito (Figura 1), a maior com 5 cm de diâmetro, com sinais de exsudação e rubor. Nessa consulta é feita referenciação prioritária para os cuidados de saúde hospitalares, serviço de Cirurgia Plástica, onde era previamente seguido. Foi medicado com amoxicilina + ácido clavulânico 875 + 125 mg, um comprimido a cada 12 horas, durante oito dias por suspeita de possível sobreinfeção bacteriana.

Figura 1. Nevos verrucosos do pé direito.

Em março de 2022, volta a consulta programada nos cuidados de saúde primários por manutenção da dor no bordo interno do pé direito, assim como limitação na marcha. Por falta de resposta à referenciação para Cirurgia Plástica, decide-se solicitar referenciação muito prioritária para a especialidade de Dermatologia. Em junho de 2022, foi dada a indicação para referenciação muito prioritária para o Instituto Português de Oncologia (IPO) para seguimento pela especialidade.

Um mês depois, em consulta de Dermatologia no IPO é colocada a suspeita de carcinoma espinoverrucoso multifocal plantar, com adenopatias palpáveis. Foi solicitada uma tomografia computorizada toraco-abdominopélvica (TC-TAP), biópsias ao pé direito, virilha e adenopatia inguinal e consulta de Cirurgia Plástica na mesma instituição. As biópsias confirmaram carcinoma espinocelular verrucoso com alterações compatíveis com infeção por papilomavírus humano (HPV). Foi também diagnosticada neoplasia intra-epitelial na virilha direita, com padrão verruciforme, igualmente associada ao HPV. A adenopatia inguinal revelou linfadenite reativa. A TC-TAP de estadiamento não revelou lesões suspeitas de metastização. O diagnóstico final colmatou em carcinoma espinocelular verrucoso multifocal, a nível do pé direito (bordo lateral e calcanhar) e virilha, com infeção por HPV.

Após discussão em grupo multidisciplinar (Dermatologia, Oncologia Médica, Oncologia Cirúrgica, Cirurgia Geral) foi decidido iniciar tratamento sistémico de primeira linha com cemiplimab por se tratarem de lesões irressecáveis. Em consulta de Medicina Interna, três meses depois, foi sugerida a vacinação do HPV para o doente e sua companheira.

A consulta de Cirurgia Plástica solicitada para a ULS da área de referência foi realizada em janeiro de 2023 e foi proposta exérese parcial das lesões do pé direito. Após aceitação por parte do doente, a cirurgia foi realizada em fevereiro, com exérese radical da lesão inguinal por eletrocoagulação e excisão da lesão do bordo medial do pé direito, seguida de enxerto de pele parcial homolateral, sem complicações. Verificou-se alívio sintomático imediato.

Após a cicatrização do enxerto, foram realizadas novas biópsias do calcâneo direito, planta do pé direito, coxa direita, região inguinal direita e períneo, solicitadas por Cirurgia Plástica da ULS da área de referência, não revelaram sinais de malignidade. A TC-TAP de reavaliação, em agosto de 2023, manteve ausência de lesões suspeitas de metastização.

Atualmente mantém seguimento no IPO e em Cirurgia Plástica da ULS da área de residência, fazendo tratamento sistémico com cemiplimab, com boa resposta. Após a cirurgia plástica verificou-se um ganho funcional ao nível do pé direito, já sem dor na marcha, não apresentando claudicação nem limitações nas atividades de vida diárias.

Durante todo este processo o doente necessitou de certificado de incapacidade temporária para o trabalho (CIT) por não conseguir exercer as suas funções laborais, tendo-se conseguido orientar financeiramente com a ajuda da sua companheira que está empregada. Neste momento, devido ao tratamento sistémico que está a realizar pela doença oncológica e pela intervenção cirúrgica, ainda se mantém com CIT. A nível psicológico, o processo de diagnóstico oncológico e os procedimentos cirúrgicos geraram ansiedade, apesar da atitude positiva mantida pelo doente. O apoio familiar revelou-se essencial para a sua estabilidade emocional e adesão ao tratamento, sendo um fator protetor ao longo de todo o processo. Relativamente ao filho, este não necessitou de seguimento médico específico nem foi aconselhada consulta de Genética.

COMENTÁRIO

O carcinoma verrucoso é uma variante rara do carcinoma espinocelular, com localização preferencial na cavidade oral, podendo também envolver a laringe e a região anogenital.[1] A sua fisiopatologia não é bem esclarecida, contudo, as principais hipóteses incluem a infeção por HPV (principalmente para lesões da cavidade oral, ano-genital e planta do pé)[1-3] e carcinogénese induzida por tabaco ou consumo de álcool (especialmente nas lesões da cavidade oral).[6] Afeta predominantemente homens de meia idade (50 anos), com exceção do carcinoma da cavidade oral, onde o sexo feminino é mais afetado.[5]

Este tipo de tumor pode mimetizar, clínica e histologicamente, uma variedade de outras lesões benignas, o que atrasa o correto diagnóstico.[1] O acompanhamento regular dos doentes é essencial, dado o elevado risco de recorrência, sendo este um fator de mau prognóstico. O tratamento de eleição é a exérese cirúrgica, sendo crucial obter margens cirúrgicas livres devido ao alto risco de recorrência.[7] No entanto, existem outros tratamentos possíveis nomeadamente a quimioterapia local ou sistémica.[7]

O presente caso clínico ilustra as complicações do carcinoma verrucoso do pé, cuja localização mais frequente é a planta do pé, sendo menos comum nos dedos ou no calcanhar. O diagnóstico deve ser confirmado por biópsia da lesão, realizada o mais

precocemente possível para permitir o início rápido do tratamento adequado.

Para além dos aspetos clínicos, este caso evidencia o impacto da baixa literacia em saúde e da dificuldade do doente em reconhecer a evolução da sua patologia, fatores que contribuíram para um atraso de 10 anos no tratamento, com consequente agravamento da doença. Este contexto reforça o papel fundamental do médico de família na educação para a saúde, promovendo a capacitação dos utentes na identificação de sinais e sintomas de alarme que justifiquem a procura de ajuda médica.

O diagnóstico de carcinoma verrucoso do pé deve ser considerado quando um paciente apresenta uma lesão ulcerada crónica ou uma lesão verrucosa, que não responde aos tratamentos convencionais.[2,7] É igualmente essencial assegurar o seguimento regular de utentes em todas as faixas etárias, através de consultas de rotina, anamnese detalhada e exame objetivo completo, valorizando alterações cutâneas persistentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Penera K, Manji K, Craig AM, Grootegoed RA, Leaming TR, Wirth GA. Atypical presentation of verrucous carcinoma: a case study and review of the literature. Foot Ankle Spec. 2013;6(4):318–22.
2- Ho ML, Young SK, Jong PK, Jong IL, Kyeong SU. An Unusual Presentation of Verrucous Carcinoma of the Foot with Bone Invasion. Journal of the American Podiatric Medical Association. 2016;106(6):427–9.
3- Gordon DK, Ponder EN, Berrey BH, Kubik MJ, Sindone J. Verrucous carcinoma of the foot, not your typical plantar wart: A case study. The Foot. 2014;24(2):94–8.
4- Hagiwara H, Kanazawa T, Ishikawa K, Fujii T, Kitamura K, Noguchi Y, *et al.* Invasive verrucous carcinoma: a temporal bone histopathology report. Auris Nasus Larynx. 2000;27(2):179–83.
5- Shuley J. Verrucous Carcinoma Clinical Presentation: Physical Examination; Medscape [Internet]. [consultado em julho de 2024] Disponível em: https://emedicine.medscape.com/article/1101695-clinical
6- Mirbod SM, Ahing SI. Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part II. Malignant lesions. PubMed. 2000;66(6):308–11.
7- Prince. Verrucous Carcinoma of the Foot: A Retrospective Study of 19 Cases and Analysis of Prognostic Factors Influencing Recurrence. Cutis. 2022;109(3).
8- Nagarajan D, Chandrasekhar M, Jebakumar J, Menon KA. Verrucous carcinoma of foot at an unusual site: lessons to be learnt. South Asian J Cancer. 2017;6(2):63.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:
Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

CORRESPONDÊNCIA:
Carina Soares da Silva
carinasilva_1996@hotmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL:
CSS: Pesquisa e redação do caso.
TMS: Revisão do caso e correção.
FCN: Revisão do caso e correção.

RECEBIDO: 04 de setembro de 2024 | ACEITE: 16 de julho de 2025

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO FUMADORA DE UMA USF

RESEARCH PROJECT: CHARACTERIZATION OF THE SMOKING POPULATION IN A FAMILY HEALTH UNIT

Autores:
Beatriz Nunes[1], Hélder Vaz Batista[2]

RESUMO

Introdução: Em 2019 morreram mais de 13500 portugueses por doenças atribuíveis ao tabaco. A cessação tabágica (CT) é das medidas mais custo-eficazes. Na unidade de saúde familiar (USF), 13,9% dos utentes apresentam código ICPC2 "P17 - Abuso de tabaco" em lista de problemas. A caracterização dos fumadores e dos seus hábitos possibilita uma melhor abordagem a este problema de saúde. As restrições impostas pela pandemia COVID-19 levaram a que métodos alternativos à consulta presencial ganhassem relevância. Definiu-se como objetivo primário - caracterizar os fumadores inscritos (características demográficas, hábitos tabágicos, fase de mudança comportamental); e como secundários - quantificar os fumadores com intenção de CT e quantificar os que foram a primeira consulta.
Material e Métodos: Estudo observacional, descritivo, prospetivo. Duração: 12 meses. Critérios de inclusão: código P17 em processo; e-mail válido; resposta ao questionário; consentimento informado. Foi enviado um questionário para caracterização destes utentes e dos seus hábitos tabágicos. Posteriormente foi feita a referenciação para consulta de CT mediante a fase de mudança. Análise estatística: Microsoft Excel®.
Resultados: Foram enviados 957 e-mails com uma taxa de resposta de 20%. Relativamente aos fumadores ativos (*n* = 137), 58% são mulheres e a idade média foi de 52 anos; a maioria são casados e encontram-se empregados. Destes, 54% apresentam comorbilidades. Cerca de 59% fuma tabaco convencional e 50% começaram os consumos na adolescência. Os motivos para o tabagismo mais escolhidos foram "por prazer" e "para combater o *stress*". 75% aceitaram referenciação para consulta de CT. Dos utentes referenciados, 87 tiveram agendamento de consulta em tempo útil e, destes, 53% foram à primeira consulta.
Discussão e Conclusão: A caracterização dos hábitos tabágicos de uma amostra dos fumadores da USF permitiu uma intervenção mais abrangente sobre esta população bem como permitirá desenvolver estratégias para uma melhor resposta às suas necessidades. Permitiu ainda inferir acerca da utilidade de métodos indiretos de comunicação na gestão de recursos de saúde.

Palavras-chave: tabagismo; cessação tabágica; telemedicina.

ABSTRACT

Introduction: In 2019, tobacco related diseases were responsible for the deaths of over 13500 Portuguese. Smoking cessation (SC) is one of the most cost-effective health measures. 13.9% of the population of the Family Health Unit (FHU) have the diagnosis of "Tobacco Abuse" listed in their health record. The characterization of the smokers and their habits would allow for a better approach to this health problem. In response to the COVID-19 pandemic, indirect methods of consultation started to gain more significance. The primary objective was to characterize the smokers (demographic characteristics, tobacco habits and behavioural change phase); and the secondary objectives were to quantify the number of smokers with intention of SC and to quantify those who attended the first appointment.
Material and Methods: Study type: observational, descriptive, prospective study. Study duration: 12 months. Inclusion criteria: individuals registered in FHU with the ICPC2 code – P17 in their record, with valid email and that give their informed consent. Statistical analysis: Microsoft Excel®.
Results: We sent 957 emails with a response rate of 20%. The active smokers in our sample (n = 137) were mainly women (58%) with an average age of 52 years; the majority were married and were actively employed. About 54% had other comorbidities. Regarding their smoking habits, 59% of the sample smokes conventional tobacco and 50% began smoking in their teens. When asked the "reasons to smoke", the most frequent answers were "for pleasure" and "to relieve stress". 75% of smokers accepted referral to SC consultation. Of the referred smokers, 87 had a timely scheduled consultation and 53% attended their first consultation.
Discussion and Conclusion: The characterization of the smokers will allow the team to better adapt to this population's health needs, to better meet them. This study also allowed to infer the impact of indirect methods of communication in the community's health and access to health services.

Keywords: smoking; smoking cessation; telemedicine.

---

1. Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Venda Nova, ULS Amadora Sintra
2. Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Conde da Lousã, ULS Amadora Sintra

INTRODUÇÃO

O tabaco representa um importante problema global de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças associadas ao tabaco representam mais de oito milhões de mortes por ano a nível mundial.[1] Em Portugal, cerca de 26,3% da população residente, com idades compreendidas entre 15 aos 74 anos, apresenta consumo diário de tabaco, verificando-se uma maior prevalência no sexo masculino e na faixa etária dos 25 aos 39 anos.[1,2] Segundo o *Institute for Health Metrics and Evaluation*, em 2019 morreram em Portugal mais de 13500 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco.[1] No concelho da Amadora, cerca de 7,2% dos utentes inscritos eram fumadores.[3] Todavia, estes dados podem nem sempre corresponder ao panorama real, encontrando-se limitados por alguns fatores como a subcodificação e dificuldade de acesso a cuidados de saúde.

Em resposta à pandemia de COVID-19, foram adotadas medidas de contenção e mitigação da propagação viral na generalidade dos países e prestadores de cuidados de saúde, o que condicionou a habitual atividade programada. O recurso a métodos alternativos à consulta presencial, nomeadamente à teleconsulta foi relevante para conter a redução da atividade assistencial dos cuidados de saúde primários.[4] No período pós-pandemia, procurou-se incorporar os métodos de telemedicina (pe. consulta telefónica) na atividade assistencial das unidades de saúde familiar (USF).

A cessação tabágica é das medidas de saúde mais custo-eficazes, com benefícios comprovados a curto, médio e longo prazo para a saúde, em particular em indivíduos com comorbilidades (patologia cardiovascular e diabetes *mellitus*).[5-7] Os benefícios da cessação tabágica também são indiscutíveis nas mulheres grávidas, tanto no que se refere à saúde materna como fetal.[5]

A evidência internacional atual demonstra a não inferioridade da referenciação por via não presencial para consulta de cessação tabágica comparativamente com a referenciação habitual (após intervenção breve presencial) e a sua fácil aplicação. Também apresenta uma boa aceitabilidade por parte dos utentes.[8-11] Em Portugal, não existem dados sobre a aplicação da telemedicina na abordagem da cessação tabágica.

O objetivo principal deste estudo foi a caracterização da população de fumadores da USF, relativamente às suas características demográficas, aos hábitos tabágicos e à fase de mudança comportamental, recorrendo a meios indiretos, nomeadamente ao e-mail. Considerando o impacto positivo na saúde da cessação tabágica e, existindo acesso a este recurso de saúde no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), procurou-se quantificar a taxa de respostas e o número de utentes com intenção de iniciar processo de cessação tabágica. Mediante articulação com a equipa da consulta intensiva de cessação tabágica, fez-se a orientação dos utentes de acordo com a fase de mudança comportamental identificada, com posterior quantificação do número de utentes que compareceram à primeira consulta de cessação tabágica.

Este projeto de investigação também apresenta como objetivo inferir sobre a utilidade do recurso de métodos de telemedicina (recurso a questionários eletrónicos) na abordagem de problemas de saúde na comunidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e prospetivo que tem como população alvo os utentes fumadores inscritos na USF, com endereço de e-mail registado no seu processo clínico, que respondessem ao questionário enviado. As respostas foram recolhidas automaticamente através do *Microsoft Forms*® e, posteriormente, foi realizada a análise estatística descritiva dos dados recorrendo a *Microsoft Excel*®. O documento criado foi armazenado pelo investigador principal em pasta privada e o acesso ao mesmo apenas foi garantido aos investigadores do estudo.

Seleção da amostra

Foram incluídos no estudo utentes com codificação ICPC2 – P17 e com contacto (nomeadamente e-mail) disponível em processo clínico. Utentes sem endereço de e-mail válido em processo foram excluídos. Os utentes foram contactados através de um e-mail convite (Anexo I) por parte dos investigadores, na qual se explicou o projeto e se pediu o consentimento informado. Caso consentissem, eram encaminhados para questionário online via *Microsoft Forms*® (Anexo II). A amostra selecionada foi uma amostra de conveniência constituída por utentes que responderam ao questionário enviado.

O envio do e-mail convite decorreu entre novembro de 2022 e julho de 2023, sendo contactados, aproximadamente, 20 a 25 utentes por semana.

Questionário Aplicado

O questionário foi desenvolvido através da *Microsoft Forms*®, de forma a garantir a segurança dos dados dos utentes. Neste foi recolhida informação demográfica dos utentes, nomeadamente sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, e informação referente aos seus hábitos tabágicos. Para o desenvolvimento da segunda parte do questionário, os investigadores tiveram por base o guião de intervenção breve no tabagismo disponível em S-Clínico®. O questionário aplicado encontra-se disponível no anexo II.

Procedimento de agendamento de consulta de cessação tabágica

Considerando os ganhos de saúde da cessação tabágica e que no decorrer do projeto iria ser realizada uma intervenção breve no tabagismo, surgiu uma questão ética de intervir mediante a fase de mudança. Antes da implementação do projeto, os investigadores reuniram-se com o responsável pela consulta intensiva de cessação tabágica do ACES de forma a articular a resposta. Deste modo, em utentes com fase de contemplação/preparação, com interesse em iniciar o processo de cessação tabágica, era realizado o encaminhamento mediante o protocolo de articulação estabelecido:

• Referenciação interna para consulta de cessação tabágica intensiva ACES se utente apresentar uma das seguintes características: utente muito dependente; muito motivado; comorbilidades (doença pulmonar obstrutiva crónica, asma, bronquite crónica, enfarte agudo do miocárdio, arritmia cardíaca, hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral); gravidez; amamentação; mais de duas tentativas de cessação tabágica sem sucesso;

• Se não tiver as características acima descritas, agendamento de consulta de cessação tabágica na USF. Se indisponibilidade a nível da USF, ponderar referenciação para consulta de cessação tabágica intensiva ACES.

Comissão de ética

O protocolo do estudo foi aprovado pela comissão de ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) em outubro de 2022.

RESULTADOS

A USF tem 17145 utentes inscritos, dos quais 2400, ou seja 13,9%, têm a codificação "Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, segunda versão", (ICPC2) "P17 - Abuso de tabaco" em lista de problemas [dados consultados em dezembro 2021, "Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais" (MIM@UF®)]. No que respeita a comorbilidades, 554 utentes fumadores apresentavam patologia cardiovascular (das quais se destacou "hipertensão arterial sem e com complicações", "doença cerebrovascular", "doença cardíaca isquémica com e sem angina") e 151 utentes apresentavam diabetes *mellitus*.

Dos 2400 utentes fumadores identificados, apenas 957 apresentavam e-mail válido em processo clínico. Ao longo de nove meses foram enviados e-mails de forma faseada a todos os utentes, com uma taxa de resposta de 20%. Da análise realizada das 191 respostas obtidas ao questionário *Microsoft Forms*®, verificou-se um erro de codificação e identificaram-se 53 ex-fumadores e 137 fumadores ativos.

Fumadores ativos

Dados demográficos: Da amostra de fumadores ativos obtida (*n* = 137), verificou-se que 58% eram do sexo feminino, não se tendo identificado nenhuma utente grávida ou a amamentar. Apresentavam idades compreendidas entre os 27 e os 87 anos (idade média de 52,2 anos). No que respeita ao estado civil, 47% dos utentes identificavam-se como casados, 26% como solteiros, 12% como divorciados, 12% em união de facto e 3% viúvos. Cerca de metade dos utentes tinham completado o ensino secundário e a maioria dos utentes (83%) encontrava-se a trabalhar, verificando-se que apenas uma minoria (7%) se encontrava desempregada.

Comorbilidades: Mais de metade dos utentes fumadores ativos (54,4%) apresentava pelo menos uma comorbilidade das incluídas no questionário online [acidente vascular cerebral, arritmia cardíaca, asma, bronquite crónica, diabetes, doença psiquiátrica, doença pulmonar obstrutiva crónica, enfarte cardíaco, problema de fígado (cirrose), tensão alta, tumor ou cancro do pulmão]. E, cerca de 20% dos utentes, apresentavam duas ou mais das referidas comorbilidades. A patologia mais identificada na amostra foi a hipertensão arterial e a segunda mais identificada a diabetes *mellitus*. As percentagens referentes às outras comorbilidades apresentam-se na figura 1. A grande maioria dos utentes negava consumo de outras substâncias psicoativas de forma regular

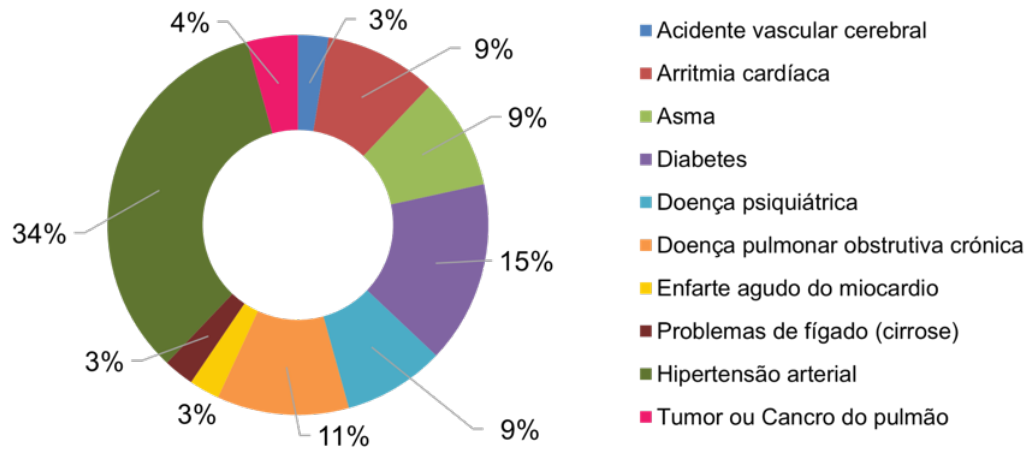

Figura 1. Percentagem de comorbilidades identificadas na amostra de fumadores ativos (*n* = 137).

(80% negava consumo de álcool diário e 96% negava consumo de outras substâncias além do álcool e do tabaco).

Hábitos tabágicos: O principal produto de tabaco consumido identificado foi o tabaco convencional (64%), sendo o tabaco aquecido o segundo produto mais consumido (24%). Apenas uma minoria (6%) dos utentes referia consumir mais de que um produto de tabaco. Os motivos para os hábitos tabágicos mais frequentemente selecionados pelos utentes foram: "para combater o *stress*" (34%) e "por prazer" (31%). A idade média de início de consumo identificada foi 18 anos (sendo a idade mínima de início 8 anos), verificando-se que 78% dos utentes começaram o consumo de tabaco em idade pediátrica. Cerca de 80% dos utentes apresentavam consumos entre os]20-50] anos de duração (Figura 2). Verificou-se que 47% dos utentes apresentavam uma exposição cumulativa ao fumo de tabaco ligeira (0,1-20 unidades maço-ano) e 43% apresentavam uma exposição moderada (20,1-40 unidades maço-ano). Apenas uma minoria (10%) apresentava exposição severa (> 40 unidades maço-ano). A avaliação da exposição cumulativa ao fumo de tabaco, todavia, encontra-se limitada ao valor médio. Foi aplicada a escala de *Fagerström* para avaliação do grau de dependência e verificou-se que a maioria dos utentes apresentava um grau de dependência muito baixo (40%) e baixo (24%). Apenas 3% dos utentes que responderam ao questionário apresentavam um grau de dependência muito elevado e 21% um grau de dependência elevado. A maioria dos utentes (71%) já tinha feito pelo menos uma tentativa prévia de cessação tabágica, sendo que, destes, 26% tinham feito uma tentativa nos 12 meses prévios.

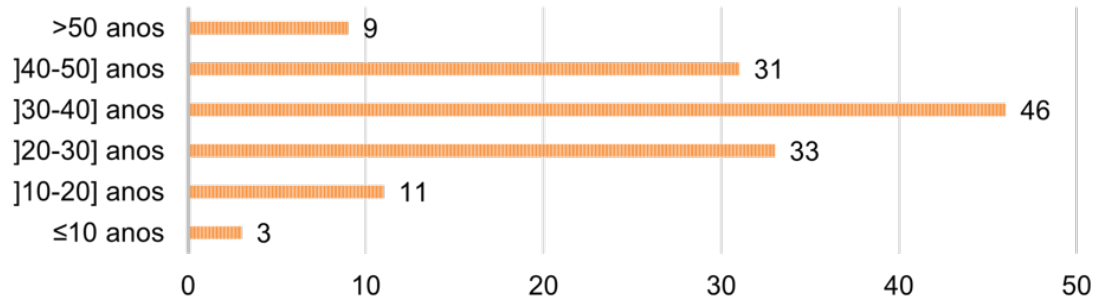

Figura 2. Número absoluto de utentes (*n* = 137) por anos de consumo.

Fase de mudança: No que diz respeito à importância atribuída à cessação tabágica, cerca de 69% dos utentes avaliava com ≥ 7/10 numa escala numérica. No que diz respeito à confiança que cada utente sente para deixar de fumar, também avaliada numa escala numérica, apenas 30% dos utentes avaliava com ≥ 7/10. Nas figuras 3 e 4 encontram-se discriminadas as respostas obtidas em questionário online.

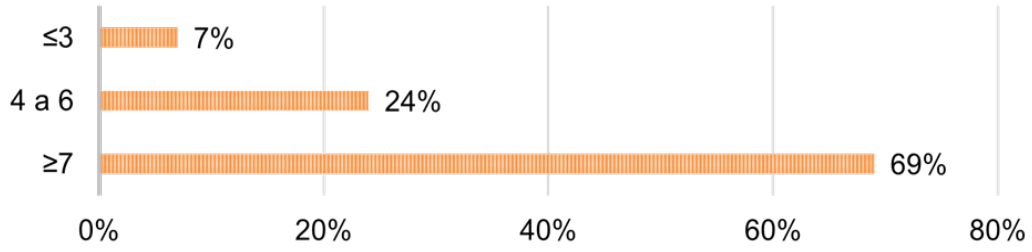

Figura 3. Qual a importância que deixar de fumar tem para si? (*n* = 137) [Escala 0-10].

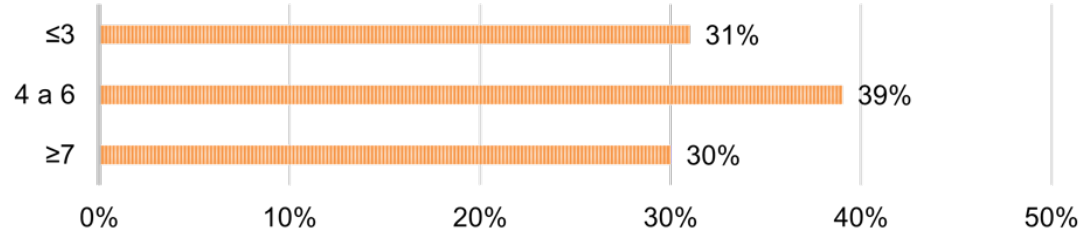

Figura 4. Sente-se confiante para deixar de fumar? (*n* =137) [Escala 0 -10].

Considerando o modelo transteórico de mudança comportamental de *Prochaska* e *DiClemente* verifica-se que a grande maioria dos utentes fumadores ativos se encontrava numa fase de contemplação/preparação, em que demonstram ainda uma forte ambivalência relacionada com a mudança comportamental, mas procuraram ajuda para iniciar o processo de mudança.

Referenciações: Dos 137 fumadores ativos identificados, 74% dos utentes estavam interessados em fazer uma tentativa de cessação tabágica. Aplicado o protocolo de investigação previamente apresentado, elaborado em articulação com a coordenação da consulta intensiva de cessação tabágica, os utentes foram referenciados internamente. Foi realizada uma avaliação a posteriori dos dados referentes à adesão à consulta de cessação tabágica, tendo-se verificado que 54 compareceram à primeira consulta e 32 não compareceram à primeira consulta. De referir que, ao longo do projeto de investigação, por mudanças relacionadas com os procedimentos internos de referenciação e ajustes de critérios de referenciação, não foi obtida resposta em tempo útil para 15 das referenciações realizadas.

DISCUSSÃO

O tabagismo é uma importante causa de morbimortalidade a nível nacional e global, com impacto considerável na saúde e com elevados custos de saúde associados. O tabagismo, em Portugal, é mais prevalente no sexo masculino e na faixa etária dos [25-34] anos, sendo também mais prevalente nos desempregados.[1] Para a recolha da amostra para este estudo, optou-se por uma técnica de amostragem não probabilística e não aleatória, o que pode traduzir uma menor representatividade da mesma. Considerando os resultados apresentados, verifica-se que as características demográficas da amostra diferem do panorama nacional. Porém, no que respeita a hábitos tabágicos, os dados obtidos são congruentes com os dados nacionais, nomeadamente os dados referentes aos produtos de tabaco consumidos.[1]

A abordagem e intervenção do tabagismo deve ser uma prioridade em cuidados de saúde primários pelos seus benefícios reconhecidos. O melhor conhecimento sobre o comportamento dos utentes da USF face ao consumo de tabaco, seus fatores determinantes e evolução, constitui um fator importante para o desenvolvimento de estratégias adaptadas aos mesmos, nomeadamente para aumentar a adesão à cessação tabágica e para prevenir recaídas.

Considerando a amostra obtida, verifica-se que a população de fumadores se apresentava, na sua maioria, como fumadores com um grau de dependência "baixo" ou "muito baixo" e com uma exposição cumulativa ao tabaco ligeira a moderada. Cerca de 69% dos fumadores considerava importante a

cessação tabágica (inclusive, existia historial de tentativas de cessação tabágica numa grande parte dos utentes), mas apenas 30% se mostrava confiante na cessação tabágica. Desde modo, conclui-se que é essencial trabalhar, em consulta, na motivação destes utentes, de forma a potenciar a sua propensão para a mudança. A aplicação sistemática em consulta de uma intervenção breve estruturada a todos os utentes, aplicando as ferramentas do S-Clínico®, torna-se uma estratégia-chave na abordagem deste problema de saúde pública.

Também se verificou, na amostra obtida, que a maioria dos fumadores iniciou os consumos em idade pediátrica (sobretudo na adolescência). Estes dados são congruentes com os dados mais recentes obtidos a nível nacional, o que torna esta faixa etária um foco de intervenção precoce importante. Deste modo, procurou-se padronizar a implementação sistemática em consulta de saúde infantil da intervenção breve para o tabaco, complementada com ensinos sobre os consumos.

Cerca de 74% dos fumadores ativos inquiridos revelaram interesse em fazer uma tentativa de cessação tabágica, sendo que 54% compareceram à primeira consulta de cessação tabágica. Estes dados demonstram a importância não só da intervenção breve em consulta, mas também da disponibilização deste recurso de saúde a todos os utentes que se demonstrem interessados. Em Portugal, não existem dados referentes à referenciação para consulta de cessação tabágica por via indireta. A nível internacional, os resultados sobre esta via de referenciação aparentam ser animadores, apesar da maioria dos estudos se referir ao contacto indireto por via telefónica. Num estudo de grande escala realizado em 2023 nos Estados Unidos da América, no qual se realizou a referenciação para uma linha de apoio à cessação tabágica indireta (*quitline*) com base na informação presente em processo clínico (tabagismo ativo) e o consentimento verbal do utente, cerca de 47% dos utentes foram contactados por via telefónica, 20,6% completaram a avaliação inicial, 15,2% solicitaram aconselhamento para cessação tabágica e 10,9% iniciaram esse aconselhamento. Este estudo concluiu que uma abordagem sistémica por via indireta pode ser realizada com boa aceitabilidade, sendo sustentável nos vários níveis de saúde e que os *outcomes* da cessação tabágica foram semelhantes aos dos utentes referenciados pela via habitual.[11]

O recurso a um questionário online como ferramenta de intervenção apresentou vantagens e limitações. Verificou-se uma taxa de resposta de 20% com uma boa aceitabilidade de referenciação para consulta de cessação tabágica por via indireta. Além disso, revelou-se uma ferramenta útil na identificação dos fumadores ativos da USF e na transmissão de informação de saúde (nomeadamente da existência das consultas de cessação tabágica aos utentes). Optou-se pelo método de contacto não presencial, uma vez que é um método eficiente e com necessidades reduzidas no que respeita a recursos humanos. Porém, é importante considerar as limitações deste recurso. Admite-se a possível criação de desigualdade de acesso, nomeadamente dos utentes de grupos etários mais velhos ou de utentes com dificuldade de acesso à internet. O método de amostragem condicionou um viés de seleção que poderá ter influência nos dados obtidos, nomeadamente a subestimação de comorbilidades identificadas nos fumadores. Deste modo, uma abordagem indireta por via telefónica poderá ser um fator mais equalizador num estudo futuro. Conclui-se que o uso de meios indiretos de comunicação pode ser útil na gestão de recursos de saúde, mas deve ser realizado de forma criteriosa de forma a honrar os princípios éticos da saúde.

Além das limitações supramencionadas, identificaram-se outras limitações ao estudo realizado, nomeadamente a aplicação de um questionário não validado para a população portuguesa, o que pode influenciar a generalização dos dados obtidos à restante população. Procurou-se minimizar ao máximo as possíveis interferências ao se estruturar o questionário aplicado com base no guião de intervenção breve no tabagismo disponível em S-Clínico®, um dos sistemas informáticos mais utilizados ao nível dos cuidados de saúde primários em Portugal. Estas questões foram definidas e disponibilizadas informaticamente como parte do programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo em 2017. De referir ainda que a escala de dependência de nicotina de *Fagerström*, incluída no questionário aplicado, é uma escala validada para a população portuguesa.

Outra limitação identificada foi a capacidade de resposta da consulta intensiva de cessação tabágica. A dificuldade de resposta por parte de equipas especializadas demonstrou a importância de formação dos profissionais nesta área, de forma a garantir uma melhor gestão de recursos (nomeadamente, a reserva de vagas na consulta intensiva para casos mais complexos).

CONCLUSÃO

A cessação tabágica é uma intervenção de saúde com impacto importante e deve ser oferecida a todos os utentes que se demonstrem interessados. A

maioria da amostra analisada neste estudo encontrava-se em contemplação/preparação (74%), tendo-se verificado uma adesão de 53% dos utentes referenciados à primeira consulta de cessação tabágica. Os métodos indiretos de comunicação podem ser uma ferramenta útil na gestão de recursos de saúde. A sua aplicação deve ser usada de forma criteriosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Nunes E. Gato, I (2021). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2019.
2- Eurobarometer S. (2020). Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. TNS Opinion Social, 506.
3- Neto M, Pimentel JP, Durval M, Araújo FO, Guerreiro AC. (2017). Perfil Local de Saúde 2017.
4- Fonseca P, Carpinteiro JA, Carreiro A, Pereira RN. (2020). Covid-19 – Impacto na atividade e no acesso ao SNS.
5- United States Public Health Service Office of the Surgeon General; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General [Internet]. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2020. Chapter 4, The Health Benefits of Smoking Cessation. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555590/
6- Cole TB. Smoking Cessation and Reduction of Cardiovascular Disease Risk. JAMA. 2019;322(7):651.
7- Liu G, Hu Y, Zong G, Pan A, Manson JE, Rexrode KM, *et al.* Smoking cessation and weight change in relation to cardiovascular disease incidence and mortality in people with type 2 diabetes: a population-based cohort study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8(2):125-33.
8- Khanna N, Klyushnenkova E, Rao V, Siegel N, Wolfe S. Electronic referrals to the tobacco Quitline: implementation strategies in a large health system to optimize delivery of tobacco cessation to patients. Translational Behavioral Medicine. 2021;11(5), 1107-14.
9- Hood-Medland EA, Stewart SL, Nguyen H, Avdalovic M, MacDonald S, Zhu S, *et al.* Health system implementation of a tobacco quitline eReferral. Applied clinical informatics. 2019;10(04), 735-42.
10- Dahne J, Player M, Carpenter MJ, Ford DW, Diaz VA. Evaluation of a proactive smoking cessation electronic visit to extend the reach of evidence-based cessation treatment via primary care. Telemedicine and e-Health. 2021;27(3), 347-54.
11- Tong EK, Zhu SH, Anderson CM, Avdalovic MV, Amin AN, Diamant AL, *et al.* Implementation, maintenance, and outcomes of an electronic referral to a tobacco quitline across five health systems. Nicotine and Tobacco Research. 2023;25(6), 1135-44.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:
Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

CORRESPONDÊNCIA:
Beatriz Nunes
beatriz.ladeira.nunes@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL:
BN: Autoria; recolha de dados; elaboração do protocolo; revisão; elaboração do artigo.
HVB: Elaboração do protocolo; revisão.

RECEBIDO: 04 de setembro de 2024 | ACEITE: 18 de junho de 2025

ANEXO I – Pedido de colaboração por email.

Caro(a) utente,

A equipa de família da Unidade de Saúde familiar X vem por este meio pedir a sua colaboração na participação no estudo "Projeto de investigação – caracterização dos hábitos tabágicos de utentes de uma USF no ACES X" (investigador principal – Dr.ª Beatriz Nunes).

Este estudo tem como principal objetivo caracterizar os hábitos tabágicos dos utentes inscritos na Unidade de Saúde X, de modo a adaptar os serviços disponibilizados às necessidades dos utentes e possibilitar a sua orientação para os recursos existentes no Sistema Nacional de Saúde.

Caso concorde e autorize, pedíamos a sua colaboração no preenchimento de um questionário, cujo tempo de preenchimento é de cerca de 13 minutos (abaixo encontra-se um endereço para o formulário do *Microsoft forms*®). Pedíamos também a sua autorização para a consulta do seu processo clínico de forma a atualizar os seus dados de saúde e o orientar, caso assim o pretenda, para uma consulta especializada de cessação tabágica. Todos os dados recolhidos são confidenciais e irão ser tratados de forma anónima pelos investigadores do estudo.

Basta clicar no link abaixo, preencher o questionário e submeter.
https://forms.office.com/r/Zw7ntG79s1

Em caso de dúvida, entre em contacto com a equipa de investigação através do email da USF X (x@arslvt.min-saude.pt), que será encaminhado para os investigadores.
A sua equipa de família agradece desde logo a sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,
Beatriz Nunes
Médica Interna de Medicina Geral e Familiar

ANEXO II – Questionário *Microsoft Forms*®.

Caro(a) utente,

Vimos por este meio pedir a sua colaboração na participação no estudo "Projeto de investigação – caracterização dos hábitos tabágicos de utentes de uma USF no ACES X".

Este estudo tem como principal objetivo caracterizar os hábitos tabágicos dos utentes inscritos na Unidade de Saúde X, de modo a adaptar os serviços disponibilizados às necessidades dos utentes e possibilitar a sua orientação para os recursos existentes no Sistema Nacional de Saúde.

Ao preencher este questionário, consente de forma informada que irá participar no referido estudo. Todos os dados recolhidos são confidenciais e irão ser tratados de forma anónima pelos investigadores do estudo. Gostaríamos também de sensibilizá-lo(a) para o benefício da cessação tabágica e para a existência de consultas realizadas com esse propósito no sistema nacional de saúde, caso esteja interessado(a). Se for o caso, pedíamos também a sua autorização para consultar o seu processo clínico de forma a encaminhá-lo para uma consulta especializada.

Gratos pela sua colaboração.

Dados pessoais

Caro(a) utente, nesta secção, caso consinta, pedíamos que preenchesse com os seus dados pessoais, de modo a ser possível a atualização do seu processo pessoal pelo seu médico de família.

Nome Completo: _____
Data de nascimento: _____/_____/_____
Sexo: F __ M__

Escolaridade: Ensino básico, ensino secundário, ensino superior
Ocupação: Estudante, trabalhador ativo, desempregado, reformado, outro
Estado civil: Solteiro, união de facto, casado, divorciado, viúvo

Fuma atualmente? Sim __ Não__

Se não: Hábitos no passado
Se sim: continua para os "Hábitos atuais".

Hábitos atuais

1. Que tipo de tabaco fuma? (poderá selecionar mais que uma opção):
   - Cigarros __
   - Cigarros de enrolar __
   - Cigarrilhas ____
   - Charutos ____
   - Cachimbo ____
   - Tabaco aquecido (Iqos, por exemplo)) __
   - Cachimbo de água __
   - Rapé __
   - Tabaco sem fumo ____
   - Cigarros eletrónicos __
   - Outros: ____ quais? _____

2. Que idade tinha quando começou a fumar? ____
3. Quantos cigarros fuma por dia? (valor aproximado) _____
4. Quando pensa acerca do(s) motivo(s) que o(a) leva a fumar, qual ou quais dos seguintes se adequam?
    Porque é um gesto automático __
    Convívio social __
    Por prazer __
    Para combater o *stress* __
    Para me concentrar __
    Para levantar o ânimo __
    Para não engordar __
    Outros: ____ quais? _____

5. Alguma vez tentou parar de fumar? Sim __ Não____

Se sim: continua para "Tentativas de deixar."
Se não: continua para "História pessoal".

Tentativas de deixar de fumar

1. Quantas vezes tentou deixar de fumar ao longo da vida?
2. Tentou deixar de fumar no último ano? Sim __ Não____

Continua para "História pessoal"

Hábitos no passado

3. Fumou no passado? Sim ____ Não ____

Se sim: continua para "Obrigado pela sua colaboração" --- Caro(a) utente, Parabéns em ter deixado de fumar! Sem dúvida, contribuiu para a melhoria da sua saúde. Com base na informação fornecida neste questionário, iremos retificar esta informação no seu processo clínico. Obrigado pela sua colaboração e pela confiança que depositou na sua Equipa de Família.

Se não: continua para "Obrigado pela sua colaboração" --- Caro(a) utente, como neste questionário assinalou que não fuma atualmente nem fumou no passado, iremos retificar esta informação no seu processo clínico. Obrigado pela sua colaboração e pela confiança que depositou na sua Equipa de Família.

4. Quantas vezes tentou deixar de fumar ao longo da vida? _____
5. Quantos cigarros fumava por dia? (valor aproximado) _____
6. Que tipo de tabaco fumava? (poderá selecionar mais que uma opção):
    Cigarros __
    Cigarros de enrolar __
    Cigarrilhas ____
    Charutos ____
    Cachimbo ____
    Tabaco aquecido (Iqos, por exemplo)) ____
    Cachimbo de água ____
    Rapé__
    Tabaco sem fumo ____
    Cigarros eletrónicos_____
    Outros: ____ quais? _____

História pessoal

1. Tem conhecimento de ter, atualmente ou no passado, as seguintes doenças?
    a. Doença Pulmonar Obstrutiva crónica ___
    b. Asma ___
    c. Bronquite crónica ___
    d. Tumor do pulmão ___
    e. Enfarte cardíaco ___
    f. Arritmia cardíaca ___
    g. Tensão alta ___
    h. Diabetes ___
    i. Acidente vascular cerebral (AVC) ___
    j. Problemas de fígado (cirrose) ___
    k. Doença psiquiátrica ___
    l. Nenhuma das anteriores ___

2. Costuma beber bebidas com álcool (cerveja, vinho, etc.) todos os dias? Sim ___ Não ___
3. Costuma consumir outro tipo de substâncias além do tabaco? Sim ___ Não ___
4. Há possibilidade de estar grávida no momento atual? (responda se aplicável) Sim ____ Não ____
5. Está a amamentar? (responda se aplicável) Sim ____ Não ____

Continua para "Intervenção breve"

Intervenção breve

1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?
    a. Após 60 minutos ___
    b. Após 31 a 60 minutos ___
    c. Após 6 a 30 minutos ___
    d. Nos primeiros 5 minutos ___
2. Custa-lhe não fumar em locais onde é proibido?
    a. Sim ___
    b. Não ___
3. Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar?
    a. Qualquer outro ___
    b. O primeiro da manhã ___
4. Quantos cigarros fuma por dia?
    a. 10 ou menos ___
    b. 11 a 20 ___
    c. 21 a 30 ___
    d. 31 ou mais ___
5. Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar ou no resto do dia?
    a. No resto do dia ___
    b. Nas primeiras horas ___
6. Se estiver muito doente, de cama, fuma ou não?
    a. Sim ___
    b. Não ___
7. Qual a importância que deixar de fumar tem para si? [escala 0 -10] ___
8. Sente-se confiante para deixar de fumar? [escala 0 -10] ___
9. Gostaria de fazer uma tentativa de deixar de fumar?
    a. Sim ___
    b. Não ___

Se opção "Sim": mensagem ao utente – "Parar de fumar é a melhor decisão para melhorar a sua saúde e evitar muitas doenças graves no futuro.
O tabaco está associado a um maior risco de doenças cardiovasculares (como o enfarte e o acidente vascular cerebral - AVC), doenças respiratórias (como a doença pulmonar obstrutiva crónica), entre outras doenças com consequências para a saúde e qualidade de vida (como a diabetes).
O parar de fumar associa-se a uma melhoria progressiva deste risco! Com ajuda profissional, é mais fácil parar de fumar. Um esforço partilhado contribui para o sucesso da cessação tabágica.
Como neste questionário assinalou que se encontra interessado em deixar de fumar, após a análises destes dados a sua Equipa de Família irá entrar em contacto consigo para agendamento de consulta de cessação tabágica.

Obrigado pela sua colaboração e pela confiança que depositou na sua Equipa de Família."

Se opção "Não": mensagem ao utente – Caro(a) utente,
Obrigado pela sua colaboração no preenchimento deste questionário. Neste momento, não se encontra interessado em deixar de fumar. Todavia, no futuro, caso tenha interesse a equipa da Unidade de Saúde Familiar encontra-se disponível para o ajudar.
Nessa situação, por favor, contacte-nos ou por via telefónica ou por email, para a marcação de uma consulta com o seu médico de família."

IMPACTO DA CESSAÇÃO TABÁGICA NA SINTOMATOLOGIA DA DPOC

IMPACT OF SMOKING CESSATION ON COPD SYMPTOMS

Autores:
Catarina Madeira Afonso[1,2], Marília Mira[3], Ana Rita Vargas[4], Cátia Santos[4], Teresa Leitão[4]

RESUMO

Introdução: O tabaco é o principal fator de risco para desenvolver doença pulmonar obstrutiva crónica. A avaliação integrada deve considerar as escalas *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test* e *modified Medical Research Council*; este trabalho teve por objetivo avaliar a melhoria de sintomas pós-cessação tabágica através dessas escalas.
Material e Métodos: Estudo observacional e descritivo, com análise da carga tabágica, número de exacerbações e escalas de *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test* e *modified Medical Research Council* enquanto fumador e ex-fumador.
Resultados: Foram incluídos 97 utentes, com média de 29 cigarros diários ao longo de 36,9 anos, correspondendo a uma carga tabágica média de 57,7 maço-ano. Durante o período em que fumavam, 27,8% tiveram exacerbações e 48,2% necessitaram de hospitalização. Após cessação, as exacerbações mantiveram-se, com média de 7,5 episódios e 51,9% hospitalizações. A pontuação média no *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test* foi de 8,56 (fumadores) e 9,21 (ex-fumadores). Na escala *modified Medical Research Council*, a pontuação predominante foi 0 em fumadores e 1 em ex-fumadores. Observou-se um aumento de utentes no Grupo B da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* entre ex-fumadores (34%) face a fumadores (28%) e redução no Grupo E (17% versus 26%).
Discussão: Os resultados sugerem que a cessação tabágica, embora fundamental na abordagem da doença pulmonar obstrutiva crónica, não se traduziu em melhoria sintomática significativa em muitos utentes. Tal poderá refletir a progressão natural da doença ou o impacto de sintomas transitórios associados à cessação, como tosse e produção de muco. A evolução para estágios clínicos menos graves nalguns casos pode indicar efeitos benéficos a longo prazo.
Conclusão: Apesar da cessação tabágica, não se observaram melhorias significativas dos sintomas, o que pode refletir a progressão natural da doença. Salienta-se a importância do seguimento clínico e da otimização terapêutica contínua.

Palavras-chave: doença pulmonar obstrutiva crónica; tabaco; cessação tabágica.

ABSTRACT

Introduction: Tobacco use is the leading risk factor for the development of chronic obstructive pulmonary disease. An integrated assessment should include the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test and the modified Medical Research Council dyspnea scale. This study aimed to evaluate symptom changes after smoking cessation using these tools.
Material and Methods: Descriptive observational study analyzing smoking burden (in pack-years), number of exacerbations, and scores from the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test and the modified Medical Research Council dyspnea scale, comparing data before and after smoking cessation.
Results: Ninety-seven patients were evaluated, with a mean of 29 cigarettes/day over 36.9 years, corresponding to an average of 57.7 pack-years. While still smoking, 27.8% experienced exacerbations and 48.2% required hospitalization. After smoking cessation, the rate of exacerbations remained unchanged, with a mean of 7.5 episodes and 51.9% hospitalizations. The average score on the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test was 8.56 for smokers and 9.21 for former smokers. On the modified Medical Research Council dyspnea scale, the most common score was 0 for smokers and 1 for former smokers. An increase in patients classified in Group B of the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease was observed among ex-smokers (34%) compared to smokers (28%), along with a reduction in Group E (17% versus 26%).
Discussion: Smoking cessation, although critical in managing chronic obstructive pulmonary disease, did not lead to significant symptom improvement in many patients. This may reflect the natural progression of the disease or temporary post-cessation symptoms, such as cough and increased mucus. In some cases, the shift to less severe clinical groups may suggest long-term benefit.
Conclusion: Despite smoking cessation, no significant symptomatic improvement was observed in most patients, possibly due to disease progression. These findings highlight the importance of ongoing clinical monitoring and continuous optimization of symptomatic treatment.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; tobacco; smoking cessation.

1. Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Planície, ULS Alentejo Central
2. Afiliação atual: UCSP Almancil, ULS Algarve
3. Enfermeira, USF Planície, ULS Alentejo Central
4. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Planície, ULS Alentejo Central

INTRODUÇÃO

Em Portugal, estima-se que cerca de 14% dos indivíduos com idade superior a 40 anos sofram de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), com uma elevada taxa de subdiagnóstico.[1] A DPOC é uma doença caracterizada por limitação crónica dos débitos respiratórios, não completamente reversível, que deve ser considerada em qualquer pessoa que apresente sintomas de dispneia (progressiva e persistente ao longo do tempo e que, normalmente, se agrava com o exercício físico), tosse crónica (que pode ser intermitente e não produtiva), expetoração e exposição aos fatores de risco da doença (tabaco, biomassa ou poeiras/gases).[2]

O tabaco é o principal fator de risco para desenvolver DPOC, já que fumar provoca *stress* oxidativo crónico e processos inflamatórios que conduzem à obstrução das vias respiratórias, destruição do tecido pulmonar e dos alvéolos e declínio mais acelerado da função pulmonar.[3]

Apesar dos esforços até agora desenvolvidos, grande parte dos doentes com DPOC são fumadores. O tabagismo é um problema global de saúde pública corroborado por dados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) 2015, que mostram que 28,3% dos homens e 16,4% das mulheres residentes em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos fumavam diária ou ocasionalmente.[4]

A avaliação inicial integrada do doente com DPOC, deve considerar, para além do grau de obstrução do fluxo aéreo determinado por espirometria com prova de broncodilatação, o impacto da doença no estado de saúde do doente, através da caracterização dos sintomas, pelos questionários de escalas *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test* (CAT) e *modified Medical Research Council* (mMRC), e o número de exacerbações, de modo a definir a gravidade da doença em três grupos de doentes - A, B, E.[5] Tendo este último ponto em consideração, neste trabalho pretendemos investigar quais os benefícios da sintomatologia dos doentes com DPOC associados à cessação tabágica, medidos através dos questionários CAT e mMRC, e em que grupo A, B ou E, se situam os utentes após a cessação tabágica.

Tal como explicado no *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) 2024, a cessação tabágica é o fator com maior capacidade para influenciar a história natural da DPOC.[5] No entanto, carece-se de estudos sobre a caracterização do grupo A, B e E em que o doente se situa após parar de fumar de modo a fazer-se uma comparação direta da melhoria efetiva dos sintomas.

O presente trabalho de investigação teve por objetivos identificar os utentes com DPOC da unidade de saúde familiar (USF), aferir quantos eram fumadores ao diagnóstico, verificar quantos utentes fumadores depois do diagnóstico se tornaram ex-fumadores e avaliar se no universo de ex-fumadores existiu melhoria dos sintomas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e descritivo,[6] realizado numa USF do sul do país. A recolha dos dados ocorreu entre o dia 2 de maio de 2023 a 1 de junho de 2024. A população-alvo incluiu todos os utentes inscritos na USF com diagnóstico de DPOC, codificados com R95 no ICPC-2. O estudo teve como critérios de inclusão os utentes codificados com o código R95, utentes ex-fumadores à data da investigação e que assinem devidamente o consentimento informado, livre e esclarecido (CILE). As variáveis qualitativas analisadas foram o sexo, exposição tabágica no momento do diagnóstico e estatuto de ex-fumador; as variáveis quantitativas incluíram a idade, carga tabágica, tempo de abstinência, número de exacerbações, e as pontuações nas escalas CAT e mMRC, avaliadas em dois momentos: à data do diagnóstico e após a cessação tabágica.

Foram identificados diariamente todos os utentes com DPOC e ex-fumadores na atualidade que tinham consulta presencial na USF. Após informação prévia fornecida pelos profissionais de saúde, um dos investigadores abordava os utentes interessados, explicando os objetivos do estudo, bem como os benefícios previsíveis e assegurava a confidencialidade e anonimato dos seus dados. Posteriormente, se aceitasse participar, era assinada a declaração do CILE. Todos os documentos recolhidos foram confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos legais relativos à confidencialidade de dados. A informação recolhida não é identificável pois foi colocado um código individual. O utente na presença do investigador preenche autonomamente o Questionário 1 (Anexo I) composto por duas partes: dados retrospetivos do período enquanto fumador e dados atuais, na condição de ex-fumador. Relativamente à primeira parte do Questionário 1 é identificada a carga tabágica, número de exacerbações, necessidade de hospitalização, preenchimento da escala CAT e mMRC; na segunda parte do Questionário 1 é avaliada o tempo de abstinência de tabaco, exposição a fumo

ambiental de tabaco, número de exacerbações, necessidade de hospitalização, preenchimento da escala CAT e mMRC. Adicionalmente, foram classificados segundo os grupos A, B e E da GOLD enquanto fumadores e ex-fumadores. Considerou-se melhoria clínica a redução das pontuações nas escalas CAT e mMRC, e alteração da classificação A, B e E. O registo e a análise de dados foram efetuados no programa *Microsoft Excel*®, com recurso a estatística descritiva. De forma a minimizar os vieses, os dados foram analisados e verificados três vezes por investigadores diferentes e foram tidos em consideração os critérios de inclusão baseados em dados claros e objetivos. Foi explicado ao utente o conceito de "exacerbação da doença", de modo que pudesse responder ao questionário de forma autónoma e com a maior precisão possível.

O protocolo do estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo.

RESULTADOS

Num total de 205 utentes codificados com DPOC foram consultados 157 utentes, destes 52 foram excluídos após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, oito utentes recusaram participar no estudo e um utente faleceu. Assim sendo, cumpriram todos os requisitos para participar no estudo 97 utentes.

A população em estudo foi predominantemente do sexo masculino (70%; *n* = 68), enquanto o sexo feminino representou 30% (*n* = 29). A idade média dos participantes foi de 71 anos, com um intervalo entre 48 e 92 anos.

Informações relativas à altura em que era fumador

Relativamente à história tabágica verificou-se que o número de cigarros fumados diariamente foi de 29, com um mínimo de dois cigarros por dia e um máximo de 80 cigarros por dia. Os utentes foram questionados quanto ao ano do início do consumo, sendo 1970 o ano médio apontado, perfazendo uma média de anos de consumo de 36,9 anos, o que corresponde a uma carga tabágica em unidades maço ano (UMA) de 57,7.

Quanto ao tipo de cigarros fumados pelos utentes com DPOC, destacam-se os cigarros convencionais com 94,7%, cigarros de enrolar com 12%, cigarrilhas com 2,7%, charuto com 2,7% e haxixe com 1,3% dos utentes, sendo que cerca de 10,7% dos utentes com DPOC fumavam mais de dois tipos de cigarros. Nenhum dos utentes referiu consumo de cigarros eletrónicos ou de tabaco aquecido durante o período em que eram fumadores, modalidades que surgiram apenas mais recentemente e que não integraram os hábitos tabágicos da população estudada.

Importa referir que 77,3% dos utentes com DPOC foram fumadores ativos e que 22,7% foram fumadores passivos (doméstico ou laboral).

Durante o período de consumo ativo de tabaco e/ou que estavam expostos a fatores de risco, 27 utentes (27,8% do total) apresentaram exacerbações, com uma média de 4,8 episódios por doente, dos quais 48,2% necessitaram de hospitalização.

Considerando o tempo de consumo tabágico dos indivíduos, obteve-se uma taxa de exacerbações de 0,14 episódios por ano de tabagismo entre os utentes que exacerbaram, e uma taxa global de 0,04 episódios por ano de tabagismo quando incluída a totalidade da amostra. Entre os 27 utentes exacerbadores, 33,3% (*n* = 9) eram fumadores passivos, evidenciando que a exposição indireta ao tabaco também contribuiu para o risco de exacerbação.

O tempo total de abstinência do tabaco ou de exposição ao fator de risco (tabagismo ativo e passivo) foi de 18,8 anos em média, variando entre 1,5 meses e 52 anos.

Informações relativas à atualidade, sendo ex-fumador

Após a cessação tabágica e/ou fim da exposição de fatores de risco (fumadores passivos), 27 (27,8%) utentes tiveram exacerbações dos sintomas, sendo que 51,9% tiveram necessidade de ser hospitalizados.

Apenas 5,3% referiram recaída tabágica, com tempo médio de recaída de um ano (tempo mínimo uma semana e o máximo de três anos). O tempo médio de abstinência foi de 24,6 anos, sendo o tempo máximo de abstinência referido de 52 anos.

Apesar de terem deixado de fumar, 15 (15,5%) utentes continuam expostos ao fumo ambiental do tabaco, sendo que 10,7 horas é a média de horas por semana de exposição em casa e 5,5 é a média de horas por semana de exposição no trabalho, o que perfaz uma média total de 8,5 horas por semana de exposição ao fumo ambiental.

Avaliação da DPOC

A intensidade dos sintomas foi avaliada através da escala CAT e o sintoma da dispneia foi avaliado através da escala mMRC.

A escala CAT apresentou uma média de 8,56 no

período de consumo e 9,21 após cessação, sem melhoria global significativa. A tabela 1 compara as alterações sentidas na sintomatologia da DPOC, relativamente ao momento em que eram fumadores e à atualidade em que não fumam. Destacando-se uma melhoria de 41,24% no sintoma de tosse e de 38,4% no sintoma de presença de expetoração. Em contrapartida verificou-se um agravamento em 40,21% da sensação de falta de ar ao subir uma ladeira ou lanço de escadas e da sensação de ter menos energia em 31,96%.

Tabela 1. Evolução da pontuação CAT após cessação tabágica.

Escala CAT*	Categoria de variação da pontuação CAT* (Percentagem de utentes (%))		
	Melhorou	Piorou	Sem alterações
Nunca tenho tosse	41,24%	17,53%	41,24%
Não tenho nenhuma expetoração (catarro) no peito	38,4%	10,31%	51,54%
Não sinto nenhum aperto no peito	13,40%	18,56%	68,04%
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lanço de escadas	23,71%	40,21%	35,05%
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	10,31%	30,93%	58,76%
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	7,22%	23,71%	69,07%
Durmo bem/ profundamente	14,43%	23,71%	61,86%
Tenho muita energia	13,40%	31,96%	54,64%

Legenda: *CAT – *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test.*

Quanto à dispneia avaliada pela escala mMRC, verificou-se que enquanto fumadores os utentes com DPOC tiveram uma média de 0,88 e que os utentes quando deixaram de fumar apresentaram uma média de 1,22.

A figura 1 ilustra a redistribuição dos utentes totais com DPOC pelos grupos A, B e E, de acordo com a classificação GOLD, comparando a gravidade da doença no momento do diagnóstico, enquanto fumadores, com o momento da avaliação no presente estudo, enquanto ex-fumadores. Relativamente aos utentes fumadores passivos, sete apresentaram melhoria nas classificações dos grupos A, B e E, enquanto quatro registaram agravamento. Entre estes últimos, inicialmente foram classificados como "A" durante a exposição e "B" após a cessação do fator de risco.

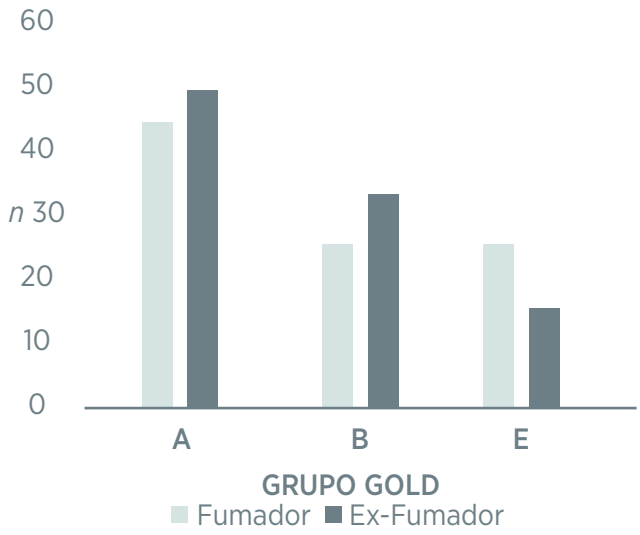

Figura 1. Classificação segundo o grupo A, B e E da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) nos utentes enquanto fumadores versus ex-fumadores.

DISCUSSÃO

Embora a DPOC possa afetar também indivíduos que nunca fumaram, a exposição ao fumo do tabaco é o principal fator de risco identificado para o desenvolvimento da doença. Neste contexto, a cessação tabágica assume um papel central e deve ser incentivada em todos os doentes com DPOC que se mantenham fumadores, constituindo uma intervenção essencial para retardar a progressão da doença.[2]

A cessação tabágica constitui a única intervenção baseada em evidência capaz de reduzir o risco de desenvolvimento de DPOC e de retardar o declínio acelerado da função pulmonar, constituindo também a forma mais económica de prevenir o aparecimento da doença e o seu agravamento.[7] Embora exista um consenso de que o tabagismo acelera o declínio da função respiratória e que a sua cessação abranda esse processo, estudos sugerem que, mesmo após deixar de fumar, a taxa de declínio nos ex-fumadores se aproxima da observada nos nunca fumadores ou mantém-se ligeiramente superior.[8,9] O estudo de *Oelsner et al.*[8] refere que o declínio acelerado da função pulmonar em ex-fumadores sugere que, mesmo após a cessação do tabagismo, persistem alterações fisiopatológicas nos pulmões que contribuem para a progressão da doença. Além disso, estudos reforçam a complexidade do processo de recuperação pulmonar após a cessação tabágica e a necessidade de intervenções adicionais para mitigar o risco de danos prolongados nos ex-fumadores.[10-14] Adicionalmente, o enfisema associado ao tabagismo, que não reverte após a cessação tabágica, tem sido associado ao declínio da função pulmonar.[15]

A gravidade funcional da DPOC no presente estudo não pôde ser quantificada através do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) devido a limitações no acesso a espirometria na região do estudo. Para contornar esta limitação, recorreu-se às escalas mMRC e CAT, validadas internacionalmente, para avaliar a gravidade funcional e os sintomas relacionados com a DPOC.

Relativamente ao nosso estudo, a carga tabágica média dos utentes com DPOC fumadores (57,7 UMA) indica um grupo de alto risco. Os resultados evidenciam que apesar da cessação tabágica, muitos utentes com DPOC não observaram uma melhoria significativa nos seus sintomas. A análise das escalas CAT e mMRC revelou uma persistência ou agravamento dos sintomas pós cessação tabágica. A média da pontuação da escala CAT aumentou de 8,56 para 9,21, enquanto a mMRC evoluiu de 0 para 1. Entre os 97 utentes incluídos no estudo, 27 apresentaram melhoria na classificação GOLD após a cessação tabágica. Deste grupo, 10 utentes transitaram do grupo "B" para o "A", nove do grupo "E" para o "B" e oito do grupo "E" para o "A". Assim, verificou-se não apenas um aumento da proporção de utentes no grupo "B", acompanhado de uma redução no grupo "E", mas também uma progressão positiva em direção a grupos de menor gravidade, sugerindo um efeito favorável da cessação tabágica na gravidade da DPOC. Importa salientar que 41,24% dos utentes reportaram melhoria do sintoma "tosse" após cessação, indicando que, embora os resultados globais sejam pouco expressivos, existe benefício clínico em subgrupos específicos. Embora a prevalência de exacerbações se tenha mantido estável, registou-se um aumento no número médio de episódios e na necessidade de hospitalização.

De acordo com o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), a DPOC é uma patologia caracterizada por obstrução persistente e irreversível das vias aéreas, resultante de uma resposta inflamatória crónica, conduzindo a alterações estruturais e funcionais progressivas a longo prazo.[16] Assim, a não melhoria da sintomatologia (a ligeira elevação nas pontuações médias das escalas CAT e mMRC) pode ser atribuída à progressão natural da doença. Apesar disso, a evidência mostra que a cessação tabágica é essencial em todas as fases da doença e que quanto mais precoce for a cessação tabágica, maior será o seu impacto benéfico, sendo que o efeito positivo também se reforça com o aumento do tempo decorrido após a interrupção do consumo de tabaco.[17]

Por outro lado, a DPOC partilha diversos sintomas com outras comorbilidades, nas quais o tabagismo e o envelhecimento também são fatores de risco importantes. Sintomas como cansaço e dispneia, frequentemente relatados pelos utentes, podem ser confundidos com a progressão de patologias de origem cardíaca ou simplesmente com o envelhecimento fisiológico, dificultando a avaliação clínica específica da DPOC. Além disso, a elevada carga tabágica acumulada da amostra (média de 57,7 UMA) constitui um importante fator de risco residual mesmo após cessação, o que poderá explicar a persistência de sintomas. Todos estes fatores devem ser considerados na interpretação dos resultados.

Este estudo foi realizado com utentes com DPOC que tinham deixado de fumar, sendo que a cessação tabágica pode levar a um aumento temporário da tosse e produção de muco, podendo justificar também a não melhoria dos sintomas.

Além disso, o tratamento da DPOC é multimodal e inclui, para além da cessação tabágica, programas de reabilitação respiratória, exercício físico e hábitos de vida saudáveis, terapêutica inalatória adequada, controlo de comorbilidades e vacinação (destacando a vacinação antigripal sazonal e antipneumocócica).[2] Todos estes aspetos devem ser considerados aquando da avaliação da melhoria sintomática da doença.

As limitações metodológicas incluem o uso de escalas retrospetivas, a subjetividade da memória dos utentes e a possível confusão sintomática com outras patologias, nomeadamente cardíacas; a codificação da DPOC - R95, inclui o enfisema, obstrução crónica das vias respiratórias e limitação crónica das vias respiratórias; os utentes não saberem o que é uma exacerbação e a falta de comparência à consulta agendada. Reconhece-se também como limitação deste estudo a não inclusão de variáveis relacionadas com o estado vacinal dos utentes, nomeadamente a vacinação antigripal e antipneumocócica, que poderiam influenciar a frequência e a gravidade das exacerbações. Adicionalmente, não foi realizada a exclusão sistemática de outras causas de agudização, como infeções respiratórias virais (por exemplo, COVID-19 ou gripe sazonal), o que poderá ter condicionado a interpretação dos episódios considerados como exacerbações. Do mesmo modo, não foram considerados outros fatores de risco para infeção frequentemente presentes em populações idosas, como comorbilidades crónicas (diabetes, neoplasias, entre outras) ou situações de institucionalização, assim como a existência de uma boa técnica inalatória/otimização terapêutica. Estes aspetos constituem vieses e deverão ser contemplados em futuras investigações,

permitindo uma análise mais completa do impacto da cessação tabágica na sintomatologia da DPOC.

Em suma, os dados reforçam a importância da cessação tabágica como medida fundamental na abordagem da DPOC, mas também sublinham a necessidade de uma gestão continuada e multidisciplinar para controlo sintomático e melhoria da qualidade de vida destes utentes.

CONCLUSÃO

O estudo sugere que é provável que a exposição ao tabaco esteja associada a danos pulmonares duradouros e progressivos. No entanto, a cessação tabágica permanece uma intervenção prioritária, com impacto na redução da mortalidade. A idade do utente, comorbilidades associadas e falta de literacia em saúde podem comprometer os resultados das escalas aplicadas (CAT e mMRC). A própria progressão natural da doença também pode comprometer a melhoria dos sintomas.

Assim, torna-se essencial manter o acompanhamento destes doentes, reforçando estratégias de cessação tabágica, monitorizando a evolução da doença e otimizando a terapêutica sintomática, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e reduzir o risco de exacerbações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Cardoso J, Ferreira AJ, Almeida J, Bárbara C, Bugalho de Almeida A, Calado J, *et al.* Prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na população portuguesa – estudo PRECISE. Pulmonology. 2013;19(2):96-105.

2- Grupo de Estudos de Doença Respiratória da APMGF (GRESP). Guia prático de abordagem ao doente com DPOC nos cuidados de saúde primários. Lisboa: Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF); 2021. Disponível em: https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-DPOC-GRESP-Bial.pdf

3- Shiels MS, Katki HA, Freedman ND, Purdue MP, Wentzensen N, Trabert B, et al. Cigarette smoking and variations in systemic immune and inflammation markers. J Natl Cancer Inst. 2014 Oct 1;106(11):dju294.

4- Namorado S, Antunes L, Kislaya I, Santos AJ, Castilho E, Cordeiro E, *et al.* 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Determinantes de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP); 2017.

5- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Golden Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2024 Report). 2024.

6- von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008 Apr;61(4):344-9.

7- van Eerd EA, van der Meer RM, van Schayck OC, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 20;2016(8):CD010744.

8- Oelsner EC, Balte PP, Bhatt SP, Cassano PA, Couper D, Folsom AR, et al. Lung function decline in former smokers and low-intensity current smokers: a secondary data analysis of the NHLBI Pooled Cohorts Study. The Lancet Respiratory Medicine, Volume 8, Issue 1, 34-44.

9- Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, *et al.* Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. JAMA. 1994 Nov 16;272(19):1497-505.

10- Hogg JC. Why does airway inflammation persist after the smoking stops? Thorax. 2006 Feb;61(2):96-7.

11- Rutgers SR, Postma DS, ten Hacken NH, Kauffman HF, van Der Mark TW, Koëter GH, et al. Ongoing airway inflammation in patients with COPD who do not currently smoke. Thorax. 2000 Jan;55(1):12-8.

12- Wilkinson TM, Patel IS, Wilks M, Donaldson GC, Wedzicha JA. Airway bacterial load and FEV1 decline in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2003 Apr 15;167(8):1090-5.

13- Lapperre TS, Postma DS, Gosman MM, Snoeck-Stroband JB, ten Hacken NH, Hiemstra PS, et al. Relation between duration of smoking cessation and bronchial inflammation in COPD. Thorax. 2006 Feb;61(2):115-21.

14- Wang G, Wang R, Strulovici-Barel Y, Salit J, Staudt MR, Ahmed J, et al. Persistence of smoking-induced dysregulation of miRNA expression in the small airway epithelium despite smoking cessation. PLoS One. 2015 Apr 17;10(4):e0120824.

15- Oelsner EC, Smith BM, Hoffman EA, Folsom AR, Kawut SM, Kaufman JD, *et al.* Associations between emphysema-like lung on CT and incident airflow limitation: a general population-based cohort study. Thorax. 2018 May;73(5):486-488.

16- Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 Jul. (NICE Guideline, No. 115.).

17- Menezes AMB, Jardim JR, Pérez-Padilla R, Camelier A, Rosa F, Nascimento O, *et al.* Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: the PLATINO study in São Paulo, Brasil. Cad Saúde Publica 2005;21:1565-73.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse. Os autores declaram não ter existido fontes externas de financiamento e patrocínios para a realização deste estudo.

CORRESPONDÊNCIA:

Catarina da Encarnação Madeira Afonso
catarinamimosa.ca@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL:

CMA: Ideia principal; elaboração do projeto; interpretação dos dados; análises dos dados; redação do trabalho; revisão crítica e aprovação final.
MM: Elaboração do projeto; interpretação dos dados; redação do trabalho; revisão crítica e aprovação final.
ARV: elaboração do projeto; interpretação dos dados; revisão crítica e aprovação final.
CS: Elaboração do projeto; análises dos dados.
TL: Elaboração do projeto; interpretação dos dados.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os utentes participantes no estudo e a todos os elementos da equipa médica e de enfermagem da USF na referenciação dos utentes para as investigadoras no dia da sua consulta.

RECEBIDO: 25 de junho de 2025 | **ACEITE:** 21 de novembro de 2025

ANEXO I – Questionário aplicado aos utentes (Fonte: autoria dos autores).

Impacto da cessação tabágica na sintomatologia da DPOC

Utente:_____

Data:___/___/_____

Colaboradora: _____

Questionário

Consulta Presencial

- Assinar consentimento informado.

- Aferir se existiu melhoria clínica da doença nos ex-fumadores, utilizando as escalas mMRC e CAT, comparando os valores das mesmas escalas no início do diagnóstico e após cessação tabágica, assim como o número de exacerbações:

- Informação relativa à altura do diagnóstico de DPOC, em que fumava:

1. Tipo de fumador
   ☐ Foi Ativo ☐ Foi Passivo

   - Se passivo, especificar:

   _____

   _____

2. **Identificar Carga Tabágica:**
   - Quantos cigarros fumava: _____
   - Que tipo de cigarros fumava (cigarros, cigarros de enrolar, cigarrilhas, e-cigarros, outros): _____
   - Ano em que começou a fumar: _____
   - Nº de anos de consumo: _____
   - Carga tabágica em UMAs: _____

3. Teve **exacerbações** desde o diagnóstico, durante o tempo em que fumava?
   ☐ **Sim** ☐ **Não**

   - Se sim, quantas: _____

   - Foi necessária hospitalização?
   ☐ **Sim** ☐ **Não**

Impacto da cessação tabágica na sintomatologia da DPOC

- Informação relativa à atualidade, em que já não fumam:

4. Identificar **há quanto tempo deixaram de fumar**:
   - Data em que parou de fumar: _____
   - Teve alguma recaída?
   ☐ **Sim** ☐ **Não**

   Se sim, quanto tempo: _____

   - Tempo total de abstinência: _____

   - Está exposto ao fumo ambiental do tabaco?
   ☐ **Sim** ☐ **Não**

   Se sim: casa ___ horas, trabalho ___ horas, carro ___ horas, total ___ horas/semana de exposição

5. Teve **exacerbações** desde que parou de fumar?
   ☐ **Sim** ☐ **Não**

   - Se sim, quantas: ___

   - Foi necessária hospitalização?
   ☐ **Sim** ☐ **Não**

RESUMO FINAL (a preencher pelo Investigador)

Ao diagnostico, quando fumava: CAT ___ pontos; mMRC ___ pontos; Grupo ___

Atualmente, sem fumar: CAT ___ pontos; mMRC ___ pontos; Grupo ___

Melhoria: CAT ___ pontos; mMRC ___ pontos; Grupo ___

Impacto da cessação tabágica na sintomatologia da DPOC

Escala de Dispneia mMRC enquanto fumador

Instruções: Indique com uma "cruz" (X) no quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar. Certifique-se que seleciona apenas uma resposta para cada pergunta.

Grau 0	Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. *"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".*	
Grau 1	Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. *"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".*	
Grau 2	Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. *"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".*	
Grau 3	Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. *"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".*	
Grau 4	Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. *"Estou sem fôlego para sair de casa".*	

COPD Assessment Test –CAT enquanto fumador

Instruções: Coloque uma "cruz" em torno do número da escala que melhor corresponde à intensidade do seu sintoma. Certifique-se que seleciona apenas uma resposta para cada pergunta.

Nunca tenho tosse	0	1	2	3	4	5	Estou sempre a tossir
Não tenho nenhuma expetoração no peito	0	1	2	3	4	5	O meu peito está cheio de expetoração
Não sinto nenhum aperto no peito	0	1	2	3	4	5	Sinto um grande aperto no peito
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	0	1	2	3	4	5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	0	1	2	3	4	5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar.	0	1	2	3	4	5	Não me sinto confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar.
Durmo profundamente	0	1	2	3	4	5	Não durmo profundamente, por causa da minha doença pulmonar
Tenho muita energia	0	1	2	3	4	5	Não tenho nenhuma energia

Total: _____

Impacto da cessação tabágica na sintomatologia da DPOC

Escala de Dispneia mMRC após cessação tabágica

Instruções: Indique com uma "cruz" (X) no quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar. Certifique-se que seleciona apenas uma resposta para cada pergunta.

Grau 0	Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. *"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".*	
Grau 1	Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. *"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".*	
Grau 2	Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. *"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".*	
Grau 3	Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. *"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".*	
Grau 4	Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. *"Estou sem fôlego para sair de casa".*	

COPD Assessment Test – CAT após cessação tabágica

Instruções: Coloque uma "cruz" em torno do número da escala que melhor corresponde à intensidade do seu sintoma. Certifique-se que seleciona apenas uma resposta para cada pergunta.

Nunca tenho tosse	0	1	2	3	4	5	Estou sempre a tossir
Não tenho nenhuma expetoração no peito	0	1	2	3	4	5	O meu peito está cheio de expetoração
Não sinto nenhum aperto no peito	0	1	2	3	4	5	Sinto um grande aperto no peito
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	0	1	2	3	4	5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	0	1	2	3	4	5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar.	0	1	2	3	4	5	Não me sinto confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar.
Durmo profundamente	0	1	2	3	4	5	Não durmo profundamente, por causa da minha doença pulmonar
Tenho muita energia	0	1	2	3	4	5	Não tenho nenhuma energia

Total: _____

PROBIÓTICOS E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

PROBIOTICS AND DEPRESSION: AN EVIDENCE-BASED REVIEW

Autores:
Carolina Figueiredo Rodrigues[1]

RESUMO

Introdução: A perturbação depressiva é uma das doenças mentais mais comuns e, apesar do uso crescente de antidepressivos, a resposta ao tratamento continua limitada, realçando a importância de investigar as causas subjacentes e descobrir novas abordagens terapêuticas. A microbiota intestinal, por meio do eixo intestino-cérebro, influencia processos neuronais, endócrinos e imunológicos. Alterações como a disbiose são comuns em pacientes com depressão, e os probióticos, capazes de restaurar a homeostase intestinal, emergem como potenciais opções terapêuticas. Este estudo tem como objetivo avaliar as evidências sobre o uso de probióticos como potenciais agentes terapêuticos no tratamento da depressão.
Métodos: Utilizando os termos MeSH *probiotics, depression* e *adults*, foi realizada uma pesquisa em agosto de 2024 por artigos (*guidelines*, revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos randomizados), sem limite temporal. Foram incluídos estudos em adultos com depressão, submetidos a suplementação com probióticos. A escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Family Physician* foi usada para avaliar o nível de evidência (NE) e força de recomendação (FR).
Resultados: Entre os 450 artigos identificados, quatro preencheram os critérios de inclusão: dois ensaios clínicos randomizados e duas revisões sistemáticas. Os resultados indicaram que o consumo de probióticos pode equilibrar a composição da microbiota em indivíduos com depressão e que podem complementar os tratamentos tradicionais, sendo necessários mais estudos sobre os efeitos de estirpes específicas, variações individuais no microbiota e diferentes subtipos de depressão.
Discussão: Embora promissora, a suplementação com probióticos no tratamento da depressão apresenta evidências limitadas. As principais limitações dos estudos avaliados incluem tamanhos amostrais reduzidos, curta duração e heterogeneidade metodológica. Estudos randomizados de maior escala são essenciais para clarificar o papel dos probióticos no tratamento da depressão.
Conclusão: A força de recomendação e evidência científica para o uso de probióticos no tratamento da depressão é insuficiente, sendo categorizada como SORT B/2.

Palavras-chave: depressão; probióticos; adulto; microbiota.

ABSTRACT

Introduction: Depression is one of the most common mental health disorders. Despite increasing antidepressant use, treatment response remains limited, emphasizing the need to investigate root causes and discover new therapeutic approaches. The gut microbiota communicates bidirectionally with the central nervous system via the gut-brain axis, influencing neuronal, endocrine, and immunological processes. Dysbiosis is common in depression, and probiotics, which may restore intestinal homeostasis, are potential therapeutic options. This study evaluates the evidence regarding probiotics as therapeutic agents in treating depression.
Methods: Using the MeSH terms "probiotics", "depression", and "adults", a search was conducted in August 2024 for articles (clinical guidelines, systematic reviews, meta-analyses, and randomized controlled trials) with no temporal limitation. Studies involving adults with depression who underwent probiotic supplementation were included. The Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) scale from the American Family Physician was used to assess the level of evidence and strength of recommendation.
Results: Among the 450 articles identified, four met the inclusion criteria: two randomized clinical trials and two systematic reviews. The results indicated that probiotic consumption can balance microbiota composition in individuals with depression. Probiotics may complement traditional treatments, but further studies are needed to investigate the effects of specific strains, individual microbiota variations, and different subtypes of depression.
Discussion: Although promising, probiotic supplementation for depression treatment has limited evidence. Key limitations of evaluated studies include small sample sizes, short duration, and heterogeneity. Larger randomized studies are essential to clarify probiotics' role in depression treatment.
Conclusion: The strength of recommendation and scientific evidence for probiotics as a depression treatment remains insufficient, categorized as SORT B/2.

Keywords: depression; probiotics; adult; microbiota.

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

INTRODUÇÃO

A perturbação depressiva major (PDM) é uma das doenças mentais mais prevalentes a nível global, com uma elevada taxa de incapacidade e um impacto significativo na qualidade de vida.[1,2] O uso de antidepressivos tem aumentado todos os anos[2] mas a taxa de resposta ao tratamento permanece limitada a cerca de 60-70%.[3,4] Este aspeto enfatiza a necessidade de investigar os mecanismos patológicos subjacentes à PDM,[5] que são complexos e incluem a interação de diversos componentes relacionados com fatores genéticos, epigenéticos, ambientais, entre outros.[6] A contínua exploração destes mecanismos é essencial para o desenvolvimento de terapias inovadoras, eficazes e seguras que possam melhorar os resultados clínicos e abordar a diversidade de respostas individuais.[7,8]

A microbiota intestinal, composta por mais de 100 triliões de microrganismos, comunica bidirecionalmente com o sistema nervoso central do hospedeiro.[9] Na PDM, diversos mecanismos moleculares interagem de forma complexa, incluindo a redução de neurotransmissores, a desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal, o declínio dos níveis do fator neurotrófico derivado do cérebro, aumento das respostas intestinais pró-inflamatórias e a interação entre a microbiota intestinal e o cérebro através do nervo vago.[10-15] O eixo microbiota-intestino-cérebro, que liga a microbiota intestinal ao sistema nervoso central, influencia processos neuronais, endócrinos e imunológicos, com impacto ao nível de funções neurocomportamentais.[16-19] Este eixo desempenha um papel fundamental na fisiopatologia de transtornos psiquiátricos, como a depressão, destacando a sua relevância para a compreensão e tratamento dessas condições.[20]

A disbiose, ou desequilíbrio da microbiota intestinal, é comum em doentes com depressão.[21] Os probióticos são microrganismos vivos que, quando consumidos em quantidades adequadas, podem ajudar a restaurar o equilíbrio da microbiota intestinal e manter a saúde intestinal, influenciando o eixo microbiota-intestino-cérebro.[9,22] Como "psicobióticos", os probióticos mostram potencial como opções terapêuticas no tratamento da depressão.[23,24]

O objetivo deste trabalho é avaliar a evidência sobre o uso de probióticos como potenciais agentes terapêuticos no tratamento da depressão.

MÉTODOS

Realizou-se, em agosto de 2024, uma pesquisa bibliográfica por guidelines, ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos observacionais nas bases de dados TRIP *Database, NHS Evidence, Canadian Medical Association, The Cochrane Library, National Institute of Health, Bandolier*, MEDLINE/PubMed e *National Guideline Clearing House*. Foram selecionados artigos publicados em português e inglês, sem limite temporal. Utilizaram-se os termos MeSH *probiotics, depression* e *adults*.

Os critérios para inclusão dos estudos na revisão foram definidos de acordo com o modelo PICO (População, Intervenção, Comparação, *Outcome*). A população-alvo foi definida como adultos com síndrome depressiva, para os quais a intervenção terapêutica consistiu em probióticos versus placebo ou outra intervenção terapêutica utilizada no tratamento da depressão. O outcome considerado foi a melhoria dos sintomas depressivos. Foram excluídos artigos de opinião, revisões simples, estudos em animais ou *in vitro*, estudos em curso, estudos com outros objetivos/intervenções ou populações e ensaios já incluídos em meta-análises ou revisões sistemáticas.

O nível de evidência (NE) e a força de recomendação (FR) foram avaliados com base na escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) fornecida pela *American Family Physician.*

RESULTADOS

Da pesquisa realizada resultou um total de 450 artigos, dos quais quatro preencheram os critérios de inclusão: dois ensaios clínicos randomizados (ECR) (Tabela 1) e duas revisões sistemáticas (RS) (Tabela 2). O processo de seleção dos artigos está detalhado na figura 1.

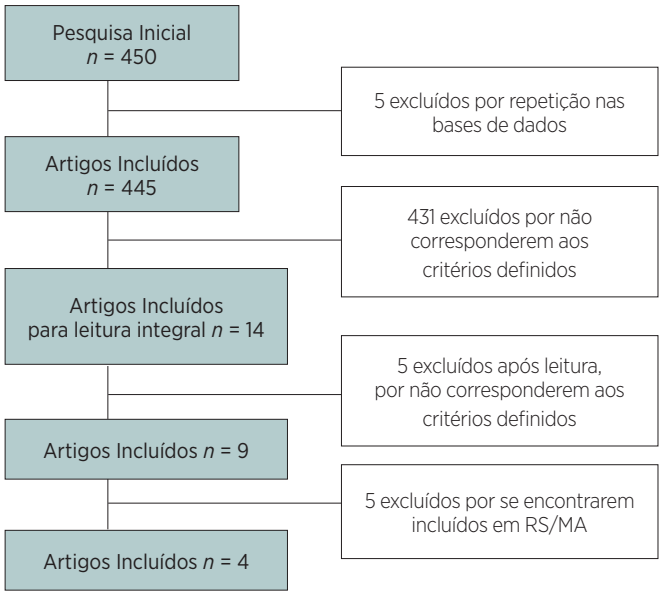

Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos.
Legenda: RS – revisão sistemática; MA – meta-análise; *n* – número.

O primeiro ECR, conduzido em 2020 por *Reininghaus* e colegas (Tabela 1), teve como objetivo avaliar o efeito do tratamento com probióticos em indivíduos com depressão, recrutados de um departamento de psiquiatria. Dos doentes admitidos para regime de internamento, foram selecionados 82 indivíduos com depressão, com idades entre 18 e 75 anos que, para além do tratamento antidepressivo padrão, foram randomizados para receber um tratamento com probióticos multi-estirpes e biotina ou biotina mais placebo. A duração do estudo foi de 28 dias, com avaliações de seguimento realizadas no início do estudo (t0), após uma semana (t1) e após 28 dias (t2). Essas avaliações incluíram colheita de sangue e fezes, além da realização de testes psicológicos e cognitivos. Os sintomas clínicos, bem como a composição da microbiota intestinal, foram analisados nos três momentos de avaliação e em t2, os efeitos na inflamação foram analisados utilizando informações da base de dados KEGG (*Kyoto Encyclopedia of Genes and Genomes*) *pathways.* Dos 82 pacientes inicialmente incluídos, 61 participantes permaneceram no estudo e completaram pelo menos a visita inicial (t0, *n* = 28 grupo intervenção, *n* = 33 grupo placebo). Amostras de fezes para os três momentos de avaliação (t0, t1, t2) estavam disponíveis para 53 participantes, que, portanto, foram incluídos na análise da microbiota (*n* = 26 grupo intervenção, *n* = 27 grupo placebo). Ambos os grupos apresentaram uma melhoria significativa nos sintomas psiquiátricos, não se verificando no entanto, diferença entre os grupos ao nível das escalas psiquiátricas. Os níveis de significância estatística foram definidos como $p < 0,05$. Através da análise da microbiota, observou-se que *Ruminococcus gauvreauii* e *Coprococcus* 3 estavam mais abundantes e que a β-diversidade era maior no grupo de intervenção após 28 dias (o índice de diversidade beta é calculado para cada par de amostras, representando a semelhança ou dissimilaridade entre as duas). Também foi revelado um aumento estatisticamente significativo nas vias de regulação da inflamação no grupo de intervenção em t2 ($p < 0,005$). Este estudo fornece evidências de que o consumo de probióticos pode ajudar a equilibrar a composição da microbiota em indivíduos com depressão. No entanto, embora a intervenção com probióticos tenha mostrado diferenças no perfil de diversidade da microbiota em comparação com o placebo, não foram observadas diferenças entre os grupos nas medidas de desfechos clínicos.[25]

O segundo ECR foi um ensaio clínico triplo cego randomizado (Tabela 1), conduzido em 2019, com o objetivo de determinar o efeito do consumo de suplementos probióticos sobre os sintomas depressivos em uma amostra de participantes com depressão ligeira a grave e com idade igual ou superior a 18 anos. 71 participantes foram recrutados e selecionados aleatoriamente durante 12 meses na *University of Technology Sydney*, para receberem probióticos (*n* = 34) ou placebo (*n* = 37), consumidos diariamente ao longo de oito semanas. Dos participantes com depressão ligeira a moderada, 15 receberam probióticos e 18 receberam placebo. Entre os participantes com depressão grave, 19 receberam probióticos e 18 receberam placebo. Os participantes receberam um *kit* de colheita de fezes uma semana antes do início do estudo. Durante a avaliação pré-intervenção, entregaram essa amostra e foram submetidos a diversas avaliações psicológicas, incluindo testes para avaliar depressão clínica/subclínica, depressão e ansiedade, além de avaliar a reatividade cognitiva. Também responderam a questionários demográficos e alimentares. Os participantes receberam uma reserva para oito semanas de probióticos ou placebo, juntamente com as instruções de ingerirem os mesmos duas vezes por dia. Foram realizados acompanhamentos semanais durante as sete semanas seguintes para monitorizar o humor, possíveis efeitos colaterais e adesão ao tratamento. Na nona semana, os participantes entregaram uma segunda amostra fecal, realizaram novamente os testes psicológicos e responderam a questionários alimentares, de avaliação pós-intervenção e de satisfação. Os participantes regressaram um mês depois e responderam novamente a questionários de avaliação de depressão, questionário alimentar e de *follow-up*. Os participantes do ensaio clínico também foram comparados a um grupo sem depressão (*n* = 20) em relação às variáveis psicológicas e à composição da microbiota intestinal. A taxa de desistência foi de 34% (24/71 participantes), calculada com base no número de participantes que completaram a avaliação pós-intervenção da nona semana e foi atribuída principalmente à exigência de os participantes terem de comparecer às visitas semanais de monitorização. Um total de 43 participantes forneceu amostras fecais pré e pós-intervenção (*n* = 22, grupo de intervenção; *n* = 21, grupo placebo). De forma geral, todos os participantes apresentaram uma redução nos sintomas depressivos ao longo do estudo. Em relação à microbiota, não foram encontradas diferenças significativas na diversidade alfa ou beta entre as amostras pré e pós-tratamento dentro de ambos os grupos (placebo e intervenção) ou entre os grupos. No entanto, foi encontrada uma correlação significativa

entre *Ruminococcus gnavus* e uma medida de depressão. Além disso, observou-se um efeito significativo ($p < 0,05$) entre os grupos intervenção e placebo no subgrupo com depressão leve/moderada em uma medida de reatividade cognitiva ao humor triste, que é um marcador de vulnerabilidade à depressão. Os autores concluíram que pesquisas adicionais são necessárias para explorar a forma como os probióticos podem influenciar a saúde mental e se podem atuar como um complemento aos tratamentos atuais.[26]

Tabela 1. Breve descrição dos ensaios clínicos randomizados incluídos na revisão.

Referência (ano)	Tipo de estudo e amostra	Intervenção	Objetivos	Resultados	NE
Reininghaus EZ, *et al* (2020)[25]	Ensaio clínico duplo cego randomizado. *n* = 82 (21 perdidos). Indivíduos admitidos para hospitalização no serviço de psiquiatria, com sintomas depressivos. Idades entre os 18 e os 75 anos.	Grupo de intervenção (*n* = 28): Probióticos + Vitamina B7. Grupo controlo (*n* = 33): Vitamina B7 Duração 28 dias: seguimento em t0, t1 (após 1 semana) e t2 (após 28 dias), com colheita de sangue, fezes, realização de testes psicológicos e cognitivos. Os sintomas clínicos e a microbiota intestinal foram analisados em t0, t1 e t2. Em t2, os efeitos sobre a inflamação foram analisados através de uma base de dados.	Avaliar o efeito do tratamento com probióticos em indivíduos com depressão.	- Ambos os grupos melhoraram significativamente no que respeita aos sintomas psiquiátricos. - *Ruminococcus gauvreauii* e *Coprococcus* 3 foram as estirpes mais abundantes e a β-diversidade foi maior no grupo de intervenção após 28 dias. - Verificou-se um aumento estatisticamente significativo das vias reguladoras da inflamação no grupo de intervenção em t2. - A intervenção com probióticos, em comparação com o placebo, diferiu apenas no perfil de diversidade microbiana, não em medidas de desfecho clínico. - A suplementação com probióticos e biotina durante 4 semanas, em indivíduos com diagnóstico de PDM, mostrou um efeito benéfico global do tratamento clínico.	1
Chahwan B, *et al* (2019)[26]	Ensaio clínico triplo cego randomizado. *n* = 71 (24 perdidos). Adultos com depressão ligeira a grave. Idade ≥ 18 anos.	Os participantes foram selecionados aleatoriamente para receberem probióticos (*n* = 34) ou placebo (*n* = 37), consumidos diariamente ao longo de oito semanas. Foram avaliados sintomas e marcadores de vulnerabilidade à depressão, bem como a composição da microbiota intestinal, antes e após a intervenção.	Determinar o efeito do consumo de probióticos nos sintomas depressivos numa amostra de participantes com depressão ligeira a grave.	- Todos os participantes apresentaram uma redução nos sintomas depressivos ao longo do período do estudo. - Grupo de intervenção: demonstraram uma redução significativamente maior na reatividade cognitiva em comparação com o grupo placebo, particularmente no subgrupo com sintomas ligeiros/moderados. - Os probióticos não alteraram significativamente a microbiota de indivíduos com depressão mas foi encontrada uma correlação significativa entre *Ruminococcus gnavus* e uma medida de depressão. - O consumo de probióticos pode exercer uma mudança nos padrões cognitivos associados à depressão.	1

Legenda: *n* – número; NE – nível de evidência; PDM – perturbação depressiva major.

A primeira RS, de 2020, foi conduzida por *Noonan et al.* (Tabela 2) e avaliou se o consumo de pré e/ou probióticos por indivíduos com ansiedade e/ou depressão leva a uma redução na experiência negativa associada a essas condições. Um total de sete artigos (três ensaios clínicos duplo cegos randomizados, um ensaio clínico multicêntrico, um ensaio clínico aberto e dois estudos piloto) foram selecionados para inclusão, com tamanhos de amostra variando entre 40 e 110 participantes e duração entre 56 a 90 dias. Seguindo os critérios pré-determinados para esta revisão, todos os estudos identificados focaram

exclusivamente em populações diagnosticadas com depressão (*n* = 7); nenhum estudo elegível foi encontrado para doentes com diagnóstico de ansiedade (*n* = 0). Em todos os estudos, a avaliação dos sintomas foi realizada por meio de questionários psicológicos e, em três estudos, adicionalmente, foram avaliados parâmetros bioquímicos. Houve uma heterogeneidade clínica e metodológica significativa nesta revisão, o que impediu a realização de uma meta-análise. Todos os sete estudos investigaram pelo menos uma estirpe de probióticos; três estudos analisaram o efeito de uma única estirpe como intervenção, enquanto quatro estudos investigaram o efeito da administração de múltiplas estirpes combinadas como intervenção. Foram investigadas no total 12 estirpes. As mais frequentemente analisadas foram *Lactobacillus acidophilus* (em três artigos), *Lactobacillus* casei e *Bifidobacterium bifidum* (em dois artigos cada). Um estudo investigou a terapia combinada de pré e probióticos (simbióticos), e um artigo analisou a intervenção com prebióticos isoladamente. Todos os estudos demonstraram melhorias significativas em um ou mais dos resultados que medem o efeito da toma de probióticos em comparação com placebo. Das 12 estirpes probióticas estudadas, 11 mostraram potencial como agentes eficazes. Seis estudos demonstraram uma redução significativa nas pontuações dos testes psicológicos. Os autores concluíram que a suplementação com probiótico/simbiótico pode proporcionar uma melhoria quantitativamente mensurável dos parâmetros relacionados com a depressão e que o uso de probióticos pode ser um tratamento adjuvante potencial para a depressão.[27]

Em 2019, *Vaghef-Mehrabany et al.* realizaram uma revisão sistemática (Tabela 2), com o objetivo de avaliar o atual conjunto de estudos sobre os efeitos dos psicobióticos na depressão. Um total de 32 ECR foi analisado, com tamanhos de amostra variando entre 40 e 290 participantes e duração entre três e 24 semanas. Desses, 22 estudos avaliaram os efeitos de probióticos, sete focaram em prebióticos, dois investigaram simbióticos e um analisou tanto um prebiótico quanto um probiótico. Os estudos incluíram uma população diversa (doentes com depressão, indivíduos saudáveis e doentes com outras condições médicas). A avaliação dos sintomas foi realizada utilizando uma variedade de questionários e escalas validadas, incluindo o *Beck Depression Inventory* (BDI), *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAMD17), entre outros. Apenas cinco estudos mostraram efeitos antidepressivos significativos, e estes foram dependentes das estirpes utilizadas. A suplementação com um simbiótico (*L. casei, L. acidophilus, L. bulgaricus, Lactobacillus rhamnosus, Bacillus breve, B. longum, Streptococcus thermophiles, frutooligossacarídeos*) em indivíduos com depressão moderada resultou em uma redução significativa nas pontuações do HAMD-17. A suplementação com *L. acidophilus, Lactobacillus* casei e *Bifidobacterium bifidum* em doentes com PDM levou a uma redução significativa do BDI. A suplementação com *Clostridium butyricum* (CBM588) reduziu significativamente as pontuações do *HAMD-17* e do BDI em doentes com PDM resistente ao tratamento. A combinação de *Lactobacillus helveticus R0052* e *Bifidobacterium longum R0175*, em uma dose específica, melhorou significativamente os sintomas de depressão em doentes com PDM. Além disso, a combinação de *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus casei* e *Bifidobacterium bifidum* mostrou efeitos promissores na depressão em dois ensaios clínicos. Os autores concluíram que os probióticos podem influenciar a depressão, mas os seus efeitos parecem ser específicos para cada estirpe, sendo as evidências atuais insuficientes para confirmar ou refutar os efeitos antidepressivos dos probióticos.[28]

DISCUSSÃO

Ao interpretar os resultados dos estudos, verificou-se que a suplementação com probióticos no tratamento da depressão, embora promissora, apresenta evidências limitadas, sendo importante considerar as limitações e os vieses que podem afetar a validade e a fiabilidade dos resultados. As limitações identificadas incluem o uso de ensaios clínicos de curta duração com amostragem reduzida, o que pode restringir a generalização dos resultados. Adicionalmente, existe uma heterogeneidade significativa entre os estudos, devido a variações nos desenhos dos mesmos, tipos de probióticos, dosagens, escalas e medidas dos resultados. Outra limitação notável é a falta de consideração de fatores confundidores, como género, tipo de dieta e atividade física, que podem influenciar os resultados. Adicionalmente, em alguns casos, resultados inconclusivos ou pouco expressivos podem ser associados à composição inicial da microbiota intestinal dos participantes antes das intervenções. Para além disso, as revisões sistemáticas incluídas têm mais de cinco anos o que poderá de facto não incluir novos probióticos com estirpes diferentes. São necessários ensaios clínicos de longa duração, maior poder estatístico, com protocolos padronizados, para confirmar a eficácia dos probióticos na depressão, além de estudos que investiguem variações interindividuais na microbiota intestinal, diferentes estirpes

Tabela 2. Breve descrição das revisões sistemáticas incluídas na revisão.

Referência (ano)	Tipo de estudo e amostra	Intervenção	Objetivos	Resultados	NE
Noonan S, *et al* (2020)[27]	Revisão sistemática 7 estudos: n: 40-110 Duração: 56-90 dias - 3 ensaios clínicos duplo cegos randomizados - 1 ensaio clínico multicêntrico - 1 ensaio clínico aberto - 2 estudos piloto Doentes com diagnóstico clínico de perturbação de ansiedade, depressão ou ambas as condições, que estavam em tratamento para essas condições.	Foram investigadas no total 12 estirpes de probióticos. Todos os estudos utilizaram questionários de avaliação de depressão. Em 3 estudos, para além da avaliação de sintomas, foram também avaliados parâmetros bioquímicos.	Analisar se o consumo de pré e/ou probióticos por indivíduos com perturbação de ansiedade e/ou depressão conduz a uma redução da experiência negativa associada a estas patologias.	- Todos os estudos demonstraram melhorias significativas em um ou mais dos resultados que medem o efeito da toma de probióticos em comparação com placebo. - Seis estudos demonstraram redução significativa das pontuações nos questionários. - Das 12 estirpes de probióticos avaliados, 11 foram potencialmente benéficos. - A suplementação com probiótico/simbiótico, pode proporcionar uma melhoria quantitativamente mensurável dos parâmetros relacionados com a depressão. - A utilização de probióticos pode ser um potencial tratamento adjuvante na depressão.	**1**
Vaghef-Mehrabany E, *et al* (2019)[28]	Revisão sistemática 32 ECR n: 40-290 Duração: 3-24 semanas Estudos em doentes com depressão, mas também indivíduos saudáveis ou com outras patologias.	Dos 32 estudos: - 22 avaliaram efeitos de probióticos - 7 avaliaram prebióticos - 2 simbióticos - 1 avaliou prebiótico e probiótico Avaliação de sintomas por questionários e escalas como BDI e HAMD17.	Avaliar o atual conjunto de estudos sobre os efeitos dos psicobióticos na depressão.	Apenas 5 estudos mostraram efeitos antidepressivos significativos, mas estirpe dependentes: - Suplementação com Simbiótico (*L. casei, L. acidophilus, L. bulgaricus, Lactobacillus rhamnosus, Bacillus breve, B. longum, Streptococcus (S).thermophiles, fructooligossacarideos*) em indivíduos com depressão moderada resultou numa redução significativa do HAMD17. - Suplementação com L. *acidophilus, Lactobacillus casei* e *Bifidobacterium bifidum* em doentes com PDM resultou numa redução significativa do BDI. - Suplementação com *Clostridium butyricum* (CBM588) reduziu significativamente as pontuações de HAMD-17 e do BDI em doentes com PDM e resistente ao tratamento. - Combinação de *Lactobacillus helveticus* R0052 e *Bifidobacterium longum* R0175, em uma dose específica, melhorou significativamente os sintomas de depressão em doentes com PDM. - Combinação de *Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus* casei e *Bifidobacterium bifidum* mostrou efeitos promissores na depressão em dois ensaios clínicos. Os probióticos podem influenciar a depressão, mas de maneira específica para cada estirpe.	**2**

Legenda: BDI – *Beck Depression Inventory;* ECR – ensaios clínicos randomizados; HAMD17 – *Hamilton rating scale for depression*; *n* – número; NE – nível de evidência; PDM – perturbação depressiva major.

utilizadas, dosagens ideais e duração do tratamento. Amostras populacionais maiores são necessárias para garantir a representatividade e a robustez dos resultados. Além disso, estudos que combinem probióticos com antidepressivos devem ser priorizados, visando explorar possíveis sinergias terapêuticas.

CONCLUSÃO

Dado o número limitado de estudos sobre o tema e as suas limitações, foi atribuída uma força de recomendação SORT de nível B ao uso de probióticos como tratamento para a depressão. Estes podem representar uma abordagem complementar, mas não devem substituir os tratamentos convencionais sem estudos de maior qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Chudzik A, Orzyłowska A, Rola R, Stanisz GJ. Probiotics, prebiotics and postbiotics on mitigation of depression symptoms: modulation of the brain-gut-microbiome axis. Biomolecules. 2021;11(7):1000.
2- World Health Organization (WHO). Depression. [consultado novembro 2024].
Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
3- Gałecki P, Bliźniewska-Kowalska K, Maes M, Su KP. Neuroimmunology and (epi) genetics in depressive disorders. J Pers Med. 2021;11(7):670.
4- Halaris A, Sohl E, Whitham EA. Treatment-Resistant Depression revisited: A glimmer of hope. J Pers Med. 2021;11.
5- Dziedzic A, Maciak K, Bliźniewska-Kowalska K, Gałecka M, Kobierecka W, Saluk J. The power of psychobiotics in depression: A modern approach through the Microbiota-gut-brain axis: A literature review. Nutrients. 2024;16(6):1054.
6- Lopresti AL, Hood SD, Drummond PD. A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. J Affect Disord. 2013;148(1):12–27.
7- Casacalenda N, Perry JC, Looper K. Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. Am J Psychiatry. 2002;159(8):1354–60.
8- Anderson HD, Pace WD, Libby AM, West DR, Valuck RJ. Rates of 5 common antidepressant side effects among new adult and adolescent cases of depression: a retrospective US claims study. Clin Ther. 2012;34(1):113.
9- Macrea C, Ilias T, Fratila O, Roxana B, Hocopan C. Probiotics and the microbiota-gut-brain axis: focus on patients with depression. A review of current research. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2023;167(2):219–24.
10- Colombo AV, Sadler RK, Llovera G, Singh V, Roth S, Heindl S, *et al.* Microbiota-derived short chain fatty acids modulate microglia and promote Aβ plaque deposition. Elife. 2021;10:e59826.
11- Mirzaei R, Bouzari B, Hosseini-Fard SR, Mazaheri M, Ahmadyousefi Y, Abdi M, *et al.* Role of microbiota-derived short-chain fatty acids in nervous system disorders. Biomed Pharmacother. 2021;139:111661.
12- Mack I, Schwille-Kiuntke J, Mazurak N, Niesler B, Zimmermann K, Monnikes H, et al. A Nonviable Probiotic in Irritable Bowel Syndrome: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Study. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022;20(5):1039–47.
13- Puricelli C, Rolla R, Gigliotti L, Boggio E, Beltrami E, Dianzani U, et al. The Gut-Brain-Immune Axis in Autism Spectrum Disorders: A State-of-Art Report. Front Psychiatry. 2022;12:755171.
14- Cryan JF, Dinan TG. Mind-altering microorganisms: The impact of the gut microbiota on brain and behaviour. Nat Rev Neurosci. 2012;13(10):701–12.
15- Bi C, Guo S, Hu S, Chen J, Ye M, Liu Z. The microbiota-gut-brain axis and its modulation in the therapy of depression: Comparison of efficacy of conventional drugs and traditional Chinese medicine approaches. Pharmacol Res. 2022;183:106372.
16- Sonali S, Ray B, Ahmed TH, Rathipriya AG, Sunanda T, Mahalakshmi AM, *et al.* Mechanistic Insights into the Link between Gut Dysbiosis and Major Depression: An Extensive Review. Cells. 2022;11(8):1362.
17- Zhu F, Tu H, Chen T. The Microbiota-Gut-Brain Axis in Depression: The Potential Pathophysiological Mechanisms and Microbiota Combined Antidepression Effect. Nutrients. 2022;14(10):2081.
18- Ahmed GK, Ramadan HK-A, Elbeh K, Haridy NA. Bridging the gap: Associations between gut microbiota and psychiatric disorders. Middle East Curr Psychiatry. 2024;31(2).
19- Rusch JA, Layden BT, Dugas LR. Signalling cognition: The gut microbiota and hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Front Endocrinol (Lausanne). 2023;14:1130689.
20- Evrensel A, Ceylan ME. The gut-brain axis: The missing link in depression. Clin Psychopharmacol Neurosci. 2015;13(3):239–44.
21- Inserra A, Rogers GB, Licinio J, Wong ML. The microbiota-inflammasome hypothesis of major depression. Bioessays. 2018;40(9):1800027.
22- Reid G. Probiotics: definition, scope and mechanisms of action. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2016;30(1):17.
23- Sarkar A, Lehto SM, Harty S, Dinan TG, Cryan JF, Burnet PWJ. Psychobiotics and the manipulation of bacteria-gut-brain signals. Trends Neurosci. 2016;39(11):763–81.
24- Ng QX, Peters C, Ho CYX, Lim DY, Yeo WS. A meta-analysis of the use of probiotics to alleviate depressive symptoms. J Affect Disord. 2018;228:13–19.
25- Reininghaus EZ, Platzer M, Kohlhammer-Dohr A, Hamm C, Mörkl S, Bengesser SA, *et al.* A. PROVIT: Supplementary probiotic treatment and vitamin B7 in depression—A randomized controlled trial. Nutrients. 2020;12(11):3422.
26- Chahwan B, Kwan S, Isik A, van Hemert S, Burke C, Roberts L. Gut feelings: A randomised, triple-blind, placebo-controlled trial of probiotics for depressive symptoms. J Affect Disord. 2019;253:317–26.
27- Noonan S, Zaveri M, Macaninch E, Martyn K. Food & mood: a review of supplementary prebiotic and probiotic interventions in the treatment of anxiety and depression in adults. BMJ Nutr Prev Health. 2020;3:351–62.
28- Vaghef-Mehrabany E, Maleki V, Behrooz M, Ranjbar F, Ebrahimi-Mameghani M. Can psychobiotics «mood» ify gut? An update systematic review of randomized controlled trials in healthy and clinical subjects, on anti-depressant effects of probiotics, prebiotics, and synbiotics. Clin Nutr. 2019;39(5):1395–410.

CONFLITOS DE INTERESSE:
A autora declara não existirem conflitos de interesse.
Esta investigação não recebeu financiamento de nenhuma entidade dos sectores público, comercial ou sem fins-lucrativos.

CORRESPONDÊNCIA:
Carolina Figueiredo Rodrigues
carolina.figueiredorodrigues@ulsm.min-saude.pt

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL:
ACR: Elaboração e planeamento; pesquisa e análises de dados; interpretação dos resultados; redação e revisão do manuscrito.

RECEBIDO: 11 de dezembro de 2024 | **ACEITE:** 01 de setembro de 2025

ASSOCIAÇÃO
DE INTERNOS DE
MEDICINA GERAL
E FAMILIAR

zona norte

SEDE AIMGF ZONA NORTE
Rua Prof. Álvaro Rodrigues, 49, 4100-040 Porto